



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD  
INFANTIL Y LENGUAJE EN UN  
GRUPO DE NIÑOS DE LIMA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
CON MENCIÓN EN TERAPIA INFANTIL  
Y DEL ADOLESCENTE**

**SILVIA JULISSA RONCAL BRICEÑO**

**LIMA - PERÚ**

**2019**



# **ASESOR**

**Doctora Estela Montenegro Serkovic**

Facultad de Psicología

## **DEDICATORIA**

A aquellos psicólogos de vocación, quienes buscan sinceramente construir un mundo mejor colaborando en la promoción y desarrollo de la salud mental de nuestro país. Especialmente a aquellos psicólogos que no cuentan con herramientas de trabajo accesibles: económicas, sencillas, rápidas, adaptadas a nuestra realidad y con una buena validez y confiabilidad.

Espero que este estudio inicial pueda promover la inversión económica para el desarrollo de herramientas psicológicas estandarizadas; iniciando por la etapa tan vulnerable, con mejor pronóstico, pero de difícil estudio, que es la edad menor de los 6 años.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, especialmente a mi madre.

A mi asesora, Estela Montenegro Serkovic.

## **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Autofinanciada.

# TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.1. Planteamiento del problema.....	10
Limitaciones de la investigación .....	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	18
2.1. Aspectos conceptuales pertinentes .....	18
2.1.1. Ansiedad como desadaptación funcional .....	18
2.1.2. Ansiedad como proceso cognitivo .....	22
2.1.3. Comprensión del lenguaje .....	24
2.1.4. Relación entre la ansiedad y la comprensión del lenguaje .....	26
2.1.5. Bases neurológicas .....	27
2.2. Investigaciones nacionales e internacionales .....	27
CAPITULO III: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	33
3.1 Justificación e importancia del problema .....	33
3.2 Objetivos de la investigación .....	35
3.2.1. Objetivo general .....	35
3.2.2. Objetivos específicos .....	35
3.3. Hipótesis .....	36
CAPITULO IV: METODOLOGÍA .....	37
4.1. Diseño del estudio.....	37
4.1.1. Nivel y tipo de investigación .....	37
4.1.2. Diseño de investigación .....	37
4.2. Población .....	37
4.2.1. Descripción de los participantes .....	38
4.3 Muestra .....	38
4.3.1. Método de muestreo .....	38
4.3.2. Criterios de selección .....	38
4.4 Operacionalización de variables .....	40

4.4.1. Definiciones conceptuales .....	40
4.4.2. Definiciones operacionales .....	41
4.4.3. Variables .....	41
4.4.4. Instrumentos de medición.....	41
4.4.4.1. Escala de Ansiedad para preescolares "Preschool Anxiety Scale-PAS": traducida y adaptada para la población o "Cuestionario sobre la conducta del niño" .....	41
4.4.4.2. Prueba de Comprensión del Lenguaje Oral – PCL .....	44
4.4.4.3. Ficha sociodemográfica .....	44
4.5 Procedimientos .....	45
4.6. Consideraciones éticas .....	49
4.7. Plan de análisis de datos.....	50
CAPITULO V: RESULTADOS .....	51
5.1. Características demográficas de los participantes .....	51
5.2. Niveles de ansiedad infantil .....	52
5.3. Niveles de comprensión del lenguaje .....	55
5.4. Relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje .....	57
CAPITULO VI: DISCUSIÓN .....	60
Limitaciones .....	69
CAPITULO VII: CONCLUSIONES .....	72
RECOMENDACIONES .....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75
ANEXOS .....	88
1. Cronograma	
2. Recursos	
3. Firma de directora de aceptación del proyecto de investigación en su centro educativo	
4. Consentimiento Informado del Padre, Madre o Apoderado para participar de una investigación	
5. Asentimiento del niño(a) que participará: Protocolo para leerle al niño y pedir su asentimiento de manera verbal	
6. Ficha sociodemográfica para padres o familiar	
7. Protocolo de la prueba Ansiedad en niños en edad preescolar- Preschool Anxiety Scale (Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001).	
8. Protocolo de la prueba Ansiedad en niños en edad preescolar – Adaptada o “Cuestionario para Padres”	

9. Comunicación con Susan Spence, autora de la prueba de Ansiedad en niños en edad preescolar, cuestionario para padres o "Preschool Anxiety Scale" (Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001).
10. Proceso de traducción y adaptación a la población de la Prueba *Preschool Anxiety Scale – PAS*
11. Baremos de la adaptación de la Prueba de Ansiedad para preescolares
12. Protocolo de la Prueba de Comprensión del Lenguaje oral – PCL (Roncal, 2010)
13. Evaluador independiente que ha utilizado el instrumento “Prueba de comprensión del lenguaje oral para niños de 4 a 5 años en Lima - PCL” (Roncal, 2010).
14. Evaluador independiente que ha utilizado el instrumento “Prueba de comprensión del lenguaje oral para niños de 4 a 5 años en Lima - PCL” (Roncal, 2010).
15. Distribución de los rangos percentiles, puntajes z estandarizados, estimación de las calificaciones Z de la prueba de comprensión del lenguaje – PCL
16. Normas interpretativas Z de la prueba de comprensión del lenguaje - PCL

## RESUMEN

Esta investigación busca determinar qué tipo de relación existe entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje en un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana. La unidad de análisis es el niño entre los 4 años 0 meses y 5 años 11 meses de un centro educativo inicial de un distrito urbano de Lima Metropolitana. Participaron 76 preescolares ( $N = 76$ ), 41% niñas ( $n=31$ ) y 59% niños ( $n=45$ ),  $\bar{X} = 60$  meses (5 años 0 mes); el 38.08% pertenecen al grado de 4 años ( $n=39$ ) y el 35.97% al grado de 5 años ( $n=37$ ). La investigación es de nivel básico; por medio de un censo. Instrumentos: 1) Escala de ansiedad para preescolares de Spence (2001), traducida y adaptada para esta población; 2) Prueba de Comprensión del Lenguaje Oral (Roncal, 2010). Se encontró que la correlación Pearson ( $r = -.295$ ) es negativa con un nivel de significación ( $p < .01$ ) entre ansiedad y comprensión del lenguaje, con una intensidad leve-mediana. La ansiedad infantil no se ve relacionada por edad o sexo; sin embargo, lenguaje sí está relacionado con la edad: mayor edad, mejor nivel de comprensión del lenguaje oral. Existe una relación negativa con una intensidad leve entre ansiedad y comprensión del lenguaje, para esta población.

*Palabras claves:* ansiedad, preescolar, salud mental, prevención, lenguaje oral, menor de cinco años, problemas psicológicos.

## ABSTRACT

The aim of this research is to evaluate the relationship between childhood anxiety and language comprehension in children under six years old from a kindergarden in an urban district of Lima city. Participant 76 preschoolers (N = 76), 41% girls (n = 31) and 59% boys (n = 45) participated, between the ages of 4 years 0 months and 5 years 11 months,  $\bar{X}$  = 60 months (5 years 0 month); 38.08% belong to the 4-year degree (n = 39) and 35.97% to the 5-year degree (n = 37). Basic research level; Census. Instruments are 1) Scale of anxiety for preschool children of Spence, translated and adapted for this population (Spence, 2001); 2) Oral Language Comprehension Test (Roncal, 2010). The Pearson correlation (r = -.295) between anxiety and language comprehension was mild-median and negative with a significant (p <.01). Infantile anxiety is not increased by age or sex; however, language is influenced by age: older age, better level of oral language comprehension. There is an inverse relationship light between anxiety and language comprehension, for this population.

*Keywords:* anxiety, preschool, mental health, prevention, oral language, less than five years, psychological problems.

## **INTRODUCCIÓN**

En Latinoamérica los trastornos de ansiedad son los segundos trastornos mentales más frecuentes (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016,2012). La ansiedad es uno de los trastornos con mayor incidencia y debilitantes que los niños experimentan durante la infancia (Bittner et al. 2007; Costello, Egger & Angold, 2005; Kashani & Orvaschel, 1990; Sandín, Valiente & Chorot, 2009).

En cuanto al inicio y duración, los problemas de ansiedad pueden durar décadas o incluso toda la vida si no se interviene con un tratamiento efectivo, siendo así uno de los desórdenes mentales más crónicos (Barlow, 2000, 2002, 2017; Carpenter, Pincus, Furr & Comer, 2018). A menudo la ansiedad crónica ha comenzado en la infancia, la adolescencia o la edad adulta joven, pero se mantiene en los últimos años de la vida (DeLuca et al., 2005; Schuurmans, Nijhof, Engels & Granic, 2018; Schuurmans & van Balkom, 2011).

La siguiente pregunta de investigación: ¿Qué tipo de relación existe entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje en un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana? Aún no ha sido tema específico de las investigaciones limeñas o peruanas en preescolares, porque en el Perú la mayoría de las investigaciones con preescolares suelen realizar evaluaciones de forma grupal a los niños, pero para evaluar ansiedad y comprensión del lenguaje se necesita realizar una evaluación individual: de una o dos sesiones por niño. En el Perú se suele evaluar al niño a partir de los 6 años, con pruebas estandarizadas que implican el

dominio de la lectoescritura. Además, la evaluación de la ansiedad infantil se evalúa como parte de un conjunto de conductas o trastornos, no de manera específica. Igualmente, al evaluar comprensión del lenguaje, la mayoría de las pruebas estandarizadas o no han sido adaptadas a la realidad peruana o limeña o evalúan comprensión del lenguaje como parte de un conjunto de habilidades, no se suele evaluar solo la comprensión del lenguaje oral por requerir una evaluación individual. Por otro lado, las pruebas que evalúan o implican lenguaje requieren siempre una adaptación sociocultural para que mantengan su validez y confiabilidad.

Esta hipótesis de trabajo se relaciona con las investigaciones que promocionan bienestar, que indican que los factores emocionales, como la ansiedad, se asocian directamente a la promoción del desarrollo de una personalidad infantil saludable. Además, en el desarrollo del niño una personalidad saludable se ve estrechamente relacionada con el rendimiento cognitivo, el cual determina la formación de sus autosistemas. Más aún, en algunos casos, se puede observar una relación negativa, cuando la ansiedad influye de manera estrecha en el desempeño cognitivo como en la comprensión u otras habilidades cognitivas importantes (Antón, 2014; Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010).

Respecto al objetivo de medir ansiedad por medio de una prueba que tenga alto nivel de validez y confiabilidad en niños menores de 6 años, el uso de la prueba de Spence (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010) da un nuevo camino para realizar investigaciones en preescolares, aunque sea minucioso, es posible. Con esto se responde a la necesidad intercultural de adaptación de la prueba de ansiedad. Ya lo señalaban Wang y Zhao (2015), quienes indican que es raro que los niños

pequeños con problemas de ansiedad reciban la atención y el tratamiento adecuados, por la escases de instrumentos confiables y válidos para evaluar la ansiedad preescolar de manera detallada y específica. Por lo tanto, la hipótesis de investigación responde a la necesidad de describir las características de la ansiedad en preescolares de 4 y 5 años de edad.

La principal implicancia práctica de esta investigación será que da a la práctica psicológica dos pruebas psicológicas hechas o adaptadas para nuestra realidad peruana, que posteriormente sólo tienen que aplicarse a una muestra estadística para estandarizarse a nivel Lima o provincias. Esto recortaría los tiempos de evaluación y ayudaría a que los psicólogos puedan realizar intervenciones certeras, ya que estarían basadas en una investigación.

La repercusión práctica en la intervención considera que para manejar la ansiedad infantil se ha encontrado éxito en los tratamientos cognitivo-conductuales que, por su sentido lógico y uso de los significados de palabras, requieren una adecuada comprensión del lenguaje oral de los niños (Antón, 2014).

Otra consecuencia práctica de esta investigación es que, al encontrar una diferencia significativa y negativa entre ansiedad y comprensión del lenguaje, pero sobre todo cuando el rendimiento en comprensión es muy bajo, la prueba nos puede servir como una evaluación Screening, porque nos da indicadores para descartar retraso en inteligencia con una batería de pruebas más compleja y larga como la escala Weschler. A nivel grupal, permite realizar evaluaciones a bajo costo económico y posible de realizarse en poco tiempo, es un apoyo ya que la cantidad de psicólogos existentes en los centros de educación es mínima para la cantidad de niños.

De esa forma, en un primer momento se explicará el planteamiento del problema con la identificación de este en la realidad limeña, peruana, latinoamericana y mundial, junto con los objetivos y justificación de la investigación. En la segunda parte se desarrollará la teoría de la ansiedad y comprensión del lenguaje en niños menores de 6 años. En la tercera parte se explicará la metodología de la investigación, describiendo el diseño de la investigación, la muestra y descripción de los instrumentos a utilizados, así como los procesos y aspectos éticos. En la cuarta parte se describirán los resultados de la investigación. En la quinta parte se discutirán los resultados con investigaciones similares, planteando las limitaciones. En la última parte, se describirán las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En el Perú se ha encontrado que la ansiedad tiene una incidencia de 25% en Lima mayor que la depresión que se presenta en un 19% (OPS-OMS, 2013). El inicio temprano de problemas emocionales constituye un factor de riesgo de trastorno psicopatológico, lo cual es relevante desde la perspectiva clínica (Beitchman, 1996; Greenspan & Wieder, 2008; OPS-OMS, 2013; Sineiro, Juanatey, Iglesias & Lodeiro, 2000).

Con este estudio se está respondiendo al pedido de promoción de la salud por medio de las prioridades nacionales, siguiendo la línea del Instituto Nacional de Salud (2016) en su documento de Aprobación y publicación de Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2016 -2021, el cual incluye la promoción de las investigaciones de la ansiedad como: Factores de riesgo y protectores para ansiedad y depresión en las diferentes etapas de vida.

### *Ansiedad se inicia en la edad preescolar*

Los trastornos mentales en los adultos normalmente empiezan en la niñez alrededor de los 5 años, edad preescolar. Se conoce que cerca del 50% de los trastornos mentales en los adultos comienzan en la infancia y antes de los 14 años. En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) señala que los trastornos mentales infantiles suponen una carga para los servicios de salud mental, sociales y para el sistema de justicia penal.

Respecto a la importancia y beneficio de la intervención temprana en ansiedad con los niños menores de 6 años, las investigaciones de Wang y Zhao

(2015) en sus investigaciones indican que los trastornos de ansiedad se inician en edad temprana con una prevalencia de 9% en la población preescolar, prevalencia comparable a la reportada para niños mayores en China. Además, ellos señalan que la ansiedad preescolar ha demostrado mantenerse estable y presente durante la infancia media y la adolescencia, y se asocia con la aparición futura de otros trastornos como la depresión y los trastornos de conducta.

#### *Ansiedad inicial se proyecta en adultez*

La Organización Panamericana de la Salud (2013) incluye la ansiedad infantil como tema de investigación entre los trastornos mentales, por su proyección en los años venideros, y que con frecuencia persisten hasta alcanzar la adolescencia, afectando hasta el 32% (Costello, Egger & Angold, 2005; Merikangas et al., 2010; Merikangas & Swanson, 2010; OMS, 2012). Los síntomas elevados de ansiedad infantil se asocian con un mayor riesgo de ansiedad posterior y trastornos depresivos (Keenan, Feng, Hipwell & Klostermann, 2009). Siguiendo esta línea es que el Instituto Nacional de Salud (2016) en su documento de Aprobación y publicación de Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2016 - 2021, incluye la promoción de las investigaciones de la ansiedad como: Factores de riesgo y protectores para ansiedad y depresión en las diferentes etapas de vida.

#### *Gran comorbilidad*

La gran comorbilidad de la ansiedad es otro factor que refuerza la importancia de los estudios de la ansiedad en preescolares, ya que la ansiedad es una de las patologías más amplias y presentes en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos. La mayor parte de los estudios epidemiológicos en

población hispana señalan que tanto los miedos, las fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada son fenómenos muy comunes en los niños y adolescentes, con tasas de prevalencia que superan cada uno el 5% de la población infantojuvenil (Sandín, Valiente & Chorot, 2009). La ansiedad infantil se asocia con un mayor riesgo de depresión comórbida (Ramsawh, Bomyea, Stein, Cissell & Lang, 2016; Ramsawh, Chavira & Stein, 2010; Vallance y Garralda como se cita en Sandín, Valiente & Chorot, 2009; Wang & Zhao, 2015), funcionamiento académico deficiente (Green et al., 2017; Hughes, Lourea-Waddell & Kendall, 2008), problemas relacionados con el sueño (Caporino et al., 2017; Weiner & Dang-Vu, 2016) y suicidio (McMahon, et al., 2017); también suelen asociarse con trastornos del comportamiento en la infancia (Turgeon & Brousseau, 2000; Wang & Zhao, 2015); a los 5 años asociación entre ansiedad de separación y el trastorno negativista desafiante (Martín, Granero & Ezpeleta, 2014); en el mismo sentido, se ha encontrado que la ansiedad en preescolares está asociada al control de esfuerzo que es un regulador del temperamento que incluye la regulación de la atención, el comportamiento y la emoción, con posibles influencias psicoterapéuticas (Hopkins, Lavigne, Gouze, LeBailly & Bryant, 2013). Finalmente, los trastornos de ansiedad a menudo son comórbidos entre sí (Barrett, 2000; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996) y pueden ser barrera para los trastornos del estado de ánimo (Bergeron, Valla & Gauthier, 2007; Costello, Egger & Angold, 2005). La ansiedad temprana está ligada a los suicidios que registran un incremento en todas las edades (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2002; Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS, 2009).

Dougherty et al (2013) sugieren que los trastornos de ansiedad son una de las formas más comunes de psicopatología en los niños en edad preescolar, considerando que los síntomas de ansiedad durante la primera infancia logran predecir síntomas de ansiedad posteriores en el jardín de infancia y segundo grado, considerando la permanencia y la importancia clínica de la ansiedad temprana (Mian, Carter, Pine, Wakschla & Briggs, 2015; Mian, Wainright, Briggs-Gowan & Carter, 2011). Por múltiples métodos, encontraron que, en comparación con los niños en edad preescolar sin trastorno de ansiedad, los niños en edad preescolar con un trastorno de ansiedad tenían más probabilidades de cumplir los criterios para los trastornos relacionados depresivos y oposicionista desafiante, exhibir una mayor inhibición del comportamiento temperamental, una menor afectividad positiva, y presentar más problemas para dormir. Finalmente, estos hallazgos sugieren que muchos de los correlatos observados en jóvenes mayores con trastornos de ansiedad también se observan en niños en edad preescolar (Dougherty et al., 2013).

#### *Incremento de población infantil en aula*

En nuestro país la población de niños entre los 3 a 5 años continúa incrementado su asistencia a la educación inicial en Lima, de 65,8% en el 2008 alcanzando un 81,5% de asistencia para el año 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI; 2018). Por lo tanto, el centro de educación inicial se convierte en un espacio que congrega a la mayoría de los niños menores de 6 años, haciendo accesible esta población para la investigación científica, y posibilitando el acceso a los padres para intervenir en la detección temprana en salud mental y prevención de patologías.

### *Importancia de la detección para la intervención temprana*

En cuanto al inicio y duración, los problemas de ansiedad pueden durar décadas o incluso toda la vida si no se interviene con un tratamiento efectivo, siendo así uno de los desórdenes mentales más crónicos (Barlow, 2000, 2002, 2017; Carpenter, Pincus, Furr & Comer, 2018). A menudo la ansiedad crónica ha comenzado en la infancia, la adolescencia o la edad adulta joven, pero se mantiene en los últimos años de la vida (DeLuca et al., 2005; Schuurmans, Nijhof, Engels & Granic, 2018; Schuurmans & van Balkom, 2011).

En nuestro país el problema de la ansiedad es altamente significativo porque en la medida que se identifique y trabaje la ansiedad en esta edad temprana, podremos tener menores incidencias de problemas mentales comórbidos antes mencionados en las subsiguientes etapas de vida. La evaluación psicológica es el primer paso para realizar una adecuada intervención o prevención psicoterapéutica o psiquiátrica. Las investigaciones longitudinales de la Organización Mundial de la Salud (2013), señalan que en las intervenciones en prevención de trastornos mentales perinatales tan frecuentes como la ansiedad infantil, con madres de países de ingresos bajos o medios, después de 3 años de intervención sistemática se obtienen los siguientes beneficios directos en salud mental del niño: 1) mejora en la interacción madre-hijo, 2) mejora en el desarrollo cognitivo y el crecimiento, 3) reducción en los episodios de diarrea, 4) aumento en las tasas de inmunización.

A modo de prevención e intervención temprana, los centros de educación inicial se convierten en un espacio y agente de promoción de la salud mental, porque los niños ya están dentro de una estructura fija para realizar cualquier intervención favorable; así los niños se pueden beneficiar de programas de intervención en salud

mental desde los 3 años hasta los 5 años, supliendo cualquier carencia de estimulación que se da en muchos hogares, sea por pobreza o simplemente por falta de atención adecuada de los padres o cuidadores (Thorne, 2005; Villalón, 2008).

