

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE
AREQUIPA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II Y CS. DE LA
COMUNICACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**ANSIEDAD INFANTIL Y PRÁCTICAS DE CRIANZA DE LOS PADRES EN
ESTUDIANTES DE PRIMARIA EN LA CIUDAD DE AREQUIPA**

Tesis presentada por las Bachilleres:

ANA KARINA PAUCCARA PUMACALLAHUI

JIMENA BRAISSA MARIN ALCA

Para optar el Título Profesional de Psicólogas

Asesorado por:

Mg. PATRICIA PAOLA FERNANDEZ CUADROS

AREQUIPA – PERU

2019

DEDICATORIA

Dedico esta Investigación a mis padres Víctor y Floren, quienes supieron guiarme y formarme con amor, humildad y dedicación, por confiar en mí y en mis conocimientos, por apoyarme en cada peldaño de mi formación profesional, por motivarme y aconsejarme a ser mejor persona, por dar todo de ellos para que cumpla mi sueño de ser profesional.

A mi esposo por su comprensión y apoyo incondicional en cada paso de mi vida, en especial en esta nueva etapa de éxito académico.

Ana Karina

Mi tesis le dedico a Dios quien me ha dado la fortaleza y la vida, a mis padres por su apoyo incondicional y especialmente a mi querido esposo por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión y cariño

Jimena Braissa

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, por toda la ayuda, compañía y bendiciones que nos dio en la vida y en estos años de estudios.

A nuestros docentes, quienes durante nuestra formación profesional, nos han brindado los conocimientos que construyen la base de nuestro futuro desempeño profesional.

A nuestro asesor por su tiempo, dedicación y conocimiento en este proyecto anhelado.

Finalmente queremos agradecer a nuestra profesión, motivación principal del día a día para culminar nuestra tesis.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de presentar a vuestra consideración el trabajo de investigación titulado **“ANSIEDAD INFANTIL Y PRÁCTICAS DE CRIANZA DE LOS PADRES EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA EN LA CIUDAD DE AREQUIPA”**, estudio que refleja la relación entre la forma de como crían los padres a sus hijos y los problemas psicológicos que estos podrían presentar, específicamente la ansiedad, con el mismo que esperamos obtener el título profesional de Psicólogas.

Asimismo, pretendemos que el presente trabajo contribuya de alguna manera en realzar la participación del Psicólogo en la prevención y promoción de la salud mental.

Arequipa, octubre del 2019

Las Bachilleres

ANA KARINA PAUCCARA PUMACALLAHUI

JIMENA BRAISSA MARIN ALCA

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad en su conjunto constituyen uno de los problemas con mayor prevalencia en la población de niños y adolescentes a nivel mundial. Es por ello que nuestro objetivo fue determinar la relación entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza de los padres de los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa. La presente investigación fue del tipo cuantitativo con un diseño correlacional transversal. Se aplicó el Cuestionario de Ansiedad infantil (CAS) y el Cuestionario de crianza parental PCRI. Se evaluó a un total de 155 alumnos de primaria, siendo la mayoría varones, cuyas edades fluctuaron entre los 6 y 8 años con una edad promedio de 6.98 años. Además, se evaluó a los padres de familia de los niños evaluados, la mayoría fueron madres, cuyas edades fluctuaron principalmente entre los 31 a 40 años y 41 a 50 años. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza de comunicación ($r = -.255$; $p = .034$), satisfacción con la crianza ($r = -.246$; $p = .030$), participación ($r = -.213$; $p = .035$) y apoyo ($r = -.242$; $p = .038$). Esto nos permite concluir que los problemas de comunicación, una baja satisfacción con la crianza, una menor participación de los padres en la crianza y un menor apoyo se asocian a una mayor ansiedad infantil.

Palabras clave: ansiedad infantil, prácticas de crianza, familia

ABSTRACT

Anxiety disorders as a whole constitute one of the most prevalent problems in the population of children and adolescents worldwide. That is why our objective was to determine the relationship between child anxiety and parenting practices of the primary level students of the city of Arequipa. The present investigation was of the quantitative type with a transversal correlational design. The Child Anxiety Questionnaire (CAS) and the PCRI Parenting Questionnaire were applied. A total of 155 elementary students were evaluated, the majority being boys, whose ages ranged from 6 to 8 years with an average age of 6.98 years. In addition, the parents of our sample of children were evaluated, the majority were mothers, whose ages fluctuated mainly between 31 to 40 years and 41 to 50 years. A statistically significant relationship was found between childhood anxiety and communication parenting practices ($r = -.255$; $p = .034$), parenting satisfaction ($r = -.246$; $p = .030$), participation ($r = -.213$; $p = .035$) and support ($r = -.242$; $p = .038$). This allows us to conclude that communication problems, low satisfaction with parenting, lower parental involvement in parenting and less support are associated with greater childhood anxiety.

Keywords: child anxiety, parenting practices, family

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE	vi
INDICE DE TABLAS	viii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.Planteamiento del problema.....	4
2.Formulación del problema	6
3.Objetivos de la investigación	7
A.Objetivo general	7
B.Objetivos específicos	7
4.Justificación.....	7
5.Hipótesis	9
6.Limitaciones	9
7.Definición de términos	10
8.Operacionalización de variables.....	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.Antecedentes de investigación	12
2.Ansiedad infantil	14
2.1.Teorías acerca de la ansiedad	16
2.2.Desarrollo de los trastornos de ansiedad	20
2.3.Síntomas del trastorno de ansiedad	24
2.4.Clasificación de la ansiedad	26
3.Prácticas de crianza parentales.....	31
3.1Familia.....	31
3.2Calidad de vida familiar	32

3.3 Prácticas de crianza	32
3.4 Dimensiones de las prácticas de crianza	35
3.5 Estrategias y mecanismos de socialización familiar	35
3.6 Prácticas de crianza parentales	37
3.7 Estilos de crianza.....	41
3.8 Prácticas de crianza y ansiedad infantil.....	44

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

1. Tipo de investigación	47
2. Diseño de investigación	47
3. Población y muestra	47
4. Instrumentos.....	48
5. Procedimiento.....	51
6. Análisis e interpretación de datos.....	51

CAPITULO IV

RESULTADOS	52
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS	65
ANEXOS	71

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente según momento evolutivo	21
Tabla 2. Niveles de ansiedad de los estudiantes de primaria evaluados	53
Tabla 3. Prácticas de crianza de los padres de familia de los estudiantes de primaria evaluados.....	54
Tabla 4. Comparación de la ansiedad según el sexo de los estudiantes evaluados.....	55
Tabla 5. Comparación de las prácticas de crianza según el sexo de los padres de familia	56
Tabla 6. Correlación entre la ansiedad y las prácticas de crianza	57

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad en su conjunto constituyen uno de los problemas con mayor prevalencia en la población de niños y adolescentes a nivel mundial (Aune & Stiles, 2009; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg, 2008; Velting, Setzer & Albano, 2004), impidiendo el adecuado desarrollo personal y social, y causando graves dificultades su desempeño diario (Friedberg & McClure, 2005). Algunos estudios que incluyen todos los trastornos de ansiedad obtienen tasas de prevalencia en niños y adolescentes desde 15% hasta 20% las cuales tienen tendencia a incrementarse con la edad y se presentan con mayor frecuencia en mujeres (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

Asimismo, en relación a la trayectoria de estos trastornos durante el desarrollo se encuentra que de la niñez a la adolescencia hay un aumento de las tasas de trastorno de angustia y agorafobia, mientras que decrece la ansiedad por separación y la fobia específica (Costello, Copeland & Angold, 2011). De esta manera, el Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene una prevalencia mundial del 5% y si bien tiende a presentarse alrededor de los 20 años de edad, presenta un desarrollo sub-clínico desde la segunda infancia y la adolescencia (American Psychiatric Association, 2000), siendo su curso bastante fluctuante (Beesdo et al, 2009).

Por otro lado, la Fobia Social tiene una prevalencia mundial del 3 al 13% (APA, 2000), suele iniciarse en la segunda infancia y su desarrollo tiende a ser fluctuante (Beesdo et al, 2009). En el caso del Trastorno de Angustia, este tiene una prevalencia mundial del 1 al 2%, se inicia hacia el final de la adolescencia o en la mitad de la cuarta década de vida y su curso tiende a ser crónico con altas y bajas (APA, 2000, Beesdo et al, 2009). Finalmente el Trastorno de Ansiedad por Separación, con una prevalencia de hasta el 4%, tiende a iniciarse en la infancia y su curso suele durar años pero es común que remita al final de la adolescencia o en la edad adulta (APA, 2000, Costello et al, 2011). Cabe destacar que cuanto mayor tiempo de desarrollo tenga el trastorno, mayores son los déficits e impedimentos del sujeto debido a éste, y mayores son las posibilidades de desarrollar otros trastornos, en especial la depresión (Beesdo et al, 2009, Graber,

2004; McKay & Storch, 2006) o el consumo de sustancias (Blumenthal, Leen-Feldner, Frala, Badour & Ham, 2010).

En el contexto peruano, el estudio epidemiológico metropolitano realizado en Lima y Callao, destaca los estados emocionales más presentes en los adolescentes encontrando que el 18.2% se sienten tensos, el 11.1% se sienten angustiados y el 33.8% preocupados (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2002). Asimismo, dentro de los trastornos clínicos de ansiedad, el 7.1% de adolescentes presentan Fobia Social (siendo el segundo trastorno más común en la adolescencia después de la depresión) y 4.2% tienen el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (INSM HD-HN, 2002).

Las adversidades en la niñez relacionadas a los trastornos de ansiedad son la pérdida o separación de alguno de los padres, el divorcio, el abuso físico y sexual, negligencia y maltrato parental; sin embargo no es claro si estos eventos tienen una relación específica con los trastornos de ansiedad o están más bien relacionados a los trastornos mentales en general (Beesdo et al, 2009).

Las relaciones entre la influencia de los padres y el desarrollo de la personalidad, así como la vulnerabilidad a los trastornos psicológicos son planteadas por prácticamente todas las vertientes psicológicas y psicoterapéuticas (Torío & Rodríguez, 2008). En relación al estilo parental, se ha constatado que éste tiene una influencia importante en el desarrollo de la persona.

Para el desarrollo de este trabajo, en un primer capítulo se hizo la delimitación del estudio, haciendo hincapié en los fundamentos para la realización del mismo, en el segundo capítulo se recoge el marco teórico general sobre la ansiedad infantil, su prevalencia y características, basándonos en una amplia revisión de material bibliográfico, además de analizar las prácticas parentales y como estas se asocian a la ansiedad en los niños.

El tercer capítulo hace mención a la metodología usada en el estudio. En el cuarto capítulo se consignan los resultados de la investigación, para luego generar la discusión de los hallazgos, así como las conclusiones y sugerencias. Finalmente se recogen las referencias bibliográficas citadas en los capítulos anteriores y se incluye un último apartado con los anexos nombrados a lo largo del trabajo con la finalidad de aclarar determinados aspectos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. Planteamiento del problema

En la actualidad los niños con trastornos de ansiedad suelen experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas; existen muchos estudios psicológicos y científicos realizados sobre la ansiedad infantil, sus causas, tratamientos, síntomas y consecuencias. Por ello, es que cada niño siente y vive de forma diferente y el problema se tiene que abordar de acuerdo al caso en concreto. Así mismo, Rodríguez (2009), señala que la “ansiedad infantil es una reacción defensiva e instantánea ante un peligro, el cual puede perjudicar la seguridad personal”. Todos los niños tienen una forma diferente de expresar su ansiedad, como el hecho de mencionar a un “gigante malo” que lo tiene amenazado. Las respuestas de la ansiedad pueden ser tanto fisiológicas, cognitivas como conductuales.

La prevalencia de la ansiedad es muy alta, ya que según Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, y Walters (2005), entre todos los problemas mentales, la ansiedad es la que tiene mayor frecuencia, dado que se estima que 13,6% a 29,8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Para complementar lo anterior, Torres (2010) en Colombia realizó un estudio con niños que se encontraban en

un rango de edad entre 9 y 17 años de edad; dicho estudio informó que el 13% de niños había padecido algún trastorno de ansiedad, aunque indica que se presenta en mayor porcentaje en las niñas, y que además tiene comorbilidad con depresión.

De igual manera, Beesdo, Kanppe y Pine (citado por Ordoñez, Espinosa, García, Muela, 2013), comentan que para el caso de niños y adolescentes de España, aproximadamente entre un 15 y 20% desarrollan algún tipo de ansiedad. Estas cifras con respecto a la prevalencia del trastorno en los niños, evidencian su temprana aparición y además altos porcentajes de niños con algún tipo problema mental. En Arequipa, Mamani (2018), encontró que el 53.9% de niños de un colegio nacional presentó un nivel de ansiedad moderada y el 46.07% presenta un nivel de ansiedad leve. Urge pues explicar su causalidad, teniendo claro que siendo un problema multideterminado, hay numerosos factores que pueden estar asociados a su génesis y su curso, los cuales suelen ser de diversa índole, desde los biológicos y/o genéticos, hasta otros más de tipo contextual, los cuales dejan ver entre otras, cómo elementos familiares y culturales pueden aportar explicaciones causales (Delgado, Morales y Gómez, 2015).

Entre los factores más comúnmente relacionados con dicha ansiedad, suele referenciarse al estilo de crianza de los padres, como uno de los que aparecen con mayor persistencia en los estudios sobre el tema. Al respecto, Baumrind (1966), conforma una tipología de tres estilos de crianza parental: el estilo con autoridad, el autoritario y el permisivo, los que serán desarrollados en el transcurso del presente trabajo. Los diferentes patrones de crianza de los padres generan pautas de interacción relacionadas directamente con la conducta de los hijos tanto en el ambiente familiar como en el ambiente escolar (Papalia, 2014). Actualmente, los padres disponen de escaso tiempo para compartir con sus hijos, esto los lleva a suplir carencias afectivas con la entrega de objetos materiales, o bien caer en la permisividad e inconsistencia. Detrás de estos padres, ha existido probablemente un modelo autoritario y en muchos casos violento (Céspedes, 2008). Otro modelo que se repite es el de padres hipercorrectivos que tratan de corregir insistentemente todo, generando hijos rebeldes y desobedientes, sin capacidad para acatar normas (Sordo, 2009). En Arequipa, una investigación hecha por

Gutiérrez y Huillca (2016), encontró que en las madres hay un predominio del estilo permisivo, mientras que en el padre la prevalencia del estilo autoritario.

Algunas investigaciones mencionan la implicancia de los estilos de crianza sobre la ansiedad que pudieran presentar sus hijos. Un estudio hecho por Palafox, Jané, Viñas, Pla, Ruiz y Doménech-Llaveria (2008), permitió observar que los padres que se encuentran mucho más alterados y/o irritados al momento de establecer pautas disciplinarias utilizan un estilo caracterizado por un mayor número de muestras de afecto negativo, niveles más elevados de crítica y menor sensibilidad hacia los menores, factores parentales, que influyen sobre los resultados de ansiedad generalizada en sus hijos participantes del estudio. Asimismo, Pellegrino (2006), investigó las interrelaciones entre el estado de desarrollo de los niños y los procesos familiares cuyos resultados ratificaron que un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad en los niños era la ansiedad materna y así mismo, la falta de pautas de crianza adecuadas. Duchesne, Larose, Vitaro, Tremblay (2010), llevaron a cabo un estudio a partir del cual informaron que existen diversas formas a través de las cuales se puede desarrollar un trastorno de ansiedad en el transcurso de vida escolar. Los autores abordaron en este caso el factor afectuosidad de la crianza materna, destacándola como aportante definitivo del desarrollo y las características de la ansiedad.

Como lo reportan los estudios mencionados, se han encontrado asociaciones importantes entre prácticas parentales de crianza y síntomas y/o trastornos de ansiedad infantil. Por todo lo anterior expuesto es que el propósito de la presente investigación es determinar si dichas asociaciones se mantienen en los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa.

2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza parentales en los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa?

3. Objetivos de la investigación

A. Objetivo general

Determinar la relación entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza de los padres de los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa.

B. Objetivos específicos

- a) Identificar el nivel de ansiedad infantil en los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa.
- b) Reconocer las prácticas de crianza de los padres de los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa.
- c) Comparar la ansiedad infantil en los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa según el sexo de los evaluados.
- d) Comparar las prácticas de crianza de los padres de los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa según el sexo de los padres de familia.
- e) Correlacionar los niveles de ansiedad infantil con las prácticas de crianza de los padres de los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa.

4. Justificación

Uno de los problemas que aqueja a nuestra sociedad, es el hecho de cómo afecta la ansiedad al desarrollo emocional del niño, los problemas de conducta en la infancia, hacen referencia a aquellos problemas que pueden afectar al desarrollo social, emocional y cognitivo del niño/a, pero también a la relación que se establece entre el niño y sus padres. Sobre el lugar que ocupa la ansiedad dentro de las emociones, cabe distinguir el miedo de la ansiedad.

Dentro de las teorías cognitivas, se propone que las emociones y conductas de las personas están determinadas por la evaluación que tienen de los eventos. Se propone que en los trastornos de ansiedad hay ciertos sesgos cognitivos presentes, tales como interpretaciones sesgadas del comportamiento de otros, sesgos atencionales hacia la información amenazante, sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos y focalización excesiva en síntomas somáticos (Casacardo & Resnik, 2005; Riso, 2009).

Gispert (2007), indica que dentro del miedo o la ansiedad que puede existir en los niños, el más común, es el de asistir a la escuela que puede trasgredir su desarrollo normal de sus actividades cotidianas, lo cual provoca comportamientos de alejamiento, ante sus compañeros y docentes, se puede observar que el niño está malhumorado con dolencias físicas.

A raíz de los antecedentes de casos de niños con síntomas de angustia, se empieza a manifestar gran interés sobre el tema en las primeras décadas del siglo XX, por ser la ansiedad una respuesta emocional paradigmática, que al no manejarlas adecuadamente van en constante aumento, dicha emoción no les permite estar libres o relajados para realizar en un cien por ciento la actividad esperada por los demás (Córdova y Shirona, 2005).

En la primera etapa de la vida los niños pasan la mayor parte del tiempo con su familia. Por ello, esta interacción va a determinar, en buena medida, su desarrollo presente y futuro (Heredia, 2014). La influencia familiar viene determinada en gran parte por el estilo educativo de los progenitores, definido como el conjunto de conductas o actitudes desarrolladas por los padres y madres hacia sus hijos en las relaciones cotidianas, al igual que cualquier otro tipo de comportamiento como gestos, cambios en el tono de voz, etc. (Darling & Steinberg, 1993).

La ansiedad infantil en los estudiantes de primaria, es un tema relevante hoy en día por ser de carácter activo y social. Al obtener mayor información acerca de los aspectos que afectan los estilos parentales y en los cuales producen de alguna manera

ansiedad manifiesta, se podrán dar adecuadas recomendaciones para que el/la niño(a) pueda superar dificultades en diferentes aspectos ya sean sociales, afectivos, cognitivos.

Las relaciones entre la influencia de los padres y el desarrollo de la personalidad, así como la vulnerabilidad a los trastornos psicológicos son planteadas por prácticamente todas las vertientes psicológicas y psicoterapéuticas (Torío & Rodríguez, 2008). En relación al estilo parental, se ha constatado que éste tiene una influencia importante en el desarrollo de la persona.

Es por las razones anteriormente expuestas, que el tema propuesto es considerado como un problema de investigación, que permita dar soluciones factibles y aplicables a nuestra realidad, permitiendo tener al niño(a) un desarrollo armonioso y equilibrado.

Los resultados de la presente investigación ayudarán a ampliar el conocimiento que se tiene en teoría sobre la ansiedad infantil y su relación con las prácticas de crianza de los padres. Lo cual nos servirá como antecedente para el desarrollo de futuras investigaciones en el ámbito escolar y familiar, siendo esta la más importante para el desarrollo adecuado del niño, repercutiendo en el ámbito (social, físico y psicológico).

Así mismo, esta investigación será útil para que se puedan plantear estrategias en salud mental en el desarrollo de la niñez, como talleres y programas enfocados en la reducción de la ansiedad infantil. También ayudará en lo profesional para abordar casos en el área clínico, educativo, social y en campos del desempeño psicológico.

5. Hipótesis

Existe una relación entre los niveles de ansiedad infantil y las prácticas de crianza de los padres de los estudiantes de nivel primario de la ciudad de Arequipa.

6. Limitaciones

Una de las principales limitaciones que tiene la presente investigación está relacionada al acceso a la muestra de padres de familia, dado que muchos de ellos no acuden a las reuniones que programa el colegio. Este hecho generó que muchas de las

pruebas evaluadas a los niños tengan que ser descartadas porque no tuvimos acceso a sus padres. Asimismo, este hecho generó que el tiempo de evaluación sea mayor que el inicialmente programado.

Otro punto importante está ligado a la dificultad para encontrar un instrumento de evaluación que este validado para poder evaluar las prácticas de crianza. Esto generó que el inicio de las evaluaciones se retrasará en algunas semanas.

