

Los miedos infantiles y su relación con la manifestación de indicadores de depresión y ansiedad en niños de edad escolar

Lic. Rocío Peredo Videá

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El miedo es la emoción natural y adaptativa que las personas experimentan cuando se enfrentan a estímulos (situaciones, objetos y pensamientos) que implican peligro, daño o amenaza, y tiene un valor de supervivencia obvio. En este sentido, los miedos constituyen respuestas de activación que permiten que los niños reaccionen ante situaciones de peligro y adquieran las habilidades para enfrentarse a situaciones nocivas o amenazantes (Toledo, Ferrero y Barreto 2000).

Como cualquier otra emoción, el miedo se manifiesta en tres niveles o modos de respuesta: cognitivo, fisiológico y conductual. En el nivel cognitivo, se distinguen pensamientos e imágenes negativas acerca del estímulo o situación temida, además de la interpretación que se hace de aquélla. En el nivel fisiológico, se identifican cambios corporales que originan sensaciones desagradables o molestas, y en el nivel conductual se observan acciones hacia el estímulo o situación temida, o para evitar ésta (Méndez 1999).

En la niñez, se pueden identificar, por un lado, miedos naturales y propios de la edad, y, por otro, miedos aprendidos producto de diferentes formas de condicionamiento o aprendizaje. Muchos miedos propios de la niñez a determinados estímulos o situaciones van desapareciendo al llegar a la adolescencia, pero existen otros miedos que perduran a lo largo de la vida.

Los estudios sobre los miedos con relación al género revelan que la prevalencia de los miedos es más alta en las niñas que en los niños (Lapouse y Monk 1958, Méndez 1999, Taboada 1995, en Valdivia 2000). Las niñas presentan más temores que los niños en los tests de miedos que se aplican. Este hallazgo no sólo es general, sino también en nuestro entorno, y se ha identificado tanto en las comunidades autónomas de España como en países desarrollados y en vías de desarrollo (Méndez 1999).

Otra variable de estudio es la "edad" y su relación con la evolución de los miedos. En diversos estudios (Kort 1986, Inostroza 1998, en Azogue 1999, Méndez 1999, Sarason y Sarason 1996), se ha encontrado que los infantes temen los estímulos fuertes, perder la base de

sustentación, o a las personas extrañas. Después de los 2 años de edad aparece el miedo a la separación, a los animales y a la oscuridad. Entre los 4 y 5 años es común que los niños les teman a figuras imaginarias, al daño físico y a la oscuridad. Entre los 6 y 7 años está presente el miedo a los ladrones, figuras imaginarias, la oscuridad, la escuela y la separación. Los niños de 8 a 10 años presentan con mayor frecuencia miedo a los animales, al daño físico, la escuela y la muerte. Por encima de los 10 años, los miedos más comunes son los daños físicos, hablar en clase, el fracaso, las relaciones sociales y los desastres naturales.

Con relación al "nivel socioeconómico", Lapouse y Monk en 1959 (en Ollendick 1986) encontraron un efecto significativo socioeconómico: los niños negros y los más pobres eran más temerosos. En otro estudio se encontró una relación positiva entre la presencia de trastornos de ansiedad y un nivel socioeconómico bajo (Bragado 1996, en Rice 1997).

Existen diversas clasificaciones de los miedos infantiles. Sin embargo, una de las más globales es la clasificación propuesta por Miller, Barret, Hampe y Noble en 1972 (en Ollendick 1986). Estos autores sugirieron que los temores infantiles podían ser descritos en tres grupos: 1) miedo al daño físico, 2) miedo a un malestar psíquico, como perplejidad, fracaso escolar o inaptitud social, y 3) miedo a los peligros naturales y sobrenaturales, tales como los relámpagos, truenos, trenes, animales, brujas, fantasmas y similares. Los dos primeros factores permanecen prácticamente constantes durante toda la vida, mientras que el tercer factor disminuye bastante rápido durante la niñez.

Aunque esta clasificación data de algunas décadas, su utilidad reside en la diferenciación del tipo de factor generador de miedo. Con base en este criterio, se plantea que los miedos del primer grupo, ligados al daño físico, peligro, muerte y tratamientos médicos, que constituyen amenazas físicas, pueden ser denominados *miedos relacionados con la integridad física*. El segundo grupo de miedos a un malestar psíquico, fracaso, inaptitud social y la crítica, que constituyen amenazas sociales, pueden ser denominados como *miedos respecto con la valía personal*, y el tercer grupo de miedos a lo desconocido, lo sobrenatural, desastres naturales y animales pueden ser

agrupados como *miedos a los peligros naturales y sobrenaturales*.

Varias investigaciones han demostrado repetidamente, desde el estudio clásico de Jersild y Holmes en 1935 (Ollendick 1986) que los miedos infantiles cambian en función de la edad, el género y el nivel socioeconómico (Campbell 1986, Kort 1986, Méndez 1999, Muris, Merckelbach, Meesters & Van Lier 1997, Sarason y Sarason 1996, Toledo, Ferrero y Barreto 2000). Hasta hace poco tiempo, este hecho era considerado como resultado del proceso de crecimiento, sin embargo, a medida que el niño crece los miedos van evolucionando no solamente en función de su desarrollo cognitivo, sino también del tipo de interrelaciones ambientales que se establecen con el contexto (Sarason y Sarason 1996), y especialmente de la interpretación y significación cognitiva que el niño realiza de los estímulos y situaciones relacionales con el entorno.

Los indicadores de las alteraciones de ansiedad en niños incluyen manifestaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas. Asimismo, los niños ansiosos presentan numerosas preocupaciones generalmente basadas en percepciones inadecuadas de las demandas del entorno y en una subestimación de sus habilidades para afrontarlas (Kendall 2000).

Las alteraciones de ansiedad son también uno de los problemas emocionales de alta incidencia en niños (Barrios & Hartman 1997, en Mash & Terdal 1997). En los diferentes momentos del ciclo vital, el medio ambiente presenta diversos desafíos y demandas que requieren el desarrollo de nuevas habilidades, creencias o emociones. Los miedos y ansiedades son reacciones normales a tales desafíos durante la infancia e implican parte de la maduración individual de la persona. A través de la interacción con su entorno, los niños pueden aprender a afrontar no sólo las situaciones estresantes, sino también los propios miedos y ansiedades de las futuras situaciones.

Una forma de identificar las variaciones de la ansiedad que presentan los niños es la que plantea Charles Spielberger y colaboradores (1973): diferenciar la ansiedad-estado de la ansiedad-rasgo. La ansiedad-estado (A-E) se refiere a aquellos estados transitorios de ansiedad, es decir, los sentimientos de aprensión, temor y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. Por otra parte, la ansiedad-rasgo (A-R) se refiere a la tendencia a mostrar estados de ansiedad como una forma relativamente estable de propensión a la ansiedad (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek 1998). Por tanto, ante situaciones percibidas como amenazadoras (vinculadas a los miedos), los niños con elevada A-R serán más propensos que los niños con bajo nivel A-R a responder con aumentos de la A-E.

Las elevaciones en el índice A-E se presentan por lo general en niños expuestos a situaciones de tensión, distrés o frustración. Por lo común, los niños con elevada A-R experimentan elevaciones de la A-E con más frecuencia y con mayor intensidad que los niños con baja A-R, debido a que perciben o interpretan una gama más amplia de situaciones peligrosas o amenazantes (Spielberger y cols. 1998). Asimismo, la percepción anticipatoria de amenaza con relación al peligro, daño o pérdida es una característica de representación cognitiva propia de los miedos, por lo que existe una estrecha relación entre los procesos cognitivos que permiten explicar los miedos y la ansiedad.

Aunque tales autores plantean una relación estrecha entre miedos desproporcionales y problemas de ansiedad en general, no solamente la percepción anticipatoria de amenaza está asociada a la presencia de la ansiedad. También es posible encontrar que los miedos pueden ser una característica y estar relacionados con alteraciones de tipo depresivo en niños, especialmente en casos en que la interpretación o anticipación de situaciones amenazantes inminentes están vinculadas con contenidos de pérdida, típicos de la depresión, y que generan indefensión por la incapacidad de afrontar dichas situaciones mediante respuestas apropiadas.

Diversas investigaciones señalan de forma consistente que las evaluaciones cognitivas negativistas están relacionadas positiva y significativamente con ansiedad, depresión y otros tipos de sintomatología (Beck 1991, Haaga, Dick & Ernst 1991, Hammen 1992, Metalsky & Joiner 1992). El trabajo inicial de Beck y sus colaboradores muestra que las personas vulnerables a la depresión exageran típicamente la significación de los eventos de vida negativos mediante la personalización de su responsabilidad, la sobregeneralización a otros dominios y la catastrofización acerca de la probabilidad de obtener resultados negativos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1981). Estas evaluaciones negativas, también llamadas "errores o distorsiones" cognitivas, se consideran así porque son inferencias ilógicas que sobre-enfatizan la información negativa a expensas de los aspectos positivos o ambiguos de una situación (Mazur, Wolchik, Virdin, Sandler & West 1999).

Este tipo de actividad cognitiva disfuncional tiene repercusión en lo que se conoce como indicadores de depresión en niños: bajo estado de ánimo, tristeza, autoconcepto negativo o baja autoestima, poca capacidad para experimentar placer o diversión, disminución de la productividad intelectual, falta de energía, preocupaciones por la muerte, enfermedad, pérdidas, el yo y los otros, y dificultades en la interacción con otros. Estos indicadores han sido agrupados por Lang y Tisher (2000) con la finalidad de evaluar sistemática y estructuradamente la depresión en la niñez.

Por tanto, es evidente que los miedos, la ansiedad y la depresión a nivel cognitivo están relacionados con evaluaciones e interpretaciones de los aspectos y/o consecuencias negativas que puede tener o traer un estímulo o situación temida o amenazante. Sin embargo, las investigaciones en nuestro medio aún no han demostrado empíricamente si la alta intensidad y frecuencia de los miedos, así como el tipo o contenido diferencial de éstos tienen una relación positiva con indicadores de depresión y ansiedad en niños de diferente edad, género y nivel socioeconómico.

La presente investigación permite identificar la presencia, el tipo y la intensidad de los miedos infantiles y su relación con la presencia de indicadores de depresión y de ansiedad estableciendo una comparación por grupos de edad, género, grado de instrucción y nivel socioeconómico en una muestra de niños escolares, pertenecientes a población normal de la ciudad de La Paz.

Los miedos han sido evaluados solamente en su nivel cognitivo, entendido éste como la representación cognitiva que tiene el niño de los estímulos o situaciones que le generan temor, y han sido agrupados en tres categorías de acuerdo con el tipo o contenido de la amenaza haciendo una variación a la clasificación propuesta por Miller, Barret, Hampe y Noble en 1972: 1) miedo al daño físico, 2) miedo al daño psicológico-social y 3) miedo a peligros naturales y sobrenaturales.

Pregunta de la investigación

¿Cuál es la relación de la presencia e intensidad de los miedos con la manifestación de indicadores de depresión y ansiedad en una muestra de niños escolares entre 8 y 12 años de edad?

JUSTIFICACIÓN

En la década de 1990 y a comienzos del nuevo milenio, con énfasis en las sociedades modernas de los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo, son cada vez más frecuentes las tensiones y el estrés negativo que afectan a la mayoría de los seres humanos, sin exceptuar a la población infantil. Esto conlleva características somáticas y/o psicológicas que desencadenan estados emocionales, como miedo y ansiedad que si bien en algunas circunstancias ayudan a reaccionar con agilidad, en otras interfieren el desenvolvimiento adecuado del ser humano, especialmente si surgen estados de ánimo depresivos. Esta situación es de gran importancia para los psicólogos, más aún si se piensa en el comportamiento de los niños que están formándose en todos sus niveles de desarrollo para afrontar las complejidades cambiantes del mundo de hoy.

Los miedos son muy frecuentes en la infancia. Lapouse y Monk en 1959 (en Ollendick 1986) hallaron que el 43% de una muestra de 500 niños entre 6 y 12 años en la

ciudad de Buffalo presentaba 7 o más miedos, según reportes de las madres. De acuerdo con este trabajo, el porcentaje de niños preocupados por los gérmenes había aumentado considerablemente desde la encuesta de Jersild y Holmes en 1935. Asimismo, varios estudios epidemiológicos realizados en distintos continentes muestran que determinados eventos, como los accidentes de automóvil o los terremotos, son temidos por la mitad de niños encuestados (Méndez 1999). Sin embargo, es habitual que los miedos, especialmente a amenazas físicas y sociales, sean tan elevados en la infancia, ya que constituyen una parte del desarrollo infantil.

Por otro lado, se ha encontrado que los miedos se producen por varios factores, por ejemplo: los miedos de un gran porcentaje de niños tienen que ver con experiencias negativas anteriores. Estos miedos están más relacionados con la conservación de la integridad física, y un porcentaje muy significativo de niños tiene miedo a objetos o situaciones cuyos padres también temen (Mussen 1982, Ollendick 1986).

Por eso, se considera importante asumir una visión multivariable, relacional e integral hacia la comprensión de la psicopatología infantil, en la que se reconoce que diversos factores interactúan entre sí exacerbando o disminuyendo los efectos positivos o negativos involucrados en el desarrollo humano. De acuerdo con esta postura, la identificación de los diversos factores preventivos o de riesgo, así como de sus interacciones y relaciones recíprocas, pueden convertirse en un punto central de la evaluación de la fortaleza o vulnerabilidad para la evaluación clínica (Schroeder & Gordon 1991).

Los factores de riesgo presentes en las personas o en sus contextos implican una elevada probabilidad de la aparición de una alteración. Por el contrario, los factores protectores o preventivos son aquellos atributos o características de las personas, ambientes, situaciones o eventos que parecen mitigar o disminuir las predicciones de aparición de psicopatología en un niño "en riesgo" (Garmez y Masten 1983, en Schroeder & Gordon 1991).