### **1.1 Planteamiento del problema**

En el Perú, Piazza y Fiestas (2014) señalan que el Estudio Mundial de Salud Mental (EMSM) encontró dentro de la prevalencia de trastornos mentales más frecuentes a la ansiedad (7,9%), dentro del grupo de trastornos de ansiedad, la fobia específica es la más prevalente (4,6%), seguida de la fobia social (1,4%) y por el trastorno de ansiedad de separación (1,2%); luego vienen los trastornos del estado de ánimo (3,5%), los trastornos en el control de impulsos (3,5%) y los trastornos de uso de sustancias (1,7%). Cabe resaltar que, según este estudio, el 90% de las personas no llegan a acceder a tratamiento por un profesional de salud. Según el Ministerio de Salud (2001) los trastornos de ansiedad en el Perú estarían en ascenso. Incluso el porcentaje sería aún mayor pues el Ministerio de Salud señala que muchas personas afectadas no recurren a los servicios de salud (Ministerio de Salud Perú - MINSA, 2004). Del mismo modo, existen síntomas subclínicos del trastorno de ansiedad infantil, que nunca han sido clínicamente diagnosticados a tiempo, sino que fueron diagnosticados cuando la ansiedad se volvió patológica y afecta la vida del sujeto o familia, en su adolescencia o juventud.

En Lima, Las investigaciones focalizadas en Lima y provincias confirman que se debe dar mayor importancia al problema de ansiedad infantil respecto al de depresión, porque los indicadores de ansiedad (25%) son mayores a los de depresión (19%) (Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS, 2013). De esta manera, en Lima Metropolitana y el Callao, la prevalencia de los trastornos de

ansiedad en general en adultos es de 25.3% (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2012). Estas investigaciones muestran que el 21,1% de la población limeña tuvo en algún momento de su vida trastornos de ansiedad.

*Escases teórica de la ansiedad en la edad preescolar a nivel mundial*

Siendo la ansiedad un problema mayor en el Perú y en el mundo, considerando que sus inicios se dan en la edad preescolar, se podría decir que existe un vacío teórico acerca de cómo esta afecta al desarrollo normal del niño; son pocos los estudios que han investigado la etiología, epidemiología y características de la ansiedad de manera específica en la población preescolar: sin ser parte de un conjunto de trastornos, pero no en realidad latinoamericana y falta en la realidad peruana (Egger & Angold, 2006; Gaumon et al., 2016).

*Necesidad de pruebas de ansiedad específicas*

Wang y Zhao (2015) señalan que actualmente existen varios cuestionarios válidos que poseen propiedades psicométricas adecuadas y proporcionan información valiosa sobre los síntomas psicopatológicos de los niños en edad preescolar, pero recalca que estos no identifican los síntomas específicos de ansiedad. Resaltando la necesidad de construir instrumentos específicos para cada síntoma y para determinar los problemas de ansiedad en niños preescolares.

En cuanto a las herramientas, como las pruebas psicológicas, existen algunas validaciones relacionados a la ansiedad en otros países. Las investigaciones multiculturales en el ámbito clínico, frecuentemente adaptan o validan las siguientes pruebas con alta validez y confiabilidad: 1) "*The Positive and*

*Negative Affect Schedule for Children, child (PANAS-C)*" (Laurent, 1999) con su versión para padres "PANAS-C-P"; 2) la prueba "*Anxiety Control Questionnaire for Children (ACQC)*"; 3) la prueba "*Anxiety-related negative automatic thoughts were assessed with the Children's Automatic Thoughts Scale (CATS)*"; y 4) la prueba "*Anxiety Control Questionnaire for Children (ACQC)*", lamentablemente todas estas pruebas son usadas con población mayor a los 6 años; en hospitales, clínicas, centros de atención a niños, etc.

Específicamente sobre evaluación de ansiedad para niños de 4 y 5 años existe la prueba "Escala de sintomatología ansiosa en edad preescolar" ESAP para preescolares de 3 a 6 años (Domènech-Llaberia, 1996; Infante & Domènech-Llaberia, 1999), pero esta investigadora sólo ha tenido estas publicaciones respecto a la ansiedad infantil, no continúa sus investigaciones en ansiedad, y no se pudo establecer comunicación directa con alguna de las investigadoras para tener acceso a la prueba y permiso de utilizar su prueba para esta investigación.

Por otro lado, tenemos la prueba de Spence para niños en edad Preescolar, de 2 años 5 meses a 6 años 5 meses (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010); esta prueba además de poseer el beneficio de evaluar específicamente ansiedad determina los niveles de ansiedad infantil por edad, e indica los siguientes factores: 1) ansiedad generalizada, 2) ansiedad social, 3) obsesiones y compulsiones, 4) temor a lesiones físicas, 5) y ansiedad de separación. Sin embargo, estas investigaciones para la población de 8 a 19 años "*Spence Children's Anxiety - SCAS*" (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010; Spence, Barrett & Turner, 2003; Spence, 1998; Spence, 1997) sólo tienen traducción y adaptación para población española para población mayor a los 8 años (Godoy, Gavino, Carrillo,

Cobos & Quintero, 2011); pero para niños de 4 a 5 años aún no está validada en español, como se confirma en la comunicación con la misma autora (Ver Anexo).

Por lo tanto, en esta investigación se opta por realizar una traducción-adaptación de la prueba "*The Preschool Anxiety Scale*" (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010) para niños menores de 6 años; con previo permiso de la coordinadora de la investigación en Australia (Ver anexo). Se opta por esta prueba porque ha tenido exitosas adaptaciones e investigaciones multiculturales en diferentes lenguas, y la misma autora actualmente continúa la jefatura de las investigaciones, con lo cual se podrá proyectar un futuro trabajo en conjunto con la Universidad Griffith de Australia.

Con esta traducción-adaptación, también se estaría dando un aporte al primer paso de una adaptación y validación de herramientas de evaluación de ansiedad infantil para nuestra realidad sociocultural, económica y de fácil diagnóstico; ya que con la traducción con validez y confiabilidad, y con indicadores estadísticos, se facilitará el paso a una adaptación probabilística a nivel Lima Metropolitano, que podrá ser usada en centros de salud, hospitales, centros educativos, centros de estimulación, centros de atención al niño menor de 5 años.

*No existen estudios para nuestra realidad nacional*

Respecto a la realidad preescolar, el informe de la OPS y OMS (2013) señalan que en el Perú respecto a los problemas de trastornos mentales, no existen estudios de alcance nacional sobre el estado de la salud mental de la población infantil.

*Relación entre ansiedad y discapacidades mentales como comprensión*

Las investigaciones de la OMS (2008) señalan que existe una clara relación entre problemas mentales como la ansiedad infantil con la prevalencia de discapacidades intelectuales como la comprensión del lenguaje o retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas en los países en desarrollo como el Perú, con una incidencia entre el 0,09% a 18,3% (OMS, 2008). Sin embargo, no se han estudiado estas variables de manera independiente en población preescolar o menor de los 6 años.

*Escases de investigaciones específicas sobre específicamente ansiedad infantil*

Además, actualmente existe una escasez de investigaciones específicas sobre la ansiedad en niños menores de 6 años en sus espacios cotidianos: antes de que sean derivados a un hospital o centro de salud; esto puede deberse a algunas dificultades y carencias: 1) A nivel nacional, menos del 20% de los Centros de Atención Primaria de Salud cuentan con un médico y tienen por lo menos un medicamento psicotrópico: antipsicótico, antidepresivo, estabilizador del estado de ánimo, ansiolítico y antiepiléptico (Ministerio de Salud Perú - MINSA & Organización Mundial de la Salud-OMS, 2008); 2) La evaluación clínica con niños de 4 años y de 5 años es necesariamente individual: alto costo en tiempo; 3) En el año 2006 se creó la Dirección de Educación Inicial en el Ministerio de Educación, instaurado la educación preescolar como obligatoria en el Perú y otros países latinoamericanos, esto facilita el acceso de los psicólogos clínicos a la población más saludable, la cual no va a los centros de salud, y por lo tanto ahora sí se puede evaluar su salud psicológica; 4) No existen instrumentos validados en castellano

que nos permitan evaluar específicamente los diferentes síntomas de los trastornos de ansiedad infantil de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM o el CIE en niños menores de 6 años.

*Para una psicoterapia cognitiva conductual en la ansiedad es necesario desarrollar la comprensión del lenguaje*

La relación entre ansiedad y comprensión del lenguaje ha sido estudiada previamente pero sólo en algunos aspectos. La estimulación de las habilidades verbales constituye la base del desarrollo del pensamiento del niño, y los aprendizajes para el manejo de su ansiedad (Best, 2002; Marchant, 1997). Por lo tanto, a mayor comprensión del lenguaje oral, mayor capacidad del niño para aprender en una terapia cognitiva conductual para disminuir o manejar su ansiedad y/o realizar una reestructuración cognitiva (Antón, 2014; Mashburn, Justice, Downer & Pianta, 2009; Robles, 2005).

Por lo tanto, esta investigación pretende dar un primer paso al aporte exploración de las características de la ansiedad infantil en un grupo de niños de 4 y 5 años, usando como herramienta la traducción y validación de una prueba específica para ansiedad infantil en preescolares de uso multicultural, por su alta validez y confiabilidad en sus diferentes traducciones y adaptaciones de Spence (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010), la cual podrá facilitar la detección de problemas de ansiedad en los niños de 4 y 5 años. Los resultados pueden servir como base para una investigación de mayor envergadura a nivel regional o nacional, con colaboración económica de organismos estatales y/o particulares.

En suma, el propósito de este estudio es entender de una forma más clara cómo se relacionan la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje en niños de

4 y 5 años de edad. Se espera encontrar relaciones negativas entre la ansiedad con la comprensión del lenguaje.

La pregunta de investigación es: ¿Qué tipo de relación existe entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje en un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana?

### **1.2 Limitaciones de la Investigación.**

La principal limitación es que los resultados de esta investigación tienen validez y confiabilidad solo para la población del centro educativo participante. Sin embargo, la metodología podrá servir como referencia para una futura investigación con selección de muestreo tipo probabilístico: lo cual implica contar con un amplio equipo de psicólogos capacitados para las evaluaciones individuales, acceso a los patrones actualizados del Ministerio de Educación de los centros de educación inicial en Lima Metropolitana, acceso a los diferentes centros de educación inicial, y presupuesto para los materiales y recursos humanos.

En comparación con las investigaciones con niños mayores de 6 años, los estudios con niños de 4 y 5 años requieren una evaluación individual lo cual implica evaluar dos o tres niños por hora, en lugar de evaluar veinticinco niños por hora como se puede hacer a partir de primer grado. Es decir, requiere mayor inversión de tiempo y dinero por evaluación de niño: mayor inversión económica en la contratación de psicólogos especializados con experiencia en evaluación psicológica de niños y mayor tiempo por cada niño.

Otra limitación es que los estudios con niños éticamente requieren la autorización por medio de la firma del Consentimiento Informado de los padres o apoderados; además, requiere el Asentimiento del mismo niño antes de la

evaluación. Inclusive, depende del tiempo de devolución de los formatos de consentimiento del padre o apoderado. También existen mayores posibilidades de “muerte experimental” en los casos de que un padre o apoderado no entregue los protocolos, porque no se tiene otra forma de acceso a los padres que trabajan hasta altas horas de la noche.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1.Aspectos Conceptuales pertinentes**

La presencia y uso cotidiano de la palabra ansiedad en distintos ámbitos se ha vuelto muy común, al punto de que la mayoría de las personas podrían tener una idea propia sobre el significado de ansiedad y sus manifestaciones, o bien, podrían referir, según su propio criterio, qué personas de su entorno son o no son “ansiosas”, sin comprender que muchas veces está persona ya está presentando indicadores de un problema clínico prevenible. Aún más en la etapa infantil los padres etiquetan a muchos niños como ansiosos sin serlo; en otros casos de mal diagnóstico clínico se confunde un problema de ansiedad infantil con problemas de déficit de atención, o problemas conductuales (Antón, 2014; Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010; Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001).

#### **2.1.1 Ansiedad como desadaptación funcional.**

La ansiedad normal o adaptativa se convierte en patológica si se presenta como una respuesta incoherente en intensidad, duración y frecuencia de aparición, respecto al estímulo o la situación que le dio origen o incluso en ausencia de éste (estímulo real y no amenazantes), esto provoca manifestaciones patológicas a nivel emocional y funcional. La ansiedad comprendida así, afecta muchos aspectos de la vida cotidiana de una persona: como son su eficacia para resolver problemas, las relaciones interpersonales, su autopercepción o manera cómo se describen a sí mismos, calidad de vida y en consecuencia su salud (Caballo & Simón, 2007; González Barrón, 2005; Gutiérrez, 2010; Hernández-Pozo, Ramírez-Guerrero, López-Cárdenas & Macías-Martínez, 2015; Solloa, 2006; Valiente, Sandín &

Chorot, 2012; Yagüe, Sánchez-Rodríguez, Mañas, Gómez-Becerra & Franco, 2016).

La utilidad de supervivencia de la ansiedad se convierte en desadaptativa cuando de manera constante se anticipa un peligro irreal; por lo tanto, se da una respuesta desadaptativa a la realidad. Considérese que la activación o *arousal* no implica tal interpretación (Molina, Sandín & Chorot, 2014).

#### *2.1.1.1. Clasificación de Ansiedad.*

El sistema de clasificación y diagnóstico DSM-IV señala siete tipos de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: a) trastorno de pánico con y sin agorafobia, b) agorafobia sin historia de trastorno de pánico, c) fobia específica, d) fobia social, e) trastorno obsesivo-compulsivo, f) trastorno de estrés postraumático, g) trastorno de estrés agudo, y h) trastorno de ansiedad generalizada. Estos trastornos de ansiedad se encuentran agrupados en una sola categoría "trastornos de ansiedad", y otra categoría es la "ansiedad por separación" (Morrison, 2008). Se menciona esta clasificación porque la prueba utilizada *Preschool Anxiety Scale* (año) usa esta clasificación.

La última edición del DSM, el DSM-V (American Psychiatric Association - APA, 2013) señala los siguientes cambios respecto al concepto de ansiedad: 1) Los trastornos de ansiedad, los trastornos disociativos, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, ahora son descritos por el DSM-V en apartados independientes, para legitimar su carácter independiente; 2) En agorafobia, fobia específica y fobia social o trastorno social de ansiedad, el individuo ya no tiene que reconocer que su ansiedad es excesiva o irracional para que sea diagnosticado, ni tiene que ser mayor de 18 años; 3) La ansiedad deberá

ahora estar fuera de proporción en cuanto al peligro o amenaza; 4) Los síntomas ansiosos deberán estar presentes al menos seis meses para evitar un sobre diagnóstico con respecto a los síntomas ocasionales (ya no sólo se aplica a niños); 5) Se deja de unir al trastorno de pánico y a la agorafobia y ahora pueden ser dos entidades diagnósticas independientes; 6) El trastorno de ansiedad de separación y el mutismo selectivo que antes se incluía en trastornos de aparición temprana durante la infancia o adolescencia ahora se incluye junto con la ansiedad, porque se ha demostrado que la mayor parte de los niños que lo manifiestan tienen un significativo nivel de ansiedad.

El CIE-10 de la OMS categoriza tres trastornos de ansiedad en la infancia: a) trastorno de ansiedad por separación, b) trastorno de ansiedad fóbica, c) trastorno de hipersensibilidad social, el cual incluye el trastorno por evitación (Solloa, 2006).

Los trastornos de ansiedad también son clasificados como trastornos de conducta internalizantes (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Gaumon et al., 2016; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2007).

#### *2.1.1.2. Ansiedad y su multifactoriedad.*

Diversos modelos teóricos han intentado explicar el origen y el desarrollo de la ansiedad (Ballesteros, 2015; Catalán, 2013). Es así como se considera la aproximación a la ansiedad como multidimensional, debido a que ha sido conceptualizada de diferentes maneras: como un estímulo, una respuesta, un impulso, un motivador y un rasgo (Bergeron, 2007; Endler, 1997; Gaumon et al., 2016; Kocovski & Endler, 2000; Turgeon & Brousseau, 2000). La aproximación más integral a la ansiedad incluye los componentes neurobiológicos y de vulnerabilidad genética, cognitivos, de aprendizaje, de apego temprano, y en la relación con el

ambiente externo, correlacionados y/o asociados con las ansiedades infantiles (Antony & Stein, 2009).

La ansiedad implica un estado psicológico y fisiológico conformado por componentes: 1) cognitivos, 2) psicosomáticos, 3) emocionales y 4) conductuales; que crean una emoción negativa asociada a inquietud, escrúpulo, miedo o preocupación (Gao et al., 2012).

Según el enfoque del modelo transaccional multifactorial de la ansiedad, los trastornos de ansiedad se determinarían por una múltiple gama de factores etiológicos individuales y de nivel contextual, por la complejidad del fenómeno (Bergeron, 2007; Dougherty et al., 2013; Gaumon et al., 2016; Turgeon & Brousseau, 2000). Entre los factores se han encontrado vínculos entre la ansiedad y factores neurobiológicos como el eje hipotalámico - hipofisario – suprarrenal, y factores epigenéticos como el estrés prenatal (Glover, 2014), factores como el temperamento (Lonigan & Phillips, 2001; Lonigan, Phillips & Hooe, 2003; Lonigan, Vasey, Phillips & Hazen, 2004; Phillips, Lonigan, Driscoll & Hooe, 2002). La mayoría de los modelos teóricos del desarrollo de ansiedad proponen múltiples influencias bidireccionales en la ansiedad infantil, incluidos los factores de riesgo internos (biológicos, genéticos, cognitivos, afectivos) y externos (familiares, socioambientales), y las interacciones internas y cruzadas de estos factores en diferentes contextos (Creswell, Murray & Cooper, 2014; Murray, Creswell & Cooper, 2009; Southam-Gerow, Chorpita, Miller & Gleacher, 2008; Weems & Stickle, 2005; Weisz et al., 2012).

### *2.1.1.3. Ansiedad Estado y Rasgo.*

Spielberger (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007) propone la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo, entendiendo a la ansiedad como una reacción emocional desagradable frente a un daño anticipado. La ansiedad como rasgo sería una tendencia individual a responder con un comportamiento ansioso similar a lo largo del tiempo y en diversas situaciones; porque se tiende a hacer una interpretación de la situación caracterizada por la anticipación de peligro o de amenaza, lo cual genera las reacciones con ansiedad. Por otro lado, la ansiedad como estado implica la percepción de temor y tensión ante una determinada situación, es una condición emocional transitoria y fluctuante en el tiempo, que se caracteriza por una activación autonómica del sistema nervioso y somática; todo esto con la combinación de sentimientos (tensión, aprensión y nerviosismo), pensamientos molestos y preocupaciones, y cambios fisiológicos (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007; Guillamón, 2004; Hanton, Wadey & Mellalieu, 2008; Mellalieu & Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton & Fletcher, 2009; Ries, Castañeda, Campos & Del Castillo, 2012; Sierra et al., 2003).

### **2.1.2. Ansiedad como proceso cognitivo.**

Según el modelo de Barlow (2000, 2002, 2017) la ansiedad implica la capacidad intelectual automática de adaptación y planificación del futuro; parte de una estructura cognitiva-afectiva coherente dentro de nuestro sistema de defensa y motivacional; la adaptación o escape. La ansiedad sería el resultado de una deficiencia al predecir, controlar y obtener los objetivos deseados; se asocia con una cognición y comportamiento disfuncionales e hiperactividad fisiológica. El proceso de la ansiedad se inicia con una atención hacia lo interno: paso de un

contexto potencialmente amenazante a un contenido de autoevaluación como inadecuada capacidad de lidiar con la amenaza; es esta autoevaluación la que genera el aumento de la emoción negativa y el incremento de la activación fisiológica. A nivel cognitivo se caracterizaba por una visión del futuro anticipando de peligro o catástrofe, algo indefinibles e imprevisibles (Barlow, 2000, 2002, 2017; Yagüe et al., 2016).

Del mismo modo, Mascioli (2014), señala que los componentes de la respuesta de ansiedad pueden ser: 1) Proceso de atención centrado en el peligro, 2) Pensamiento repetitivo y negativo, 3) Atención centrada en uno mismo, 4) Tensión corporal, 5) Hiper-activación, 6) Evitación, y 7) Deficiencia en la regulación de la emoción. Igualmente, existe una experiencia de falta de control: un estado de indefensión por la autopercepción de falta de capacidad para predecir, controlar, u obtener un resultado deseado frente a una determinada situación (Barlow, 2000, 2002, 2017).

Britton, Neale y Davey (2019) utilizan en sus investigaciones el enfoque que considera la ansiedad como parte de un sistema de gestión de amenazas integrado y evolucionado que alerta al individuo sobre amenazas a objetivos o desafíos. Precisando que este sistema de respuesta coordina las reacciones cognitivas, conductuales y afectivas para permitir una respuesta efectiva a estas amenazas y desafíos.

