



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA Y ANSIEDAD
POR CORONAVIRUS EN CUIDADORES DE DOS INSTITUCIONES DE VILLA EL
SALVADOR, 2022

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Oré Rojas, Trizzia Alessandra

Asesor:

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

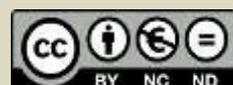
Valdez Sena, Lucía

Mendoza Huamán, Vicente

Espíritu Álvarez, Fernando

Lima - Perú

2025



SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA Y ANSIEDAD POR CORONAVIRUS EN CUIDADORES DE DOS INSTITUCIONES DE VILLA EL SALVADOR, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	docplayer.es Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	revistas.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	e-spacio.uned.es Fuente de Internet	1%
7	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA Y
ANSIEDAD POR CORONAVIRUS EN CUIDADORES DE DOS
INSTITUCIONES DE VILLA EL SALVADOR, 2022**

Línea de Investigación:

Psicología de los procesos básicos y Psicología Educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en psicología

clínica

Autora

Oré Rojas, Trízzia Alessandra

Asesora

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado

Valdez Sena, Lucía

Mendoza Huamán, Vicente

Espíritu Álvarez, Fernando

Lima - Perú

2025

Pensamientos

“Trata de controlar la conducta de un niño sin percibir ni comprender sus emociones, es como tratar de doblar un vidrio en frío; si lo doblas, lo rompes”.

Anónimo

“Vive con orgullo. Si te vence tu debilidad, calienta tu corazón, aprieta los dientes y sigue adelante”.

Kyojuro Rengoku

Dedicatoria

A mi familia, que siempre estuvo presente durante mi formación profesional y crecimiento personal.

A Rabos, quien me acompañó durante esas largas jornadas de amanecidas con su amor incondicional. Te extraño, tus ojos azules me hacen mucha falta.

A Anderson, quien estuvo y está siempre a mi lado respaldándome, apoyándome y no dejándome caer en el camino. Te amo. Lo logramos.

Agradecimientos

A la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, mi alma mater, donde conocí a increíbles personas que forman parte de mi vida y donde desarrollé mis capacidades como profesional.

A mi asesora la Mg. Carmela Henostroza, por su apoyo constante, su paciencia y guía en el proceso de elaboración de mi tesis.

A la familia Ramos Rodriguez quienes me mostraron su apoyo constante durante mi crecimiento profesional.

A Erwin Smith, 13^{avo} comandante de la Legión de Reconocimiento, quien me enseñó a entregar mi corazón en cada batalla que dé y a sacrificar mis sueños por un bien mayor. *Shinzo wo Sasageyo.*

Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	
1.1. Descripción y formulación del problema	5
1.2. Antecedentes	7
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo General	11
1.3.2. Objetivos Específicos	12
1.4. Justificación	12
1.5. Hipótesis	14
II. Marco teórico	
2.1. Bases teóricas sobre el tema de Investigación	16
III. Método	
3.1. Tipo de Investigación	32
3.2. Ámbito temporal y espacial	32
3.3. Variables	33
3.4. Población y muestra	37
3.5. Instrumentos	39
3.6. Procedimientos	47
3.7. Análisis de datos	48
3.8. Consideraciones éticas	50

IV. Resultados	51
V. Discusión de resultados	56
VI. Conclusiones	61
VII. Recomendaciones	63
VIII. Referencias	64
IX. Anexos	75

Índice de Tablas

Nº	Título	Pág.
Tabla 1	Trastornos de ansiedad considerados por el CIE - 11	25
Tabla 2	Operacionalización de la variable ansiedad en niños	34
Tabla 3	Operacionalización de la variable ansiedad por Coronavirus	36
Tabla 4	Distribución de los estudiantes de primaria en función a la institución educativa	37
Tabla 5	Distribución de los estudiantes de primaria en función al grado escolar	38
Tabla 6	Frecuencia de estudiantes de primaria y cuidadores en función al sexo	38
Tabla 7	Frecuencia de cuidadores en función al rol con el menor	39
Tabla 8	Coeficiente de fiabilidad para la Escala de Ansiedad Manifiesta para niños Revisada –2º Edición.	42
Tabla 9	Indicadores de ajuste de la estructura de la Escala de Ansiedad en niños (CMASR-2)	42
Tabla 10	Baremos de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en adultos	45
Tabla 11	Coeficiente de fiabilidad para la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en adultos	46
Tabla 12	Coeficiente de fiabilidad para la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en cuidadores	47
Tabla 13	Indicadores de ajuste de la estructura de la Escala de Ansiedad por Coronavirus	47
Tabla 14	Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra	49

Tabla 15	Correlación (ρ) entre la Ansiedad en alumnos de primaria y Ansiedad por Coronavirus en cuidadores	51
Tabla 16	Niveles de Ansiedad Total en estudiantes	52
Tabla 17	Niveles en las subescalas de ansiedad en estudiantes	53
Tabla 18	Presencia de Ansiedad por Coronavirus en cuidadores	53
Tabla 19	Puntajes de la prueba U de Mann Whitney para comparar las subescalas de ansiedad según sexo	54
Tabla 20	Correlación (ρ) entre la Ansiedad en alumnos de primaria y Ansiedad por Coronavirus en cuidadores	55

Índice de Figuras

Nº	Título	Pág.
Figura 1	Estimación de confiabilidad para la muestra completa de referencia del CMASR - 2	41

Resumen

La investigación buscó establecer la relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador. Para ello, se empleó un enfoque cuantitativo de alcance correlacional y transeccional. Se trabajó con 195 estudiantes de dos colegios particulares del mencionado distrito, dentro de los cuales 88 fueron varones y 107 mujeres. De igual manera, se contó con la participación de sus cuidadores, un total de 195, de los cuales 11 fueron varones y 184 mujeres; además dentro de los roles que ejercían en el menor, se encontró que 120 eran madres, 4 fueron padres y 71 eran otros familiares. Se emplearon como instrumentos la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada – Segunda Edición (CMASR – 2) creada por Reynolds y Richmond, y la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) de Lee. Los resultados indicaron que existe una relación débil, positiva y estadísticamente significativa entre las variables de estudio ($\rho=.159$, $p=0.026$), por lo que se concluye que un mayor nivel de Ansiedad por Coronavirus en cuidadores aumentaría los niveles de ansiedad en los menores.

Palabras clave: ansiedad, Covid – 19, cuidadores, estudiantes, ansiedad infantil, ansiedad por Coronavirus

Abstract

The research sought to establish the relationship between anxious symptomatology in primary school students aged 8 to 11 years and anxiety due to Coronavirus in caregivers of two institutions of Villa el Salvador. For this, a quantitative approach of correlational and transactional scope was used. We worked with 195 students from two private schools in the aforementioned district, among which 88 were men and 107 women. Similarly, their caregivers participated, a total of 195, of which 11 were men and 184 women. In addition, within the roles they exercised in the minor, it was found that 120 were mothers, 4 were fathers and 71 were other relatives. The Children's Manifest Anxiety Scale Revised - Second Edition (CMASR - 2) created by Reynolds and Richmond, and the Lee Coronavirus Anxiety Scale (CAS) were used as instruments. The results indicate that there is a weak, positive and significant relationship between the study variables ($\rho=.159$, $p=0.026$), so it is concluded that a higher level of Anxiety due to Coronavirus in caregivers would increase anxiety levels in caregivers. minors.

Keywords: anxiety, pandemic, Covid – 19, caregivers, students, pediatric anxiety, Coronavirus anxiety

I. INTRODUCCIÓN

La afección causada a raíz del virus SARS CoV – 2, Covid – 19, ha causado estragos a raíz del confinamiento obligatorio al que se han visto expuestos, no solo los afectados por este padecimiento, sino la población a nivel mundial. La Pandemia ha representado una amenaza para los individuos afectando los niveles físico, social y económico, así como los niveles de la salud mental ocasionando repercusiones sin distinguir entre edad, raza o sexo.

Hernández (2020) comenta que el miedo al contagio, el cambio de rutinas sumado a la preocupación por las repercusiones en su bienestar económico y el aislamiento social se ve agravado, además, por la incertidumbre de la duración de la enfermedad y el pronóstico del futuro, ocasionando así, descontrol manifestado en sensaciones de tristeza, temor y soledad lo cual provoca un aumento o aparición de psicopatologías como estrés, ansiedad o depresión.

En Wuhan, China; ciudad donde se originó la mencionada enfermedad, Wang et al. (2020) evaluaron el impacto psicológico en el marco de la manifestación del Covid – 19. El producto de ello fue un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo, así como un 28,8% de sintomatología ansiosa, 8,1% de niveles de estrés y un 16,5% de síntomas depresivos moderados a severos.

Tal como el estudio anterior, se han realizado diversas investigaciones (Goss et al., 2022; Morimoto et al., 2022; Okuyama et al., 2022; Chadi et al., 2022; Manchia et al., 2021) a raíz de las consecuencias observadas por la Pandemia dentro de las cuales nuestro país no es ajeno. En Perú, el impacto de esta enfermedad ha mellado en la salud de sus pobladores los cuales permanecieron sometidos a las restricciones del gobierno a comparación de otros países de América Latina.

A la fecha, en nuestro país, se alcanzó 2.16 millones de casos confirmados y 198.891 de muertes (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2021), las cuales generaron gran conmoción en la apreciación de la vida de las personas. Las medidas para remediar esta situación empezaron un 15 de marzo del 2020 donde se promulgó el Estado de emergencia y, como resultado, el aislamiento social obligatorio implicando esto un cierre de fronteras y exigiendo a la ciudadanía quedarse en sus hogares evitando el contacto con otras personas, incluyendo familiares que no residan con ellos.

Esto llevó a una alteración en la calidad de vida de todos los peruanos. Huarcaya - Victoria (2020) comenta que, durante esta etapa preliminar de la pandemia, se generaron episodios de ansiedad, depresión y estrés en individuos, familias y comunidad. El ámbito familiar ha representado un punto clave para el afrontamiento de los factores psicosociales consecuencia de la Covid – 19 (Apaza et al., 2020) pues esta, al tener que reinventarse a raíz del aislamiento, ha dado a relucir la importancia de un núcleo sólido y estable.

Son los cuidadores quienes han tenido que lidiar con las dificultades económicas, sanitarias, así como con el compromiso de proteger la buena educación y sanidad de los menores. Además de ello, de los problemas personales como el enfrentarse a la rutina, las restricciones sociales y el desasosiego sobre el avance de la pandemia lo cual desencadenó episodios de estrés, depresión y ansiedad.

Así como estos, quienes también han recibido el mayor impacto a nivel psicosocial han sido los niños quienes, al considerarse población en riesgo, tuvieron que someterse a las restricciones mayores cambiando de un momento a otro su estilo de vida. La adecuación obligatoria a las clases virtuales, el alejamiento de sus familiares, la nueva rutina con la familia, la

falta de socialización con sus pares y el duelo son algunas de las variables que podrían producir cambios a nivel emocional y conductual.

Serpa (Gestión, 2020) menciona que al iniciar la pandemia en el Perú se han visto con más frecuencia cuadros de ansiedad en niños, estos expresados mediante problemas de sueño, miedo a la soledad y angustia por la familia, siendo estos últimos quienes también sufren de esta angustia al no saber qué ocurre con sus hijos. Explica, además, que esto se puede deber a la cantidad de información que se observa, así como el miedo a que algo ocurra con sus padres o familiares.

A partir de ello, Herrera et al. (2020) consideran que la salud mental de los cuidadores influye de manera directa sobre el desarrollo de los niños, ya sea de manera positiva reforzando el apego y la interacción entre ambos o, de manera negativa, ocasionando inestabilidad familiar. Esta relación, se ha visto agravada a raíz de las limitaciones obligatorias en nuestro país ocasionando que los niños perciban y adopten las reacciones negativas de sus padres o cuidadores perjudicando su desarrollo integral.

Es en base que, a la relevancia de la temática, se busca establecer la relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria y ansiedad por coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022. Siendo el estudio de tipo cuantitativa y diseño transversal, no experimental, correlacional; la cual estará dividida en apartados.

La redacción de antecedentes, la formulación de objetivos e hipótesis, la justificación y la realidad problemática se abordan en el apartado I, el cual se basa en investigaciones sobre aportaciones teóricas y empíricas relativas a la ansiedad en niños y cuidadores.

La teoría de la ansiedad estado-rasgo de Spielberg, que constituye la base del estudio, la conceptualización que tienen en cuenta el DSM-5 y la CIE-10, la sintomatología y los modelos

teóricos primarios se destacan en el apartado II, que ofrece un marco teórico para la variable ansiedad.

La tipología del estudio, el ámbito temporal y espacial, las variables de estudio, la población, los criterios de aceptabilidad, las herramientas de medición, el proceso de recogida de datos, el análisis estadístico de los mismos y las consideraciones éticas pertinentes se abordaron en la descripción metodológica del apartado III.

Los resultados de la estadística inferencial, incluido el análisis correlacional de la variable de estudio dentro de los grupos establecidos, el análisis comparativo basado en el sexo y el análisis basado en la descripción de los niveles de ansiedad dentro del grupo de alumnos de primaria, se presentan en el apartado IV. Tanto los objetivos generales como los específicos sirvieron de base para la presentación de los resultados anteriormente indicados.

Del mismo modo, se realizó una comparación con las bases teóricas ofrecidas en el apartado V, que presenta una discusión basada en los resultados obtenidos y una revisión de los hallazgos obtenidos en otras investigaciones nacionales e internacionales. Finalmente, se elaboraron recomendaciones y conclusiones tomando en cuenta lo anterior.

1.1. Descripción y formulación del problema

Durante el periodo de marzo 2019 a octubre 2022, fecha en la que se levantó el estado de emergencia en el Perú, la población fue testigo y víctima de los estragos de la enfermedad Covid – 19, lo cual afectó a un nivel económico, cultural, físico y principalmente, mental. Esto, a su vez, conllevó a un estado permanente de insatisfacción dentro de las familias peruanas siendo las cabezas del hogar, padres y/o cuidadores quienes debían encontrar herramientas de afrontamiento ante las situaciones de estrés, ansiedad y/o depresión que se podían presentar no solo entre los miembros del hogar, sino en ellos mismos.

Bebés, niños e incluso jóvenes al ser observadores constantes de su entorno reaccionan ante el estrés de sus padres y cuidadores comportándose de diferente manera como consecuencia de lo que puedan presenciar, incluyendo esto miedo, preocupación, tristeza e ira (Dym et al., 2020). Además, aunque esta afección pueda tratarse con la ayuda de los cuidadores, también puede provocar problemas de salud mental como estrés, ansiedad y depresión. Aquellos cuyos padres ya se enfrentan a problemas similares corren un riesgo especial.

Ballena et al. (2021) mencionan que, durante la pandemia, el miedo a la enfermedad aumentó los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos, lo cual, a su vez se ve reflejado en el ambiente familiar. Son los niños y adultos mayores quienes al verse limitados en aspectos importantes de su vida diaria generan sensación de angustia, frustración, nerviosismo; lo cual puede verse aumentado por la constante convivencia y observación de familiares que ya presentan un cuadro de ansiedad o estrés pudiendo llegara desarrollar los mismos episodios.