Investigaciones epidemiológicas han establecido que la depresión es uno de los problemas más frecuentes de la población en general, y que también tiene mayor incidencia en algunos grupos sociales que en otros. Lamentablemente, en Bolivia no contamos con datos epidemiológicos válidos y actuales, salvo reportes individuales de atención de pacientes o de investigaciones con grupos pequeños (Calderón 1997). Por otro lado, investigaciones acerca de los problemas afectivos y emocionales en niños de nuestro medio son verdaderamente contadas, sobre todo si nos referimos exclusivamente a investigaciones sobre la depresión y la ansiedad infantil.

Tal vez esta falta de estudios y avances se deban a que los términos "depresión en la infancia" y "ansiedad en la infancia" no están del todo establecidos y delimitados en su funcionamiento cognitivo-emocional-comportamental, y a que algunas corrientes en psicología incluso han llegado a negar la existencia de este tipo de alteraciones en niños.

La depresión infantil está asociada con una variedad de consecuencias negativas que incluyen futuros episodios de depresión, dificultades con la adaptación social, problemas escolares y, en algunos casos, riesgo de suicidio (Kendall 2000). Aunque los problemas leves de ansiedad tienen una duración corta, los trastornos de ansiedad en la niñez generalmente son crónicos e interfieren severamente con el funcionamiento adaptativo del niño y pueden persistir hasta la vida adulta (Vasey & Ollendick 2000).

La incidencia de depresión y ansiedad entre la población infantil va en aumento. Esto quiere decir que los niños nacidos en décadas recientes son más propensos a presentar los criterios de una alteración depresiva o ansiosa que los niños de décadas anteriores (Klerman & Weissman 1989, Lewinsohn, Rohde, Seeley & Fischer 1993).

Por lo expuesto, es importante establecer las características y variantes de las manifestaciones naturales en la niñez, como los miedos en su aspecto cognitivo, y su relación con las manifestaciones problemáticas, como la depresión y la ansiedad, en diversos grupos de edad, género, instrucción y condición socioeconómica, que permitan interrelacionar la influencia de estos factores y que posibiliten hacia el futuro una mayor precisión explicativa y relacional para la evaluación y diagnóstico de las alteraciones en la niñez.

MARCO TEÓRICO

Las características, los patrones y parámetros del cambio humano han sido y siguen siendo uno de los temas y objetos de estudio más interesantes de la investigación psicológica en el área de la salud. Dentro de esta perspectiva, concitan especial atención e interés aquellos procesos de cambio que dan cuenta de problemas y alteraciones de la actividad humana, en cualquiera de sus dimensiones, y que obedecen a una o varias alteraciones específicas que se trata de identificar y explicar a partir de sus antecedentes y manifestaciones, así como a partir de las contingencias y consecuencias para el individuo, su grupo de interrelación y la comunidad en general.

Si bien la categorización y clasificación son esenciales para el progreso de cualquier disciplina, esto es particularmente complejo en la psicopatología general, y mucho más en la psicopatología infantil debido a las características adicionales propias del proceso de

desarrollo del niño. El panorama cambiante de la niñez hace que el diagnóstico de la "alteración" sea problemático, por tanto, el criterio de valoración depende en mayor medida de la edad y de consideraciones específicas del desarrollo humano (Kazdin 1990), así como también de las características del contexto socio-cultural al que el niño pertenece.

DESARROLLO EMOCIONAL Y MIEDOS INFANTILES

El desarrollo emocional es una característica de todos los seres humanos. En los últimos años de investigación psicológica, se ha pasado de una comprensión limitada del estado emocional de los niños al reconocimiento de que se trata de personas emocionalmente complejas. Al nacer, las respuestas de miedo de los niños se dan ante pocos objetos, pero son intensas. Realmente, al nacer muestran respuestas de miedo como la pérdida de base de sustentación a casi cualquier estimulación intensa, por ejemplo, un ruido fuerte repentino.

Por consiguiente, a medida que aumentan las interacciones del niño con el ambiente, éste se expande y empieza a estar expuesto a más objetos temibles, tales como animales grandes y otros seres menos conocidos. Más adelante, los niños experimentan separaciones por primera vez, críticas, maestros rígidos y fracasos. Generalmente, los temores son considerados como respuestas exageradas respecto a cambios reales a los que los niños son expuestos, inapropiados en magnitud, pero ciertamente referidos a una exposición real.

Ahora bien, dado que todas las fobias que llegan a la consulta clínica tienden a disminuir con o sin tratamiento en un periodo de aproximadamente dos años, una causa posible de su remisión espontánea, además de la pérdida de significación, es un cambio cognitivo que reduce la cualidad fóbica (Ollendick 1986).

Al considerar el tema de las alteraciones emocionales en la niñez es importante preguntarse si existe una asociación o relación entre los eventos de vida estresantes y el desarrollo de algún tipo de alteración o trastorno psicológico. La respuesta a esta pregunta involucra diversos aspectos metodológicos, ya que es posible plantear que los eventos estresantes pueden ser *causas* de los trastornos psicológicos, o que éstos últimos incrementan la probabilidad de tener experiencias estresantes o, finalmente, que los eventos de vida amenazantes no tienen consecuencias de trastornos, es decir, que los trastornos psicológicos no están precedidos por ningún tipo de eventos estresantes (Garmezy & Rutter 1988).

Si bien la clarificación de estos aspectos permanece como un aspecto central en los estudios con adultos para proveer de evidencia empírica la relación entre el papel de

los eventos estresantes y las alteraciones psicológicas, en el trabajo con niños se ha reconocido la gran importancia de los estresores psicosociales en la génesis de los problemas infantiles.

Si bien la evidencia no es concluyente, es posible plantear que los eventos de vida en la niñez pueden llegar a provocar algún tipo de alteración de corto plazo. Por tanto, para explicar con mayor profundidad la relación entre miedos y alteraciones emocionales, es necesario analizar *qué* factores de vida estresantes provocan *qué* tipo de problemas psicológicos infantiles y bajo *qué* mecanismos o procesos de base.

ALTERACIONES DEPRESIVAS EN NIÑOS

Los criterios formulados para la depresión en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) son esencialmente los mismos y no dependen del nivel de desarrollo. Solamente dos variaciones menores se han efectuado para niños y adolescentes: la irritabilidad es considerada una manifestación del humor disfórico y la duración de la distimia es de 1 año en vez de 2. De este modo, con base en el DSM-IV, realmente hay muy pocas diferencias en los síntomas que definen la depresión. Sin embargo, los psicopatólogos del desarrollo humano han planteado que las manifestaciones de la depresión dependen del nivel cognitivo, social y fisiológico de desarrollo, por lo tanto, los síntomas no pueden ser isomórficos a lo largo del ciclo vital (Cicchetti & Schneider-Rosen 1984, en Garber 2000). Los criterios más amplios que permiten definir la depresión en adultos necesitan ser “traducidos” en lineamientos apropiados a las edades de la niñez, tomando en cuenta la sensibilidad o vulnerabilidad a los cambios del desarrollo en las experiencias del niño, así como las diversas formas de expresión de la depresión.

Burke, Burke, Rae & Regier (1991) compararon cohortes de individuos nacidos entre 1953 y 1966 con aquellos nacidos entre 1937 y 1952, y con otros nacidos entre 1917 y 1936 y encontraron un incremento en la depresión en cada grupo más joven respecto al anterior. Klerman y Weissman (1989, en Garber 2000) apoyaron estos hallazgos planteando que estudios como el anterior están basados en índices objetivos de estrés, tales como suicidios u hospitalizaciones, que también han ido en aumento entre la población joven en los últimos años.

Ya que no es posible que las características genéticas de la población hayan cambiado sustancialmente en un periodo corto, es más probable que el incremento de la depresión en los últimos años esté relacionado con factores ambientales o con la interacción de factores medioambientales y genéticos (Gershon, Hamovit, Guroff & Nurnberger 1987, en Garber 2000). Los cambiantes fenómenos culturales, tales como la mayor movilidad social, el aumento de la pobreza y el desempleo, o la desintegración familiar, pueden haber producido mayores

niveles de estrés entre los niños y haber disminuido los recursos adecuados disponibles para el afrontamiento, generando mayor depresión (Garber 2000).

Los niveles clínicos de depresión en cualquiera de sus manifestaciones no son causados por un solo evento ambiental o un solo factor biológico. La depresión tiene un componente genético importante, sin embargo, los factores medioambientales son fundamentales para la aparición, el mantenimiento y agravamiento del problema.

Rutter (1986, en Garber 2000) propone algunos mecanismos que pueden explicar el incremento de las tasas de depresión en menores de edad: 1) cambios hormonales que acompañan la pubertad, 2) procesos genéticos regulatorios, 3) alteraciones en la frecuencia de los estresores ambientales, 4) cambios en el desarrollo relacionados con los factores de vulnerabilidad o resistencia, 5) el papel de los procesos cognitivos, tales como el estilo atribucional o la desesperanza aprendida, 6) cambios en el desarrollo relacionados con las experiencias infantiles y la expresión de emociones.

Por lo anterior, la perspectiva del desarrollo humano permite explicar por qué la depresión muestra variaciones en sus formas de manifestación y prevalencia acordes a la edad.

ALTERACIONES DE ANSIEDAD EN NIÑOS

Las alteraciones de ansiedad se caracterizan por reacciones emocionales extremas y persistentes. Los factores causales son cogniciones y atribuciones anticipatorias y sus manifestaciones son conductuales y pueden producir interferencia en las actividades del niño. La intensidad, frecuencia y duración de estas reacciones debe ser evaluada para establecer la presencia o no de un trastorno de este tipo. Los indicadores de los problemas de ansiedad en niños incluyen manifestaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas. Asimismo, se presentan numerosas preocupaciones generalmente basadas en percepciones inadecuadas de las demandas del entorno y en una subestimación de sus habilidades para afrontarlas (Kendall 2000).

Es difícil definir y delimitar las alteraciones de ansiedad debido a varios factores (Vasey & Ollendick 2000). En primer lugar, la alta frecuencia de ansiedad en la niñez plantea el interrogante sobre cómo distinguir entre la ansiedad patológica de otras formas “normales” de ansiedad. Las manifestaciones clínicas de la ansiedad tienden a presentar una considerable variación en los aspectos centrales, severidad y forma de manifestación. Asimismo, se deben tomar en cuenta los cambios relacionados con el desarrollo humano, ya que lo que se considera una alteración en niños mayores o adolescentes, a edades tempranas puede ser una manifestación normal típica de la edad o del entorno.

Un segundo factor para la definición de este problema es la distinción entre ansiedad y depresión infantil. Debido a que ambos problemas tienen una alta correlación y comorbilidad en su presentación, algunos autores sugieren que ambos constructos son parte de una sola dimensión (Achenbach 1991, en Vasey & Ollendick 2000).

Un tercer factor está relacionado con la estructura de los problemas de ansiedad. Ya que son tantas las manifestaciones de trastornos de ansiedad en niños, todavía se discute si todas ellas constituyen dimensiones de una sola categoría, o si se trata de categorías distintas que deben ser estudiadas diferencialmente.

También es importante tomar en cuenta los factores principales que pueden predisponer, precipitar, mantener, intensificar o aminorar las formas clínicas de la ansiedad infantil. Si bien hay fundamentos de un componente genético para la aparición de este problema, la principal tendencia de explicación se encuentra relacionada con la presencia de factores medioambientales. Los eventos de vida estresantes están estrechamente relacionados con los síntomas de ansiedad y su aparición en el periodo de la niñez, sobre todo si tales estresores son mayores.

Finalmente, también es importante considerar la participación de los propios padres del niño. Los miedos o preocupaciones de los padres pueden contribuir a la aparición de éstos en sus hijos. Una manera en la que los padres ansiosos generan ansiedad en sus hijos es a través de la limitación o reducción de la exposición a estímulos provocadores de miedo (no traumáticos). De este modo, no permiten que el niño se habitúe a dichos estímulos o los afronte. Asimismo, la reducción por parte de los padres u otros adultos de las interacciones del niño con situaciones desafiantes es otro factor que contribuye al desarrollo de la ansiedad infantil (Andrews 1966, en Vasey & Ollendick 2000).

En suma, el medio ambiente (los padres y otras personas) contribuye a mantener e intensificar la ansiedad en los niños de muy diversas maneras, fundamentalmente relacionadas con generar en los niños de la convicción de que la evitación es el medio principal de afrontamiento de las situaciones provocadoras de ansiedad.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Establecer la interrelación entre miedos e indicadores de depresión y ansiedad en una muestra de niños de 8 a 12

años organizados según género, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar la presencia de miedos a partir de cinco subescalas con el fin de establecer la comparación por género, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico.
- b. Establecer la presencia de indicadores de depresión a partir de seis subescalas con el fin de establecer la comparación por género, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico.
- c. Identificar la presencia de indicadores de ansiedad a partir de dos subescalas con el fin de establecer la comparación por género, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico.
- d. Relacionar los diferentes tipos de miedos con las áreas de la depresión y de la ansiedad para establecer el grado de significación de dichas interrelaciones.
- e. Efectuar una exploración inicial de la fiabilidad de los instrumentos en el ámbito cultural de la ciudad de La Paz según tres grupos de condición socioeconómica diferente.

MÉTODO

CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación está basada en la modalidad metodológica correlacional, cuyo objetivo es describir las características de las variables y buscar relaciones entre ellas utilizando un diseño y unos instrumentos que generen de modo externo las condiciones de producción de la conducta mediante la sistematización de la recogida de información.

La modalidad correlacional incluye las investigaciones con grupos cuya recogida de datos se ha efectuado, por lo general, en situaciones naturales y mediante auto-informe o tests estandarizados. De acuerdo con Delgado y Prieto (1997), con el fin de describir las relaciones entre variables se recurre a las correlaciones para cuantificar su sentido e intensidad, así como a otros análisis para establecer la variabilidad de los resultados.

SUJETOS

En la investigación, participaron 335 niños en edad escolar, entre 8 y 12 años de edad, de los cuales 56% son varones y 44% son mujeres. La distribución por edades de todos los sujetos de la muestra revela lo siguiente: 20% son niños de 8 años, 17,1% de 9 años, 25,8% de 10 años, 15,7% de 11 años, y 21,4% de 12 años.