Beck (Wenzel, 2007) señala la presencia de los sesgos cognitivos: sesgos atencionales y sesgos de memoria en pacientes con ansiedad; como un esquema o conjunto cognitivo que predispone a los individuos a procesar información de forma sesgada, sesgos de atención hacia la amenaza y malas interpretaciones catastróficas

de estímulos ambiguos (Wenzel, 2007). Otros autores recalcan la presencia del sesgo de atención, señalando que el sujeto está centrado en las fuentes de amenaza, lo cual va incrementando otros sesgos cognitivos: atencionales como interpretativos; todo esto lleva a aumentar la atención hacia amenazas y a realizar más interpretaciones erradas o amenazantes de estímulos ambiguos, incrementando la interpretación de peligro inminente (Affrunti & Woodruff-Borden, 2017; Mascioli, 2014). En cuanto a intervención, Van Bockstaele et al. (2018) encontraron que las rutinas de modificación del sesgo de atención logran influir en la regulación de la emoción.

### **2.1.3. Comprensión del lenguaje.**

La comprensión del lenguaje puede entenderse como el conocimiento de las estructuras básicas semánticas o sintácticas profundas, que están en la base de cada componente de la oración y que expresan determinados sistemas emocionales del niño o aproximaciones lógicas en sus relaciones interpersonales (Crocker, 1996; Hopkins, 2002; Luria, 2000). Asimismo, es importante considerar que existen otras habilidades de las que depende el desarrollo de la comprensión del lenguaje: la comprensión de palabras e ideas; atribuyendo sinónimos, significados de refranes, y uso de analogías; elementos contenidos en la Prueba de Comprensión del Lenguaje oral (Roncal, 2010) con la cual se evaluará a la población.

Comprensión del lenguaje oral entre los 4 y 5 años hace referencia a la captación del contenido o sentido (Alliende, 1990). El dominio de esta habilidad en esta etapa de vida es básico para desarrollar gradualmente habilidades de comunicación y de aprendizaje. Según Alliende (1990), esta habilidad está relacionada con la psicología clínica, porque el lenguaje oral es el fundamento de

muchas otras destrezas, como las habilidades emocionales, de comunicación y sociales: las cuales fundamentan a su vez el mundo emocional del niño de 4 y 5 años. Es decir, existe una interdependencia entre el lenguaje y otros procesos cognitivos y emocionales.

Las investigaciones consideran la evaluación del desarrollo verbal y la comprensión del lenguaje oral como el mejor indicador de inteligencia cristalizada (Alloway, Rajendran & Archibald, 2009; Beitchman, 1996; Kline, 1993; *Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders*, 2005). Rivière (2003) indica que existe una relación alta y significativa relación entre el desarrollo del lenguaje oral y el desarrollo cognitivo en niños de 4 y 5 años; estas investigaciones muestran una estrecha relación entre el desarrollo de las funciones cognitivas y el desarrollo de la comprensión verbal (Villalón, 2008). Esta capacidad de comprensión del lenguaje está estrechamente relacionada con las habilidades sociales y de adaptación.

El estudio exploratorio de Cacciari, Corradini y Ferlazzo (2018), investigaron la asociación de variables cognitivas y de personalidad (estado de ansiedad y apertura a la experiencia) con la comprensión del lenguaje; evaluándose: velocidad general, el control inhibitorio, la memoria de corto plazo y de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la inteligencia cristalizada y fluida, y la personalidad. Se encontró que la comprensión del lenguaje está asociada con la memoria de trabajo, el control inhibitorio y la inteligencia verbal cristalizada.

#### *2.1.3.1. Comprensión del lenguaje como factor de protección emocional*

A nivel socioemocional, la comprensión del lenguaje cumple un papel fundamental como facilitador de las interacciones sociales, que a la vez son

esenciales para el desarrollo socio-cognitivo. Best (2002) añade que la comprensión del lenguaje nos permite establecer estructuras sociales complejas y establecer lazos afectivos íntimos y saludables con las personas; por lo tanto, la comprensión del lenguaje es un factor de protección en el niño menor de 6 años. Siguiendo esta afirmación, encontramos las investigaciones de Cohen en 1996 y las de Juanatey en 1997 (como se cita en Sineiro, Juanatey, Iglesias & Lodeiro, 2000) las cuales especifican que existe una alta correlación entre niños con déficit de comunicación y niños con problemas de comprensión del lenguaje, donde los niños con problemas de comprensión del lenguaje presentan problemas comportamentales.

#### **2.1.4. Relación entre ansiedad y la comprensión del lenguaje.**

White y Hudson (2016) encontraron que las creencias positivas sobre la preocupación no se asociaron con los niveles de preocupación de los niños, lo cual generó dudas sobre la relevancia de este elemento del modelo metacognitivo con los niños; sin embargo, señalan el rol integral que desempeñan las metacogniciones en los trastornos de ansiedad infantil, y sugieren que estos mecanismos pueden ser objetivos apropiados para futuros programas de tratamiento e intervención temprana.

#### **2.1.5. Bases neurocientíficas.**

Desde las neurociencias, se encontró que la función y la conectividad se encuentran alteradas en los circuitos que subyacen al control cognitivo y el procesamiento de amenazas que median la relación entre los síntomas de ansiedad y los problemas de lectura en los niños; proporcionando una explicación biológica para esta comorbilidad (Davis, Margolis, Thomas, Huo & Marsh, 2018). Asimismo,

las investigaciones con neuroimágenes encontraron que los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos se asociaron con el rendimiento cognitivo y la estructura cerebral (Raffield et al., 2016).

La Negatividad relacionada con el error (ERN) *Error Related Negativity*, es un marcador neuronal del monitoreo del rendimiento que se ha relacionado de manera inconsistente con el riesgo de ansiedad en los niños de 3 años, los hallazgos sugieren que ERN y theta pueden contribuir conjuntamente al riesgo de ansiedad en la primera infancia (Canen & Brooker, 2017).

## **2.2. Investigaciones nacionales e internacionales**

### *Relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje*

Las investigaciones de la OMS señalan que existe una clara relación entre problemas mentales como la ansiedad infantil con la prevalencia de discapacidades intelectuales como la comprensión del lenguaje o retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas en los países en desarrollo como el Perú, con una incidencia entre el 0,09% a 18,3% (OMS, 2008). Britton, Neale y Davey (2019) consideran que existe un sistema de respuesta integrado que coordina las reacciones cognitivas, conductuales y afectivas para permitir una respuesta efectiva a las presuntas amenazas y desafíos.

En cuanto al nivel de relación, Barendse, et al. (2018) encontraron que las variables de ansiedad se asociaron medianamente con la comprensión del lenguaje en niños. De igual manera lo señalan el estudio de Cacciari, Corradini y Ferlazzo (2018), quienes encontraron que las variables de estado de ansiedad están asociadas con la comprensión del lenguaje.

Con respecto a la rigidez mental o inflexibilidad mental, que es un proceso cognitivo base para la comprensión del lenguaje, puede surgir en múltiples fases de la ansiedad patológica. Sin embargo, se encontró que la rigidez mental puede tener una relación más fuerte con la depresión (Gilbert, Tonge & Thompson, 2018).

Berggren, Curtis y Derakshan (2017) identifican que existe un déficit en el desempeño ejecutivo, especialmente en tareas con alta concentración, por las demandas causadas por la ansiedad. Precisan que el rendimiento se ve interrumpido en términos de efectividad (precisión) pero principalmente en términos de eficiencia (recursos invertidos en la resolución de la tarea: tiempo de respuesta o esfuerzo mental).

Otros estudios señalan que la ansiedad y los déficits cognitivos se asocian de forma independiente con resultados negativos: como la discapacidad funcional (McGuire, Ford & Ajani, 2006; Raffield et al., 2016).

White y Hudson (2016) encontraron que las creencias positivas sobre la preocupación no se asociaron con los niveles de ansiedad de los niños, lo cual generó dudas sobre la relevancia de este elemento del modelo metacognitivo con los niños; sin embargo, señalan que las metacogniciones desempeñan un rol importante en los trastornos de ansiedad infantil, y sugieren que estos mecanismos pueden ser objetivos apropiados para futuros programas de tratamiento e intervención temprana.

Los estudios de Cheie, Veraksa, Zinchenko, Gorovaya y Visu-Petra (2015), señalan que en los preescolares altamente ansiosos requieren recursos adicionales en su rendimiento cognitivo porque necesitan contrarrestar la interferencia inducida por sus preocupaciones relacionadas con la ansiedad, lo cual indica una relación

inversa entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje. El rendimiento se ve interrumpido a veces en términos de efectividad (precisión) pero principalmente en términos de eficiencia (mayor cantidad de recursos invertidos en la resolución de la tarea: tiempo de respuesta o esfuerzo mental).

La ansiedad tiene asociaciones específicas con varios aspectos de la cognición como: menor velocidad de procesamiento y cambio de atención e inhibición (Beaudreau & O'Hara, 2009; DeLuca et al., 2005).

En los niños, el inicio temprano de la ansiedad tiene un impacto negativo en varios aspectos socioemocionales pero también cognitivos del desarrollo infantil (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart & Curtis, 2004; Esposito & Clum, 2003; Gaumon et al., 2016; Warren, Ollendick & Simmens, 2008).

A mayor comprensión del lenguaje oral, mayor capacidad del niño para aprender en una terapia cognitiva conductual a manejar su ansiedad y/o realizar reestructuración cognitiva (Antón, 2014; Mashburn, Justice, Downer & Pianta, 2009; Robles, 2005). En el aspecto del déficit de la comprensión del lenguaje, se ha encontrado alta correlación con ansiedad, problemas conductuales, etc. (OPS-OMS, 2009; OMS, 2008; Sineiro, Juanatey, Iglesias & Lodeiro, 2000).

La ansiedad afecta la capacidad de aprendizaje del niño, no sólo a nivel de aprendizaje académico, sino también el aprendizaje clínico-emocional de habilidades sociales para manejar la ansiedad, la angustia, la ira, la frustración y el miedo (Beitchman, 1996; *Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders*, 2005; Reeve, 2012, 2013).

*Nivel de ansiedad infantil por edad*

En esa misma línea, White y Hudson (2016), Hudson, Dodd y Bovopoulos (2011) y los mismos Dodd y Hudson (2011) señalan que los trastornos de ansiedad en niños de 4 años predicen trastornos de ansiedad a los 6 años.

La edad de los 4 años puede ser una etapa de intervención crucial para tener resultados rápidos y eficaces, según la propuesta innovadora de una sesión de tratamiento con terapia cognitiva conductual, en la cual se combina la terapia de juego centrada en el niño por 1 hora y otras 2 o 3 horas con apoyo vivencial, según lo señalan Kershaw, Farrell, Donovan y Ollendick (2017).

Las investigaciones en memoria prospectiva (recordar realizar una acción planificada previamente en el momento apropiado o en el contexto apropiado), con niños entre 3 a 7 años señalan que los niveles más altos de ansiedad afectaron negativamente a los niños entre 3 a 5 años en su memoria (Cheie, Miclea & Visu-Petra, 2014). Considérese que la memoria es parte del proceso cognitivo de comprensión de lenguaje.

Existe una alta comorbilidad de los antecedentes de los trastornos de ansiedad infantil con el mayor deterioro funcional en niños de 3 a 5 años (Martín, Granero & Ezpeleta, 2014). Esto fortalece la apuesta por la inversión en la detección temprana de los trastornos de ansiedad entre los 3 a 5 años y su relación con una habilidad básica para el aprendizaje como es la comprensión del lenguaje (Martín, Granero & Ezpeleta, 2014).

Dougherty et al., 2013, señalan que los trastornos de ansiedad son una de las formas más comunes de psicopatología en los niños en edad preescolar,

considerando que los síntomas de ansiedad durante la primera infancia logran predecir síntomas de ansiedad posteriores.

Comer et al. (2012) trabajaron con niños entre 3 a 8 años con trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada y/o fobias específicas. Encontrando que los pacientes que completaron el tratamiento mostraron mejoras diagnósticas y funcionales de su ansiedad.

Robles (2005) en sus investigaciones centradas en la ansiedad relacionada con el lenguaje oral señala que los resultados muestran que todas las actividades orales producen un alto grado de diversos tipos de ansiedades. También encontró que los sujetos con problemas del lenguaje oral mostraban falta de participación social con un fuerte rechazo a las actividades orales. Esta misma conciencia ya la tienen los niños de las edades entre 4 y 5 años, quienes son capaces de compararse con sus pares, y notar sus carencias.

Esta misma teoría es respaldada por Paris (2005) quien señala que los problemas de comunicación en edad preescolar tienen como componente principal la comprensión del lenguaje oral el cual constituye un obstáculo para la adaptación socioemocional. De igual manera, estas investigaciones han encontrado correlaciones entre ansiedad y problemas de la comprensión del lenguaje en niños de 4 a 6 años, los cuales generan ansiedad de separación, problemas conductuales, oposicionismo, etc.

Las investigaciones de Sineiro, Juanatey, Iglesias y Lodeiro (2000) demostraron que las interacciones tempranas en comprensión del lenguaje con niños entre los 4 años 7 meses y los 5 años 4 meses tienen efectos saludables en la

formación de representaciones sociales y cognitivas: como autoconcepto y autoestima.

*Nivel de ansiedad infantil por sexo*

Respecto a la variable sexo, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002), especificó la prevalencia de un 25.3% para trastornos de ansiedad: 20.3% en varones y 30.1% en mujeres.

Asimismo, ciertos estudios en oriente con la prueba PAS de Spence en población preescolar, indican cierta invariabilidad factorial de la estructura de los síntomas de ansiedad en preescolares por género (hombres y mujeres), estos estudios consideran que las diferencias en las prácticas de socialización entre las culturas china y occidental (estadunidense, holandeses o australianos) pueden afectar los diferentes niveles por género (Bosquet & Egeland, 2006).

## CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

### 3.1. Justificación e importancia del problema

La estimulación de las habilidades verbales constituye la base del desarrollo del pensamiento del niño, y los aprendizajes para el manejo de su ansiedad (Best, 2002; Marchant, 1997). Por lo tanto, a mayor comprensión del lenguaje oral, mayor capacidad del niño para aprender en una terapia cognitiva conductual para manejar su ansiedad y/o realizar reestructuración cognitiva (Antón, 2014; Mashburn, Justice, Downer & Pianta, 2009; Robles, 2005).

Esta investigación es significativa para la psicología peruana porque es la primera que brinda estadísticos descriptivos de la ansiedad en población preescolar de un grupo de niños de 4 y 5 años de Lima; estos primeros resultados pueden orientar futuras investigaciones con niños preescolares.

En niños, Cheie, Veraksa, Zinchenko, Gorovaya y Visu-Petra (2015), evaluaron la ansiedad a través de la Escala de Ansiedad Preescolar de Spence (Spence, Rapee, McDonald e Ingram, 2001); sin embargo, estos autores señalan que la prueba a pesar de haber sido traducida y adaptada a más de 33 idiomas con baremos para diferentes poblaciones, encontraron que algunos ítems parecen estar sesgados por distintas normas culturales sobre el comportamiento de los niños, posiblemente las diferencias interculturales en esta dimensión, representaron variaciones significativas. Por lo tanto, esta investigación es trascendente porque para este estudio se utilizó por primera vez en población peruana la prueba *The Preschool Anxiety Scale* (PAS) con permiso de la autora, que es la única prueba que evalúa ansiedad traducida y adaptada a 33 idiomas, si bien la adaptación fue

realizada para la población específica, es el primer paso, para realizar un futuro baremos para Lima metropolitana. Se podría decir que hemos hecho un aporte al trabajo internacional en psicología.

Al descubrir la relación entre ansiedad y comprensión del lenguaje, da indicadores de futuras investigaciones no solo dentro de la psicología clínica, sino también para la psicología educacional y las neurociencias.

El estudio es viable y con gran aceptación por parte de los padres de familia y colegios, porque ellos obtienen el beneficio de recibir el nivel de comprensión del lenguaje oral de sus hijos. Los nidos o centros de educación inicial también están más interesados en los resultados del componente cognitivo (comprensión del lenguaje oral); volviéndose este un motivador para evaluar el nivel de ansiedad infantil.

Este estudio es diferente a los demás porque: 1) Evalúa la ansiedad de manera específica, como un solo factor, no como parte de un conjunto de componentes emocionales o un componente conductual más amplio, 2) Es un estudio con niños peruanos específicamente de Lima, 3) Las pruebas han sido adaptadas a la realidad de la población evaluada.

La relación entre ansiedad y comprensión del lenguaje ha sido estudiada previamente pero sólo en algunos aspectos; las investigaciones han estudiado la relación de los problemas emocionales en general con la comprensión del lenguaje (Crocker, 1996; Hopkins, 2002; Luria, 2000). Por lo tanto, un mejor nivel de comprensión del lenguaje oral tendría mejor pronóstico para una intervención desde la terapia cognitiva conductual (Antón, 2010).

Igualmente, al poder entender cuáles son las características de la ansiedad infantil en niños peruanos que están más vinculados con la comprensión del lenguaje; en un futuro próximo se podrán plantear técnicas que resulten eficaces. Por otro lado, la evaluación de la ansiedad en niños preescolares requiere una validación adicional extensiva. En este sentido, a pesar de que el tema esté mucho más investigado que antes, la investigación sobre la ansiedad infantil en preescolares todavía está en sus inicios, especialmente en nuestro país.

### **3.2. Objetivos de la Investigación**

En relación con el estudio propuesto con un grupo de niños de 4 años 0 meses a 5 años 11 meses de un centro educativo en un distrito urbano de Lima Metropolitana, se plantean los siguientes objetivos:

#### **3.2.1. Objetivo general.**

Determinar qué tipo de relación existe entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje en un grupo de niños y niñas de 4 años 0 meses a 5 años 11 meses de un distrito urbano de Lima Metropolitana.

#### **3.2.2. Objetivos específicos.**

- Identificar las características demográficas del grupo de niños estudiado.
- Comparar los niveles de ansiedad infantil por edad entre los niños de 4 años y 5 años.
- Comparar los niveles de ansiedad infantil por sexo entre los niños de sexo femenino y masculino.

- Comparar los niveles de comprensión del lenguaje por edad entre los niños de 4 años y 5 años.
- Comparar los niveles de comprensión del lenguaje por sexo entre los niños de sexo femenino y masculino.
- Comparar la relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje entre los niños de 4 años y 5 años.

### **3.3. Hipótesis**

H1: Existe una relación inversa entre la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje de un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana.

Ho: No existe una relación inversa entre la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje de un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana.

## **CAPÍTULO IV: METOLOGÍA**

Según la pregunta de investigación: ¿Qué tipo de relación existe entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje en un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana? Se plantea la siguiente metodología.

### **4.1. Diseño del Estudio**

#### **4.1.1. Nivel y tipo de investigación**

El método empleado en esta investigación es un nivel básico. Por la naturaleza del problema y los objetivos de estudio de explorar, el tipo de investigación es Descriptiva o No-experimental; Descriptiva porque busca explorar o especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández, n.d.; Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

#### **4.1.2. Diseño de investigación**

El diseño de investigación correspondiente es Diseño Descriptivo-Correlacional dentro del tipo descriptivo. Es descriptivo correlacional porque busca describir las relaciones existentes entre ansiedad infantil y lenguaje en un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana.

### **4.2. Población**

La población comprende a todos aquellos niños y niñas matriculados con las edades comprendidas entre los 4 años 0 meses y los 5 años 11 meses de un centro

de educación inicial del distrito urbano de Ate-Vitarte en Lima Metropolitana, siendo un total de 169 niños y niñas (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

#### **4.2.1. Descripción de los participantes.**

La unidad de análisis será el niño o la niña entre los 4 años 0 meses y 5 años 11 meses del centro educativo inicial de un distrito urbano de Lima Metropolitana. El marco referencial utilizado fue la lista de los niños matriculados en los salones de los programas de 3 años, 4 años y para 5 años en el centro inicial con fechas de nacimiento.

### **4.3. Muestra**

#### **4.3.1. Método de muestreo.**

Se utilizó un Censo, conocido como Método Censal (Arias, 2006) el cual implica trabajar con toda la población, este método también es conocido como "Muestra Total o Exhaustiva" (Hernández, 1998), o llamada "Muestra universal" o "Población Censal" (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Por lo tanto, la investigación es considerada como un censo, debido que pretendió estudiar a una población entera (Kerlinger & Lee, 2002).

#### **4.3.2. Criterios de selección.**

##### *Criterios de inclusión.*

Como criterios de inclusión se consideraron: a) que los niños estén matriculados en los salones de 3 años, 4 años y 5 años, b) que los niños estén dentro del rango de edad de 4 años 0 meses y 5 años 11 meses.

*Criterios de exclusión.*

Los criterios de exclusión fueron: a) que los niños tengan padres con otra lengua materna diferente al Castellano y sólo se comuniquen en esa lengua, b) que los niños tengan déficit intelectual diagnosticado, c) que los niños tengan problemas sensoriales como ceguera o discapacidad auditiva diagnosticada. Si pueden participar los niños que tengan alguna discapacidad física motora.