Rusca – Jordán et al. (2020) reportaron que, de una encuesta realizada a 546 cuidadores peruanos, el 69,2% presenciaron cambios en sus hijos debido al Coronavirus, dentro de los

cuales resaltaron: irritabilidad (38,9%), problemas para dormir (33,7%), sensibilidad y/o tendencia al llanto, inquietud motora (29,3%) y agresividad (14,4%). También mostraron signos de impaciencia (47,2%), preocupación (45,5%) e irritabilidad (45,1%), siendo las causas principales la prevención de infecciones, su propia salud y la de su familia, la situación económica de la familia y la tensión de las tareas domésticas.

El estudio mencionado muestra resultados comparables a los observados en otros países, como España o Estados Unidos, donde los cuidadores y sus hijos experimentan un aumento de los desafíos psicológicos. Por ello, utilizando una adaptación de la prueba ECIC NN (Evaluación de las Competencias Socioemocionales de los Niños e Indicadores de Salud Mental de los Cuidadores), el Grupo de Investigación en Relaciones Vinculares y Desarrollo Socioemocional de la Pontificia Universidad Católica del Perú, la Fundación Baltazar y Nicolás y la Red Copera Infancia llevaron a cabo un estudio longitudinal para evaluar el efecto de COVID-19 en determinados indicadores de desarrollo de niños menores de seis años.

Se reveló que los 9831 cuidadores evaluados, pertenecientes a los departamentos de Lima, Huancavelica, Junín, Loreto, Puno y Tumbes; han presentado cambios a nivel emocional. En la capital, de la cual se obtuvo una muestra de 2705 individuos, 55% presentaron indicadores de depresión mientras que, de ansiedad un 43%, el cual consideró un incremento de su sensación de nerviosismo o dificultad para dejar de pensar en problemas o preocupaciones de su vida (Pontificia Universidad Católica del Perú, Fundación Baltazar y Nicolás y Copera Infancia, 2021).

En consecuencia, se formuló la siguiente pregunta de estudio: ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años de edad y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador - 2022?

1.2. Antecedentes

En la revisión bibliográfica de investigaciones sobre las mencionadas variables se han encontrado escasos estudios a nivel nacional e internacional por lo que existen insuficientes datos que puedan ser considerados como antecedentes en el desarrollo de la presente. Por ello, se ha visto conveniente mencionar algunos estudios en otras especialidades de salud.

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Meza - Orihuela y Cárdenas - Flores (2017) realizaron un estudio de tipo descriptivo - correlacional con la finalidad de determinar la relación entre la ansiedad al tratamiento odontológico de los padres y la de niños de 2 a 5 años en la primera visita odontológica en el puesto de salud del distrito de Huaricolca, provincia de Tarma. La muestra se conformó por 63 padres de familia con sus respectivos menores. Para la medición en los padres se empleó la Escala de Ansiedad Dental del Corah (EAD), la cual se encuentra validada y estandarizada, mientras que en los niños la toma de la presión arterial con el oxímetro. Los resultados arrojaron que el 54% de los padres evaluados presentaba un nivel de ansiedad alto mientras que de los menores el 58,7% se mostraba ansioso. Concluyendo que existe correlación positiva entre la ansiedad del padre y el niño antes de la primera visita odontológica.

Damian (2019) estableció la relación entre la calidad de interacción familiar y ansiedad estado – rasgo en niños de una institución educativa de Lima Metropolitana. La muestra de la mencionada investigación estuvo compuesta por 210 niños de entre 9 a 11 años de edad, de los cuales el 41,9% se conformó por varones y el 57,1% por mujeres. El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg (1973) y la Escala de Calidad de la Interacción Familiar de Weber (2008), adaptada por Domínguez (2013), fueron las pruebas

utilizadas para recoger los datos. Los resultados indicaron una relación estadísticamente significativa (0,05) entre el estado de ansiedad de los niños y la calidad de la interacción madre-familia y una relación estadísticamente significativa (0,01) entre la interacción padre-familia y el estado de ansiedad. Por otro lado, se consideraron como factores limitantes dentro de la investigación la falta de participación de los padres.

Honores (2020) realizó una investigación con la finalidad de identificar la relación entre la percepción de conductas parentales y ansiedad en niños atendidos en el Hospital General de Chancay. Mediante el muestreo probabilístico, de la población de 894 niños se seleccionó una muestra de 221 niños de 8 a 12 años que fueron atendidos entre julio y diciembre de 2017 y enero y julio de 2018. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Ansiedad Manifiesta Infantil Revisada (CMAS-R) y el Inventario de Percepción de Conductas Parentales (IPCP), que resultaron válidos y fiables para la muestra. Los hallazgos indicaron que no existe relación estadísticamente significativa ($p=0,702$) entre la ansiedad que manifiestan los niños que son atendidos en el servicio de psicología del Hospital General de Chancay y la percepción que tienen de las conductas de sus padres.

Guelac (2020) tuvo como objetivo determinar la ansiedad por coronavirus durante la pandemia Covid – 19 en personas residentes del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos. Para ello, realizó un estudio de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo. La población se compuso de 128 personas, las cuales conformaban la totalidad de habitantes en la mencionada localidad, a las que se les aplicó una encuesta sociodemográfica, así como el Coronavirus Anxiety Scale (CAS). Los resultados indicaron que, respecto a la ansiedad por Coronavirus, el 42,2% presentaba ansiedad disfuncional; además, dentro de la sintomatología se identificó que el 44,5% presentó mareos, 44,5%

trastornos del sueño, 42,2% para inmovilidad tónica, 42,2% pérdida del apetito y, finalmente, 40,6% con malestar abdominal.

Briceño (2021) determinó la relación entre la Ansiedad por el Covid-19 y Bienestar Psicológico en personas adultas del distrito de Ate Vitarte mediante un estudio de tipo cuantitativo transversal. La muestra estuvo compuesta por 300 participantes de los cuales el 39,7% representó el género masculino y el 60,3%, el femenino. Para este objetivo se utilizaron el Cuestionario de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A) y la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS). Los resultados indicaron una relación negativa entre el bienestar psicológico y la ansiedad ante el COVID-19 ($r_s = -229^{**}$; $p < .000$). Del mismo modo, se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad por COVID-19 en función de factores sociodemográficos, como el sexo, el diagnóstico y el tratamiento de los síntomas ansiosos, el diagnóstico de COVID-19 en amigos y familiares, y el número de horas dedicadas a pensar, ver o escuchar información durante la pandemia. Asimismo, se descubrieron diferencias estadísticamente significativas en el Bienestar Psicológico en función del sexo, el diagnóstico, el tratamiento de la sintomatología ansiosa y los factores sociodemográficos.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Herrera et al. (2020) determinaron la relación entre el nivel de ansiedad que experimentaban los cuidadores/padres/madres, así como el de los infantes de un año y medio a cinco en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana. Para ello, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, así como el muestreo en bola de nieve, considerando así a 29 cuidadores/padres/madres, cuyas edades oscilaban entre los 25 a 60 años. Para el mencionado estudio, se empleó la Escala de Ansiedad de Beck para medir el nivel de

ansiedad de cuidadores/padres/madres y el Cuestionario de Comportamiento Infantil de 1.5 a 5 años (CBCL 1.5 – 5) el cual evalúa ansiedad/depresión. De igual manera, se evaluaron ocho preguntas de los 14 ítem sobre ansiedad/depresión que evalúa el apego del infante respecto al padre. La aplicación de los mencionados instrumentos se realizó a través de un enlace de la plataforma Google Forms desde el 27 de abril y el 11 de mayo del 2020. Los resultados señalaron que un porcentaje mayoritario de los cuidadores presentaban ansiedad/depresión entre moderada (44,8%) a severa (27,6%) y la correlación entre su nivel de ansiedad con el de los infantes fue moderada ($r_{ho}=0,435$, $p= 0,018$). Se concluyó que existía una relación entre ambos niveles de ansiedad/depresión; sin embargo, se sugirió realizar investigaciones adicionales dado el escaso número de pacientes debido a la Pandemia por Covid – 19.

García et al. (2021) realizaron un estudio observacional transversal con la finalidad de determinar el impacto relacionado con la Covid – 19 en la población pediátrica española centrándose en la ansiedad, los trastornos del comportamiento y los síntomas somáticos. Por tanto, se empleó una muestra de 2292 niños (49.9% niños; 50.1% niñas) a quienes se les aplicó un cuestionario basado en los criterios del DSM – V si estos eran menores a los 7 años (56.8%) y la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada (CMAS – R) si se encontraban en el rango de 7 a 17 años (43.1%). Los resultados obtenidos para el primer grupo arrojaron que los síntomas más comunes se encontraban relacionados a los problemas de conducta (56.4%), cambios emocionales (34.1%), inquietud (33.6%) y miedo a estar solo (24.9%) observándose, además, una diferencia estadísticamente significativa entre grupos cuando un miembro de la familia había sido afectado por el Covid – 19. En los niños mayores a los 7 años se encontró que el 23.3% puntuaron por encima del percentil 75 correspondiendo a la

categoría Extremadamente problemático y el 54% por encima del percentil 40 ubicándose en la categoría Moderadamente problemático. Respecto a las diferencias entre varones y mujeres, fueron los primeros quienes mostraron mayores niveles de ansiedad influyendo esto en su concentración y tareas escolares.

Zayas – Fajardo et al. (2021) realizaron un estudio observacional descriptivo de corte transversal en una muestra de 47 niños y adolescentes, además de sus respectivos padres con la finalidad de caracterizar los aspectos de la repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia, relacionada con el aislamiento social por la COVID19, durante el periodo marzo-junio de 2020, en el policlínico “Jimmy Hirzel”, Bayamo, Granma, Cuba. Se empleó la Entrevista de Afrontamiento Familiar y la Prueba FF-SIL (Cuestionario de Afrontamiento Familiar). Los hallazgos indicaron que los niños de 5 a 9 años (48,8%) con antecedentes de patología psiquiátrica y seguimiento de especialidad fueron los que experimentaron más efectos psicológicos, predominando el trastorno por déficit de atención y los trastornos neuróticos. Asimismo, la expresión psicológica más frecuente al mes fue la ansiedad (12,7%), seguida de la hiperactividad verbal y motora (48,8%), el miedo a la muerte (46,8%) y la ansiedad somatizada (44,6%) a los tres meses. En cuanto a la familia, el desenlace se asoció a cambios en su dinámica, con una mayor prevalencia de signos de depresión (38,2%) y preocupación y miedo (57,4%), sobre todo en las madres.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Establecer la relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.
- Identificar la presencia de ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.
- Comparar las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022, en función al sexo.
- Analizar las relaciones entre las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.

1.4. Justificación

La Pandemia por Covid - 19, o Coronavirus, ha causado grandes estragos a nivel de la salud mental debido al confinamiento obligatorio al que se ha visto sometida la población mundial. El enfrentarse a un nuevo ritmo de vida, alejarse de la rutina y el mantenerse en estado de alerta para evitar el contagio, conllevó a un choque socioemocional no solo en las personas vulnerables como los ancianos y niños, sino también en adultos.

En el Perú, país donde se mantuvieron las restricciones y condiciones de bioseguridad de forma obligatoria, estudios arrojaron porcentajes en relación con el aumento o aparición de diversos trastornos psicológicos, entre ellos el estrés, la depresión y la ansiedad los cuales han afectado a los miembros de la familia quienes son los que han tenido que permanecer juntos durante el estado de emergencia.

Existen investigaciones (Reynoso y Santos, 2023; Aguilar – Yamuza et al., 2019) que demuestran que la actitud que presentan los padres o cuidadores, así como sus estrategias de

afrontamiento ante situaciones de gran dificultad son aprendidas y adoptadas por los hijos conllevando a que estos puedan desarrollarse de manera efectiva o desadaptativa ante los mismos eventos trayendo consigo consecuencias a nivel físico y psicológico. Sin embargo, mediante la revisión bibliográfica se encontraron escasos antecedentes a nivel nacional que analicen el origen o factores que influyeron a un desarrollo de la ansiedad en los menores durante la coyuntura, a pesar de estos considerarse como parte de la población vulnerable; sino que, por el contrario, se encontraron análisis de manera aislada en la población sin considerar la influencia que ejercen los roles parentales en el bienestar psicológico de los menores.

Desde el punto de vista teórico, el presente estudio se justifica porque aportará información sobre la relación entre la sintomatología ansiosa en los alumnos de primaria y la ansiedad en los cuidadores. También se considera relevante dado que la variable de estudio ha recibido poca atención científica a nivel nacional, lo que la convierte en una contribución al conocimiento. El desarrollo de programas de intervención dirigidos a ofrecer mecanismos de afrontamiento ante situaciones conflictivas o coyunturales dentro del núcleo familiar, así como la planificación de campañas que apoyen la prevención y promoción de la salud psicológica desde una perspectiva familiar, tomará la investigación como punto de referencia.

A nivel social, se considerarán como beneficiarios a los estudiantes de primaria y a sus respectivos cuidadores; puesto que, identificarán la relevancia de la sintomatología ansiosa como un factor de riesgo dentro de su vida cotidiana frente a situaciones de conflicto. En consecuencia, se dará importancia a las estrategias de afrontamiento, así como al aprendizaje de conductas adaptativas frente a la problemática de modo que contribuirá a la normalización de la asistencia a centros de salud mental.

Metodológicamente, la investigación establece la relación que existe entre la ansiedad desarrollada por niños y la ansiedad generada por padres o cuidadores a raíz del Covid - 19, siendo evaluada mediante la confiabilidad y validez de las pruebas empleadas: CMASR – 2 y CAS; las cuales, si bien han sido validadas anteriormente, se consideró relevante la actualización de sus propiedades psicométricas; por lo que, podrán ser utilizadas a manera de guía para futuras investigaciones.

Por último, a nivel práctico, los datos obtenidos serán de utilidad para que los profesionales pertenecientes a las Instituciones Educativas identifiquen casos de riesgo dentro de la población seleccionada y logren ofrecer herramientas de manera individual y grupal que tengan como objetivo la disminución de los niveles de ansiedad encontrados. Así mismo, podrá considerarse la intervención activa de los miembros de la familia mediante programas preventivos que promuevan la comunicación, el aprendizaje y la salud mental.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

- H_G: Existe relación significativa entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.

1.5.2. Hipótesis específicas

- H₂: Los estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022, presentan un nivel de ansiedad Moderadamente problemático.
- H₃: Existe presencia de ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.

- H4: Existen diferencias significativas entre las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022, en función al sexo.
- H5: Existe relación significativa entre las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Ansiedad

Durante los años de 1892 y 1899, Sigmund Freud nos brinda una aproximación teórica a lo que se conoce como ansiedad acuñando el término de *neurosis de angustia* en su obra *Las primeras aportaciones a la teoría de la neurosis*. En ella, refiere que esta se caracteriza por la excitabilidad general que se expresa en el individuo mediante un estado de tensión que lo incapacita de resistirla. Además, se suma a ello, una espera angustiosa manifestada por pensamientos catastróficos acerca de él mismo o de sus seres queridos.