CUADRO 1. RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO Y GÉNERO EN LA MUESTRA DE NIÑOS

Grado de instrucción	Grupo A Nivel socioeco. medio				Grupo B Nivel socioeco. medio-bajo				Grupo C Nivel socioeconómico bajo				Total	
	Niñas		Niños		Niñas		Niños		Niñas		Niños		n	%
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
3º	10	3,0	10	3,0	10	3,0	15	4,5	15	4,5	7	2,1	67	20,00
4º	5	1,5	5	1,5	7	2,1	18	5,4	6	1,8	14	4,2	55	16,42
5º	10	3,0	17	5,1	13	3,9	30	8,9	8	2,4	11	3,3	89	26,56
6º	15	4,5	6	1,8	11	3,3	10	3,0	2	0,6	11	3,3	55	16,42
7º	11	3,3	10	3,0	10	3,0	8	2,4	11	3,3	19	5,7	69	20,60
Sub-total	51	15,2	48	14,3	51	15,2	81	24,2	42	12,5	62	18,5	335	100
Total	99 niños/as				132 niños/as				104 niños/as				335 niños/as	

La totalidad de sujetos que conforman la muestra son alumnos de 3º a 7º curso del nivel de educación primaria de 3 establecimientos educativos del área central de la ciudad de La Paz: colegio "San Judas Tadeo", colegio "Amoretti" y colegio "Bautista Saavedra", seleccionados mediante muestreo aleatorio simple de entre 12 establecimientos educativos ubicados en dicha área. Los sujetos fueron organizados en 3 grupos en función de su nivel socioeconómico: 1) grupo A de nivel medio (del colegio San Judas Tadeo); 2) grupo B de nivel medio-bajo (del colegio Amoretti); y 3) grupo C de nivel bajo (del colegio Bautista Saavedra).

Para formar los tres grupos, se estableció el nivel socioeconómico a partir de cuatro aspectos: "ocupación de los padres", "grado de instrucción de los padres", "tipo de vivienda" y "acceso a servicios". Los sujetos de la muestra no presentaban trastornos de tipo depresivo o ansioso, ni de tipo emocional; ninguno de ellos asistía a servicios de atención psicoterapéutica, ni habían recibido anteriormente algún tratamiento psicológico clínico. Por tanto, han sido considerados como una población normal, no clínica.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) de Charles Spielberger y colaboradores (adaptación en versión española por Seisdedos Cubero, 1989), la *Children's Depression Scale* (CDS) de Lang y Tisher (adaptación en versión española por Seisdedos Cubero, 1983) y el *Revised Fear Survey Schedule for Children* (FSSC-R) de Thomas Ollendick (versión revisada en 1996 por Ollendick, traducción al castellano de Peredo, 2002).

1. State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) (Spielberger 1989).

Para evaluar los indicadores de ansiedad se utilizó el *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) de Charles Spielberger y colaboradores (adaptación en

versión española por Seisdedos Cubero, 1989). Este inventario ha sido diseñado para evaluar indicadores de ansiedad en niños y está formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Este inventario contiene 40 ítems y se divide en dos escalas:

- A-E, ansiedad-estado, que contiene 20 ítems y permite evaluar cómo se siente el niño en un momento determinado, es decir, estados transitorios de ansiedad.
- A-R, ansiedad-rasgo, incluye 20 ítems y permite evaluar cómo se siente el niño en general, es decir, evalúa diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad.

Se ha elegido esta escala, primero, porque los indicadores de ansiedad están agrupados en dos tipos de manifestación que permiten conocer las diversas manifestaciones que puede tener la ansiedad en niños. Segundo, ha sido elaborada especialmente para niños considerando la sintomatología propia de la ansiedad en la infancia. Tercero, porque los sujetos que participaron en esta investigación pertenecen a una población normal, y por tanto era necesario identificar indicadores de ansiedad (y no necesariamente trastornos de ansiedad) que pueden encontrarse en la población infantil.

2. Children's Depression Scale (CDS) (Lang & Tisher 1983)

Para evaluar los indicadores de depresión se utilizó la *Children's Depression Scale* (CDS) de Lang y Tisher (adaptación en versión española por Seisdedos Cubero, 1983). Esta escala ha sido diseñada específicamente para niños con el objetivo de identificar características depresivas en la infancia; contiene 66 ítems, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo, y se divide en las siguientes 8 subescalas:

- RA, respuesta afectiva, que abarca 8 ítems, se refiere al estado de ánimo del sujeto.
- PS, problemas sociales, con 8 ítems, se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

3. AE, autoestima, que incluye 8 *ítems*, está relacionada con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.
4. PM, preocupación por la muerte/salud, con 7 *ítems*, alude a los pensamientos y fantasías del niño en relación con la enfermedad y la muerte.
5. SC, sentimiento de culpabilidad, que consta de 8 *ítems*, se refiere a la percepción de culpa por parte del niño.
6. DV, depresivos varios, que tiene 9 *ítems*, incluye otros elementos de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.
7. AA, ánimo-alegría, abarca 8 *ítems* en el polo opuesto de la depresión que se puntúan de forma inversa, y están relacionados con la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o con su incapacidad para experimentarlas.
8. PV, positivos varios, con 10 *ítems* en el polo opuesto de la depresión que se puntúan de forma inversa, e incluyen aquellos elementos de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Cada *ítem* se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión con las siguientes alternativas: *Muy de acuerdo, De acuerdo, No estoy seguro/a, En desacuerdo, Muy en desacuerdo.*

Se ha elegido esta escala por varias razones. Primero, porque los diferentes indicadores de depresión están agrupados en distintas subescalas que permiten conocer las diversas manifestaciones que puede tener la depresión en niños. Segundo, ha sido elaborada especialmente para niños considerando la sintomatología propia de la depresión en la infancia. Tercero, porque los sujetos que participaron en esta investigación pertenecen a una población normal, y por tanto era necesario identificar indicadores de depresión (y no necesariamente trastornos depresivos) desde el criterio de las autoras de que “*la depresión es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad*” que puede encontrarse en la población infantil, normal o clínica.

3. Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R) (Ollendick 1996)

Para evaluar los miedos se utilizó el *Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R)* de Thomas Ollendick (versión revisada en 1996 por Ollendick, traducción al castellano de Peredo, 2002). Este instrumento consta de 74 *ítems* divididos en 5 factores:

- (1) FC, fracaso y crítica con 23 *ítems*.
- (2) LD, lo desconocido, que abarca 18 *ítems*.
- (3) LA, lesión menor y animales pequeños, que incluye 17 *ítems*.
- (4) PM, peligro y muerte con 12 *ítems*.
- (5) MM, miedos médicos, que consta de 4 *ítems*.

Cada *ítem* incluye tres alternativas de respuesta: *Nada, Un poco, Mucho*, que se puntúan en una escala de 1 a 3 puntos. Este instrumento fue elegido por su claridad y fácil comprensión por parte de los niños sobre la presencia e intensidad de los miedos. Su traducción ha sido empleada y validada en estudios previos en la ciudad de La Paz (Hinojosa 2003).

DISEÑO

El diseño está basado en la modalidad correlacional de investigación. Por tanto, se trata de un diseño transversal de grupos con variables de estudio evaluadas de la misma forma con los mismos instrumentos en una sola oportunidad, mediante auto-informe en una situación natural. En este tipo de diseño no se emplea el control por manipulación de alguna de las variables implicadas, ni se configuran los grupos mediante la asignación aleatoria de los sujetos, sino que se seleccionan de grupos formados por una o más características no manipuladas (Delgado y Prieto 1997). En el caso de la presente investigación, los grupos se organizaron según el estatus socioeconómico, género y nivel de instrucción.

VARIABLES Y MEDIDAS

La variable *miedo al fracaso y la crítica*, definida como el temor relacionado con la falta de logro personal o social que pueda afectar o dañar la propia valía y el bienestar psicológico personal o social, fue evaluada mediante los 23 *ítems* de la subescala "FC" del FSSC-R de Ollendick.

La variable *miedo a lo desconocido*, es decir, el temor a amenazas o peligros sobrenaturales o no conocidos, fue evaluada mediante 18 *ítems* de la subescala "LD" del FSSC-R de Ollendick.

La variable *miedo a la lesión menor y animales pequeños*, definida como el temor relacionado con lo que pueda provocar daño físico leve incluidos los animales pequeños, fue evaluada mediante los 17 *ítems* de la subescala "LA" del FSSC-R de Ollendick.

La variable *miedo al peligro y muerte*, definida como el temor relacionado con lo que pueda dañar o afectar la propia integridad física o provocar la muerte, fue evaluada mediante los 12 *ítems* de la subescala "PM" del FSSC-R de Ollendick.

La variable *miedos médicos*, temor relacionado con situaciones médicas y la amenaza a la propia salud, fue evaluada mediante 4 *ítems* de la subescala "MM" del FSSC-R de Ollendick.

La variable *respuesta afectiva depresiva*, definida como el estado de ánimo deprimido, fue evaluada por medio de la subescala "respuesta afectiva" de la CDS de Lang y Tisher.

La variable *problemas sociales*, relacionada con dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad, fue evaluada por medio de la subescala "problemas sociales" de la CDS de Lang y Tisher.

La variable *autoestima negativa*, definida como los conceptos, sentimientos y actitudes negativos del niño/a en relación con su propia estima y valía personal, fue evaluada por medio de la subescala "autoestima" de la CDS de Lang y Tisher.

La *preocupación por la muerte y la salud* fue evaluada mediante la subescala "preocupación por la muerte/salud" de la CDS de Lang y Tisher.

La variable *autoculpabilización*, definida como los sentimientos de culpabilidad, fue evaluada por medio de

la subescala "sentimiento de culpabilidad" de la CDS de Lang y Tisher.

La variable *pérdida de interés y placer*, definida como la falta de alegría, diversión y felicidad y la pérdida de la capacidad para experimentarlas, interesarse y disfrutar, fue evaluada mediante la subescala "ánimo-alegría" (versión opuesta) de la CDS de Lang y Tisher.

La variable *ansiedad-estado*, definida como los estados transitorios de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en el tiempo, fue evaluada por medio de 20 ítems de la subescala "ansiedad-estado" del STAIC de Spielberger.

La variable *ansiedad-rasgo*, disposición relativamente estable de propensión a la ansiedad fue evaluada con 20 ítems de la subescala "ansiedad-rasgo" del STAIC de Spielberger.

CUADRO 2. VARIABLES Y MEDIDAS

Categorías	Variabes	Instrumento	Nº ítems	Escala
Ansiedad	Ansiedad-estado	STAIC	20 ítems	1 - 3 puntos
	Ansiedad-rasgo	STAIC	20 ítems	1 - 3 puntos
Depresión	Respuesta afectiva	CDS	8 ítems	1 - 5 puntos
	Problemas sociales	CDS	8 ítems	1 - 5 puntos
	Autoestima	CDS	8 ítems	1 - 5 puntos
	Preocupación por la muerte/salud	CDS	7 ítems	1 - 5 puntos
	Sentimiento de culpabilidad	CDS	8 ítems	1 - 5 puntos
	Depresivos varios	CDS	9 ítems	1 - 5 puntos
	Ánimo-alegría	CDS	8 ítems	1 - 5 puntos
	Positivos varios	CDS	10 ítems	1 - 5 puntos
	Miedos	Fracaso y crítica	FSSC-R	23 ítems
	Lo desconocido	FSSC-R	18 ítems	1 - 3 puntos
	Lesión menor y animales pequeños	FSSC-R	17 ítems	1 - 3 puntos
	Peligro y muerte	FSSC-R	12 ítems	1 - 3 puntos
	Miedos médicos	FSSC-R	4 ítems	1 - 3 puntos

Las variables grado de instrucción, edad, género y nivel socioeconómico fueron consignadas con la aplicación de cada uno de los instrumentos.

PROCEDIMIENTO

Los instrumentos se aplicaron en cada uno de los establecimientos educativos seleccionados, en los días y horarios programados y en coordinación con los docentes de cada curso. Antes de la aplicación, se contó con la respectiva autorización del director del establecimiento y el permiso de los padres de familia.

La aplicación de todas las pruebas se efectuó por la mañana en una misma aula en un aula en cada uno de los colegios. En dicha aula se contó con un número suficiente de pupitres que permitió acomodar a los sujetos de la investigación a una distancia adecuada entre unos y otros. Se leyeron en voz alta las instrucciones de cada

instrumento, así como cada uno de los ítems para evitar dificultades con la lectura de palabras o frases. Asimismo, se efectuaron las aclaraciones correspondientes sobre el significado de algún término no comprendido por algunos sujetos, especialmente por los de menor edad.

Cada uno de los instrumentos fue aplicado a los niños y niñas de la muestra en grupos de cinco personas, para evitar el copiado y los comentarios durante la realización de la prueba y con el fin de aclarar el contenido de los ítems que no fuera comprendido. Tras repartir el FSSC-R, se dieron las instrucciones generales y la prueba fue respondida de forma individual. Se indicó a los niños/as que hicieran la consulta respectiva ante cualquier duda surgida con alguna palabra o pregunta. La duración aproximada para responder este primer instrumento fue entre 10 y 20 minutos, y se aplicó a los 335 niños/as organizados en 67 grupos.

La CDS se aplicó posteriormente en horario diurno, pero en día y fecha diferentes. La aplicación siguió el mismo procedimiento que en el primer instrumento y se efectuó también con 67 grupos de cinco niños/as cada uno. Tuvo una duración aproximada de 30 a 40 minutos por grupo. Finalmente, se aplicó el STAIC de forma similar a las anteriores pruebas, con una duración de 20 a 30 minutos por grupo. Todos los instrumentos fueron aplicados en dos meses y medio.