7. Definición de términos

- a) Ansiedad infantil:** Es un mecanismo normal adaptable que se estimula cuando se percibe una situación amenazante (evaluaciones de ingreso a colegios, exámenes, problemas en casa, etc), donde cursa una valoración instantánea del problema por parte de los niños (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008).
- b) Prácticas de crianza:** Las costumbres que los miembros de una sociedad determinada poseen respecto al cuidado de sus niños y niñas. Estas costumbres se hallan inmersas en la vida diaria y, es necesario señalar que, generalmente, los padres no realizan una reflexión sobre dichas prácticas (Evans y Myers, 1996).
- c) Niñez:** Fase del desarrollo de la persona que se comprende entre el nacimiento de la misma, y la entrada en la pubertad o adolescencia. Entre el momento del nacimiento y aproximadamente hasta los 13 años, una persona se considera niño o niña (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

8. Operacionalización de variables

Variables		Definición operacional	Indicadores	Niveles de medición
Variable principal	Ansiedad	Reacciones de alarma y nerviosismo que tienen los alumnos de primaria de la ciudad de Arequipa ante diferentes eventos	Emocionalidad Excitabilidad Cambio de actitudes Evasión de responsabilidades	Ordinal
			Retraimiento Timidez Sentimientos de dependencia.	
Variable secundaria	Prácticas de crianza parental	Las costumbres que tienen los padres, de los alumnos de primaria de la ciudad de Arequipa, para criar y educar a sus hijos.	Comunicación	Nominal
			Establecimiento de límites	
			Satisfacción con la crianza	
			Participación	
			Apoyo	
			Autonomía	
			Deseabilidad	
			Distribución de roles	
Variables intervinientes	Sexo del niño	Características sexuales de los alumnos evaluados	Masculino Femenino	
	Grado escolar	Grado cursado en la educación primaria	Primero Segundo Tercero	
	Sexo del padre	Características sexuales de los padres de los evaluados	Masculino Femenino	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Este capítulo primeramente busca conceptualizar a la ansiedad infantil y sus principales características. Revisamos, a su vez, las investigaciones empíricas que estudian las causas y consecuencias que este problema tiene.

También definimos a las prácticas de crianza parentales y su importancia. Además nos referimos a los diferentes tipos de estilos de crianza y sus principales implicancias.

Para obtener la información teórica y los antecedentes de investigación realizamos una búsqueda informatizada dentro de las bases científicas de datos: Redalyc, Dialnet, Scielo, Science Direct, Proquest y Ebsco; así como de la búsqueda bibliográfica en diversas bibliotecas de la ciudad, siguiendo los lineamientos de la 3^{ra} edición de APA en español (APA, 2010).

1. Antecedentes de investigación

Guerrero (2014), se planteó identificar las creencias que tienen los padres de familia de segundo grado de primaria de la IEP María Montessori sobre las prácticas de crianza de sus hijos. En su investigación se halló que la mayor parte de la muestra

cuenta con un estilo democrático, el más favorecedor del ajuste social y familiar del niño, ya que proporciona una adecuada seguridad emocional y autoestima en el mismo, asegurando un cuidado y sano crecimiento de los hijos, aportando estimulación, ampliación de sus relaciones, facilitadores de un clima de diálogo y de expresividad, que encauzan los sentimientos, que beneficiarán en el desarrollo educativo del niño en lo social, afectivo e intelectual.

Cortéz (2014), en su investigación busca identificar las creencias que tienen los padres de familia de la Institución Educativa Vallesol sobre las prácticas de crianza de sus hijas de cinco años. En esta investigación la totalidad de los padres tienen un alto nivel de comunicación de sus hijas por lo tanto profesan un estilo de crianza democrático.

Torío, Peña e Inda (2008), en su investigación se proponen analizar las tendencias educativas de comportamientos de las familias en la educación de los hijos/as. Los participantes en la investigación fueron 2.965 padres/madres de toda Asturias con hijos/as escolarizados en dos niveles educativos diferentes: último curso de Educación Infantil (5-6 años) y 2º de Primaria (7-8 años). En la investigación se encontró que la gran mayoría de padres no tienen un estilo de crianza definido, se trata de pautas contradictorias, lo que realizan es un proceso de compensación empleando una carga afectiva muy grande. En este contexto, sus prácticas son contradictorias, unas veces son democráticos y otras permisivos. Donde los adultos ofertan comunicación, atención, afecto y apoyo, el niño obtiene grandes beneficios para su desarrollo. Es factible desarrollar programas de intervención que ayuden a desarrollar unas pautas no contradictorias y mejor definidas. Además, los padres y madres encuestados reflejan un gran desacuerdo con las tendencias autoritarias en las prácticas educativas, como ha quedado recogido en los resultados del análisis, donde el grupo de padres que reconocen mantener un estilo autoritario de crianza ha sido de cuatro, y, por otro lado, el grupo 2 que ha sido llamado como estilo no reconocido, se trataba de padres que se definían no democráticos, no permisivos ni tampoco autoritarios; sin embargo su puntuación en el estilo de crianza permisivo era mucho menor que el grupo de padres autoritarios; este dato revela ese desacuerdo en el empleo de normas y reglas con el que se comenzaba

este párrafo, situación que lleva a algunos padres que la emplean a no reconocerlo. El resto no fueron capaces de realizar una descripción clara de sus pautas de educación, 2917 personas no se decantaron por ningún estilo educativo concreto, y veintitrés realizaron negaciones de los tres, describiéndose sobre todo no permisivos y autoritarios. Estos dos grupos además han mostrado características más negativas cuando han sido evaluados en el tipo de actividades que realizan con sus hijos, el grado de satisfacción, las conductas de juego, o en la elección de los premios y castigos.

Puga (2008), se plantea como objetivo describir las características de las relaciones interpersonales de niños en educación inicial de 5 años, de nivel socioeconómico bajo que reciben castigos físicos y emocionales como parte de la disciplina cotidiana en el hogar. Sus resultados indican en primer lugar que los niños que viven en un ambiente de pobreza y marginalidad presentan de por sí dificultades para enfrentar eficazmente las exigencias de su entorno, ya que este no facilita los intercambios positivos, lo que a su vez obstruye el desarrollo de sentimientos de valía en los niños. En este contexto, los niños que reciben castigo físico y emocional muchas veces viven enmarcados en situaciones de hacinamiento o familias reconstruidas, viven la disciplina a manos de varias personas y están expuestos a diferentes experiencias de violencia en el hogar. En segundo lugar se encontró que, los niños que recibieron castigo físico y emocional tienen el deseo de vincularse con otros pero presentan dificultades para establecer patrones de relación eficaces ya que no respetan la autonomía de los demás. Finalmente se halló vivencias de agresión muy presentes a nivel subjetivo, por lo que se observa que los niños que recibieron castigo físico y emocional tienden a tener actitudes hostiles en sus relaciones, así como a sentirse vulnerables y temerosos ante la posibilidad de actos violentos.

2. Ansiedad infantil

Según Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña (2010), “La ansiedad es una emoción normal que todos las personas hemos experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorpresivas, nuevas o amenazantes” (p. 11).

Para Consuegra (2011), es “la sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física” (p. 22); en otras palabras, es la manifestación de ciertos impulsos físicos causados por el temor, miedo e intranquilidad, cuyo grado de influencia, no permite actuar con normalidad ante situaciones nuevas o de compleja resolución. Este rasgo conductual tiene causas psicológicas que se suscitan cuando el sujeto se siente amenazado ante estímulos de carácter físico, psicológico o imaginario, los cuales son el resultado en cierta medida a experiencias vividas en el pasado.

La ansiedad es conceptualizada como respuesta de pelea o huida. Es llamada así dado que todos sus efectos se dirigen hacia la pelea o la huida con respecto al peligro. Se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (síntomas físicos como sudoración, mareo, aumento del ritmo cardíaco, etc.) y motor (acciones como la evitación, la huida, el escape, Consuegra, 2011, p.22)

No obstante, los sentimientos de temor resultan de gran utilidad cuando cumplen la función o señal de alarma; esta emoción, impide que el niño se aventure a realizar acciones a las cuales todavía no se encuentre predispuesto. Las emociones como el miedo, la ansiedad, la tristeza, etc. Se manifiestan como parte natural en el desarrollo del ser humano; pero, el nivel de impacto que genere una situación, y consecuentemente, este impacto produzca una determinada emoción, condicionará las actitudes, comportamientos y niveles de ansiedad en el sujeto; En otras palabras, la forma en que se manifiestan las situaciones de impacto y las funciones adaptativas que posea el niño o estudiante determina cierto nivel de ansiedad.

En ese sentido resulta alarmante que este aspecto se manifieste en las primeras etapas del nivel escolar, según Rodríguez (2009), citado por Salaníc González (2014), como todo sujeto debe mantenerse a la expectativa ante situaciones de peligros pero cuando dicha reacción pierde aspectos de serenidad, protección y tranquilidad pasa a transformarse en un trastorno de ansiedad; la que, define como “la angustia

incontrolable ante una amenaza real o imaginaria y la consiguiente imposibilidad de hacer frente a las diversas situaciones de la vida” (p. 15).

Así mismo, Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña (2010), consideran que “Un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos” (p. 11).

De la misma forma, para Salanic (2014), los niños y estudiantes muestran sentimientos de miedo, aprensión y confusión muy desagradable; la cual, va desarrollando la impotencia para adaptarse a la vida cotidiana y así va creando peligros desconocidos como: peligro de ser abandonados, de recibir una herida, ser rechazados o simplemente miedo a fracasar en la vida o no ser capaces de salir adelante.

2.1. Teorías acerca de la ansiedad

Según Yauri Vivas (2018), existen estos tres modelos teóricos que explican la ansiedad como constructo de factores vivenciales, conductuales, fisiológicos y cognitivos.

A. Teoría psicoanalítica

Para Sierra et al (2003), citado por Yauri (2018), la teoría psicoanalítica plantea la ansiedad como un fenómeno psiconeurótico en la que el sujeto es el resultado de la lucha entre un impulso inaceptable y una contrafuerza generada por su ego.

Según Freud citado por Yauri (2018), interpretó este trastorno como un estado afectivo incómodo en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sensaciones molestas, pensamientos desagradables y cambios fisiológicos asociados a la activación autonómica; así sostiene que la ansiedad es un estado emocional caracterizado por una dimensión motora junto con una sensación de malestar experimentada por el sujeto; esto se produce por la incapacidad del Yo para reprimir ciertos impulsos que le resultan

inadmisibles por su naturaleza; más adelante, Freud propone que la ansiedad es una señal de peligro para el organismo.

En este sentido, Juan, et al. (2010), citado por Yauri (2018), manifiestan acertadamente que: Freud modificó sus concepciones sobre la ansiedad, planteando que el proceso represivo era consecuencia (y no causa) de la aparición de ansiedad en el Yo, que frente a la señal de ansiedad moviliza los procesos de defensa. Así quedaron claramente formadas dos formas posibles para la ansiedad: la ansiedad señal, atenuada, anticipatoria, que utilizaba el Yo para librarse de los procesos internos y los requerimientos de la realidad; y la ansiedad automática que daba señal e invadía al aparato psíquico, inmovilizando al Yo (p. 35). Freud distinguió ansiedades de tres tipos:

- a) **La ansiedad de realidad:** Se activa ante la relación entre el Yo y el mundo exterior; es decir, es la manifestación del miedo o sentimientos de temor ante la presencia de peligros tangibles, observables y reales, un encuentro entre el sujeto y una amenaza. Esta ansiedad resulta positiva porque alerta al ser humano de situaciones o acciones que escapen de sus capacidades de su presente, las cuales ponen en peligro su integridad física, salud y bienestar emocional.
- b) **Ansiedad neurótica:** Podrían considerarse como miedos no tangibles, a la cual el sujeto escapa; situaciones emocionales, las cuales puede prevenir. Es la manifestación del miedo cuyos orígenes se encuentran asociados a experiencias vividas, estos surgen de traumas vividos, cuyas situaciones produjeron un intenso dolor físico y emocional, el cual queda impregnado en el cerebro del ser humano, la cual se manifestará inconscientemente, como una señal de peligro cuando el sujeto se presente ante situaciones similares o con las mismas características.

No obstante, este trastorno también puede surgir del condicionamiento; por ejemplo, si las acciones de un estudiante no corresponden a las normas de convivencia, y a este se le castiga, con el pasar del tiempo, este estudiante sentirá temor de romper las normas de convivencia. Así mismo, la ansiedad está en los impulsos reprimidos del sujeto; esta es la base de todas las neurosis.

- c) **Ansiedad moral:** A lo largo del desarrollo del ser humano, este se ve influenciado por normas de conducta, ideológicas y hasta religiosas que brindan su familia y su contexto cultural, en efecto, generando la idea de lo bueno y lo malo, estas ideas pasaran a ser pensamientos fuertemente arraigados en él, los cuales, determinan la conducta que posee para con la sociedad y en el mismo.

Este trastorno es un miedo a la propia conciencia e ideas que rigen el comportamiento del ser humano. Este sentimiento de temor se manifiesta cuando el sujeto va en contra de su código moral y ético, lo que considera bueno para él y la sociedad, por lo que, una vez realizada tal acción, el ser humano sienta vergüenza o culpa, entonces este trastorno busca evitar estos sentimientos; por lo tanto, nuestra conciencia es la que ocasiona el miedo y la ansiedad.

B. Teoría conductual

De acuerdo con Sierra et al. (2003), citado por Yauri (2018), a diferencia del psicoanálisis esta teoría trata de explicar el constructo de ansiedad desde lo experimental, es decir a partir del comportamiento condicionado.

Todas las acciones que realiza el ser humano y sus temores nacen de conductas aprendidas, bajo el condicionamiento operante, por lo que, determinadas acciones tendrán resultados agradables, las cuales se buscan y repiten; pero las acciones que provocan sentimientos desagradables se busca alejarse de estas. Esto genera la toma de conciencia, entre lo que produce satisfacción y lo que no.

Desde la perspectiva de Sierra et al (2003), el conductismo trata de explicar que la ansiedad es el producto de una serie de episodios vividos por el ser humano, los cuales están condicionados por el padecimiento o sufrimiento aprendido; entonces, al asociar estas vivencias a estímulos traumáticos y amenazantes, estos desencadenaran angustia frente a hechos similares futuros.

De igual manera, Dominic (2003), citado por Yauri (2018), pone en manifiesto:

Todas las conductas se aprenden y que la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado; de igual manera, la teoría del aprendizaje social revela que se desarrolla ansiedad no solo con la experiencia o por medio de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de personas significativas en el entorno del sujeto. Esta escuela realizó un estudio sobre la respuesta de ansiedad en función del miedo y del temor frecuente (p. 37).

Por lo tanto, desde el conductismo, la ansiedad es un trastorno aprendido el cual se conecta a estímulos que generan desagrado en el ser humano, y por ende, es el resultado de un aprendizaje por observación y proceso de modelamiento.

C. Teoría cognitiva

Ante una situación de riesgo, el sujeto presencia estímulos que lo advierten, analiza e interpreta aquellos factores que desconoce o aquellos ya conocidos; midiendo el nivel de amenaza que representan tales, para así emitir un juicio, y tomar una acción. Sierra et al (2003), citado por Yauri (2018), indica que el enfoque cognitivo considera que las situaciones y vivencias que generan una mayor reacción de ansiedad se suelen evitar; sin embargo, si estas no se concretan o no son reales también provocan cierto nivel de ansiedad; en otras palabras, a partir de la proyección mental, de cualquier evento o situación se suscitan rasgos de miedo y temor. Entonces, la ansiedad es el resultado de la interpretación que le damos a una situación.

Según Susan Cloringer (2003), no solo las situaciones que son desagradables causan temor sino también situaciones que son favorables, cuando adquirimos cierto estado de confort en determinados ámbitos, sea el trabajo, y se presentan cambios en la organización y ejecución de las mismas actividades se genera el temor de hacia estos porque no son conocidos, debido a que se posee la idea de no poder adaptarse a ellos.

La ansiedad ocurre cuando reconocemos que somos confrontados por eventos que están fuera del rango de conveniencia de nuestro sistema de constructos. Nuestros constructos no son adecuados para tratar con los eventos y lo sabemos. La ansiedad es

un signo de fracaso del constructo y de la necesidad de cambiar (Cloringer, 2003, p. 396).

Lazarus (1972), citado por Yauri (2018), define la ansiedad como una emoción generada por el temor, los cuales poseen elementos anticipatorios e inciertos, los cuales para Yauri (2018), son mecanismos cognitivos ya asimilados que interceden entre la situación estresante y la respuesta emocional, estos permiten distinguir la ansiedad de otras emociones.

Para Clark y Beck (2012), citados por Yauri (2018), manifiestan que son las personas las que atribuyen los trastornos de ansiedad a las situaciones, más no al significado cognitivo que poseen ellos: por ejemplo, cómo se siente en el período previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que la prueba sea dificultosa y duda de su nivel de preparación. Si espera que el examen sea fácil o está seguro de su preparación, su ansiedad será baja. Ocurriría igual con respecto a hablar en público. Si evalúa a su público como gentil y atento hacia su discurso, su ansiedad será inferior que, si evalúa a la audiencia como mala, aburrida o con actitud de rechazo hacia su presentación. En cada ejemplo no es la situación lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa la situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos (pp. 38-39).

2.2. Desarrollo de los trastornos de ansiedad

Para Ruiz Sancho (2005), existen temores propios de la edad y la etapa en la que vive, sin tomar en cuenta el desarrollo social del individuo; pero cuando se toma en cuenta este contexto, a partir de ello se generan nuevos temores que producen niveles de ansiedad que a lo largo de la formación del sujeto se desarrollan; así lo caracteriza en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente según momento evolutivo

	Miedos y temores propios de la etapa evolutiva	Trastornos de ansiedad prototípicos
Infantes (hasta 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos discrepantes • Ansiedad ante el extraño • Ansiedad de separación • Otros (oscuridad, seres extraños...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad generalizada
Niños (5 a 12 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos misteriosos • Daños corporales • Adecuación (rechazo parental) y rendimientos • Relación con iguales 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad de separación • Trastorno de ansiedad generalizada • Fobias específicas
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación social • Hipocondriasis • Miedo a la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia social • Trastornos propios del adulto

Fuente: (Ruiz, 2005, p. 266)

En la lista presentada se observa solo algunos tipos de ansiedad de origen patológico, que se consideran como tal, cuando aparece la sensación de intenso malestar, sin causa objetiva, que se acompaña de sentimientos de aprensión. Estas personas temen volverse locos, morir o realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, pilorección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí

mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social (Ruiz, 2005, p. 266)

En conclusión, del análisis expuesto de situaciones de adaptación que parten del desarrollo del ser humano y de origen patológico, Según Ruiz (2005), en el caso de los niños es sencillo determinar si este posee síntomas de ansiedad, una regla de oro, es la capacidad de los niños de recuperarse ante diversas situaciones que provoquen en ellos inestabilidad, a ello le denomina flexibilidad de la adaptación afectiva.

Entonces, tales manifestaciones de ansiedad serán diferentes según la etapa del desarrollo. En los niños más pequeños se presenta a menudo como:

- Actividad excesiva.
- Comportamientos estridentes y de llamada de atención.
- Dificultades al momento de apartarse de los padres.
- Problemas al momento de ir a dormir.

A los adolescentes, a diferencia de los niños, son capaces de describir sus emociones; por ello, esta ansiedad se manifestaría mediante: miedo, nerviosismo, tensión, rabia; y también pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales.

La presencia de ansiedad en la vida adulta según el International Clasification of Diseases (ICD-10) y Diagnostic and Statistical Classification of Diseases (DSM-IV) citados por Ruiz (2005) se puede deber a cuatro razones básicas:

- La mayoría de los niños que sufren trastornos de ansiedad son sujetos normales en la vida adulta y sólo una minoría terminará padeciendo algún trastorno.
- Muchos trastornos emocionales pueden considerarse exageraciones de las respuestas normales del niño.
- Los mecanismos etiopatogénicos pudieran ser diferentes.
- Los trastornos emocionales de los niños se diferencian con menos claridad que los del adulto en entidades específicas.

A ellos se debe considerar los factores personales y externos en los que se desarrolla el niño:

A. Factores genéticos y biológicos

Según Cárdenas et al (2010), hacen referencia de las probables causas biológicas de este trastorno: Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, los cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento. Estas alteraciones pueden evidenciarse o desencadenarse por estresores en personas con susceptibilidad biológica que además están expuestas a altos niveles de ansiedad (p. 14).

Según Ruiz (2005), no se encuentran evidencia de que la ansiedad tenga origen genético, aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, por lo que podría afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos trastornos (como el pánico).

B. Temperamento

Este factor se desarrolla de acuerdo al modo de crianza de los padres, niños que son inhibidos en su comportamiento, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.

C. Estilos parentales

La ansiedad es consecuencia de la sobreprotección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básicos.

Por su parte, las actitudes parentales impositivas y coercitivas son intimidatorias e interfieren en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz.

D. Acontecimientos vitales estresantes

A lo largo de diferentes vivencias, algunos miedos son iniciados por experiencias traumáticas, las cuales provocaron un intenso miedo y terror en el niño. Así mismo, la idea o conceptualización cognitiva que perciba de esta situación puede que desarrolle un trastorno de ansiedad en el futuro.

E. Los ambientes sociales desfavorables

Las condiciones económicas y sociales paupérrimas generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad. Debemos señalar que los factores sociales tienen un impacto directo en el mundo psíquico de los seres humanos. Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad. La manera de ser de los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural puede influir para que una persona sea susceptible a desarrollar TAG. Los temores pueden ser resultados de conductas aprendidas transmitidas por adultos temerosos (Cárdenas et al, 2010, p. 14).

2.3. Síntomas del trastorno de ansiedad

Según Bojorquez (2015), la ansiedad evoca respuestas desde aspectos psíquicos, somáticos y comportamentales:

A. Aspecto Psíquico

Desde el punto de vista psíquico o la ansiedad es vivenciada a través de las emociones displacenteras y desagradables:

- Sentimiento de aprehensión
- Presentimiento de peligro inminente
- Estado de alarma continuo, como si se tratara de enfrentar una emergencia (amplificación de la aprehensión)
- Vivencia de una situación amenazadora, que al mismo tiempo no está bien delimitada.
- Imposibilidad de predecir si la acción de eludir a la amenaza tendrá resultado positivo

B. Aspectos somáticos

Así mismo, van acompañadas de reacciones físicas los cuales se manifiestan en los sistemas neuromusculares y neurovegetativos.