A partir de esta definición, diversas escuelas psicológicas como el humanismo o el conductismo elaboraron líneas de investigación al respecto presentando su oposición a la conceptualización psicoanalítica. Resultando de esto, el término alemán *Angst*, cuyo significado es miedo, pero que posteriormente fue nuevamente interpretado como *anxiety* al inglés y en español como *ansiedad*, término que fue adoptado por la escuela conductista para la elaboración de sus estudios psicológicos, los cuales han aportado a la comunidad científica de hoy en día.

En la actualidad, la ansiedad se define como una emoción que constituye un mecanismo de supervivencia del ser humano, la cual surge ante eventos sorprendidos o amenazantes. Esta inicia en el cuerpo la reacción de ataque ante la situación problemática o de escape, por lo que se puede concluir que la ansiedad se consideraría como una emoción de preservación. Sin embargo, si esta respuesta mental y psicológica no se gestiona suficientemente, puede desencadenarse de forma desadaptativa, provocando anomalías en el funcionamiento cotidiano, una afección conocida como trastorno de ansiedad.

Diferentes autores, señalan que para la elaboración de un adecuado diagnóstico es necesario diferenciar entre una reacción ansiosa o lo que sería una ansiedad patológica.

La ansiedad normal es adaptativa a las circunstancias de la vida. Es una emoción humana básica presente en la mayoría de los trastornos mentales y médicos, como una legítima respuesta frente a una amenaza o peligro. Ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar de forma que mejore su actividad ayudándoles a adoptar las oportunas medidas de prudencia frente a situaciones potencialmente peligrosas. (Fernández et al., 2012, p. 467)

Para ahondar más en la definición de ansiedad, mencionaremos Papalia (1994, citado en Carrillo, sf.), quien considera a la ansiedad como un estado el cual se manifiesta mediante sentimientos de incertidumbre y tensión las cuales surgen de manera anticipada ante una amenaza real o imaginaria. Igualmente, para Barlow (2002) la ansiedad es una emoción que se orienta hacia el futuro la cual es incontrolable e impredecible y que responde ante acontecimientos altamente peligrosos.

Podemos decir, en conclusión, que la ansiedad es una reacción propia del organismo ante sucesos reales o imaginarios que representan un peligro potencial para el individuo. Estas reacciones pueden darse de manera fisiológica, conductual y/o cognitiva alterando su frecuencia y duración, siendo su finalidad la de adaptarse a dicho evento. Sin embargo, debemos otorgarle esta definición a la *ansiedad normal* puesto que esta respuesta ayuda al individuo a prepararse y adoptar medidas preventivas para un futuro suceso.

Mientras que, por otro lado, encontramos a la *ansiedad patológica* que, según Fernández et al. (2012), sería un temor irracional carente de motivación en la cual el sujeto

está en la constante espera de un acontecimiento catastrófico que lo vulnere de manera psicosocial. De esta manera, generando malestar global en él debilitando su efectividad en la realización de tareas cotidianas y, por consiguiente, un incremento de la ansiedad.

2.1.1.1. Sintomatología. Respecto a la ansiedad encontramos que, si bien la ansiedad se considera como la anticipación de un daño a futuro, esta permite que el individuo adopte medidas necesarias para afrontarla adecuadamente. Este estado puede provocar cambios o síntomas a niveles físicos, psicológicos y conductuales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2018).

A. Síntomas físicos

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad
- Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial
- Respiratorios: disnea
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual

B. Síntomas psicológicos

- Preocupación, aprensión
- Sensación de agobio
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego
- Obsesiones

C. Síntomas conductuales

- Conductas de evitación de determinadas situaciones
- Inhibición o bloqueo psicomotor
- Compulsiones

2.1.1.2. Epidemiología. Según una encuesta epidemiológica realizada en 2015 en hospitales y establecimientos de salud del Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental (2018), el 7,9% de los encuestados reportó trastorno de ansiedad, con una prevalencia anual de 2,5% que fue mayor en pacientes de sexo femenino.

Sin embargo, a raíz de la Pandemia por Covid - 19 estos números se han visto incrementados. A la actualidad, según el Boletín epidemiológico del Hospital Emilio Baldizán (2021), en el mes de enero se ha brindado la atención de teleconsulta a 4923 usuarios, de los cuales 759 (15,42%) tenían como razón Trastornos de ansiedad convirtiéndose en el segundo motivo de consulta más frecuente.

De igual manera, el Ministerio de Salud (2020) mediante la Línea 113 ofreció apoyo psicosocial ante el impacto de la Pandemia. Entre el 8 de abril y el 14 de mayo se atendieron un total de 24.802 llamadas, es decir, una media de 657 llamadas diarias. De ellas, el 53% eran de mujeres y el 47% de hombres. La preocupación por su salud y la de su familia, la tristeza y la inseguridad laboral y económica fueron los motivos de estas llamadas, y el 12,68% de las personas que llamaron mostraban síntomas de ansiedad y depresión.

2.1.1.3. Modelos y Teorías explicativas. Dentro del enfoque cognitivo - conductual, se considera como protagonista el papel de las funciones cognitivas en el individuo para el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, lo cual ejerce influencia en las respuestas

adaptativas que se brindan ante ella; por lo que podemos concebirla como un sistema de estímulo – respuesta.

a. Teoría cognitiva de la Ansiedad

Clark y Beck (1999, citado en Sanz, 1993) describieron la ansiedad como un sistema complejo de reacciones afectivas, conductuales, fisiológicas y cognitivas. Además de ello, mencionan que la respuesta ansiosa era dependiente del sistema de procesamiento de información de cada sujeto, puesto que de manera distorsionada sería un factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos. Todo esto, según los autores, se resume en la afirmación: El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento.

Según este modelo, se consideran dos procesos, el primero, la '*valoración primaria de amenaza*' en la cual el individuo analiza el potencial de peligro y amenaza del estímulo que se le presenta, produciéndose en el caso de pacientes ansiosos una perspectiva errónea que sobrevalora y sobreestima el daño que brindaría de este. Beck y Clark (1998) refieren que ante la percepción del peligro se acciona un 'sistema de alarma' que lleva a procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales los cuales cumplen la función de preservar la vida del sujeto. (p.70)

Como segundo proceso se encuentra la '*reevaluación secundaria*' en la cual se hace un repaso estratégico, controlado y elaborativo de la información vivenciada y obtenida a raíz de la presencia del estímulo. Sin embargo, en pacientes con trastornos de ansiedad se presenta una gran dificultad para elaborar esta evaluación e identificar aspectos seguros de la situación de peligro, así como de las estrategias de afrontamiento.

b. Teoría Tridimensional de la Ansiedad

Lang (1968, citado en Martínez – Monteagudo et al., 2012) sostiene que la ansiedad es manifestada mediante un sistema triple de respuesta, el cual sería cognitiva, fisiológica y conductual.

El primero de ellos, es la respuesta cognitiva, la cual se presenta en forma de pensamientos de miedo, amenaza o preocupación en la ansiedad normal; mientras que, en la patológica, se presencia la catástrofe inminente ante el suceso temido. La reacción fisiológica aumenta el estado de alerta a nivel de los sistemas nervioso autónomo y somático, lo que provoca un aumento de la frecuencia respiratoria, del tono muscular esquelético y de la actividad cardiovascular.

Después de ello, Lang define la respuesta conductual o motora como lo que serían las respuestas directas e indirectas. La primera de ellas hace referencia a los tics, temblores o la reducción de la precisión motora, así como el tiempo de reacción y la destreza para realizar tareas. Mientras que la segunda hace alusión a las conductas de escape/evitación del sujeto que suelen ser involuntarias.

El autor sostiene que, a raíz de este constructo surge una diferenciación entre los sistemas de respuesta, este fenómeno es conocido como ‘Discordancia y Desincronía’. La Discordancia o fraccionamiento de respuesta evalúa el grado de variación entre los tres sistemas propuestos, así como los distintos índices de cada uno de ellos en el mismo individuo. Por otro lado, la Desincronía hace referencia a la evaluación que se hace a los sistemas en distintos momentos del proceso de respuesta, de tal forma que uno de estos puede modificarse en el tiempo a comparación de los otros dos.

c. Teoría de la Ansiedad rasgo y Ansiedad estado

Cattell (1983, citado en Díaz y De la Iglesia, 2019), quien fue uno de los pioneros en la medición de la presente variable, sostuvo que los avances realizados se centraban a la ansiedad como un estado transitorio con expresiones somáticas, mientras que su teoría se encontraba dirigida hacia una característica de la personalidad. Para ello, la dividió en dos factores independientes: el rasgo y el estado.

Este modelo sustentaba que existía una ansiedad que era permanente a través del tiempo siendo parte del sujeto. El rasgo, sobre el cual hablamos, aludía a una respuesta ansiosa la cual era relativamente estable, mientras que el estado, enfocado en lo emocional, era transitorio y variable según la intensidad. Es así, que, a partir de ello, el psicólogo británico, propone el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI) como medida para evaluar estas dos dimensiones.

Partiendo de ello, en 1966, Spielberg, quien continuó la línea de investigación de Cattell y Lazarus, reformuló la relación existente entre esos sistemas. Inicialmente, Lazarus consideraba la ansiedad como un estado polifacético que implicaba miedo y *stress*; esto se modificó para considerar a este último como causa de la ansiedad. Así, la ansiedad rasgo se definió como diferencias individuales estables que permitían identificar una amplia gama de situaciones como peligrosas, mientras que la ansiedad estado se consideró una condición subjetiva específica del sujeto que estaba causada por la percepción de sensaciones de tensión y una activación del Sistema Nervioso Autónomo.

Es así, que al considerar un error hablar de la ansiedad de manera unitaria la define de la siguiente manera:

La ansiedad es un proceso, es decir, una secuencia compleja de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales evocada por algunas formas de stress. Los estímulos pueden ser interpretados cognitivamente como potencialmente peligrosos, elevándose entonces, el nivel de ansiedad - estado que consiste en aquellos sentimientos percibidos conscientemente subjetivos de tensión, aprensión y nerviosismo, acompañados de activación del SNA y endocrino.

Al elevarse el estado de ansiedad se producen operaciones cognitivas y conductuales que tienden a disminuir el nivel de ansiedad - estado, y que pueden ser de tres tipos: reinterpretación del estímulo, evitación de la situación, emisión de conductas y/o mecanismos de defensa que tiendan a reducir la ansiedad - estado. (Spielberg, 1972, citado en De Ansorena et al., 1983, p. 36)

d. Modelo biomédico

La ansiedad, bajo el modelo médico considerado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5) de la APA (2013) se considera bajo los signos de preocupación excesiva en favor a situaciones presentes que representen un periodo no menor a seis meses y que mantenga una proporción significativa de días en la semana. En base a ello, se establece que, para el diagnóstico diferencial, las preocupaciones deben asociarse con la presencia de tres a más síntomas: (1) agitación o nerviosismo, (2) facilidad para fatigarse, (3) dificultad para concentrarse, (4) irritabilidad, (5) tensión muscular, (6) trastornos del sueño. Además de ello, estas características se deben mantener al margen del uso de sustancias u otro trastorno médico general.

Tortella – Feliu (2014), brinda una clasificación para los trastornos de ansiedad, los cuales se encuentran presentes en el DSM – 5 exponiendo las principales características, así como criterios relevantes para el trastorno (ver Anexo A)

Según la 11^{ava} revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el miedo y la ansiedad excesivos, junto con los problemas de comportamiento, son características de la ansiedad. Estos síntomas pueden ser tan graves que merman significativamente la capacidad de una persona para funcionar en sus esferas personal, familiar, social, educativa y otras esferas relevantes. Además, las preocupaciones se centran en el futuro y se perciben como una amenaza inminente.

Del mismo modo, el CIE – 11 establece como principales síntomas: (1) sensación de nerviosismo, agitación o tensión, (2) sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, (3) aumento del ritmo cardíaco, (4) respiración acelerada o hiperventilación, (5) sudoración y temblores, (6) sensación de debilidad y cansancio, (7) problemas para concentrarse, (8) dificultades para conciliar el sueño. Asimismo, considera que la temporalidad del trastorno debe darse durante al menos varios meses y durante más días de los que no se manifiesta, a comparación del DSM – 5, lo cual favorece el diagnóstico temprano. (Chávez, 2019, p. 25)

Según la Tabla 1, los trastornos de ansiedad se incluyen en la clasificación de la CIE-11 de trastornos relacionados con la ansiedad o el miedo (6B00-6B06). Además de síntomas depresivos u obsesivos menos graves, el síntoma principal en esta clasificación es la presencia de ansiedad que no es específica de ninguna circunstancia ambiental.

Tabla 1*Trastornos de ansiedad considerados por el CIE - 11*

Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo
--

6B00 Trastorno de ansiedad generalizada
6B01 Trastorno de pánico
6B02 Agorafobia
6B03 Fobia específica
6B04 Trastorno de ansiedad social
6B05 Trastorno de ansiedad por separación
6B06 Mutismo selectivo

2.1.2. Ansiedad en la Niñez

La niñez representa una etapa de desafíos a nivel físico y psicológico, de los cuales se han realizado diversos estudios. Dentro de esta, se observa una inmadurez respecto al abordaje de proceso cognitivos, así como estrategias de afrontamiento a situaciones de dificultad. Asimismo, la expresión del malestar o temores se da a nivel del comportamiento y modificaciones fisiológicas como enuresis, encopresis, tensión corporal o expresiones de desagrado.

Chantal (2007, citado en Marca, 2019) menciona que, en los niños, la ansiedad se vive como el dolor de vivir que se presenta mediante manifestaciones las cuales son difíciles de comprender por los miembros de la familia. Estas, suelen expresarse de manera diferente tanto a nivel cognitivo como emocional y conductual a las de un adulto dado que esta puede presentarse como una reacción sin causa aparente.

Coca (2013) comenta que, al igual que en el adulto, la ansiedad en el niño representa una emoción o un sentimiento desagradable de tensión, el cual se acompaña de reacciones fisiológicas desagradables. Estas pueden convertirse en desadaptativas en función al exceso y a la etapa del desarrollo donde se encuentre el menor llegando a causar alteraciones funcionales considerándose ya un trastorno de ansiedad.

Como se puede observar, la Ansiedad Infantil presenta un carácter diferencial respecto a lo padecido por los adultos, no solo a nivel emocional sino a nivel conductual. Además de ello, el niño, al observar el mundo desde su perspectiva puede contemplar amenazas desde la fantasía y de la realidad, llegando a confundir al cuidador obviando o pasando por alto este comportamiento.

Durante esta etapa del desarrollo, se presentan nuevas experiencias que representan un proceso de adaptación para el niño, uno de estos retos es el inicio de la etapa escolar. Ante ello, Cisneros y Mantilla (2016) refieren que la manifestación de la ansiedad se ve incrementada por la necesidad de adquirir nuevas habilidades de aprendizaje y poner a prueba las habilidades sociales adquiridas.

Es así que, la ansiedad infantil puede considerarse como una respuesta defensiva e instantánea ante el peligro, la cual ejerce una función protectora dado que debe adaptarse adecuadamente a diversas situaciones. No obstante, si esta reacción no es controlada, puede desembocar en un trastorno de ansiedad presentando angustia ante eventos reales o imaginarios (Rodríguez - Sacristán, 1995).

Berazaluce y Estíbaliz (2003) mencionan que estos comportamientos patológicos en los niños se manifiestan con gran inseguridad y una necesidad constante de aprobación adulta para tranquilizarse.