ANÁLISIS

Inicialmente, se establecieron los valores promedios considerando la variable género para cada uno de los grupos, correspondientes a cada nivel socioeconómico. De la misma manera, se determinó el valor de la desviación estándar. A partir de estas consideraciones, se desarrolló una base de datos que incluye los datos complementarios, como nivel de instrucción, edad, colegio y género.

El estadígrafo de centralización permitió consolidar los datos en uno válido que representa al conjunto de una pequeña población. Por otra parte, el estadígrafo de dispersión permitió analizar la aceptación o no de los datos de trabajo, mediante la prueba de Fisher (F) por medias. Se eligió esta prueba porque permite trabajar con varios grupos simultáneamente sobre el estadígrafo de la media.

Para el tratamiento de la aceptación, se calculó la Prueba F de Fisher que toma la secuencia de variaciones, aumenta o disminuye desde el punto de vista de la variable género, de tal forma que se construyó un indicador de aceptación con base en la siguiente matriz:

Matriz inicial de datos

A	B
C	D

$$H_0 = (A+C)!*(B+D)!*(A+B)!*(C+D)!/A!*B!*C!*D!*N^*$$

Donde N es la suma de A,B,C,D. De tal manera que la aceptación H1 está dada por:

$$H1 = 1 - H_0$$

Se obtuvieron datos promedio por nivel socioeconómico-mujeres y nivel socioeconómico-varones, y finalmente un dato global de mujeres y varones. El nivel de confianza consistió en el establecimiento de una probabilidad de error, conforme la muestra crece. Como el proceso es de tipo sistemático, las relaciones son absorbidas como factores de una a otra de manera sucesiva. Para esto se utilizó la función de Weibull, que se caracteriza por su gran flexibilidad al poder ajustarse a una gran variedad de funciones de fiabilidad, y puede expresarse de la siguiente forma:

$$W = A/B * t^{(exp)(A-1)} * e^{(exp)((-t)(exp)A)/B}$$

Donde se tiene la acumulada de W como $F(W) = 1 - e^{(exp)(-texpA)/B}$

Donde A = l, B = l

Se considera un modelo en serie de k elementos, donde se tiene un nivel de confianza:

$$z(t) = W/(1-F(W))$$

de donde: $1 - F(W) = W/z(t)$, por tanto la confianza es:

$$\text{Confianza} = 1 - ((1-F)^*(1-F)^* \dots *(1-F)) \text{ para serie de valores}$$

$$\text{Error} = (1 - \text{Confianza})$$

Finalmente, se efectuó un análisis correlacional por variación entre todas las variables incluidas en las preguntas de la investigación. Este tipo de análisis permite relacionar funciones complejas, lo que no ocurre con la regresión normal. No se utilizó la regresión, cuyos valores cuando son próximos a 1 o -1 indican la existencia de correlación. Más bien se estimó la relación entre variables por proporción en funciones de comportamiento, donde se utilizó sólo la proporción de la función de comportamiento dentro de la coincidencia y sensibilidad, puesto que las funciones de comportamiento no son rectilíneas. $C = 1 - vm/VM$

Las proporciones de correlación son dadas por las variaciones relativas, donde el incremento es positivo y el decremento es negativo: $C = 1 - vm/vM, \times 100$, donde vm es el valor menor y VM es el valor mayor. Para el cálculo de correlaciones, se establecieron los valores promedios globales considerando sus variaciones dentro de un entorno del +- 0,05 de error, de tal manera que a partir de estos valores se establece un vector <V> de valores estándar de las diferentes variables de trabajo. Una vez definido este vector, se estableció su transformación para su estandarización, de modo que los valores de todas las variables correspondan a un proceso de comparación.

$T < V > = v_i$ que corresponden al análisis de correlación, donde la correlación $c = \text{Suma } x_i / \text{Suma } x_j$, considerando la relación de variables independientes. $T < V > = R(x_i/x_j)$ para todo valor. La relación $T < V >$ generó una Matriz A de valores (v_i) que corresponden a las estimaciones de relación: $F_a(A) = v_{ia}$, donde $v_{ia} = 1 - R(x_i/x_j)$

Esta matriz abarca todos los valores de correlación, que son: Intensa = +- 5%. Media = +(5 -10)%. Débil = +- < 10%.

RESULTADOS

NIVEL DE CONFIANZA

Las pruebas se establecen para secuencia de valores independientes de dispersión, que disminuye o aumenta, en el caso del cálculo de la prueba de "Ansiedad", como lo que está por encima de una media y lo que está debajo de la media, para las pruebas de "Depresión" y "Miedos".

Donde y es el nivel de confianza y (1 - y) es el error, para los datos se confirma con el valor de la prueba de Fisher (F) encontrado. De los resultados se infiere que los niveles de confianza están por encima de 99% para los datos de ansiedad, depresión y miedos.

GRÁFICO 1. ESTADÍGRAFO DE DISPERSIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA “ANSIEDAD”

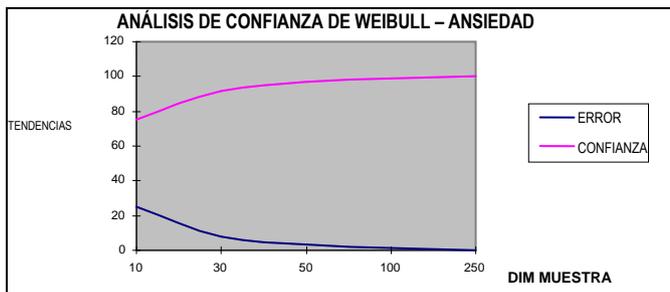


GRÁFICO 2. ESTADÍGRAFO DE DISPERSIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA “DEPRESIÓN”.

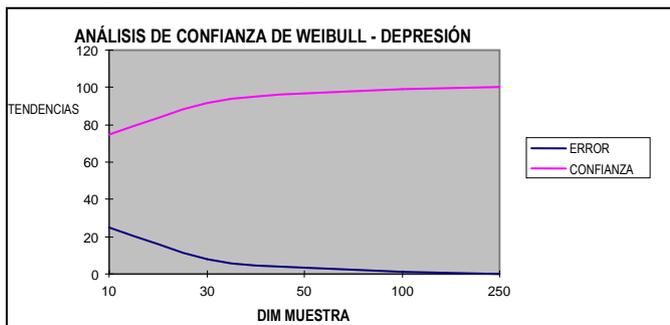
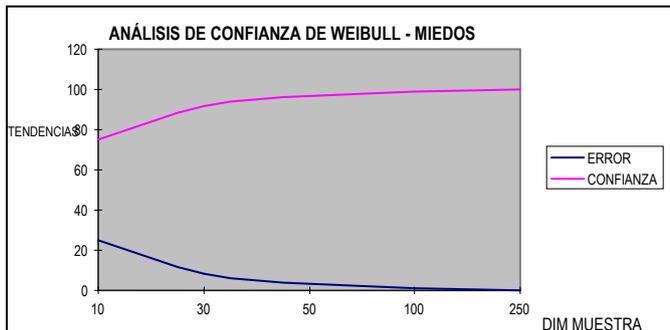


GRÁFICO 3. ESTADÍGRAFO DE DISPERSIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA “MIEDOS”.



El valor del nivel de confianza para las variables pertenecientes a la categoría ansiedad es superior a 99% como se representa en la gráfico 1. El valor del nivel de confianza para las variables pertenecientes a la categoría depresión es superior a 99%, según el cálculo de la función Weibull (véase gráfico 2). El valor del nivel de confianza para las variables pertenecientes a la categoría miedos es superior a 99%, según el cálculo de la función Weibull (véase gráfico 3).

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CORRESPONDIENTES A LA CATEGORÍA ANSIEDAD

La ansiedad relaciona las variables A-R con A-E mostrando el valor de la Ansiedad-Rasgo respecto a la Ansiedad-Estado como un valor más elevado. Así, es interesante calcular la variación de estados y evaluar las

características de este indicador de la siguiente forma: $Vr = (1 - (AE/AR))$. A partir de la función, se determina la variación efectiva en la relación de ambos factores, donde la variación muestra los resultados que se exponen a continuación tanto en tablas como en gráficos. Además, las tablas muestran las características de varones y mujeres de manera global: la Ansiedad-Rasgo en ambos casos es similar, pero en la Ansiedad-Estado las mujeres están por encima de los hombres en un 10%.

En el gráfico 4, la variación se muestra estable en el colegio Bautista Saavedra, ya que es próxima para todos los cursos. Entre el 5º y el 6º grado del colegio Amoretti hay fuertes contrastes que corresponden a los cambios en las responsabilidades escolares. En el colegio San Judas Tadeo, hay un cambio gradual de curso a curso, en los valores de variación de Ansiedad. En cuanto a las mujeres, se observan los siguientes datos:

GRÁFICO 4. ANÁLISIS DE VARIACIONES DE ANSIEDAD EN VARONES POR GRUPOS

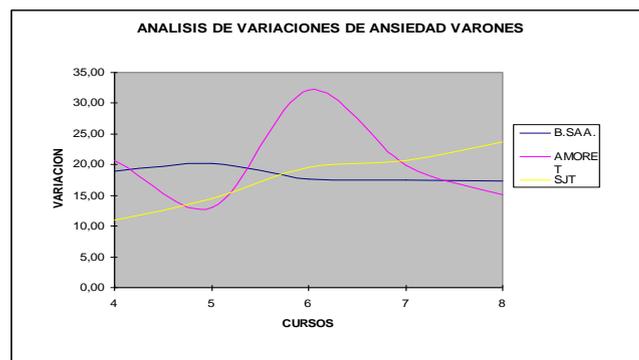
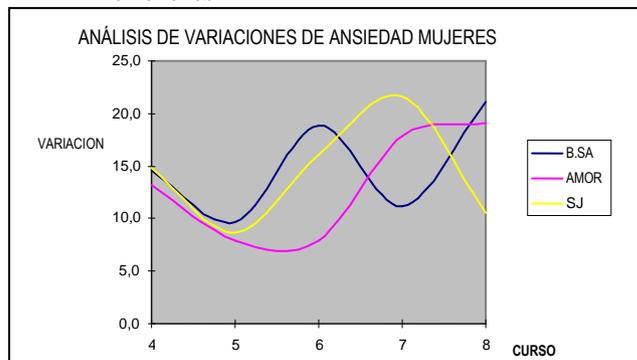


GRÁFICO 5. ANÁLISIS DE VARIACIONES DE ANSIEDAD EN MUJERES POR GRUPOS



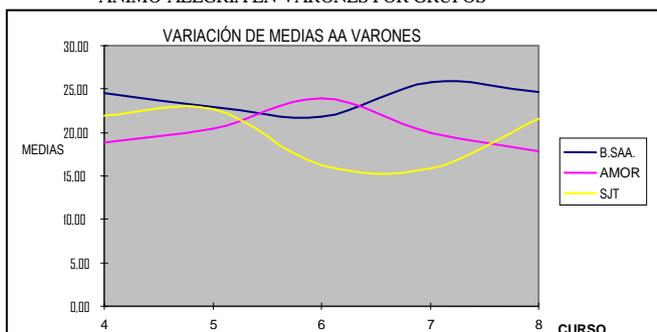
En el gráfico 5, el colegio Bautista Saavedra refleja una variación cíclica anual con una variación más alta en los niveles de ansiedad los grados 4º, 6º y 8º, en tanto que en el 5º y 7º los valores son más bajos. El colegio Amoretti muestra un cambio creciente elevado en las variaciones de Ansiedad, es decir, el 7º y 8º grado tienen valores mucho

mayores. El colegio San Judas Tadeo muestra una elevación abrupta en el 7º grado, mientras que en los otros grados los valores son estables. La variación más alta la tienen los varones en el 6º grado con 32.10% y la más baja las mujeres en el 5º grado con 7,86%, en ambos casos del colegio Amoretti. El comportamiento de los varones del colegio Saavedra es estable, a diferencia de los varones de los otros colegios. En cambio, el comportamiento de las mujeres de este establecimiento es semejante al de las mujeres de los colegios privados. Otro aspecto relevante es que, en general, la dispersión disminuye en los varones y aumenta en las mujeres, lo que revela una mayor sensibilidad y cambios en el estado de ansiedad en las mujeres.

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CORRESPONDIENTES A “DEPRESIÓN”

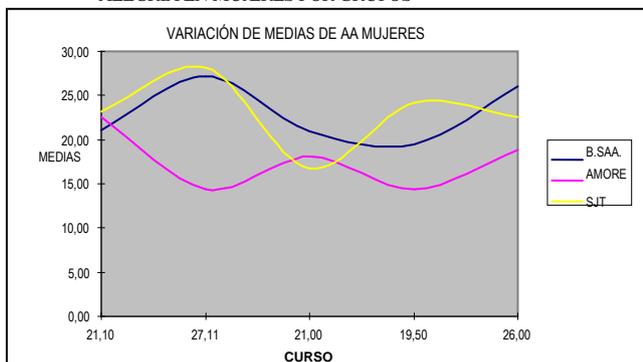
Se efectuó el mismo tipo de análisis que para la ansiedad, tomando en cuenta las diez variables sobre depresión.

GRÁFICO 6: VARIACIÓN DE MEDIAS EN LA VARIABLE ÁNIMO-ALEGRÍA EN VARONES POR GRUPOS



En el gráfico 6, respecto al factor AA de Ánimo-Alegría, se observa que los varones de 7º grado del colegio Bautista Saavedra tienen los valores más altos, mientras que los varones de 7º grado del colegio San Judas Tadeo tienen los valores más bajos.

GRÁFICO 7: VARIACIÓN DE MEDIAS EN LA VARIABLE ÁNIMO-ALEGRÍA EN MUJERES POR GRUPOS



En el gráfico 7, se observa que las mujeres de los colegios San Judas Tadeo y Bautista Saavedra tienen valores más homogéneos, en tanto que las mujeres del colegio Amoretti muestran los valores más bajos. En cuanto a Respuesta afectiva (RA), en el grupo de los varones del colegio Bautista Saavedra hay una tendencia a disminuir curso a curso, en cambio, los valores aumentan para los varones de 8º grado de los colegios Amoretti y San Judas Tadeo (véase gráfico 8).