*Criterios de eliminación.*

Como criterios de eliminación se consideró: a) Falta de la firma del consentimiento informado del padre, madre o apoderado, b) Decisión del niño de abandonar la evaluación, c) Inasistencia a la evaluación individual sobre lenguaje, d) Cuestionario de ansiedad incompleto. Durante el proceso de aplicación, hubo pérdida de participantes por inasistencias debido a que la aplicación de la prueba requirió de dos sesiones y devolución completa de cuestionarios. Finalmente, en la Tabla 1 se muestran los participantes que cumplieron con los requisitos mencionados y completaron la prueba.

*Participantes final*

La composición final de los participantes son 76 niños y niñas (N=76): un 41,6% niñas (n=31) y 42,3% niños (n=45). La edad promedio es de 60 meses (5 años 0 meses), con un mínimo de 4 años 0 meses y un máximo de 5 años 11 meses. El 38.08% pertenecen al grado de 4 años (n=39) y el 35.97% al grado de 5 años (n=37). El número de hijos promedio es de dos con un mínimo de uno y un máximo de ocho.

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra según sexo y edad*

Grupos edad	Hombre	Mujer		Total
4.0 a 4.11 años	24	15	38.08%	n = 39
5.0 a 5.11 años	21	16	35.97%	n = 37
Total	42.30%	41.60%	100%	
	n=45	n = 31		N = 76

Nota. N = 76,  $\bar{X}$  = 60 meses (5 años 0 mes).

#### 4.4. Operalización de Variables

##### 4.4.1. Definiciones conceptuales.

*Ansiedad Infantil*: según el sistema de clasificación y diagnóstico DSM-IV, que señala siete tipos de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: a) trastorno de pánico con y sin agorafobia, b) agorafobia sin historia sin historia de trastorno de pánico, c) fobia específica, d) fobia social, e) trastorno obsesivo-compulsivo, f) trastorno de estrés postraumático, g) trastorno de estrés agudo, y h) trastorno de ansiedad generalizada. Estos trastornos de ansiedad se encuentran agrupados en una sola categoría "trastornos de ansiedad", y otra categoría es la "ansiedad por separación" (Morrison, 2008). Se usará esta clasificación porque la prueba utilizada *Preschool Anxiety Scale* usa esta clasificación (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010).

*Comprensión del lenguaje*: se entenderá como el conocimiento de las estructuras básicas semánticas o sintácticas profundas, que están en la base de cada componente de la oración y que expresan determinados sistemas emocionales del niño o aproximaciones lógicas en sus relaciones interpersonales; así como a la captación del contenido o sentido (Alliende, 1990; Crocker, 1996; Hopkins, 2002; Luria, 2000).

#### **4.4.2. Definiciones operacionales.**

*Ansiedad:* Nivel de ansiedad infantil obtenido por el niño en la prueba de Ansiedad para niños en edad Preescolar de Spence (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010) la cual evalúa los niveles de ansiedad con las categorías: 1) ansiedad generalizada, 2) ansiedad social, 3) obsesiones y compulsiones, 4) temor a lesiones físicas, y 5) ansiedad de separación.

*Comprensión del lenguaje:* nivel de comprensión del lenguaje oral que poseen los niños con respecto a comprensión de: a) palabras aisladas, b) frases aisladas, c) frases incompletas y d) cuentos cortos, según la Prueba de Comprensión del lenguaje oral - PCL (Roncal, 2010).

#### **4.4.3. Variables**

- Nivel de ansiedad infantil.
- Nivel de comprensión del lenguaje.

#### **4.4.4. Instrumentos**

*4.4.4.1. Escala de Ansiedad para preescolares "Preschool Anxiety Scale - PAS": traducida y adaptada para la población o "Cuestionario sobre la conducta del niño" (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010)*

Actualmente, la Escala de Ansiedad Preescolar (PAS) es la única prueba que evalúa específicamente los síntomas de ansiedad múltiple en niños en edad preescolar. Evalúa específicamente ansiedad infantil en los niños en edad preescolar entre de 2 años 5 meses a 6 años 5 meses (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010; Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001). Cabe resaltar que la prueba de

Spence ha sido traducida y adaptada a más de 33 idiomas con baremos para diferentes poblaciones.

La prueba está formada por 34 ítems que evalúan síntomas de ansiedad infantil según los criterios diagnósticos de la *APA-American Psychological Association*; determina los niveles de ansiedad determinados por el análisis factorial que señaló 5 factores o subescalas: 1) Ansiedad Generalizada, 2) Fobia social o ansiedad social, 3) Temor a lesiones físicas, 4) Obsesiones y Compulsiones, y 5) Ansiedad de separación. La validez de construcción del PAS también fue apoyada por correlaciones significativas con el factor de internalización del CBCL en mayor medida que con el factor de externalización del CBCL (Wang & Zhao, 2015).

Se responde en una escala de cinco (5) puntos, desde cero (0) puntos: no es cierto en absoluto, a cuatro (4) puntos: muy a menudo, es verdad. La versión original de la Prueba "*Preschool Anxiety Scale*" tienen alto nivel de confiabilidad y validez a nivel internacional, pero al iniciar la investigación no estaba traducida al español para niños de 4 a 5 años, como se confirma en la comunicación con la misma autora (Ver Anexos). Por lo tanto, previamente a esta investigación se realizó la traducción y validación de la prueba para la población de estudio.

La adaptación de esta prueba ha sido un trabajo previo a esta investigación, la cual se realizó con el método de traducción y adaptación "Modelo Multifásico interactivo de traducción" (Gaité, Ramírez, Herrera & Vásquez-Barquero, 1997). Cabe recalcar que previamente se realizó la consulta sobre las posibles traducciones al español en otros países a la misma autora principal de la prueba, Susan Spence; se aprovechó esta comunicación para consultarse si se podía trabajar la adaptación en Lima-Perú con el motivo de la presente investigación para la obtención del grado

de magister (Ver Anexos). Al concluir esta investigación se publicó la validación de la Escala de Ansiedad Preescolar (PAS) de Spence a la población mexicana (Orgilés, Penosa, Fernández, Marzo & Espada, 2018).

La Escala de ansiedad para preescolares para aplicación a la población fue presentada a los padres como "Cuestionario sobre la conducta del niño". Todos los ítems fueron evaluados por el análisis de confiabilidad K-R e ítem-test corregida, no se encontró necesidad de descartarse ítems. La secuencia de los ítems dentro de cada área fue organizada según lo establecido por la prueba original, ya que no se trata de una prueba de rendimiento (Kline, 1993; Mehrens, 1997). Así quedó conformada la Escala de aplicación a la muestra "Cuestionario sobre la conducta del niño", que contó con 34 ítems, Ansiedad Generalizada (AG) = 5 ítems, Fobia Social (FS) = 6 ítems, Obsesivo Compulsivo (OC) = 5 ítems, Temor a Lesiones físicas (TL) = 7 ítems, Ansiedad de Separación (AS) = 5 ítems, sin área = 6 ítems (Ver anexo).

#### *4.4.4.2. Prueba de Comprensión del Lenguaje Oral – PCL.*

La Prueba de Comprensión de Lenguaje - PCL (Roncal, 2010) está dirigida a niños y niñas de 4 años 0 meses a 5 años 11 meses de edad, pertenecientes a centros de educación inicial particular y estatal de Lima Metropolitana, fue elaborada para el mismo centro de educación inicial de la presente investigación. Cuenta con baremos e interpretación para niños por edad y según centros de educación inicial. El objetivo de la PCL es evaluar el nivel de comprensión del lenguaje oral en el jardín de infancia, y diferenciar en forma cuantitativa los niveles de comprensión del lenguaje. Es una prueba considerada de rendimiento, de fácil

aplicación, individual, y si bien no cuenta con un límite de tiempo, presenta una duración aproximada de 10 minutos.

La prueba PCL cuenta con ítems de opción múltiple para las áreas de Palabras aisladas (opciones a, b, c, d), y área de Frases aisladas (opciones a, b, c); ítems para completar para el área de Frases incompletas, e ítems de suministro de respuesta breve para el área de Cuentos. Los aciertos se registran con un (1) punto y las equivocaciones se registran con cero (0). Los resultados permiten clasificar a los sujetos en tres diferentes grados: 1) nivel bajo, 2) nivel promedio y 3) nivel superior. La prueba incluye cuatro áreas: a) palabras aisladas, b) frases aisladas, c) frases incompletas y d) cuentos. Para la calificación de los ítems, las respuestas acertadas reciben la valoración de un punto y los errores cero, sólo el área de cuentos recibió dos puntos por respuesta.

La prueba posee un alto nivel de discriminación y calidad de los ítems, con un nivel de dificultad promedio de todos los 52 ítems  $p \leq .72$ . El análisis mostró un nivel de confiabilidad alto para toda la prueba (K-20 = .92, y K-R 20 Horst = .93). Dentro del análisis por áreas se obtuvo: Palabras aisladas (K-R 20 = .65, 9 ítems), Frases aisladas (K-R 20 = .74, 11 ítems), Frases incompletas (K-R 20 = .83, 15 ítems), y 2 Cuentos (K-R 20 = .82, 17 ítems de 2 cuentos). La validez de contenido se logró por de criterio ocho jueces, según el criterio del coeficiente V de Aiken. Las correlaciones de las áreas con el total de la prueba fueron significativas.

#### 4.4.4.3. *Ficha sociodemográfica*

Recolecta datos básicos sobre el niño y padres, y esta ficha estará incluida dentro del mismo protocolo del Cuestionario sobre Ansiedad para los padres o

"Cuestionario sobre la conducta del niño" que es la prueba "Preschool Anxiety Scale" traducida y adaptada (Ver Anexos).

#### **4.5. Procedimientos**

##### **1 Selección de la población**

Se coordinaron entrevistas con los directores de diferentes centros de educación inicial o centros de atención a niños menores de 6 años, para explicar la investigación a realizar, evaluar la cantidad y características de los niños. Finalmente, se seleccionó un centro de educación inicial que tenía una población grande de niños menores de 6 años, que dio todas las facilidades para realizar las investigaciones, en un distrito urbano en una zona de escasos recursos del distrito de Ate Vitarte.

##### **2. Coordinación con la Dirección de la institución.**

Para la aplicación de las pruebas a la muestra se coordinó una cita con los responsables del centro de educación inicial (directora y coordinadora), para explicar el objetivo de la investigación y entregar: 1) una carta presentación de la universidad (UPCH); 2) Carta modelo de consentimiento informado para los padres; y 3) Acordar los beneficios que recibirían los niños, padres y el centro educativo.

Aceptada la participación, se procedió a coordinar los horarios y lugares de evaluación individual con el niño y entrega de materiales a padres, dentro del centro educativo. Asimismo, se solicitaron: 1) horarios de ingreso, salida y refrigerios por grupos de edad, 2) las listas de los alumnos de salones de 3 años, 4 años y 5 años, con las fechas de nacimiento de los niños, y nombres de profesoras.

### **3. Preparación de los materiales y capacitación de evaluadoras**

Considerando que la aplicación de la prueba de lenguaje PCL es individual y requiere dos sesiones por niño para su aplicación, se procedió a capacitar a tres psicólogas expertas en trabajo con niños, para que ayudaran con la aplicación de la prueba.

Además, con el horario de entrada, salida, refrigerios, se organizaron lo mejores momentos de evaluación, para que no interrumpen las actividades de los niños. Se decidió empezar la evaluación antes de que inicien clases, mientras iban llegando los niños al centro educativo; luego se evaluaba durante el horario de clases, al cambiar actividades: todo coordinado con las profesoras.

Con la lista de alumnos se armaron sobres manilas personales cerrados por cada niño con nombre completo del niño y salón, estas contenían dentro: 1) Carta de consentimiento informado, 2) Cuestionario sobre ansiedad, 3) Ficha Sociodemográfica.

### **4. Presentación de investigación a los padres de familia**

Para que los padres conocieran los beneficios de la prueba, la directora pidió a la investigadora una charla previa sobre “El desarrollo de la autonomía en casa” para los padres de familia. Al final de la charla la directora presentó a la investigadora y el objetivo de la investigación. En este espacio, los padres pudieron ver las pruebas que iban a recibir sus hijos y conocer a la evaluadora.

### **5. Entrega y firma de consentimiento informado**

Durante la hora de ingreso y salida de clases, en la entrada del centro educativo, se colocó una mesa para que conforme los padres iban dejando a sus

hijos, se les podía entregar de manera personal los sobres manilas cerrados que contenían las cartas de consentimiento informado a los padres o apoderados para la firma. Al mismo tiempo, se informa a los padres de manera escrita: por medio del Consentimiento informado, sobre cada uno de los elementos a evaluar con los diferentes instrumentos presentados (Ver anexos).

Este momento de entrega personal de los consentimientos informados, permitió aclarar dudas a los padres y mostrar nuevamente los materiales a usar para la evaluación, así como explicar los beneficios de tener un perfil de los niveles de ansiedad y comprensión del lenguaje oral de sus hijos.

## **6. Aplicación de instrumentos**

Se entregó material a 169 niños del centro educativo, sin embargo, solo llegaron a completar los requisitos y entregar los cuestionarios completos solo 75 niños participantes. Ya obtenidos los consentimientos informados firmados, se entregaron las Escalas de ansiedad en sobre cerrado a los padres de familia o se enviaron por medio de la Agenda.

Para la aplicación de la prueba de comprensión de lenguaje, a la hora de recoger al niño de su aula, se le leyó el formato de Asentimiento del niño (Ver anexo), preguntando si aceptaba participar y explicándosele que en cualquier momento podía abandonar la evaluación. La evaluación se realizó en un espacio acondicionado en el mismo centro educativo, durante las primeras horas de clase, en las fechas y los horarios acordados. La evaluación fue individual y en dos sesiones por niño, en cada uno de estos espacios había una mesa chica, dos sillas, un cuadernillo de figuras, un protocolo de respuestas y calcomanías de premio. Todo esto para que los niños puedan ver con facilidad los dibujos y puedan escuchar

claramente a la evaluadora. El tiempo de administración de toda la prueba fue aproximadamente de diez minutos por niño.

A pesar de las coordinaciones con los padres y centro educativo, se necesitaron generar nuevas sesiones de evaluación para no perder a los participantes, ya que la cantidad de niños en los programas de 3, 4 y 5 años es limitada. Algunos niños faltaron a clases por salud, otros padres perdieron sus cuestionarios respondidos, por lo cual también se tuvo que buscar de manera individual a los padres para completar algunos protocolos; todo esto implicó reestructurar nuevas sesiones de evaluación para terminar las evaluaciones. Además, las actividades extracurriculares no planificadas como ensayos para actuaciones también generaron este tipo de reestructuración de horarios.

### **7. Entrega de resultados y beneficios**

Acabada la evaluación, se otorgaron todos los beneficios acordados con el centro educativo, mencionados en la sección ética y en la sección de beneficios del Consentimiento Informado del Padre, Madre o apoderado; para participar de una investigación: 1) Charla a padres sobre correcto desarrollo emocional del niño: ansiedad y lenguaje; 2) Charla a profesores y tutores sobre la detección de problemas emocionales y del lenguaje en niños preescolares; 3) Entrega del Perfil de Resultados del niño a los padres o apoderados, con recomendaciones, por medio de una entrevista individual durante el día de entrega de libreta; 3) Entrega de un Folleto informativo durante la misma entrevista de devolución de resultados.

#### **4.6. Consideraciones éticas.**

Para resguardar la ética profesional se realizó: a) Presentación de la investigadora al Centro Educativo de manera formal por medio de una carta, b) Aceptación y firma de la Carta de Consentimiento Informado del Padre, Madre o Apoderado para participar de la investigación, c) Asentimiento del niño o niña para participar en la investigación, d) Permiso de la autora de la prueba para realizar la traducción y adaptación de la prueba de ansiedad PAS (Ver Anexos).

Para evitar la coacción de los padres de los niños al momento del reclutamiento y al firmar el consentimiento, se les explicó verbalmente y por medio del consentimiento informado que la participación era totalmente voluntaria y no influenciaba en las notas del niño, pero sí recibirían todos los beneficios que se detallan en el Consentimiento Informado (Ver Anexos).

Con respecto a la confidencialidad de los datos, se guardó la información de la identidad de los participantes y centro educativo, por medio de la codificación de todos los documentos, código asignado al momento de registro voluntario de los participantes, como se muestra en los anexos de: Ficha sociodemográfica, Prueba PCL y Cuestionario para padres sobre ansiedad (Ver anexos). Las identidades de los participantes sólo son conocidas por el investigador.

Se comunicó por medio del Consentimiento informado a los padres de familia que, si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes, ni la institución que participó en este estudio.

Los niños, padres y centro educativo participantes recibieron los siguientes beneficios previa coordinación con el centro educativo: 1) El padre de familia o

apoderado del niño recibieron el Informe de los resultados del niño y las recomendaciones en una entrevista personal en dos fechas, 2) los padres de familia o apoderados recibieron un "Folleto Informativo sobre Pautas para el adecuado desarrollo emocional y de la comprensión del lenguaje del niño", 3) Los padres recibieron una "Charla sobre cómo ayudar en casa en el adecuado desarrollo emocional del niño" que se dio en la "Escuela para Padres", 4) Los profesores del centro recibieron un "Taller de Formación en técnicas para la detección y manejo de la ansiedad infantil en grupo".

#### **4.7. Plan de análisis de datos**

Finalmente, una vez calificadas las pruebas y fichas se procedió al análisis estadístico a través del programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*). El análisis se realizó en dos etapas: a) estadística descriptiva para hallar las medias y desviación estándar de la población en las pruebas, así como para describir los niveles de ansiedad infantil y comprensión del lenguaje; b) La correlación como técnica básica en el análisis de datos para identificar los niveles de la correlación entre Ansiedad Infantil y Comprensión de Lenguaje, así como su direccionalidad (Alarcón, 2013, 1991).

## **CAPITULO V: RESULTADOS**

A continuación, se presentan los resultados de esta investigación. Se plantearon los objetivos específicos para responder a la pregunta de investigación: qué tipo de relación existe entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje en un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana.

Se muestran en primer lugar los resultados de comparar la relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje del grupo de niños. Primero, se presentan las características de los participantes. Seguido a ello, se presentan los niveles de ansiedad infantil por edad del grupo de niños; los resultados de los niveles de ansiedad infantil por sexo del grupo de niños; los niveles de comprensión del lenguaje por edad del grupo de niños; los niveles de comprensión del lenguaje por sexo del grupo de niños.

Cabe señalar que debido a que se realizó un censo, es decir, se trabajó con toda la población, no se realiza estadística inferencial.

### **5.1. Características demográficas de los participantes**

Los participantes son niños y niñas matriculados con las edades comprendidas entre los 4 años 0 meses y los 5 años 11 meses de un centro de educación inicial del distrito urbano de Ate-Vitarte en Lima Metropolitana, siendo un total de 76 niños.

Tabla 2  
*Características de los participantes*

		TOTAL <i>N</i> = 76	Media
Sexo	Femenino	n = 31	40.79
	Masculino	n = 45	59.21
Edad	4 años	n = 39	51.32
	5 años	n = 37	48.68
Es Hijo Único	Sí	n = 34	44.74
	No	n = 42	55.26
Número de hermanos	Sin hermanos	n = 37	48.68
	1 hermano	n = 13	17.11
	2 hermanos	n = 15	19.74
	3 hermanos	n = 6	7.89
	4 hermanos	n = 3	3.95
	5 hermanos	n = 1	1.32
	8 hermanos	n = 1	1.32
Vive con papa y mama	Vive con ambos padres	n = 60	78.95
	No vive con padres juntos	n = 16	21.05

## 5.2. Niveles de ansiedad infantil

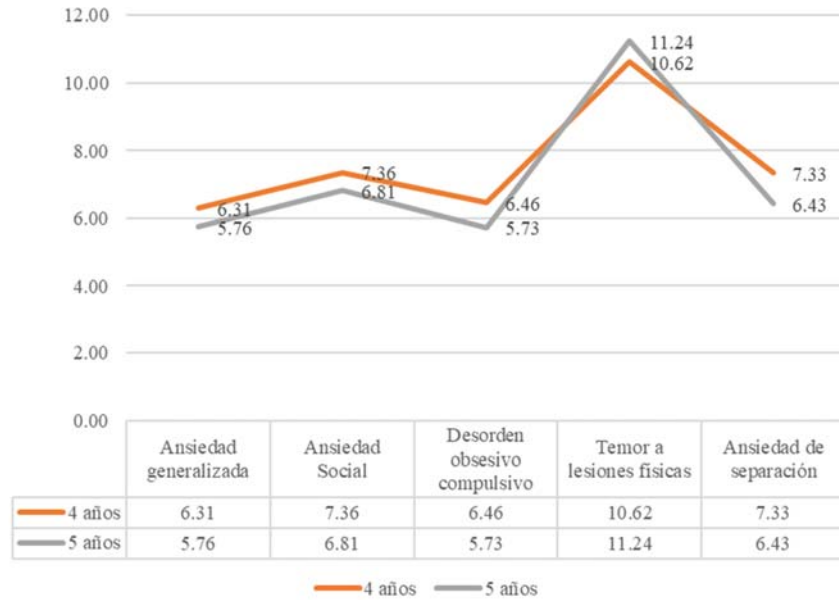
La distribución de frecuencias de todos los niños evaluados ( $N=76$ ) respecto al puntaje total de la prueba de ansiedad infantil muestra una distribución normal, con una Media = 36.56 y una  $DE = 17.342$ , y con una asimetría positiva (.435) que muestra una cola larga hacia la izquierda y sesgo hacia la derecha. La curtosis es negativa (- .139), es decir, las observaciones se concentran más y sus colas son más largas que una distribución normal.

