

**RELACION ENTRE AUTOCONCEPTO Y ANSIEDAD INFANTIL**

**Adriana Maldonado González<sup>1</sup>**

**Lilia Cañón Daza<sup>2</sup>**

**Carlos Gantiva Díaz<sup>3</sup>**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Instituto de Progrados- FORUM**

**Facultad de Psicología**

**Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia**

**Enero, 2012**

---

<sup>1</sup> Autor(a) Adriana Maldonado González

<sup>2</sup> Autor(a) Lilia Cañón Daza

<sup>3</sup> Director(a) Trabajo de Grado Carlos Gantiva Díaz

**RELACION ENTRE AUTOCONCEPTO Y ANSIEDAD INFANTIL**

**Esta investigación pertenece al Grupo de Investigación de  
la Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia  
Universidad de la Sabana**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Instituto de Progrados- FORUM**

**Facultad de Psicología**

**Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia**

**Enero, 2012**

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo mostrar la relación entre autoconcepto y ansiedad infantil en un grupo de 51 estudiantes, niños y niñas entre los 9 y 11 años, de los grados cuarto y quinto de educación primaria, de una institución educativa de Cajicá. Para dicho estudio se aplicaron dos instrumentos de evaluación: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada) CMAS-R y la Escala de Autoconcepto Infantil Piers-Harris. Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas entre autoconcepto y ansiedad infantil, encontrándose una correlación negativa, lo cual indica que las puntuaciones altas en autoconcepto están relacionadas con las puntuaciones bajas en las escalas de ansiedad infantil; evidenciando así una estrecha relación entre estas dos variables.

Palabras clave: Autoconcepto, ansiedad, niños, Colombia.

## Abstract

The present study aims to show the relationship between self - concept and childhood anxiety in a group of 51 students, boys and girls between 9 to 11 years old, in the fourth and fifth grade of primary education, from an educational institution located in Cajicá. For this study two evaluation tools were applied: The Children's Manifest Anxiety Scale (revised) CMAS-R and the Piers - Harris Children Self-Concept Scale. The obtained results did not show significant differences between self - concept and childhood anxiety, but found a negative correlation which indicated that high scores on self-concept were related to the low scores in childhood anxiety scales, thus demonstrating a close relationship between these two variables.

Keywords: Self-concept, anxiety, children, Colombia.

Tabla de contenido

Introducción	6
Autoconcepto	9
Ansiedad	15
Ansiedad Infantil	20
Pregunta de Investigación	21
Definición de variables	21
Objetivo general	22
Objetivos específicos	22
Método	23
Diseño	23
Participantes	23
Instrumentos	23
Escala de ansiedad infantil CMAS-R	23

Escala de autoconcepto Piers Harris	27
Procedimiento	29
Consideraciones éticas	29
Resultados	29
Discusión	32
Referencias	37
Anexos A. Escala de ansiedad. CMAS R	40
Anexos B. Escala de Autoconcepto Piers- Harris	42
Anexos C. Consentimiento informado	45

Índice de Figuras

Figura 1. Las emociones poseen tres componentes importantes: conducta, cognición y la fisiología.	15
---	----

Índice de tablas

Tabla 1. Escala de Ansiedad CMAS-R	27
Tabla 2. Diferencias en subescalas de Ansiedad CMAS-R entre niños y niñas	27
Tabla 3. Escala de Autoconcepto de Piers – Harris	28
Tabla 4. Diferencias de medias entre niños y niñas en la presente investigación, Escala de Autoconcepto de Piers – Harris	29
Tabla 5. Correlaciones de escalas de CMAS-R y Piers & Harris	29

## RELACION ENTRE AUTOCONCEPTO Y ANSIEDAD INFANTIL

En la actualidad el incremento de casos de ansiedad infantil a nivel mundial, atendidos en consulta e identificados mediante distintos estudios, llevan a la necesidad de buscar las causas e identificar las variables que inciden en dicha problemática.

Algunos estudios referidos a trastornos mentales donde se incluye la ansiedad, han mostrado que este tipo de trastorno emocional se encuentra dentro de los trastornos mentales más comúnmente identificados a nivel mundial, así lo ha determinado un estudio comparativo transnacional realizado por el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (ICPE), en 1998, realizado en siete países entre: América del Norte (Canadá y Estados Unidos), América Latina (Brasil y México) y Europa (Alemania, Países Bajos y Turquía). Dicho estudio muestra que el porcentaje más alto de trastornos mentales, lo ocupa en primer lugar Estados Unidos de América con un (48,6%), seguido de Países Bajos (40,9%), Alemania (38,4%), Canadá (37.%), Brasil (36.3%).

Un estudio reciente sobre salud mental en adolescentes muestra la percepción que tiene dicha población, los resultados obtenidos muestran que: el 38,2% informa tener una excelente salud mental, un 21,1% con muy buena y 34,8% buena; solo 5,8% la percibe como regular o mala.

Así mismo las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento



afectan entre 10% y 15% de la población infantil y los adolescentes. En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia de punto, en el momento de la investigación, para cualquier trastorno variaba de 12,7% a 15,2%. Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz.

Por lo tanto se destaca que la ansiedad es uno de los trastornos emocionales que más afecta a jóvenes como a personas adultas, en diferentes países a nivel mundial. Siendo así una problemática que requiere atención especial ya que no solo perturba al individuo, si no también otras esferas de su vida como son su relación familiar, social y laboral. Aunque muchas personas consulten en los centros asistenciales, tan solo se observa una atención que se limita al diagnóstico inicial y el tratamiento farmacológico principalmente. Este tipo de casos aún no son contemplados como un problema de salud pública y por lo tanto tampoco hacen parte del sistema de salud. En países como Colombia se encuentra escasa inversión en investigación principalmente en el área de la Salud Mental. Un estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social (2003), el cual fue liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y desarrollado simultáneamente en 14 países: en América (Colombia, México y Estados Unidos), Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Ucrania) en Oriente Medio y África (Líbano y Nigeria) y en Asia (Japón, Beijing y Shanghai), muestra que los resultados obtenidos determinaron que ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 20 presentaron trastornos

psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Este estudio también determinó que el trastorno más común fue la ansiedad en personas adultas con un (19.3%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15%) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10.6%). A nivel regional se observa que Bogotá, D.C es la que presenta la prevalencia más elevada (46.7%) en contraste con (40.1%) que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país. Al analizar el motivo de esta elevada prevalencia global en la capital del país, se puede inferir que tanto en el grupo de trastornos del estado de ánimo como de ansiedad y por uso de sustancia psicoactivas, esta región tiene prevalencias más elevadas que el total nacional, pero en el grupo de trastornos afectivos es donde se encuentra la diferencia más notable (21.2%) para Bogotá, comparado con (15.0%) para el total nacional.

Los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más comunes en los niños y los adolescentes. En un estudio a gran escala realizado en niños de entre 9 y 17 años de edad, se informó que el 13% habían padecido un trastorno de la ansiedad en el año anterior y también se informó que las niñas presentaron mayor frecuencia. Además se presentó comorbilidad con otros trastornos como depresión y trastornos del comportamiento. Otras fuentes señalan que del 5 al 20 por ciento de los niños son diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad. Los diferentes trastornos de ansiedad que afectan a los niños y los adolescentes, que requieren atención a cargo de un médico u otro profesional de la salud, pueden persistir a menudo en la edad adulta.

Así pues el presente estudio pretende profundizar sobre el autoconcepto como variable que podría incidir en la ansiedad infantil.

### *Autoconcepto*

En los últimos tiempos ha surgido la importancia del autoconcepto como bienestar desde la psicología, y se ha convertido en un aspecto central para entender el comportamiento humano (Tesser, Felson & Suls, 2000). La importancia de estudiar el autoconcepto tiene que ver en la manera como las personas interpretan el mundo.

Algunos autores definen el término autoconcepto, como la imagen que uno tiene de sí mismo, y que está integrada por información proveniente del propio sujeto, así como por información externa proveniente de la interacción con el medio ambiente y las relaciones sociales establecidas, sin embargo el autoconcepto no es algo estable, teniendo en cuenta su naturaleza variable mediada por el transcurrir del tiempo, lo que hace que tenga un carácter cambiante.

Piaget (1975), plantea que el autoconcepto es un mecanismo de reversibilidad operatoria que permite al niño en etapa escolar una reflexión sobre sí mismo, exenta de autocrítica independiente del juicio de los otros. En este caso el autoconcepto no pasa a ser un espejo que refleja lo que él cree que los otros piensan de él. Se trata de un sí mismo ingenuo, sin autonomía en relación a la opinión de otros, que a su vez se irá construyendo y ampliando a través de las sucesivas confrontaciones en el colegio, familia, pares, entre otros.