GRÁFICO 8: VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE RESPUESTA AFECTIVA EN VARONES Y GRUPOS

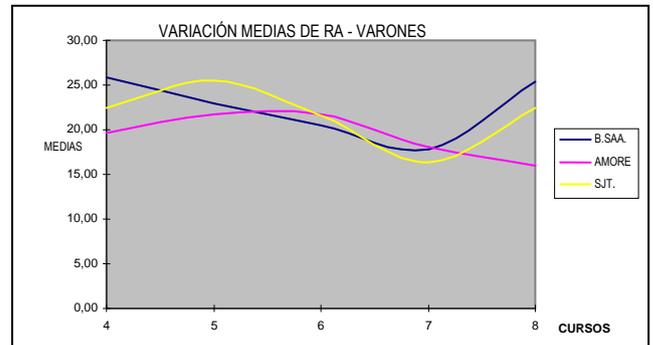
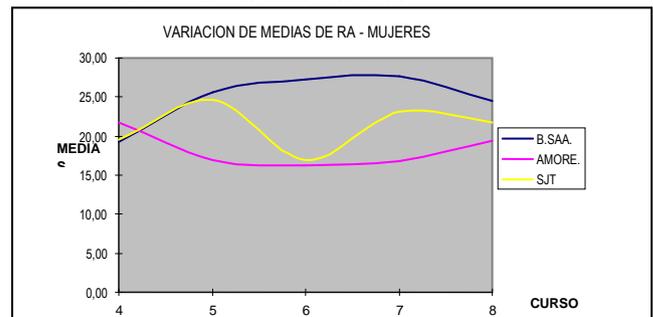


GRÁFICO 9: VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE RESPUESTA AFECTIVA EN MUJERES Y GRUPOS



En el gráfico 9, en relación a las mujeres, la evolución de Respuesta Afectiva se muestra de manera más intensa que los otros colegios, siendo sus respuestas más importantes que los otros puntajes. El colegio Amoretti muestra los puntajes más bajos en RA, excepto en los grados inicial y final, donde los valores son iguales. En Preocupaciones sociales (PS), se observa en los varones una tendencia homogénea, salvo a partir del 5º curso del colegio San Judas Tadeo, donde disminuye notablemente. En el caso de las mujeres, los tres cursos guardan paralelismo, salvo que el colegio Bautista Saavedra empieza más alto que los otros dos colegios (véanse gráficos 10 y 11).

GRÁFICO 10: VARIACIÓN DE MEDIAS DE PREOCUPACIONES SOCIALES EN VARONES POR GRUPOS.

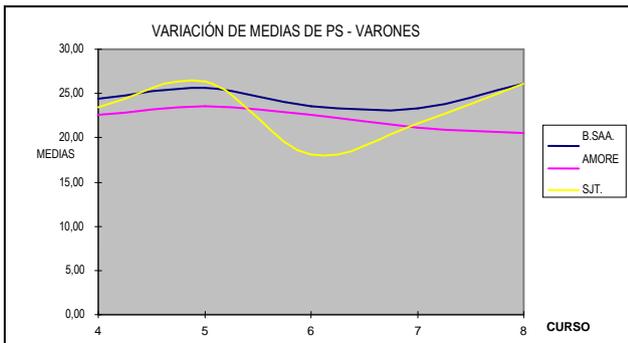


GRÁFICO 13: VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE AUTOESTIMA EN MUJERES POR GRUPOS

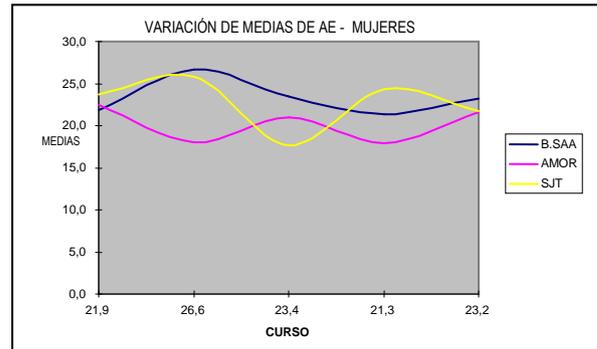
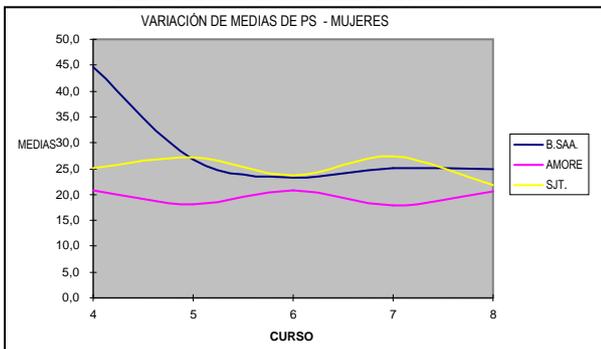


GRÁFICO 11: VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE PREOCUPACIONES SOCIALES POR GRUPOS.



En Preocupación por la muerte (PM), se observa en los varones de 6° grado un comportamiento muy parecido, como se muestra en el gráfico 14. En cambio, en las mujeres de 6° grado se observan divergencias: los valores más altos son del colegio Bautista Saavedra y los más bajos del colegio Amoretti, mientras que en el colegio San Judas Tadeo el comportamiento es semejante (véase gráfico 15).

En Autoestima (AE), los valores son similares tanto en hombres como en mujeres. El colegio Bautista Saavedra muestra los mejores puntajes relativos y el colegio Amoretti los más bajos, tanto en varones como en mujeres (véanse gráficos 12 y 13).

GRÁFICO 14. VARIACIÓN DE MEDIAS DE PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE EN VARONES Y GRUPOS

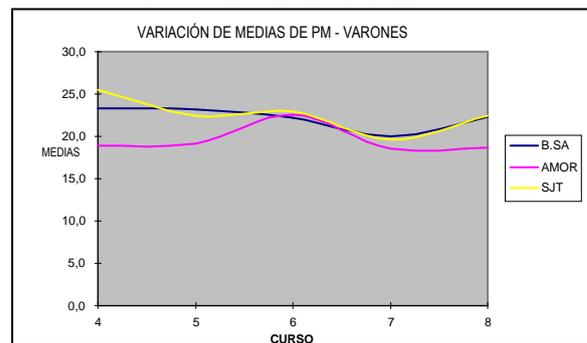


GRÁFICO 12: VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE AUTOESTIMA EN VARONES POR GRUPOS

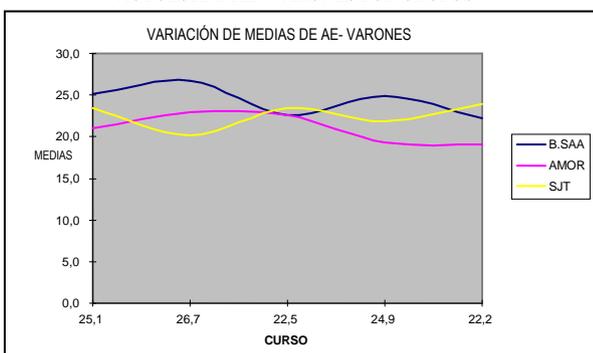
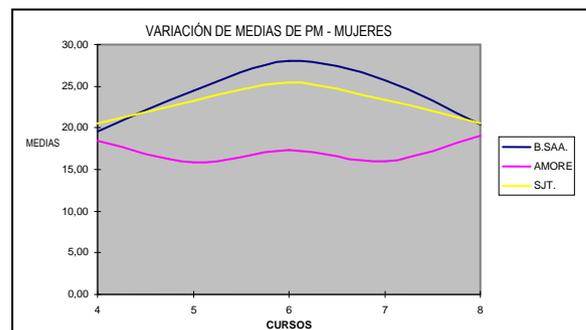


GRÁFICO 15. VARIACIÓN DE MEDIAS DE PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE EN MUJERES Y GRUPOS



En cuanto a la variable Sentimientos de culpabilidad (SC), se observan tendencias semejantes tanto en varones como en mujeres, con pequeñas inflexiones inferiores en los varones del colegio San Judas Tadeo y en las mujeres del colegio Amoretti. En general, se observa homogeneidad y estabilidad (véanse gráficos 16 y 17).

GRÁFICO 16. VARIACIÓN DE MEDIAS DE SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD EN VARONES Y GRUPOS

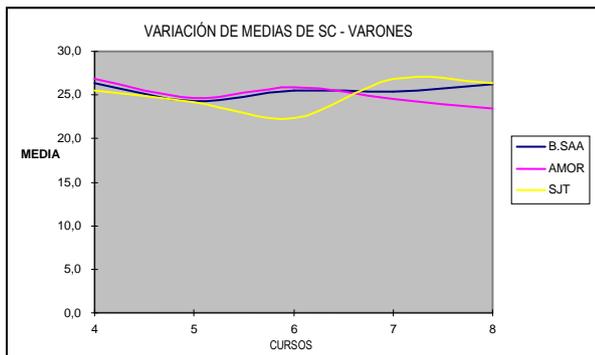
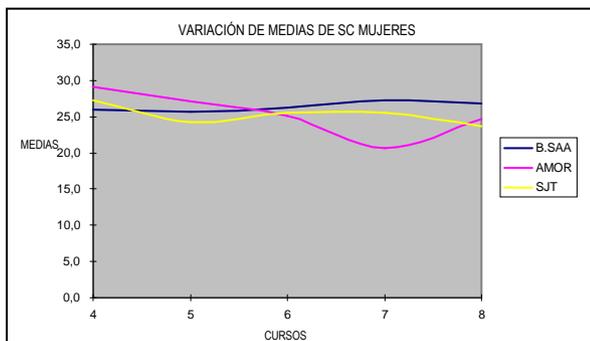


GRÁFICO 17. VARIACIÓN DE MEDIAS DE SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD EN MUJERES POR GRUPOS



En Depresivos varios (DV), se observa que tanto los varones como las mujeres del colegio Bautista Saavedra tienen valores relativamente más altos, pero en el 8º grado los valores son menores (véanse gráficos 18 y 19).

GRÁFICO 18. VARIACIÓN DE MEDIAS DE DEPRESIVOS VARIOS EN VARONES Y POR GRUPOS

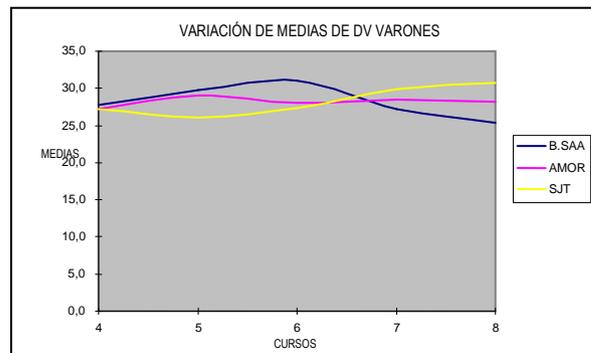
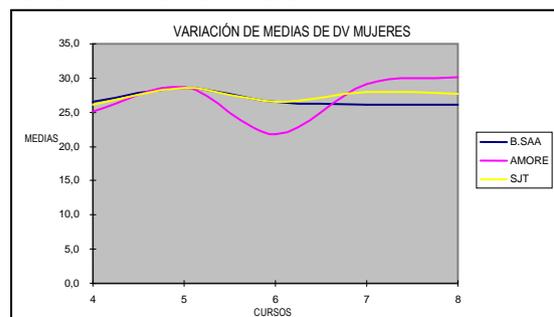
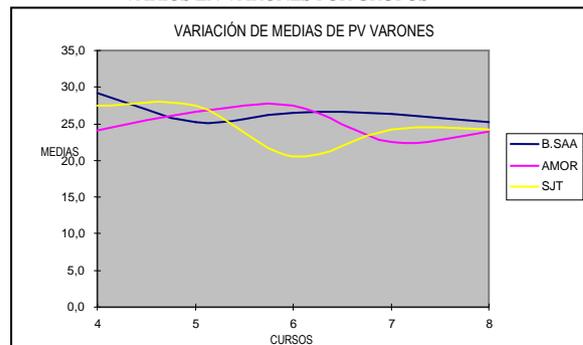


GRÁFICO 19. VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE DEPRESIVOS VARIOS EN MUJERES POR GRUPOS



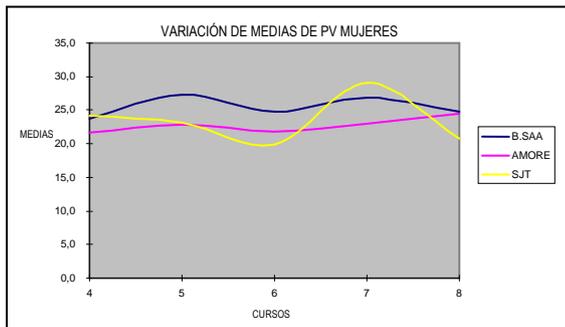
En los gráficos 18 y 19, se distingue que los varones del colegio San Judas Tadeo y las mujeres del colegio Amoretti presentan inflexiones bajas en algunos puntos. En Positivos varios (PV), el colegio Bautista Saavedra es más estable que los otros en el comportamiento por grados, ya que los varones del colegio San Judas Tadeo muestran variaciones cíclicas y los varones del colegio Amoretti variaciones más suaves (véase gráfico 20).

GRÁFICO 20. VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE POSITIVOS VARIOS EN VARONES POR GRUPOS



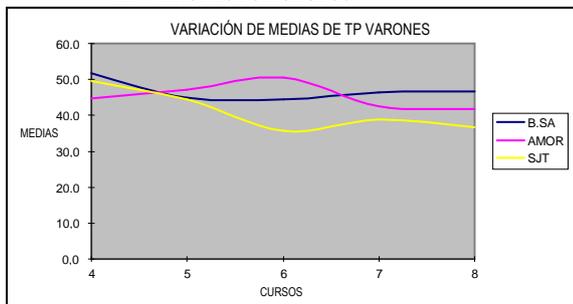
Las mujeres del colegio San Judas Tadeo muestran las mayores variaciones (véase gráfico 21).