### 5.2.1. Niveles de ansiedad infantil por edad.

La distribución de frecuencias de la prueba de ansiedad por grupo de edad fue normal según la prueba de Shapiro-Wilk tanto para el grupo de 4 años de edad (Shapiro-Wilk= .085,  $n = 39$ ), así como para el grupo de 5 años de edad (Shapiro-

Wilk= .132,  $n = 37$ ). Asimismo, se observa que el grupo de 4 años obtienen levemente mayores puntajes en la prueba de ansiedad (media = 38.08,  $DE = 17.74$ ) al compararse con grupo de 5 años (media = 35.97,  $DE = 17.08$ ).

Tabla 3  
Medias de los niveles de ansiedad por categorías



Los resultados indican que las medias entre los niños de 4 años y 5 años son estadísticamente iguales con  $F = .137$ ,  $t = .526$ ; por tanto, la ansiedad no es diferente entre los grupos etarios, por tal motivo se puede afirmar que la variable edad no determina el nivel de ansiedad infantil. La correlación Pearson ( $r = -.061$ ) confirma lo dicho anteriormente: no existe relación entre edad y ansiedad.

En los niños de 4 años la categoría con mayor puntaje es Temor a las lesiones físicas (Media = 10,6), seguido por Ansiedad Social (Media =7,4), y tercero en puntaje es Ansiedad de Separación (Media=7,3).

En los niños de 5 años también destaca el nivel de ansiedad en la categoría Temor a lesiones físicas (Media=11,2), seguido por Ansiedad Social (Media=6,8), y en tercer puesto la categoría Ansiedad de Separación (Media=6,4).

Cabe señalar que, en la categoría Temor a Lesiones físicas, los niños de 5 años obtienen puntajes más altos, pero en Ansiedad de separación son los niños de 4 años quienes obtienen mayores puntajes.

Tabla 4  
Medias y desviaciones estándar de categorías y del total ansiedad por grupos de edad

	4 años (n = 39)					5 años (n = 37)					TOTAL (N = 76)				
	Media	DE	Error Desv	Mín.	Máx.	Media	DE	Error Desv	Mín.	Máx.	Media	DE	Error Desv	Mín.	Máx.
Ansiedad generalizada	6.31	3.83	0.61	0	17	5.76	3.44	0.57	0	15	6.04	3.63	0.42	0	17
Ansiedad Social	7.36	4.79	0.77	0	18	6.81	5.37	0.88	0	22	7.09	5.05	0.58	0	22
Desorden obsesivo compulsivo	6.46	3.75	0.60	1	15	5.73	3.49	0.57	0	15	6.11	3.62	0.41	0	15
Temor a lesiones físicas	10.62	5.35	0.86	1	27	11.24	5.82	0.96	1	24	10.92	5.56	0.64	1	27
Ansiedad de separación	7.33	4.34	0.70	1	19	6.43	3.69	0.61	0	14	6.89	4.04	0.46	0	19

Nota. Puntaje máximo: Total =86.

### 5.2.2. Niveles de ansiedad infantil por sexo.

La distribución de frecuencias de la prueba de ansiedad por sexo fue normal según la prueba de Shapiro-Wilk tanto para la población femenina (Shapiro-Wilk=.97, n = 31), así como masculina (Shapiro-Wilk= .10, n = 45) ; asimismo, se observa que las niñas obtienen levemente mayores puntajes en la prueba de ansiedad (media = 37.19, DE = 17.12) al compararse con los niños (media = 36.96, DE = 17.68).

Tabla 5  
*Medias y desviación estándar de los puntajes de ansiedad por sexo*

	Femenino y Masculino	Femenino	Masculino	Categoría
Media	36.56	37.19	36.96	Nivel de Ansiedad Medio
DE	(17.34)	(17.12)	(17.68)	
	N = 76	n = 31	n = 45	

Nota. Puntuación máxima = 86

La correlación Pearson ( $r = -.007$ ), por lo tanto, se confirma lo dicho anteriormente: no existe relación entre sexo y ansiedad.

### 5.3. Niveles de comprensión del lenguaje

La distribución de frecuencias de todos los niños evaluados ( $N=76$ ) con el total de la prueba de lenguaje presenta una  $\bar{X} = 42,37$  y una  $DE = 10,41$  con una asimetría negativa (.435) que muestra una cola larga hacia la izquierda y sesgo hacia la derecha. Se puede precisar el puntaje de máximo fue de 62 puntos en toda la prueba y el puntaje mínimo fue de 14 puntos.

#### 5.3.1. Niveles de comprensión del lenguaje por edad.

La distribución de frecuencias de la prueba de lenguaje por grupo de edad fue normal según la prueba de Shapiro-Wilk tanto para el grupo de 4 años (Shapiro-Wilk= .94,  $n = 39$ ), así como para el grupo de 5 años de edad (Shapiro-Wilk= .95,  $n = 37$ ); asimismo, se observa que el grupo de 5 años obtiene mayores puntajes en la prueba de comprensión de lenguaje (media = 39.03,  $DE = 10.79$ , categoría Promedio) al compararse con grupo de 4 años (media = 45.16,  $DE = 9.11$ , categoría Promedio), lo que comprueba que conforme los niños van creciendo, va creciendo su nivel de comprensión del lenguaje.

Tabla 6  
Medias y desviación estándar de los puntajes de comprensión de lenguaje por edad

	Puntaje Lenguaje Total	4 años	5 años
Media	42.37	39.03	45.16
DE	10.41	10.789	9.112
	N = 76	n = 39	n = 37

Nota. Puntuación máxima = 62

Los resultados indican que las medias son estadísticamente diferentes con  $F = 1.258$ ,  $t = -2.67$ , por tanto, el nivel de comprensión de lenguaje es diferente a los 4 años respecto a los 5 años de edad; por tal motivo se puede afirmar que la variable edad del preescolar sí se relaciona con el nivel de comprensión de lenguaje.

La correlación Pearson ( $r = -.291$ ), por lo tanto, se confirma que sí existe relación entre edad y comprensión del lenguaje.

### 5.3.2. Niveles de comprensión del lenguaje por sexo.

La distribución de frecuencias de la prueba de comprensión de lenguaje por sexo fue normal según la prueba de Shapiro-Wilk tanto para la población femenina (Shapiro-Wilk= .96,  $n = 31$ ), así como masculina (Shapiro-Wilk= .952,  $n = 45$ ). Asimismo, se observa que, al comparar el rendimiento de los niños y niñas en comprensión de lenguaje, los resultados muestran que casi no existe diferencia en los puntajes por sexo, por lo tanto, no es relevante diferenciar los resultados de los puntajes en comprensión del lenguaje por sexo.

Tabla 7  
 Medias y desviación estándar de los puntajes de comprensión del lenguaje por sexo

	Prueba total	Femenino	Masculino
Media	42.37	41.61	42.29
DE	10.41	11.138	9.997
	<i>N</i> = 76	<i>n</i> = 31	<i>n</i> = 45

Nota. Puntuación máxima = 62

Los resultados indican que las medias son estadísticamente iguales con  $F = 1.478$ ,  $t = .228$ , por tanto, el nivel de comprensión de lenguaje no es diferente según el sexo del preescolar, la variable sexo no se relaciona con el nivel de comprensión del lenguaje: no existe relación entre la variable sexo respecto a la variable comprensión del lenguaje.

#### 5.4. Relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje

El principal objetivo de esta investigación fue determinar si existe una relación inversa entre ansiedad infantil y lenguaje; por lo tanto, se determinaron las siguientes hipótesis de trabajo:  $H_0$ : No existe una relación inversa entre la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje de un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana, y  $H_1$ : Existe una relación inversa entre la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje de un grupo de niños de 4 y 5 años de edad de Lima Metropolitana. Cabe resaltar que, para poder comprobar esta hipótesis de investigación, primero se tiene que determinar qué tipo de relación existe entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje.

**5.4.1. Correlación entre los puntajes totales de ansiedad y comprensión del lenguaje.**

Se realizó el análisis de correlación Pearson que muestra un alto nivel de correlación entre las pruebas de ansiedad y lenguaje. La correlación entre los totales de las pruebas de ansiedad y comprensión del lenguaje fue significativa .010 que es menor a .05 ( $p < .01$ ), con un coeficiente Pearson  $-.295$  para Ansiedad y Lenguaje ( $r = -.295$ ), indicando una intensidad de correlación leve-mediana. Estos resultados indican que ansiedad y comprensión de lenguaje se relacionan de manera inversa, por tener una correlación negativa entre los puntajes totales de las pruebas de ansiedad y lenguaje (Kerlinger & Lee, 2002).

Tabla 8  
*Correlaciones entre el puntaje total Ansiedad y puntaje total comprensión del lenguaje*

	Total Ansiedad	Total Comprensión
Total Ansiedad	-	
Total Lenguaje	$-.295^{**}$	-

Nota.  $**p < .01$

Por lo tanto, según los análisis estadísticos anteriormente detallados se puede concluir que la variable ansiedad infantil no se ve afectada por factores como la edad o sexo del preescolar. Asimismo, se encontró que la variable comprensión del lenguaje sí está influenciada por la edad del niño, a mayor edad mejor nivel de comprensión del lenguaje oral.

Igualmente, la variable ansiedad infantil se relaciona de manera inversa con el nivel de lenguaje o comprensión del lenguaje oral con una intensidad leve-mediana por su valor. Lo que significa que se puede interpretar que los niños

preescolares de este específico centro educativo que presenten niveles altos de ansiedad pueden presentar niveles bajos de comprensión del lenguaje según la prueba PCL.

## CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Se discuten los resultados en relación con los objetivos de investigación.

### *Relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje*

Se confirma la hipótesis de investigación de que sí existe una relación inversa entre la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje en el grupo de niños de 4 y 5 años de edad de un centro educativo de Lima Metropolitana, con un nivel de intensidad leve. Aunque el nivel de relación entre ansiedad y comprensión del lenguaje obtenido con un coeficiente Pearson=  $-0.295$  para Ansiedad Infantil y Comprensión del Lenguaje ( $r = -0.295$ ), es de una intensidad leve y negativa.

La interrelación entre lo cognitivo y la ansiedad confirma el enfoque que considera los síntomas de ansiedad como parte de un sistema de gestión de amenazas integrado y evolucionado que alerta al individuo sobre amenazas a objetivos o desafíos. Confirmando los estudios de Britton, Neale y Davey (2019) quienes consideran que existe un sistema de respuesta que coordina las reacciones cognitivas, conductuales y afectivas para permitir una respuesta efectiva a las presuntas amenazas y desafíos.

Se confirman los resultados de Barendse, et al. (2018) quienes encontraron que las variables de ansiedad se asociaron medianamente con la comprensión del lenguaje en niños. Asimismo, Cacciari, Corradini y Ferlazzo (2018), encontraron que las variables de estado de ansiedad están asociadas con la comprensión del lenguaje.

Es notorio que se continúan dando los resultados de relación inversa entre ansiedad y comprensión del lenguaje encontrados por Berggren, Curtis y Derakshan (2017) quienes identifican que existe un déficit en el desempeño ejecutivo, especialmente en tareas con alta concentración como es la comprensión del lenguaje, debido a las demandas causadas por la ansiedad.

Siguen saliendo los mismos resultados de una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad infantil con el mayor deterioro funcional como son los procesos cognitivos de comprensión del lenguaje en los niños de 3 a 5 años (Martín, Granero & Ezpeleta, 2014).

La relación inversa de la relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje, también se confirma según los estudios de Cheie, Veraksa, Zinchenko, Gorovaya y Visu-Petra (2015), quienes señalan que en los preescolares altamente ansiosos bajan su rendimiento cognitivo, explicando que estos niños requieren recursos adicionales para realizar procesos cognitivos porque necesitan contrarrestar la interferencia que es provocada por las preocupaciones propias de la ansiedad.

En cuanto a la relación inversa, los resultados coinciden con las investigaciones que promueven el bienestar y desarrollo de una personalidad saludable del niño, quienes señalan que se ve estrechamente relacionado el rendimiento cognitivo con una relación negativa. Sin embargo, estas investigaciones encontraron que el nivel de esa relación es más estrecha entre la ansiedad y la comprensión u otras habilidades cognitivas importantes (Antón, 2014; Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2014).

Otra semejanza en los resultados es la relación inversa entre la variable emocional (ansiedad) y la variable cognitiva (comprensión del lenguaje) con las investigaciones de Mashburn, Justic, Downer y Pianta (2009), las cuales señalan que la comprensión del lenguaje de los niños influye de manera inversa todos los aspectos emocionales y conductuales del niño.

Se encuentra una semejanza a las investigaciones de la OMS que señalan que existe una clara relación entre problemas mentales como la ansiedad infantil con la prevalencia de discapacidades intelectuales como la comprensión del lenguaje o retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas en el Perú, con una incidencia entre el 0,09% a 18,3% (OMS, 2008).

También se encuentra una semejanza de estos resultados con los hallazgos de Robles (2005) quien en sus investigaciones sobre ansiedad relacionada con el lenguaje oral señala que todas las actividades orales producen un alto grado de ansiedad, por lo cual podría indicar una variable del porqué niños con indicadores de ansiedad altos obtienen resultados bajos en comprensión.

Haciendo referencia a la relación inversa entre ansiedad y comprensión del lenguaje, de manera general las investigaciones en niños señalan que el inicio temprano de la ansiedad tiene un impacto negativo en varios aspectos socioemocionales pero también cognitivos del desarrollo infantil (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart & Curtis, 2004; Esposito & Clum, 2003; Gaumon et al., 2016; Warren, Ollendick & Simmens, 2008).

Esta misma relación confirma las investigaciones de Robles (2005) quien en sus investigaciones centradas en la ansiedad relacionada con el lenguaje oral señala

que los resultados muestran que todas las actividades orales producen un alto grado de diversos tipos de ansiedades.

#### *Nivel de ansiedad infantil*

Los niveles de ansiedad en los participantes alcanzan una categoría Medio de ansiedad según la prueba de Ansiedad (Media = 36.56 y una  $DE = 17.34$ ). Cabe señalar que el tipo de ansiedad con mayor incidencia es el Temor a las lesiones físicas tanto para niños de 4 años y 5 años, seguido por la Ansiedad de separación,

Esto coincide con los estudios en el Perú de Piazza y Fiestas (2014) quienes señalan que el Estudio Mundial de Salud Mental (EMSM) encontró dentro de prevalencia de trastornos mentales más frecuentes a la ansiedad (7,9%): dentro del grupo de trastornos de ansiedad al trastorno de ansiedad de separación (1,2%). También confirma las investigaciones de Dougherty et al., 2013, quienes señalan que los trastornos de ansiedad son una de las formas más comunes de psicopatología en los niños en edad preescolar.

#### *Nivel de ansiedad infantil por edad*

Se encontró que el grupo de 4 años obtienen levemente mayores puntajes en la prueba de ansiedad (media = 38.08,  $DE = 17.74$ ) al compararse con grupo de 5 años (media = 35.97,  $DE = 17.08$ ). Sin embargo, estas diferencias por edad no son significativas, por tal motivo se puede afirmar que la variable edad no se relaciona con el nivel de ansiedad infantil para esta población.

Las investigaciones de Wang y Zhao (2015) resaltan la importancia de comprender y evaluar los síntomas de ansiedad en la primera infancia, para que no se ocasione un deterioro en la vida de los niños preescolares que no se tratan. En

sus investigaciones indican que los trastornos de ansiedad se inician en edad temprana con una prevalencia de 9% en la población preescolar, prevalencia comparable a la reportada para niños mayores en China. Además, ellos señalan que la ansiedad preescolar ha demostrado mantenerse estable y presente durante la infancia media y la adolescencia, y se asocia con la aparición futura de otros trastornos como la depresión y los trastornos de conducta.

Esto podría deberse al factor de desarrollo y adaptación natural, porque según algunos autores el miedo a los extraños y la ansiedad por separación tienden a desaparecer en su mayor parte con la edad (Egger & Angold, 2006; Gaumon et al., 2016; Gutiérrez, 2010; Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; Turgeon & Brousseau, 2000).

En esta misma línea, Hudson, Dodd y Bovopoulos (2011) señalan que los trastornos de ansiedad en niños de 4 años predicen trastornos de ansiedad a los 6 años, pero no se ha visto que la ansiedad se haya elevado en los niños de 5 años, aunque tendría que hacerse un seguimiento o evaluación longitudinal a los niños de 4 años, para ver si en realidad la ansiedad se mantiene.

Asimismo, Maire, Galéra, Meyer, Salla y Michel (2017) citan los estudios realizados por Hurrell, Hudson y Schniering quienes encontraron que los niños con trastorno de ansiedad tenían más dificultades para controlar las emociones negativas, lo cual podría llevar a un aumento de la misma ansiedad, baja autoestima o tristeza. La ansiedad, a su vez, podría interferir en el proceso de regulación de la emoción, aumentando las manifestaciones de este mismo.

Otra coincidencia está en encontrar que los trastornos de ansiedad infantil implican mayor deterioro funcional en niños de 3 a 5 años, especificando la relación

que existe en esta edad la detección temprana de los trastornos de ansiedad entre los 3 a 5 años de edad con la habilidad básica para el aprendizaje como es la comprensión del lenguaje, como lo señalan Martín, Granero y Ezpeleta (2014).

Por su parte las investigaciones con niños de etapa escolar o adolescentes o adultos señalan que, al realizar la atención y el tratamiento especializado a los enfermos mentales diagnosticados, indican que en su mayoría de los casos iniciaron sus patologías alrededor de los 5 años (Antón, 2014; Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010).

Al encontrar indicadores de ansiedad en la población de 4 años, respaldan lo estudios longitudinales que encontraron que los trastornos mentales en los adultos normalmente empiezan en la niñez alrededor de los 5 años, edad preescolar; cerca del 50% de los trastornos mentales en los adultos comienzan en la infancia y antes de los 14 años. Un estudio realizado en el Sudán, Filipinas, Colombia y la India reveló que el 12% a 29% de los niños de 5 a 15 años tuvieron problemas de salud mental (OMS, 2008).

En la misma línea, algunos estudios longitudinales indican que han evaluado la invariabilidad factorial de la estructura de los síntomas de ansiedad en diferentes grupos de edad (niños de 3 y 4 años, y niños de 5 y 6 años); sus resultados parecen indicar que los síntomas de ansiedad en los niños varían significativamente por edad (Bosquet & Egeland, 2006).

Dougherty et al., 2013, señalan que los trastornos de ansiedad son una de las formas más comunes de psicopatología en los niños en edad preescolar, considerando que los síntomas de ansiedad durante la primera infancia logran predecir síntomas de ansiedad posteriores.

Sin embargo, estos resultados difieren con las investigaciones que señalan que los síntomas elevados de ansiedad infantil se asocian con un mayor riesgo de ansiedad posterior y trastornos depresivos (Keenan et al., 2009); por lo que podría investigarse si es que se tiene que hacer un baremos especial por edad o incluir otras categorías del CIE-10, para evaluar ansiedad en la población de 5 años.

Robles (2005) también refiere que la ansiedad se incrementa en los niños de 4 y 5 años, porque estos niños ya son capaces de compararse con sus pares respecto a su desempeño en comprensión de lenguaje y pueden darse cuenta de sus dificultades.

Estos resultados son respaldados por Paris (2005) quien señala que los problemas de comunicación en edad preescolar en niños de 4 a 6 años tienen como componente principal la comprensión del lenguaje oral; ellos encontraron correlaciones entre ansiedad y problemas de la comprensión del lenguaje, los cuales generan a su vez ansiedad de separación.

#### *Niveles de ansiedad infantil por sexo*

Se encontró que las niñas obtienen levemente mayores niveles de ansiedad en la prueba de ansiedad (media = 37.19, *DE* = 17.12) al compararse con los niños (media = 36.96, *DE* = 17.68); aunque se encontró que la variable sexo no se relaciona con el nivel de ansiedad infantil.

Los mayores niveles de ansiedad en niñas, aunque no son tan pronunciados respecto a los niveles obtenidos por los hombres, coincide con el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002), el cual encontró una prevalencia de un 25.3% para trastornos de ansiedad: con un 30.1% en mujeres, y 20.3% en hombres.