Son niños inquietos, perfeccionistas, impacientes, que se fatigan con facilidad, irritables, con dificultad para concentrarse, con alteraciones del sueño y muy temerosos. El centro de sus preocupaciones es variable... Lo que caracteriza a todas ellas es el miedo a no controlar todos los aspectos negativos que pueden surgir en una situación determinada. (p. 251)

Cabe resaltar que los padres ansiosos pueden generar o agravar estas respuestas ansiosas transmitiendo sus temores a sus hijos impidiéndoles encontrar estrategias de afrontamiento ante situaciones de peligro (Echeburúa, 2000). Ante esto Coca, concluye que esta sería una posible explicación del porque hasta la actualidad no existe un origen claro de la ansiedad patológica y de cómo la ansiedad infantil puede estar condicionada por la crianza de los progenitores.

2.1.2.1. Principales características. Rapee (2016) sostiene que, en los niños, una de las principales características de la ansiedad es la evitación la cual puede ser explícita, sin embargo, también puede darse de manera sutil mediante la indecisión, el retraimiento o rituales. Así mismo, se puede observar de manera característica el rechazo escolar dado que no solo incluye a la ansiedad, sino se suma a ella las dificultades sociales y cognitivas que estas implican.

Jalenques et al. (1994) mencionan que las manifestaciones particulares de la Ansiedad infantil pueden resumirse en cinco componentes.

A. Componente comportamental. La ira es la principal manifestación de la ansiedad en los niños, y quienes la experimentan reaccionarán airadamente ante cualquier situación. De forma similar, la agitación incontrolable obliga al pequeño a acudir al adulto en busca de

contención tanto emocional como física. Además, observamos problemas de concentración e inestabilidad psicomotriz. En relación con la primera, observamos lentitud motora, tics, hipertonía muscular y problemas para relajarse.

B. Componente emocional. Dado que la ansiedad produce una percepción errónea del sujeto generando así el afecto negativo. Este representa para el individuo un factor de distress y desagrado en el cual predominan sentimientos como la culpa, el nerviosismo e ira.

C. Componente somático. En el caso de los niños, se presentan cefaleas y manifestaciones somáticas cuyo horario coincide con la aparición de los eventos ansiógenos. Asimismo, se puede observar taquicardias, sudoración fría y quejas hipocondríacas. También cabe resaltar la presencia de la enuresis y encopresis, así como las pesadillas y ansiedad matinal.

D. Componente cognitivo. La racionalización de la ansiedad es la manifestación más presente en los menores, estas se dan a través de manías, obsesiones, etc. En ellos, se observa el desinterés por las tareas escolares y actividades sociales para refugiarse en su mundo. Si es el caso de una crisis ansiosa, el niño tiene un pensamiento desorganizado llegando a experimentar taquipsiquia, bradipsiquia o bloqueo intelectual.

E. Componente relacional. En el niño ansioso pueden distinguirse tres tipos de conductas que afectan a su relación con el entorno: inhibición, conductas de evitación y dependencia ansiosa.

- Inhibición: Puede manifestarse mediante timidez o mutismo, bloqueo intelectual o estereotipias.
- Conductas de evitación: Se emplean para afrontar los eventos ansiógenos.
- Dependencia ansiosa: Se crea un lazo inadecuado y regresivo hacia un adulto.

2.1.2.2. Teorías de la ansiedad infantil. Dentro de las teorías consideradas bajo el enfoque cognitivo – conductual, se observa que se rige bajo los principios de la Teoría del Aprendizaje, el cual puede darse de distintas maneras.

En primer lugar, encontramos a Watson (1913, citado en Pellón, 2013), quien mencionan que la ansiedad podría considerarse mediante el condicionamiento clásico, es decir, el niño adopta la sintomatología a consecuencia de una experiencia traumática. Sin embargo, desde otro punto de vista, encontramos a Skinner (1975, citado en Plazas, 2006) quien manifiesta que esta ansiedad sería una respuesta aprendida y reforzada aumentando la posibilidad de la emisión de la respuesta.

Por otro lado, encontramos a Bandura (1969, citado en Arriaga – Ramirez et al., 2008), quien, bajo su modelo de Aprendizaje vicario, refiere que la ansiedad infantil sería una respuesta a nivel emocional la cual es aprendida e interiorizada a partir de la observación de respuestas ansiosas por parte de sus figuras de apego. En contraste, Rachman y Seligman (1976, citado en Sierra et al., 2003) propone el modelo de Predisposición adquirida, en el cual la ansiedad infantil parte de una base filogenética el cual surge en el menor cuando este experimenta un estímulo relacionado a la supervivencia.

Ellis (1998), bajo su Teoría Racional – Emotiva, menciona que los trastornos emocionales surgen de las creencias irracionales las cuales se basan en la valoración que dé el sujeto a las experiencias vividas. Es así que sostiene que la ansiedad, es una consecuencia emocional negativa patológica que asume el lugar de la inquietud, la cual se considera negativa, mas no patológica.

2.1.3. Influencia de los cuidadores en la Ansiedad Infantil

Es de conocimiento, que la familia es uno de los principales pilares para el ser humano el cual se desarrolla de manera adaptativa o desadaptativa en función al estilo de crianza empleado durante su desarrollo. Gómez – Maqueo y Heredia (2014) mencionan que las interacciones que se den dentro de este núcleo estarán afectadas en menor o mayor medida por las circunstancias sociales a las que esté expuesta afectando la interacción entre los mismos y su comportamiento.

Bowlby (1997, citado en Gómez – Maqueo y Heredia, 2014) señala mediante su teoría del apego, que un niño genera esquemas cognitivos negativos cuando no existe un apego seguro en su ambiente familiar ocasionando que él interprete de manera errónea la realidad, llegando a desarrollar depresión, ansiedad o algún trastorno patológico. Siendo entonces, el cuidador el protagonista en el desarrollo del niño para lograr competencias dentro de su ambiente.

De igual manera, un factor determinante de la calidad familiar o la relación cuidador – infante es la expresividad emocional dado que son los padres quienes rigen como modelos dentro de su ambiente empleando un lenguaje emocional, el cual es interiorizado por el niño desarrollando así habilidades socio – emocionales. Caso contrario, el empleo de castigos frecuentes, el empleo de límites ineficaces genera un desequilibrio en el menor el cual adquiera habilidades desadaptativas (Arranz y Oliva, 2010).

Dentro de la actual coyuntura se ha visto la importancia de este núcleo familiar, así como el de sus componentes. Zayas – Fajardo (2021) evaluó el impacto que había generado el Covid – 19 en los menores, así como a sus familiares realizando con ellos

una entrevista y evaluando el afrontamiento familiar. Encontrando que la ansiedad infantil fue la manifestación psicológica más frecuente (12.7%) durante el mes, así mismo los cuidadores reportaron un cambio en la dinámica familiar con predominio de la ansiedad en ellos (57.4%). Considerando que, en la unidad de estudio, hubo preponderancia de una estructura nuclear incompleta, se concluyó que la familia desempeña un papel significativo en la reducción del impacto de nuevas situaciones en función de su estructura, funcionalidad, afectos y motivaciones.

Además, se menciona que la dinámica familiar, que incluye la comunicación y el papel de cada persona, no sólo contribuye a un mejor bienestar psicológico, sino que también sirve como factor de protección contra diversas enfermedades a las que son susceptibles los infantes.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La actual investigación presenta un enfoque cuantitativo de alcance correlacional debido a que, a partir de teorías y conceptos, se podrá cuantificar las variables presentadas, además de que se relacionarán dos conceptos para medir similitudes y diferencias. Según Hernández – Sampieri y Mendoza (2018), “la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas” (p.110).

El diseño empleado fue el no experimental de tipo transeccional, ya que se realizó el estudio sin la manipulación de las variables presentadas siendo estas observadas en su ambiente natural. De igual manera, la recolección de estos datos se produjo en un momento único de tiempo.

Respecto al método empleado en la investigación, este fue el hipotético - deductivo (Bernal, 2010) dado que “se partieron de afirmaciones en calidad de hipótesis de las cuales se dedujeron conclusiones, de manera que estas sean capaces de refutarse y confrontarse mediante hechos” (p.60).

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó con alumnos de tercero a sexto grado de primaria de dos colegios privados del distrito Villa El Salvador de Lima Metropolitana. El período comprendido entre agosto de 2021 y mayo de 2022 fue empleado para la recolección de datos, el análisis posterior y redacción de la investigación.

3.3. Variables

3.3.1. Ansiedad en niños

- **Definición conceptual**

Según Spielberg (1972; citado en Reynolds y Richmond, 2012), la ansiedad, también conocida como ansiedad estado, es una respuesta emocional que se desencadena cuando una situación determinada se considera peligrosa, incluso en ausencia de peligro real. No obstante, como rasgo de la personalidad, se refiere a la inclinación que muestra una persona a sentir esta misma.

- **Definición operacional**

Operacionalmente, se considerará a la ansiedad en niños como el puntaje alcanzado mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada - Segunda edición (CMASR - 2) en los niveles ‘Moderadamente problemático’ y ‘Extremadamente problemático’ manifestado a nivel fisiológico por náuseas, dificultades de sueño, dolores de cabeza y fatiga. De igual manera, repercusiones a nivel cognitivo por medio de inquietudes representadas por preocupaciones obsesivas y, a nivel social, por su desenvolvimiento en situaciones sociales y de desempeño (ver Tabla 2).

Tabla 2*Operacionalización de la variable Ansiedad en niños*

Escalas	Indicadores	Ítems	Categorías		Escala de medición					
			Respuesta	Niveles						
Escala de validez	Índice de respuestas Inconsistentes (INC)	2,8	1 = Sí 0 = No	Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes (39 – menos)	Ordinal					
		3,35								
		4,10								
		6,49								
		7,39								
		19,33								
Escala de ansiedad	Defensividad (DEF)	23,37	1 = Sí 0 = No	Moderadamente problemático (61 – 70)	Ordinal					
		24,29								
		38,48								
		14,19,24, 29,33,38, 40, 44, 48								
		Ansiedad Fisiológica (FIS)				<ul style="list-style-type: none"> • Náusea • Dificultades de sueño • Dolores de cabeza • Fatiga 	1, 5,7, 11, 15, 20, 25, 31, 34, 39, 43, 46	1 = Sí 0 = No	Extremadamente problemático (71 – mayor)	Ordinal
							2, 3, 6, 8, 12, 16, 17, 18, 21, 26, 30, 32, 35, 42, 45, 49			
4, 9, 10, 13, 22, 23, 27, 28, 36, 37, 41, 47										
Ansiedad Social (SOC)	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones sociales y de desempeño 		1 - 49	1 = Sí 0 = No	Extremadamente problemático (71 – mayor)		Ordinal			
			2, 3, 6, 8, 12, 16, 17, 18, 21, 26, 30, 32, 35, 42, 45, 49							
			4, 9, 10, 13, 22, 23, 27, 28, 36, 37, 41, 47							
Ansiedad Total (TOT)		1 - 49								

3.3.2. *Ansiedad por Coronavirus*

- **Definición conceptual**

La ansiedad es una emoción que constituye un mecanismo de supervivencia del ser humano, la cual surge ante eventos sorprendidos o amenazantes. Esta inicia en el cuerpo la reacción de ataque ante la situación problemática o de escape, por lo que se puede concluir que la ansiedad se consideraría como una emoción de preservación. Sin embargo, si esta reacción psicológica y mental no es adecuadamente controlada puede desencadenarse de manera desadaptativa ocasionando anomalías en el desenvolvimiento de la rutina, lo que se conoce como un trastorno de ansiedad (Carrillo, s.f.). Así mismo, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales - Quinta edición (DSM - V) considera dentro de la ansiedad manifestaciones a nivel cognitivo, conductual, emocional y fisiológico (APA, 2013; Lee, 2021).

- **Definición operacional**

Operacionalmente, se considera a la ansiedad como el puntaje alcanzado mediante la Escala de Ansiedad al Coronavirus (CAS) de Lee adaptado por en los niveles moderado a severo manifestado en reacciones a nivel cognitivo como pensamiento repetitivo, preocupación, sesgos de procesamiento. Así también a nivel conductual mediante actividades disfuncionales, evitación, conductas compulsivas; además de repercusiones emocionales expresadas a través de miedo e ira. Finalmente, evidenciando en el área fisiológica alteraciones de sueño, malestar somático e inmovilidad tónica, siendo estas reacciones durante las últimas dos semanas (Tabla 3).

Tabla 3*Operacionalización de la variable Ansiedad por Coronavirus*

Variable	Indicadores	Ítems	Categorías		Escala de medición
			Respuestas	Niveles	
Ansiedad por coronavirus	Pensamiento repetitivo, preocupación, sesgos de procesamiento		0 = de ninguna manera	Se	Razón
	Actividades disfuncionales, evitación, conductas compulsivas	1 2 3 4	1= Rara vez, menos de un día o dos	Se considerará un puntaje de 0 a 20, donde a mayor puntaje	
	Miedo e ira	5	2= Varios días	mayor será la presencia de	
	Alteraciones de sueño. malestar somático e inmovilidad tónica		3= Más de 7 días	ansiedad por Coronavirus.	
			4= todos los días		

3.4. Población y muestra

La población estuvo compuesta por 195 estudiantes de dos instituciones educativas privadas del distrito de Villa el Salvador, dentro de las cuales el 42,6% representa la institución A y el 57,4% la institución B. Así mismo, en base a los criterios de inclusión y exclusión, se determinó que sean pertenecientes al 3º, 4º, 5º y 6º grado de nivel primaria entre varones (45.1%) y (54.9%) mujeres.

De la misma manera, se contó con la participación de los respectivos cuidadores conformados por 11 (5.6%) varones y 184 (94.4%) mujeres entre los 18 y 48 años de edad cuyos roles respecto a los menores fueron de padre (2.1%), madre (61.5%) y otros (36.4%).

Se consideró dentro de los criterios de inclusión la participación voluntaria, así como el rango de edad de 8 a 11 años para los estudiantes, la falta de dificultades en la comprensión lectora, el consentimiento a participar por parte del cuidador y que este último no presente un diagnóstico o tratamiento de ansiedad. En cuanto a los criterios de exclusión se encuentra el no acceder a la investigación, dificultades en la comprensión lectora y mantener un diagnóstico o tratamiento de ansiedad vigente en el caso de los cuidadores.

Tabla 4

Distribución de los estudiantes de primaria en función a la institución educativa

Institución Educativa	<i>Fr</i>	%
Institución a	83	42,6%
Institución b	112	57,4%
Total	195	100,0%

Nota: Fr= frecuencia, %= porcentaje

Tabla 5*Distribución de los estudiantes de primaria en función al grado escolar*

Grado escolar	<i>Fr</i>	%
Tercer Grado	62	31,8
Cuarto Grado	38	19,5
Quinto Grado	56	28,7
Sexto Grado	39	20,0
Total	195	100,0

Tabla 6*Frecuencia de estudiantes de primaria y cuidadores en función al sexo*

	Estudiantes		Cuidadores	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Masculino	88	45.1	11	5.6
Femenino	107	54.9	184	94.4
Total	195	100.0	195	100.0

Tabla 7*Frecuencia de cuidadores en función al rol con el menor*

Rol	Fr	%
Padre	4	2.1
Madre	120	61.5
Otro	71	36.4
Total	195	100.0

3.5. Instrumentos

3.5.1 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada - Segunda edición (CMASR - 2)

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada – Segunda Edición (CMASR – 2) es una revisión completa de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS) creada por Reynolds y Richmond en 1985. Tiene como objetivo evaluar el tipo y el grado de ansiedad en niños de entre 6 y 19 años.