- a) Neuromuscular: Aumento del tono muscular, dolores musculares, temblor digital, rigidez, dientes “cerrados”, voz temblorosa.
- b) Neurovegetativo:
 - Cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, sensación de desmayo.
 - Gastrointestinales: Dolores abdominales, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
 - Genitourinarios: Polaquiuria, amenorrea, dismenorrea, eyaculación precoz, impotencia.
 - Respiratorios: Sensación de sofocamiento, suspiros, disnea, tos
 - Misceláneos: Bochornos de calor y de frío, sensación de debilidad, sensación de adormecimiento.

C. Aspectos comportamentales.

Estos aspectos producen cambios en el comportamiento debido a la incomodidad de la situación; lo que hace que el sujeto se encuentre tenso, inquieto (mueve las manos, los dedos, tics, camina adelante y atrás), temblor de manos, cejas fruncidas, tono muscular aumentado, suspiros, cara pálida, taquipnea, temblores, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudoración.

2.4. Clasificación de la ansiedad

Ruiz y Lago (2005), presentan la siguiente clasificación en la que se ven involucrados los estudiantes de las primeras etapas escolares:

A. Trastorno de ansiedad de separación

Este tipo de trastorno se presenta cuando el estudiante tiene que separarse de uno de sus padres, el que justamente representa la figura familiar principal o el vínculo establecido entre esta persona y el niño es muy relevante. Este se evidencia cuando la ansiedad es muy intensa, lo que no es apropiada para la edad del estudiante.

Según Ruiz y Lago (2005), este tipo de trastorno es natural a partir de los 4-5 meses. Es en la etapa de preescolar, los niños de entre 3 años a más, que inician su primer acercamiento social y escolar, en el que se desprenden de todo vínculo familiar, tienen la capacidad de percibir que separarse no es para siempre, ya que pueden tener una representación mental de la madre durante su ausencia; este proceso es resultado del desprendimiento momentáneo, definido por una cierta cantidad de horas. En condiciones normales las manifestaciones normales de ansiedad de separación van disminuyendo entre los 3-5 años.

Para las autoras los estudiantes presentan los siguientes síntomas cuando comienzan a sentir este trastorno:

- Preocupación o malestar excesivos al separarse de su hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo, miedo a que ocurra algo que pueda resultar en una separación (miedo a ser secuestrado o a extraviarse).
- Resistencia a ir a la escuela o a cualquier otro sitio (no poder dormir alejado de sus padres o fuera de su casa).
- Resistencia a estar solo.
- Tener pesadillas repetidas con contenidos de raptos, accidentes, pérdidas. (Ruiz y Lago, 2005, p. 269)

Las preocupaciones excesivas de alejamiento dan lugar a síntomas físicos que varía con la edad, en los niños pequeños se presentan en forma de dolores abdominales, vómitos, cefaleas, náuseas, palpitaciones, temblor, vértigos, lipotimias, síntomas conductuales en forma de evitación de las situaciones temidas y búsqueda de proximidad, cogniciones anormales en forma de temores exagerados a que puedan ocurrir catástrofes, lo que va acompañado del llanto. Son niños pegajosos en el contacto que suelen seguir a las figuras vinculares principales en todo momento. Sus miedos tienen repercusión funcional en forma de bajo rendimiento académico y menor implicación en actividades extraescolares que los niños normales.

Es un trastorno que suele iniciarse antes de los 6 años, tiende a disminuir a partir de los 12 y se descarta que exista después de los 18 años. Afecta a un 3-5% de los niños y a un 2-4% de los adolescentes. Suele asociarse a otros trastornos de ansiedad como la ansiedad excesiva o generalizada o las fobias específicas. Algunos de estos niños son más temerosos a situaciones vitales variadas a pesar de que estos temores no constituyan entidades diagnósticas específicas (Ruiz y Lago, 2005, p. 269).

La evolución de este trastorno es cambiante y depende de la edad de comienzo y las condiciones sociales y afectivas en la que el estudiante se vea envuelto, en algunos casos se suele reemplazar la figura paterna por otra afectiva. En el transcurso de la adaptación a nuevos patrones sociales, familiares y afectivos suelen propiciarse exacerbaciones de este trastorno en situaciones de presión o transición.

Las autoras mencionadas sostienen que en un grupo de niños que tuvieron un trastorno incipiente, durante cierto tiempo terminan sin secuela; pero, existen otros trastornos psiquiátricos que pueden conllevar a que reaparezca este trastorno, especialmente la depresión pre-puberal. De hecho, es el trastorno de ansiedad más frecuentemente asociado con este trastorno. También puede derivar en desarrollos anómalos de la personalidad.

B. Trastorno por hipersensibilidad social en infancia

El principal síntoma es la recurrente manera de evitar el contacto con personas desconocidas, lo que perjudica la interacción social del niño, alejado y envuelto en sí mismo, esto podría incluso mal interpretarse como un síntoma de Asperger. No obstante, tal anomalía debe manifestarse al menos durante 6 meses para realizar el diagnóstico correcto. La existencia de eludir el contacto con desconocidos se acompaña del deseo de mantener interacción personal con familiares y amigos cercanos, lo que a diferencia de otros trastornos que se manifiestan incluso con familiares cercanos. Es un síntoma de ansiedad cuando el niño se presente tímido, aturdido o confundido, e incluso incapaz de saludar o hablar. Lo que empeora cuando los familiares presionan para que ellos tengan cierto contacto, este evento no hace solo más que angustiar al niño.

Usualmente comienza a partir de los dos años y medio, Lo más frecuente es que aparezca al inicio de la escolarización. Este trastorno puede traer como consecuencia trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.

C. Trastorno de ansiedad fóbica

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) manifiesta que este trastorno es típico en la infancia, es así que los niños deben manifestar miedo persistente o recurrente, en un grado anormal y asociado a deterioro funcional significativo que debe estar presente más de cuatro semanas.

Dentro de los parámetros normales los niños tienen temores a la oscuridad de la noche, específicamente a la necesidad de conciliar sueño, dormir y por ende quedarse solos, en estas circunstancias son frecuentes las apariciones de ilusiones perceptivas; en la que el aullido de un gato pueda representar la aparición de un ser de otro mundo. Dependiendo de cómo reaccionen los padres, y negocien estas situaciones, los niños asumirán cierta actitud frente a estos temores. Por lo que, los miedos y fobias, y el comportamiento parental están relacionados.

Las fobias son temores intensos y desproporcionado ante situaciones concretas y objetos, se suscita acompañado de una evitación ante un estímulo fobígeno; en consecuencia, produce alteraciones en el desempeño de las actividades realizadas en el momento y en el transcurrir del día; debido a la gran ansiedad y la evitación ya mencionada.

Esta ansiedad es indistinguible de la que aparece en otros trastornos. Al hacer el diagnóstico hay que tener en cuenta que, a diferencia de los adultos o adolescentes, los niños no suelen pensar que esos miedos son irracionales. En muchos casos, las fobias específicas pasan desapercibidas durante la infancia y terminan siendo diagnosticadas en el adulto de forma retrospectiva. Los valores de prevalencia en la niñez y adolescencia se estiman en alrededor de un 2% (Ruiz y Lago, 2005; p. 271).

D. Trastorno de evitación escolar: fobia escolar

Este tipo de temores se presenta en los primeros días de la etapa escolar; como consecuencia del alejamiento familiar; pero, es tarea del docente tranquilizar y propiciar todos los estímulos adecuados para la adaptación ante el nuevo contexto en el que se desarrollará el infante. Una vez pasado la etapa de adaptación, si el temor es de carácter irracional a la institución educativa y empieza producirse absentismo a clase total o parcial, en años y grados posteriores, podría considerarse como síntomas de este trastorno.

La inasistencia a la institución educativa puede ser un motivo suficiente para remitir a un estudiante a salud psicológica; muchos de estos estudiantes pueden tener síntomas ansiosos. Pero la fobia escolar, es un trastorno muy poco común. Generalmente, se manifiesta de forma gradual; es decir, el ausentismo en la institución empieza por un día; luego se va prolongando por semanas y así agravándose las dificultades a meses. Los signos y síntomas generalmente se incrementan desde que el niño se despierta por la mañana; esto afecta sobre todo a niños entre 11 y 14 años, pero puede observarse entre 5-15 años de edad. Es frecuente que aparezcan picos en momentos de transición escolar primaria-secundaria.

Antes de acudir a la institución educativa el estudiante puede expresar de forma directa el miedo, siendo lo más frecuente es que no vaya al colegio por otros motivos: síntomas físicos que parezcan una enfermedad que les haga imposible levantarse por la mañana (dolor abdominal, de cabeza, náuseas, dolores en las piernas, palpitaciones, etc.). No obstante, es frecuente que estos síntomas no aparezcan los fines de semana o en períodos vacacionales y cuando el estudiante sale a jugar con sus amigos. En ocasiones, los síntomas se presentan luego del padecimiento de una enfermedad aguda o cualquier otra circunstancia en la que se prolongue la ausencia en la institución educativa, así mismo puede suscitarse cuando se cambia de institución educativa. Tales síntomas se presentan con mayor relevancia en infantes o estudiantes de los primeros niveles escolares.

La intensidad es variable, puede tener una instauración aguda o insidiosa mezclándose con otros síntomas físicos o afectivos. En algunos casos, los menos, puede ser tan grave que puede incluso hacerse necesario el ingreso para desactivar la situación. Cuando se realiza la historia clínica encontramos que la mayoría de los niños son chicos “buenos”, callados, que no han presentado ningún problema en el colegio ni con los deberes. Algunos de ellos pueden haber tenido dificultades escolares. Es bastante frecuente que la madre de estos niños sea una mujer más bien ansiosa o quizás deprimida que durante años ha podido tener una relación muy cercana con el niño en cuestión. En alguna ocasión, el niño puede tener un lugar especial en la familia o ser “el elegido o mimado”. Por ejemplo, puede tratarse del Benjamín de la familia, o puede

haber otro antecedente tal como un nacimiento muy prematuro. El padre puede estar ausente o bien ser una persona pasiva que tiene dificultades para “estar presente” o desempeña un rol secundario en la crianza (Ruiz y Lago, 2005; p. 272).

El ausentismo en la institución educativa, suelen suscitarse por factores estresantes para el estudiante, como un docente muy duro o rígido o acoso por parte de sus compañeros. De la misma forma, el sistema escolar puede ser muy extenuante, debido a una mala organización y estructuración, tanto en la infraestructura como en las actividades que programa. En este contexto, los estudiantes pueden simular cualquier enfermedad (úlceras, migrañas, gastroenteritis, infecciones virales crónicas).

E. Trastorno de rivalidad entre hermanos

Este tipo de trastorno de ansiedad se manifiesta cuando existe un grado importante de perturbación emocional que aparece cuando nace un hermano; específicamente aparecen en los seis meses después del nacimiento del hermano, donde se generan sentimientos negativos anormalmente intensos hacia éste expresados en forma de rabietas, agresiones al hermano, comportamientos negativistas o de llamada de atención a uno o a los dos padres. A veces, los padres con sus respuestas intervienen en la perpetuación y que el problema se haga crónico.

3. Prácticas de crianza parentales

3.1 Familia

La definición tradicional de familia atiende exclusivamente a los lazos de consanguinidad o vínculos de afinidad legal como el matrimonio. Sin embargo, Poston et al. (2004), reconsideraron esta definición y propusieron una alternativa más amplia, incluyendo a las personas que se consideran parte de la misma, estén relacionadas por consanguinidad o matrimonio o no y que se apoyan y cuidan entre sí.

3.2 Calidad de vida familiar

Una de las definiciones más aceptadas la define como el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia, el grado en el que disfrutan de su tiempo juntos y el grado en que pueden hacer cosas que sean importantes para ellos (Park et al., 2003; Turnbull, 2003). Desde esta concepción, se persigue la capacitación de la familia para potenciar su protagonismo, su capacidad de elección y su función de apoyo, no sustituye la propuesta anterior, sí que matiza su significado: “Calidad de vida familiar es un estado dinámico de bienestar de la familia, definido de forma colectiva y subjetiva y valorado por sus miembros, en el que interactúan las necesidades a nivel individual y familiar” (Verdugo, Alba, & Sainz, 2012). Ambas definiciones hacen especial hincapié en la valoración subjetiva, no obstante esto no debe limitar la necesidad de contar también con avances a nivel objetivo. De ahí la importancia que adquiere el desarrollo de herramientas que permitan valorar estos aspectos desde una perspectiva que logre un equilibrio entre la perspectiva objetiva y subjetiva de valoración.

3.3 Prácticas de crianza

Para conceptualizar el significado de las prácticas de crianza, debemos de señalar que en todas las culturas del mundo se tienen diferentes formas de concebir la educación del niño. Así, las madres y los padres inmersos en estas culturas asumen comportamientos que les son heredados de la generación anterior, y los utilizan en el proceso de socialización de sus hijos, de ahí que las prácticas de crianza se relacionan con el comportamiento social del niño. Los determinantes culturales, sociales y familiares moldean los contextos concretos en que los niños se desarrollan y socializan.

De lo expresado anteriormente, se puede definir a las prácticas de crianza como las costumbres que los miembros de una sociedad determinada poseen respecto al cuidado de sus niños y niñas. Estas costumbres se hallan inmersas en la vida diaria y, es necesario señalar que, generalmente, los padres no realizan una reflexión sobre dichas prácticas.

En conclusión, las prácticas de crianza constituyen el arte de cuidar, formar y acompañar a un niño o a una niña en la aventura de la vida, además debe ser un acompañamiento inteligente y afectuoso basado en un ejercicio asertivo de la autoridad, que grupos de expertos califican como “autoridad benevolente” o “serena firmeza”. (Evans & Myers, 1996).

A. Teoría sobre Estilos de Crianza de Diana Baumrind.

En este mismo sentido, Baumrind (citada en Papalia, 2005), licenciada en filosofía y psicología, realizó numerosas investigaciones en preescolares y sus padres. A partir de ellas, reconoce la presencia de dos dimensiones en la formación de los hijos; la aceptación y el control parental. Con la combinación de ambas dimensiones conformó la tipología de tres estilos parentales de crianza y definió los patrones conductuales característicos de cada estilo: el patrón de estilo con autoridad, el patrón del estilo autoritario y el patrón del estilo permisivo (Papalia, 2005). La obra de Baumrind (1966), y las siguientes investigaciones han establecido asociaciones consistentes entre cada estilo de crianza y los comportamientos infantiles.

B. Teoría sobre Estilos de Crianza de Eleanor Maccoby.

A partir de la tipología de los estilos parentales de Baumrind, Maccoby (en Papalia, 2005), redefine los estilos parentales y agrega un cuarto estilo, el negligente; este tipo de padres demuestran escaso afecto a los hijos y establece límites deficientes, les dejan a ellos gran parte de la responsabilidad material y afectiva, se enfocan en sus propias necesidades y no en las del hijo. Este estilo se ha relacionado con diferentes trastornos conductuales de los niños y adolescentes. Para efecto del presente estudio se ha utilizado la propuesta de Baumrind (1966), ya que en el estilo parental permisivo estarían incluidas las características de los padres negligentes. En un estudio realizado por Gaxiola et al., (2006), en una población de madres mexicanas de preescolares, se planteó como objetivo la validación del Cuestionario de Prácticas de Crianza de

Robinson elaborado para evaluar los estilos de crianza según la clasificación de Baumrind (1996).

Los resultados del estudio demostraron que en esa población existirían dos estilos de crianza, el estilo autoritario y el estilo con autoridad, a diferencia de los tres estilos que ella propone. Para los autores de la investigación, esto comprobaría que los estilos de crianza estarían directamente relacionados con las creencias y los valores que la familia posee, los que estarían determinados por la influencia de la cultura en cada uno de los aspectos del desarrollo de las personas y que se reflejan en la variabilidad en las prácticas de crianza de los padres.

Con respecto a los estilos de crianza Lyford – Pyke (1997), plantea que generalmente las personas frente a un conflicto se dividen en tres grupos, esto dependiendo del tipo de respuesta que den a dicho conflicto. Es así, como realiza una división según tres niveles de respuestas: los de respuesta insegura, serían los que no logran hacer valer eficazmente sus derechos, necesidades y afectos, valen más los derechos de los demás y presentan una actitud sumisa; los de respuestas agresivas, serían los que imponen sus derechos sin tener en cuenta los derechos de los demás y presentan una actitud dominante y en tercer lugar estarían los de respuesta con personalidad, serían los que logran hacer valer eficazmente sus derechos, teniendo también en cuenta los derechos de los demás, dicen lo que piensan, saben decir que no, en otras palabras son asertivos, presentan una actitud flexible y firme a la vez. “Esta división no es categórica es dinámica y cambiante. Muchas personas se verán reflejadas en más de uno de esos grupos según sean las situaciones en que padres e hijos interactúan” (Lyford – Pyke 1997: 30). Considerando este planteamiento y la clasificación sobre estilos de crianza de Baumrind (1966), se podría establecer una similitud en los significados de ambas propuestas. Tendríamos que, los inseguros corresponderían a los permisivos; los agresivos a los autoritarios y los con personalidad corresponderían a los autoritativos.

3.4 Dimensiones de las prácticas de crianza

En la tarea que tienen los padres de guiar, educar y formar a sus niños estos tienen que basarse en dos dimensiones fundamentales con las que se ayudan para la realizar su adaptación al medio social, escuela-sociedad son: el apoyo y el control.

Así tenemos que el control está básicamente relacionado con el mandato parental, con la crianza restrictiva, controladora que se caracteriza por un estilo autocrático y afirmación del poder. Cabe señalar que esta dimensión está unida al uso frecuente de técnicas de castigo y al autoritarismo que los padres utilizan en la crianza de los hijos. En otros términos, el control, como técnica de disciplina para forzar la obediencia y sometimiento del niño a la voluntad parental.

Por otro lado, el apoyo, está vinculado con la comunicación que favorece el razonamiento, el afecto y la comprensión. Suele identificarse con bajos niveles de castigo físico, utilización del razonamiento por parte de ambos padres, buena comunicación y adecuada expresión de emociones durante las interacciones padre-hijo. Por ello, se hacen necesarios el afecto o el calor emocional, la sensibilidad y la mutua confianza para el buen funcionamiento de las relaciones entre padres e hijos, sobre todo para el desarrollo adaptativo del niño.

Estas dimensiones unidas entre sí causan determinados modelos o estilos educativos parentales establecidos por Baumrind (1967, 1971), pionera de la investigación en el tema, son el estilo autoritario, permisivo y democrático (Roa & del Barrio, 2002).

3.5 Estrategias y mecanismos de socialización familiar

Como nos hemos referido en el numeral anterior existen un conjunto de conductas que los padres valoran como apropiadas y deseables para sus hijos, tanto para su desarrollo como para su integración social, reciben el nombre de estrategias de socialización, lo que los padres desean que ocurra respecto a sus hijos y los medios para

alcanzar esos estados deseables (Goodnow, 1985). Estas metas y estrategias de socialización que emplean los padres con los hijos tienen que ver con el tono de la relación, con el mayor o menor nivel de comunicación (aceptación-rechazo, calorfrialidad, afecto-hostilidad, proximidad- distanciamiento) y con conductas para encauzar el comportamiento del niño o la niña (autonomía-control, flexibilidad-rigidez, permisividad-restricción). Son diversas las variables fundamentales o dimensiones que se combinan y se han formulado para dar como resultado unos estilos educativos determinados.

Desde mediados del siglo pasado se han venido identificando en las relaciones padres-hijos al menos dos variables en las prácticas educativas parentales, consideradas fundamentales en la socialización de los hijos, variables denominadas como «dominio-sumisión» y «control-rechazo», y que Rollins y Thomas (1979), las definen como «intentos de control» y «apoyo parental». Gran parte de la literatura que aborda la interacción familiar se refiere a la descripción de estas dos dimensiones (Baumrind, 1991; Molpereces, Llinares y Musitu, 2001; Gadeyne, Ghesquière y Onghena, 2004).

Todos estos autores constatan la variedad de pautas que pueden emplear los padres en las estrategias de socialización de sus hijos basadas en las dimensiones de apoyo y control parental. Por ejemplo, cuando un niño o niña se porta mal, algunos padres opinan que lo más educativo es retirarle un privilegio (no ver la televisión o no salir a jugar); otros opinan que lo mejor es sentarse a hablar con ellos y analizar su comportamiento; otros pueden opinar que lo mejor es dejar a los hijos a «su aire» para que aprendan por sí mismos. Sin duda, todos los padres desean lo mejor para sus hijos, pero lo importante es conocer el modo en que aparecen las distintas estrategias educativas, de acuerdo a condicionamientos como la edad, la situación en particular, o la madurez psicológica del niño en cada momento educativo. Dichas dimensiones se han disgregado con el paso del tiempo y, en la actualidad, se consideran cuatro aspectos distintos en las conductas de los progenitores: afecto en la relación, el grado de control, el grado de madurez y la comunicación entre padres-hijos (Moreno y Cubero, 1990; Solé, 1998; Ochaita, 1995). Estas dimensiones y su combinación procuran unas

experiencias educativas diversas que los niños viven en su familia y que naturalmente influirán en su desarrollo.