Por otro lado, ciertos estudios en oriente con la prueba PAS de Spence sobre ansiedad en población preescolar, indican cierta invariabilidad factorial de la estructura de los síntomas de ansiedad en preescolares por sexo (hombres y mujeres), estos estudios consideran que las diferencias en las prácticas de socialización entre las culturas china y occidental (estadunidense, holandeses o australianos) pueden afectar los diferentes niveles por género (Bosquet & Egeland, 2006).

#### *Niveles de comprensión del lenguaje*

Los niños evaluados ( $N=76$ ) con la prueba de comprensión de lenguaje presentan  $\bar{x} = 42.37$  y una  $DE = 10.41$ , obteniendo una Categoría Promedio.

Estos resultados tienen coincidencia con la correlación entre el déficit de comprensión del lenguaje relacionado con ansiedad (OPS-OMS, 2009; OMS, 2008; Sineiro, Juanatey, Iglesias & Lodeiro, 2000).

Estos resultados coinciden con las investigaciones que señalan que a mayor comprensión del lenguaje oral, mayor capacidad del niño para manejar su ansiedad (Antón, 2014; Mashburn, Justice, Downer & Pianta, 2009; Robles, 2005).

A su vez coincide con las investigaciones de Desideri, Ottaviani, Cecchetto y Bonifacci (2018), quienes señalan que la ansiedad ante los exámenes puede influir negativamente en un mal rendimiento ante las pruebas.

Estos resultados coinciden con las investigaciones de Schaffner y Schiefele (2013), quienes encontraron que la comprensión del lenguaje se encontró que la capacidad de razonamiento, la capacidad de decodificación y el conocimiento de la estrategia metacognitiva predijeron significativamente la comprensión. Asimismo,

estos autores encontraron que la ansiedad ante los exámenes predijo significativamente la comprensión.

Esta relación entre la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje oral también fue establecida por Sineiro, Juanatey, Iglesias y Lodeiro (2000), quienes sugieren la importancia de evaluar la comprensión del lenguaje infantil para identificar a tiempo problemas mentales e intervenir en la edad preescolar con ayuda de los padres.

*Niveles de comprensión del lenguaje por edad.*

El grupo de 5 años obtiene mayores puntajes en la prueba de lenguaje (media = 39.03, *DE* = 10.789, Categoría Promedio) al compararse con grupo de 4 años (media = 45.16, *DE* = 9.112, Categoría Promedio), lo que comprueba que conforme los niños van creciendo, va creciendo su nivel de comprensión del lenguaje. Se puede afirmar que la variable edad del preescolar si se relaciona con el nivel de comprensión de lenguaje.

Coincidentemente, las investigaciones de Sineiro, Juanatey, Iglesias y Lodeiro (2000) y Paris (2005) señalan las correlaciones entre ansiedad y problemas de la comprensión del lenguaje en niños de 4 a 6 años se relacionan con los problemas conductuales, oposicionismo y ansiedad de separación.

Robles (2005) precisa que los niños entre 4 y 5 años ya son capaces de comparar con sus pares sus habilidades o deficiencias en lenguaje oral y por lo tanto, pueden notar sus carencias, lo cual influiría en sus niveles de ansiedad. Precisa que todas las actividades orales producen un alto grado de diversos tipos de ansiedad.

*Niveles de comprensión del lenguaje por sexo.*

Al comparar el rendimiento de los niños y niñas en comprensión del lenguaje, los resultados muestran que casi no existe diferencia en los puntajes por sexo, por lo tanto, se encontró que la variable sexo no se relaciona con el nivel de comprensión del lenguaje.

**Limitaciones**

La mayor limitación que tiene la investigación es que sus resultados son sólo aplicables a la población específica de estudio, es decir el centro educativo seleccionado para esta investigación, no se pueden generalizar los hallazgos de esta investigación a la población de niños menores de 5 años en Lima. Sin embargo, estos resultados pueden considerarse como una investigación piloto que puede ser una guía para replicar en otras poblaciones. No es recomendable hacer una réplica para todo el Perú sino máximo por regiones, porque la diversidad cultural del Perú hace que el factor lenguaje requiera una adaptación de las pruebas a cada una de estas microculturas para que cualquier prueba logre obtener validez y confiabilidad. Lo ideal sería hacer réplicas a nivel distrital o provincial o máximo regional, considerando la variable de nivel socioeconómico.

Asimismo, se necesitan estudios longitudinales para aclarar la secuencia causal de la relación de la ansiedad en preescolares y comprender mejor su relación con la comprensión de lenguaje del niño con la ansiedad.

Otro limitante, es que en la actualidad no existen otras pruebas específicas para evaluar comprensión del lenguaje en preescolares que sean cortas o sencillas, para obtener mejor validez y confiabilidad de la prueba PCL; la mayoría de las pruebas son parte de una Batería de pruebas que abarcan la variable comprensión

del lenguaje con 4 subtest como es la reconocida escala de Wechsler para preescolar y primaria - WPSSI-IV para edades de 4 años 0 meses a 7 años 7 meses; pero tendría que evaluarse toda la batería para que tenga validez.

Se necesita identificar qué factores psicológicos están relacionados con el problema de ansiedad infantil, para realizar una intervención psicoterapéutica efectiva y eficaz. Pero sí es un gran avance encontrar que otras investigaciones ya han encontrado una relación entre ansiedad infantil y comprensión del lenguaje, y señalan que es importante el desarrollo de comprensión de lenguaje en el niño para que el mismo niño tenga mejor pronóstico para manejar su ansiedad y evitar que ésta se vuelva patológica.

A pesar de sus limitaciones, igual los resultados muestran un campo exploratorio para la psicología clínica en los niños menores de 5 años en Lima y con posibilidades de extrapolarse en el Perú.

Otra implicancia práctica es que, al tener ciertos indicadores de ansiedad por edad, se podrán implementar programas específicos por edades, y ya no por salones (los cuales tienen niños de diferentes edades: aunque sean sólo meses de diferencia, sabemos que en la edad inicial estas diferencias son significativas en los ritmos de crecimiento del niño). A futuro se puede hacer evaluaciones de la ansiedad por grupos de edad con 6 meses de diferencia, para ver si encontramos mayores diferencias de ansiedad por grupos de edad.

Respecto al nivel socioeconómico, el mismo estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima (EESM, 2002), señala que en el grupo de pobres no extremos existe una tendencia a padecer de más trastornos de ansiedad, la explicación que ellos señalan es que se debe a un grupo humano que está en la

constante lucha por no sucumbir a la pobreza extrema; la asociación entre pobres no extremos y ansiedad es evidente. Por ello se escogió la zona de Ate para realizar esta investigación, por sus características socioeconómicas.

Durante la entrega personal de los consentimientos informados, es que los padres tienen un notable interés por el desarrollo cognitivo de sus hijos más que por su estado emocional, lo cual fue un motivador que se usó para conseguir la participación voluntaria de los padres; sólo algunos padres estaban interesados en el estado emocional de sus hijos menores de cinco años, se observó que los padres que estaban interesados en el estado emocional de sus hijos menores de 5 años, eran de aquellos niños que tenían constantes llamadas de atención de la maestra por llorar, golpear a otros niños, o desatención. Si bien esta variable fue observada durante la aplicación de la investigación, puede ser un elemento que se evalúe a futuro con precisión, para encontrar mejores motivadores para involucrar a los padres en el desarrollo emocional de sus hijos desde edades tempranas.

## CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

En relación con la hipótesis de estudio se encontró una relación inversa entre la ansiedad infantil y comprensión del lenguaje ( $r = -.295$ ), es de una correlación de intensidad leve-mediana y negativa.

Los niveles de ansiedad en los participantes obtienen una categoría Medio de ansiedad (Media = 36.56 y una  $DE = 17.34$ ); con mayor incidencia en la categoría Temor a las lesiones físicas, seguido por la Ansiedad de separación.

Los niños de 4 años obtienen levemente mayores puntajes en la prueba de ansiedad (media = 38.08,  $DE = 17.74$ ) al compararse con grupo de 5 años (media = 35.97,  $DE = 17.08$ ). Sin embargo, la variable edad no está determinada por el nivel de ansiedad infantil. Las niñas obtienen levemente mayores niveles de ansiedad (media = 37.19,  $DE = 17.12$ ) al compararse con los niños (media = 36.96,  $DE = 17.68$ ), aunque las diferencias no son significativas: la variable sexo no está determinada por el nivel de ansiedad infantil.

En comprensión del lenguaje, el grupo de 5 años obtiene mayores puntajes en la prueba de lenguaje (media = 39.03,  $DE = 10.79$ , Categoría Promedio) al compararse con grupo de 4 años (media = 45.16,  $DE = 9.11$ , Categoría Promedio). La comprensión del lenguaje sí está influenciada por la variable edad del niño para esta población: a mayor edad, mejor nivel de comprensión del lenguaje oral. Asimismo, se encontró que la variable sexo no determina el nivel de comprensión del lenguaje.

## **RECOMENDACIONES**

- Evaluar la relación entre ansiedad y comprensión del lenguaje desde la edad de los 3 años 0 meses, y evaluar si existen diferencias significativas por edad o sexo.
- Implementar un programa de validación de la prueba de ansiedad para preescolares de Spence, con un muestreo estadístico para Lima Metropolitana, y luego para las regiones del Perú.
- Podría implementarse las nuevas prácticas de la terapia cognitiva conductual basada en la exposición como proponen Banneyer, Bonin, Price, Goodman y Storch (2018), quienes han desarrollado programas específicos para satisfacer las necesidades específicas de preescolares, incluyendo a los padres en el tratamiento infantil, trabajos en computadora y en línea, sistemas de realidad virtual y aumentada para la práctica de exposición a elementos que generen ansiedad a los niños.
- Con los niños de 4 años de edad se puede aplicar la propuesta psicoterapéutica de Kershaw, Farrell, Donovan y Ollendick (2017), quienes realizaron una sesión de tratamiento con terapia cognitiva conductual combinada con terapia de juego centrada en el niño, todo por 1 hora, con otras 2 o 3 horas de apoyo vivencial.
- Otro elemento a considerar, son los reportes de sueño, ya que los niños con trastornos de ansiedad suelen presentar problemas del sueño como señala Alfano (2018), quien investiga las quejas subjetivas del sueño y las alteraciones

objetivas del sueño en niños, incluyendo la posibilidad de cambios de sueño después de terapia cognitiva conductual centrada en la ansiedad.

- Como en esta población se encontró que un 78% de los niños viven con ambos padres, nos indica que los padres pueden ser agentes activos para las intervenciones en psicoterapia para sus hijos. En esta misma línea la Organización Mundial de la Salud (2013), señalan que en las intervenciones longitudinales en prevención de trastornos mentales perinatales tan frecuentes como la ansiedad infantil, con madres de países de ingresos bajos o medios, después de 3 años de intervención sistemática, se logra mejora el desarrollo cognitivo del niño.
- Se puede investigar la eficacia de la imaginería mental, que es percibir con los sentidos de la mente en ausencia de un estímulo externo; este estudio puede potenciarse por el uso de las nuevas tecnologías y técnicas de evaluación cerebral. Es así que Morina, Deeprose, Pusowski, Schmid y Holmes (2011), encontraron que los pacientes con ansiedad generan imágenes negativas respecto al futuro, las cuales podrían trabajarse con el uso de la tecnología de la realidad aumentada específicamente diseñada para trabajar ansiedad infantil en niños de 4 y 5 años de edad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213-232.
- Affrunti, N. & Woodruff-Borden, J. (2017). The Roles of Anxious Rearing, Negative Affect, and Effortful Control in a Model of Risk for Child Perfectionism. *Journal of Child & Family Studies*, *26*(9), 2547-2555. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0767-8>
- Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2017). Emotional Control Mediates the Association Between Dimensions of Perfectionism and Worry in Children. *Child Psychiatry and Human Development*, *48*(1), 73-81. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0654-3>
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad Y Depresión: El Problema De La Diferenciación a Través De Los Síntomas. *Salud Mental*, *30*(2), 33-41. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=25345984&lang=es&site=ehost-live>
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Alfano, C. A. (2018). Conceptualizing Sleep Among Children with Anxiety Disorders: Where to Next? *Clinical Child And Family Psychology Review*, *21*(4), 482-499. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0267-4>
- Alloway, T. P., Rajendran, G., & Archibald, L. M. D. (2009). Working memory in children with developmental disorders. *Journal of Learning Disabilities*, *42*(4), 372-382. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0022219409335214>
- Alliende, F. & Condemarin, M. (1990). *La lectura: Teoría, evaluación y desarrollo*. (3a. ed.). Santiago de Chile: Andrés Bello.
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association*. (5a. ed.) Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Antón, A. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad a la hora de dormir. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, *1*(1), 37-43. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147183004>
- Antony, M. M., & Stein, M. B. (Eds.). (2009). Oxford library of psychology. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York: Oxford University Press.
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación*. Introducción a la Metodología Científica. (5a. ed.). Caracas: Episteme.
- Ballesteros, J. (2015). *Un estudio de la ansiedad escénica en los músicos de los conservatorios de la Región de Murcia* (Tesis doctoral, Universidad de

- Murcia). Recuperado de [https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/45626/1/Tesis\\_Doctoral\\_Jose\\_Ballester.pdf](https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/45626/1/Tesis_Doctoral_Jose_Ballester.pdf)
- Banneyer, K. N., Bonin, L., Price, K., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances. *Current Psychiatry Reports*, 20(8), 65. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0924-9>
- Barendse, M. E. A., Simmons, J. G., Byrne, M. L., Patton, G., Mundy, L., Olsson, C. A., Whittle, S. (2018). Associations between adrenarcheal hormones, amygdala functional connectivity and anxiety symptoms in children. *Psychoneuroendocrinology*, 97,156–163. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.020>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *The American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=11280938&lang=es&site=ehost-live>
- Barrett, P. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review*,20,4, 479–494. Griffith University. Recuperado de [http://uploads.friendsresilience.org/wp-content/uploads/2016/12/05023926/Barrett-2000-Treatment-of-childhood-anxiety\\_ClinicalPsychologyReview.pdf](http://uploads.friendsresilience.org/wp-content/uploads/2016/12/05023926/Barrett-2000-Treatment-of-childhood-anxiety_ClinicalPsychologyReview.pdf)
- Beaudreau, S. A., & O’Hara, R. (2009). The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community-dwelling older adults. *Psychology and Aging*, 24(2), 507–512. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/a0016035>
- Beitchman, J. (1996). *Language, learning, and behavior disorders: developmental, biological, and clinical perspectives*. Cambridge: University Press.
- Bergeron, L., Valla, J. P., & Gauthier, A. K. (2007). L’épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. In L. Turgeon & P.L. Gendreau (Eds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (11 – 47). Marseille, France: Les Éditions Solal.
- Berggren, N., Curtis, H. M., & Derakshan, N. (2017). Interactions of emotion and anxiety on visual working memory performance. *Psychonomic Bulletin & Review*, 24(4), 1274–1281. Recuperado de <https://doi.org/10.3758/s13423-016-1213-4>
- Best, J. (2002). *Psicología cognoscitiva*. (5a. ed.). México D.F.: Thomson
- Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Costello, E., Foley, D.L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (12), 1174 – 1183.

- Britton, G. I., Neale, S. E., & Davey, G. C. L. (2019). The effect of worrying on intolerance of uncertainty and positive and negative beliefs about worry. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 62, 65–71. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.002>
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18 (2), 517 – 550.
- Caballo, V. & Simón, M. (2007). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.
- Cacciari, C., Corradini, P., & Ferlazzo, F. (2018). Cognitive and Personality Components Underlying Spoken Idiom Comprehension in Context. An Exploratory Study. *Frontiers in Psychology*, 9, 659. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00659>
- Canen, M. J., & Brooker, R. J. (2017). ERN, theta power, and risk for anxiety problems in preschoolers. *Biological Psychology*, 123, 103–110. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.12.003>
- Caporino, N. E., Read, K. L., Shiffrin, N., Settapani, C., Kendall, P. C., Compton, S. N., ... Albano, A. M. (2017). Sleep-Related Problems and the Effects of Anxiety Treatment in Children and Adolescents. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology: The Official Journal For The Society Of Clinical Child And Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division* 53, 46(5), 675–685. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1063429>
- Carpenter, A. L., Pincus, D. B., Furr, J. M., & Comer, J. S. (2018). Working From Home: An Initial Pilot Examination of Videoconferencing-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Youth Delivered to the Home Setting. *Behavior Therapy*, 49(6), 917–930. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.007>
- Catalán, A. (2013). *La ansiedad escénica en estudiantes de conservatorios profesionales de música y su relación con el optimismo, la autoeficacia y el feedback*. (Tesis de maestría, Universidad de Zaragoza). Recuperado de <http://zaguan.unizar.es/record/13243#>
- Cheie, L., Veraksa, A., Zinchenko, Y., Gorovaya, A., & Visu-Petra, L. (2015). A cross-cultural investigation of inhibitory control, generative fluency, and anxiety symptoms in Romanian and Russian preschoolers. *Child Neuropsychology: A Journal On Normal And Abnormal Development In Childhood And Adolescence*, 21(2), 121–149. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/09297049.2013.879111>
- Cheie, L., Miclea, M., & Visu-Petra, L. (2014). What was I supposed to do? Effects of individual differences in age and anxiety on preschoolers' prospective memory. *International Journal of Behavioral*
- Comer, J. S., Puliafico, A. C., Aschenbrand, S. G., McKnight, K., Robin, J. A., Goldfine, M. E., & Albano, A. M. (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 40–49. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.011>

- Costello, E., Egger, H.L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14 (4), 631 – 648.
- Creswell, C., Murray, L., & Cooper, P. (2014). Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 453–465. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9795-z>
- Crocker, M. (1996). *Computational psycholinguistics: An interdisciplinary approach to the study of language*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Davis, K., Margolis, A. E., Thomas, L., Huo, Z., & Marsh, R. (2018). Amygdala sub-regional functional connectivity predicts anxiety in children with reading disorder. *Developmental Science*, 21(5), e12631. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/desc.1263>
- DeLuca, A. K., Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Butters, M. A., Karp, J. F., Dew, M. A., ... Reynolds III, C. F. (2005). Comorbid anxiety disorder in late life depression: association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 848–854. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/gps.1366>
- Desideri, L., Ottaviani, C., Cecchetto, C. & Bonifacci, P. (2018). Mind wandering, together with test anxiety and self-efficacy, predicts student's academic self-concept but not reading comprehension skills. *The British Journal of Educational Psychology*. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/bjep.12240>
- Domènech-Llaberia, E. (1996). *ESAP - Escala de sintomatología ansiosa preescolar o "The scale of preschool anxiety symptomatology", para preescolares de 3 a 6 años*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Dodd, H. F. & Hudson, J. L. (2011). Parent-child CBT reduces anxiety disorders among children aged 4-7 years. *Evidence-Based Mental Health*, 14(1), 18. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/ebmh.14.1.18>
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J., ... Klein, D. N. (2013). Preschool Anxiety Disorders: Comprehensive Assessment of Clinical, Demographic, Temperamental, Familial, and Life Stress Correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 577–589. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.759225>
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., Kennedy, S. J. & Spence, S. H. (2010). The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: The revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 400-409.
- Egger, H.L., & Angold, A. (2006). Anxiety disorders. *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment* (pp. 137 – 164). New York: Guilford Press.
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 441–459. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/8463100\\_Mutual\\_influences\\_on\\_maternal\\_depression\\_and\\_child\\_adjustment\\_problems](https://www.researchgate.net/publication/8463100_Mutual_influences_on_maternal_depression_and_child_adjustment_problems)
- Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38(3), 136. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/buy/1998-00576-002>

- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2003). The Relative Contribution of Diagnostic and Psychosocial Factors in the Prediction of Adolescent Suicidal Ideation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(3), 386–395. Recuperado de [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203pass:\\_07](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203pass:_07)
- Gao, Y., Pan, B., Sun, W., Wu, H., Wang, J. & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 141.
- Gaumon, S., Paquette, D., Cyr, C., Émond, N. M., & St, A. M. (2016). Anxiety and Attachment to the Mother in Preschoolers Receiving Psychiatric Care: The Father-Child Activation Relationship as a Protective Factor. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 372–387. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/imhj.21571>
- Gaite, L., Ramírez, N., Herrera, S. & Vásquez-Barquero, J. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Archivos de Neurobiología*, 60 (2), 91-111.
- Gilbert, K. E., Tonge, N. A. & Thompson, R. J. (2018). Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 88–96. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.006>
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28 (1), 25 – 35.
- Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M., & Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, 23(2), 289-294.
- González Barrón, R. (2005). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2008). The interdisciplinary council on developmental and learning disorders diagnostic manual for infants and young children an overview. *Journal of The Canadian Academy of Child and adolescent Psychiatry*, 17(2), 76–89. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18516310&lang=es&site=ehost-live>
- Gutiérrez, J. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México, D.F.: Cengage Learning Latinoamérica.
- Hanton, S., Wade, R., & Mellalieu, S. (2008). Advanced Psychological Strategies and Anxiety Responses in Sport. *Sport Psychologist*, 22(4), 472–490. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=35719368&lang=es&site=ehost-live>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4a. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México, D.F. : Mc Graw-Hill.
- Hernández Sampieri, R. (n.d.). *El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: hacia un modelo integral*. Recuperado de <http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/1>

