

Prevalencia de Conducta Ansiógena y Factores Asociados, en Niños de Quinto a Séptimo de Básica

Valeria Ríos Garzón¹, Sofía Quintero López¹, Pamela Contreras Arias¹
Escuelas Fiscales “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil”. Gualaceo - Ecuador.

RESUMEN

1. Hospital “José Carrasco Arteaga”.
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y
“Brasil”. Gualaceo - Ecuador. Año Lectivo
2011 -2012.

CORRESPONDENCIA:

Pamela Contreras
e-mail: pamecontrerasarias@gmail.com
Hospital “José Carrasco Arteaga”. José
Carrasco Arteaga y Pacto Andino. Monay.
Cuenca-Ecuador. Código Postal 010203.
Teléfono: [593] 07 286 15 00
Fecha de Recepción: 02-03-2014
Fecha de Aceptación: 09-08-2014

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Rev Med HJCA 2014; 6(2): 142-145.
doi: 10.14410/2014.6.2.014.

ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO

© 2014 Ríos et al.; licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de “Creative Commons Attribution License” (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original. El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

* Cada término de los Descriptores De Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo han sido verificados por el editor en la biblioteca virtual en salud [BVS] de la edición actualizada a marzo del 2014, el cual incluye los términos MESH de MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de ansiedad en los niños/as, constituyen un gran problema de salud. El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de conducta ansiógena y factores asociados, en niños/as de quinto a séptimo de básica de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, Azuay-Ecuador, año lectivo 2011-2012.

MÉTODOS: El presente estudio de prevalencia que incluyó niños en etapa escolar del Cantón Gualaceo, para el diagnóstico de ansiedad se utilizó el Test IDAREN y para funcionalidad familiar el test FF-SIL. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, año lectivo, residencia, funcionalidad familiar, emigración y actividad deportiva. Se utilizaron la razón de prevalencia con IC 95% y Chi cuadrado de Pearson para demostrar asociación entre ansiedad y factores asociados además del valor de P para la significancia estadística.

RESULTADOS: 310 niños fueron incluidos en el estudio. La ansiedad-rasgo se ubicó en un 15.8%, la media de edad se ubicó en 10.10, el sexo masculino fue más prevalente con un 76.1%, el 35.5% de los estudiantes cursaban el sexto año de educación básica, el 64.5% de la población reside en el área urbana del Cantón, el 27.1% de las familias presentaron disfuncionalidad, el 36.5% de la población presente, el 12.6% de la población no practica deporte alguno.

CONCLUSIONES: Los comportamientos ansiógenos fueron más prevalentes en las edades inferiores, el sexo masculino, en el área rural, en niños con disfuncionalidad familiar, con presencia de migración y en los que realizan actividad física. Únicamente el sexo se asoció estadísticamente con ansiedad.

DESCRIPTORES DeCS: TRASTORNOS DE ANSIEDAD, FACTORES DE RIESGO, NIÑO, PREVALENCIA, FAMILIA.

ABSTRACT

PREVALENCE OF ANXIOTIC BEHAVIOR, AND ASSOCIATED FACTORS IN SCHOLAR CHILDREN

BACKGROUND: Anxiety disorders in children are a major health problem. The objective of this research was to determine the prevalence of anxiogenic behavior and associated factors in children from fifth to seventh grade in schools “Santo Domingo” and “Brazil” Gualaceo Canton of Cuenca-Ecuador, 2011-2012.

METHODS: This study included prevalence of school-age children of the Gualaceo Canton, for the diagnosis of anxiety the IDAREN Test was used and for familiar functionality the FF-SIL test. The variables studied were: sex, age, school year, residence, family functioning, emigration and sports activity. The prevalence ratio was used with 95% and Pearson Chi-Square to demonstrate association between anxiety and associated factors besides P value for statistical significance.

RESULTS: Three hundred ten (310) children were included in the study. The trait anxiety stood at 15.8%, the average age was 10.10, male was the most prevalent sex with 76.1%, 35.5% of students were enrolled in the sixth year of primary education, 64.5% of the population resides in the urban area of the Canton, 27.1% had dysfunctional families, 36.5% of the present population, 12.6% of the population do not practice any sport.