En la medida que se van estableciendo interacciones del niño con otros, se va complejizando este proceso de autodefinición de sí mismo, lo que permite un mayor autoconocimiento e identificación de competencias.

De esta manera la interacción con otros y las experiencias que se van tejiendo durante el transcurso de la vida integran el autoconcepto.

Diversas investigaciones y proyectos dan cuenta, de como el autoconcepto resulta de la interacción con el medio natural y social, siendo susceptible de ser desarrollado, es decir se puede intervenir para hacer variar desde un menos a un mas (Dorr, 2005).

Las evaluaciones que una persona haga de sí misma, no se realizan de manera abstracta, ya que parten de los criterios que ésta ha establecido para sí misma y de los criterios que comparte con el grupo social al cual pertenece, atribuyendo un mayor compromiso afectivo, y características que las personas consideran poseer. (Shavelson y Bolus, 1982; Rosenberg, 1973 citado por Dorr, 2005).

La importancia que tiene el medio ambiente en la formación del autoconcepto, siendo el primero todo aquello que incluye, el nivel socio económico, el ambiente familiar y las experiencias tempranas del niño, todos estos factores van a tener un impacto posterior en la construcción de su autoconcepto. Por lo tanto ellos de alguna manera limitan el autoconcepto infantil, ya que éste es en gran medida producto de su experiencia con el medio, o también de la identificación con sus padres y otras personas significativas. (Alcántara, 1990; Maya, 1996, citado por Dorr ,2005).

González (1997), considera el autoconcepto como las percepciones que una persona mantiene sobre sí misma formadas a través de las cuales da una interpretación de la propia experiencia y del ambiente, siendo influenciadas, de manera especial, por los refuerzos y feedback de los otros significativos así como por los propios mecanismos cognitivos tales como las atribuciones causales.

Desde un modelo funcional el autoconcepto es el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y del feedback de los otros significativos. Dicha información constituye la base de autoconocimiento de habilidades, logros, preferencias, valores, metas de un individuo, que se integra de manera selectiva (Segal, 1988). Desde ésta perspectiva, el autoconcepto sería “un conjunto de autoesquemas que organizan la experiencia pasada y que son utilizados para reconocer e interpretar la auto información relevante del contexto social inmediato” (Markus, Smith y Morenland, 1985: citado por Dorr, 2005). Dichos autoesquemas se definen como “generalizaciones cognitivas sobre el yo, derivados de experiencias pasadas y que organizan y guían el procesamiento de información relevante existente en las experiencias sociales concretas” (Brown y Taylor, 1986).

Desde el enfoque cognitivo se asume que el autoconcepto está formado por los autoesquemas que frecuentemente implican y contienen feedback relevante procedente de otras personas (otros significativos). Las estructuras de autoconocimiento, o esquemas, se vuelven más elaboradas y diferenciadas a medida que se va obteniendo más información significativa. Estas generalizaciones

cognitivas, como un mecanismo de selectividad, guían al individuo en la elección de aquellos aspectos de la conducta social (propia y de otros significativos) que han de tenerse en cuenta por su relevancia y, además, funcionan como marco interpretativo para dar significado a su conducta. De la misma manera se puede afirmar que el autoconocimiento se construye de forma creativa y selectiva, con cada información nueva, que es seleccionada, interpretada y asimilada en función de los autoesquemas preexistentes.

Estudios realizados en Estados Unidos en niños 1991, mostraron que aquellos sujetos con alto autoconcepto, se diferencian de aquellos con bajo autoconcepto con relación a su autoestima, bienestar psicológico, estabilidad emocional, seguridad, salud mental, pensamiento más flexible, menos prejuicios y más aceptación de sí. Además, la presencia física tiene una repercusión social, al poseer determinadas cualidades físicas, las cuales varían de cultura a cultura (Lugo, 2002). Bandura (1997), establece que el autoconcepto se puede medir teniendo una evaluación descriptiva de la gente, ya que las personas poseen diferentes cualidades vistas desde sí mismos.

De manera general se entiende el autoconcepto como la percepción que se tiene de sí mismo, actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social. Los conceptos más utilizados para describir lo anterior son autoconcepto y autoestima, que algunos autores lo presentan como sinónimos, sin embargo, algunos autores como (Hughes, 1984) manifiesta la similitud, y también expone que el autoconcepto engloba los dos

conceptos. Es así, como el autoconcepto se convierte en una característica inherente al ser humano e implica conocerse, reconocerse y definirse. La formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres y los iguales (Oñate, 1989).

De la misma manera, Bower (1983 citado por Markus ,1977) menciona que el autoconcepto es una estructura cognitiva organizada, que se forma a partir de la experiencia que uno tiene de sí mismo. En el intento para organizar y explicar la propia conducta, resulta la formación de estructuras cognitivas de sí mismo a las que se llaman esquema de sí mismo u organización de sí mismo. De esta manera se diferencian las personas que tienen un esquema fuerte de sí mismo, que de los que no lo tienen. Estas son generalizaciones cognitivas derivadas de la experiencia social del individuo. Esto distingue a personas con un esquema fuerte para definirse, de aquellos que no lo poseen. Las primeras pueden procesar información de sí mismo con rapidez, predecir sus conductas futuras, resistir la información incongruente, y evaluar la relevancia de la misma información.

Jiménez (2004 ), señala que se pueden definir dos dimensiones dentro del self (o persona), el sí mismo o Yo, como conocedor, pensador, agente de conducta; y el sí mismo o Mí, del que tenemos conocimiento, es decir, “la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo”. Después desarrolló la idea del yo reflejado (looking glass self), que postula que el autoconcepto es un reflejo de las percepciones que uno tiene, acerca de cómo aparece ante los otros. Destacando la importancia de las

personas altamente significativas desde la niñez y de las cuales el individuo va desarrollando y formando su autoconcepto.

Así mismo, el psicólogo Stanley (citado por Bruno, 1995), menciona que en relación con los demás el autoconcepto influye ya que un individuo con buen autoconcepto tiene menos actitudes de defensa, puede percibir la realidad con mayor autenticidad y puede aceptar a los otros con mayor facilidad. Su “yo real” la forma como se ven las personas a sí mismas; y su “yo ideal”, la forma como quisiera la persona verse, muestran menos discrepancia y debido a este se facilita la relación con otros.

Woolfolk (1999), hace referencia a que el autoconcepto se desarrolla como consecuencia de la permanente evaluación que hace el niño de sí mismo en diferentes situaciones como en la casa y el colegio, que son los dos contextos más significativos para el niño.

El autoconcepto ha sido un tema de mucho interés para los psicólogos, pero es hasta la década de los ochenta, que aparece como un constructo teórico desde la Psicología Clínica y de la Psicología Educacional (Ruiz, 2002).

Así pues, es evidente la incidencia del autoconcepto como factor determinante en el bienestar y desarrollo emocional de las personas. Por tal motivo en el presente estudio se profundizará sobre la ansiedad, para establecer si existe o no relación entre estas dos variables.



## Ansiedad

Hasta el momento el término ansiedad no ha sido fácil definir, ya que se tiene que explicar desde la misma emoción que experimenta un sujeto, teniendo en cuenta un componente fisiológico y conductual. Para Barlow (2001) la emoción es definida como una tendencia hacia la acción, en donde el individuo ante una situación percibida como amenazante tiende a escapar, generando respuestas emocionales internas (terror) y respuestas fisiológicas. Al realizar la conducta de escape, el terror que es desagradable para el individuo disminuye, de modo que hacer que disminuyan las emociones desagradables nos motiva a escapar. Las emociones por lo común son de corta duración, se trata de estados pasajeros que duran de unos cuantos minutos a varias horas y se dan en respuesta a un acontecimiento externo. El estado de ánimo es un periodo más persistente de emocionalidad.

Barlow (2001) refiere que la emoción tiene tres componentes importantes que se superponen: la conducta, la cognición y la fisiología.