3.6 Prácticas de crianza parentales

Según Gerald (1994), a través del PCRI existen ocho escalas con las cuales podemos medir y clasificar a los padres según sus prácticas de crianza, estas son las siguientes:

A. Apoyo:

Becher (1986), define El apoyo familiar, como un elemento importante en el proceso educativo y está relacionado con el grado de involucramiento de los padres en las actividades escolares de sus hijos, el cual tiene un efecto positivo sobre su desempeño académico, al igual que el tiempo dedicado por la familia para ayudar en la realización de las tareas escolares (Becher, 1986; Fehrmann, Keith & Reimers, 1987).

El apoyo es relativo al soporte emocional que los padres brindan, se articula a lo largo de un proceso que va de la calidez hasta la hostilidad. (Becerra, S., Roldán, W. y Aguirre, M., 2008). Se puede definir el apoyo como la conducta de los padres hacia sus hijos, donde los niños se sientan apoyados y aceptados, siendo importante que los padres tengan apoyo mutuo para transmitirle seguridad y confianza al niño.

B. Establecimiento de límites:

Desde el inicio de la vida de la persona humana se establecen y se ponen, límites y hábitos que le van a servir para adaptarse a la vida de su entorno familiar. El establecimiento de límites se considera como la gran herramienta de crianza que influye positivamente sobre la fortaleza emocional de los niños y niñas. Poner límites implica enseñarles qué es lo que está bien y qué es lo que está mal, y permitirles desarrollar la capacidad de ajustarse inteligentemente a las normas.

Cada vez que interactuamos con nuestros niños tenemos que indicarles y enseñarles que todo gira en torno al cumplimiento de regla, normas que hay que cumplir para poder tener una buena adaptación al grupo y la sociedad. Hay que indicarles a nuestros niños que tenemos que aprender a controlar nuestros impulsos y que no debemos dejarnos llevar por ellos si no que se tienen que educar y controlar a fin que no nos generen problemas.

Las reglas tienen que ser el resultado de una decisión pensada, no de una improvisación, deben responder a razones que hay que transmitir, porque esos son los criterios que queremos que perduren en los niños y niñas, deben estar pensadas en la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños, proponen desafíos que puedan cumplirse con esfuerzo. Y sólo servirán si son: positivas para su desarrollo, si se pueden cumplir y si saben cuáles son las consecuencias de cumplirlas o transgredirlas.

De esta manera esta tarea de criar a nuestros hijos enseñándole a respetar reglas, sin castigarlo y sin herir sus sentimientos es un arte que debemos aprender a manejar.

C. Autonomía:

La importancia que tiene esta categoría es el señalar que autonomía, se trata de formar al niño o la niña para que en su vida adulta sean capaces de mantenerse bien, tanto moral e intelectualmente, cuidarse a sí mismos, y esto gracias a las enseñanzas y actitudes de los padres. Desde la niñez, potenciar el desarrollo de la autonomía, supone trabajar con ellos pequeñas responsabilidades en todos los aspectos de sus vidas, en los hábitos básicos de autocuidado, seguridad personal, comunicación, normas y límites, etc.

La autonomía es la conducta y condición de quien, para ciertas cosas, es decir nuestra capacidad para realizar algunas actividades en forma independiente, según el DRAE (1996). El papel de los padres y las madres es fundamental en el fortalecimiento de la autonomía, evitando actitudes protectoras, como: “hablar por ellos”, “recogerles

los juguetes”, etc. o darles demasiados apoyos cuando realmente ya tienen que haber conseguido por su edad cierto grado de independencia en las actividades cotidianas.

Por lo tanto, las familias deben recordar que el objetivo no es facilitar a los propios padres y madres las labores cotidianas, sino dotar a los hijos e hijas de estrategias que les ayudarán, en un futuro, a ser adultos más independientes, a afrontar situaciones diferentes, y en conclusión la autonomía en el niño, tiene que ser entendido por los padres y las madres como un proceso que se desarrollará poco a poco con un beneficio a largo plazo hasta lograr los niveles óptimos de independencia que les permitan adaptarse adecuadamente a su entorno social, con todas las cuidados y reglas enseñadas por los propios padres, de ahí dependerá la autonomía del niño.

D. Participación:

En primer lugar, el concepto según Arteaga y Dominic (2007), las relaciones entre los hijos y sus padres están mediadas por la idea de afecto y reciprocidad, es decir los padres deben criar a los niños con cariño, cuidar de ellos mientras son pequeños y vulnerables, pero al mismo tiempo éstos deben comportarse de manera recíproca con sus padres. Esto quiere decir no solo brindarles afecto, si no también colaborar con ellos, ser obedientes y cuando sean mayores protegerlos y alimentarlos.

Es importante señalar que, la participación de los padres, se entiende como el grado de interacción y conocimiento que ellos tienen de su hijo. Ambos deben ofrecer a su familia el tiempo que necesitan en cuestión de prioridades como alimentación, escolarización, asistencia médica, recursos económicos, etc., así como también en cuestiones menos objetivables como el acompañamiento, el juego, el contacto, el respaldo y la expresión emocional.

En esta situación de co-parentalidad, tanto el padre como la madre establecen normas y límites, estimulan el desarrollo, así como proveen medios económicos y diversos recursos para atender a sus hijos e hijas.

E. Satisfacción con la crianza:

La satisfacción familiar es el sentimiento natural inherente que sienten los padres por la sola condición de ser padres. La satisfacción familiar es el resultado del continuo juego de interacciones verbales y/o físicas que mantiene un sujeto con los otros miembros de su familia y guarda relación con la coherencia, la equidad en el hogar, la diversión, el apoyo, la falta de conflictos, la cercanía afectiva, la confianza, la cohesión, la adaptación, la asignación y aceptación de roles y tareas, la comunicación abierta y la aceptación en general de la propia familia (Tercero et al., 2013)

F. Comunicación:

La comunicación es el arte de transmitir información, ideas, creencias, sentimientos y pensamientos de una persona a otra. Es además, entrar en contacto con alguien, penetrar en el mundo de otro, es darle al otro participación en lo mío, supone una relación entre las personas que participan en ella (Franco, 2005).

Esta comunicación, no consiste simplemente en transmitir información de una persona a otra, ya que nos comunicamos por medio de gestos, con la postura, con el tono de voz, incluso cuando elegimos los momentos para hablar, o lo que no decimos. Según Polaino y Martínez (2002), definen a la comunicación humana, como una forma determinada de interacción social, en la que se dan en mayor o menor medida, intercambios de mensajes entre las personas implicadas.

G. Distribución del rol:

El rol es esa responsabilidad que hemos aprendido de nuestros ancestros de cuál es nuestro papel según cuál fuere nuestro genero mama-papa, en la formación de nuestros hijos. Para Solís y Díaz (2007), expresan que la distribución del rol, es una escala que valora las creencias de los padres acerca del papel que estiman debe desempeñar cada género, mamá/papá, en la formación de los niños, en la crianza.

Sin embargo, a pesar de que cada día hay más mujeres que trabajan fuera de sus casas, siguen siendo las principales encargadas de la crianza de sus hijos e hijas. Esto se ha traducido en que las mujeres que trabajan remuneradamente deban asumir una doble jornada de trabajo: la jornada laboral, luego las tareas del mundo doméstico, ya que no ha habido cambios en cómo se distribuyen estas tareas con la pareja.

En la actualidad se ha visto que los hombres han ido cambiando su comportamiento y están participando cada vez más de la crianza de los hijos, así mismo están participando más en las tareas domésticas, repartándose la labor de los quehaceres de la casa a fin también de poder tener mayor tiempo para su relación de pareja.

Por otra parte, los hijos se benefician de un padre más cercano y multifacético que puede interactuar con ellos en los espacios domésticos y cotidianos. Además les enseña que hombres y mujeres pueden cumplir indistintamente las tareas de la casa o de proveer, lo que enriquecerá en el futuro su propia vida de pareja.

H. Deseabilidad social:

Inicialmente fue definida dentro del área de la psicometría como una distorsión intencionada de la respuesta, tendiente a disimular o quedar bien, acentuada cuando la motivación para hacerlo es alta, lo que interfiere negativamente en las mediciones psicológicas. Solís y Díaz (2007), definen a la deseabilidad social como una escala de validez de las respuestas de los padres; puntuaciones bajas en esta sugieren que los padres están dando respuestas positivas, pero irreales de las relaciones con sus niños.

3.7 Estilos de crianza

Sobre este tema en particular podemos expresar que todos los padres desean lo mejor para sus hijos, pero lo importante es conocer el modo en que aparecen las distintas estrategias educativas, de acuerdo con condicionamientos como la edad, la situación en particular, o la madurez psicológica del niño en cada momento educativo.

Ante lo expuesto algunos autores definen los estilos de crianza, como Torío, Peña, y Rodríguez (2008), afirman que estos representan la forma de actuar de los adultos respecto a los niños ante situaciones cotidianas, la toma de decisiones o la resolución de conflictos. En el presente trabajo de investigación tomaremos los aportes de Diana Baumrind (1967, 1971), citando los tres estilos de crianza: autoritario, permisivo y autorizado o democrático.

A. Estilo Autoritario:

Según Ramírez (2005), denomina a los padres autoritarios, como aquellos que se caracterizan por manifestar alto nivel de control y de exigencias de madurez y bajos niveles de comunicación y afecto explícito. Lo predominante es la existencia de abundantes normas y la exigencia de una obediencia bastante estricta.

Dedican esfuerzo a influir, controlar, evaluar el comportamiento y las actitudes de sus hijos de acuerdo con patrones rígidos preestablecidos. Estos padres dan gran importancia a la obediencia, a la autoridad, al uso de castigo y de medidas disciplinarias, y no facilitan el diálogo. Las normas que definen la buena conducta son exigentes y se castiga con rigor la mala conducta. La comunicación entre cada uno de los progenitores y el niño es pobre.

Asimismo, le otorgan gran importancia a la disciplina, una menor valoración a la autorregulación y a la sensibilidad del niño; sus métodos pedagógicos apelan mucho más al control que a la motivación o a la relación. La distancia entre padres e hijos son considerables, los roles sexuales netamente separados y la reserva ante los agentes de socialización del exterior es bastante significativa (Becerra, Roldán & Aguirre, 2008).

De igual forma, Torío et al. (2008), expresan que es un modelo rígido en donde la obediencia es considerada una virtud y en donde se favorecen las medidas de castigo o de fuerza, restringiendo la autonomía del niño. No sienten necesidad de explicar los motivos de sus actuaciones, por lo que prescinden del diálogo y este se sustituye por la

rigidez e inflexibilidad en el comportamiento, los padres hacen uso frecuente del castigo, reducen la iniciativa y espontaneidad del niño, a la vez que fomentan comportamientos hostiles en los hijos, por lo que la distancia y la falta de comunicación se hace cada vez mayor. Por consiguiente, la actitud principal es la imposición de normas, y el niño o la niña obedecen y no pueden cuestionarlas.

B. Estilo Permisivo:

Este estilo se caracteriza por una ausencia de normas y reglas de disciplina, proporcionan gran autonomía al hijo siempre que no esté en peligro su supervivencia física, en la educación el aprendizaje se realiza por sí mismo, no utiliza consejos, recompensas ni castigos, la no implicación en la educación de los hijos y la liberación de la responsabilidad paterna. Agrega además Ramírez (2005), que este estilo de padres permisivos se caracterizan por un nivel bajo de control y exigencias de madurez, pero con un nivel alto de comunicación y afecto. Se caracterizan precisamente por el afecto y el dejar hacer.

Manifiestan una actitud positiva hacia el comportamiento del niño, aceptan sus conductas y usan poco el castigo. Consultan al niño sobre decisiones; no exigen responsabilidades ni orden; le permiten auto organizarse, sin normas que estructuren su vida cotidiana; utilizan el razonamiento, pero rechazan el poder y el control sobre el niño.

C. Estilo con Autoridad o Democrático:

Este grupo de padres es sensible a las necesidades de los hijos, estimulan la expresión de sus necesidades y proporcionan espacio para la responsabilidad como para la autonomía, favorecen la independencia e iniciativa personal del niño, el consenso y el diálogo en la relación padres-hijos, además de una responsabilidad, marcada de calor afectivo.

En conclusión, Baumrind (1971), citada por Pichardo et al. (2009), afirman que las prácticas de crianza eficaces implican dar apoyo, expresar empatía, realizar una adecuada resolución de conflictos, mantener una buena comunicación padres-hijos, brindar una implicación o afectividad positiva, controlar la conducta estableciendo límites claros y una apropiada disciplina, son características propias del estilo educativo democrático, un estilo basado en afecto y control inductivo que favorece el desarrollo de conductas socialmente adecuadas, como son, la cooperación social, la independencia social e interacciones sociales positivas.

3.8 Prácticas de crianza y ansiedad infantil

Como se ha expresado en la presente investigación tanto en el planteamiento del problema como en el análisis teórico de la ansiedad, se muestra que esta es una problemática clínica de las más prevalentes, tanto en la población adulta como infantil y por ello se convierte en un objetivo prioritario en salud mental, teniendo en cuenta que lo más importante no solo es solo atenderlo una vez que se haya presentado, si no adicionalmente identificar y abordar los factores que lo producen o que protegen de su aparición, de cara a extender el foco de interés adoptando una perspectiva preventiva.

Es sabido que entre los factores más comúnmente relacionados con dicha ansiedad, suele referenciarse la crianza como uno de los que aparecen con mayor persistencia en los estudios sobre el tema. Uno de ellos, realizado por Palafox, Jané, Viñas, Pla, Ruiz y Doménech-Llaveria (2008), permitió observar que los padres que se encuentran mucho más alterados y/o irritados al momento de establecer pautas disciplinarias utilizan un estilo caracterizado por un mayor número de muestras de afecto negativo, niveles más elevados de crítica y menor sensibilidad hacia los menores, factores parentales, que influyen sobre los resultados de ansiedad generalizada en sus hijos participantes del estudio.

Así mismo, Duchesne, Larose, Vitaro, Tremblay (2010), llevaron a cabo un estudio a partir del cual informaron que existen diversas formas a través de las cuales se puede desarrollar un trastorno de ansiedad en el transcurso de vida escolar. Los autores

abordaron en este caso el factor afectuosidad de la crianza materna, destacándola como aportante definitivo del desarrollo y las características de la ansiedad. Los estudios anteriormente citados permiten concluir que se esboza claramente una relación importante entre prácticas de crianza y el desarrollo de la ansiedad en niños.

En ese orden de ideas, Bögels, Stevens, Majdandzic (2011), focalizados en las dimensiones de sobreprotección y rechazo, tanto paternas como maternas, concluyeron que ambos padres influyen en la ansiedad social del hijo, aunque con efectos diferenciales, puesto que se encontró mayor relación en el resultado de ansiedad social de los hijos con las madres ansiosas, al compararlo con padres ansiosos.

Otros estudios focalizaron su interés en dimensiones puntuales de la crianza como el control, el apoyo, el rechazo y otros factores. Entre ellos, Van der Bruggen, Stams, Bögels, Paulussen-Hoogeboom (2012), quienes examinaron el control paterno y materno (control psicológico y la autonomía cohesión) y de apoyo (el rechazo y la calidez emocional) como mediadores de la relación entre la emocionalidad negativa de los niños. En este estudio se encontró que el rechazo materno influía en la emocionalidad negativa de los niños y la ansiedad/depresión, ya que los niños que presentaban emocionalidad negativa y presentan mayor control psicológico por parte de las madres; por otra parte el estudio también se encontró que la calidez emocional se relaciona con los niveles más altos de ansiedad/depresión del niño.

Al analizar estos dos extremos los autores concluyeron que ambos extremos de la emocionalidad, indiferencia o sobreprotección, afectan la autoestima infantil, produciendo como efecto, los trastornos estudiados.

Otro estudio realizado por Verhoeven, Bögels, Van der Bruggen (2011), puntualizó la asociación entre dimensiones de crianza como, autonomía, cohesión, control, rechazo y la ansiedad infantil, asumiendo como variables adicionales los hogares, sexo y edad del infante. En él se encontró que tanto para madres y padres la relación entre la cohesión y la autonomía de los niños con respecto a la ansiedad era más fuerte en los niños más pequeños, específicamente en los de 10 años.

De igual manera el estudio mostró que tanto el rechazo materno y paterno como el control que ejercía cada uno de los padres con el niño, se asociaban con los altos

niveles de ansiedad del infante, lo cual sugiere entonces que el control y el rechazo de los padres hacia los niños son factores relacionados con el trastorno.

Como lo reportan los estudios mencionados, se han encontrado asociaciones importantes entre prácticas parentales de crianza y síntomas y/o trastornos de ansiedad infantil. De cara a dichos hallazgos, el presente estudio pretende aportar algún elemento que permita determinar si se encuentra o no la relación mencionada por los autores citados.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo de investigación

La presente investigación se enmarca dentro de los estudios básicos con metodología cuantitativa, pues presentaremos datos empíricos originales producidos por los autores y enmarcados dentro de la lógica epistemológica de tradición objetivista (Montero & León, 2007).

2. Diseño de investigación

El diseño que utilizaremos será el descriptivo, correlacional y transversal. Es descriptivo pues se pretende mostrar los niveles de las variables; así mismo es correlacional pues se busca medir la asociación entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza de los padres. Es transversal porque se medirán las variables en un solo momento en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3. Población y muestra

La población de la presente investigación es está representada por los alumnos que se encuentran cursando el nivel primario en diferentes instituciones educativas del distrito de Cerro Colorado.

La muestra fue de 155 alumnos de primaria, de los cuales el 72.9% fueron varones y el 27.1% fueron mujeres, cuyas edades fluctuaron entre los 6 y 8 años con una edad promedio de 6.98 años. Respecto a los padres de familia evaluados, el 63% fueron madres y el 27% padres, cuyas edades fluctuaron principalmente entre los 31 a 40 años (52.3%) y 41 a 50 años (29.1%). Asimismo, el grado educativo de los padres de familia fue mayormente técnico (28.6%) y universitario completo (26.5%). El tipo de muestreo fue no probabilístico.

Criterios de inclusión:

Asistir regularmente a las instituciones educativas.

No presentar alguna incapacidad física que impida la correcta resolución de las pruebas.

4. Instrumentos

A. Cuestionario de Ansiedad infantil (CAS)

Autor: John S. Gillis (1980) y adaptado por Gómez y Pulido (1991) para la población española.

Objetivo: mide el nivel de ansiedad que presentan niños entre 6 y 8 años de edad.

Ámbito de aplicación: Niños entre 6 a 8 años

Tiempo de aplicación: Aproximadamente 15 a 20 minutos

Descripción: El instrumento consta de 20 ítems donde cada elemento consiste en asociar una pregunta a una respuesta gráfica, ya sea un círculo o un cuadrado, habiendo una figura que representa a cada ítem, Gillis consideró para su construcción el entrenamiento lúdico ya que el instrumento evaluaba niños, por ello se debería utilizar las múltiples formas de captar la atención, así como enfatizar en reiterados ensayos de ilustración en la modalidad de contestar, dirigiéndose a los mismos mediante proposiciones directas: Los ítems se clasifican en 2 factores, el Factor 1: Emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de responsabilidades, donde corresponde a los niños poco estables con gran componente hereditario Cueli (1994), son niños que probablemente se sientan frustrados, presionados, sobreexcitados o inquietos. Mientras que el Factor 2: Retraimiento, timidez y sentimientos de

dependencia, corresponde a niños que se muestran tímidos y que tienden a ser sensibles a la amenaza, que se amedrentan fácilmente y que mediante el alejamiento intentan evitar la amenaza y la excesiva estimulación social.

Validez y confiabilidad: Para la presente investigación se trabajará con la versión estandarizada para Lima Metropolitana por Córdova y Shiroma en el (2005), en la UNIFE donde se utilizó una muestra de 1087 niños de 6 a 8 años. En la versión peruana de Córdova y Shiroma (2005), los resultados del análisis de ítems muestran que las correlaciones de cada uno de los ítems con la escala total del Cuestionario fluctúan entre .007 como correlación mínima y 0.5 como correlación máxima. Los ítems 5 y 2 obtienen las puntuaciones más bajas, mientras los ítems 8 y 14 obtuvieron las puntuaciones más altas.

B. Cuestionario de crianza parental PCRI

Autor: Gerald (1991), adaptado por Roa y Del Barrio (2001),

Objetivo: Este instrumento valora la crianza de padres de niños en edad escolar, que se puede aplicar a madres como a padres.

Cabe recalcar que este instrumento sirve para identificar las dimensiones relevantes de las actitudes de los padres hacia la crianza, cómo son las relaciones entre padres e hijos y la calidad de las mismas.

Además según Roa y del Barrio indican que los resultados del PCRI se pueden interpretar en términos de los estilos con autoridad o democrático, autoritario y permisivo propuestos por Baumrind (1971).

Ámbito de aplicación: Madres o padres de familia

Tiempo de aplicación: Aproximadamente 20 a 25 minutos

Descripción: El formato de Roa y Del Barrio (2001), se aplica tanto a mamás como a papás, éste consta de 78 reactivos calificados en una escala Likert de cuatro puntos que

va desde totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, y distribuidos en ocho categorías o escalas.

En la estructura del PCRI, algunas preguntas las que terminan en DA están redactadas en sentido positivo, y buscan el total acuerdo (1) como máximo puntaje y las otras preguntas que terminan en DS, están redactadas en un sentido negativo y buscan el total desacuerdo (4) con o máximo puntaje.

Una primera escala, es la de Comunicación, con 9 reactivos que valoran la percepción que tienen los padres sobre la efectividad de la valoración de la comunicación tanto como la confianza para compartir información entre hijos y padres, además conocen el lenguaje gestual y las razones que se explican antes de dar las indicaciones con sus niños.