CONCLUSIONS: The anxiogenic behaviors were more prevalent in the younger age, male sex, in rural areas, in children with dysfunctional families, with the presence of migration and those doing physical activity. Only sex was statistically associated with anxiety.

KEYWORDS: ANXIETY DISORDERS, RISK FACTORS, CHILD, PREVALENCE, FAMILY.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el DSM IV-TR, el trastorno de ansiedad es la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo [1]. La ansiedad se ha definido como una reacción adaptativa ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo, que actúa como un sistema de alerta ante situaciones potencialmente peligrosas [2]. La ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, piloerección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social [3]. Distinguir entre normal y patológico es particularmente complicado en el caso de los trastornos de ansiedad, debido a que ésta tiene funciones adaptativas. En el caso de los niños, una regla de oro que nos ayuda a determinar el dintel diagnóstico entre la normalidad y la patología, es la capacidad del niño para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ésta cuando la situación que la ha provocado ha desaparecido, lo que se denomina flexibilidad en la adaptación afectiva [3]. Un estudio realizado en Puerto Rico, en una muestra probabilística según nivel socioeconómico, entrevistaron 1886 niños de 4 a 17 años mediante criterios diagnósticos del DSM IV, se observó una prevalencia de trastornos psiquiátricos de 19.8% y de la cual el 2.9% correspondió al trastorno de ansiedad [4]. Es cada vez más conocido que el inicio de estos trastornos se observa con mayor frecuencia durante la niñez o la adolescencia. Se ha informado una prevalencia en la comunidad infantil de 4% a 7% cuando se evalúan según los criterios del DSM-IV (adaptados al trastorno), con una incidencia acumulativa de trastornos de ansiedad del 10% a los 16 años de edad [5-7]. Entre los factores de riesgo para el trastorno de ansiedad generalizada, incluyen el sexo femenino, la historia familiar de trastornos de ansiedad, el factor genético debido a que aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados. Otros factores son socioeconómicos y éticos ya que miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada. La ansiedad puede estar relacionada con una falta de conexiones sociales y un sentido incrementado de amenaza en el entorno. Finalmente la apa-

rición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen [8-11]. Sobre el diagnóstico de la ansiedad en niños se utiliza los test diagnósticos STAIC-IDAREN y el FF-SIL. En 1973, Spielberger y sus colaboradores diseñaron el State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) para evaluar la ansiedad en niños de EEUU. El IDAREN es un inventario autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como estado (condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; tal estado puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo). En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como rasgo (refiriéndose a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad-estado) [6-7]. El FF-SIL es un instrumento construido por Ortega, Master en Psicología de Salud, Cuba (1999) para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide siete variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, clasificando a las familias en funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales [8]. Ambos cuestionarios se encuentran validados. Debido a que los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son relativamente frecuentes y se asocian con morbilidad significativa y deterioro en el funcionamiento social-académico, aún más cuando son persistentes y existe riesgo de depresión, intentos de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta deben ser tratados [9]. Un ensayo controlado aleatorizado realizado en China, evaluó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la ansiedad infantil versus ninguna intervención o lista de espera, en una clínica comunitaria de Hong Kong, China [10]. La muestra contó con cuarenta y cinco niños de 6-11 años. Los niños en la condición de tratamiento mostraron una reducción significativa en los síntomas de ansiedad, tanto estadística como clínicamente, mientras que los niños en la condición de lista de espera, no lo hizo. Para la muestra total de 45 niños, la eficacia de la intervención fue significativa inmediatamente después del tratamiento y en 3-6 meses de seguimiento [10]. Una de las razones más fuertes para haber realizado este estudio fue la falta de datos epidemiológicos sobre este trastorno en nuestro medio por lo que el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de conducta ansiógena y sus factores asociados, en niños/as de escuelas rurales del cantón Gualaceo del Azuay-Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: Diseño descriptivo de corte transversal.