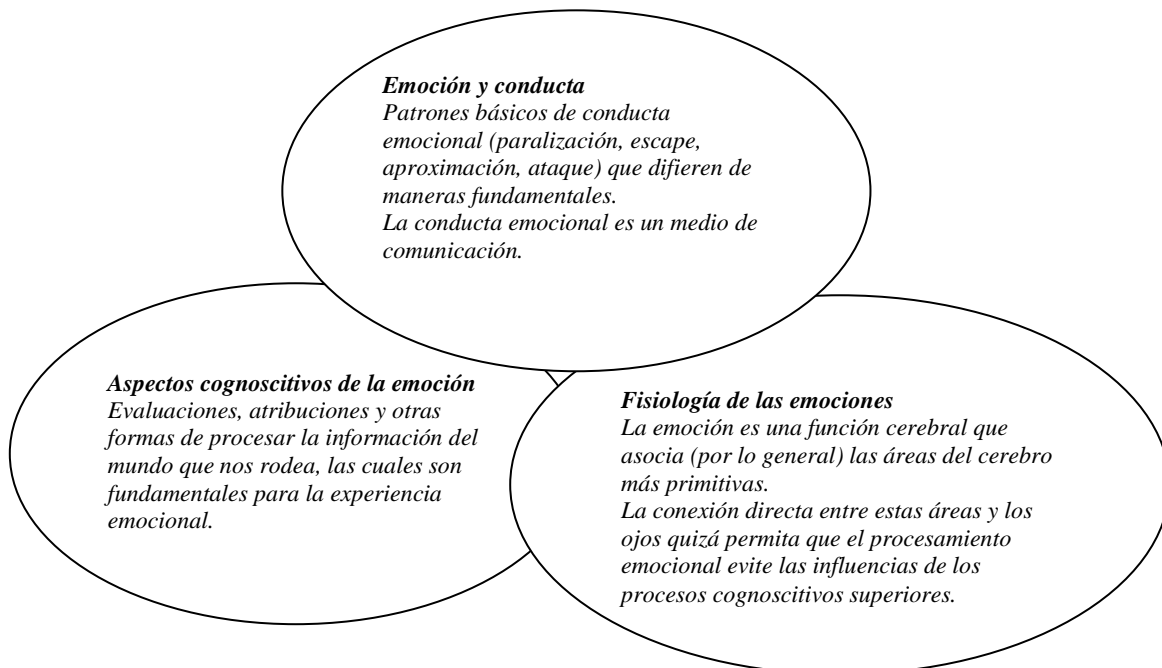


Figura 1. Las emociones poseen tres componentes importantes: conducta, cognición y la fisiología.

Investigaciones al respecto sobre las emociones, destacan que la emoción es una forma de comunicación entre miembros de una especie, de esta manera se puede explicar por qué las emociones son contagiosas. Otros científicos se han concentrado más en la fisiología de las emociones, el caso más notable es el de Cannon (1929), quien consideraba la emoción principalmente como una función cerebral. Las investigaciones dentro de esta perspectiva, sugieren que ciertas áreas del cerebro asociadas con la expresión emocional son en general más primitivas, que las zonas relacionadas con los procesos cognoscitivos como el razonamiento. Hay otras investigaciones que señalan conexiones neurobiológicas directas entre los centros emocionales del cerebro y partes del ojo (la retina), o el oído las cuales permiten la activación emocional sin la influencia de los procesos emocionales superiores (LeDoux, 1993; Moore, 1973; Zajonc, 1984). Por último otros teóricos se concentran en el estudio de los aspectos cognoscitivos de la emoción, como Richard S. Lazarus (1968, 1991) quien propone que hay cambios en el entorno de un individuo que son evaluados en términos de su repercusión potencial en esa persona. El tipo de evaluación que se haga determina la emoción que se experimenta. Lazarus sugiere que pensar y sentir no pueden separarse, pero otros científicos cognoscitivos están llegando a otras conclusiones: si bien los sistemas cognoscitivo y emocional interactúan y se superponen, están fundamentalmente separados (Teasdale, 1993).

Recientemente se ha llegado a afirmar que la ansiedad tiene un componente de naturaleza psicológica y biológica, que al parecer integran los denominados trastornos emocionales, entre ellos la ansiedad, particularmente esta última tiende a confundirse, con la depresión, por lo que es necesario determinar sus diferencias.

Barlow (1994) explicó la ansiedad como un compuesto de respuestas fisiológicas y conductuales que están presentes en todo individuo, generalmente no suelen ser placenteras pero garantiza un buen desempeño en diferentes situaciones y son necesarias para responder adecuadamente, a las exigencias de la vida. Ya se ha aclarado que la ansiedad es un estado de ánimo orientado al futuro o anticipatorio de un suceso, mientras que el temor es una reacción emocional ante un peligro presente donde existe una verdadera intención de escape.

Más adelante Sandín (1997) afirma que la ansiedad es una reacción anticipatoria ante un peligro o daño dirigido hacia el propio cuerpo. Así pues, una de las características principales que diferencian la ansiedad son algunas manifestaciones conductuales como desasosiego, inquietud, temblor e imposibilidad para permanecer sentado y cambios fisiológicos asociados a hiperactivación del sistema nervioso autónomo que afecta todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular, al respiratorio, digestivo, piel, con presencia de taquicardia sudoración, por tanto se pueden observar reacciones tanto internas y externas. De cualquier manera la ansiedad produce en el organismo una serie de respuestas fisiológicas, las cuales sirven para que este se prepare y pueda responder de una manera inmediata y eficaz.

La ansiedad es considerada un mecanismo adaptativo, en la especie humana que garantiza su supervivencia, en un mundo cambiante. La ansiedad es entonces un estado de espera de un acontecimiento desagradable, el cual se observa en niños con desarrollo cognitivo suficiente frente a una situación estimada como peligrosa.

De esta manera en el niño puede haber manifestaciones de ansiedad a nivel puramente fisiológico (reacción de estrés) hasta una mentalización progresiva de la conducta, en la perspectiva del desarrollo. Desde edades muy tempranas estos comienzan a expresar emociones de agrado o desagrado a sus cuidadores ante situaciones presentes en su contexto.

El término ansiedad se define según Sarason (2006) como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos. Todos estos síntomas físicos se presentan tanto en el miedo como en la ansiedad. La diferencia entre miedo y ansiedad es que las personas que tienen miedo pueden decir fácilmente a qué le temen. Por otro lado las personas que se sienten ansiosas no están conscientes de las razones de sus temores.

La ansiedad es un sentimiento universal que se da en todas las edades y en todas las razas y lugares. Puede manifestarse de manera adaptativa o no y puede revestirse de mil formas. A veces está oculta y en otras ocasiones se presenta de

forma aparatosa. Como experiencia es muy compleja. Está constituida sobre todo por emociones, pero también se acompaña de cogniciones, de intuiciones, de memorias y recuerdos, de anticipaciones imaginativas y de necesidades sentidas.

Por lo tanto desde la perspectiva cognitiva de Beck, la ansiedad es un sistema complejo de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y comportamental, que se activa cuando existen eventos o circunstancias anticipatorias con alta carga aversiva ya que son impredecibles y poco controlables, provocando una amenaza potencial para los intereses vitales del individuo.

Dentro de este modelo (Beck, 1983) explica el mantenimiento de los sentimientos de ansiedad por medio del modelo de esquemas, entendido como que todas las situaciones están compuestas por varios estímulos donde el individuo hace una selección de estímulos específicos para luego combinarlos y posteriormente conceptualizar la situación. “Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así un esquema constituye la base para localizar y diferenciar el estímulo con el que se enfrenta el individuo. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona”. (Beck, 1983, pg. 20-21).

### *Ansiedad Infantil*

Por lo tanto al hablar de ansiedad en niños, ésta se define como una vivencia displacentera que usualmente sucede ante una situación amenazadora, tanto real como imaginada, donde ocurren las mismas respuestas fisiológicas mencionadas tales como sudoración, palpitaciones, etc. La ansiedad en estos casos mantiene el mismo patrón de intensidad y un componente organizador y participativo en toda la evolución psíquica infantil, debido a sus caracteres de movilidad, plasticidad y polimorfismo.

Los mareos, los temblores, las hiperestesias y las parálisis de los miembros expresan estados agudos y crónicos de ansiedad en niños a partir de los 10 años. También las pesadillas y los terrores nocturnos son formas de expresión de la ansiedad infantil.

Algunos comportamientos infantiles donde intervienen la ansiedad están:

Los miedos infantiles definidos como sentimientos penosos o desagradables, repuestas a situaciones reales o imaginarias que el niño vive como peligrosas o que le pueden hacer daño. Así en los primeros tres años de vida las causas más frecuentes de miedo son la presencia de animales, el irse a dormir o la oscuridad, y la separación de sus padres. Causas estas que persisten hasta los 5 o 6 años de manera preponderante. En la edad escolar son habituales los miedos a los fantasmas, los monstruos, los hospitales; a los médicos y las inyecciones a los suspensos, al profesor, el miedo a los ladrones, a las tormentas y a los accidentes o heridas. Estos

miedos son transitorios y solamente deben considerarse patológicos cuando se hacen persistentes, exagerados, excesivos y dificultan la evolución del niño.

Los sentimientos de soledad, vergüenza y culpabilidad generan ansiedad. Estos tres sentimientos son básicos en el ser humano y se generan y configuran en edades muy tempranas. La ansiedad que genera el sentimiento de soledad es primaria, no verbal y permanece a lo largo de los años, a veces como anticipación de organizaciones depresivas del adulto.