Con 49 ítems y dos respuestas posibles («Sí» y «No»), el CMASR-2 es una herramienta rápida de autoinforme que puede utilizarse tanto en solitario como en grupo. Esta prueba genera puntuaciones, expresadas en percentiles, para seis sub - escalas: índice de Respuestas Inconsistentes (INC), Defensividad (DEF), Ansiedad Total (TOT), Ansiedad fisiológica (FIS), Inquietud (INQ) y Ansiedad social (SOC). Además de ello, para generar una puntuación de Ansiedad Total Abreviada, los 10 primeros ítems de la escala son utilizados como un cuestionario abreviado.

A comparación de la versión anterior, CMASR, las estimaciones de confiabilidad, Alfa de Cronbach, han sido mejoradas con un valor de 0.92 para la puntuación total y valores en un rango de 0.75 a 0.86 para las puntuaciones escalares

(Figura 1). De igual manera, se realizaron cambios en función de las escalas para una mejor comprensión de la misma; en este caso, la escala de Ansiedad Social sustituyó a la de Preocupaciones sociales – concentración y los reactivos de la escala de Mentira fueron redactados nuevamente para ser agrupados en la escala de Defensividad.

Del mismo modo, se desarrolló el Análisis Factorial exploratorio para evaluar la validez del instrumento encontrando un factor fuerte de Ansiedad General, el cual se encuentra descrito por las escalas de ansiedad y la puntuación TOT. Estas fueron, también, consistentes en muchas variables las cuales incluyeron el género y grupo étnico. Así mismo, se examinó la validez concurrente y divergente de la escala bajo circunstancias de aplicación con el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) obteniendo en los resultados, una correlación estadísticamente significativa entre ambas pruebas ($r=.85, p < .001$).

En cuanto a la estandarización (Reynolds y Richmond, 2012), se realizó en la población mexicana en una muestra total de 2490 niños de ambos géneros, siendo 13311 mujeres y 1179 varones, considerando los intervalos de edad para la estandarización en EUA. Se efectuó el análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach el cual obtuvo 0.868 demostrando así ser confiable. Por otro lado, se evaluaron los reactivos mediante el análisis factorial los cuales corroboraron la solidez de los mismos.

En el Perú, Carbajal et al. (2021), realizaron un análisis de las características psicométricas de la escala, las cuales fueron determinadas a través del criterio de cinco jueces mediante el coeficiente de Aiken el cual arrojó un valor superior a 0.8 indicando así aceptabilidad en sus cuatro escalas principales. Así mismo, se halló la consistencia interna del cuestionario mediante el Alfa de Cronbach (.813) el cual demostró un puntaje

adecuado a nivel general. Finalmente, la confiabilidad se determinó por medio del método Omega de Mc Donald consiguiendo un puntaje de .831, el cual se considera aceptable. De igual manera, se hizo el Análisis Factorial Confirmatorio para la obtención de la validez encontrando una estructura de cuatro factores (Ansiedad Fisiológica, Inquietud, Ansiedad Social y Defensividad) la cual se mantuvo invariante a la escolaridad y género, concluyendo que la prueba CMASR – 2 cuenta con evidencia de confiabilidad, equidad y validez para su uso en estudiantes peruanos de educación básica.

Figura 1

Estimación de confiabilidad para la muestra completa de referencia del CMASR - 2

Escala	Alfa de Cronbach ^a	Test-retest ^b
Ansiedad Total (TOT)	.92	
Ansiedad Fisiológica (FIS)	.75	.73
Inquietud (INQ)	.86	.71
Ansiedad Social (SOC)	.80	.64
Defensividad (DEF)	.79	.67
Formulario Breve de Ansiedad Total (BF-TOT)	.82	<u>.54</u>

^aN = 3 086. ^bN = 100; una semana de intervalo entre cada prueba.

Nota. Tomado de *Escala de Ansiedad Manifiesta para niños Revisada - 2* (p.40), Reynolds y Richmond (2012).

Para las consideraciones del presente estudio, se elaboró el análisis de la fiabilidad del instrumento por consistencia interna (Tabla 8), las cuales fueron aceptables tanto para la escala de Ansiedad Total ($\alpha=.869$), así como para las sub escalas Defensividad, Ansiedad fisiológica, Inquietud y Ansiedad social ($\alpha=.727$, $\alpha=.808$,

$\alpha=.717$, $\alpha=.770$), lo cual refleja que el mencionado instrumento de medición puede ser aplicado en el contexto del presente estudio.

Tabla 8

Coefficiente de fiabilidad para la Escala de Ansiedad Manifiesta para niños Revisada – 2º Edición.

Escala	α	Nº de elementos
Ansiedad Total (TOT)	0,869	49
Defensividad (DEF)	0.727	9
Ansiedad Fisiológica (FIS)	0.808	12
Inquietud (INQ)	0.717	16
Ansiedad Social (SOC)	0.770	12

Nota. α =Coeficiente de Alfa de Cronbach

Tabla 9

Indicadores de ajuste de la estructura de la Escala de Ansiedad en niños (CMASR-2)

	X ² /gl	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo de 4 componentes	2.087	0.953	0.941	0.049	0.052

Nota. CFI: índice de ajuste comparativo; TLI: índice de Tucker – Lewis; RMSEA: raíz de la media cuadrática del error de aproximación

Del mismo modo, en la Tabla 9, se presentan los indicadores de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para la Escala de Ansiedad en niños (CMASR-2). Los parámetros del modelo se obtuvieron utilizando el estimador de máxima verosimilitud. Se consideró, respecto a la interpretación de los índices, que una medida

de parsimonia X^2/gl debe ser menor o igual a 5 (Wheaton et al., 1987), por tanto, el ajuste es adecuado ($X^2/gl= 2.087$). Para los índices comparativos de Bentler-Bonett (CFI) y de Tucker-Lewis (TLI), se aceptan valores mayores a 0.90 (Bentler, 1990), lo que en este caso se cumple (CFI= 0.953; TLI= 0.941). En cuanto al error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), un valor menor a 0.06 sugiere un ajuste razonable entre el modelo y los datos (Hu y Bentler, 1999); en este caso, el RMSEA de 0.049 indicando un ajuste óptimo. Finalmente, el valor de la raíz media estandarizada residual cuadrada (SRMR), que debe ser menor o igual a 0.08 para considerarse aceptable (Chen, 2007), es 0.052, lo que evidencia una excelente correspondencia entre el modelo y los datos observados. Los indicadores sugieren que la estructura de la CMASR-2 presenta un ajuste satisfactorio y coherente con los datos analizados.

3.5.2 Coronavirus Anxiety Scale (CAS)

El Coronavirus Anxiety Scale (CAS) es una escala unidimensional con cinco ítems los cuales permiten reconocer la frecuencia de la sintomatología fisiológica generada por pensamientos e información relacionada al Covid - 19 durante las dos últimas semanas. Así mismo, su aplicación es individual y cuenta con cinco alternativas de respuesta: 0 = de ninguna manera, 1 = rara vez, 2 = varios días, 3 = más de siete días y 4 = todos los días. En cuanto a la puntuación, la herramienta muestra un número entre 0 y 20, lo que significa que cuanto mayor es la puntuación, más frecuentemente se producen los síntomas de ansiedad Covid-19.

El instrumento de medición creado por Lee (2020) surge con el objetivo de desarrollar un “breve cribador de salud mental para identificar casos probables de ansiedad disfuncional asociados con la crisis del Covid - 19” (p. 393). El presente obtuvo

un índice de ajuste para la estructura unifactorial de CFI= 1.00; TLI= 1.00; SRMR= .001; RMSEA= .00 y la confiabilidad se dio mediante el coeficiente de Alfa ($\alpha=0.93$) usando como muestra a 775 adultos con ansiedad producto del Coronavirus, discriminando adecuadamente entre personas con y sin ansiedad disfuncional, demostrando así que el instrumento cuenta con adecuada validez y confiabilidad. Se halló, además, que las cualidades diagnósticas de sensibilidad (90%) y especificidad (85%) son las adecuadas.

El mencionado instrumento fue traducido y adaptado por Franco-Jiménez en 2020. Se utilizó para ello una muestra de 622 adultos y jóvenes peruanos de la ciudad de Ica; de ellos, 52,3% eran varones y 47,7% mujeres entre 17 y 58 años. Además, colaboró con dos especialistas multilingües independientes para traducir el instrumento y sometió ambas versiones a un panel de cuatro expertos en Psicología Clínica. El Análisis Factorial Confirmatorio se empleó para el modelo original de un solo factor confirmando un ajuste adecuado (CFL= .99; TLI= .99; RMSEA= .04; SRMR= .03) y una alta consistencia interna, la cual se obtuvo mediante el coeficiente omega McDonald ($\omega > .80$) evidenciado una adecuada validez y confiabilidad con el instrumento original. Así mismo, mediante la invarianza factorial, que la estructura unifactorial del instrumento era estable considerando la edad de la población.

En el 2021, Caycho et al. aportaron nuevas evidencias del citado instrumento analizando sus cualidades psicométricas mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y Teoría de Respuesta al Ítem (IRT) en población peruana. Utilizaron una muestra de 790 peruanos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, de los cuales el 42,3% eran hombres y el 57,7% mujeres. Se realizó la validez del instrumento basada

en la estructura interna obteniéndose resultados satisfactorios ($\chi^2= 33,64$; $d.f. = 5$; $p < .001$; $RMSEA = .085$ [IC90% .059–.114]; $SRMR = 0,023$; $CFI=.99$; $TLI = .99$), además se realizó el análisis de confiabilidad mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach y el Omega de McDonald ($\alpha=.91$; $\omega=.88$). Se concluyó que el CAS cuenta con características psicométricas adecuadas para ser “utilizada como una medida corta de la ansiedad Covid - 19” (p. 1).

Para el propósito del estudio, se determinaron los baremos para la Escala de ansiedad por Coronavirus (CAS) a partir de un grupo normativo de 303 personas, cuyas edades fluctuaban entre los 18 a 65 años. Se establecieron dos puntos de corte (Pc: 25, Pc:75), tal como se aprecia en la Tabla 10, con la finalidad de que la prueba reflejara de manera dicotómica la ausencia o presencia de Ansiedad por Coronavirus. Asimismo, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha= 0,701$) para evaluar la fiabilidad del instrumento, considerándose adecuado (ver Tabla 11). Demostrando, de esta manera, que el instrumento posee propiedades psicométricas adecuadas.

Tabla 10

Baremos de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en adultos

Ansiedad por Coronavirus	\bar{x}	D.E.	Pc	Puntuación Total
Ausencia			25	0 - 7
	5,33	3,734		
Presencia			75	8 - 14

Nota: \bar{x} = Media, D.E.=Desviación estándar, Pc=Percentiles

Tabla 11

Coefficiente de fiabilidad para la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en adultos

α	Nº de elementos
.701	5

Nota: α =Coeficiente de Alfa de Cronbach

El coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor se considera suficiente, se empleó para evaluar la fiabilidad del instrumento entre los cuidadores que participaron en este estudio (véase la Tabla 12). Del mismo modo, se muestran los indicadores de ajuste derivados del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) realizado para evaluar la validez de la Escala de Ansiedad frente al Coronavirus en función de su estructura interna (ver Tabla 13).

En cuanto a la interpretación de los índices, se consideró que la medida de parsimonia X^2/gl debe ser menor o igual a 5 (Wheaton et al., 1987), por tanto, posee un buen ajuste ($X^2/gl= 1.846$). Los índices comparativos de Bentler-Bonett (CFI) y de Tucker-Lewis (TLI) se consideraron adecuados cuando superan 0.90 (Bentler, 1990), lo cual se cumple (CFI= 0.980; TLI= 0.960). Aunque el RMSEA es 0.066, un valor superior a lo recomendado (<0.06), un ajuste razonable sigue siendo posible si los demás indicadores son sólidos (Hu y Bentler, 1999). En cuanto al SRMR, un valor aceptable es ≤ 0.08 (Chen, 2007), y en este caso, el valor de 0.032 refleja una excelente correspondencia entre el modelo y los datos. A pesar del ligero incumplimiento en el RMSEA, la validez del modelo unifactorial de la Escala de Ansiedad por Coronavirus se considera adecuada en general, ya que los demás índices cumplen con los criterios aceptados.

Tabla 12

Coefficiente de fiabilidad para la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) en cuidadores

α	Nº de elementos
.701	5

Tabla 13

Indicadores de ajuste de la estructura de la Escala de Ansiedad por Coronavirus

	X^2/gl	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo unifactorial	1.846	0.980	0.960	0.066	0.032

Nota. CFI: índice de ajuste comparativo; TLI: índice de Tucker – Lewis; RMSEA: raíz de la media cuadrática del error de aproximación

3.6. Procedimientos

Para la realización del estudio, se partió por coordinar con las autoridades de las instituciones educativas lo necesario para llevar a cabo el estudio. Para ello, se envió una carta de presentación en la que se exponían los objetivos, las necesidades del estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, y la existencia de un coordinador con el que se podía contactar en caso de dudas o inquietudes.

En segunda instancia, y contando con el permiso respectivo, se llevó a cabo una reunión con los coordinadores designados por cada Institución Educativa. Esta tuvo por finalidad, la presentación del proyecto, así como el brindar las indicaciones de aplicación necesarias para la evaluación a los estudiantes y sus respectivos cuidadores. De igual manera,

se resolvieron todas las dudas que presenten cada uno de ellos en función a las pruebas y objetivos del estudio.

Para la aplicación de la prueba se contó con un formulario, el cual se encuentra dividido en cinco secciones resolviéndose en una sesión de aproximadamente 15 minutos. En la primera sección se encontraba el consentimiento informado, el cual deberá ser leído por el cuidador y el estudiante, para tomar la decisión de ser parte del estudio y participar del presente. La segunda y tercera sección del formulario correspondió a la ficha sociodemográfica del cuidador/padre/madre, así como el primer instrumento de medición, la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS).

Se realizó la aplicación de la ficha sociodemográfica de los menores y Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada - Segunda Edición (CMASR - 2) de forma presencial en el aula, contando con la participación del coordinador correspondiente y las medidas de bioseguridad correspondientes, junto con el cual se supervisó que los criterios anteriormente mencionados sean cumplidos, así como precisar las directrices para evitar dificultades al responder cada uno de los ítems. Finalizando la sesión, los coordinadores se encargaron de enviar mediante la agenda escolar, el comunicado a los padres de familia, los cuales contenían los objetivos de la investigación, así como el consentimiento informado, ficha sociodemográfica y Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS).

3.7. Análisis de datos

Una vez finalizada la recogida de datos, se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0 para analizar y organizar la base de datos correspondiente. Cabe mencionar, que los datos fueron manejados con cautela dado que

debían asociarse cada cuidador al estudiante correspondiente, de manera que se lleve una óptima evaluación para la finalidad del estudio.