GRÁFICO 21. VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE POSITIVOS VARIOS EN MUJERES Y GRUPOS



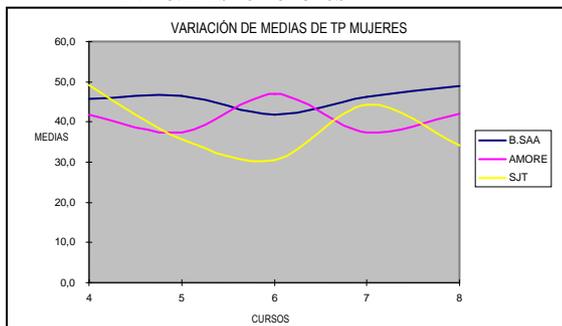
Al establecer el balance del Total positivo (TP), se observa que los varones del colegio Saavedra mantienen una estabilidad relativa en sus grados, mientras que los varones de los otros colegios tienen variaciones, con valores más bajos en los últimos cursos (véase gráfico 22).

GRÁFICO 22. VARIACIÓN DE MEDIAS DE TOTAL POSITIVOS VARIOS EN VARONES POR GRUPOS



Las variaciones son marcadas en las mujeres de los diferentes grados de los colegios San Judas Tadeo y Amoretti, en tanto que las mujeres del colegio Saavedra muestran cierta estabilidad, aunque sus datos son más altos. En los últimos cursos, los valores de los colegios Tadeo y Amoretti bajan (véase gráfico 23).

GRÁFICO 23. VARIACIÓN DE MEDIAS DE TOTAL POSITIVOS VARIOS EN MUJERES POR GRUPOS



El Total depresivo (TD) muestra en los varones del colegio San Judas Tadeo una constante basada en resultados semejantes, mientras que los resultados más altos los tienen los varones de 6° grado del colegio Amoretti y los más bajos los varones del colegio Saavedra. Sin embargo, los resultados de los últimos cursos tienen valores muy parecidos (véase gráfico 24). En las mujeres de los colegios Saavedra y Tadeo, los valores depresivos son semejantes, aunque ligeramente superiores en las del primero. En tanto que en el colegio Amoretti son inversos y más bajos (véase gráfico 25).

GRÁFICO 24. VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE TOTAL DEPRESIVO EN VARONES POR GRUPO

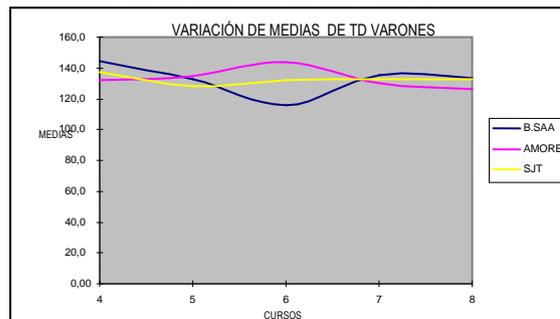
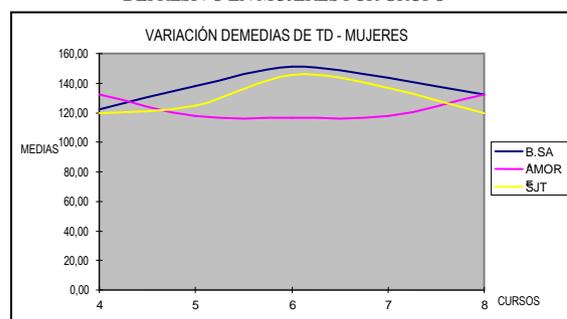


GRÁFICO 25. VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE TOTAL DEPRESIVO EN MUJERES POR GRUPO



Como síntesis del análisis de depresión, se utilizan posteriormente las funciones de TP y TD para comprobar la relación con el promedio de los miedos y la ansiedad.

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CORRESPONDIENTES A LA CATEGORÍA “MIEDOS”

Se efectuó el mismo tipo de análisis que para la ansiedad y la depresión tomando en cuenta las cinco variables sobre miedos. En la variable Miedo al fracaso y la crítica (FC), los varones y las mujeres del colegio Saavedra son quienes manifiestan más temores; los varones y mujeres del colegio San Judas Tadeo muestran una estabilidad relativa semejante, mientras que en el colegio Amoretti hay tendencias mayores en 7° grado. Los

alumnos del colegio Amoretti muestran mejores respuestas al fracaso y la crítica (veáanse gráficos 26 y 27).

GRÁFICO 26. VARIACIÓN DE MEDIAS DE LA VARIABLE MIEDO AL FRACASO Y LA CRÍTICA EN VARONES POR GRUPO

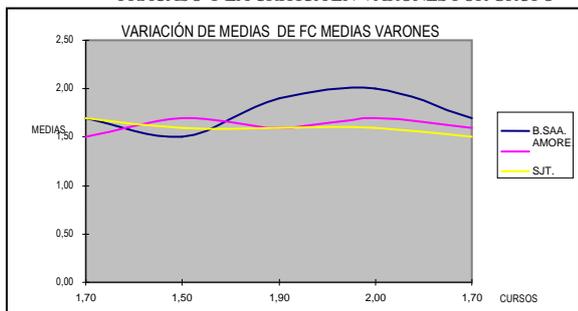
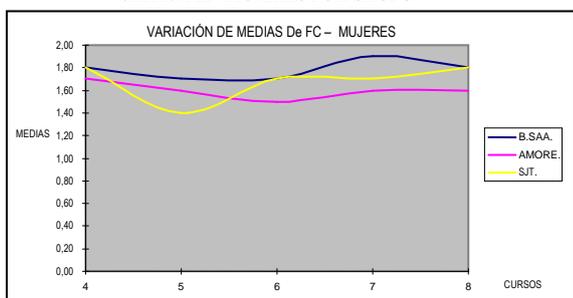
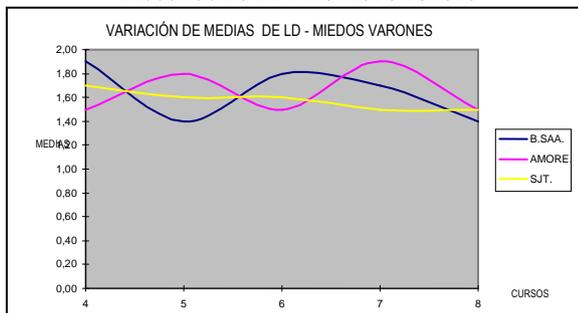


GRÁFICO 27. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDO AL FRACASO Y LA CRÍTICA EN MUJERES POR GRUPO



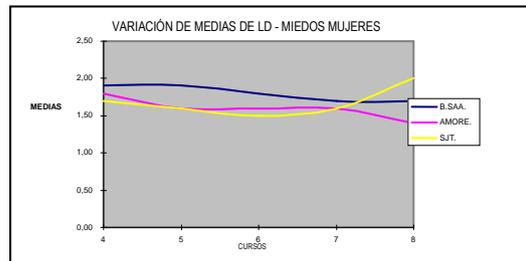
En la variable Miedo a lo desconocido (LD), los varones de los colegios Saavedra y Amoretti tienen variaciones cíclicas opuestas, en tanto que en el colegio San Judas Tadeo se muestran estables en las características de los miedos (véase gráfico 28).

GRÁFICO 28. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDO A LO DESCONOCIDO EN VARONES POR GRUPO



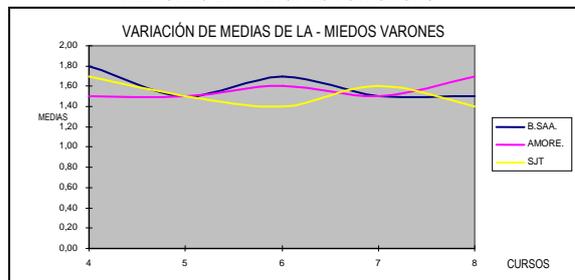
En la variable LD, las mujeres de los colegios Saavedra y Amoretti manifiestan una tendencia a disminuir los valores correspondientes, a diferencia del colegio San Judas Tadeo que en 8° grado sube nuevamente. Los valores relativos más altos los presenta el colegio Saavedra (véase gráfico 29).

GRÁFICO 29. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDO A LO DESCONOCIDO EN MUJERES POR GRUPO



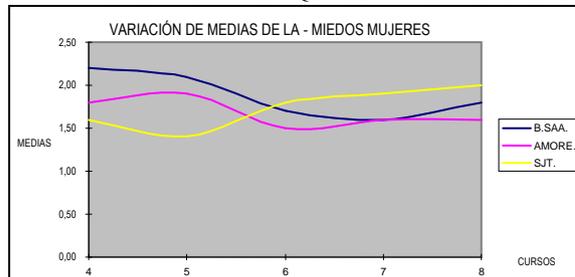
En la variable Miedo a lesiones y animales pequeños (LA), los varones del colegio Saavedra mantienen valores altos, aunque en los últimos grados se reducen. Las tendencias muestran puntajes más altos en los varones de 6° grado (véase gráfico 30).

GRÁFICO 30. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDO A LESIONES MENORES EN VARONES POR GRUPO



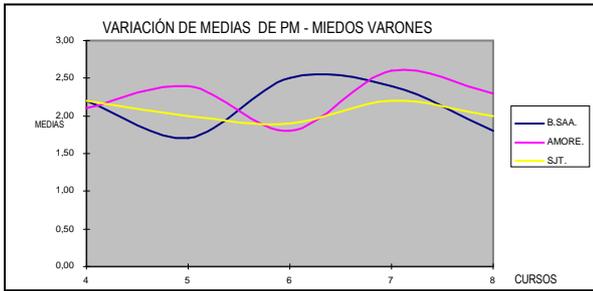
En la variable LA, las mujeres de los colegios Amoretti y Saavedra muestran una tendencia a disminuir los valores, en cambio, en el colegio Tadeo tienden a aumentar (véase gráfico 31).

GRÁFICO 31. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDO A LESIONES MENORES Y ANIMALES PEQUEÑOS EN MUJERES POR GRUPO



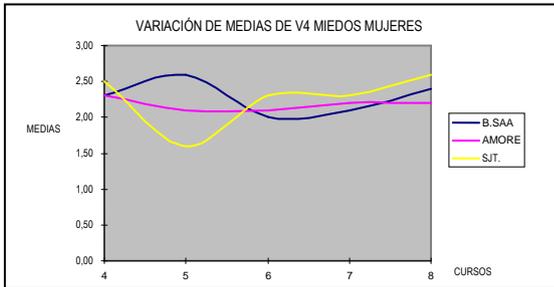
En la variable Peligro y muerte (PM), los varones de 6° grado del colegio Saavedra muestran mayores temores, que van disminuyendo en cursos superiores. Algo semejante ocurre en el colegio Amoretti, mientras que en el colegio Tadeo la variación es menor (véase gráfico 32).

GRÁFICO 32. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDO AL PELIGRO Y MUERTE EN VARONES POR GRUPO



En la variable PM, las mujeres del colegio Saavedra tienen los valores más altos y en el colegio Tadeo los más bajos, aunque son semejantes en los últimos cursos (véase gráfico 33).

GRÁFICO 33. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDO AL PELIGRO Y MUERTE EN MUJERES POR GRUPO.



En la variable Miedos médicos (MM), los valores más altos corresponden a los varones del colegio Saavedra. En general, para los tres colegios, los valores suben en el 6º grado y se hacen más bajos después. Los valores más bajos corresponden a los varones del colegio Tadeo (véase gráfico 34). En esta misma variable, los miedos van aumentando en las mujeres conforme pasan de curso y son más altos en las mujeres del colegio Saavedra. En tanto que los valores son más bajos en las mujeres del colegio Amoretti (véase gráfico 35).

GRÁFICO 34. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDOS MÉDICOS EN VARONES POR GRUPO

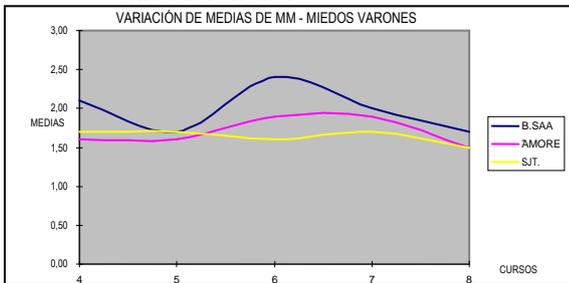
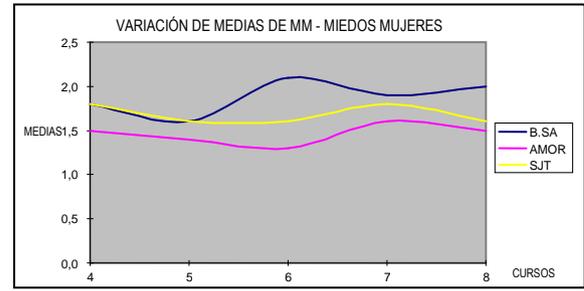


GRÁFICO 35. VARIACIÓN DE MEDIAS DE MIEDOS MÉDICOS EN MUJERES POR GRUPO



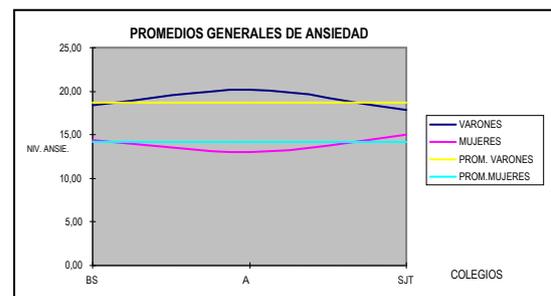
SÍNTESIS

Los valores de Ansiedad son más altos en los varones del colegio Amoretti, le sigue el colegio Saavedra y los más bajos pertenecen al colegio San Judas Tadeo. En mujeres, los valores más bajos son los del colegio Amoretti, le sigue el colegio Saavedra y los más altos son del colegio Tadeo. En general, los promedios de varones son más altos (18,68) que los de mujeres (14,15) (véase cuadro 3 y gráfico 36).