Son diversas las investigaciones que se han realizado con relación a la ansiedad en el adulto, sin embargo las investigaciones específicamente en población infantil son escasas. Debido a esto, la presente investigación pretende establecer si existe o no relación entre autoconcepto y ansiedad específicamente en una pequeña población infantil.

Pregunta de Investigación:

¿Existe relación entre autoconcepto y ansiedad infantil en un grupo de niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio del municipio de Cajicá?

Definición de variables

Autoconcepto

El autoconcepto se define como la forma de verse a sí mismo, a partir de las percepciones, experiencias e interacción con el medio; incluye tanto las

capacidades, temperamento, actitudes, aspiraciones y roles sociales, como también las ideas y creencias que un individuo tiene de sí mismo (Rodríguez, 2002).

## **Ansiedad**

Barlow (2001), define ansiedad como una emoción con tendencia hacia la acción, en donde el individuo ante una situación percibida como amenazante tiende a escapar, generando respuestas emocionales internas (terror) y respuestas fisiológicas.

### *Objetivo general*

Identificar si existe relación entre autoconcepto y ansiedad infantil en un grupo de niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio del municipio de Cajicá.

### *Objetivos específicos*

1. Identificar el nivel de auto concepto en los niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio de Cajicá.
2. Identificar el nivel de ansiedad en los niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio de Cajicá.
3. Establecer si existe relación entre autoconcepto y ansiedad en los niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio de Cajicá.



## *Método*

### *Diseño*

Este estudio está enmarcado dentro de un modelo de investigación empírico analítico y se utilizó un diseño descriptivo correlacional, el cual consiste en establecer el grado de relación que existe entre dos o más variables (en un contexto particular). (Hernández, 2000).

### *Participantes*

Esta investigación se desarrolló en un colegio de Cajicá. Participaron en este estudio 51 estudiantes de ambos sexos (22 niños y 29 niñas), con una edad media de 10.2 años. La participación de los estudiantes en la investigación fue de manera voluntaria, informada y autorizada mediante el consentimiento informado firmado por sus padres y el asentimiento para niños. La muestra fue tomada en los grados cuarto y quinto (27 de cuarto grado de primaria y 24 de quinto grado).

### *Instrumentos*

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revizada), (CMAS-R). Su origen surge en 1951 cuando Taylor informa acerca de uno de los primeros esfuerzos para derivar una medida objetiva e independiente de la ansiedad. Seleccionó reactivos del “Inventario multifásico de la personalidad Minnesota (MMPI; Hathaway & McKinley, 1942) para construir una escala de ansiedad manifiesta. Su teoría era que la ansiedad manifiesta era una medida de la pulsión (motivación), y por tanto aquéllos con mayor ansiedad lograrían medidas más altas que los sujetos que

informan tener menos ansiedad. Taylor expuso 30 sujetos con puntuación alta y 30 que obtuvieron una puntuación baja en la Escala de ansiedad manifiesta. Su hallazgo de que los sujetos más ansiosos fueron superiores en la cantidad de condicionamiento exhibido ofreció apoyo para su teoría de que la ansiedad se relaciona con la motivación. Pocos años después, Castaneda, McCandless y Palermo (1956), informaron sobre una versión para niños de la Escala de ansiedad manifiesta, llamada Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS). Principalmente, la CMAS utilizaba reactivos de la MAS, pero se utilizaban palabras más apropiadas para los niños. Se aplicó la nueva CMAS a un total de 386 niños que cursaban entre 4° al 6°; el resultado fue un factor de ansiedad general al igual que una escala de Mentira. En este estudio inicial, las niñas obtuvieron una mayor puntuación que los niños tanto en el factor de ansiedad como en la escala de Mentira. Los niños de sexto grado obtuvieron una puntuación menor que los de cuarto y quinto grados en la escala de Mentira, pero no se presentó ninguna otra diferencia entre grados.

Posteriormente surgieron muchas críticas acerca del CMAS original, es ahí donde surge esta versión revisada del CMAS, la cual fue realizada en 1978 por Reynolds & Richmond, validada y estandarizada en Uruguay por el D. Gustavo J. Rodrigo de la Universidad Regional Francis de Asis y traducida al Español por Fayne Tinajero Esquivel. Los objetivos principales de la CMAS-R fueron: a) crear una medida objetiva de la ansiedad en niños adecuada para la aplicación en grupo, b) mantener el tiempo de aplicación al mínimo requerido para la evaluación válida; c) promover la claridad de los reactivos y un nivel de legibilidad que hagan adecuada a la escala para emplearse con niños de primaria; d) cumplir, hasta donde sea posible, estándares

psicométricos contemporáneos sin dejar de tener una escala práctica; e) desarrollar normas a gran escala e información sobre las puntuaciones de ansiedad de diversos grupos de niños; y f) determinar si la ansiedad manifiesta se trata mejor como unidimensional o si se facilitaría la interpretación al poseer múltiples escalas.

Para medir ansiedad se utilizó la prueba CMAS-R, titulada “lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 ítems, diseñado para evaluar en nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad, este instrumento puede aplicarse de manera individual o grupal contestándose en una escala de tipo likert sin un tiempo estimado de aplicación. La CMAS-R consta de cinco puntuaciones. La puntuación de Ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad, los cuales están divididos en tres subescalas: Ansiedad fisiológica (ítems 1, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 25, 29 y 33), Inquietud/hipersensibilidad (ítems 2, 6, 7, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 37), y Preocupaciones sociales/ concentración (ítems 3, 11, 15, 23, 27, 31 y 35). Los nueve reactivos restantes (4, 8, 12, 16, 20, 24, 28 y 32) de la CMAS-R corresponden a la subescala de Mentira. ( ver Anexo A).

La subescala de Ansiedad fisiológica, evalúa las manifestaciones físicas de la ansiedad en los niños y adolescentes como dificultades del sueño, náusea y fatiga. Un puntaje alto significa que el niño tiene importantes respuestas fisiológicas durante los momentos de ansiedad.

A continuación encontramos la subescala de Inquietud/hipersensibilidad estos ítems hacen a las manifestaciones de preocupación o sugieren que la persona es nerviosa, miedosa o de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales, además muestra miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional. Una

puntuación alta en esta subescala puede sugerir dificultades para el niño libere de forma adecuada la ansiedad, debido a la internalización de esta por la persona que la experimenta.

La siguiente subescala corresponde a Preocupaciones sociales/concentración se refiere a la preocupación acerca de la autocomparación con otras personas y/o expresan cierta dificultad en la concentración, y es particularmente útil para discriminar a los niños que tiene problemas escolares. Los niños que obtienen una alta calificación en esta subescala pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas.

Finalmente la subescala de Mentira, diseñada para detectar conformidad, conveniencia social, o la falsificación deliberada de respuestas. Una puntuación elevada (mayor a 13), requiere que el clínico determine si el niño daba respuestas válidas para la Escala de ansiedad o sólo marcaba “si” a cualquier reactivo, o trataba de complacer al evaluador.

Para su puntuación los cuadros en los Apéndices se usan para convertir las puntuaciones naturales a puntuaciones escalares y percentiles. Para la puntuación de “Ansiedad total”, la puntuación de escala es una puntuación estándar con la media de 50 y una desviación estándar de 10, conocida como escala de puntuación T que es común en muchas áreas de la evaluación de la personalidad. Para las subescalas, las puntuaciones escalares tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3, similar a las puntuaciones que se utilizan para la Escala de inteligencia para el nivel escolar (Revisada WISC-R; Wechsler, 1974). Se proporcionan normas para la muestra

normativa total a intervalos de un año y también para cada combinación de grupo étnico/sexo para sujetos de raza negra y blanca.

La confiabilidad es de principal interés, ya que la precisión o exactitud de las calificaciones al momento de la evaluación, debido a que la CMAS-R se basa en la teoría de ansiedad manifiesta como rasgo y la estabilidad de las calificaciones a lo largo del tiempo.

Por último, para la prueba es indispensable su validez, aunque si se interpreta con rigidez es un término erróneo. La validez es un proceso dinámico, en curso de evaluación y reevaluación constante, es decir, no es un proceso estático. Para la conveniencia y claridad del análisis, la validez se ha analizado en tres componentes familiares llamados validez de contenido, de constructo y relacionada con el criterio. La prueba muestra una validéz de .82 para varones y .83 para mujeres.