Dado que la investigación es de alcance correlacional, fueron usadas medidas de tendencia central y variabilidad. Respecto a la estadística descriptiva, se utilizó la media aritmética para la consecución de los promedios, la desviación estándar con la cual se obtuvo el nivel de dispersión, la frecuencia con la finalidad de conocer los niveles que presentaban más regularidad dentro de las variables; así como los porcentajes para obtener la proporción de aparición en los niveles de los participantes.

Respecto a la estadística inferencial, se requirió conocer si las variables de estudio presentaban distribución normal. Es por ello, que se realizó la aplicación de la prueba Kolmogorov – Smirnov [K-S] cuyos resultados, observados en la Tabla 14, arrojaron que ambas variables presentan un nivel de significación asintótica por debajo del p ($p=.05$) valor tanto para la Ansiedad Manifiesta en Niños ($p=.001$) como para la Ansiedad por Coronavirus ($p=.000$), por lo que correspondería el empleo de pruebas no paramétricas, las cuales fueron utilizadas para los resultados del presente estudio.

Tabla 14

Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra

	Estadístico	<i>gl</i>	<i>p</i>
Ansiedad Manifiesta (CMASR - 2)	0.088	195	.001
Ansiedad por Coronavirus (CAS)	0.175	195	.000

Nota: gl = Grados de libertad, p = Nivel de significancia

3.8. Consideraciones éticas

Los datos obtenidos durante la etapa de evaluación serán tratados con la confidencialidad debida, respetando el Código de Ética de la American Psychological Association (APA, 2010) en el capítulo 8, apartado 8.02 “Consentimiento informado para la investigación”. Además, se consideraron los principios señalados en los artículos 45º, 46º y 47º del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), que rigen el profesionalismo y respeto en el uso de las evaluaciones psicológicas y enfatizan el uso de instrumentos confiables e inteligibles.

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis inferencial

4.1.1 Análisis del objetivo general

En relación con el objetivo general, en la Tabla 15, se aprecian los resultados de la correlación de Spearman (ρ) entre la Sintomatología ansiosa de los alumnos y la Ansiedad por Coronavirus de los cuidadores, la cual fue débil ($\rho=.159$); no obstante, obtuvo una significancia por debajo del p valor ($p=0.026$), asumiendo así que hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 15

Correlación (ρ) entre la Ansiedad en alumnos de primaria y Ansiedad por Coronavirus en cuidadores

	Total puntuación CAS	
Ansiedad Total (TOT)	ρ	,159*
	p	,026

Nota: ρ = Coeficiente de correlación de Spearman, p = Nivel de significancia, * =La correlación es estadísticamente significativa en el nivel 0,05.

4.1.2 Análisis de la presencia de ansiedad en estudiantes

Continuando con los objetivos específicos observamos que, de un total de 195 estudiantes evaluados, el 65.6% presenta un nivel de Ansiedad total (TOT) No más problemático que para la mayoría de los estudiantes, mientras que al 31.3% le corresponde el nivel Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes. Así mismo, se aprecia que al nivel Moderadamente problemático correspondería a 3.1% de los participantes (ver Tabla 16).

Tabla 16*Niveles de Ansiedad Total en estudiantes*

	<i>Fr</i>	%
Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes	61	31,3
No más problemático que para la mayoría de los estudiantes	128	65,6
Moderadamente problemático	6	3,1
Total	195	100,0

Nota: Fr = Frecuencia.

Respecto a las subescalas, como se observa en la Tabla 17, para Ansiedad Fisiológica (FIS), el nivel Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes corresponde al 90.3%, mientras que el 9.7% se encuentra en el nivel No más problemático que para la mayoría de los estudiantes. Continuando con la subescala Inquietud (INQ), se obtuvo que el 37.9% presentaría un nivel de ansiedad No más problemático que para la mayoría de los estudiantes, un 34.9% Extremadamente problemático, 19% Moderadamente Problemático y un 8.2% un nivel Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes. Finalmente, respecto a la Ansiedad Social (SOC), un 65.6% presenta un nivel No más problemático que para la mayoría de los estudiantes, un 31.8% Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes y un 2,6% un nivel Moderadamente problemático.

Tabla 17*Niveles en las subescalas de ansiedad en estudiantes*

	FIS		INQ		SOC	
	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%	<i>Fr</i>	%
Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes	176	90,3	16	8,2	62	31,8
No más problemático que para la mayoría de los estudiantes	19	9,7	74	37,9	128	65,6
Moderadamente problemático	0	0,0	37	19,0	5	2,6
Extremadamente problemático	0	0,0	68	34,9	0	0,0
Total	195	100,0	195	100,0	195	100,0

4.1.3 Análisis de la presencia de ansiedad por Coronavirus en cuidadores

Se observa que, de un total de 195 cuidadores, el 94.4% no presentaba esta; a comparación de un 5.6% que manifestó Ansiedad ante esta enfermedad (ver Tabla 18).

Tabla 18*Presencia de Ansiedad por Coronavirus en cuidadores*

	<i>Fr</i>	%
No presenta Ansiedad	184	94,4
Presenta Ansiedad	11	5,6
Total	195	100,0

Nota: Fr= Frecuencia

4.1.4 Análisis comparativo de las subescalas de ansiedad según sexo

De acuerdo con los resultados, se notaron diferencias entre los valores de los rangos promedios de la variable Sintomatología Ansiosa (ver Tabla 19) siendo las menores quienes presentan un mayor puntaje dentro de estos. Mediante el empleo de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, podemos observar que son las mujeres quienes muestran un rango promedio mayor (*Rango promedio*=108.01) respecto a la puntuación total de Ansiedad, a comparación de los varones (*Rango promedio*=85.83) lo cual, es significativo ($p=.006$). Así mismo, respecto a las subescalas Ansiedad Fisiológica ($p=.002$) y Ansiedad Social ($p=.000$) se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los rangos de los sexos masculino y femenino; sin embargo, para el índice Inquietud estas diferencias fueron estadísticamente no significativas ($p=.846$).

Tabla 19

Puntajes de la prueba U de Mann Whitney para comparar las subescalas de ansiedad según sexo

	Sexo de los menores	Rango promedio	Suma de rangos	U	<i>p</i>
Ansiedad Total (TOT)	Masculino	85.83	7553	3637	0.006
	Femenino	108.01	11557		
Ansiedad Fisiológica (FIS)	Masculino	84.51	7437	3521	0.002
	Femenino	109.09	11673		
Inquietud (INQ)	Masculino	98.86	8700	4632	0.846
	Femenino	97.29	10410		
Ansiedad Social (SOC)	Masculino	82.32	7244	3328	0
	Femenino	110.9	11866		

Nota: U= U de Mann Whitney, *p* = Nivel de significancia

4.1.4 Análisis correlacional de las subescalas de ansiedad y ansiedad por Coronavirus

Se puede apreciar los resultados de correlación entre las subescalas de la variable Sintomatología ansiosa en alumnos y la Ansiedad por Coronavirus en cuidadores (ver Tabla 20). En primer lugar, respecto a la sub escala Ansiedad Fisiológica (FIS) se observó un coeficiente de correlación débil ($\rho=.074$; $p=.302$), por lo que no existe relación con la variable de estudio. Así mismo, la subescala Inquietud (INQ) presentó una correlación débil y estadísticamente significativa ($\rho=.174$; $p=.015$) indicando así que existe una correlación entre esta y la Ansiedad por Coronavirus. Finalmente, la subescala Ansiedad Social (SOC) alcanzó una correlación débil ($\rho=.052$; $p=.469$) por lo que no existiría relación respecto a la variable Ansiedad por Coronavirus en cuidadores.

Tabla 20

Correlación (ρ) entre la Ansiedad en alumnos de primaria y Ansiedad por Coronavirus en cuidadores

	Total puntuación CAS	
	ρ	p
Ansiedad Fisiológica (FIS)	0.074	,302
Inquietud (INQ)	,174*	,015
Ansiedad Social (SOC)	0.052	,469

Nota: ρ = Coeficiente de correlación de Spearman, p = Nivel de significancia, * =La correlación es estadísticamente significativa en el nivel 0,05.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como propósito establecer la relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador. Por lo que se partió del análisis de ambas variables, mediante un enfoque cuantitativo de alcance correlacional en una población de 195 estudiantes y cuidadores.

En función al objetivo principal, dentro de los resultados, se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología ansiosa presentada por los estudiantes de primaria y la ansiedad por Coronavirus manifestada por los cuidadores. No obstante, lo hallado difiere en cuanto al grado de relación dado que, en el presente estudio, la relación entre ambas variables fue baja, indicando que, a pesar de haber relación entre ambas variables, esta puede verse afectada por otros factores contrastando con los autores antes mencionados quienes refirieron un alto grado de relación.

Esta desigualdad puede explicarse dentro de la diferencia entre las edades consideradas para ambos estudios. Ante esto, Papalia (2009) refiere que, dentro de la primera infancia hacia los 3 años, a nivel psicosocial, se producen los primeros cambios de la dependencia a la autonomía; sin embargo, estos cambios pueden verse afectados debido a los patrones de apego los cuales vulneran la independencia del menor volviéndolos inhibidos y hostiles solo pudiendo considerar seguro el ambiente familiar; por lo que los comportamientos de los cuidadores rigen el de los niños. De manera similar, durante la segunda infancia, la cual abarca desde los 3 a 6 años, se produce un aumento en conductas relacionadas a la independencia donde la familia, mediante su aprobación, continúa siendo el centro de la vida social y emocional.

En contraste con esto, se encontraría la tercera infancia, la cual comprende las edades de 6 a 11 años donde el desarrollo socioemocional está ligado al reconocimiento de emociones, de

manera que pueden responder a la angustia de los demás y aprender a adaptarse al comportamiento de otros; sin embargo, es la socialización lo que rige en mayor medida el comportamiento infantil. Así mismo, surge la correlación, en la cual el comportamiento adaptativo y el poder es compartido con los padres y los pares. De esta manera, vemos que, para la edad considerada en el estudio, uno de los factores que prima en los menores de 8 a 11 años es la socialización, la cual, a la fecha del estudio, se ha visto favorecida por la apertura de las Instituciones Educativas y lugares de esparcimiento, a comparación de años anteriores en los cuales se permaneció bajo aislamiento obligatorio.

Continuando con los objetivos específicos, se pretendió identificar los niveles de ansiedad presentado por los estudiantes de primaria, los cuales fueron de 65.6% para el nivel No más problemático que para la mayoría de los estudiantes, 31.3% Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes y un 3.1% al nivel Moderadamente problemático. Esto podría explicarse debido a la coyuntura que se vivió respecto a la Pandemia en el país, dado que las directrices del Ministerio de Salud en el Perú se enfocaron en la vacunación de niños en edades correspondientes a los 5 a 11 años, así como la vacunación en adultos, admitiendo que estos puedan permanecer en espacios abiertos, permitiendo la recreación y favoreciendo la disminución del estado de ansiedad de los cuidadores dado que tal como comenta Smirni (2021), el aislamiento obligatorio generaba frustración al no poder ejercer su rol paternal con libertad; sin embargo, al disminuir esto surge la presencia tranquilizadora de los padres como una base segura consiguiendo que el niño reduzca sus niveles de ansiedad. Tal como mencionaron García et al. (2021) dentro de su investigación, la cual fue desarrollada durante la segunda ola de Pandemia en España, el aislamiento social obligatorio propició un incremento de los niveles de ansiedad en menores observando una disminución al terminarse esta, fecha la cual coincidió con la publicación de su estudio.

A pesar de lo mencionado anteriormente, se encontró que, dentro de las subescalas de Ansiedad, el 34.9% de los menores entre 8 a 11 años presentaba un nivel Extremadamente problemático de Inquietud. La literatura nos explica que, dentro de la Ansiedad Infantil, un factor de riesgo preponderante es la inhibición conductual, la cual es una tendencia a mostrar temor o cautela ante situaciones o ambientes desconocidos mostrando un estilo de afrontamiento evitativo, por lo que encuentran en sus cuidadores un refugio emocional y estos, a su vez se muestran más sobreprotectores lo que aumentaría este nivel de inhibición (Ordoñez – Ortega et al., 2013). A su vez, una demostración poco afectiva por parte de los padres se podría interpretar por los menores como poca aceptación generando una mayor probabilidad de desarrollar una relación insegura y, como consecuencia, un trastorno de ansiedad (Rapee, 2009).

Con respecto a la presencia de ansiedad por Coronavirus en los cuidadores se halló que un 94.4% no presentaba ansiedad ante la enfermedad, mientras que un 5.6% sí manifestó la presencia de este. Los resultados difieren con lo encontrado por Guelac (2020) quien, en una muestra de 128 personas, encontró que 42.2% presentaba Ansiedad disfuncional. Al respecto, Huarcaya – Victoria (2020), refiere que dentro de las implicaciones de la Pandemia por Covid – 19 se han presentado conductas ansiosas respecto a la salud, las cuales pueden ser llevadas al extremo presentando niveles muy altos o, en contraste, niveles muy bajos, los cuales resultan perjudiciales dado que genera y mantiene creencias acerca de no poder ser contagiados lo que los lleva a incumplir el distanciamiento y las recomendaciones de salud pública. Este último factor, se reflejó en la situación del Perú en la cual, a pesar de las restricciones de distanciamiento social, se continuaron realizando eventos donde se incumplen las normas de bioseguridad (El Peruano, 2020).

La autora refiere que es el confinamiento obligatorio lo que incrementaría la posibilidad de aparición o incremento de trastornos ansiosos, sumándose a esto, la poca disponibilidad de

intervenciones psicosociales oportunas y el poco conocimiento acerca de la salud mental. Por otro lado, se debe considerar experiencias relacionadas a pandemias precedentes a la Covid – 19, en las cuales las recomendaciones de bioseguridad fueron tomadas con escepticismo por parte de la población (Teasdale et al.; 2011), a lo cual el Perú no fue la excepción, tomando relevancia si son los líderes de familia quienes lo adoptan de manera adecuada logrando así reducir el desconocimiento sobre el cuidado ante la enfermedad y transformándose en un factor protector ante las reacciones emocionales frente a situaciones desconocidas.

Por otro lado, se planteó comparar los niveles de ansiedad en los estudiantes de primaria de 8 a 11 años en función al sexo, observándose que eran las niñas quienes presentaban mayores puntajes en relación con las subescalas y la escala total encontrándose que esta diferencia fue estadísticamente significativa tanto para el puntaje total como para las subescalas Ansiedad Fisiológica y Ansiedad social. Los resultados son diferentes de los de García et al. (2021), quienes utilizaron la Escala de Ansiedad Manifiesta-Revisada (CMAS-R) en un estudio observacional de niños mayores de siete años. Descubrieron que los niños puntuaban más alto que las niñas en las subescalas de ansiedad, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Se pretendió analizar las relaciones entre las subescalas de ansiedad manifiesta en niños y la ansiedad por Coronavirus en los cuidadores encontrando que tanto la primera subescala Ansiedad fisiológica (FIS) como Ansiedad social (SOC) no mantenían una relación a la variable Ansiedad por Coronavirus en cuidadores, no obstante, la subescala Inquietud (INQ) presentó una relación estadísticamente significativa con la Ansiedad por Coronavirus. Este resultado reflejaría que los escolares se estarían mostrando temerosos e inseguros internalizando parte de la ansiedad de los cuidadores a consecuencia del Covid – 19, empleando mecanismos ineficaces como el evadir hablar de sus sentimientos o el mostrarse presionados ante su entorno (Reynolds y

Richmond, 2012). Esto fue descrito por Jiao et.al. (2020) como uno de los síntomas más comunes entre niños de 6 a 18 años durante el periodo de Pandemia por Covid – 19 ocasionándose esto debido a las reacciones desadaptativas observadas en los padres, así como a la falta de una comunicación adecuada en la cual se fortalezca el vínculo afectivo y la información respecto a la enfermedad. Así mismo, Dalton et al. (2019) menciona que un niño de cualquier edad mostrará más temor si no perciben a los adultos que lo rodean como sinceros y comprensibles, por lo que los comportamientos inexplicables por parte de estos se consideran una fuente de amenaza.