MUESTRA DEL ESTUDIO:

La muestra estuvo constituida por todos los niños/as matriculados en el año lectivo septiembre 2011 a julio 2012, que se encontraron cursando entre quinto a séptimo de básica de las escuelas "Santo Domingo de Guzmán" y "Brasil" del cantón Gualaceo, sumando un total de 487 estudiantes, de los cuales 183 pertenecen a la primera escuela y 302 de la segunda escuela. La muestra fue aleatoria, probabilística y representativa del universo. La muestra fue calculada en base a un universo finito de 487 estudiantes, con una probabilidad de ocurrencia del 5.2%, un nivel del confianza de 95% (1.96), un 4% como peor resultado esperado; y una precisión o error de 5%. Con estos valores se obtuvo una muestra de 310 estudiantes, de los cuales el 37.9% (118)

pertenecerán a la escuela "Santo Domingo de Guzmán" y el 62.1% (192) a la escuela "Brasil".

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Se incluyó a todos los niños/as matriculados entre quinto y séptimo año de básica, que se hallaron cursando hasta el momento de la recolección de datos, que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, mediante el asentimiento informado (en caso de tener 12 años o más), y cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Se excluyeron a los niños con algún problema, el mismo que le impida participar o cuyos padres no autorizaron. Se presentan los datos con frecuencias y porcentajes. También se reporta la Razón de prevalencia (RP) con su intervalo de confianza.

RESULTADOS

En el estudio fueron incluidos 310 niños. Tanto los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo más prevalentes fueron los niveles medios con el 72.9% y 69% respectivamente; los niveles bajos fueron los segundos en prevalencia y los niveles de ansiedad alto los menos prevalentes (Tabla 1).

Para el análisis de estos datos se tomó en cuenta los valores altos de ansiedad rasgo como conducta ansiógena positiva mientras que

los valores medios y bajos se consideraron como conducta ansiógena negativa. En el grupo de edad entre 8-10 años se evidenció un mayor porcentaje de ansiedad-rasgo alto comparado con el grupo de edad entre 11-13 años (16.7% versus 14.2%), pero esta tendencia se invierte al analizar el nivel bajo de ansiedad-rasgo, en donde el grupo de edad entre 11-13 años presenta mayor porcentaje de estudiantes (18.9% versus 13.2%). El sexo masculino presentó mayor número de individuos con nivel alto de ansiedad rasgo en comparación con el

sexo femenino (18.2% versus 8.1%). En los estudiantes residentes en el rural se encontró niveles de ansiedad-rasgo media y alta, mientras que en los residentes del área urbana, se encontraron niveles bajos. Al analizar la variable escolaridad, se encontró que los estudiantes de quinto año presentaron una prevalencia de ansiedad-rasgo media, en comparación con los estudiantes de sexto y séptimo año de básica (Tabla 2). Al cuantificar el riesgo de ansiedad, tomando en cuenta la variable edad observamos que las conductas ansiógenas estudiadas son menores en los estudiantes de 8-10 años en comparación con los de mayor edad: 11-13 años (16.7% versus 14.2% respectivamente); sin embargo si observamos el valor de $p > 0.05$ concluimos que estas diferencias no representaron significancia estadística; al momento de analizar las asociaciones entre la edad y conducta ansiógena observamos un valor de Chi cuadrado de Pearson de 0.332, lo que indica la baja probabilidad de asociación entre estas variables; por último el tamaño del efecto para la edad de 8-10 años fue de 1.18 veces mayor riesgo de conducta ansiógena, sin embargo los intervalos de edad fueron: 0.67 para el inferior y 2.06 para el superior lo que invalida el riesgo encontrado. La edad no se asocia a conductas ansiógenas y el tamaño del efecto no fue significativo. El sexo más afectado por ansiedad fue el masculino con el 18.2% versus el 8.1% encontrado en el sexo femenino, éstas diferencias son estadísticamente significativas con un valor de $p: 0.03$; el riesgo de conducta ansiógena es 2.2 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino, con un intervalo de confianza inferior ubicado en 1 y el superior en 5.06. El sexo masculino se asocia a conducta ansiógena presentado Chi cuadrado de Pearson de 4.33. En cuanto lugar de residencia, no se encontró asociación entre este y la presencia de conducta ansiógena (Chi cuadrado de Pearson de 0.04). En cuanto a la variable funcionalidad la conducta ansiógena en los niños de la población estudiada es mayor en niños provenientes de familias disfuncionales Razón de Prevalencia 1.30; sin embargo no se encontró que estas diferencias sean significativa. Se encontró que la emigración no está asociada a la conducta ansiógena (Chi cuadrado 0.91), sin embargo el riesgo de conducta ansiógena en niños/as con familiares migrantes aumenta en 1.06 veces. La conducta ansiógena fue mayor en niños que presentaron actividad deportiva que en los que no realizan este tipo de actividades, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas; el realizar actividades deportivas aumentan el riesgo de ansiedad en 1.62 veces en comparación con los niños que no realizan este tipo de actividades.