Escala de Autoconcepto Infantil Piers – Harris: Este instrumento fue elaborado por A.J. Piers y Harris en 1960, fue adaptado para la población de Santafé de Bogotá por Juan Pablo Vivas (1998), y validado por la Universidad Católica de Colombia por Giraldo, Olga. Pineda Nubia., Corredor Martha y Giraldo Yadira. El instrumento tiene un rango de aplicación de 8 a 12 años, no tiene tiempo límite de administración (depende del examinador y de la colaboración del examinado). Su aplicación es de forma individual o grupal. Se trata de un instrumento de autoreporte que consta de 80 ítems que reflejan actitudes y comportamientos del individuo sobre su propio autoconcepto, se contestan en una escala tipo Likert la cual evalúa seis factores a saber: comportamiento, estatus intelectual y escolar, apariencia física y atributos,

ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción. Comportamiento (en los ítems 12,13,14,21,22,25,34,35,38,45,48,56,59,62,78,80), el componente de estatus intelectual y escolar evaluado en diecisiete ítems (5,7,9,12,16,17,21,26,27,30,31,33,42,49,53,66,70) seguida de la subescala de apariencia física y atributos con trece ítems (5,8,15,29,33,41,49,54,57,60,63,69,73), la subescala de ansiedad con catorce ítems (4,6,7,8,10,20,28,37,39,40,43,50,74,79), seguida de la subescala de popularidad con doce ítems (1,3,6,11,40,46,49,51,58,66,69,77) y finalmente la subescala de felicidad y satisfacción con diez ítems (2,8,36,39,43,50,52,60,67,80).

La escala de comportamientos refleja el grado en el cual el niño admite o niega los comportamientos problemáticos. La escala de estatus intelectual identifica las habilidades académicas e intelectuales, incluyendo la satisfacción general en la escuela y las expectativas futuras. Seguida por apariencia física donde el niño refleja las actitudes frente a características físicas tales como liderazgo, la habilidad para expresar sus ideas. Se encuentra a continuación la escala de ansiedad donde se evidencia las perturbaciones emocionales generales y el ánimo disfórico. La escala de popularidad muestra la evaluación del niño hacia su popularidad con los compañeros de clase, en los juegos y habilidades para hacer amigos. En la escala de felicidad y satisfacción muestra que el niño está satisfecho con su vida.

Se asume que los puntajes altos reflejan un autoconcepto favorable mientras que los puntajes bajos están asociados con un bajo autoconcepto, lo que indica que puede existir afectación en un aspecto particular o generalizarse a otras áreas del examinado.

Así mismo los análisis correspondientes a la confiabilidad indican un coeficiente Serman- Brown= 0.875 y el de Kuder- Richardson =0.87, que concuerdan indicando una alta confiabilidad y homogeneidad interna del instrumento. (Ver anexo B).

### *Procedimiento*

Fase I: Selección de los participantes y aplicación del formato de consentimiento y asentimiento informado para padres y niños.

Fase II: Aplicación de los instrumentos de evaluación (CMAS-R y Piers-Harris). La aplicación se realizó en una sesión de una hora de forma grupal con los estudiantes, en donde se destinaron 30 minutos iniciales para que los niños contestaran la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), y los últimos treinta minutos se destinaron para que los niños contestaran la Escala de Autoconcepto Infantil Piers & Harris.

Fase III: Tabulación de los datos del programa SPSS 19.0 para Windows y se realizaron análisis descriptivos y de correlación.

### *Consideraciones éticas*

Para el desarrollo de la investigación se aplicó el formato de consentimiento informado a todos los padres de los menores que participaron en la investigación y el asentimiento informado a los niños que participaron teniendo en cuenta los criterios de confidencialidad y anonimato. (Ver anexo C).

### *Resultados*

En primer lugar se muestran los resultados obtenidos en los estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas por los participantes en los dos cuestionarios (CMAS-R y Escala de Autoconcepto Infantil Piers & Harris). Posteriormente se exponen los resultados de las correlaciones entre estos dos instrumentos.

#### *Ansiedad presentada en la población de estudio*

La media de ansiedad total fue del 11,27. Además, se observa que le sigue la subescala de inquietud con una media de 5,39, posteriormente ansiedad fisiológica (3,86) y preocupación social (2,02). ( ver tabla 1).

Tabla 1. Escala de Ansiedad CMAS-R

	Media	Desv. típ.
Ansiedad total	11,27	5,445
Ansiedad fisiológica	3,86	2,425
Inquietud	5,39	2,281
Preocupación social	2,02	1,726
Mentira	3,75	2,348

En la tabla 2 se observa a través de la prueba t de student, que no se encontraron diferencias significativas con relación a la ansiedad total entre niños y niñas, ya que se obtuvo una media de 11,69 en mujeres y 10,73 en hombres. Tampoco se encontraron diferencias significativas en las demás subescalas del CMAS-R.



Tabla 2. Diferencias en subescalas de Ansiedad CMAS-R entre niños y niñas

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Sig. (bilateral)
Ansiedad total	Hombre	22	10,73	5,47	0,537
	Mujer	29	11,69	5,484	0,537
Ansiedad fisiológica	Hombre	22	3,68	2,255	0,647
	Mujer	29	4	2,577	0,647
Inquietud	Hombre	22	4,95	2,516	0,236
	Mujer	29	5,72	2,068	0,25
Preocupación social	Hombre	22	2,09	1,823	0,8
	Mujer	29	1,97	1,679	0,803
Mentira	Hombre	22	3,45	2,483	0,447
	Mujer	29	3,97	2,26	0,454

#### Autoconcepto presentado en la población de estudio

Los resultados en autoconcepto según la prueba de Piers - Harris muestran que no existen problemas significativos en ninguna de las subescalas para la población seleccionada (ver tabla 3).

Tabla 3. Escala de Autoconcepto de Piers - Harris

	Media	Desv. típ.
Comportamientos	12,1	3,035
Intelectual y escolar	12,29	3,208
Física y atributos	9,12	3,07
Ansiedad	8,92	3,071
Popularidad	8,14	2,615
Felicidad y satisfacción	8,24	2,065

Al comparar las medias a través de la prueba t de student entre niños y niñas en la escala de autoconcepto infantil, se observa que no existen diferencias significativas en ninguna de las subescalas entre dichos grupos. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Diferencias de medias entre niños y niñas en la presente investigación, Escala de Autoconcepto de Piers – Harris

	Sexo	N	Media	Desviación tıp.	Sig. (bilateral)
Comportamientos	Hombre	22	11,95	2,836	0,772
	Mujer	29	12,21	3,222	0,768
Intelectual y escolar	Hombre	22	12,41	2,557	0,826
	Mujer	29	12,21	3,668	0,818
Física y atributos	Hombre	22	8,73	2,881	0,435
	Mujer	29	9,41	3,224	0,427
Ansiedad	Hombre	22	8,95	2,645	0,948
	Mujer	29	8,9	3,405	0,946
Popularidad	Hombre	22	8,32	2,378	0,671
	Mujer	29	8	2,816	0,664
Felicidad y satisfacción	Hombre	22	8	2,16	0,484
	Mujer	29	8,41	2,009	0,489

Finalmente se realizó una correlación de Spermman entre los puntajes del CMAS-R y los de la Escala de Autoconcepto Infantil Piers – Harris. Se encontró una correlación negativa entre los puntajes de estos instrumentos. Con puntajes altos en las subescalas de autoconcepto se encuentra puntajes bajos en la escala de ansiedad CMAS-R. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Correlaciones de escalas de CMAS-R y Piers & Harris

	Comport.	Intelectual y escolar	Física y atributos	Ansiedad	Popularidad	Felicidad y satisfacción
Ansiedad total	-,417**	-,555**	-,451**	-,710**	-,542**	-,320*
Ansiedad fisiológica	-,481**	-,412**	-,380**	-,473**	-,301*	-,285*
Inquietud	-,280*	-,539**	-,410**	-,680**	-,524**	-0,17

Preocupación social	-,408**	-,546**	-,487**	-,651**	-,617**	-,382**
---------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

\* p < .05  
 \*\* p < .01

### *Discusión*

El objetivo principal de esta investigación fue conocer si existe relación entre autoconcepto y ansiedad infantil de un grupo de estudiantes de cuarto y quinto de primaria. Para tal fin se aplicó el CMAS y el Pierre & Harris. Los resultados obtenidos permitieron establecer que existe una correlación estadística negativa entre autoconcepto y ansiedad, a mayor puntaje en las subescalas de autoconcepto, menor puntaje en las escalas de ansiedad, lo anterior se explica a continuación retomando algunas teorías investigadas, en donde se refiere que un adecuado nivel de autoconcepto, entendido como la percepción de sí mismo, los sentimientos de valoración que tienen las personas con relación a sus atributos, percepción física, popularidad, capacidades intelectuales y comportamientos inciden de manera significativa en los niveles de ansiedad de un individuo. Esto demuestra que la muestra tomada para este estudio presenta en general una puntuación alta en autoconcepto, mientras que las puntuaciones en ansiedad fueron bajas, indicando así que ningún niño tuvo ansiedad en los resultados arrojados mediante las pruebas aplicadas.