Finalmente, cabe mencionar, que el presente estudio ha sido uno de los pioneros dentro de la coyuntura atravesada en el Perú a consecuencia de la Pandemia por Covid - 19, inspirado, además, por las observaciones realizadas durante la práctica clínica. Sin embargo, dentro de ello, se encontraron limitaciones como el acceso a la población y el periodo de recopilación de datos, el cual fue realizado después del levantamiento del aislamiento obligatorio, por lo que se desconocía los niveles previos de ansiedad en los que se encontraba la unidad de estudio. Así mismo, con la finalidad de enfocar la investigación en los efectos de la ansiedad, no se consideraron otras variables como el grado de información respecto a la enfermedad, la comunicación entre cuidadores e hijos, así como estrategias de afrontamiento ante el confinamiento las cuales podrían tener efecto dentro de la ansiedad previa o posterior tanto de cuidadores como infantes.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Existe un nivel de significancia estadísticamente significativo ($\rho=.159$; $p=.026$), con un grado de correlación bajo, entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador. Dicho resultado implica que la relación entre ambas variables, al ser débil, se ha visto afectada por otras variables, las cuales deben ser consideradas en una futura investigación.
- 6.2 Dentro de las subescalas de la Ansiedad Manifiesta en estudiantes, es Inquietud (INQ) ($\rho=.174$; $p=0.015$) quien mantiene una relación positiva y estadísticamente significativa con la variable Ansiedad por Coronavirus, sin embargo, mantiene una correlación débil. Lo cual refleja que, ante los niveles de ansiedad de los cuidadores, los infantes presentan un mayor nivel de inhibición conductual, llevándolos a mostrarse temerosos ante su entorno y presentar conductas desadaptativas como el evitar hablar de sus sentimientos.
- 6.3 Existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes según sexo para la variable Sintomatología ansiosa tanto en Ansiedad Total ($U= 3637$, $p=.006$), así como para las subescalas Ansiedad Fisiológica ($U= 3521$, $p=.002$) y Ansiedad Social ($U= 3328$, $p=.000$). Por lo que, se puede afirmar que son las mujeres quienes presentan mayores niveles de ansiedad, así como una mayor repercusión a nivel fisiológico y social que los varones.
- 6.4 Los niveles de sintomatología ansiosa en los estudiantes de primaria de dos instituciones de Villa el Salvador fueron de 65.6% para el nivel No más problemático que para la mayoría de los estudiantes, 31.3% Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes y un 3.1% en el nivel Moderadamente problemático.
- 6.5 Dentro de la Ansiedad Manifiesta, el 90.3% de los infantes evaluados presenta un nivel Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes para la subescala Ansiedad fisiológica.

Así mismo, un 65.6% presenta un nivel No más problemático que para la mayoría de los estudiantes en la subescala Ansiedad Social. Sin embargo, se encontró que, dentro de la subescala Inquietud, un 34.9% de los menores presentó un nivel Extremadamente problemático lo cual es considerado como un alto nivel de inhibición conductual por parte de estos.

6.6 Los niveles de Ansiedad por Coronavirus en cuidadores fueron de 94.4% para la ausencia de ansiedad ante la enfermedad, mientras que 5.6% para la presencia de esta. Dicho resultado se ve afectado por la situación actual que atraviesa el Perú en relación con la Pandemia dado que las medidas restrictivas han disminuido, lo cual favorece la salud mental de los cuidadores reduciendo así sus niveles de ansiedad.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Se recomienda replicar el estudio teniendo en consideración otras variables de control como los estilos de comunicación que se manejan dentro del ambiente familiar, los estilos de apego que presentan los menores, la percepción que se tiene respecto a la crianza en la familia y el tipo de trabajo que desarrollan los padres.
- 7.2 Dada la falta de antecedentes nacionales, se sugiere la replicación del estudio tanto a nivel de colegios en Villa el Salvador, así como de Lima Metropolitana de manera que los resultados puedan ser generalizados.
- 7.3 Se sugiere tomar como referencia el baremo empleado en el presente estudio para el empleo de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) debido a que los autores no mencionan, dentro de sus investigaciones, la realización de normas psicométricas para categorizar la ausencia o presencia de la Ansiedad.
- 7.4 Implementar espacios psicoeducativos dentro de la currícula escolar en los cuales se ayude a conocer las diferencias entre conductas adaptativas – desadaptativas, así como estrategias de afronte ante situaciones de conflicto. Centrándose, además, en la expresión emocional dado el alto porcentaje de Inquietud en los estudiantes de primaria.
- 7.5 Brindar, dentro de las Instituciones Educativas, espacios de orientación y tratamiento en función a la Salud Mental para padres, cuidadores y estudiantes; los cuales puedan llevar un seguimiento y recurrente evaluación tanto grupal como individual.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar – Yamuza, B., Raya – Trenas, A., Pino – Osuna, M. y Herruzo – Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 36 – 43. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.1.5
- Ansorena, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: Una revisión. *Estudios de Psicología*, 16, 31 - 45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65892>
- American Psychological Association (2010). Principios éticos de los Psicólogos y Código de Conducta. http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Apaza, C., Seminario, R. y Santa-Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 402 – 420. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/290/29063559022/29063559022.pdf>
- Arranz, F. y Oliva, D. (2010). *Desarrollo psicológico de las nuevas estructuras familiares*. Pirámide.
- Arriaga – Ramirez, J., Ortega – Saavedra, M., Meza, G., Huichán, F., Juárez, E., Rodríguez, A. y Cruz – Morales, S. (2006). Análisis conceptual del aprendizaje observacional y la imitación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 87 – 102. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538106.pdf>
- Ballena, C., Cabrejos, L., Davila, Y., Gonzales, C., Mejía, G., Ramos, V. y Barboza, J. (2021). Impacto del confinamiento por Covid-19 en la calidad de vida y salud mental. *Revista del*

Cuerpo Médico del HNAA, 14(1), 87 – 89.

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.904>

Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Second Edition*. The Guilford Press.

Beck, A. y Clark, D. (1998). *Teoría Cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Editorial Desclée de Brouwer.

Bentler, P. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238–246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>

Berazaluce, E. y Estíbaliz, D. (2003). *A qué tienen miedo los niños*. Editorial Síntesis. <https://www.sintesis.com/data/indices/9788497561023.pdf>

Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación. Tercera Edición*. Editorial Pearson Educación. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigación-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>

Briceño, M. (2021). *Ansiedad por el Covid - 19 y bienestar psicológico en personas adultas del distrito de Ate Vitarte*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8402/BRICEÑO_CM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cano - Vindel, A. (1997). Teorías Psicológicas de la emoción. En Array (Ed.), *Psicología General. Motivación y Emoción* (pp. 127 - 161). Centro de estudios Ramón Areces. https://www.researchgate.net/publication/230577045_Modelos_explicativos_de_la_emocion_Models_of_the_emotion

- Carbajal, A., Grillo, F., Castellanos, K. y Tafur, A. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada, Segunda edición, en estudiantes peruanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(2), 35 – 44. [10.14718/ACP.2021.24.2.4](https://doi.org/10.14718/ACP.2021.24.2.4)
- Carrillo, I. (sf.). *Un estudio sobre la ansiedad*. Avances. Coordinación de Investigación. <http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%20124.%20Irene%20Carrillo.pdf>
- Caycho – Rodriguez, T., Vilca, L., Carbajal - León, C., Blanco, M., Vivanco – Vidal, A., Saroli – Aranibar, D., Peña – Calero, B. y Moreta – Herrera, R. (2021). Escala de Ansiedad por el Coronavirus: Nueva evidencia psicométrica para la revisión en español basada en modelos CFA e IRT en una muestra peruana. *Death Studies*, 46(1), 1 – 10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1865480>
- Cisneros, S. y Mantilla, M. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/858>
- Chadi, N., Ryan, N. y Geoffroy M. (2022). COVID-19 and the impacts on youth mental health: emerging evidence from longitudinal studies. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Sante Publique*. <http://doi.org/10.17269/s41997-021-00567-8>
- Chávez, A. (2019). Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad en el DSM – 5 y CIE – 11. *Salme*, (12), 23 – 36. https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme_12.pdf
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>

- Coca, A. (2013). *La ansiedad infantil desde el análisis transaccional*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Repositorio UNED. <https://hdl.handle.net/20.500.14468/21255>
- Colegio de psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y Deontología*. CPSP. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Dalton, L., Rapa, E., Ziebland, S., Rochat, T., Kelly, B., Hanington, L., y Richter, L. (2019). Comunicación con niños y adolescentes sobre el diagnóstico de una condición que amenaza la vida de sus padres. *The Lancet*, 393 (10176), 1164-1176. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33202-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33202-1)
- Damian, K. (2019). *Calidad de interacción familiar y ansiedad estado - rasgo en niños de una institución educativa de Lima Metropolitana* [Tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6055/DAMIAN_MK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- De Ansonera, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 16, 31 – 45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65892>
- Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad. Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42 - 50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Dym, J. Griffin, J. y Thomson, D. (19 de marzo de 2020). *Resources for Supporting Children's Emotional Well-being during the COVID-19 Pandemic*. *Child Trends*.

<https://www.childtrends.org/publications/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-covid-19-pandemic>

Echeburúa, E. (2000). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Editorial Pirámide.

Ellis, A. (1998). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Editorial Paidós.

Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D. y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 466 - 479. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>

Franco – Jiménez, R. (2020). Translation and psychometrical properties of Coronavirus Anxiety Scale (CAS) in Peruvian Young people and adults. *Interacciones. Journal of family, clinical and Health psychology*, 6(2), 1 – 6. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.159>

García, S., Cárdenas, J., Jimenez, A., Lalinde, M., Jimeno, S., Ventura, P., Díaz, A. y López, A. (2021). Pediatric home confinement due to Covid – 19: Somatic and anxiety spectrum consequences. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3238 – 3248. <https://doi.org/10.1111/jocn.15829>

Gestión Perú (25 de septiembre de 2020). Ansiedad en los niños, otro problema que trajo la pandemia. *Diario Gestión Perú*. <https://gestion.pe/peru/ansiedad-en-los-ninos-otro-problema-que-trajo-la-pandemia-noticia/>

Ginsburg, G. y Schlossberg, M. (2002). Family – based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143 – 154. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09540260220132662>

Gómez – Maqueo, E. y Heredia, M. (2014). *Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. Manual Moderno.

- Goss, C., Duncan, J., Lou, S., Holzer, K., Evanoff, B. y Kannampalil, T. (2022). Effects of Persistente Exposure to Covid – 19 on Mental Health Outcomes Among Trainees: A longitudinal Survery Study. *Journal of General Internal Medicine*, 37, 1204 - 1210. <http://doi.org/10.1007/s11606-021-07350-y>
- Guelac, N. (2020). *Ansiedad por Coronavirus durante la pandemia Covid – 19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad de Ciencias y Humanidades]. Repositorio Tesis UCH. https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/604/Guelac_N_tesis_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, J. (2020). Impacto de la Covid - 19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578 - 594. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-578.pdf>
- Hernández – Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw – Hill / Interamericana Editores. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Herrera, D., Massiel, J. y Sosa, C. (2020). Efecto Spillover en los cuidadores de infantes de 1.5 a 5 años durante la pandemia del COVID-19. *Pediatría (Asunción)*, 47(2), 64 - 68. <https://doi.org/10.31698/ped.47022020005>
- Honores, M. (2020). *Percepción de conductas parentales y ansiedad en niños atendidos en un hospital de Chancay* [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Universidad privada del Norte.

<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24179/Honores%20Carrilo%2C%20Miguel%20Angel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hospital Emilio Valdizán (2021). *Covid - 19 y Salud Mental*. Ministerio de Salud.

<http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2021/ENERO.pdf>

Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis:

Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Huarcaya - Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la Salud Mental en la Pandemia de Covid -

19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327 - 334

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2018). Estudio

epidemiológico de Salud Mental en Hospitales generales y Centros de Salud de Lima

Metropolitana - 2015. *Anales de Salud Mental*, 34(1), pp. 1 - 184.

<https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018>

[%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20%20Salud.pdf](https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20%20Salud.pdf)

Jalenques, I., Coudert, A. y Lachal, C. (1994). *Los cuadros de ansiedad en el niño*. Editorial

Masson.

Jiao, W., Wang, L., Liu, J., Fang, S., Jiao, F., Pettoello - Mantovani, M. y Somekh, E. (2020).