CUADRO 3. PROMEDIOS GENERALES DE ANSIEDAD POR COLEGIO Y POR GÉNERO

	PROMEDIO	PROMEDIO	VARONES	MUJERES
COLEGIO	VAR-COLEG.	MUJ-COLE.	PROM TOT	PROM TOT
B. Saavedra	18,34	14,40	18,68	14,15
Amoretti	20,16	13,05	18,68	14,15
S. J. Tadeo	17,89	15,06	18,68	14,15

GRÁFICO 36. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE ANSIEDAD ENTRE VARONES Y MUJERES POR COLEGIO



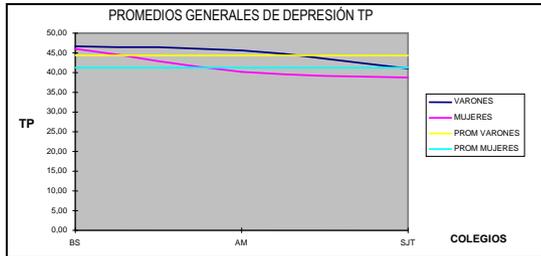
Los valores de Depresión total positivos son más elevados para los varones con 44,42 de promedio que para las mujeres (41,32). Los valores más altos corresponden al colegio Saavedra, los intermedios al colegio Amoretti y los más bajos al colegio Tadeo (véase cuadro 4 y gráfico 37).

CUADRO 4. PROMEDIOS GENERALES DE TOTALES POSITIVOS DE DEPRESIÓN POR COLEGIO Y POR GÉNERO

	PROMEDIO	PROMEDIO	VARONES	MUJERES
COLEGIO	VAR-COLEG.	MUJ-COLE.	PROM TOT	PROM TOT

B. Saavedra	46,62	46,12	44,42	41,32
Amoretti	45,58	40,12	44,42	41,32
S. J. Tadeo	41,08	38,70	44,42	41,32

GRÁFICO 37. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE DEPRESIÓN – TOTALES POSITIVOS POR GÉNERO

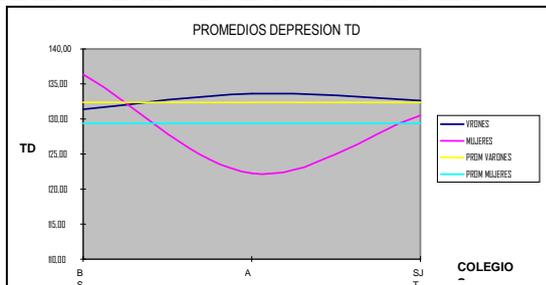


Los totales depresivos en mujeres son mayores para el colegio Saavedra, intermedios para el colegio Tadeo y más bajos para el colegio Amoretti. En varones, los valores mayores corresponden al colegio Amoretti, le sigue el colegio Tadeo y los más bajos son del colegio Saavedra. Los promedios que corresponden a los varones (132,43) son mayores que los de las mujeres (129,32) (véase cuadro 5 y gráfico 38).

CUADRO 5. PROMEDIOS GENERALES DE TOTALES DEPRESIVOS POR COLEGIO Y POR GÉNERO

	PROMEDIO	PROMEDIO	VARONES	MUJERES
COLEGIO	VAR-COLEG.	MUJ-COLEG.	PROM TOT	PROM TOT
B. Saavedra	131,38	136,32	132,43	129,32
Amoretti	133,66	122,29	132,43	129,32
S. J. Tadeo	132,60	130,56	132,43	129,32

GRÁFICO 38. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE TOTALES DEPRESIVOS ENTRE VARONES Y MUJERES POR COLEGIO



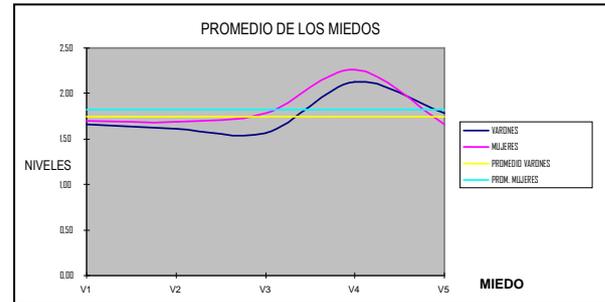
Las mujeres manifiestan más miedos que los varones, especialmente miedo a la muerte y miedos médicos. El promedio de los miedos de las mujeres es 1,82 y de los hombres 1,75, que corresponden al promedio de los tipos de miedos observados (véanse cuadro 6 y gráfico 39).

CUADRO 6. PROMEDIOS GENERALES DE MIEDOS POR GÉNERO

MIEDOS	VARONES	MUJERES	VARONES PROMEDIO	MUJERES PROMEDIO
FC	1,67	1,69	1,75	1,82

LD	1,62	1,69	1,75	1,82
LA	1,56	1,79	1,75	1,82
PM	2,13	2,26	1,75	1,82
MM	1,79	1,66	1,75	1,82

GRÁFICO 39. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS DE MIEDOS ENTRE VARONES Y MUJERES.



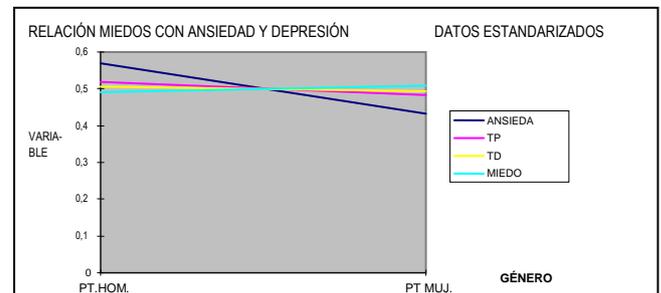
Las variaciones de la ansiedad, la depresión y los factores positivos son relativamente mayores respecto a los miedos en hombres y relativamente menores respecto a los miedos de las mujeres (véanse cuadro 7 y gráfico 40).

CUADRO 7. RELACIÓN DE MIEDOS CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SOBRE RELACIONES ESTANDARIZADAS

DATOS BASE		T. Positivos	T. Depresivos	
	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	MIEDOS
PT. VARONES	18,68	44,42	132,43	1,75
PT. MUJERES	14,15	41,32	129,32	1,82

ESTANDARIZACIÓN	TP	TD		
	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	MIEDOS
PT. VARONES	0,56895071	0,51806761	0,50594897	0,49040712
PT. MUJERES	0,43104929	0,48193239	0,49405103	0,50959288
VAR. VARONES	0,13804989	0,05339165	0,03071822	0
VAR. MUJERES	-0,18221486	-0,05739495	-0,03145799	0

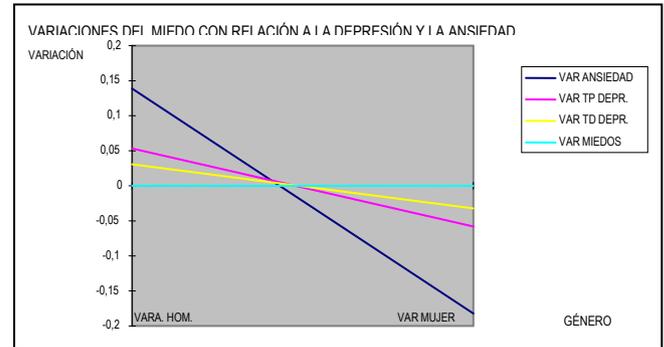
GRÁFICO 40. RELACIÓN DE MIEDOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN BASE A DATOS ESTANDARIZADOS



Las proporciones de Variación en 13% son mayores para varones que para mujeres, -2% con relación a los

miedos, respecto a la ansiedad y depresión (véase gráfico 41).

GRÁFICO 41. VARIACIONES DEL MIEDO CON RELACIÓN A LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN



ANÁLISIS DE CORRELACIONES

CUADRO 8. MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

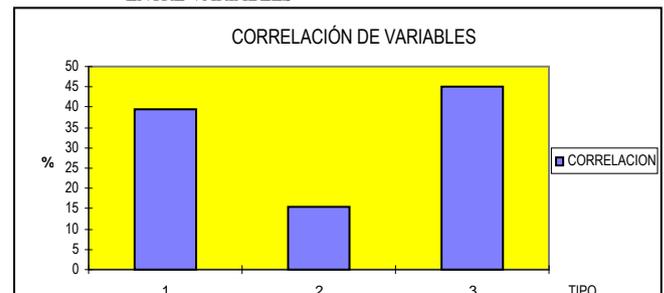
	A-E	A-R	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD	FC	LD	LA	PM	MM		
	46.28	38.65	21.05	21.2	23.9	22.2	21.26	25.38	27.73	24.67	42.87	130.38	1.68	1.66	1.68	2.21	1.73		
	ESTAND.	46.28	38.65	42.1	42.4	47.8	44.4	42.52	50.76	55.46	49.34	42.37	43.46	42	41.5	42	55.25	43.25	
A-E	46.28	46.28	1.00	0.84	0.91	0.92	*1.03	*0.96	0.92	1.10	1.20	1.07	0.92	0.94	0.91	0.90	0.91	1.19	0.93
A-R	38.65	38.65	1.20	1.00	1.09	1.10	1.24	1.15	1.10	1.31	1.43	1.28	1.10	1.12	1.09	1.07	1.09	1.43	1.12
AA	21.05	42.1	1.10	0.92	1.00	**1.01	1.14	*1.05	**1.01	1.21	1.32	1.17	**1.01	*1.03	**1.00	**0.99	**1.00	1.31	*1.03
RA	21.2	42.4	1.09	0.91	**0.99	1.00	1.13	*1.05	1.00	1.20	1.31	1.16	**1.00	*1.03	**0.99	*0.98	**0.99	1.30	*1.02
PS	23.9	47.8	*0.97	0.81	0.88	0.89	1.00	0.93	0.89	1.06	1.16	*1.03	0.89	0.91	0.88	0.87	0.88	1.16	0.90
AE	22.2	44.4	*1.04	0.87	*0.95	*0.95	1.08	1.00	*0.96	1.14	1.25	1.11	*0.95	*0.98	*0.95	0.93	*0.95	1.24	*0.97
PM	21.26	42.52	1.09	0.91	**0.99	**1.00	1.12	*1.04	1.00	1.19	1.30	1.16	**1.00	*1.02	**0.99	*0.98	**0.99	1.30	*1.02
SC	25.38	50.76	0.91	0.76	0.83	0.84	0.94	0.87	0.84	1.00	1.09	*0.97	0.83	0.86	0.83	0.82	0.83	1.09	0.85
DV	27.73	55.46	0.83	0.70	0.76	0.76	0.86	0.80	0.77	0.92	1.00	0.89	0.76	0.78	0.76	0.75	0.76	**1.00	0.78
PV	24.67	49.34	0.94	0.78	0.85	0.86	*0.97	0.90	0.86	*1.03	1.12	1.00	0.86	0.88	0.85	0.84	0.85	1.12	0.88
TP	42.87	42.37	1.09	0.91	**0.99	**1.00	1.13	*1.05	**1.00	1.20	1.31	1.16	1.00	*1.03	**0.99	*0.98	**0.99	1.30	*1.02
TD	130.38	43.46	1.06	0.89	*0.97	*0.98	1.10	*1.02	*0.98	1.17	1.28	1.14	*0.97	1.00	*0.97	*0.95	*0.97	1.27	**1.00
FC	1.68	42	1.10	0.92	**1.00	**1.01	1.14	1.06	**1.01	1.21	1.32	1.17	**1.01	*1.03	1.00	**0.99	**1.00	1.32	*1.03
LD	1.66	41.5	1.12	0.93	**1.01	*1.02	1.15	1.07	*1.02	1.22	1.34	1.19	*1.02	*1.05	**1.01	1.00	**1.01	1.33	*1.04
LA	1.68	42	1.10	0.92	**1.00	**1.01	1.14	1.06	**1.01	1.21	1.32	1.17	**1.01	*1.03	**1.00	**0.99	1.00	1.32	*1.03
PM	2.21	55.25	0.84	0.70	0.76	0.77	0.87	0.80	0.77	0.92	**1.00	0.89	0.77	0.79	0.76	0.75	0.76	1.00	0.78
MM	1.73	43.25	1.07	0.89	*0.97	*0.98	1.11	*1.03	*0.98	1.17	1.28	1.14	*0.98	**1.00	*0.97	*0.96	*0.97	1.28	1.00

* p<0,05 **p<0,01

En la cuadro 8, se presentan las correlaciones de acuerdo con los grados de significación al 0,01 y al 0,05 de error. Se observa que los miedos están más correlacionados con variables de tipo depresivo que con las de ansiedad. Con base en el análisis anterior, se establecen los grados de correlación del total de variables evaluadas: un 39% de correlaciones son intensas, un 19% son medias y un 45% son de baja intensidad (véase gráfico 42).

Correlación intensa 39%
 Correlación media 19%
 Correlación baja 45%

GRÁFICO 42. GRADO DE INTENSIDAD DE LAS CORRELACIONES ENTRE VARIABLES



DISCUSIÓN

En primer lugar, los instrumentos empleados alcanzaron los índices de fiabilidad esperados, por encima de 0,99. En lo referente a los miedos, se puede señalar que el tipo de miedo de mayor puntaje en varones es el miedo al peligro y muerte, seguido por los miedos médicos y luego por el miedo al fracaso y la crítica. En el caso de las mujeres, el miedo al peligro y muerte tiene los promedios generales más elevados, es seguido por el miedo a lesiones menores y animales pequeños y el tercer lugar lo ocupan el miedo a lo desconocido y al fracaso y la crítica. Es evidente que las mujeres de diferentes niveles socioeconómicos y edades presentan mayores promedios de miedos que los varones.