Al analizar los resultados en las subescalas de autoconcepto (comportamiento, físico y atributos, intelectual, popularidad, ansiedad, felicidad y satisfacción) se observa igualmente una puntuación alta, mientras que las subescalas de ansiedad las

puntuaciones fueron bajas, corroborando así una correlación negativa entre autoconcepto y ansiedad infantil.

Por otro lado, en el presente estudio no se hallaron diferencias significativas en función del género, en ninguna de las variables estudiadas, ni en la muestra total de niños y niñas con respecto a las escalas de autoconcepto y ansiedad. La comparación establecida entre niños y niñas en ansiedad total obtuvo una media de 11,69 en niñas y 10,73 en niños y en autoconcepto tampoco se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas en ninguna de las subescalas evaluadas.

Con respecto a estas diferencias algunas investigaciones apuntan a que más que diferencias de género, se busca determinar en qué circunstancias, situaciones o contextos, tanto hombres como mujeres aplican distintas respuestas morales y cognitivas, independientes del género. Esta línea de pensamiento, muestra una forma diferente de enfocar el tema del género, que no discute el que haya diferencias entre hombres y mujeres, sino que intenta validar las características propiamente femeninas, como tan deseables como pueden serlo las de los hombres (Gorostegui, 2004). De la misma manera, en este estudio se observa que no existen diferencias significativas en ninguna de las subescalas entre niños y niñas.

La correlación negativa entre autoconcepto y ansiedad reportados en el presente estudio, llevan a plantear una posible hipótesis al relacionarse con la fecha del año en que se aplicaron las escalas, la cual fue iniciando el mes de septiembre, lo cual quiere decir que para un colegio de calendario B, llevan pocas semanas del año escolar y los estresores ambientales a nivel escolar todavía no se han hecho presentes,

como de pronto se hubiera podido encontrar si se aplican los instrumentos finalizando año escolar.

En general los resultados obtenidos permiten establecer con claridad la correlación negativa que existe entre autoconcepto alto y un bajo nivel de ansiedad para el bienestar psicológico de un individuo. La detección temprana de la relación entre estas dos variables pueden ayudar en la intervención oportuna de niños y niñas, donde se puede vincular los factores que pueden afectar en las construcción del autoconcepto y los niveles de ansiedad infantil. Así mismo los instrumento empleados, pueden dar luces sobre la presencia de trastornos emocionales para su intervención temprana. Frente a esto un aspecto a tener en cuenta es el soporte familiar y escolar como factor protector ante los problemas psicológicos de los niños y la generación de estrategias de adaptación adecuadas a situaciones cotidianas.

Muchos de los problemas de salud mental del adulto tienen su iniciación en la niñez y la adolescencia, como se encontró en el Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente en Colombia, realizado por el Ministerio de Protección Social en el 2010, del anterior estudio, llama la atención la temprana edad en que se inician, para muchos de los trastornos mentales que estudiaron como la ansiedad, la edad de inicio fue a los 4 años.

También como lo determinó el estudio anteriormente mencionado, la salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes. Así pues, fomentar su salud social y emocional como parte de su desarrollo debe ser una prioridad y esto debe tenerse en cuenta en los medios educativos.

En esta medida el presente estudio encontró que existe relación entre autoconcepto y ansiedad infantil, ya que en la población seleccionada ningún niño puntuó con ansiedad y sí con buen autoconcepto. De esta manera es necesario hacer esfuerzos educativos que apunten hacia el fortalecimiento a temprana edad del autoconcepto, para el adecuado desarrollo emocional de los niños y niñas. Debe ser prioritario promover la salud mental desde las escuelas, ofreciendo apoyo a los niños que enfrentan situaciones tensionantes. Además, modificar el entorno escolar para promover la conducta prosocial y el desarrollo de habilidades en los estudiantes para la toma de decisiones, conciencia de sí mismos, autoestima, habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales, todo esto orientado a promover un adecuado desarrollo emocional en la población infantil y así prevenir trastornos en la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (2010), ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud mental en el niño y el adolescente, como una forma de prevenir problemas en la edad adulta y para la sociedad en general.

Para finalizar algunas de las limitaciones de esta investigación a considerar fue la obtención de la muestra total planteada al inicio de esta investigación y el calendario escolar que llevo a la aplicación del instrumento en tiempos donde posiblemente el grupo no presentó niveles de ansiedad altos. En segundo lugar, el tamaño de la muestra se vio reducido a un bajo porcentaje ya que no todos los padres firmaron el consentimiento informado. En investigaciones futuras sería interesante identificar si existe relación entre estas dos variables en grupos poblacionales de

diferentes estratos socioeconómicos para conocer los factores ambientales que afectan dicha relación.

Para concluir, el presente estudio puede servir como base para analizar diferentes condiciones emocionales como la depresión y trastornos de comportamiento en los estudiantes, los cuales no fueron tomados en cuenta para el este estudio y conocer si estas tienen relación o no con el autoconcepto.

## Referencias

- Almonte, V., Montt, S. & Correa, D. (2001). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterráneo Ltda.
- Barlow, D. & Durand, V. (2001). *Psicología Anormal un enfoque integral*. México: Thompson Learning Editores, S.A. de C.V.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2001). *Manual de psicopatología*. Vol. 2. España: McGraw-Hill.
- Dorr, A. (2005). *Estudio comparativo de autoconcepto en niños de diferente nivel socio económico*. Tesis de grado para optar al grado de magister en clínica infanto juvenil. Universidad de Chile. Recuperado el 14 de noviembre de 2011 de [http://www.archivochile.com/tesis/09\\_tedulit/09tedulit0007](http://www.archivochile.com/tesis/09_tedulit/09tedulit0007)
- Francios, P. (2010). *Estudio Nacional del Adolescente en Colombia*.
- González, A. (2009). *Ansiedad en niños y cuidadores que acuden a un servicio de urgencias pediátricas hospitalarias*. Norte de Salud Mental, 35, 20–29 recuperado el 3 de marzo de 2011 de [http://www.ome-aen.org/NORTE/35/NORTE\\_35\\_040\\_20-29.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/35/NORTE_35_040_20-29.pdf)
- Gorostegui, M. (2004). *Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de E.G.B. 1992 y 2003*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Infanto Juvenil. Universidad de Chile. Recuperado el 15 de noviembre de 2011 de [www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/gorostegui.../gorostegui m](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/gorostegui.../gorostegui_m)
- Hernández, J. (1995). *Psicopatología Infantil*. Málaga: Aljibe. Archidona.



- Irwin, G. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (10ª ed.). México: Prentice Hall.
- Julio A, González P, Pérez. C, Pumariega. S & García. M. (1997). *Autoconcepto, Autoestima y Aprendizaje Escolar*. *Psicothema*. Vol.9, 2, pp 271-289. Recuperado el 14 de noviembre de 2011 de <http://www.psicothema.com/pdf/97>.
- Kessler, (2000). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Epidemiología. Comparación Transnacional de la prevalencia de los Trastornos Mentales y los factores con ellos relacionados*. Recuperado el 10 de mayo de 2011 de [http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA\\_2000\\_3\\_92-105\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_92-105_spa.pdf)
- Ministerio de la Protección Social, (2010), *Estudio de salud mental Colombia, Situación de Salud Mental del Adolescente*.
- Oñate, M. (1989). *Formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.
- Piers, A. (1996). *Escala de Autoconcepto Infantil Piers-Harris. Manual general de corrección e interpretación*. Bogotá. Grugel.
- Reynolds, Cecil R.& Richmond Bert O. (1997), *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada), CMAS-R*. México. Manual Moderno
- Rodríguez, J. (2002). *Psicopatología infantil básica: Teoría y casos clínicos*. España: Pirámide.
- Sánchez, M. *Salud Pública. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia*. Recuperado el 5 de febrero de 2011 de

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>.<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos y Publicaciones/Forms/DispForm.aspx?ID=156> - 407KB.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

Torres, Y. (2010). *Situación de Salud Mental del Adolescente. Estudio Nacional de Salud mental. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: L. Vieco e Hijos Ltda*

ANEXO A

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

*Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Sí" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Sí" y "No" en la misma pregunta. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solo tú puedes decirnos como piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Sí". Si no es así, marca "No".*

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones .....	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero .....	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí .....	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien .....	Si	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire .....	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a) .....	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo .....	Si	No
8. Siempre soy amable .....	Si	No
9. Me enojo con mucha facilidad .....	Si	No
10. Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir.....	Si	No
11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas .....	Si	No
12. Siempre me porto bien .....	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a) .....	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mi .....	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque este acompañado(a) .....	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a) .....	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas .....	Sí	No

18. Soy muy sentimental .....	Sí	No
19. Me sudan las manos .....	Si	No
20. Siempre soy agradable con todos	Si	No
21. Me canso mucho .....	Si	No
22. Me preocupa el futuro .....	Sí	No
23. Los demás son mas felices que yo .....	Sí	No
24. Siempre digo la verdad .....	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan connigo .....	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal .....	Sí	No
28. Nunca me enojo .....	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a) .....	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir .....	Si	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares .....	Si	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir .....	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento .....	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a) .....	Sí	No
35. Muchas personas están contra mi .....	Sí	No
36. Nunca digo mentiras.....	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase .....	Sí	No

**ANEXO B**

**ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)**

**Nombre:** .....**Curso:** .....**Fecha:** .....

**INSTRUCCIONES**

Encontraras a continuación un conjunto de frases que dicen lo que las personas piensan de si mismas. Lea cada frase y decida si ella describe o no la manera qomo te sientes a cerca de ti mismo. Si es falsa o muy falsa para ti, encierra en un circulo la palabra “SI” Que esta junto a la frase. Contesta todas las frase, no dejes de contestar ninguna. No encierre en una misma frase las dos respuestas “SI” y “NO”

Recuerda que este cuestionario no va hacer c alificado por lo tanto no hay respuestas correctas o equivocadas. Solo tu puedes contar lo que piensas sobre ti mismo, de manera que esperamos que contestes lo que realmente sientes.