TABLA 1. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según estado y rasgo de ansiedad. Cuenca 2012

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANSIEDAD-ESTADO		
BAJO	67	21.6%
MEDIO	226	72.9%
ALTO	17	5.5%
Total	310	100
ANSIEDAD-RASGO		
BAJO	47	15.2%
MEDIO	214	69.0%
ALTO	49	15.8%
Total	310	100%

TABLA 2. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según asociación entre ansiedad-rasgo y factores de riesgo

FACTOR	ANSIEDAD-RASGO						TOTAL
	BAJO		MEDIO		ALTO		
	N	%	N	%	N	%	
EDAD EN AÑOS							
8-10 años	27	13.2	143	70.1	34	16.7	204
11-13 años	20	18.9	71	67	15	14.2	106
SEXO							
Masculino	34	14.4	159	67.4	43	18.2	236
Femenino	13	17.6	55	7.3	6	8.1	74
RESIDENCIA							
Urbana	31	15.5	138	69	31	15.5	200
Rural	16	14.5	76	69.1	18	16.4	110
AÑO DE ESCOLARIDAD							
Quinto	13	13.5	65	67.7	18	18.8	96
Sexto	15	13.6	79	71.8	16	14.5	110
Séptimo	19	18.3	70	67.3	15	14.4	104

TABLA 3. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según Cuantificación del riesgo de ansiedad

FACTOR ASOCIADO	CONDUCTA ANSIÓGENA		TOTAL	RP (IC 95%)	P
	PRESENTE	AUSENTE			
	N (%)	N (%)			
EDAD EN AÑOS $\chi^2: 0.332$					
8-10 años	34 (16.7)	170 (83.3)	204	1.18 (0.67-2.06)	0.564
11-13 años	15 (14.2)	91 (85.8)	106		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
SEXO $\chi^2= 4.33$					
Masculino	43 (18.2)	193 (81.8)	236	2.25 (1-5.068)	0.03
Femenino	6 (8.1)	68 (91.9)	74		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
RESIDENCIA $\chi^2: 0.04$					
Urbana	31 (15.5)	169 (84.5)	200	0.95 (0.56-1.61)	0.84
Rural	18 (16.4)	92 (83.6)	110		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR $\chi^2: 0.91$					
Disfuncionalidad Familiar	16 (19)	68 (81)	84	1.30 (0.76-2.24)	0.34
Funcionalidad Familiar	33 (14.6)	193 (85.4)	226		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
MIGRACIÓN FAMILIAR $\chi^2: 0.04$					
Presente	18 (16.4)	92 (83.6)	110	1.06 (0.62-1.80)	0.84
Ausente	31 (15.5)	169 (84.5)	200		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
ACTIVIDAD DEPORTIVA $\chi^2: 1.033$					
Presente	45 (16.6)	226 (83.4)	271	1.62 (0.62-4.25)	0.30
Ausente	4 (10.3)	35 (89.7)	39		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		