La segunda escala, es la de Establecimiento de límites, con 12 reactivos que valoran la importancia que asignan los padres al establecimiento de límites, dando valor a la facilidad o dificultad para el cumplimiento de las reglas en la convivencia del hogar y también el nivel de desobediencia de los hijos el manejo de los mismos.

La tercera escala, es la de Satisfacción con la crianza, de 10 reactivos, las que valoran el grado de orgullo, complacencia y satisfacción por sus hijos.

La cuarta escala, es la de Participación en la crianza, con 14 reactivos que dan valor al compromiso en la crianza de los niños, así como en su actividad en la crianza; examinan el grado de interacción, conocimiento y aceptación que creen tener los padres con sus niños.

La quinta escala, es la de Apoyo en la crianza con 9 reactivos, en esta categoría se valora el sentimiento de los padres por la labor realizada al criar a sus hijos miden el nivel de apoyo emocional e incluso económico.

Una sexta escala es Autonomía, con 10 reactivos que examinan las actitudes de los padres para facilitar o promover la independencia de sus niños para que actúen con libertad y responsabilidad.

Una séptima escala, es la de Deseabilidad social, con 5 reactivos, es utilizada como una escala de validez de las respuestas de los padres. Esta categoría busca la validez de las respuestas de los padres determinan falta de sinceridad por tener mejor imagen ante el encuestador. Si existiesen puntuaciones bajas significa que los padres están dando respuestas positivas, pero irreales de las relaciones con sus niños.

La octava escala, es la Distribución de rol, con 9 reactivos que valoran las creencias de los padres acerca de las responsabilidades que tienen que asumir cada uno de los padres que, así como la distribución de tareas entre ellos.

Validez y confiabilidad

La prueba fue validada en Lima concretamente en Canto Grande por Becerra, Roldán y Aguirre (2008), en una muestra de 375 madres de familia, encontrando la misma estructura factorial de 7 dimensiones que en la versión original en inglés y su adaptación española. Así mismo, los análisis de fiabilidad dan valores que varían entre $\alpha = .38$ y $\alpha = .68$ con un $\alpha = .66$ para la escala total.

5. Procedimiento

Se procederá a coordinar las fechas y horarios de evaluación con las autoridades de las instituciones educativas seleccionadas para luego empezar a aplicar la prueba de Ansiedad. Luego de ello, se procederá a evaluar los padres de familia en sus estilos de crianza aprovechando las reuniones para entrega de libreta o de escuela de padres.

6. Análisis e interpretación de datos

Una vez aplicadas las encuestas se procederá a su análisis haciendo uso del paquete estadístico SPSS versión 25 sirviéndonos del análisis descriptivo de los datos y de gráficos. Así como de la correlación de Pearson para determinar la relación entre las variables.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo analizamos los resultados orientados a cumplir con los objetivos propuestos y que nos permitan llegar a conocer cuál es la relación entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza de los padres, para ello presentaremos primeramente los análisis de univariados descriptivos para luego presentar los inferenciales tanto de comparación como de correlación.

Tabla 2.

Niveles de ansiedad de los estudiantes de primaria evaluados.

	Frecuencia	%
Baja	34	21.9
Media	105	67.7
Alta	16	10.3
Total	155	100.0

Se observa que la mayoría de estudiantes presenta un nivel medio de ansiedad (67.7%); mientras que el 21.9% tiene un nivel bajo y el 10.3% un nivel alto de ansiedad.

Tabla 3.

Prácticas de crianza de los padres de familia de los estudiantes de primaria evaluados.

		Frecuencia	%
Comunicación	Bajo	131	84.5
	Alto	24	15.5
	Total	155	100.0
Establecimiento de limites	Bajo	22	14.2
	Alto	133	85.8
	Total	155	100.0
Satisfacción con la crianza	Bajo	2	1.3
	Alto	153	98.7
	Total	155	100.0
Participación	Bajo	32	20.6
	Alto	123	79.4
	Total	155	100.0
Apoyo	Bajo	26	16.8
	Alto	129	83.2
	Total	155	100.0
Autonomía	Bajo	18	11.6
	Alto	137	88.4
	Total	155	100.0
Distribución de roles	Bajo	40	25.8
	Alto	115	74.2
	Total	155	100.0

Respecto a las prácticas de crianza se puede observar en la Tabla 3 que la mayoría de padres de familia tiene un alto establecimiento de límites (85.8%), satisfacción con la crianza (98.7%), participación con la crianza (79.4%), apoyo (83.2%), autonomía (88.4%) y distribución de roles (74.2%); sin embargo tienen niveles bajos de comunicación (84.5%).

Tabla 4.

Comparación de la ansiedad según el sexo de los estudiantes evaluados

	Grupo	N	Media	DE	t	gl	p
Ansiedad	Mujer	42	6.976	3.119	-0.912	153	.363
	Varón	113	7.531	3.454			

En la Tabla 4 se muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad entre los niñas y niños evaluados ($t = -0.912$; $p = .363$), lo que nos indica que ambos grupos tienen los mismos niveles de ansiedad.

Tabla 5.

Comparación de las prácticas de crianza según el sexo de los padres de familia

	Grupo	N	Media	DE	t	gl	p
Comunicación	Papá	50	14.52	3.284	-2.529	133	.013
	Mamá	85	15.93	3.031			
Establecimiento de límites	Papá	50	30.40	5.063	-1.294	133	.198
	Mamá	85	31.72	6.060			
Satisfacción con la crianza	Papá	50	27.52	3.382	-1.024	133	.308
	Mamá	85	28.07	2.781			
Participación	Papá	50	30.20	3.320	-2.657	133	.009
	Mamá	85	31.95	3.906			
Apoyo	Papá	50	21.08	3.636	-0.556	133	.579
	Mamá	85	21.41	3.167			
Autonomía	Papá	50	22.96	2.792	-5.029	133	< .001
	Mamá	85	25.72	3.232			
Distribución de roles	Papá	50	20.24	3.879	-0.921	133	.359
	Mamá	85	20.82	3.349			

En la Tabla 5 se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en las prácticas de crianza de comunicación ($t = -2.529$; $p = .013$), participación ($t = -2.657$; $p = .009$) y autonomía ($t = -5.029$; $p < .001$) entre padres y madres, siendo así que las mamás perciben que tienen una mayor comunicación con sus hijos, participan más en la crianza y brindan una mayor autonomía que los papás.

Tabla 6.

Correlación entre la ansiedad y las prácticas de crianza

		Comunicación	Establecimiento de límites	Satisfacción con la crianza	Participación
Ansiedad infantil	r de Pearson	-0.255	-0.057	-0.246	-0.213
	Sig.	0.034	0.484	0.030	0.035
		Apoyo	Autonomía	Distribución de rol	
Ansiedad infantil	r de Pearson	-0.242	0.018	0.047	
	Sig.	0.038	0.821	0.562	

Como se aprecia en la Tabla 6 se halló que existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza de comunicación ($r = -.255$; $p = .034$), satisfacción con la crianza ($r = -.246$; $p = .030$), participación ($r = -.213$; $p = .035$) y apoyo ($r = -.242$; $p = .038$), dichas correlaciones son inversamente proporcionales. Esto nos indica que problemas de comunicación, una baja satisfacción con la crianza, una menor participación de los padres en la crianza y un menor apoyo se asocian a una mayor ansiedad infantil.

DISCUSIÓN

A lo largo de la presente investigación hemos puesto énfasis en determinar cómo se relacionan las prácticas parentales de crianza con la aparición de la ansiedad en niños y niñas. Nuestra investigación es importante, ya que si bien hay diversas investigaciones que hablan del rol de la familia sobre el desarrollo emocional de los hijos, no hay suficiente evidencia sobre la influencia de las prácticas de crianza sobre la ansiedad infantil.

Con respecto a la ansiedad se encontró que los niños participantes obtuvieron mayormente un nivel medio, uno de cada diez niños fueron los que tuvieron una elevada ansiedad. Según Kessler et al., (2005), la ansiedad es uno de los trastornos de mayor prevalencia dado que se estima que el 13.6% a 29.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, nuestros resultados están un poco por debajo de lo reportado por el mencionado autor. Asimismo, nuestros resultados son similares a un estudio realizado por Torres, et al., (2010) donde se encontró que el 13% de los niños en un rango de edad entre 9 y 17 habían padecido algún trastorno de ansiedad, estos porcentajes son interesantes porque nos permiten comparar los resultados obtenidos con las cifras mundiales y constatar la prevalencia de estos rasgos de ansiedad en la población arequipeña.

Según esta prevalencia en los rasgos de ansiedad, se podría hipotetizar que parte de estas cifras pudieran estar relacionadas con las preocupaciones sobre el contexto, sus habilidades físicas, intelectuales, lo que piensen sus pares e incluso situaciones económicas, haciendo que estos niños desgasten una gran parte de su tiempo en situaciones reales o imaginarias que aún no han ocurrido, como lo señalan Barkley y Mash (2003); así mismo puede estar explicada por el afecto negativo, es decir, el infante se muestra ansioso al no poder predecir ni controlar el futuro y así no ser capaz de obtener los resultados que espera (Barlow, 2002).

Respecto a las prácticas de crianza, la mayoría de padres de familia percibe que tiene un alto establecimiento de límites. Según lo que ellos piensan, expresan no tener problemas al establecer límites con sus hijos, no les resulta difícil conseguir algo de sus

hijos, sus hijos no son difíciles de educar, no ceden en algunas cosas con sus hijos, no pierden la paciencia con ellos, no les cuesta decir “no” a sus hijos y además consideran que sus hijos no están mimados. Según Trenchi (2011), poner límites es enseñarles qué es lo que está bien y qué es lo que está mal, permitiéndoles desarrollar la capacidad de ajustarse a la sociedad. Además cuando se establecen límites los niños se sienten más seguros y valorados.

Además, la mayoría de los padres presentan un nivel alto de satisfacción con la crianza, esto debido, a que muchos expresan sentir que su paternidad o maternidad no cambia de un día para otro, no se arrepienten de tener hijos, no se sienten insatisfechos por el hecho de ser padres, no se cuestionan acerca de si fue correcto o no tener hijos, no sienten perder el tiempo con sus hijos y no están de acuerdo de que si volviesen a empezar no tendrían hijos. Lo cual expresa, que si se sienten satisfechos de ser padres por el sólo hecho de ser padres y que es uno de los aspectos más importantes de su vida. En este sentido, como afirman Tercero et al. (2003), si existe una buena satisfacción con la crianza, las interacciones en el ámbito familiar serán favorables, caracterizados por la ausencia de conflictos y un buen apoyo familiar por parte de los padres.

Cabe agregar que los padres evaluados creen tener una buena participación en la crianza, debido a que mucho expresan que la paternidad o maternidad es algo natural en ellos, quieren a su hijo tal como es, se sienten cerca de sus hijos, se preocupan por sus actividades, sienten que los conocen bien, protegen a sus hijos del peligro, llevan una fotografía de sus ellos en sus billeteras, emplean y dedican tiempo a sus hijos y saben expresarse con ellos para que los comprendan. De esta manera, según Solís y Díaz (2007), unos padres con buena participación, practican un estilo parental democrático, porque se interesan por conocer a sus hijos, participan de las actividades que realizan y son aceptados y queridos por sus hijos.

También se pudo apreciar que los padres evaluados no se sienten solos al criar a sus hijos, no les preocupa mucho el dinero, no se sienten estresados como padres, se sienten acompañados por sus parejas y se sienten satisfechos con la vida que tienen. En este sentido, David Nivem (1971), nos informa que las relaciones se basan en el apoyo

mutuo, por ello afirma que si usted siente que su pareja lo apoya; es decir lo valora por ser quién es, por lo que usted es, por lo que quiere, y lo necesita, su relación tiene cimientos sólidos. Si el punto de partida es una posición de apoyo mutuo, cualquier desacuerdo que pueda surgir será finalmente de poca importancia y cualquier dificultad será, no sólo será de poca importancia, sin que sea superable. Por lo tanto, dele y pídale apoyo a su pareja, así todo lo demás será mejor y más fácil.

Otro punto a resaltar es que la mayoría de padres evaluados perciben que brindan autonomía a sus niños, por lo tanto según Ramírez (2005), son padres que fomentan una práctica parental democrática, debido que este tipo de padres le otorga especial importancia a la iniciativa personal del niño, al procurar que los hijos sean los encargados de solucionar sus problemas, a elegir, al cuidar el material y valorar su propio esfuerzo en su mayoría aunque no significativamente.

Asimismo, los padres en su mayoría creen distribuirse bien los roles en pareja. Esto, debido a que no están de acuerdo con el hecho que las mujeres se queden en casa cuidando a los hijos, la mayor responsabilidad de los padres no es lo económico, y además si están de acuerdo con que los maridos deben ayudar a cuidar a sus hijos. Aunque es importante indicar que en nuestra investigación las madres perciben que tienen una mayor comunicación con sus hijos, participan más en la crianza y brindan una mayor autonomía que los padres. No se hallaron diferencias en el establecimiento de límites, satisfacción con la crianza y el apoyo brindado a los hijos.

Por el contrario, los padres afirman que sus hijos no son muy comunicativos, no siempre les explican el porqué de sus acciones, les cuesta saber mediante el rostro de su hijo cómo se sienten, no siempre mantienen una comunicación constante en la cual expresan lo que sienten, los hijos algunas veces les cuentan lo que les sucede, no se expresan a su mismo nivel, a ambos les cuesta escuchar y llegan a acuerdos. Según Ramírez (2005), los problemas que presentan los padres evaluados generaran que estos se vuelvan más autoritarios.

En cuanto al objetivo general se halló que existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad infantil y las prácticas de crianza de comunicación, satisfacción con la crianza, participación y apoyo, lo cual valida nuestra hipótesis. Esto nos indica que problemas de comunicación, una baja satisfacción con la crianza, una menor participación de los padres en la crianza y un menor apoyo se asocian a una mayor ansiedad infantil. Nuestros resultados son similares a lo hallado por Van der Bruggen, Stams, Bögels y Paulussen-Hoogeboom (2012), los cuales indican que el rechazo materno influía en la emocionalidad negativa de los niños y la ansiedad/depresión, ya que los niños que presentaban emocionalidad negativa y presentan mayor control psicológico por parte de las madres. Dichos autores hacen énfasis en que los extremos de emocionalidad en la crianza como indiferencia o sobreprotección, afectan la autoestima infantil, produciendo como efecto ansiedad. En el caso de este estudio los problemas de comunicación podrían interpretarse como indiferencia o falta de apoyo por los niños, lo que podría estar afectando directamente su emocionalidad y siendo una posible causante de sus rasgos de ansiedad.

Además, el hecho de haber evaluado a las madres de familia en vez de a los padres, se justifica por lo hallado por Bögels, Stevens y Majdandzic (2011), quienes focalizados en las dimensiones de sobreprotección y rechazo, tanto paternas como maternas, concluyeron que ambos padres influyen en la ansiedad social del hijo, aunque con efectos diferenciales, puesto que se encontró mayor relación en el resultado de ansiedad social de los hijos con las madres ansiosas, al compararlo con padres ansiosos. En este sentido evaluar a las madres es lo suficientemente fundamentado como para poder generar conclusiones sobre la relación entre las prácticas de crianza y la ansiedad infantil. Asimismo, esto se refuerza con que hay otros antecedentes de investigaciones similares como la de Duchesne, Larose, Vitaro, Tremblay (2010), quienes abordaron el factor afectuosidad de la crianza materna, destacándola como aportante definitivo del desarrollo y las características de la ansiedad.

Otro estudio con resultados similares a los nuestros es el de Rodríguez (2005), quien indica que una poca atención de los padres hacia sus hijos puede asociarse a una posible percepción de rechazo de los niños. Al igual que en nuestro estudio se identificó

que algunas emociones pueden convertirse en desencadenantes de ansiedad y están relacionadas a la necesidad del menor de ser aprobado por su entorno. En este mismo sentido Caballo y Simón (2004), plantearon también que el niño se describe como perfeccionista, ávido para complacer a los demás y requieren la aprobación de los demás, lo que cual genera ansiedad. Los niños que vivan en hogares donde no se sientan cuidados, pueden desarrollar mayores miedos sobre su entorno o experiencias futuras, viéndose reflejado en una baja autoestima y poca confianza, que puede hacer que la forma de evaluar el futuro sea de manera catastrófica, generando ansiedad en su presente e interviniendo en su desarrollo.

Por otra parte, es interesante resaltar que la mayoría de los padres evaluados se perciben como cariñosos, que apoyan a sus hijos y que tienen normas claras apoyadas de razonamientos y argumentos, lo cual explicaría que exista una baja prevalencia de elevados niveles de ansiedad en los menores evaluados. Este resultado es importante ya que refuerza el rol que tiene la familia sobre el desarrollo emocional de los niños.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La mayoría de los estudiantes evaluados presenta un nivel medio de ansiedad.
- SEGUNDA:** Respecto a las prácticas de crianza, la mayoría de padres de familia tiene un alto establecimiento de límites, satisfacción con la crianza, participación con la crianza, apoyo, autonomía y distribución de roles (74.2%). Sin embargo, la mayoría de padres de familia tienen niveles bajos de comunicación.
- TERCERA:** Los niños y niñas evaluados no presentan diferencias en sus niveles de ansiedad.
- CUARTA:** Las madres perciben que tienen una mayor comunicación con sus hijos, participan más en la crianza y brindan una mayor autonomía que los padres. No hubo diferencias en el establecimiento de límites, satisfacción con la crianza y el apoyo brindado a los hijos.
- QUINTA:** La ansiedad infantil se relaciona con las prácticas de crianza de comunicación, satisfacción con la crianza, participación y apoyo. Esto nos indica que problemas de comunicación, una baja satisfacción con la crianza, una menor participación de los padres en la crianza y un menor apoyo se asocian a una mayor ansiedad infantil.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Incrementar la muestra no solo estudiantes sino también de papás le dará un mayor peso a la investigación. Otro punto a tomar en cuenta para mejorar esta investigación es evaluar variables como consumo de alcohol de los padres, problemas económicos y condiciones laborales de los padres de familia, pues son variables que afectan a toda la dinámica familiar y también pueden estar ligadas a la presencia de ansiedad infantil.
- SEGUNDA:** Con los resultados obtenidos se pueden generar charlas de escuela de padres, que se enfoquen en mejorar la comunicación con los hijos, ya que a percepción de los padres hay falencias en dicha variable.
- TERCERA:** Además nuestros datos sugieren que se tiene que trabajar con los niños en estrategias para lidiar con los niveles medios de ansiedad que mayormente padecen. Los cuales pueden deberse también a la dinámica escolar.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM – IV – TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Aron, A. y Milicid, U (1999) “Clima Social Escolar y Desarrollo Personal, un Programa de Mejoramiento”- Editorial Andrés Bello – Santiago de Chile.
- Arteaga, A. C. & Dominic, J., 2007 – Ser wawa en los Andes: representación social de mujeres migrantes aymaras sobre el niño(a) aymara. *Ajayu*, 5(1): 1-26.
- Ato, E., Galián, M^a. D. y Huéscar, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de Psicología*, 23(1), 33-40
- Aune, T., & Stiles, T. (2009) Universal-Based Prevention of Syndromal and Subsyndromal Social Anxiety: A Randomized Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 867-879. doi: 10.1037/a0015813
- Baeza, J. Balaguer, I. Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y Prevención de la Ansiedad*. Ediciones Días Santos. España
- Barkley, R. y Mash, E. (2003). *Child psychopathology* (pp.279-329). New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp.1-72). New York: The Guilford Press.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology monographs*, 75(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1971). *Current Pattern of Parental Child Development*. University of California – Berkeley
- Becerra, S., Roldán, W. y Aguirre, M. (2008). Adaptación del cuestionario de crianza parental (pcri-m) en Canto Grande. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 135-149
- Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D. (2009) Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*. 32(3), 483-524.

doi:10.1016/j.psc.2009.06.002.

- Bögels, S., Stevens, J. & Majdandzic, M. (2011). Parenting and social anxiety: fathers' versus mothers' influence on their children's anxiety in ambiguous social situations. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 52(5), 599-606.
- Bojorquez, J. D. (2015). *Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios* [Tesis de maestría]. Obtenido de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2247/1/bojorquez_jd.pdf
- Caballo, V. & Simón, M. (2004). *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente: trastornos específicos* (pp. 93-100). Madrid, España: Pirámide Editores S.A.
- Cámara Reséndiz Pedro Solís & Díaz Romero Marysela (2007) "Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. Tesis de Maestría Universidad de Murcia-España. Facultad de Sicología.
- Cantón & Cortés (1997) "Causas del maltrato infantil". II congreso sobre maltrato infantil (1,998).
- Cárdenas et al, E. M. (2010). *Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Mexico D.F., México: Shoshana Berenzon.
- Céspedes, A. (2007a). *Cerebro, Inteligencia y Emoción*. Editorial Prosa S.A. – Santiago de Chile.
- Céspedes, A. (2007b). *Niños con Pataletas, Adolescentes Desafiantes, como manejar los trastornos de conductas en los hijos* – 5ta Edición. Editorial Untimited S.A.
- Coloma, J. (1993). Estilos Educativos Paternos. En J. M. Quintana (Coord.), *Pedagogía Familiar*. (pp. 45-58) Madrid: Narcea.
- Consuegra, N. A. (2011). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Córdova, M. y Shiroma, R. (2005). Cuestionario de ansiedad infantil: Características psicométricas y Análisis descriptivo comparativo. *Avances en Psicología*. 13(1), 96-124
- Cortez, Y. (2014). Creencias que tienen los padres de la Institución Educativa Vallesol, sobre las prácticas de crianza de sus hijas de cinco años [Tesis de Maestría], Universidad de Piura. Facultad de Educación.