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SI	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO
3	ES MUY DIFICIL PARA MI HACER AMIGOS	SI	NO
4	A MENUDO ME SIENTO TRISTE	SI	NO
5	YO SOY INTELIGENTE	SI	NO
6	YO SOY PENOSO	SI	NO
7	ME PONGO NERVIOSO CUANDO EL PROFESOR ME PREGUNTA ALGO	SI	NO
8	MI APARIENCIA FISICA ME MOLESTA	SI	NO
9	CUANDO YO SEA GRANDE SERE UNA PERSONA IMPORTANTE	SI	NO
10	ME PREOCUPO CUANDO TENGO PREVIAS EN LA ESCUELA	SI	NO
11	SOY POCO CONOCIDO ENTRE MIS COMPAÑEROS	SI	NO
12	YO ME COMPORTO BIEN EN LA ESCUELA	SI	NO
13	CUANDO ALGO SALE MAL, CASI SIEMPRE TENGO LA CULPA	SI	NO
14	YO CAUSO PROBLEMAS EN MI FAMILIA	SI	NO
15	SOY FUERTE	SI	NO
16	YO TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
17	YO SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI FAMILIA	SI	NO
18	CASI SIEMPRE HAGO LAS COSAS COMO A MI ME GUSTA	SI	NO
19	YO SOY BUENO PARA TRABAJOS MANUALES	SI	NO
20	YO ME DOY POR VENCIDO FACILMENTE	SI	NO
21	YO SOY BUENO PARA HACER LAS TAREAS	SI	NO
22	YO HAGO MUCHAS COSAS MALAS	SI	NO
23	YO DIBUJO BIEN	SI	NO
24	YO SOY BUENO EN MÚSICA	SI	NO
25	YO ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO

26	YO SOY DESPACIOSO PARA HACER LAS TAREAS EN LA ESCUELA	SI	NO
27	YO SOY UNA PERSONA IMPORTANTE EN MI CLASE	SI	NO
28	YO SOY NERVIOSO/A	SI	NO
29	YO TENGO OJOS BONITOS	SI	NO
30	YO PUEDO DAR BIEN LAS LECCIONES EN FRENTE DE MI CLASE	SI	NO
31	YO HECHO GLOBOS EN CLASE	SI	NO
32	MOLESTO A MI HERMANO/A	SI	NO
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO
34	CASI SIEMPRE ME METO EN PROBLEMAS	SI	NO
35	EN LA CAS SOY OBEDIENTE	SI	NO
36	YO TENGO BUEN A SUERTE	SI	NO
37	YO ME PREOCUPO MUCHO	SI	NO
38	MIS PADRES ESPERAN MUCHO DE MI	SI	NO
39	ME GUSTA LA MANERA COMO SOY	SI	NO
40	ME SIENTO QUE NO ME TIENEN EN CUENTA	SI	NO
41	YO TENGO UN BONITO PELO	SI	NO
42	CASI SIEMPRE EN LA ESCUELA ME OFREZCO COMO VOLUNTARIO	SI	NO
43	ME GUSTARÍA SER DIFERENTE	SI	NO
44	YO DUERMO BIEN EN LA NOCHE	SI	NO
45	YO ODIÓ LA ESCUELA	SI	NO
46	EN LA ESCUELA ME ESCOGEN CASI SIEMPRE DE ÚLTIMO	SI	NO
47	ME ENFERMO MUCHO	SI	NO
48	A VECES SOY MALGENTE CON LAS PERSONAS	SI	NO
49	MIS COMPAÑEROS DE CLASE PIENSAN QUE YO TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
50	YO SOY INFELIZ	SI	NO
51	YO TENGO MUCHOS AMIGOS	SI	NO
52	YO SOY CHISTOSO	SI	NO
53	YO SOY TORPE AL HACER LA MAYORÍA DE LAS COSAS	SI	NO
54	YO SOY ATRACTIVO (A)	SI	NO
55	TENGO MUCHAS GANAS DE HACER LAS COSAS	SI	NO
56	ME METO EN MUCHAS PELEAS	SI	NO
57	SOY CONOCIDO ENTRE LOS NIÑOS(AS)	SI	NO
58	LAS PERSONAS ME VIVEN MOLESTANDO	SI	NO
59	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA DE MI	SI	NO
60	YO TENGO UNA CARA AGRADABLE	SI	NO
61	SIEMPRE QUE TRATO DE HACER ALGO PARCE QUE ME SALE MAL	SI	NO
62	A MI ME MOLESTAN NUCHO EN MI CASA	SI	NO
63	YO SOY UN LIDER EN LOS JUEGOS Y DEPORTES	SI	NO
64	YO SOY TORPE	SI	NO
65	EN LOS JUEGOS Y DEPORTES PREFIERO MIRAR EN LUGAR DE JUGAR	SI	NO
66	SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO	SI	NO
67	CON FACILIDAD ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	SI	NO

<b>68</b>	ME PONGO BRAVO FÁCILMENTE	SI	NO
<b>69</b>	SOY POPULAR ENTRE LOS NIÑOS	SI	NO
<b>70</b>	SOY UN BUEN LECTOR	SI	NO
<b>71</b>	PREFIERO TRABAJAR SOLO QUE EN GRUPO	SI	NO
<b>72</b>	A MI ME AGRADDE MI HERMANO( A)	SI	NO
<b>73</b>	TENGO BUEN CUERPO	SI	NO
<b>74</b>	A VECES TENGO MIEDO	SI	NO
<b>75</b>	A MENUDO SE ME CAEN LAS COSAS	SI	NO
<b>76</b>	LA GENTE PUEDE CONFIAR EN MÍ	SI	NO
<b>77</b>	YO SOY DIFERENTE A LOS DEMAS	SI	NO
<b>78</b>	YO TENGO MALOS PENSAMIENTOS	SI	NO
<b>79</b>	YO LLORO FÁCILMENTE	SI	NO
<b>80</b>	YO SOY BUENA PERSONA	SI	NO

**ANEXO C**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ -  
 \_\_\_\_\_ identificado/a con cédula de ciudadanía número  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ acepto la  
 participación de mi hijo/a (colocar nombre y apellido) \_\_\_\_\_ -  
 \_\_\_\_\_, en la investigación “**Autoconcepto y  
 Ansiedad Infantil**”; la cual tiene como objetivo identificar la relación entre el  
 autoconcepto y ansiedad en niños.

Entiendo que la información aquí recopilada **es confidencial y anónima** y solo se  
 utilizará para fines investigativos. También entiendo que  **puedo conocer los  
 resultados o abandonar la participación** poniéndome en contacto con alguno de  
 los investigadores responsables a través de los datos que encuentro a continuación:

**Datos de contacto investigadores responsables:**

<b>INVESTIGADOR</b>	<b>CEDULA</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>CORREO ELECTRONICO</b>
Adriana Maldonado G.	39.777.131	3153248576	amaldonado2@hotmail.com
Lilia Cañón Daza	52.174.334	3124648760	lilianyd@gmail.com
Carlos Gantiva Díaz	79.723.998	3114750075	cgantiva@gmail.com

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## **“Autoconcepto y Ansiedad Infantil”**

Por favor tómese el tiempo necesario para leer esta información. No dude en preguntar si algo no le queda claro o si requiere más información.

- **¿Cuál es el objetivo del estudio?**

El objetivo de esta investigación es identificar la relación entre autoconcepto y ansiedad infantil.

- **¿En qué consistirá la participación de mi hijo/a?**

Si usted acepta la participación de su hijo/a, lo primero que debe hacer es firmar el Consentimiento Informado. Posteriormente su hijo deberá responder dos cuestionarios.