- ogin.aspx?direct=true&db=cat02225a&AN=pucp.415465&lang=es&site=eds-live&scope=site
- Hernández-Pozo, M., Ramírez-Guerrero, N., López-Cárdenas, S., & Macías-Martínez, D. (2015). Relación entre ansiedad, desempeño y riesgo de deserción en aspirantes a bachillerato. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 45-57. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297233780003>
- Hopkins, E. (2002). *Homenaje a Luis Jaime Cisneros*. Lima: Fondo editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hopkins, J., Lavigne, J. V., Gouze, K. R., LeBailly, S. A., & Bryant, F. B. (2013). Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: evidence for common and specific factors. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 705–722. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9723-2>
- Hudson, J. L., Dodd, H. F., & Bovopoulos, N. (2011). Temperament, family environment and anxiety in preschool children. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 939–951. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9502-x>
- Hughes, A.A., Lourea-Waddell, B. & Kendall, P.C. *Child Psychiatry Hum Dev* (2008) 39: 211. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0082-5>. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-007-0082-5>
- Infante, P. & Domènech-Llaberia, E. (1999). *Evaluación de la ansiedad en preescolares: resultados de validación en la escala de ansiedad infantil ESAP*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (2005). Diagnostic manual for infancy and early childhood: mental health, developmental, regulatory-sensory processing, language and learning disorders. *Bethesda: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders*.
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2002). *Anales de Salud Mental*, 18 (1), (2).
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2003). Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 19 (1), (2).
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (2012). *Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima y Callao Replicación 2012*. Vol. XXVIX (1)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2018). *Encuesta Nacional de Hogares*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2014). *Condiciones de Vida en el Perú. Informe Técnico Marzo 2014: Octubre - Noviembre - Diciembre 2013*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2014). Sistema de Información Regional para la toma de decisiones. Recuperado de [webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD/inicio.html#app=8d5c&49c3-selectedIndex=1&93f0-selectedIndex=1](http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD/inicio.html#app=8d5c&49c3-selectedIndex=1&93f0-selectedIndex=1)

- Instituto Nacional de Salud – INS (2015). *Matriz de Prioridades Regionales 2015-2021*. Recuperado de [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/mater\\_prior/Prioridades\\_Regionales\\_2015\\_-\\_2021\\_25mayo2015\\_Matriz.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/mater_prior/Prioridades_Regionales_2015_-_2021_25mayo2015_Matriz.pdf)
- Instituto Nacional de Salud – INS (2016). Aprobación y publicación de Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2016-2021. Recuperado de <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/ogitt/prioridades/5a%20Prioridades%20Nacionales%20de%20Investigación.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2008). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental*, XXIV, 1 y 2. Lima Hecho el Deposito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú, 96-1524 Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-LR/files/res/downloads/book.pdf>
- Kashani, J.H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147 (3), 313 – 318.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(9), 1167–1175. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02080.x>
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. (4a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Kershaw, H., Farrell, L. J., Donovan, C., & Ollendick, T. (2017). Cognitive Behavioral Therapy in a One-Session Treatment for a Preschooler with Specific Phobias. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(1), 7–22. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.1.7>
- Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2007). Disorders of childhood. *Abnormal psychology*(10), 449 – 496. In A.M.K. John Wiley & Sons.
- Kocovski, N. L., & Endler, N. S. (2000). Social anxiety, self-regulation, and fear of negative evaluation. *European Journal of Personality*, 14(4), 347–358. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=11819819&lang=es&site=ehost-live>
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35(11):1502-10.
- Lonigan, C.J., & Phillips, B.M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60 – 91). New York: Oxford University Press.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M., & Hooe, E. S. (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 71(3), 465–481. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=12795571&lang=es&site=ehost-live>

- Lonigan, C. J., Vasey, M. W., Phillips, B. M., & Hazen, R. A. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology: The Official Journal For The Society Of Clinical Child And Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 33(1), 8–20. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=15028537&lang=es&site=ehost-live>
- Luria, A. (2000). *Conciencia y Lenguaje*. (4a. ed.). Madrid: Visor.
- Maire, J., Galéra, C., Meyer, E., Salla, J., & Michel, G. (2017). Is emotional lability a marker for attention deficit hyperactivity disorder, anxiety and aggression symptoms in preschoolers? *Child & Adolescent Mental Health*, 22(2), 77–83. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/camh.12168>
- Marchant, T. (1997). *Como desarrollar el lenguaje oral y escrito*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Martín, V., Granero, R. & Ezpeleta, L. (2014). Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema*, 26, (1), 27-32.
- Mascioli, K. (2014). *Mindfulness and its Ability to Alleviate State and Trait Anxiety in College Students*. Senior Theses, Trinity College, Hartford, CT 2014. Trinity College Digital Repository, Recuperado de <http://digitalrepository.trincoll.edu/theses/427>
- Mashburn, A., Justice, L., Downer, J. & Pianta, R. (2009). Peer effects on children’s language achievement during pre-kindergarten. *Child Development*, 80 (3), 686-702.
- Mehrens, W. A. (1997). Validating licensing and certification test score interpretations and decisions: a response. *Applied Measurement in Education*, 10(1), 97–104. Recuperado de [https://doi.org/10.1207/s15324818ame1001pass:\[\]6](https://doi.org/10.1207/s15324818ame1001pass:[]6)
- McGuire, L. C., Ford, E. S., & Ajani, U. A. (2006). The impact of cognitive functioning on mortality and the development of functional disability in older adults with diabetes: the second longitudinal study on aging. *BMC Geriatrics*, 6,8. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16650284&lang=es&site=ehost-live>
- McMahon, E., Corcoran, P., O’Regan, G., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., ... Nemes, B. (2017). Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(1), 111–122. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0875-9>
- Merikangas, K. R., & Swanson, S. A. (2010). Comorbidity in anxiety disorders. *Current Topics In Behavioral Neurosciences*, 2, 37–59. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21309105&lang=es&site=ehost-live>
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75–81. Recuperado de <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2598>

- Mian, N. D., Carter, A. S., Pine, D. S., Wakschlag, L. S., & Briggs, G. M. J. (2015). Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 56(9), 1017–1025. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jcpp.12407>
- Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2011). An Ecological Risk Model for Early Childhood Anxiety: The Importance of Early Child Symptoms and Temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 501–512. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9476-0>
- Ministerio de Salud Perú - MINSA & Organización Mundial de la Salud-OMS (2008). *Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008*. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/saludmental.pdf>
- Ministerio de Salud Perú - MINSA (2004). *Lineamientos para la acción en la salud mental*. Recuperado de <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/discapacidad/tematico/salud-rehabilitacion/Lineamiento-Salud-Mental.pdf>
- Ministerio de Salud Perú - MINSA (2001). Cuadros estadísticos. Sub-Programa Nacional de Salud mental Dirección General Salud de las Personas Lima: MINSA.
- Molina, J., Sandín, B. & Chorot, P. (2014). Sensibilidad a la ansiedad y presión psicológica: Efectos sobre el rendimiento deportivo en adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 14,(1), 45-54.
- Morina N., Deeptose C., Pusowski C., Schmid M., and Holmes E.A. (2011). Prospective mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorder* 25,(1032-1037)
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV: guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413–1423. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Centro de Prensa. *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2013). Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin World Health Organization*, 91,593–601. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-109819.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-)

- mental-mas-frecuente-&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2008) mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS (2013). Salud en las Américas: Perú. Última actualización el Jueves 11 de Abril de 2013. Recuperado de [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=51&option=com\\_content#ref19](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=51&option=com_content#ref19)
- Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS (2009). *Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS, Perú, 2010-2014*. Recuperado de [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsperuspanish.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsperuspanish.pdf)
- Orgilés, M., Penosa, P., Fernández, M. I., Marzo, J. C., & Espada, J. P. (2018). Spanish validation of the Spence Preschool Anxiety Scale. *Child: Care, Health & Development*, 44(5), 753–758. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/cch.12593>
- Paris, S. (2005, abril, mayo, junio). Reinterpreting the development of reading skills. *Reading Research Quarterly*, 40(2), 184-202
- Phillips, B. M., Lonigan, C. J., Driscoll, K., & Hooe, E. S. (2002). Positive and negative affectivity in children: a multitrait-multimethod investigation. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology: The Official Journal For The Society Of Clinical Child And Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 31(4), 465–479. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=12402566&lang=es&site=ehost-liv>
- Piazza M & Fiestas F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental, *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2014, 31(1): 30-38.
- Raffield, L. M., Brenes, G. A., Cox, A. J., Freedman, B. I., Hugenschmidt, C. E., Hsu, F.-C., ... Bowden, D. W. (2016). Associations between anxiety and depression symptoms and cognitive testing and neuroimaging in type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 30(1), 143–149. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.09.010>
- Ramsawh, H. J., Bomyea, J., Stein, M. B., Cissell, S. H., & Lang, A. J. (2016). Sleep Quality Improvement During Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 14(3), 267–278. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15402002.2014.981819>
- Ramsawh, H. J., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2010). Burden of anxiety disorders in pediatric medical settings: prevalence, phenomenology, and a research agenda. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(10), 965–972. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.170>
- Reeve, J. (2013). How Students Create Motivationally Supportive Learning Environments for Themselves: The concept of agentic engagement. *Journal*

- of *Educational Psychology*. *American Psychological Association*, 105(3), 579-595.
- Reeve, J. (2012). A Self-determination Theory Perspective on Student Engagement. *Handbook of Research on Student Engagement*, 7, 149-172. Korea: Springer Science Business Media.
- Rivière, A. (2003). Lenguaje, simbolización y alteraciones del desarrollo. (Vol. 2). *Obras Escogidas*. Madrid: Médica Panamericana.
- Robles, R. (2005). Language learning anxiety in a group of psychology students at Universidad del Norte. *Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte* 6, 59-81.
- Roncal, S.J. (2010). *Prueba de comprensión del lenguaje oral para niños de 4 a 5 años en Lima* (Tesis para optar el título de licenciada en psicología educacional) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Schaffner, E., & Schiefele, U. (2013). The prediction of reading comprehension by cognitive and motivational factors: Does text accessibility during comprehension testing make a difference? *Learning & Individual Differences*, 26, 42–54. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.04.003>
- Schuermans, A. A. T., Nijhof, K. S., Engels, R. C. M. E., & Granic, I. (2018). Using a Videogame Intervention to Reduce Anxiety and Externalizing Problems among Youths in Residential Care: an Initial Randomized Controlled Trial. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 40(2), 344–354. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9638-2>
- Schuermans, J., & van Balkom, A. (2011). Late-life anxiety disorders: a review. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 267–273. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0204-4>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividad Fortaleza*, 3(1), 10–59.
- Sineiro, C., Juanatey, P., Iglesias, M., & Lodeiro, O. (2000). Problemas socioemocionales y habilidades lingüísticas en preescolares. *Psicothema*, 12(3), 412-417.
- Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. (2a. ed.). México D.F.: Trillas.
- Southam-Gerow, M. A., Chorpita, B. F., Miller, L. M., & Gleacher, A. A. (2008). Are children with anxiety disorders privately referred to a university clinic like those referred from the public mental health system? *Administration And Policy In Mental Health*, 35(3), 168–180. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18046640&lang=es&site=ehost-live>
- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), 605-625.
- Spence, S., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293 - 1316.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (5), 545-566.

- Spence, S.H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280-297.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1984). Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of Personality Assessment, 48*(1), 95-97. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=6707862&lang=es&site=ehost-live>
- Thorne, C. (2005). *Contexto Sociocultural, desarrollo del niño y lectura inicial en el Perú. Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 23* (1), 139-163.
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2000). Prevention of anxiety problems in young people. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prevention of adjustment problems in children and adolescents, Tomel. Internalizing problems*. Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Valiente, R., Sandín, B. & Chorot, P. (2012). El miedo en niños y adolescentes. *Crítica, 62*(977), 23-27.
- Van Bockstaele, B., Notebaert, L., MacLeod, C., Salemink, E., Clarke, P. J. F., Verschuere, B., Wiers, R. W. (2018). The effects of attentional bias modification on emotion regulation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 62*, 38-48. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.010>
- Villalón, M. (2008). *Alfabetización inicial: Claves de acceso a la lectura y escritura desde los primeros meses de vida*. Santiago de Chile: CIP - Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Wang, M., & Zhao, J. (2015). Anxiety Disorder Symptoms in Chinese Preschool Children. *Child Psychiatry & Human Development, 46*(1), 158-166. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0461-7>
- Warren, S. L., Ollendick, T. H., & Simmens, S. J. (2008). Reliability and validity of the Fear Survey Schedule for Infants-Preschoolers. *Depression and Anxiety, 25*(12), E205-E207. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17594725&lang=es&site=ehost-live>
- Weems, C. F., & Stickle, T. R. (2005). Anxiety disorders in childhood: casting a nomological net. *Clinical Child And Family Psychology Review, 8*(2), 107-134. Recuperado de <http://bibvirtual.upch.edu.pe:2085/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=15984083&lang=es&site=ehost-live>
- Weiner, O. M., & Dang-Vu, T. T. (2016). Spindle Oscillations in Sleep Disorders: A Systematic Review. *Neural Plasticity, 2016*, 7328725. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2016/7328725>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., ... Gibbons, R. D. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial. *Archives Of General Psychiatry, 69*(3), 274-282. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>

- Wenzel, A. (2007). Cognitive Theory of Anxiety Disorders: Core Theoretical and Empirical Developments. En: *Cognitive Therapy Today*, 12 (1). Recuperado de <https://psychwire.com>
- White, J., & Hudson, J. (2016). The Metacognitive Model of Anxiety in Children: Towards a Reliable and Valid Measure. *Cognitive Therapy & Research*, 40(1), 92–106. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9725-1>
- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas, I., Gómez-Becerra, I., & Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 8(1), 23–37.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CRONOGRAMA

Tarea	Duración	Materiales
Adaptación "Prueba de Ansiedad de Spence para niños en edad preescolar"	Semana 1, 2, 3 y 4	Protocolos
Revisión de las traducciones de la prueba "Prueba de Ansiedad de Spence para niños en edad preescolar"	Semana 2 y 3	Protocolos
Criterio jueces para adaptación de prueba	Semana 3, 4,5	Protocolos
Aplicación piloto para la adaptación de "Prueba de Ansiedad de Spence para niños en edad preescolar"	Semana 5,6,7,8	Protocolos
Contacto con nidos o centros de educación inicial	Semana 5, 6, 7	Cartas de presentación de universidad
Entrega de consentimientos informados a padres y recolección de autorización.	Semana 8, 9	Protocolos
Aplicación de pruebas	Semana 8 a 10	Protocolos
Corrección de pruebas	Semana 9 a 10	
Análisis estadísticos	Semana 11	

## ANEXO 2

### RECURSOS

#### *Acceso a fuentes de información*

- Lista de las niñas y niños matriculados en los salones para 4 años y para 5 años en el centro inicial, con fechas de nacimiento.

#### *Infraestructura*

- 1 sala pequeña para evaluar al niño dentro del mismo centro educativo.
- 1 Mesa y 2 sillas
- 1 salón con sillas: para la charla con los padres.

#### *Equipamiento*

- 1 computadora personal de la investigadora
- 1 psicóloga colegiada voluntaria y capacitada, en caso se necesite ayuda con la evaluación de los niños.

#### *Materiales*

- 300 Fotocopias Consentimientos Informados.
- 200 Protocolos de prueba: Cuestionario de ansiedad
- 150 Protocolos de prueba de Lenguaje para niños - PCL.
- 150 Fotocopias de fichas socioeconómicas
- 3 Impresiones enmicadas de la prueba PCL.
- Lapiceros, Calcomanías de caras felices para los niños
- 150 Sobres Manila para entregar a padres documentos.
- Perfiles de resultados individuales
- Folletos educativos para padres.

## ANEXO 6

### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARA PADRES O FAMILIAR

- 1) SEXO: Masculino (  ), Femenino (  )
- 2) FECHA DE NACIMIENTO: Día \_\_\_\_ / Mes \_\_\_\_ / Año 20 \_\_\_\_
- 3) Hijo Único(  )
- 4) Número de hermanos: \_\_\_\_\_.
- 5) Orden entre hermanos: Primero(  ) Segundo(  ) Tercero (  ) Cuarto (  )  
Quinto(  )
- 6) NIÑO VIVE EN CASA CON: Mamá (  ), Papá (  ), Hermanos(  ), Abuelo(  ),  
Abuela(  ), Tío(  ), Tía(  ), Primos(  ), Pareja de Madre(  ), Pareja de Padre(  )  
Otro: \_\_\_\_\_
- 7) ¿NIÑO(A) VA AL NIDO?: SI (  ) NO (  )
- 8) El niño(a) va a la Guardería o Nido desde que tiene: 1 año(  ), 2 años(  ),  
3 años(  ), 4 años(  ), 5 años(  )

TRABAJO USUAL DE LOS PADRES: (Por ejemplo: mecánico, ama de casa, jardinero, profesor, sargento de ejército, zapatero, gerente)

- 9) TRABAJO DEL PADRE: \_\_\_\_\_
- 10) TRABAJO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_
- 11) ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: Mamá(  ) Papá(  )  
Hermano(  ) Abuelo(  ) Abuela(  ) Tío(  ) Tía(  ) Primo(  ) Pareja de Madre(  )  
Pareja de Padre(  ) Otro: \_\_\_\_\_

# ANEXO 7

## PROTOCOLO DE LA PRUEBA ANSIEDAD EN NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR- PRESCHOOL ANXIETY SCALE (SPENCE, RAPEE, MCDONALD, & INGRAM, 2001).

	Not True at All	Seldom True	Sometimes True	Quite Often True	Very Often True
18	0	1	2	3	4
19	0	1	2	3	4
20	0	1	2	3	4
21	0	1	2	3	4
22	0	1	2	3	4
23	0	1	2	3	4
24	0	1	2	3	4
25	0	1	2	3	4
26	0	1	2	3	4
27	0	1	2	3	4
28	0	1	2	3	4
29	0	1	2	3	4

18 Has to have things in exactly the right order or position to stop bad things from happening.....

19 Worries that he/she will do something embarrassing in front of other people.....

20 Is afraid of insects and/or spiders.....

21 Has bad or silly thoughts or images that keep coming back over and over.....

22 Becomes distressed about your leaving him/her at preschool/school or with a babysitter.....

23 Is afraid to go up to group of children and join their activities.....

24 Is frightened of dogs.....

25 Has nightmares about being apart from you.....

26 Is afraid of the dark.....

27 Has to keep thinking special thoughts (e.g., numbers or words) to stop bad things from happening.....

28 Asks for reassurance when it doesn't seem necessary.....

29 Has your child ever experienced anything really bad or traumatic (e.g., severe accident, death of a family member/friend, assault, robbery, disaster).....

Please briefly describe the event that your child experienced.....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If you answered **NO** to question 29, please do not answer questions 30-34. If you answered **YES**, please **DO** answer the following questions.

**Do the following statements describe your child's behaviour since the event?**

	YES	NO
30	0	1
31	0	1
32	0	1
33	0	1
34	0	1

30 Has bad dreams or nightmares about the event.....

31 Remembers the event and becomes distressed.....

32 Becomes distressed when reminded of the event.....

33 Suddenly behaves as if he/she is reliving the bad experience.....

34 Shows bodily signs of fear (e.g., sweating, shaking or racing heart) when reminded of the event.....

© 1999 Susan H. Spence and Ronald Rapee

### PRESCHOOL ANXIETY SCALE (Parent Report)

Your Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Your Child's Name: \_\_\_\_\_

Below is a list of items that describe children. For each item please circle the response that best describes your child. Please circle the **4** if the item is **very often true**, **3** if the item is **quite often true**, **2** if the item is **sometimes true**, **1** if the item is **seldom true** or if it is **not true at all** circle the **0**. Please answer all the items as well as you can, even if some do not seem to apply to your child.

	Not True at All	Seldom True	Sometimes True	Quite Often True	Very Often True
1	0	1	2	3	4
2	0	1	2	3	4
3	0	1	2	3	4
4	0	1	2	3	4
5	0	1	2	3	4
6	0	1	2	3	4
7	0	1	2	3	4
8	0	1	2	3	4
9	0	1	2	3	4
10	0	1	2	3	4
11	0	1	2	3	4
12	0	1	2	3	4
13	0	1	2	3	4
14	0	1	2	3	4
15	0	1	2	3	4
16	0	1	2	3	4
17	0	1	2	3	4

1 Has difficulty stopping him/herself from worrying.....

2 Worries that he/she will do something to look stupid in front of other people.....

3 Keeps checking that he/she has done things right (e.g., that he/she closed a door, turned off a tap).....

4 Is tense, restless or irritable due to worrying.....

5 Is scared to ask an adult for help (e.g., a preschool or school teacher).....

6 Is reluctant to go to sleep without you or to sleep away from home.....

7 Is scared of heights (high places).....

8 Has trouble sleeping due to worrying.....

9 Washes his/her hands over and over many times each day.....

10 Is afraid of crowded or closed-in places.....

11 Is afraid of meeting or talking to unfamiliar people.....

12 Worries that something bad will happen to his/her parents.....

13 Is scared of thunder storms.....

14 Spends a large part of each day worrying about various things.....

15 Is afraid of talking in front of the class (preschool group) e.g., show and tell.....

16 Worries that something bad might happen to him/her (e.g., getting lost or kidnapped), so he/she won't be able to see you again.....