- Delgado, L. y Gómez, M. (2015). *Prácticas de crianza y su relación con la ansiedad infantil*. Departamento de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana Cali. Recuperado de: <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/3311>
- Duchesne, S; Larose, S; Vitaro, F. y Tremblay, R. (2010) Trajectories of anxiety in a population sample of children: Clarifying the role of children's behavioral characteristics and maternal parenting. *Development and Psychopathology*, 22, 361–37.
- Flores, M. (2014). *Ansiedad manifiesta en niños de 5° de primaria con abandono parental y sin abandono parental de la Unidad Educativa Nuestra Señora de Fátima*. Universidad Mayor San Andrés. Recuperado de: <http://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/6634>
- Evans, Judith L. y Myers, Robert G. (1996) *Prácticas de Crianza: Creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran*. Universidad del Valle-Escuela de Psicología
- Gaxiola, J. (2006) Validación del Cuestionario de Prácticas Parentales en una Población Mexicana – Revista Española Enseñanza e investigación en psicología- México.
- Gillis, J S. (1992). *Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS*. España: TEA S.A.
- Gualpa, N. C. & Loja, B. L. (2015) “Estilos de crianza de los padres de estudiantes con bajo rendimiento” Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología Educativa. Universidad de Cuenca-Ecuador. Facultad de Psicología.
- Gubbins, V. & Berger, C. (2004). *Pensar el Desarrollo Familiar: una perspectiva transdisciplinaria*. Centros de Estudios de las Familias. Universidad Alberto Hurtado. Escuela de Psicología.
- Guerrero Sánchez, Cecilia (2014) “Creencias que tienen los padres de segundo grado de primaria de la IEP. María Montessori sobre las prácticas de crianza de sus hijos”. Tesis de Maestría Universidad de Piura. Facultad de Educación.
- Gutiérrez, F. y Huillca, M. (2016). *Estilos parentales y resiliencia global ante las adversidades en adolescentes. C. S. Independencia, Alto Selva Alegre. Arequipa – 2016*. (Tesis de licenciatura). Facultad de enfermería. Universidad Nacional de San Agustín.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6^{ta} ed.). México D.F.: MacGraw Hill/Interamericana.

- Jadue, G. J. (07 de agosto de 2018). *Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar*.
- Kendall, P., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive–Behavioral Therapy for Anxiety Disordered Youth: A Randomized Clinical Trial Evaluating Child and Family Modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 76, No 2, 282-297 DOI: 10.1037/0022-006X.76.2.282
- Lyford - Pike, A. (1997) *Ternura y Firmeza con los hijos* (5ta Ed.). Santiago: Editorial Universidad Católica de Chile.
- Maccobi, E. & Martín, J. (1983) *Socialización en el Contexto de la Familia: Padres – Hijo*.
- Mamani, L. (2018). La ansiedad infantil y su correlación con el rendimiento académico de los estudiantes del primer grado de educación Primaria de la Institución Educativa N° 40670, El Edén Fe y Alegría 51, Cerro Colorado, Arequipa, 2018 (Tesis de licenciatura). Facultad de Educación, Universidad Nacional de San Agustín
- Melo, R. P. (2018). *Estandarización del cuestionario de ansiedad infantil CAS en escolares de 6 a 8 años de Lima Sur* [Tesis de licenciatura]. Obtenido de: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/368/6/MELO%20JESUS%2C%20ROSA%20PILAR.pdf>
- Menacho & Plasencia, O. K. (2016). *Niveles de ansiedad que influyen en el rendimiento*
- Navarrete, L. P. (2015) Estilos de crianza y calidad de vida de los padres de pre-adolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula (Chillan. Chile).
- Ordoñez, A., Espinosa, L., García, L. y Muela J. (2013). Inhibición conductual y su relación con los trastornos de ansiedad infantil. *Terapia Psicológica*, 31 (3), 355-362.
- Palafox, I., Jané, M., Viñas, F., Pla, E., Ruiz, G. y Doménech-Llaveria., E. (2008). Sintomatología ansiosa y estilos de crianza en una muestra clínica de preescolares. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 78-80.
- Papalia, D. (2014). *Psicología Evolutiva y del Desarrollo* – Editorial Mc Graw- Hill- Interamericana de México
- Pellegrino, M. (2006). *Maternal anxiety, parenting, and the emergence of child anxiety among young children with and without developmental delay*. The Pennsylvania

- State University. Recuperado de:
https://etda.libraries.psu.edu/files/final_submissions/4271
- Poston, D. & Tumbull, A. (2004) Calidad de vida familiar: un estudio cualitativo. Madrid: Editorial Siglo Cero.
- Puga, L. (2008). Relaciones Interpersonales en un grupo de niños que reciben castigo físico y emocional [Tesis de licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.
- Roa, L. & del Barrio, V. (1991). Adaptación del Cuestionario de crianza parental (PCRIM) a la población Española. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Rodríguez, N. (2009). *Manual Clínico de los Trastornos de Ansiedad*. (6° ed.) Editorial PAIDOS Argentina.
- Ruiz y Lago, A. M. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *AEPaped. Curso de Actualización Pediatría 2005*, 265-280
https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf.
- Salaníc, M. E. (2014). *Ansiedad infantil y comportamiento en el aula* [Tesis de licenciatura]. Obtenido de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Salanic-Manuela.pdf>
- Solís, P. y Díaz, M. (2007) Relaciones entre Creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños- Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia – España.
- Sordo, M. (2006a). *No Quiero Crecer*. Editorial Planeta – Chile.
- Sordo, M.P. (2006b) Una Diferencia y el Complemento también – Editorial Norma – Bogotá – Colombia.
- Spielberger, C. (1992). *Tensión y ansiedad*. México: Harper & Row Latinoamericana S.A. de C.V.
- Tercero Quintanilla, Gabriela, & Lavielle Sotomayor, María del Pilar Deyanira, & Muñoz Hernández, Onofre, & Clark Peralta, Patricia, & Medeiros Domingo, Mara, & Hernández Roque, Alejandra, & Luque Coqui, Mercedes (2013). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. *Salud Mental*, 36(5), 381-386
- Torío, S., Peña, J. y Rodríguez, M. (2008). Estilos Educativos Parentales. Revisión Bibliográfica y Reformulación Teórica. *Teoría Educativa*, (20), 151-178.

- Torres, Y., Berbesí, D., Bareño, J. y Montoya L. (2010). *Situación de salud mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia*. Ministerio de Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Van der Bruggen, C., Stams, G., Bögels, M. y Paulussen-Hoogeboom, M. (2012). Parenting behaviour as a mediator between young children's negative emotionality and their anxiety/depression. *Journal Infant and Child development*, 19, 354-365.
- Verhoeven, M., Bögels, S. y Van der Bruggen, C. (2011). Unique roles of mothering and fathering in child anxiety moderation by child's age and gender. *Journal of Child and Family studies*, 21, 331-343.
- Yauri, A. R. (2018). *Ansiedad infantil en estudiantes de primer a tercer grado de educación primaria del colegio 1208 San Francisco de Asís - Ate Vitarte* [Tesis de licenciatura]. Obtenido de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2491/TRAB.SUF.PROF.Ana%20Rosa%20Yauri%20Vivas.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

ANEXOS

ANEXO A

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL- CAS

Gómez y Pulido

Nombre: Sexo: Edad:
 Colegio: Grado:
 Evaluador: Fecha: / / H.C.:

INSTRUCCIONES

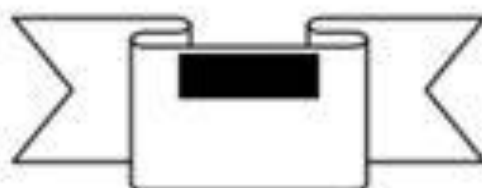
Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera cómo te sientes, piensas y te comportas. Después de leer atentamente la preguntas del cuestionario una a una, responde en la hoja de respuestas según cómo te identifiques con la alternativa de la pregunta, marcando con una (X) en el círculo o cuadrado según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

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





















Preguntas

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

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



HOJA DE RESPUESTAS

1	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	11	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	☆
2	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	12	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
3	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	13	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
4	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	14	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
5	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	15	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	✱
6	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	16	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
7	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	17	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
8	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	18	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
9	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	19	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
10	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	20	<input type="radio"/>  <input type="checkbox"/>	
				<div>Puntuación directa</div> <div>Puntuación total</div>

ANEXO B

ENCUESTA ANONIMA

EDAD	Entre 20 y 30		EDUCACIÓN	Secundaria	
	Entre 31 y 40			Técnica	
	Entre 41 y 50			Superior Incompleta	
	Más de 51			Superior Completa	

Sexo del padre/madre	Masculino	
	Femenino	
Sexo del Hijo/ Hija	Masculino	
	Femenino	

Muy de acuerdo (MD)=1

De acuerdo (A)=2

En desacuerdo=3

En total desacuerdo=4

Pregunta	1	2	3	4
1.- 1. Cuando mi hijo(a) está molesto(a) por algo generalmente me lo dice.				
2. Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo(a).				
3. Estoy tan satisfecha de mis hijos(as) como otros padres.				
4. Me resulta difícil conseguir algo de mis hijo(a).				
5. Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo(a).				
6. Cuando toca criar al hijo(a) me siento sola.				

7. Mis sentimientos acerca de la paternidad / maternidad cambian de un día para otro				
8. Los padres o madres deben proteger a sus hijos (as) de aquellas cosas que pueden hacerles infelices.				
9. Si tengo que decir no a mi hijo(a) le explico por qué.				
10. Mi hijo (a) es más difícil de educar que la mayoría de los niños (as).				
11. Por la expresión del rostro de mi hijo (a) puedo decir cómo se siente.				
12. Me preocupa mucho el dinero.				
13. Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo (a).				
14. La paternidad / maternidad es una cosa natural en mí.				
15. Cedo en algunas cosas con mi hijo(a) para evitar una rabieta.				
16. Quiero a mi hijo (a) tal como es.				
17. Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida.				
18. Mi hijo (a) nunca tiene celos.				
19. A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos.				
20. Mi hijo (a) me cuenta cosas de él/ella y de los amigos (as)				
21. Desearía poder poner límites a mi hijo (a).				
22. Mis hijos(as) me Proporcionan grandes satisfacciones.				
23. Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí sin niños me volveré loco (a).				
24. Me arrepiento de haber tenido hijos.				
25. A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren.				

26. Mi hijo(a) pierde el control muchas veces.				
27. El ser padre o madre no me satisface tanto como pensaba.				
28. Creo que puedo hablar con mi hijo(a) a su mismo nivel.				
29. Ahora tengo una vida muy estresada.				
30. Nunca me preocupo por mi hijo(a).				
31. Me gustaría que mi hijo(a) no me interrumpiera cuando hablo con otros.				
32. Los padres deberían dar a sus hijos todo lo que ellos no tuvieron.				
33. Como padre o madre, normalmente, me siento bien.				
34. Algunas veces me siento agobiado por mis responsabilidades de padre o madre.				
35. Me siento muy cerca de mi hijo(a).				
36. Me siento satisfecho con la vida que llevo actualmente.				
37. Nunca he tenido problemas con mi hijo(a).				
38. No puedo aguantar la idea de que mi hijo(a) crezca.				
39. Mi hijo(a) puede estar seguro de que yo lo escucho.				
40. A menudo pierdo la paciencia con mi hijo(a).				
41. Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo(a).				
42. Mi marido y yo compartimos las tareas domésticas.				
43. Nunca me he sentido molesto por lo que mi hijo(a) dice o hace.				
44. Mi hijo(a) sabe que cosas pueden enfadarme.				

45. Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos.				
46. Cuando mi hijo(a) tiene un problema, generalmente, me lo comenta.				
47. Mi hijo(a) nunca aplaza lo que tiene que hacer.				
48. Ser padre o madre es una de las cosas más importantes de mi vida.				
49. Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños.				
50. Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas.				
51. Mi hijo(a) me oculta sus secretos.				
52. Los padres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos.				
53. Creo que conozco bien a mi hijo(a).				
54. Algunas veces me cuesta decir no a mi hijo(a).				
55. Me pregunto si hice bien en tener hijos.				
56. Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo(a).				
57. Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro.				
58. Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo(a).				
59. Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo(a) cuando era pequeño.				
60. Mis hijos (as) sólo hablan conmigo cuando quieren algo.				
61. La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a los hijos.				
62. Es mejor razonar con los niños(as) qué decirles lo que deben de hacer.				

63. Empleo poco tiempo en hablar con mi hijo(a).				
64. Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo(a) y yo.				
65. Para una mujer tener una carrera estimulante es tan importante como el ser una buena madre.				
66. A menudo amenazo a mi hijo(a) con castigarle pero nunca lo hago.				
67. Si volviese a empezar probablemente no tendría hijos.				
68. Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños.				
69. Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad.				
70. Algunas personas dicen que mi hijo(a) está muy mimado(a).				
71. Me preocupa que mi hijo(a) se haga daño.				
72. Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo(a)				
73. Los niños menores de cuatro años son muy pequeños para estar en la guardería.				
74. Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre				
75. Llevo una fotografía de mi hijo(a) en mi billetera o bolso.				
76. Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo(a)				
77. No sé cómo hablar con mi hijo(a) para que me comprenda.				
78. Para el niño es mejor una madre que se dedique a él/ella por completo.				

CASO CLÍNICO 1

ANAMNESIS

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos : F. CH. C

Sexo : Femenino

Edad : 48 años

Fecha de Nacimiento : 10 de Mayo de 1971

Lugar de Nacimiento : Arequipa

Procedencia : Miraflores

Grado de Instrucción: 5to de secundaria

Estado civil : Casada

Ocupación : Comerciante

Religión : Católica

Informante : Paciente

Fechas de entrevista : 24 de abril al 21 de julio del 2019

Evaluator : Ana Karina Pauccara Pumacallahui

II. Motivo de Consulta:

La paciente acude a consulta y refiere que se “siente triste, sin ganas de hacer nada, que le cuesta realizar sus actividades”, porque actualmente tiene problemas con su única hija de 22 años, ya que discuten mucho y no tiene confianza en ella y eso hace que se sienta mal.

III. Historia de la Enfermedad Actual:

A la edad de veinticinco años, luego de haber terminado su jornada de trabajo y estar dirigiéndose a su casa, fue víctima de abuso sexual, fruto del cual nació su única hija ,

quien a la edad de dieciséis años, también fue víctima de abuso sexual; la paciente y su hija no llevaron tratamiento psicológico en ninguna de las situaciones, la paciente refiere que en la actualidad su hija le reclama por todo los acontecimientos desagradables que le tocó vivir, llegando hasta el intento de suicidio en tres oportunidades, la paciente manifiesta sentirse decaída, sin ganas de seguir viviendo pero que “si no fuera por su hija ella ya no estaría viva”.

IV. Antecedentes Personales:

a. Periodos del Desarrollo

- *Etapas Pre-Natal:* El embarazo se desarrolló con normalidad, no hubo ningún incidente dañino o riesgoso durante esta etapa según refiere la paciente.
- *Etapas Natal:* El parto se desenvolvió con normalidad aunque demoró un poco desde el comienzo de las contracciones hasta el momento del parto, pero no hubo sufrimiento fetal o peligro para la gestante según refiere la paciente.

b. Primera Infancia:

- *Etapas Post-Natal:* Los primeros meses transcurrieron con normalidad, se llevó a la menor a sus controles respectivos. Hubieron ocasionales problemas estomacales pero ningún problema de salud grave.
- *Primer Año:* Los hitos de desarrollo del primer año de vida se alcanzaron con normalidad, cumplió con todos sus controles y vacunas.

c. Desarrollo Psicomotor: Aprendió a gatear a los siete meses y a caminar a los 18 meses. No tuvo problemas en su motricidad y sus reflejos se desarrollaron con normalidad y a su debido tiempo.

d. Rasgos Neuropáticos: Ninguno que ella pueda referir.

e. Etapa Escolar y/o Superior o Técnico: Culminó satisfactoriamente sus estudios secundarios.

f. Desarrollo y Función Sexual:

g. Aspecto Psicosexual y Matrimonio: La menarquia le vino a los 13 años de edad. Inició sus relaciones sexuales a los 17 años de edad.

A la edad de 25 años fue víctima de violación.

h. Historia de la Recreación y de la Vida: Suele caminar cuando esta estresada o preocupada. Le gusta que las cosas referidas al trabajo o la casa estén en orden y bajo control, por lo que mantiene todo organizado.

i. Actividad Laboral: Se dedica al comercio.

j. Religión: Es católica, cumple con asistir a misas religiosas y cumplir los ritos y costumbres de su iglesia.

k. Hábitos e Influencias Nocivas o Tóxicas: No consume alcohol ni fuma.

l. Antecedentes Mórbidos Personales:

- *Enfermedades y Accidentes:* No ha sufrido ningún tipo de intervención quirúrgica u hospitalización por algún problema médico.
- *Personalidad Premórbida:* Le gusta mantener las cosas en orden y bajo control, se frustra y preocupa cuando las cosas no salen de la manera esperada y no puede dejar de pensar en lo que hubiera pasado si las cosas salían como las esperaba en un inicio.

V. Antecedentes Familiares:

a. Composición Familiar: Vive con su pareja (no tienen hijos) y con su hija.

- b. Dinámica Familiar:** Tiene una buena relación con sus padres y se mantienen en contacto frecuente. La relación con su pareja es adecuada.
- c. Condición Socioeconómica:** Su condición económica es regular.
- d. Antecedentes Patológicos:** no refiere.

VI. Resumen:

La paciente, mujer de cuarenta y ocho años de edad, quien es comerciante, tiene una hija de veintidós años y una relación sentimental hace veinte años. A la edad de veinticinco años, luego de haber terminado su jornada de trabajo y estar dirigiéndose a su casa, fue víctima de abuso sexual, fruto del cual nació su única hija, quien a la edad de dieciséis años, también fue víctima de abuso sexual; la paciente y su hija no llevaron tratamiento psicológico en ninguna de las situaciones, la paciente refiere que en la actualidad su hija le reclama por todo los acontecimientos desagradables que le toco vivir, llegando hasta el intento de suicidio en tres oportunidades, la paciente manifiesta sentirse decaída, sin ganas de seguir viviendo pero que “si no fuera por su hija ella ya no estaría viva”.

Ana Karina Pauccara Pumacallahui
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	: F. CH. C
Edad	: 48 años
Fecha de Nacimiento	: 10 de Mayo de 1971
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Miraflores
Grado de Instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Casada
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Fecha de evaluación	: 24 de abril al 21 de julio del 2019
Evaluable	: Ana Karina Pauccara Pumacallahui

II. Porte, Comportamiento y Actitud:

- 1. Porte:** La paciente de 48 años de edad se muestra sana y su apariencia es limpia, ordenada y vestida de forma adecuada. Mantiene su cabello largo y arreglado, además de accesorios discretos.
- 2. Comportamiento:** la paciente se muestra tranquila, calmada y paciente, no mostrando nerviosismo asimismo se observa que sus gestos corresponden con el relato brindado.
- 3. Actitud:** Se muestra colaboradora y con ánimo de ser ayudada, responde las preguntas realizadas de forma abierta y no mostró resistencia a compartir información personal.

III. Atención, Conciencia y Orientación:

- a. Atención:** La paciente se muestra atenta y escucha las indicaciones dadas, respondiendo de forma clara a las preguntas realizadas.
- b. Conciencia o Estado de Alerta:** La paciente se muestra lúcida, consciente de sus actos, palabras y actitudes.
- c. Orientación:** Se encuentra ubicada en tiempo, espacio, lugar y persona.

IV. Lenguaje:

El lenguaje utilizado por la paciente es completo, coherente, hilado y espontáneo. No muestra problemas en la pronunciación de las palabras. Su discurso es fluido y su tono de voz adecuado.

V. Pensamiento:

la paciente presenta pensamientos ligeramente alterados por ideas persistentes, ya que cuando algo no sale como lo tiene planeado no puede dejar de pensar en eso durante el resto del día. Necesita mantener las cosas y situaciones bajo control, relaciona ideas de forma coherente y fluida.

VI. Percepción:

La paciente percibe y distingue estímulos externos, además de estar atenta a las preguntas realizadas y responderlas adecuadamente. Se da cuenta rápidamente cuando los objetos no están en el orden adecuado.

VII. Memoria:

No tiene problemas en recordar hechos anteriores, ya sean personales o de conocimiento general. Su memoria a corto plazo y a largo plazo se mantiene intacta, sus recuerdos son fluidos y coherentes.

VIII. Funcionamiento Intelectual:

- a. Conocimientos Generales:** Tiene conocimientos de cultura general básicos que corresponden con su nivel de educación.
- b. Memoria:** Su memoria no presenta problemas y se mantiene activa.
- c. Pensamiento:** Es fluido y coherente, puede asociar ideas de forma adecuada.

IX. Estado de Ánimo y Afectos:

Su estado de ánimo es tranquilo y apacible. La paciente convive con su pareja, con una relación sentimental inestable. Refiere tener 1 hija.

X. Comprensión y Grado de Incapacidad del problema o enfermedad

La paciente es consciente de tener un problema el cual requiere de ayuda psicológica. Desea mejorar su estado de ánimo, para ello se compromete a seguir con las sesiones hasta concluirla y poder llevar su vida con normalidad.

XI. Resumen

La paciente tiene una apariencia sana, limpia y ordenada. Su comportamiento es calmado y tiene una actitud positiva y colaboradora. Sus niveles de atención y lenguaje son normales y corresponden con su edad y educación. Tiene el pensamiento

ligeramente alterado por ideas persistentes, cuando algo no sale como lo tiene planeado no puede dejar de pensar en eso durante el resto del día. Necesita mantener las cosas y situaciones bajo control. Se encuentra lúcida, ubicada en tiempo, lugar, espacio y persona. Su funcionamiento intelectual corresponde con el de una persona de estudio secundario. Es consciente del problema que la llevó a consulta y tiene deseo de recuperarse.