DISCUSIÓN

Ruiz y Begoña 2005 [3] aseguran que los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, tienen una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. Al realizar nuestro estudio, en una población de 310 escolares de los quintos, sextos y séptimos años sobre la conducta ansiógena y factores asociados, encontramos una prevalencia de 15.8%, que se encuentra dentro de estos rangos. El estudio que más se aproxima a la prevalencia encontrada en la presente investigación fue el realizado por Alaez et ál [11] realizado en España en una muestra de 404 individuos; encontraron una prevalencia de ansiedad del 13.3% aunque en esta población se incluyeron individuos entre los cero y 18 años de edad. Con respecto a la edad, en la presente investigación encontramos que la conducta ansiógena es menor en los estudiantes de 8-10 años en comparación con los de mayor edad: 11-13 años (16.7% versus 14.2% respectiva-

mente). Al respecto se encontraron datos de estudios que reflejan que la ansiedad aumenta con la edad según Magaz, García y Del Valle 1998 [12], este dato se contrapone con los resultados de nuestro estudio donde se evidenció que las mayores prevalencias de ansiedad se ubicaron en menores edades. Estas diferencias podrían deberse al tamaño de la muestra y a las edades incluidas en la muestra de 8 a 13 años lo que aumenta el rango de variabilidad. El sexo más afectado por ansiedad fue el masculino con el 18.2% versus el 8.1% encontrado en el sexo femenino. Al respecto Magaz et ál 1998 [12] concluye que, en las diferencias en función del sexo y la edad de los sujetos, los resultados indican que los problemas de ansiedad excesiva parecen ser más frecuentes en niñas, y se incrementan con la edad. En contraste, en nuestro trabajo se evidencia que en nuestra población sucede lo contrario, pues el sexo más afectado fue el masculino; estas diferencias podrían deberse a la distribución de la población según

sexo pues más de las tres cuartas partes de la muestra de nuestro estudio fueron del sexo masculino. En el presente estudio no encontró asociación entre el tipo de residencia y la presencia de ansiedad en esta población; la población rural fue la más afectada por ansiedad. La residencia no se asocia a conductas ansiógenas, este dato es discordante con lo encontrado por Cabaco [13] además de Lederbogen y colaboradores, [14] quienes de manera independiente y en distintas partes del mundo afirman que la ansiedad es más prevalente en la población urbana. En cuanto al lugar de residencia en la población estudiada en nuestra investigación, se observó que la conducta ansiógena fue mayor en niños provenientes de familias. El ambiente familiar hostil se ha relacionado con problemas ansiosos en los menores, Jiménez [15] encontró correlación positiva débil ($P < 0.05$) entre disfuncionalidad familiar y ansiedad en niños y adolescentes, este dato concuerda con lo investigado en este estudio, sin embargo es evidente que los niños provenientes de familias disfuncionales tienen mayor riesgo de ansiedad. En el presente estudio la ansiedad fue más frecuente en niños que presentaron migración familiar, que en los que no presentaron esta situación. Santiago Ron 2010 [16] a nivel local en un estudio llevado a cabo en el Cantón Guallaceo, encontró en un grupo de 6 a 10 años, con un test aplicado a

los padres o sus representantes, que los estudiantes con migración tienen 1.9 veces más probabilidad de desarrollar patología emocional que los que no presentan migración, aunque en nuestro estudio no se demostró asociación, si se evidenció mayor conducta ansiógena en escolares con migración familiar. En la presente investigación la conducta ansiógena fue mayor en niños que presentaron actividad deportiva que en los que no la realizan, siendo este resultado contradictorio con varios estudios revisados como, Dunn et al 2001, [17] Paluska y Schwenk 2000, [18] quienes encontraron que los niveles de ansiedad son menores en niños que practican deporte físico de manera regular. Ramírez 2001, [19] concluye en su estudio que hay evidencia suficientemente fuerte de tipo teórica que nos indica que el ejercicio físico tiene una fuerte influencia en muchos factores de estados emocionales como ansiedad y depresión, disminución del estrés, etc. Los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente. Su existencia, repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen, no sólo en el ámbito personal sino también en el plano escolar y social. Por lo tanto es de vital importancia su adecuada valoración en la población escolar local.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se puede concluir que la prevalencia de ansiedad rasgo se ubicó en un 15.8%. Tanto los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo más prevalente fueron los niveles medios con el 72.9% y 69% respectivamente. De todas las variables en estudio únicamente el sexo representó diferencias estadísticamente significativas a favor de mayor ansiedad en el sexo masculino, además se encontró que el sexo masculino aumenta el riesgo de ansiedad entre 1 y 5 veces en comparación con el sexo femenino. Por-