17 Is nervous of going swimming.....

## ANEXO 8

### PROTOCOLO DE LA PRUEBA ANSIEDAD EN NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR – ADAPTADA O “CUESTIONARIO PARA PADRES”

#### CUESTIONARIO PARA PADRES, TIOS, PRIMOS, ABUELOS (QUIENES VIVAN CON EL NIÑO)

CODIGO (ANÓNIMO): \_\_\_\_\_

ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: Mamá( ) Papá( ) Hermano( ) Abuelo( ) Abuela( ) Tio( ) Tia( ) Primo( ) Pareja de Madre( ) Pareja de Padre( ) Otro: \_\_\_\_\_

TRABAJO USUAL DE LOS PADRES: (Por ejemplo: mecánico, ama de casa, jardinero, profesor, sargento de ejército, zapatero, gerente)

TRABAJO DEL PADRE: \_\_\_\_\_

TRABAJO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

Hijo Único( ) Número de hermanos: \_\_\_\_\_. Orden entre hermanos: Primero( ) Segundo( ) Tercero( ) Cuarto( ) Quinto( )

NIÑO VIVE EN CASA CON: Mamá( ), Papá( ), Hermanos( ), Abuelo( ), Abuela( ), Tio( ), Tia( ), Primos( ), Pareja de Madre( ), Pareja de Padre( ) Otro: \_\_\_\_\_

El niño(a) va a la Guardería o Nido desde que tiene: 1 año( ), 2 años( ), 3 años( ), 4 años( ), 5 años( )

Marque con una (X) en el número:

4 si la frase describe al niño(a) **"Muy a menudo, es verdad"**.

3 si la frase describe al niño(a) **"A menudo"**.

2 si la frase que describe al niño(a) **"A veces es verdad"**.

1 si la frase que describe al niño(a) **"Pocas veces es verdad"**.

0 si la descripción con respecto al niño(a) **"No es cierto en absoluto"**.

Por favor conteste todas las preguntas: SIEMPRE escoja un número.

1	Muestra dificultades para dejar de preocuparse por algo	0	1	2	3	4	21	Tiene pensamientos, o imágenes malas, o sin sentido, que rondan una y otra vez a su mente	0	1	2	3	4
2	Le preocupa hacer cosas que lo hagan parecer tonto frente a los demás	0	1	2	3	4	22	Se angustia de que lo dejen en el nido o que lo dejen al cuidado de otra persona que no sea su familia	0	1	2	3	4
3	Revisa constantemente si ha hecho las cosas bien (Ej.: si cerró la puerta, o cerró el caño)	0	1	2	3	4	23	Tiene miedo de acercarse a un grupo de niños y unirse a sus actividades	0	1	2	3	4
4	Está tenso, inquieto o irritable debido a alguna preocupación	0	1	2	3	4	24	Tiene miedo a los perros	0	1	2	3	4
5	Tiene miedo pedir ayuda a un adulto (Ej.: profesora del nido, vendedor de tienda, etc.)	0	1	2	3	4	25	Tiene pesadillas acerca de estar separado de sus padres o cuidadores	0	1	2	3	4
6	Rechaza ir a dormir sin algún familiar, o ir a dormir fuera de su casa	0	1	2	3	4	26	Tiene miedo a la oscuridad	0	1	2	3	4
7	Le asustan las alturas (Lugares altos)	0	1	2	3	4	27	Tiene que ponerse a pensar cosas especiales (por ejemplo, números o palabras) creyendo así va a evitar que sucedan cosas malas	0	1	2	3	4
8	Se le hace difícil dormir debido a alguna preocupación	0	1	2	3	4	28	Pide que le confirmen las cosas, aún cuando no parece necesario	0	1	2	3	4
9	Lava sus manos una y otra vez, muchas veces al día	0	1	2	3	4	29	¿Alguna vez su hijo ha vivido algo realmente malo o traumático? (por ejemplo, accidentes graves, la muerte de un familiar/amigo de la familia, asalto, robo, desastres)	SI	NO			
10	Tiene miedo a espacios llenos de gente, o a estar en espacios cerrados	0	1	2	3	4	Por favor, describa brevemente el evento que su hijo experimentó:						
11	Tiene miedo de conocer o hablar con gente desconocida	0	1	2	3	4	Si respondió NO a la pregunta 29, por favor, no conteste las preguntas 30-34. Si su respuesta es SI, por favor conteste las siguientes preguntas:  ¿Algunos de los siguientes ítems describe la conducta de su hijo desde que sucedió el evento?						
12	Se preocupa porque algo malo pueda suceder a sus padres	0	1	2	3	4							
13	Se asusta con los sonidos fuertes o de los fuegos artificiales	0	1	2	3	4							
14	Pasa gran parte de cada día preocupándose por varias cosas	0	1	2	3	4							
15	Tiene miedo de hablar frente a su clase del nido o colegio. Por ejemplo: exponer, contar algo, etc.	0	1	2	3	4	30	Tiene malos sueños o pesadillas sobre el evento	0	1	2	3	4
16	Le preocupa que algo malo (por ejemplo: perderse o ser secuestrado) pueda pasarle a él/ella, razón por lo cual no podrá ver a sus padres o cuidadores	0	1	2	3	4	31	Recuerda el evento y vuelve a angustiarse	0	1	2	3	4
17	Se pone nervioso cuando va a nadar	0	1	2	3	4	32	Se angustia al recordar el evento	0	1	2	3	4
18	Tiene que tener las cosas exactamente en orden o en la posición correcta para evitar que sucedan cosas malas	0	1	2	3	4	33	De repente, se comporta como si está reviviendo la mala experiencia	0	1	2	3	4
19	Le preocupa que vaya a hacer algo vergonzoso frente a otras personas	0	1	2	3	4	34	Muestra signos corporales de miedo (Por ejemplo: sudoración, temblores o palpitación del corazón) al recordar el evento	0	1	2	3	4
20	Tiene miedo a los insectos y/o arañas	0	1	2	3	4							

Mail de contacto (si desea recibir los resultados): \_\_\_\_\_

## **ANEXO 10**

### **PROCESO DE TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN A LA POBLACIÓN DE LA PRUEBA *PRESCHOOL ANXIETY SCALE - PAS***

#### ***Fase 1: Traducción y adaptación de la prueba.***

La traducción y adaptación de esta prueba será parte de esta investigación, con el método traducción y retrotraducción de Gaité, Ramírez Herrera & Vásquez (1997) y se comprobará en una muestra piloto; previa consulta a la autora principal de la prueba Susan Spence (ver Anexo 10). Un traductor certificado y dos profesores certificados de inglés para profesores tradujeron del inglés al español de la “Escala de Ansiedad Preescolar” (The Preschool Anxiety Scale) (Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001), teniendo en cuenta el sentido y la construcción gramatical de la misma. La traducción se realizó agrupando los ítems de acuerdo con las subescalas a los que pertenece cada uno. Para este proceso trabajaron en paralelo la traductora certificada y dos profesores certificados de inglés para profesores, más una profesora de inglés y castellano de habla inglés certificada en EEUU. Las traducciones de estos cuatro expertos fueron recolectadas por la investigadora en una sola traducción, la cual fue finalmente revisada por todos los expertos en traducción.

Luego se contactó a tres personas expertas en el tema de ansiedad y psicología clínica en niños, a los cuales se les presentó un documento con la versión en inglés y la traducción en español de la Escala para que la revisen. Al final de la presentación de cada ítem se introdujo una tabla en la cual las personas podían aceptar o rechazar la traducción, y en el caso de rechazarla se les pidió

escribir sus observaciones y propuesta. También se les pidió que agreguen comentarios o sugerencias globales si lo deseaban.

### ***Fase 2: Criterio de jueces***

Por medio del *criterio de jueces* se obtuvo la validez de contenido de la Escala de Ansiedad Preescolar de Spence. Se evaluó el grado en que los 34 reactivos concuerdan con los planteamientos del constructo de la prueba. Para este procedimiento se seleccionó un grupo de 17 expertos a los cuales se le entregó el material de evaluación, pero se pudieron recolectar los resultados de 8 jueces: cuatro psicólogos infanto-juveniles, una psicóloga clínica una profesora de educación inicial, una profesora con especialización en castellano de nacionalidad norteamericana con inglés como lengua materna inglés, una profesora de inglés para profesores, todos ellos con un desempeño profesional activo en su mención. Cada juez recibió: a) una carta de presentación de la prueba, b) una copia de la prueba original en inglés, c) la traducción oficial en español para la población española de Mireia Orgilés y Patricia Penosapara (2011), d) la versión de la prueba traducida y adaptada para la población de esta investigación, e) un formato estructurado para el proceso de evaluación de los ítems (instrucciones, criterios de calificación, y cuadro de validez) en la cual los expertos podían aceptar o rechazar la traducción, y en el caso de rechazarla se les pidió escribir su propuesta, comentarios o sugerencias. Con los resultados obtenidos se calcularon los porcentajes de acuerdos entre los jueces según el criterio del coeficiente V de Aiken con respecto a: pertenencia del ítem al área (A), evaluación del ítem (EI). Este coeficiente requiere un índice mínimo de 0.88 (88%) con un nivel de

significación de  $p < .05$ , para que el criterio de jueces sea aceptado. De los 34 ítems se aprobaron 34 ítems, 3 necesitaron modificación, y ningún ítem fue eliminado (Escurrea, 1988; Hernández et al., 2006; Kline, 1993), con estos resultados se organizó la presentación de los ítems según la prueba original.

Tabla

*Evaluación de ítems por los jueces según el criterio V de Aiken*

Subescala	# Ítems	(A) al 100%	(A) al 88%	(EI) al 100%	(EI) al 88%	Aprobados	Eliminados
AG	5	5	0	5	0	5	0
FS	6	6	0	5	1	6	0
OC	5	5	0	5	0	5	0
TL	7	7	0	6	1	7	0
AS	5	5	0	5	0	5	0
Sin área	6	6	0	6	0	6	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>0</b>

*Nota.* Total de ítems evaluados 34.

AG = Ansiedad Generalizada, FS = Fobia Social, OC = Obsesivo Compulsivo, TL = Temor a Lesiones físicas, AS = Ansiedad de Separación.

A = evaluación de pertenencia del ítem al área, EI = evaluación del ítem.

100% = 8 / 8 acuerdos de jueces = 1 coeficiente V de Aiken,  $p < .05$

88% = 7 / 8 acuerdos de jueces = .88 coeficiente V de Aiken,  $p < .05$ , siendo este el mínimo para que la confiabilidad por criterio de jueces sea aceptada (Escurrea, 1988).

### ***Fase 3: La Prueba piloto***

Se elaboró con las sugerencias de redacción de los jueces, ésta se aplicó a 37 niños y niñas ( $n=37$ ) del mismo centro de educación inicial que fue la población, pero a la población de un año antes y a la población de un ciclo de verano. La aplicación de la prueba piloto fue realizada por la investigadora y requirió de tres sesiones por niño: entrega de material al padre y/o entrevista para llenar el cuestionario. Se anotó el tiempo de aplicación de la prueba, con el fin de calcular el tiempo y material necesario para la aplicación a la muestra. Por esto último a la hora de entregar los cuestionarios a los padres, se consideró entregar

tres copias del cuestionario por niño, por la posibilidad de errores o pérdidas. Finalmente, los casos de la muestra piloto fueron tomados en cuenta para las muestras finales. Cabe recalcar que en todo momento se mantuvo informada sobre este proceso a Susan Spencer, autora de la prueba original, quien autorizó previamente la traducción de la escala al español.

***Fase 4: Escala de ansiedad para preescolares para aplicación a la muestra.***

Todos los ítems fueron evaluados por el análisis de confiabilidad K-R e ítem-test corregida, descartándose los ítems que tuvieran un alfa menor al 0.2. La secuencia de los ítems dentro de cada área fue organizada según lo establecido por la prueba original, ya que no se trata de una prueba de rendimiento (Kline, 1993; Mehrens, 1982). Así quedó conformada la Escala de aplicación a la muestra que contó con 34 ítems, Ansiedad Generalizada (AG) = 5 ítems, Fobia Social (FS) = 6 ítems, Obsesivo Compulsivo (OC) = 5 ítems, Temor a Lesiones físicas (TL) = 7 ítems, Ansiedad de Separación (AS) = 5 ítems, sin área = 6 ítems (véase Anexo).

## ANEXO 11

### BAREMOS DE LA ADAPTACIÓN DE LA PRUEBA DE ANSIEDAD PARA PREESCOLARES DE SPENCE

Puntaje Bruto	Frecuencia (f)	Frecuencia Acumulada (F)	Rangos Percentiles	Rangos Percentiles	Interpretación
86	1	76	99.3	99	<b>Alto</b>
77	1	75	98.0	98	
69	1	74	96.7	97	
68	1	73	95.4	95	
67	1	72	94.1	94	
65	1	71	92.8	93	
62	1	70	91.4	91	
60	1	69	90.1	90	
59	1	68	88.8	89	
56	2	67	86.8	87	
55	1	65	84.9	85	
54	1	64	83.6	84	
53	2	63	81.6	82	
52	3	61	78.3	78	
51	1	58	75.7	76	
49	1	57	74.3	74	
48	1	56	73.0	73	
46	4	55	69.7	70	
43	3	51	65.1	65	<b>Medio</b>
42	2	48	61.8	62	
40	1	46	59.9	60	
38	2	45	57.9	58	
37	1	43	55.9	56	
36	2	42	53.9	54	
35	2	40	51.3	51	
34	4	38	47.4	47	
33	1	34	44.1	44	
32	2	33	42.1	42	
31	2	31	39.5	40	
30	1	29	37.5	38	
28	4	28	34.2	34	
27	1	24	30.9	31	<b>Bajo</b>
25	3	23	28.3	28	
24	4	20	23.7	24	
22	1	16	20.4	20	
21	3	15	17.8	18	
20	2	12	14.5	15	
18	1	10	12.5	13	
17	2	9	10.5	11	
13	2	7	7.9	8	
11	2	5	5.3	5	
8	2	3	2.6	3	
4	1	1	0.7	1	

$N = 76$

Media = 37.05, DE = 17.34.

Puntaje Mínimo = 4, Puntaje Máximo = 86.



## ANEXO 15

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RANGOS PERCENTILES, PUNTAJES Z ESTANDARIZADOS, ESTIMACIÓN DE LAS CALIFICACIONES Z DE LA PRUEBA DE COMPRENSION DEL LENGUAJE - PCL

<i>P</i>	PB	<i>F</i>	F	Puntajes Zn	Z	Valor Z. de la tabla	Puntajes <i>T</i>	Interpretación
99	51	1	83	1.74	67	2.33	73	Rendimiento Superior
98	48	2	82	1.46	65	2.06	69	
96	47	1	80	1.37	64	1.76	65	
94	46	2	79	1.27	63	1.56	63	
90	45	5	77	1.18	62	1.29	61	
84	44	5	72	1.09	61	1	70	
78	43	4	67	0.99	60	0.78	68	
75	42	2	63	0.90	59	0.68	56	
72	41	2	61	0.81	58	0.59	55	
69	40	4	59	0.71	57	0.5	55	
66	39	1	55	0.62	56	0.42	54	Rendimiento promedio
63	38	4	54	0.53	55	0.34	53	
58	37	3	50	0.43	54	0.21	52	
55	35	3	47	0.25	52	0.13	51	
51	34	3	44	0.15	52	0.03	50	
48	33	2	41	0.06	51	-0.05	50	
46	32	1	39	-0.03	50	-0.1	49	
44	31	3	38	-0.12	49	-0.15	49	
40	30	3	35	-0.22	48	-0.25	48	
37	29	2	32	-0.31	47	-0.33	48	
35	28	2	30	-0.40	46	-0.38	47	
31	26	5	28	-0.59	44	-0.49	46	Rendimiento inferior
27	25	1	23	-0.68	43	0.61	45	
25	24	3	22	-0.78	42	-0.67	45	
22	23	1	19	-0.87	41	-0.75	45	
20	21	3	18	-1.06	39	-0.84	56	
16	19	3	15	-1.24	38	-0.99	43	
13	18	2	12	-1.34	37	-1.12	43	
10	17	3	10	-1.43	36	-1.28	42	
8	16	1	7	-1.52	35	-1.39	41	
5	15	3	6	-1.62	34	-1.64	39	
3	14	1	3	-1.71	33	-1.88	36	
2	13	1	2	-1.80	32	-2.05	34	
1	6	1	1	-2.45	25	-2.32	30	

Nota. *n* = 83

PB = Puntaje bruto o total para la población de tipo de centro educativo particular.

*f* = Frecuencia, F = Frecuencia acumulada, Zn = Puntajes Z normalizados,

Z = Calificaciones Z, Valor Zn = Valor de los puntajes Zn de la tabla Z para los rangos percentiles

Media = 32.34

D.E. = 10.73

## ANEXO 16

### NORMAS INTERPRETATIVAS Z DE LA PRUEBA DE COMPRENSION DEL LENGUAJE - PCL

P	PB	Interpretación	Descripción
99	52	Rendimiento Superior	Obtener un puntaje superior en la prueba PCL significa que el niño tiene la capacidad de extraer el significado de una palabra y frase aislada por medio de una representación visual. Asimismo, logra captar el significado global de la oración, y si esta es presentada incompleta es capaz de inferir su última palabra: acorde con las reglas gramaticales. Además, puede descubrir y manejar las relaciones que guardan entre sí los diversos elementos de un cuento corto de trama simple, realizar inferencias y determinar su sentido global.  <i>EJEMPLO: El niño que obtuvo un puntaje bruto de 51, tiene un rango percentil de 80; por lo tanto, podría decirse que alcanza un grado alto de comprensión del lenguaje oral a nivel preescolar, logrando un nivel superior en la prueba PCL. Este niño es capaz de comprender el significado de palabras aisladas y frases aisladas, puede predecir las palabras que terminan una oración, y obtiene el significado global de un cuento corto de trama simple al señalar sus detalles y hacer inferencias del mismo.</i>
99	51		
98	48		
96	47		
94	46		
90	45		
84	44		
78	43		
75	42		
72	41		
69	40	Rendimiento promedio	Obtener un puntaje medio en la prueba PCL significa que el niño tiene la capacidad de extraer el significado de una palabra y frase aislada por medio de una representación visual. Asimismo, logra captar en un nivel promedio el significado global de la oración, y si esta es presentada incompleta es capaz de inferir su última palabra: acorde con las reglas gramaticales. Además, puede descubrir y manejar las relaciones que guardan entre sí los diversos elementos de un cuento corto de trama simple, realizar inferencias y determinar su sentido global, en un nivel promedio para su edad.  <i>EJEMPLO: El niño que obtuvo un puntaje bruto de 43, tiene un rango percentil de 52, puede decirse que alcanza un mediano grado de comprensión del lenguaje oral a nivel preescolar, logrando un puntaje medio en la prueba PCL. Este niño comprende en un nivel promedio el significado de palabras aisladas y frases aisladas, puede predecir las palabras que terminan una oración, y obtiene el significado global de un cuento corto de trama simple, al señalar detalles y hacer inferencias del mismo.</i>
66	39		
63	38		
58	37		
55	35		
51	34		
48	33		
46	32		
44	31		
40	30		
37	29	Rendimiento inferior	Obtener un puntaje inferior en la prueba PCL significa que el niño tiene la capacidad de extraer el significado de una palabra y frase aislada por medio de una representación visual. Asimismo, tiene dificultades para captar el significado global de la oración; si esta es presentada incompleta, el niño no puede inferir su última palabra: acorde con las reglas gramaticales. Además, presenta dificultades para descubrir y manejar las relaciones que guardan entre sí los diversos elementos de un cuento corto de trama simple, realizar inferencias y determinar su sentido global, si se compara con otros niños de su edad.  <i>EJEMPLO: El niño que obtuvo un puntaje bruto de 24, tiene un rango percentil de 10, puede decirse que presenta dificultades en comprensión del lenguaje oral a nivel preescolar, al alcanzar un puntaje inferior en la prueba PCL. Este niño presenta dificultades para comprender el significado de palabras aisladas y frases aisladas, así como para predecir la palabra faltante de una oración; también se le dificulta obtener el significado global de un cuento de trama simple, ya que no puede señalar detalles o hacer inferencias del mismo.</i>
35	28		
31	26		
27	25		
25	24		
22	23		
20	21		
16	19		
13	18		
10	17		
8	16		
5	15		
3	14		
2	13		
1	6		
0	0		

Nota.

$n = 83$

Media = 32.34

DE = 10.73