Ana Karina Pauccara Pumacallahui
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	: F. CH. C
Edad	: 48 años
Fecha de Nacimiento	: 10 de Mayo de 1971
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Miraflores
Grado de Instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Casada
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Fecha de evaluación	: 24 de abril al 21 de julio del 2019
Evaluator	: Ana Karina Pauccara Pumacallahui

II. Observaciones Generales:

Actualmente, la paciente es una señora de 48 años, de test morena, ojos cafés, de contextura gruesa y de talla promedio, presenta gestos que van acorde a su estado de ánimo como tristeza, enojo, angustia; así mismo mantiene comunicación con lenguaje fluido, adecuado tono de voz, durante la entrevista tuvo momentos de quiebre (llora). Su postura es erguida y en cuanto a la marcha no presenta dificultad. Se presentó a la evaluación con vestimenta apropiada y aseada. Su disposición hacia la evaluación y al evaluador fue buena. Su atención se mantuvo durante toda la entrevista.

Instrumentos Utilizados:

- a.** Observación
- b.** Entrevista Semi - estructurada
- c.** Prueba Psicométrica:
 - Test de Ansiedad de Zung
 - Test de Depresión de Zung

III. Interpretación de los Instrumentos:

- a. Entrevista:** la paciente se presentó a consulta con un semblante de tristeza, ya que había pasado por situaciones desagradables, manifestando que tenía problemas para disfrutar de sus actividades diarias.
- b. Cuantitativo:** La paciente obtuvo 47 puntos al ser evaluada con el Test de Ansiedad de Zung, y 57 puntos al ser evaluada con el test de depresión de zung los cuales al ser convertidos al Índice EAA arrojan un resultado de 59 y 71. Un índice de 50 indica la presencia de un Trastorno de Ansiedad leve y depresión moderada. Lo cual nos indicaría que la paciente presenta un cuadro depresivo moderado a grave.

IV. Resumen

Paciente de cuarenta y ocho años, quien fue víctima de violación a la edad de veinticinco años y producto de aquel suceso tiene una hija de veintidós años quien a la edad de dieciséis años también fue víctima de violación, la paciente alude que acudieron a una sesión de psicoterapia, pero que por carencias económicas no pudieron continuar con el tratamiento, por lo que aún no han podido resolver dicho conflicto; la

paciente en la actualidad presenta trastorno de ansiedad leve y episodio depresivo en nivel moderado.

Ana Karina Pauccara Pumacallahui
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	: F. CH. C
Sexo	: Femenino
Edad	: 48 años
Fecha de Nacimiento	: 10 de Mayo de 1971
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Miraflores
Grado de Instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Casada
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Fecha de evaluación	: 24 de abril al 21 de julio del 2019
Evaluador	: Ana Karina Pauccara Pumacallahui

II. Motivo de Consulta:

La paciente acude a consulta y refiere que se “siente triste, sin ganas de hacer nada, que le cuesta realizar sus actividades”, porque actualmente tiene problemas con su única hija de 22 años, ya que discuten mucho y no tiene confianza en ella y eso hace que se sienta mal.

III. Técnicas e Instrumentos Utilizados:

- a.** Observación
- b.** Entrevista Semi-estructurada
- c.** Prueba Psicométrica:
 - Test de Ansiedad de Zung
 - Test de Depresión de Zung

IV. Antecedentes Personales y Familiares:

La paciente manifiesta que a la edad de 25 años fue víctima de violación, quedando embarazada, alude que en ese momento no contaba con el apoyo de sus padres, encontrándose en un estado de desesperación por que no sabía que decisión tomar y tampoco no tenía con quien contar en esos instantes, relata que fue una decisión muy complicada que tomar; pero que en la actualidad no se arrepiente de haber tomado la mejor decisión, ya que manifiesta que su hija es su apoyo y su motivación a seguir adelante. Manifiesta que cuando su hija tenía dos años conoció a su actual pareja, con la que lleva ya veinte años conviviendo, dice que su hija nunca fue malcriada ni grosera con su actual pareja que se llevaban bien, pero cuando su hija a la edad de 16 fue víctima de violación las cosas empezaron a cambiar debido a que su hija no estaba enterada aun que su madre también había sido víctima de violación, y fue la pareja de la paciente quien le conto a la hija de este hecho, manifiesta la paciente que este acontecimiento fue desastroso para su hija debido a que era reciente lo que le había pasado, la paciente manifiesta que no era el momento adecuado para que su hija se enterase de suceso.

La paciente manifiesta que actualmente su hija, no quiere saber nada de la pareja de su madre debido a que ella considera que a él (pareja de su madre) no le importo por el momento que estaba pasando y sin remordimiento le conto cosas que ella no quería enterarse en ese momento, así mismo manifiesta la paciente que hace dos años su pareja sufre un accidente, por el cual tuvo que ser sometido a un par de operaciones a la columna, alude también que ya en ese tiempo su hija se encontraba estudiando en un instituto Administración de empresas y que en una oportunidad hizo que faltara al instituto porque tenían que hacer unos documentos, pero que la hija de la paciente se estaba demorando en realizarlos, entonces fue cuando la pareja de la paciente , se levanta de la cama, estando operado y con una de sus muletas se las tira a la cara de la hija de la paciente, en ese momento manifiesta que la paciente no hizo nada porque se quedó anonadada; posteriormente la paciente le recomienda a su hija poner una denuncia en contra de su pareja; la paciente comenta que su pareja ha intentado pedir disculpas a su hija pero que ella (hija) indica que nunca lo disculpara porque pudo haber perdido un ojo.

En la actualidad, su hija y la paciente, tienen discusiones seguidas debido a que su hija piensa que su madre no la quiere, que todo lo que le pasa es por culpa de la paciente (madre), así mismo la paciente trata de acercarse cada vez más a su hija pero que esta no la deja y manifiesta que esto le está afectando.

V. Observaciones Conductuales:

Actualmente, la paciente es una señora de 48 años, de test morena, ojos cafés, de contextura gruesa y de talla promedio, presenta gestos que van acorde a su estado de ánimo; así mismo mantiene comunicación con lenguaje fluido, adecuado tono de voz,

durante la entrevista tuvo momentos de quiebre (llora). Su postura es erguida y en cuanto a la marcha no presenta dificultad. Se presentó a la evaluación con vestimenta apropiada y aseada. Su disposición hacia la evaluación y al evaluador fue buena. Su atención se mantuvo durante toda la entrevista.

En cuanto a sus afectos la paciente se encuentra preocupada, decaída, debido a que su hija ya ha intentado suicidarse 3 veces. Así mismo la paciente se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio.

VI. Análisis e Interpretación de los Resultados:

La paciente es una persona que le cuesta expresar sus sentimientos, es reservada y desconfiada con rasgos de timidez, desvalorización, inseguridad, retraimiento, malhumorada, temor y baja autoestima, de actitud defensiva, pesimista en ocasiones y evasiva, con predisposición a la introversión y tendencia a la depresión, encuentra dificultad para recuperarse en forma equilibrada después de cada discusión que tiene con su hija. Se presentó a la evaluación con adecuada disposición, lenguaje fluido y coherente, en su examen de órganos fonoarticulatorios, su aspecto orgánico muestra, fracturas de piezas dentales.

VII. Diagnóstico:

La paciente presenta sentimientos de tristeza, enojo, por las experiencias negativas que vivió ya que esto se muestra en la inseguridad, temor y la baja autoestima que presenta.

Según la prueba evaluada la paciente presenta Episodio depresivo moderado (F32.1).

Según CIE 10

VIII. Pronóstico:

El pronóstico para la paciente es favorable, ya que este dependerá del compromiso y apoyo de la familia.

IX. Recomendaciones:

- Se recomienda a la paciente asistir de forma regular a las terapias programadas para que pueda mejorar su situación.
- Se recomienda terapia familiar.
- Se recomienda como terapia: terapia racional emotiva y reestructuración cognitiva.
- Se recomienda técnicas de relajación.
- Se debe programar visitas domiciliarias para buscar el apoyo familiar.

Ana Karina Pauccara Pumacallahui
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPEÚTICO

I. Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos	: F. CH. C
Sexo	: Femenino
Edad	: 48 años
Fecha de Nacimiento	: 10 de Mayo de 1971
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Procedencia	: Miraflores
Grado de Instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Casada
Ocupación	: Comerciante
Religión	: Católica
Informante	: La paciente
Fecha de evaluación	: 24 de abril al 21 de julio del 2019
Evaluador	: Ana Karina Pauccara Pumacallahui

II. Diagnóstico:

La paciente presenta sentimientos de tristeza, enojo, por las experiencias negativas que vivió ya que esto se muestra en la inseguridad, temor y la baja autoestima que presenta. Según la prueba evaluada la paciente presenta Episodio depresivo moderado (F32.1). Según CIE 10

III. Objetivos Generales:

- Brindarle terapia psicológica a la paciente para ayudarle a superar el Trastorno de depresión por el cual se encuentra en tratamiento.
- Hacer un seguimiento de la evolución de la paciente a través de las distintas sesiones de terapia programadas.

IV. Acciones psicoterapéuticas:

- Enseñarle a la paciente técnicas de relajación para disminuir sus niveles de ansiedad.
- Practicar ejercicios de respiración diafragmática y relajación muscular, especialmente en los músculos de la boca y el cuello.
- Disminuir niveles de ansiedad y depresión ante situaciones desagradables con su hija.
- Identificar fortalezas y recursos internos con los que pueda contar la mujer.

N° DE SESIÓN	ACCIONES REALIZADAS	LOGROS OBTENIDOS
1° SESIÓN	- Relajación: Se le pide a la paciente que se siente en una posición cómoda, con las manos sobre las rodillas. Se le instruye para que cierre los ojos y empiece a regular su respiración, a la vez, se brindan instrucciones para que vaya relajando los músculos de su cuerpo uno por uno hasta alcanzar	- La paciente adquiere instrumentos que le ayudan a controlar los episodios de depresión cuando la situación lo requiera. - La paciente aprende a

	<p>un estado de relajación. Cuando se haya alcanzado un estado de relajación muscular, se le pida que abra lentamente los ojos.</p> <p>- Respiración Diafragmática: Se instruye a la paciente para que realice respiraciones profundas, en las que llene de aire el diafragma, inflando un poco la zona por encima del estómago, contenga la respiración por unos segundos, y luego lo exhale lentamente.</p>	<p>disminuir su frustración y ansiedad ante eventos inesperados.</p> <p>- La paciente tiene estrategias que la ayudan a combatir los pensamientos persistentes generados por la frustración de situaciones que no puede controlar.</p>
2° SESIÓN	<p>- Fase Educativa: Se le enseña a la paciente técnicas para que ella misma pueda controlar esas situaciones estresantes y depresivos, como para autorealizarlo en caso de estar sola. Esto con el objetivo de calmar la tristeza.</p> <p>- Relajación de músculos de boca y cuello: Se le instruye la paciente a regulariza su respiración y relajarse de acuerdo a los ejercicios aprendidos anteriormente, enfocándose esta vez en relajar los músculos de la boca y cuello, se le pide que se imagine como los músculos de la boca y garganta se relajan y sueltan, y que permita el paso del aire por esa zona, concentrándose en esa sensación.</p>	<p>- La paciente cuenta con herramientas y conocimientos.</p> <p>-</p> <p>- La paciente aprendió como relajar los músculos de boca y cuello, lo que evitará que los tense cuando tenga que comer algo.</p>
3° SESIÓN	<p>- Desensibilización sistemática: Se le pide a la paciente que realice los ejercicios de relajación</p>	<p>- La paciente puede practicar los ejercicios de relajación sin</p>

	<p>aprendidos. Cuando se encuentre relajada se le pide que intente hablar sobre lo sucedido.</p> <p>- Terapia Racional Emotiva: Se le pide a la paciente que explique cuáles son los miedos y creencias que le impiden seguir con su vida .</p>	<p>mucho esfuerzo.</p> <p>- La paciente reconoce cuáles son las ideas que le impiden tener prosperar.</p>
4° SESIÓN	<p>- Terapia Racional Emotiva: Se le recuerda la sesión anterior, específicamente los miedos mencionados, luego se le pide que señale que consecuencias negativas traen esas creencias en su estilo de vida y qué es lo que desea cambiar.</p>	<p>- Por realizarse.</p>
5° SESIÓN	<p>- Terapia Racional Emotiva: Se recuerda la sesión anterior y se le pide que elabore pensamientos que contradigan las creencias que solía tener, para de esa manera confrontar las consecuencias negativas que ya no desea en su vida. Se le pide que se reafirme en estos nuevos pensamientos y empiece a repetirlos todos los días, sobretodo antes de alguna comida.</p>	<p>- Por realizarse.</p>
6° SESIÓN	<p>- Desensibilización sistemática: Se pregunta a la paciente por la experiencia anterior, felicitándola por los logros obtenidos.</p> <p>- Finalización de la terapia: Se hace un recuento de las ideas discutidas durante la terapia racional emotiva, pidiéndole que se reafirme sobre los</p>	<p>- Por realizarse.</p>

	nuevos pensamientos que aplicará de ahora en adelante. Se le recuerda que ya tiene los instrumentos para lidiar con su problema de depresión y ansiedad y puede hacerle frente a situaciones estresante por su cuenta.	
--	--	--

V. Tiempo de ejecución:

El plan psicoterapéutico será ejecutado en un periodo de 3 meses, se programaron 6 sesiones, llevando a cabo 2 sesiones al mes, de 45 minutos cada una.

VI. Avances terapéuticos:

A la fecha la paciente está respondiendo adecuadamente, pues se está logrando un cambio de actitud, se muestra motivada con respecto a su recuperación, disminuyendo pensamientos negativos, sin embargo se le recomendó seguir con su tratamiento para mejorar su estabilidad emocional y su salud en general y para ello es necesario contar con la ayuda de un profesional.

Ana Karina Pauccara Pumacallahui
Bachiller en Psicología

CASO CLÍNICO

2

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : D. M. A.
Edad : 8 años
Fecha de nacimiento : 10 de Octubre del 2010
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : 3ro de Primaria
Religión : Católico
Informante : Su madre
Lugar de evaluación : I. E. Fernando Sthal
Fecha de evaluación : 29 de julio del 2018
Evaluadora : Jimena Braissa Marin Alca

II. MOTIVO DE CONSULTA

El niño es traído por su mamá a consulta para ser evaluado “ya que presenta apatía, tristeza, se distrae fácilmente y presenta falta de atención en la explicación de la profesora”.

III. PROBLEMA ACTUAL

Hace nueve meses se dio inicio a una disminución progresiva en su rendimiento escolar, además presentar apatía, tristeza, se distrae y no muestra interés a las explicaciones de la profesora. Desaprueba exámenes, no trabaja de manera correcta en sus asignaturas.

La madre manifiesta que su hijo empezó a disminuir su rendimiento escolar con bajas calificaciones al terminar el segundo grado y actualmente cursa el tercer grado de primaria, presentando su cuaderno de trabajo desordenado, no haciendo las tareas escolares la mayoría de veces, se distrae ante cualquier estímulo, desapueba constantemente los exámenes, así mismo observa que su hijo es muy callado y tímido, no juega con sus juguetes y no desea estudiar. La profesora de aula siempre se queja de que no obedece cuando se le habla, es muy desatento en clase, algunos de sus compañeros se burlan de él por su actitud pasiva, por lo que reiteradas veces su madre ha sido llamada para hablar con la profesora y directora.

La madre menciona que es un niño alegre y muy travieso, pero desde que empezaron los problemas con el padre ha cambiado su comportamiento, hace nueve meses aproximadamente los sentimientos de tristeza y apatía han aumentado, por lo que en casa está callado, tiene pesadillas constantes, acerca de accidentes y muertes que le suceden, tiene poco apetito, cuando la madre le explica acerca de una tarea, el niño parece estar desatento y muy pensativo, tiene pensamientos negativos de sí mismo, cuando se le habla de su papá, se enfada y tiende a llorar aludiendo que su papá no lo quiere.

IV. HISTORIA PERSONAL

a) Etapa Prenatal

La madre refiere que no fue planificado por los padres, durante su gestación no tuvo ninguna complicación, se controlaba cada mes, no tuvo ningún accidente,

su embarazo duro cuarenta semanas, la madre tenía 22 años y el padre 21 y fue deseado por la madre, mas no por el padre.

b) Etapa post natal

El parto se adelantó una semana a lo programado, menciona que tuvo dificultades al nacer debido al tamaño del niño, ya que fue su primer embarazo, además la madre presentaba sentimiento de tristeza, angustia y soledad, sin embargo el parto fue natural, el niño al nacer peso 3,650 kilogramos, con una talla de 51 centímetros, respiro con normalidad, lloro al nacer, lacto del pecho de su madre hasta los seis meses y no presentó posteriores complicaciones.

A los tres meses ya intentaba controlar la cabeza y ponerse en posición de sentado, a los 10 meses ya balbuceaba, al primer año dijo sus primeras palabras, no presenta alguna dificultad visual y auditiva, al año y dos meses empezó a caminar. Durante esta etapa se desarrolló con normalidad, controlaba sus esfínteres, tenía un adecuado apetito y sueño, jugaba frecuentemente.

c) Etapa Escolar

A los tres años empezó a ir al jardín , donde posteriormente fue cambiado a otro colegio, la madre refiere que no tuvo problemas para integrarse en clases, el primer día fue muy contento al colegio, siempre era inquieto y movido, prestaba atención a las indicaciones de la profesora, la madre menciona que a partir del segundo año ya para finalizar el año académico, el niño empezó a presentar un bajo rendimiento los estudios y para ayudarlo la madre contrató a una profesora particular, pero fue insulso ya que el niño no prestaba la debida atención a la profesora y su rendimiento académico empezaba a ser inferior a los de sus compañeros de clase.

Actualmente cursa el tercer año de primaria y los problemas de desatención empezaron a ser más frecuentes, ya que la profesora de aula refiere que es muy callado, y algunos de sus compañeros se burlan de él, en el aula tiene solo un amigo que juega con él, el curso que más le agrada es arte y los cursos donde presenta dificultades es matemáticas y comunicación.

Respecto a sus hábitos de alimentación, no tiene buen apetito, por lo que es forzado a comer y se demora demasiado, a veces no termina sus alimentos, en varias ocasiones se despierta por tener pesadillas y por esta razón se levanta tarde para ir al colegio.

V. HISTORIA FAMILIAR

El niño vive en compañía de su madre y tías, su padre no vive con él hace tres años aproximadamente, se retiró de la casa donde vivía con la madre y el niño por las constantes discusiones, el niño no se relaciona mucho con su padre debido a los constantes viajes de él, trabaja como chofer en una empresa, por lo cual no le presta mucha atención, sin embargo el padre trata de compensar a su hijo con regalos, su madre trabaja en la empresa de autos Toyota, su tía se hace cargo de del niño, mientras ella trabaja, el niño refiere que tiene buena relación con la madre, aunque la madre refiere que a veces le grita y pega cuando no hace las tareas, pero que el fondo se llevan bien.

VI. HISTORIA SOCIO-ECONÓMICA

Su familia es de una condición socioeconómica media, vive en una casa propia, contando con los servicios básicos; agua, luz, cable y teléfono. La madre

menciona que las relaciones familiares son buenas, con su padre es limitada debido al trabajo.

VII. RESUMEN

La madre refiere que el niño no fue planificado por ambos padres, pero si deseado por la madre, durante la gestación no ha presentado ninguna complicación asistiendo a todos sus controles requeridos, el parto fue natural presentando algunas dificultades por el tamaño del niño, ya que nació con 3,650kg. Y 51 cm. Lactó al nacer, sobre su desarrollo psicomotor, lenguaje, control de esfínteres, hábitos alimenticios, están dentro de lo normal.

A los tres años empezó a ir al jardín y después fue cambiado a otro colegio, la madre describe que: en inicial y primer grado de primaria era un niño alegre, inquieto como los demás niños, ya finalizando el segundo grado de primaria empiezan los problemas de bajo rendimiento académico, empezando a mostrar una conducta pasiva, volviéndose un niño callado.

Actualmente Daniel cursa el tercer año de primaria, y por referencia de la profesora el niño sigue presentando problemas de atención y esto ha hecho que tenga un rendimiento académico bajo, la madre también nos refiere que ha sido citada por la profesora en más de una oportunidad a la dirección de dicho colegio por las actitudes que muestra el niño de no obedecer cuando se le habla, es muy desatento en clase, algunos de sus compañeros se burlan de él. Así mismo, nos refiere que el niño tiene pesadillas constantes acerca de accidentes y muertes que le suceden a él, perdió un poco el apetito, tiene pensamientos negativos de sí mismo.

El niño vive con su madre y tías, su padre no vive con él hace tres años aproximadamente, se retiró de la casa donde vivía con la madre y el niño por las constantes discusiones. Tiene un nivel socioeconómico medio. La madre menciona que las relaciones familiares son buenas, con su padre es limitada debido al trabajo.