Las emociones tienen un papel central en los eventos significativos de nuestras vidas. Si bien las emociones poseen muchas características, algunas conductuales y otras fisiológicas, son ante todo eventos psicológicos. Mucho de lo que hacemos y cómo lo hacemos está influido por las emociones y las condiciones cognitivas y ambientales que las generan. Con la edad, el número y complejidad de las experiencias emocionales, así como las demandas para regular la expresión emocional, se incrementan. Algunos niños son sobrepasados por esas demandas y desafíos y pueden llegar a presentar alteraciones emocionales.

El ámbito central de análisis para el estudio de las emociones humanas es la *relación sujeto-contexto*. Los niños desde muy pequeños emplean formas de expresiones emocionales diferenciadas. Estas expresiones tienen importancia adaptativa porque a su vez influyen en las personas del contexto que interactúan con el niño.

En el análisis de los miedos, se identifican dos componentes esenciales: la situación temida y la respuesta infantil. El miedo se experimenta al anticipar o estar en presencia del estímulo o situación temidos. Los niños empiezan su vida con respuestas básicas de reflejos de miedo a los ruidos intensos, la pérdida de base de sustentación e hiperestimulaciones, como estar extremadamente caliente o frío.

Algunos miedos son prácticamente universales, instintivos e innatos, tales como el miedo a los ruidos fuertes, el miedo a caer, el miedo a la hiperestimulación. En nuestra cultura, algunos miedos son frecuentes en los niños pequeños, como el miedo a la oscuridad, el miedo a objetos y caras extrañas y movimientos repentinos e inesperados. Otros miedos parecen estar culturalmente determinados, por ejemplo, el miedo a ciertos animales que no son temidos por los niños pequeños, y que incluso les resultan atractivos. Pero con el paso del tiempo, alcanzan un valor fóbico elevado. Asimismo, determinados factores predisponentes pueden condicionar miedo a unos objetos más que a otros.

El miedo como una reacción a aquello que amenaza la seguridad e integridad del ser humano coexiste con éste en muchas circunstancias de su vida, provocándole diversas reacciones a veces explícitas y otras en forma indirecta o implícita. En su ambiente familiar, el niño también experimenta un miedo que puede crecer o aumentar en su vida escolar si va experimentando situaciones negativas similares. Es evidente que los miedos no se desarrollan independientemente del ambiente al que el niño pertenece.

Por otra parte, los miedos excesivos están implicados con la depresión, la ansiedad y otros tipos de alteraciones emocionales. Las percepciones de amenaza están relacionadas con otros problemas infantiles, como las dificultades en la resolución de problemas o los déficits en la búsqueda de información. Los niños que poseen procesos cognitivos inadecuados debido a los miedos excesivos están en riesgo de presentar o agravar una alteración psicológica, tal es el caso de los problemas de depresión y ansiedad en la infancia.

El conocimiento y comprensión que el psicólogo infantil debe poseer sobre las variaciones y el cambio en la niñez nos muestran la importancia de considerar aspectos del desarrollo y aprendizaje humanos en la evaluación de los problemas psicológicos, sean o no de carácter clínico. Esto implica aprender acerca del desarrollo "normal" o saludable del niño en nuestro medio, así como interpretar aquellas variaciones que corresponden o no a una alteración.

El desarrollo saludable del niño se presenta a través de un conjunto de capacidades y habilidades cognitivas, afectivas, emocionales, conductuales y sociales que están relacionadas entre sí. Las habilidades que el niño alcanza en un periodo de desarrollo le permiten relacionarse con su entorno y sirven de base para la consecución de otras.

Aunque algunos problemas de la niñez son severos y difíciles de tratar, como los miedos excesivos, no implican necesariamente un trastorno del desarrollo. Más bien muchos de esos problemas representan variaciones, excesos o déficits de la conducta, la emoción y la cognición que la mayoría de las personas han experimentado alguna vez en sus años infantiles. Lo que en algunas circunstancias y bajo ciertas condiciones puede ser considerado un trastorno, cuando es grave e interfiere en la adaptación del niño, en otras circunstancias y condiciones puede tratarse de un conflicto o problema esperado o menos grave dentro del desarrollo normal.

La identificación de las dificultades en la infancia es muy importante, tanto para el niño como para la sociedad. Si un niño que presenta algunos problemas no es tratado, aunque no sean severos, puede tener serias consecuencias, ya que éstos podrían afectar o interrumpir su normal desarrollo y aprendizaje. Un niño con dificultades en su

desarrollo psicosocial puede fracasar en el desempeño de tareas o actividades clave para su desarrollo en diferentes etapas, tales como el establecimiento de interrelaciones con sus pares, el desarrollo de su autoestima, la resolución de diversos problemas, la capacidad de afrontamiento de conflictos interpersonales, o la adquisición y uso de habilidades académicas. Estas dificultades, a su vez, pueden generar otros problemas relacionados con la adaptación, con su desarrollo cognitivo y con reacciones emocionales y conductuales inapropiadas.

La importancia de la interacción entre el niño y el contexto social es reconocida y enfatizada dentro del estudio de los problemas psicológicos infantiles. Si el ajuste entre el niño y el contexto no es adecuado, entonces la desadaptación o dificultad en el niño será percibida por los adultos como un problema. Sin embargo, el mejor criterio para establecer qué es realmente problemático o desadaptativo en un niño es considerar las dificultades sobre la base de lo que es apropiado o "normal" dentro de una determinada edad o etapa del desarrollo. Un patrón específico de comportamiento es o no es considerado desadaptativo dependiendo de cuándo y en qué circunstancias dicho patrón es observado en el desarrollo del niño, además del grado de interferencia que produzca en su funcionamiento diario.

Una alteración específica, como los miedos excesivos, establecida y reconocida como **indicador** puede ser consecuencia de una variación en el contexto objetivo y/o espacio subjetivo del individuo o puede presentarse sin una razón "aparente" o manifiesta que la explique. Por lo tanto, los problemas psicológicos en la niñez se caracterizan singularmente por consideraciones del desarrollo humano que son fundamentales para la identificación y valoración de muchos de los cuadros clínicos y no clínicos. Sin embargo, muchos problemas infantiles se manifiestan a través de diversos indicadores sin alcanzar la categoría de "trastorno", y también merecen la atención profesional del psicólogo.

Algunas reacciones o manifestaciones, tales como la labilidad emocional o el miedo, se consideran de manera diferente según la edad del niño (no es lo mismo si el niño tiene tres años que si tiene diez años) y en algunos casos no implican un signo o indicador clínico, sino son parte de algún periodo específico de desarrollo del niño.

Por otro lado, muchas manifestaciones emocionales y conductuales, como los miedos excesivos, la depresión, la

ansiedad, pueden variar marcadamente a través de diferentes edades en la infancia y deben ser considerados clínicamente o no, de acuerdo con el tipo de estresores psicosociales que los provocan y el grado de ajuste del comportamiento del niño al ambiente. Por lo tanto, la evaluación de los contextos de interacción del niño en relación con su grado de desarrollo y aprendizaje es un criterio fundamental a la hora de explicar la problemática que se presenta.

Finalmente, las experiencias del niño que se han interiorizado por medio del aprendizaje tienen un papel central respecto a cómo aprende a percibir e interpretar su realidad contextual y personal, y las formas o estrategias que desarrolla para afrontarla y responder adecuada y efectivamente, o en su caso, simplemente reaccionar a ésta.

De todos modos, la evaluación del psicólogo, especialmente en periodos de distrés o desajustes sociales, familiares, educacionales, económicos y/o culturales, debe ser cuidadosa respecto al posible "sesgo" en los reportes de los informantes, y también acerca de una disminución de los niveles de tolerancia tanto del niño con relación a los problemas contextuales como de la familia respecto a la sintomatología del niño. Lograr la comprensión de los cambios que pueden ser considerados parte del desarrollo "normal" permitirá la identificación precisa de las conductas, emociones y cogniciones apropiadas para una edad o periodo específico, pero que pueden ser considerados problemáticos en otra etapa.

Las diferencias en el desarrollo madurativo de los niños afectan la manera en que los problemas son "expresados", y esto se refiere no solamente a los cambios biofisiológicos, sino también cognitivos, emocionales y conductuales producto del aprendizaje. Igualmente, de acuerdo con el tipo de aprendizajes que el niño va logrando gracias a la relación con su contexto, las diferentes experiencias o interacciones con el entorno pueden influir en la aparición, el mantenimiento y gravedad de los problemas. Esto hace que la mayor parte de los problemas psicológicos en la niñez sean distintos de la psicopatología del adulto y requieran de diferente clasificación. Por tanto, aunque algunas alteraciones tengan criterios similares, los problemas psicológicos en el niño no deben verse como una extensión decreciente de la problemática en el adulto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHENBACH, T. (1990). "Developmental psychopathology as a conceptual framework for training in multiple settings". F. Magrab & P. Wohlford (1990), *Improving psychological*

services for children and adolescents with severe mental disorders: clinical training in psychology. Washington: APA.

- BECK, A. T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. y EMERY, G. (1981). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona: Desclee de Brouwer.
- BECK, A. (1991). "Cognitive therapy". A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- BURKE, K.C., BURKE, J.D., RAE, D. & REGIER, D.A. (1991): Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. *Archives of General Psychiatry*, 48, 789-795.
- CALDERÓN JEMIO, R. (1997). *Evaluación e intervención preventiva en la depresión con riesgo de suicidio en niños*. Taller presentado en el XXVI Congreso Interamericano de Psicología, Sao Paulo-Brasil.
- CAMPBELL, S.B. (1986). "Developmental issues in childhood anxiety". R. Gittelman (ed.), *Anxiety Disorders of Childhood* (pp. 24-57). Nueva York: Guilford Press.
- CANTWELL, D. y CARLSON, G. (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- CIE-10 (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Médica Panameric.
- COLE, D.A. & TURNER, J.E. (1993). "Models of cognitive mediation and moderation in child depression". *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 271-281.
- DAVISON, G. & NEALE, J. (1996). *Abnormal psychology*. New York: Wiley & Sons Inc.
- DELGADO, A.R. y PRIETO, G. (1997). *Introducción a los métodos de investigación de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- GARBER, J. (2000). "Development and depression". A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (2000), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- GARMEZY, N. & RUTTER, M. (1988). *Stress, coping and development in children*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- HAAGA, D.A., DYCK, M.J. & ERNST, D. (1991). "Empirical status of cognitive theory of depression". *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- HAMMEN, C., ADRIAN, C. & HIROTO, D. (1988). "A longitudinal test of the attributional vulnerability model in children at risk for depression". *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 37-46.
- HAMMEN, C. (1992). Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression". *Development and Psychopathology*, 4, 189-206.
- INGRAM, R. (1998). "Cognitive processes and vulnerability to affective problems". *Cognitive Therapy and Research*, 22, 301-303.
- Instituto Nacional de Estadística (1995). *Bolivia en cifras*. La Paz: INE.
- KASLOW, N.J., STARK, K.D., PRINTZ, B., LIVINGSTON, R. & TSAI, S.L. (1992): "Cognitive triad inventory for children. Development and relation to depression and anxiety". *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 339-347.
- KAZDIN, A. (1990). *Child psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- KENDALL, P. (1993). "Cognitive-behavioral therapies with youth: guiding theory, current status, and emerging developments". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- KENDALL, P. (2000). *Childhood disorders*. Cornwall: Psychology Press.
- KERLINGER, F. (1985). *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- KLERMAN, G.L. & WEISMANN, M.M. (1989). "Increasing rates of depression". *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- KORT, F. (1986). *Terapia del comportamiento en psicología infantil*. Caracas: Ediciencia.
- LAPOUSE, R. & MONK, M.A. (1958). "An epidemiologic study of behavior characteristics in children". *American Journal of Public Health*, 48, 1134-1140.
- LAURENT, J. & STARK, K.D. (1993). "Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters". *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 226-237.
- LAZARUS, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- LEWINSOHN, P.M., ROHDE, P., SEELEY, J.R. & FISCHER, S.A. (1993). "Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders". *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 110-120.
- MAGRAB, F. & WOHLFORD, P. (1990). *Improving psychological services for children and adolescents with severe mental disorders: clinical training in psychology*. Washington: American Psychological Assoc.
- MAHONEY, M. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas.
- MASH, E. & TERDAL, L. (eds.) (1997). *Assessment of childhood disorders*. New York: Guilford Publications.
- MAZUR, E., WOLCHIK, S.A., VIRDIN, L., SANDLER, I.N. & WEST, S.G. (1999). "Cognitive Moderators of Children's

-
- Adjustment to Stressful Divorce Events: The Role of Negative Cognitive Errors and Positive Illusions". *Child Development*, 70, 231-245.
- MÉNDEZ, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- METALSKY, G.I. & JOINER, T.E. (1992). "Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis-stress and casual mediation components of the hopelessness theory of depression". *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 667-675.
- MURIS, P., MERCKELBACH, H., MEESTERS, C. & VAN LIER, P. (1997). "What do children fear most often?". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 263-267.
- MURIS, P., MERCKELBACH, H., SCHMIDT, H. & TIERNEY, S. (1999). "Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children". *Behavior Research and Therapy*, 37, 953-961.
- OLLENDICK, T.H. (1983). "Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R)". *Behavior Research and Therapy*, 21, 685-692.
- OLLENDICK, T.H. (1986). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- RICE, P. (1997). *Desarrollo humano*. México: Prentice-Hall.
- RUSS, S. (1990). "The integration of a developmental perspective with training in clinical child". F. Magrab & P. Wohlford, *Improving psychological services for children and adolescents with severe mental disorders: clinical training in psychology*. Washibgton: American Psychological Association.
- SARASON, I. y SARASON, B. (1996). *Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- SCHROEDER, C. & GORDON, B. (1991). *Assesment and treatment of childhood problems. A clinician's guide*. New York: The Gilford Press.
- SPIELBERGER, Ch.D., EDWARDS, C., LUSHENE, R.E., MONTUORI, J. y PLATZEK, D. (1998). *STAIC. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Ansiedad Rasgo en Niños*. Madrid: TEA.
- VALDIVIA, Z. (2000). *Educación no sexista en niños y niñas*. La Paz: UMSA.
- VASEY, M. & OLLENDICK, T. (2000). "Anxiety". A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (2000), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.