- **¿Qué pasará con los datos?**

Toda la información recopilada es confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que el de la investigación. Las respuestas serán codificadas y tabuladas en un programa estadístico en donde **se garantiza que no se publicará la identidad de los participantes**. Estas respuestas no traerán ninguna consecuencia negativa.

- **¿Puedo conocer los resultados de la investigación?**

Si. Usted podrá conocer los resultados de la investigación poniéndose en contacto con cualquiera de los investigadores responsables, a través de los datos de contacto (teléfono o correo electrónico).

- **¿Tengo que participar? ¿Puedo interrumpir mi participación?**

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted es libre de decidir sobre la participación de su hijo/a, también puede retirarse en cualquier momento, sin que esto lo perjudique y sin necesidad de dar alguna explicación.

- **¿Qué beneficios tiene el proyecto para nosotros?**

A través de esta investigación ustedes podrán identificar la relación entre autoconcepto y ansiedad infantil. Esto le permitirá comprender el comportamiento de los niños/as y tomar mejores decisiones en el proceso de crianza. Por otra parte, la participación de su hijo/a contribuirá en la definición de los principales elementos que se deben abordar en los programas de prevención y promoción.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS- FORUM  
RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN (R.A.I)

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia
2	TÍTULO DEL PROYECTO	RELACION ENTRE AUTOCONCEPTO Y ANSIEDAD INFANTIL
3	AUTOR(es)	Adriana Maldonado González Lilia Flor Cañón Daza
4	AÑO Y MES	2012 Febrero
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	Carlos Gantiva Díaz

6	RESUMEN O ABSTRACT	<p>Resumen</p> <p>El presente estudio tiene como objetivo mostrar la relación entre autoconcepto y ansiedad infantil en un grupo de 51 estudiantes, niños y niñas entre los 9 y 11 años, de los grados cuarto y quinto de educación primaria, de una institución educativa de Cajicá. Para dicho estudio se aplicaron dos instrumentos de evaluación: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada) CMAS-R y la Escala de Autoconcepto Infantil Piers-Harris. Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas entre autoconcepto y ansiedad infantil, encontrándose una correlación negativa, lo cual indica que las puntuaciones altas en autoconcepto están relacionadas con las puntuaciones bajas en las escalas de ansiedad infantil; evidenciando así una estrecha relación entre estas dos variables.</p> <p>Abstract</p> <p>The present study aims to show the relationship between self - concept and childhood anxiety in a group of 51 students, boys and girls between 9 to 11 years old, in the fourth and fifth grade of primary education, from an educational institution located in Cajicá. For this study two evaluation tools were applied: The Children's Manifest Anxiety Scale (revised) CMAS-R and the Piers - Harris Children Self-Concept Scale. The obtained results did not show significant differences between self - concept and childhood anxiety, but found a negative correlation which indicated that high scores on self-concept were related to the low scores in childhood anxiety scales, thus demonstrating a close relationship between these two variables.</p>
7	PALABRAS CLAVES	Palabras clave: Autoconcepto, ansiedad, niños, Colombia.
8	SECTOR AL QUE PERTENECE EL PROYECTO	Educativo
9	TIPO DE ESTUDIO	Estudio descriptivo correlacional y empírico analítico.
10	OBJETIVO GENERAL	Identificar si existe relación entre autoconcepto y ansiedad infantil en un grupo de niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio del municipio de Cajicá.

11	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar el nivel de auto concepto en los niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio de Cajicá.</li> <li>2. Identificar el nivel de ansiedad en los niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio de Cajicá.</li> <li>3. Establecer si existe relación entre autoconcepto y ansiedad en los niños y niñas de 9 a 11 años de un colegio de Cajicá.</li> </ol>
12	RESULTADOS	<p>Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que: La Ansiedad total presentada en el grupo de estudio fue del 11,27. Además, se observa que le sigue la subescala de inquietud con una media de 5,39; ansiedad fisiológica (3,86) y preocupación social (2,02). No se encontraron diferencias significativas con relación a la ansiedad total entre niños y niñas, ya que se obtuvo una media de 11,69 en mujeres y 10,73 en hombres. Tampoco se encontraron diferencias significativas en las demás subescalas del CMAS-R. Los resultados de la prueba Piers - Harris muestra que no existen problemas significativos en ninguna de las subescalas. La correlación de Spearman entre los puntajes del CMAS-R y los de la Escala de Autoconcepto Infantil Piers – Harris, mostró una correlación negativa entre los puntajes de estos instrumentos. Con puntajes altos en las subescalas de autoconcepto se encuentra puntajes bajos en la escala de ansiedad CMAS-R.</p>
13	CONCLUSIONES.	<p>Para concluir esta investigación sería interesante identificar si existe relación entre estas dos variables en grupos poblacionales de diferentes estratos socioeconómicos para conocer los factores ambientales que afectan dicha relación. El presente estudio puede servir como base para analizar diferentes condiciones emocionales como la depresión y trastornos de comportamiento en los estudiantes, los cuales no fueron tomados en cuenta para este estudio y conocer si estas tienen relación o no con el autoconcepto y la ansiedad.</p>

14	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	<p>Referencias</p> <p>Alfonseca, V., Monti, S. &amp; Correa, D. (2001). Psicopatología infantil y de la adolescencia. Chile: Mediterráneo Ltda.</p> <p>Barlow, D. &amp; Durand. V. (2001). Psicología Anormal un enfoque integral. México: Thompson Learning Editores, S.A. de C.V.</p> <p>Belloch, A., Sandín, B. &amp; Ramos, F. (2001). Manual de psicopatología. Vol. 2. España: Mc Graw-Hill.</p> <p>Dorr, A. (2005). Estudio comparativo de autoconcepto en niños de diferente nivel socio económico. Tesis de grado para optar al grado de magister en clínica infanto juvenil. Universidad de Chile. Recuperado el 14 de noviembre de 2011 de <a href="http://www.archivochile.com/tesis/09_tedulit/09tedulit0007">http://www.archivochile.com/tesis/09_tedulit/09tedulit0007</a></p> <p>Francios, P. (2010). Estudio Nacional del Adolescente en Colombia.</p> <p>González, A. (2009). Ansiedad en niños y cuidadores que acuden a un servicio de urgencias pediátricas hospitalarias. Norte de Salud Mental, 35, 20–29 recuperado el 3 de marzo de 2011 de <a href="http://www.ome-aen.org/NORTE/35/NORTE_35_040_20-29.pdf">http://www.ome-aen.org/NORTE/35/NORTE_35_040_20-29.pdf</a></p> <p>Gorostegui, M. (2004). Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de E.G.B. 1992 y 2003. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Infanto Juvenil. Universidad de Chile. Recuperado el 15 de noviembre de 2011 de <a href="http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/gorostegui.../gorostegui_m">www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/gorostegui.../gorostegui m</a></p> <p>Hernández, J. (1995). Psicopatología Infantil. Málaga: Aljibe. Archidona.</p> <p>Irwin, G. &amp; Sarason, B. (2006). Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. (10ª ed.). México: Prentice Hall.</p> <p>Julio A, González P, Pérez. C, Pumariaga. S &amp; García. M. (1997). Autoconcepto, Autoestima y Aprendizaje Escolar. Psicothema. Vol.9, 2, pp 271-289. Recuperado el 14 de noviembre de 2011 de <a href="http://www.psicothema.com/pdf/97">http://www.psicothema.com/pdf/97</a>.</p> <p>Kessler, (2000). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Epidemiología. Comparación Transnacional de la prevalencia de los Trastornos Mentales y los factores con ellos relacionados. Recuperado el 10 de mayo de 2011 de <a href="http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_92-105_spa.pdf">http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_92-105_spa.pdf</a></p> <p>Ministerio de la Protección Social, (2010), Estudio de salud mental Colombia, Situación de Salud Mental del Adolescente.</p> <p>Oñate, M. (1989). Formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.</p> <p>Piers, A. (1996). Escala de Autoconcepto Infantil Piers-Harris. Manual general de corrección e interpretación. Bogotá. Grugel.</p> <p>Reynolds, C. &amp; Bert O. (1997), Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada), CMAS-R. México. Manual Moderno</p> <p>Rodríguez, J. (2002). Psicopatología infantil básica: Teoría y casos clínicos. España: Pirámide.</p> <p>Sánchez, M. Salud Pública. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. Recuperado el 5 de febrero de 2011 de <a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co">http://www.minproteccionsocial.gov.co</a>. <a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Forms/DispForm.aspx?ID=156">http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos y Publicaciones/Forms/DispForm.aspx?ID=156</a> - 407KB.</p> <p>Sandín, B. (1997). Ansiedad miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.</p>
----	------------------------	---

Vo Bo Asesor y Coordinador de Investigación:

CRISANTO QUIROGA OTÁLORA