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres Y Apellidos	: D.M.A.
Edad	: 8 años
Fecha de nacimiento	: 10 de Octubre del 2010
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Sexo	: Masculino
Nombre del padre	: Juan M. A.
Nombre de la madre	: Rosa A. S.
Grado de instrucción	: 3ro de Primaria
Religión	: Católico
Lugar de evaluación	: el colegio
Fecha de evaluación	: 1, 3 y 5 de agosto del 2018
Evaluada	: Jimena Braissa Marin Alca

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

El niño es traído por su mamá a consulta para ser evaluado “ya que presenta apatía, tristeza, se distrae fácilmente y presenta falta de atención en la explicación de la profesora”.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista
- Pruebas psicológicas.
 - Test de Matrices Progresivas de Raiven - Escala Especial.
 - Test para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (EDAH).
 - Cuestionario de Depresión para niños (CDS).
 - Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS).
 - Cuestionario de personalidad para niños (CPQ).
 - Test Proyectivo de la Familia,

IV. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

Daniel es un niño de 8 años aparenta la edad que posee, de contextura delgada, tez trigueña, cabello negro y ojos marrones, presenta un adecuado arreglo personal, un buen estado de salud, es tranquilo pero muestra actitud de apatía y sumiso.

A lo largo de la evaluación se agarra una y otra vez las manos, su tono de voz es adecuado, sin embargo a veces no se le escucha bien lo que habla, algo distraído por ello se tuvo que repetir las indicaciones brindadas. Se muestra colaborador en la realización de las pruebas psicológicas.

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

- **Test de Matrices Progresivas de Raiven - Escala Especial.**

Tabla N°1: Escala Especial de Raiven

Puntaje total	Percentil	Rango	Nivel
17	25	V	Inferior al Término Medio

En cuanto a la capacidad intelectual obtuvo un percentil de 25 en el test de matrices progresivas de Raiven, que significa una capacidad intelectual Inferior al término medio, indica una deficiencia mental, presentando dificultad en cuanto al razonamiento lógico así mismo como en los procesos de comparación y análisis.

- **Test para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (EDAH).**

En el test para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (EDAH) obtuvo un percentil de 70 no habiendo riesgo para presentar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sin embargo en la sub escala de déficit de atención obtuvo un puntaje estándar de 13, ubicándose por encima del promedio, lo que indica que existe un riesgo elevado de inatención.

- **Cuestionario de Depresión para niños (CDS).**

Tabla N° 3: Escala de Depresión

SUBESCALAS	Puntaje directo	Percentil (Pc)	Decatipo (Dec)	Nivel
1. Animo- alegría	28	97	9	Alto
2. Respuesta afectiva	32	97	9	Alto
3. Problemas sociales	40	99	10	Alto
4. Autoestima	40	99	10	Alto
5. Preocupación por la muerte	31	97	9	Alto
6. Sentimiento de culpabilidad	36	95	9	Alto
7. Depresión varios	45	99	10	Alto
8. Positivo varios	30	90	8	Alto
9. Total positivos	50	90	8	Alto
10. Total Depresión	224	99	10	Alto

En cuanto a los resultados del cuestionario de Depresión para niños (CDS),
obtuvo puntuaciones altas en las sub escalas de problemas sociales (PS)=99,

autoestima (AE)= 99 y depresión varios (DV)=99, que corresponde a manifestaciones depresivas, con ausencia de alegría, diversión y felicidad; tiene dificultades en la interacción social, hay una tendencia al aislamiento y buscar la soledad, asimismo tiene actitudes negativas y desvalorización hacia sí mismo, hay alucinaciones en su sueños en relación con alguna enfermedad o muerte.

- **Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS).**

Tabla N° 3: Escala de Ansiedad Infantil

PUNTUACIÓN DIRECTA	PUNTUACIÓN EN CENTIL	NIVEL
15	98	Alto

EL evaluado presenta un ALTO nivel de ansiedad en la evaluación que se aplicó, lo que indica que hay una tendencia a vivir con una sensación difusa de angustia o miedo con deseos de escapar frente a situaciones no deseadas, que podría ser resultado de los diversos problemas que enfrenta en su vida cotidiana, ya sean provocados en la familia, escuela o medio en general que lo rodea.

- **Cuestionario de personalidad para niños (CPQ).**

Según Cuestionario de personalidad para niños (CPQ), tiene puntuaciones altas en los factores I, O y Q4, lo que indica que tiende a ser individualista, reprimido, poco crítico, presentando una personalidad cargada de rasgos de ansiedad obteniendo un puntaje mayor en la escala de Ajuste- Ansiedad de 106 decapito, así como una marcada sensibilidad blanda, dependiente, que pretende ser sobreprotegido habiendo una evitación a la amenaza física, también hay

presencia de sentimientos de culpabilidad e inseguridad, preocupándose constantemente por reproches que se ven reflejados ante situaciones desagradables mostrándose frustrado, presionado y poco inquieto.

- **Test Proyectivo de la Familia.**

Daniel es un niño que tiende a presentar un conflicto emocional existente entre los personajes de su familia, probablemente tiene una dificultad para establecer un contacto con los miembros de su familia, es un niño que reacciona habitualmente a las presiones ambientales con actitud pasiva, tímida, mostrándose inseguro, también refleja una falta de comunicación en su casa, muestra una desvalorización de sí mismo, mostrando un distanciamiento de la familia.

VI. RESUMEN

Daniel aparenta la edad que posee, presenta un adecuado arreglo personal denotando un buen estado de salud, es tranquilo pero muestra actitud de apatía y sumiso, a lo largo de la evaluación se agarra una y otra vez las manos, su tono de voz es adecuado, sin embargo a veces no se le escucha bien lo que habla, algo distraído, al realizar la evaluación se mostró colaborador. En cuanto a los resultados en el área cognitiva el evaluado posee una capacidad intelectual inferior presentando dificultad en el razonamiento lógico, así como en los procesos de comparación y análisis. Se encuentra indicadores de inatención. Presenta manifestaciones depresivos con ausencia de alegría, diversión; tiene dificultades en la interacción social, se aísla, asimismo tiene actitudes negativas y desvalorización hacia sí mismo. Se encuentra alto grado de ansiedad lo que

indica que hay una tendencia a vivir con una sensación difusa de angustia o miedo con deseos de escapar frente a situaciones no deseadas. Presentando una personalidad individualista, poco crítico, como una marcada sensibilidad blanda, dependiente, que pretende ser sobreprotegido habiendo una evitación a la amenaza física, también hay presencia de sentimientos de culpabilidad e inseguridad, preocupándose constantemente por reproches que se ven reflejados ante situaciones desagradables mostrándose frustrado, presionado y poco inquieto. En relación a la dinámica familiar presenta un conflicto en la comunicación con sus padres, debido a que ellos no pasan tiempo con su hijo por sus trabajos, lo cual ha generado un distanciamiento de su familia con la que vive.

Jimena Braissa Marin Alca
Evaluadora

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos : D.M.A.
Edad : 8 años
Fecha de nacimiento : 10 de Diciembre del 2010
Sexo : Masculino
Nombre del padre : Juan M.A.
Nombre de la madre : Rosa A. S.
Padres con quien vive : Solo con la madre
Institución educativa : Fernando Stalh
Nivel y sección : 3ro de Educación Primaria
Evaluadora : Jimena Braissa Marin Alca

II. MOTIVO DE CONSULTA

El niño es traído por su mamá a consulta para ser evaluado “ya que presenta apatía, tristeza, se distrae fácilmente y presenta falta de atención en la explicación de la profesora”.

III. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

La madre refiere que el niño no fue planificado por ambos padres, pero si deseado por la madre, durante la gestación no ha presentado ninguna complicación asistiendo a todos sus controles requeridos, el parto fue natural presentando algunas dificultades por el tamaño del niño, ya que nació con

3,650kg. Y 51 cm. Lactó al nacer, sobre su desarrollo psicomotor, lenguaje, control de esfínteres, hábitos alimenticios, están dentro de lo normal.

A los tres años empezó a ir al jardín y después fue cambiado a otro colegio, la madre describe que: en inicial y primer grado de primaria era un niño alegre, inquieto como los demás niños, ya finalizando el segundo grado de primaria empiezan los problemas de bajo rendimiento académico, empezando a mostrar una conducta pasiva, volviéndose un niño callado. Actualmente Daniel cursa el tercer año de primaria, y por referencia de la profesora el niño sigue presentando problemas de atención y esto ha hecho que tenga un rendimiento académico bajo, la madre también nos refiere que ha sido citada por la profesora en más de una oportunidad a la dirección de dicho colegio por las actitudes que muestra el niño de no obedecer cuando se le habla, es muy desatento en clase, algunos de sus compañeros se burlan de él. Así mismo, nos refiere que el niño tiene pesadillas constantes acerca de accidentes y muertes que le suceden a él, perdió un poco el apetito, tiene pensamientos negativos de sí mismo.

El niño vive con su madre y tías, su padre no vive con él hace tres años aproximadamente, se retiró de la casa donde vivía con la madre y el niño por las constantes discusiones. Tiene un nivel socioeconómico medio. La madre menciona que las relaciones familiares son buenas, con su padre es limitada debido al trabajo.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Daniel es un niño de 8 años aparenta la edad que posee, de contextura delgada, tez trigueña, cabello negro y ojos marrones, presenta un adecuado arreglo personal, un buen estado de salud, es tranquilo pero muestra actitud de apatía y sumiso.

A lo largo de la evaluación se agarra una y otra vez las manos, su tono de voz es adecuado, sin embargo a veces no se le escucha bien lo que habla, algo distraído por ello se tuvo que repetir las indicaciones brindadas. Se muestra colaborador en la realización de las pruebas psicológicas.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- Observación.
- Entrevista
- Pruebas psicológicas.
 - Test de Matrices Progresivas de Raiven - Escala Especial.
 - Test para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (EDAH).
 - Cuestionario de Depresión para niños (CDS).
 - Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS).
 - Cuestionario de personalidad para niños (CPQ).
 - Test Proyectivo de la Familia,

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Daniel aparenta la edad que posee, presenta un adecuado arreglo personal denotando un buen estado de salud, es tranquilo pero muestra actitud de apatía y sumiso, a lo largo de la evaluación se agarra una y otra vez las manos, su tono de voz es adecuado, sin embargo a veces no se le escucha bien lo que habla, algo distraído, al realizar la evaluación se mostró colaborador. En cuanto a los resultados en el área cognitiva el evaluado posee una capacidad intelectual inferior presentando dificultad en el razonamiento lógico, así como en los procesos de comparación y análisis. Se encuentra indicadores de inatención. Presenta manifestaciones depresivos con ausencia de alegría, diversión; tiene dificultades en la interacción social, se aísla, asimismo tiene actitudes negativas y desvalorización hacia sí mismo. Se encuentra alto grado de ansiedad lo que indica que hay una tendencia a vivir con una sensación difusa de angustia o miedo con deseos de escapar frente a situaciones no deseadas. Presentando una personalidad individualista, poco crítico, como una marcada sensibilidad blanda, dependiente, que pretende ser sobreprotegido habiendo una evitación a la amenaza física, también hay presencia de sentimientos de culpabilidad e inseguridad, preocupándose constantemente por reproches que se ven reflejados ante situaciones desagradables mostrándose frustrado, presionado y poco inquieto. En relación a la dinámica familiar presenta un conflicto en la comunicación con sus padres, debido a que ellos no pasan tiempo con su hijo por sus trabajos, lo cual ha generado un distanciamiento de su familia con la que vive.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

El niño presenta problemas de índole emocional- afectivo influyendo en forma negativa en su autoestima. Con una capacidad intelectual inferior y muestra inatención. Presentando manifestaciones depresivas y ansiedad en alto grado, con una personalidad de ser individualista, poco crítico, dependiente, también hay presencia de sentimientos de culpabilidad e inseguridad, frustración y presión, debido al ámbito escolar. En relación a la dinámica familiar presenta un conflicto en la comunicación con sus padres, debido a que ellos no pasan tiempo con su hijo por sus trabajos, lo cual ha generado un distanciamiento de su familia.

VIII. PRONÓSTICO

Teniendo el compromiso de la familia de Daniel su pronóstico es favorable.

IX. RECOMENDACIONES

Se recomienda habilitar espacios de comunicación y más interacción con el niño, incentivando la recreación a lugares agradables en familia.

También un control en la realización de las tareas en casa, revisar los cuadernos.

Reforzar con ejercicios sencillos en un cuaderno aparte para su práctica sobre todo en matemática y razonamiento, además de repasar los temas que se realizaron en clase.

Trabajar de una forma más individualizada con el niño evaluando las deficiencias y fortalezas que posee para que a partir de ellas se genere un aprendizaje significativo.

Se recomienda el seguimiento de parte de la psicóloga del colegio para ver los avances del niño.

Arequipa, 10 de agosto del 2018

Jimena Braissa Marin Alca
Evaluadora

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA
“FORTALECIENDO POSITIVAMENTE MI AUTOESTIMA”

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : D.M.A.
Edad : 8 años
Fecha de nacimiento : 10 de diciembre de 2019 del 2010
Sexo : Masculino
Nombre del padre : Juan M. A.
Nombre de la madre : Rosa A. S.
Padres con quien vive : Solo con la madre
Institución educativa : Fernando Stalh
Nivel y sección : 3ro de Educación Primaria
Evaluadora : Jimena Braissa Marin Alca

II. DIAGNÓSTICO

El niño presenta problemas de índole emocional- afectivo influyendo en forma negativa en su autoestima. Con una capacidad intelectual inferior y muestra inatención. Presentando manifestaciones depresivas y ansiedad en alto grado, con una personalidad de ser individualista, poco crítico, dependiente, también hay presencia de sentimientos de culpabilidad e inseguridad, frustración y presión, debido al ámbito escolar. En relación a la dinámica familiar presenta un conflicto en la comunicación con sus padres, debido a que ellos no pasan

tiempo con su hijo por sus trabajos, lo cual ha generado un distanciamiento de su familia

III. OBJETIVOS GENERALES

- motivar al niño para su mejora en su rendimiento académico.
- Involucrar a los padres de familia en coordinación con su niño para un cambio de actitud, implementando actitudes positivas en el trato hacia él.
- Concientizar el respeto y amor por sí mismo y por sus compañeros brindando amistad y confianza.
- reforzar los lazos familiares con el niño.

IV. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- Terapia cognitivo conductual

Enseñar al niño y a su familia directa a detectar y modificar sus actitudes y pensamientos negativos para favorecer sentimientos de amor propio y hacia los demás.

Favorecer la emisión de sentimientos de valía personal para un adecuado manejo de sus emociones reduciendo sus pensamientos negativos de rechazo a sí mismo.

- Terapia familiar

Se realizará la terapia con los padres del niño con la finalidad de mejorar la comunicación de los padres de familia con su hijo, explicándoles acerca de las consecuencias positivas de una autoestima adecuada para promover una actitud más participativa en el desarrollo personal y escola

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

SESIÓN N° 1	<i>“Camino hacia el éxito”</i>
OBJETIVOS	Incentivar en el estudiante una visión de su futuro para tener propósitos que lo impulsen a estudiar.
TÉCNICAS	Modelado
ESTRATEGIA	Se comienza la sesión estableciendo un adecuado rapport con el estudiante, preguntándole que hizo el fin de semana, cuál es su película y comida favorita; luego al ritmo de una canción instrumental se le entrega una hoja donde se muestra a un niño concentrado para empezar una carrera, en esta hoja se le solicita al niño que escriba en la parte inferior que carrera o profesión le gustaría seguir en el futuro, que piense como lo logrará y que le gusta más de realizar o trabajar en esa profesión.
MATERIALES	Revistas y libros (extractos de lecturas), imagen (anexo N°1) y música.
TIEMPO TOTAL	40 minutos aprox.

SESIÓN N° 2	<i>“Nos identificamos con la liebre o la tortuga?”</i>
OBJETIVOS	Fomentar la constancia y perseverancia como factores indispensables para el logro de sus objetivos.
TÉCNICAS	Modelado
ESTRATEGIA	<p>Se inicia con la sesión dándole una fábula en una hoja impresa al estudiante para que lo lea y analice, luego se hace las siguientes preguntas:</p> <p>¿Con quién te gustaría identificarte?</p> <p>¿Fue persistente la tortuga?</p> <p>¿Qué se necesita para lograr nuestras metas?</p> <p>¿Podemos lograr nuestros objetivos? ¿De qué manera?</p> <p>Terminamos la actividad reflexionando acerca de las virtudes que tenemos y que nos servirá para lograr todo lo que nos proponemos.</p>
MATERIALES	Imagen de la fábula la liebre y la tortuga (Anexo N° 2)
TIEMPO TOTAL	40 minutos aprox.

SESIÓN N° 3	<i>“Elevemos la autoestima de nuestro hijo”.</i>
OBJETIVOS	Involucrar a los padres de familia en coordinación con su niño para un cambio de actitud, implementando actitudes positivas en el trato hacia él.
TÉCNICAS	Reestructuración cognitiva, Contratos de conducta moldeado, Terapia Familiar Estratégica.
ESTRATEGIA	Se inicia la sesión conversando con el padre y la madre del estudiante acerca de cómo es la relación con su hijo y si están conscientes del problema de su hijo. Luego se les otorga un tríptico acerca de nociones importantes para elevar la autoestima de los hijo, analizando los aspectos más importantes que conlleva formar una adecuada autoestima, se hacen las preguntas acerca de dudas frecuentes y por medio de un conversatorio se les resalta la importancia de interactuar con su hijo y el cambio de actitud hacia ellos mostrando compromiso en su formación.
MATERIALES	Tríptico de autoestima (Anexo N° 3).
TIEMPO TOTAL	50 minutos aprox.

SESIÓN N° 4	<i>“Tú eres el ser más importante del universo”.</i>
OBJETIVOS	Destacar la valía personal como persona única con sus limitaciones y fortalezas
TÉCNICAS	Entrevista motivacional y Terapia Comunicacional Estratégica.
ESTRATEGIA	Se inicia con lectura motivacional titulada: “Tú eres el ser más importante del universo” se hace una entrevista con el estudiante para ver que le pareció la lectura, en seguida se responde a las preguntas planteadas en la parte inferior de la lectura, se analiza sus respuestas y se sustentan para terminar con retroalimentación con mensajes positivos que refuercen las ideas favorables hacia su persona, considerando sus habilidades y destrezas que posee el estudiante.
MATERIALES	Lectura de reflexión (Anexo N° 4).
TIEMPO TOTAL	45 minutos aprox.

SESIÓN N° 5	<i>“Antes de querer a tu semejantes quíérete a ti mismo”.</i>
OBJETIVOS	Concientizar el respeto y amor por sí mismo y por sus compañeros brindando amistad y confianza.
TÉCNICAS	Reestructuración cognitiva.
ESTRATEGIA	<p>Se inicia la sesión conversando con el estudiante preguntándole lo siguiente:</p> <p>¿A quién de la familia quieres más?</p> <p>¿Qué harías por ese (a) persona?</p> <p>¿Observas que esa persona se quiere y se valora?</p> <p>En seguida se le hace mirar en el espejo su rostro, diciéndole que el espejo refleja a una persona que se ama demasiado y que antes de todos está él primero porque él es único y valioso en esta tierra y por lo tanto para seguir queriendo a esa persona que escogió al principio tiene que aprender a quererse a sí mismo. Se cierra la sesión con la lectura de reflexión “Antes de querer a tus semejantes, quíérete a ti mismo”.</p>
MATERIALES	Espejo y lectura de reflexión (Anexo N° 5)
TIEMPO TOTAL	45 minutos aprox.

SESIÓN N° 6	<i>“Encuentro entre padres e hijo; una experiencia maravillosa”</i>
OBJETIVOS	Establecer una relación estrecha entre padres e hijo demostrando amor, compromiso y responsabilidad.
TÉCNICAS	Terapia Comunicacional Estratégica.
ESTRATEGIA	Se inicia la sesión reuniendo a los padres y al estudiante separándolos uno del otro; al estudiante se le plantea dos preguntas que tiene que escribir en una hoja bond como: ¿Cuánto quieres a tus papás?, ¿cómo consideras a tu familia? ¿Sientes que tus padres lo saben todo de ti?; mientras que a los padres se les pide llenar un cuestionario titulado “Cuánto conoces a tu hijo”. Terminado la actividad de padres e hijo se les pide que se ubiquen en media luna para dar inicio a leer lo que escribieron, tanto padres como hijo aclararan las dudas que surjan en ese momento, indicándoles que pueden expresar sus afectos como deseen, para terminar con la reflexión acerca de la importancia de mantener una familia unida expresando sus sentimientos.
MATERIALES	Hojas bond, lapiceros, cuestionario (Anexo N° 6)
TIEMPO TOTAL	45 minutos aprox.

SESIÓN N° 7	<i>“Escribiendo una carta a mi hijo.</i>
OBJETIVOS	Facilitar la expresión de sentimientos de los padres hacia su hijo, fortaleciendo los lazos de amor y protección hacia la familia.
TÉCNICAS	Terapia Comunicacional Estratégica, Entrenamiento en relajación.
ESTRATEGIA	Se indica a los padres que cierren sus ojos, e imaginen que realizarán un largo viaje, separándose de su familia por 10 años donde no verán a su hijo, hasta después de transcurrir ese tiempo, pero ellos tienen escribir una carta manifestándole a su hijo lo que sienten por él. Al realizar la actividad no se les pone límite para escribir sus cartas, una vez terminada la carta se les pregunta a los padres que sintieron al escribir la carta, expresan sus ideas y se les llama a la reflexión acerca del trato, la importancia de elogiar sus logros y expresar su amor hacia su hijo.
MATERIALES	Hojas bond, lapiceros.
TIEMPO TOTAL	45 minutos aprox.

VI. AVANCES DE LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

- Durante la realización del plan psicopedagógico se pudo observar los siguientes avances en el niño:
- Se logró la identificación y amor propio del estudiante.
- Se logró la comunicación y expresión de sentimientos de los padres hacia su hijo.
- Se logró concientizar a los padres acerca del cuidado y la importancia de compartir momentos de alegría con su hijo, así mismo de ayudar en las labores escolares de su hijo para mejorar su rendimiento escolar.

Jimena Braissa Marin Alca

Evaluada