centualmente la ansiedad fue mayor en los estudiantes entre 8-10 años con un 16.7% de prevalencia, en estudiantes residentes en el área rural con un 16.4%, en niños con disfuncionalidad familiar con un 19%, en estudiantes que presentaron migración con el 16.4% y en la población infantil que realiza actividad física. La prevalencia de ansiedad en esta población se encontró dentro de los intervalos encontrados en otros estudios.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Los autores son responsables del diseño de estudio, revisión bibliográfica, análisis de datos, y escritura académica.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Valeria Ríos Garzón, médica residente asistencial del Hospital "José Carrasco Arteaga".  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0376-4298>
Sofía Quintero López, médica residente asistencial del Hospital "José Carrasco Arteaga".  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8722-635X>
Pamela Contreras Arias, médica residente asistencial del Hospital "José Carrasco Arteaga".  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2432-3835>

ABREVIATURAS

RP: Razón de Prevalencia. IC: Intervalo de Confianza. P: Valor de Probabilidad

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Ríos V, Quintero S, Contreras P. Prevalencia de Conducta Ansiógena y Factores Asociados, en Niños de Quinto a Séptimo de básica. Rev Med HJCA 2014; 6(2): 142-145. doi: 10.14410/2014.6.2.014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pichot P, López-Ibor J, Valdés M, de Flores T, Masana J, Toro J, et al. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON, S.A. Barcelona 1995:1-897.
- DE LA BARRA F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2009; 47(4): 303-314.
- RUIZ, A., BEGONA, P. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: Apea ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280. Disponible en: http://www.aepap.org/congresos/pdf_curso2005/ansiedad.pdf
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. Archives of General Psychiatry 2004; 61(1): 85-93.
- Jonathan C Ipser, Dan J Stein, Susan Hawkrigde, Lara Hoppe. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CDO05170. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Castroblán D, Borrero P. Validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. Act.Colom.Psicol. 2005; 8(1):79-90.
- Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaino M, Martín M, Prado F. Validación del inventario de ansiedad rasgo-estado para niños en adolescentes cubanos. Psicología y Salud 2003; 13(2): 203-214.
- Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer 1999; 15(3): 164-168.
- JAMES. A; et ál. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&lib=BCP&id=CD00469>
- Lau WY, Chan CK, Li JC, Au TK. Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. Department of Health, Kowloon, Hong Kong. Behav Res Ther. 2010 Nov; 48(11):1067-77.
- Aláez M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil Carlos. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema 2000; 12(4): 525-32.
- Magaz A, García M, Del Valle M. Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. Revista papeles del Psicólogo 1998; 71: SN. ISSN 0214 - 7823 Noviembre, N°1, 1998. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=796> [ultima visita] 12-01-2014.
- Cabaco A. Indicadores de riesgo y estrategias de prevención en la adolescencia. (Tesis Doctoral). Salamanca: Publicaciones de la UPSPA 1995.
- Lederbogen F, Kirsh P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. Nature 2011; 474: 498-501.
- Jiménez C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. IMSS. Estado de México. 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2001/1/Funcionalidad-familiar-y-problematika-de-salud-en-adolescentes.html>
- Ron S. Impacto de la migración en la Salud Mental en niños y adolescentes. Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. 2010.
- Dunn A, Trivedi M, O'Neal H. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. Medicine & Science in Sports & Exercise 2001; 33: 587-97.
- Paluska S, Schwenk T. Physical activity and mental health: current concepts. Sports Medicine 2000; 29(3):167-80.
- Ramírez W. "Algunas incidencias de la actividad física y deporte en la cognición, una revisión teórica" Universidad de San Buenaventura - Medellín. 2001 Disponible en: http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/algunas.pdf