Behavioral and Emotional Disorders in Children during the Covid – 19 Epidemic. *The*

Journal of Pediatrics, 221, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>

Lee, S. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental Health screener for COVID – 19 related

anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393 – 401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>

- Mnachia, M., Gathier, A., Yapici – Eser, H., Schmidt, M., De Quervain, D., Van Amelsvoort, T., Bisson, J., Cryan, J., Howes, O., Pinto, L., Van der Wee, N., Domschke, K., Branchi, I. y Vinkers, C. (2022). The impact of the prolonged Covid – 19 pandemics on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *European neuropsychopharmacology: The journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 55, 22–83.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.864>
- Marca, K. (2019). *La ansiedad infantil por separación y la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a 7 años del Centro Integral Santa María de la Ciudad de la Paz*. [Tesis de pregrado, Universidad Mayor Pacensis Divi Andre]. Universidad Nacional de San Andrés.
<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/23003/PSI-1220.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez - Monteagudo, C., Inglés, C., Cano - Vindel, A. y García - Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la Teoría tridimensional de la Ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201 - 209.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_et al_AnsiedadEstres.pdf
- Meza - Orihuela, J. y Cárdenas - Flores, C. (2017). Influencia de la ansiedad de los padres y niños antes de la primera visita odontológica. *Revista Científica Odontológica*, 5(2), 713 - 719.
<https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/374/424>
- Ministerio de Salud (2020). *Plan de Salud Mental Perú, 2020 - 2021 (En el contexto Covid - 19)*. Ministerio de Salud del Perú. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2018). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con Trastornos de ansiedad en atención primaria*. Agencia Láin Entraigo. Unidad de

- evaluación de Tecnologías Sanitarias. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Okuyama, J., Seto, S., Fukuda, Y., Ito, K., Imamura, F., Funakoshi, S. y Izumi, S. (2022). Life alterations and Stress during the Covid – 19 Pandemic in Japan: Two Time comparison. *Journal of Disaster Research*, 17(1), 43 – 50. <https://doi.org/10.20965/jdr.2022.p0043>
- Ordóñez – Ortega, A., Espinosa – Fernández, L., García – López, L. y Muela – Martínez, J. (2013). Inhibición Conductual y su relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. *Terapia Psicológica*, 31(3), 355 – 362. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78528770010>
- Ozkut, Y., Ozurt, G., Dilara, Z., Burak, H., Ekinci, Ö., Kaya, I., Adak, I., Selcuk, I., Turan, S., Amarillo, M., Gol, G., Ermis, C., Ekinci, N., Ipek, O., Tiriaki, I., Kitapcioglu, S., Evren, A., Final, N. y Pekcanlar, A. (2021). Effects of the Covid – 19 Pandemic on Children’s eating patterns and Parent’s anxiety levels: A multi – center study. *Turk J Child Adolescent Mental Health*, 28(1), 14 – 18. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2020.07108>
- Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la adolescencia. Undécima edición*. Editorial McGraw - Hill.
- Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y algunas disputas dentro del Conductismo. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 389 – 399. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80429824012>
- Plataforma digital única del Estado Peruano (2021). *Coronavirus (Covid - 19) en Perú*. <https://www.gob.pe/coronavirus>
- Plazas, E. (2006). B.F. Skinner: la búsqueda de orden en la conducta voluntaria. *Universitas Psychologica*, 5(2), 371 – 383. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750213.pdf>

- Pontificia Universidad Católica del Perú, Fundación Baltazar y Nicolás y Cooperación Infancia, (2021). *Evaluación Continua del Impacto de la Covid – 19 en el desarrollo de niños y niñas menores de 6 años. ECIC – 19*. <https://fundacionbaltazarynicolas.org/wp-content/uploads/2021/07/Informe-ECIC-19-Version-5-Lima.pdf>
- Rapee, R., Schniering, C. y Hudson, J. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311 – 341. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- Rapee, R. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención. En Irrázaval (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pp. 1 - 22).
- Reynolds, C. y Richmond, B. (2012). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Segunda edición: CMASR- 2*. Editorial Manual Moderno.
- Reynoso, J. y Santos, A. (2023). *Estilos de crianza parental y ansiedad en escolares de 5to de secundaria de centros educativos estatales del distrito de Villa el Salvador*. [Tesis de pregrado, Universidad Científica del Sur]. Repositorio Universidad Científica del Sur. <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/3263>
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia en los niños. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 521-543).
- Rusca-Jordán F., Cortez-Vergara, C., Tirado–Hurtado, B. y Strobbe-Barbat, M. (2020). Una aproximación a la salud mental de los niños, adolescentes y cuidadores en el contexto de la COVID-19 en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 37(4), 556-8. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1851>

- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especialidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9(2), 133 - 170. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal - estar e Subjetividade*, 3(1), 10 - 59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Smirni, D. (2021). Noli Timere: The Role of Reassuring Adults in Dealing with Covid – 19 Anxiety in Pediatric Age. *Pediatric Reports*, 13(3), 15 - 30. <https://doi.org/10.3390/pediatric13010003>
- Tortella - Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM - V. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 10, 62 - 69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803018>
- Velazco, V., Martínez, V., Roiz, J., Huarazano, F. y Nieves, A. (2002). *Muestreo y Tamaño de muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación.*
- Wang, C., Riyu, P., Wan, X., Yilin, B., Xu, L., Ho, C. y Cho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729)
- Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D. F. y Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel Models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136. <https://doi.org/10.2307/270754>
- Zayas - Fajardo, M., Román - López, I., Rodríguez - Zayas, L. y Román - López, M. (2021). Repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia relacionada con el aislamiento social por la Covid - 19. *Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1). http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2528/pdf_745

IX. ANEXOS

Anexo A: Trastornos de Ansiedad recogidos en el DSM – V

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que se tiene un vínculo estrecho y se evidencia un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en la preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de seis meses en adultos y de cuatro semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en la que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos)	Duración mínima de un mes. No aplicable al primer mes en que se va a la escuela.
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intensa y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo - ansiedad.	<i>Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico:</i> Animal, entorno natural, sangre, heridas - inyecciones, situacional, entre otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de seis meses.

Trastorno de ansiedad social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación con una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.	<p><i>Especificación:</i> Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público).</p> <p>El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de seis meses.</p>
Trastorno de Angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.	
Agorafobia	<p>Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad.</p> <p>La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.</p>	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de seis meses.
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.	No se da exclusivamente durante el delirium.
Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ellos es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.	No se da exclusivamente durante el delirium.
Otros trastornos de ansiedad especificados	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumplen con el criterio temporal de estar presente la mayoría de los días.
Trastorno de ansiedad no especificado	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).	

Nota: Tomado de Tortella - Feliu (2014)

Anexo B: Matriz de consistencia

Problema de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Método
Problema ¿Existe relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022?	Objetivo General Establecer la relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022	Hipótesis General Existe relación significativa entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.	Tipo de Investigación La investigación será de enfoque cuantitativo de alcance correlacional. Diseño no experimental de tipo transeccional.
Problemas Específicos PE1. ¿Cómo se presentará el nivel de ansiedad en los estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022? PE2. ¿Existe presencia de ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022? PE3. ¿Existen diferencias significativas entre las subescalas de ansiedad de estudiantes de	Objetivos Específicos OE1. Identificar los niveles de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022. OE2. Identificar la presencia de ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022. OE3. Comparar las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos	Hipótesis Específicas H1. Los estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022 presentan un nivel de ansiedad Moderadamente problemático. H2. Existe presencia de ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022. H3. Existen diferencias significativas entre las subescalas de ansiedad de estudiantes de primaria de 8 a 11 años de dos	Ámbito Temporal – Espacial Se desarrollará durante los meses de agosto 2021 a mayo del 2022 en dos Instituciones Educativas Privadas de Villa el Salvador. Variables Ansiedad en niños Ansiedad por Coronavirus Población Se constituirá por 195 estudiantes de nivel primaria, cuyas edades oscilarán entre los 8 a 11 años. Instrumentos La Escala de Ansiedad

primaria de 8 a 11 años de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022 en función al sexo?

PE4. ¿Existe relación significativa entre las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022?

instituciones de Villa el Salvador, 2022, en función al sexo.

OE4. Analizar las relaciones entre las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.

instituciones de Villa el Salvador, 2022, en función al sexo.

H4. Existe relación significativa entre las subescalas de ansiedad en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador, 2022.

Manifiesta en Niños Revisada – Segunda edición (CMASR – 2)

Revisión completa de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS) creada por Reynolds y Richmond en 1985 y estandarizada por Reynolds y Richmond en 2012.

Coronavirus Anxiety Scale (CAS)

Creado por Lee (2020). Traducido y adaptado por Franco – Jiménez (2020).

Anexo C: Consentimiento y fichas sociodemográficas empleadas para la recolección de datos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: “Síntomatología ansiosa en estudiantes de primaria y Ansiedad por Coronavirus en cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador - Lima”

Investigadora a cargo: Trízzia Alessandra Oré Rojas.

El presente estudio tiene por **objetivo** establecer la relación entre la sintomatología ansiosa en estudiantes de primaria de 8 a 11 años y la ansiedad por Coronavirus en los cuidadores de dos instituciones de Villa el Salvador - Lima. Cabe resaltar que su participación es completamente voluntaria y su decisión no está sujeta a ninguna alteración con la Institución o investigadora.

Además de ello, se mantendrá la **confidencialidad** de los datos que proporcione garantizando un uso netamente científico y exclusivo de la investigación. Por tal motivo, sus respuestas serán completamente **anónimas**.

En caso acceda a participar, deberán responder dos cuestionarios los cuales tienen un tiempo de duración de 10 minutos. Además de ello, si surgen dudas respecto al estudio o sobre su participación en el mencionado, puede contactarse mediante el siguiente correo: 2016021598@unfv.edu.pe o realizarlas a la investigadora a cargo. Desde ya, agradezco su participación en la mencionada investigación.

He leído y aceptamos participar de la mencionada investigación

Sí, acepto

No acepto

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA: CUIDADOR/PADRE/MADRE

A continuación, se presentan una serie de datos. Recuerde estos serán trabajados de manera anónima.

1. Rol que cumple con el menor.

Madre

Padre

Otro: _____

2. Edad del cuidador/padre/madre

3. Sexo

Femenino

Masculino

4. ¿Usted ha sido contagiado(a) de Covid – 19 durante el periodo 2019 – 2022?

Sí

No

5. Diagnóstico de Covid – 19 en familiares cercanos durante el periodo 2019 – 2022

Sí

No

6. ¿Ha fallecido algún familiar cercano por Covid – 19?

 Sí

 No

7. ¿Qué relación tenía este familiar con el menor?

8. ¿Tiene algún trastorno de ansiedad diagnosticado o en tratamiento?

 Sí

 No

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA: NIÑOS (8 – 11 AÑOS)

A continuación, se presentan una serie de datos respecto al menor que deben ser respondidos por el cuidador/padre/madre. Recuerde estos serán trabajados de manera anónima.

1. Edad

<input type="checkbox"/>	8 años
<input type="checkbox"/>	9 años
<input type="checkbox"/>	10 años
<input type="checkbox"/>	11 años

2. Sexo

 Femenino

 Masculino

3. Institución Educativa

<input type="checkbox"/>	Particular
<input type="checkbox"/>	Estatad

4. Grado de escolaridad

<input type="checkbox"/>	3° Grado
<input type="checkbox"/>	4° Grado
<input type="checkbox"/>	5° Grado
<input type="checkbox"/>	6° Grado

5. ¿Has sido diagnosticado por Covid – 19 durante el periodo 2019 – 2022?

 Sí

 No

Anexo D: Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS)

ESCALA DE ANSIEDAD POR CORONAVIRUS (CAS) – CUIDADOR/PADE/MADRE

A continuación, se le presentarán una lista de afirmaciones. Marque con qué frecuencia ha experimentado las siguientes actividades en las últimas dos semanas.

Recuerde que **no hay respuestas correctas e incorrectas**.

1. Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias sobre el Covid - 19.

<input type="checkbox"/>	De ninguna manera
<input type="checkbox"/>	Rara vez, menos de un día o dos
<input type="checkbox"/>	Varios días
<input type="checkbox"/>	Más de 7 días
<input type="checkbox"/>	Casi todos los días en las últimas dos semanas

2. Tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el Covid – 19.

<input type="checkbox"/>	De ninguna manera
<input type="checkbox"/>	Rara vez, menos de un día o dos
<input type="checkbox"/>	Varios días
<input type="checkbox"/>	Más de 7 días
<input type="checkbox"/>	Casi todos los días en las últimas dos semanas

3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a la información sobre el Covid – 19

<input type="checkbox"/>	De ninguna manera
<input type="checkbox"/>	Rara vez, menos de un día o dos
<input type="checkbox"/>	Varios días
<input type="checkbox"/>	Más de 7 días
<input type="checkbox"/>	Casi todos los días en las últimas dos semanas

4. Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el Covid – 19.

<input type="checkbox"/>	De ninguna manera
<input type="checkbox"/>	Rara vez, menos de un día o dos
<input type="checkbox"/>	Varios días
<input type="checkbox"/>	Más de 7 días
<input type="checkbox"/>	Casi todos los días en las últimas dos semanas

5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el Covid – 19.

<input type="checkbox"/>	De ninguna manera
<input type="checkbox"/>	Rara vez, menos de un día o dos
<input type="checkbox"/>	Varios días
<input type="checkbox"/>	Más de 7 días
<input type="checkbox"/>	Casi todos los días en las últimas dos semanas

Anexo E: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada – 2da Edición (CMASR -2)

**ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS
REVISADA – 2^{da} EDICIÓN (CMASR -2)**

Las oraciones que aparecen en este formulario dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración y luego marca la palabra que corresponda a tu respuesta.

Marca la palabra "SI" si piensas que así eres. Y marca "NO" si crees que no eres así.

Responde cada oración incluso si te resulta difícil elegir una respuesta que se aplique a ti.

No hay respuestas correctas ni incorrectas, solo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de leer cada oración pregúntate "¿Es cierto en mi caso?" Si es así, marca "SI"; si no lo es, marca "NO"

1. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
2. Soy nervioso(a)	Sí	No
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No
4. Tengo miedo de que otros niños se rían de mí durante la clase.	Sí	No
5. Tengo demasiados dolores de cabeza	Sí	No
6. Me preocupa no agradarle a otros	Sí	No
7. Algunas veces me despierto asustado	Sí	No

8. La gente me pone nervioso(a)	Sí	No
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas	Sí	No
10. Tengo miedo de que los demás se rían de mí	Sí	No
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no salen como quiero	Sí	No
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
14. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
15. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado	Sí	No
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí	Sí	No
18. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
19. Siempre soy amable	Sí	No
20. Me enojo con facilidad	Sí	No
21. Me preocupa lo que mis papás vayan a decir	Sí	No
22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase	Sí	No
24. Siempre me porto bien	Sí	No
25. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido	Sí	No
26. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
27. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
28. En la escuela se burlan de mí	Sí	No
29. Siempre soy bueno	Sí	No

30. Es muy fácil herir mis sentimientos	Sí	No
31. Me sudan las manos	Sí	No
32. Me preocupa cometer errores delante de la gente	Sí	No
33. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
34. Me canso mucho	Sí	No
35. Me preocupa lo que va a pasar	Sí	No
36. Los demás son más felices que yo	Sí	No
37. Temo hablar en voz alta delante de un grupo	Sí	No
38. Siempre digo la verdad	Sí	No
39. Tengo pesadillas	Sí	No
40. A veces me enoja	Sí	No
41. Me preocupa que durante la clase me hagan participar	Sí	No
42. Me siento preocupado cuando voy a dormir en la noche	Sí	No
43. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
44. A veces digo cosas que no debería decir	Sí	No
45. Me preocupa que alguien me dé una golpiza	Sí	No
46. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
47. Muchas personas están en mi contra	Sí	No
48. He dicho alguna mentira	Sí	No
49. Me preocupa decir alguna tontería	Sí	No

Anexo F: Constancia de aplicación de instrumentos

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TESIS

El que suscribe, Flor de María Díaz Cuya, DIRECTORA de la Institución Educativa Privada **Peruano Francés** perteneciente a la ciudad de Lima, distrito de Villa el Salvador.

HACE CONSTAR

Que, la Srta. **TRÍZZIA ALESSANDRA ORÉ ROJAS**, identificada con DNI N° 76240900, código de alumna N° 2016021598 con domicilio en **Av. Juan Velazco Alvarado 1371** del distrito de Villa el Salvador, departamento de Lima, ha ejecutado su proyecto de Tesis titulado **SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA Y ANSIEDAD POR CORONAVIRUS EN CUIDADORES DE DOS INSTITUCIONES DE VILLA EL SALVADOR – LIMA** el día miércoles 16 de marzo del presente año. Siendo asignadas las secciones pertenecientes al 3°, 4°, 5° y 6° grado del nivel primaria. Cumpliendo eficientemente su proceso de recolección según las coordinaciones establecidas.

Se expide el presente documento, para los fines y usos que fueran convenientes.

Villa el Salvador, 25 de marzo del 2022



Flor de María Díaz Cuya
Directora de la I.E.P. Peruano Francés