



## Los niveles de ansiedad en un aula de Educación Infantil. Estudio comparativo entre la perspectiva familiar y docente

Autor: \*Cristina Gutiérrez García

### PALABRAS CLAVE

Ansiedad Preescolar  
Niveles de Ansiedad  
Educación Infantil  
Escala de Ansiedad de Spence  
Trastornos Emocionales.

### KEYWORDS

Anxiety Levels  
Preschool Anxiety  
PAS  
Spence  
Emotional Disorders

### RESUMEN

Los trastornos de ansiedad son los problemas emocionales con mayor prevalencia en la etapa de Educación Infantil, afectando a un 10-20% de la población en estas edades, siendo persistentes en el tiempo y predictores de problemas posteriores. Es por ello que el presente trabajo tiene como objetivo analizar la presencia de ansiedad en un grupo de estudiantes, tanto desde la perspectiva de las familias como del docente. Para llevar a cabo el estudio se ha utilizado la Escala de Ansiedad de Spence en un aula con 19 estudiantes de 3 y 4 años en su versión para familias y para docentes. Los resultados obtenidos indican bajo nivel de acuerdo entre los datos observados desde ambas perspectivas, habiendo acuerdo en cuanto a las subescalas de Ansiedad Social y Miedo por la Integridad Física. Además, solamente se han observado puntuaciones por encima de la media en lo observado por las familias. Se concluye la importancia de una detección temprana y de la comunicación familia-escuela.

### Anxiety levels in a Preschool Education classroom. Comparative study between family and teachers perspective

#### ABSTRACT

Anxiety disorders are the most prevalent emotional problems in Preschool Education, affecting 10-20% of the population in these ages, being persistent over time and predictors of later problems. That is why the present work aims to analyze the presence of anxiety in a group of students, both from the perspective of families and teachers. To carry out the study, the Preschool Anxiety Scale (PAS) was used in a classroom with 19 students of ages between 3 and 4, in its version for families and teachers. The results obtained indicate a low level of agreement between the data observed from both perspectives, there being agreement regarding the subscales of Social Anxiety and Fear for Physical Integrity. Furthermore, only above-average scores have been detected in family observations. The importance of early detection and family-school communication are concluded.

Universidad de Oviedo

Autora de correspondencia: \* Cristina Gutiérrez García; [cristina7794@gmail.com](mailto:cristina7794@gmail.com)

Recibido: 13/07/2020 – Aceptado: 30/03/2021

Revista de Formación del Profesorado e Investigación Educativa

Facultad de Formación del Profesorado y Educación

Universidad de Oviedo

Julio - Diciembre 2020

ISSN: 2340-4728



## Introducción

Los Trastornos de Ansiedad son los más prevalentes en la franja de edad correspondiente a la etapa del segundo ciclo de Educación Infantil (3 a 6 años) y tienen una gran influencia en el desarrollo emocional, personal y educativo del alumnado. Aunque no existe un gran acuerdo en torno al nivel de prevalencia, esta se podría situar entre el 10 y el 20% (Whalen, Sylvester y Lubi, 2017).

Podemos definir la ansiedad como las distintas manifestaciones tanto físicas como mentales ante peligros que no son reales y que pueden ocurrir en forma de crisis momentáneas o como un estado persistente (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). A su vez la Real Academia Española (2001) define la ansiedad como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

Spielberger (1970) propone la diferenciación entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. La primera sería estable en el tiempo y formaría parte de la personalidad del individuo, mientras que la segunda sería transitoria, variable y ocurriría ante situaciones que el individuo percibe como amenazantes.

El DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) establece once trastornos distintos de ansiedad para la edad adulta, pero serán cuatro de ellos los más comunes en edades preescolares: el Trastorno de Ansiedad por Separación, la fobia social, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y las fobias específicas (por ejemplo, a las alturas). No se deben confundir estos trastornos de ansiedad con los miedos propios de la edad. Mientras que los trastornos de ansiedad se caracterizan por un elevado nivel de estrés y una incapacidad funcional, el miedo es una respuesta adaptativa (Whalen et al., 2017).

Con el fin de generar un buen instrumento evaluativo en preescolares y siguiendo la clasificación diagnóstica que establece el DSM 5 para la infancia, Spence et al. (2001) proponen cinco factores para la evaluación de los síntomas ansiosos, recogidos en la *Preschool Anxiety Scale* (PAS). Esta escala de ansiedad preescolar valora el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Ansiedad por Separación, la Ansiedad Social, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Miedo por la integridad física.

En base al DSM 5, el Trastorno de Ansiedad por Separación se define como el miedo persistente a separarse de una persona con la que existe un vínculo estrecho y se manifiesta en malestar psicológico, preocupación y rechazo a quedarse solo o sola. Las Fobias Específicas (medidas en la escala de Miedo por la integridad física) se definen como miedo intenso y persistente en relación a un objeto específico. La Ansiedad Social se caracteriza por el miedo ante las relaciones sociales en las que el individuo queda expuesto a los demás. El Trastorno de Ansiedad Generalizada obedece a preocupaciones persistentes ante una variedad de situaciones y que producen una sobreactivación fisiológica (Tortella-Feliu, 2014). Finalmente, el Trastorno Obsesivo Compulsivo se caracteriza por pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que imposibilitan el desarrollo de la vida cotidiana del individuo (Rodríguez y Ramos, 2010).

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos de ansiedad en preescolares, los estudios apuntan hacia factores genéticos y ambientales. Con respecto a los factores genéticos, se ha encontrado que los niños y niñas cuyas madres tienen un diagnóstico de ansiedad son más propensos a desarrollarla, sin embargo, no existe la misma evidencia si el diagnóstico lo tiene el padre (Dougherty et al., 2013). La probabilidad de heredar el trastorno de ansiedad se situaría en torno a un 40-65%, siendo más baja que en otros trastornos (Whalen et al., 2017). Algunos estudios realizados con hermanos y hermanas gemelos muestran la posible existencia de algún tipo de factor genético relacionado de los trastornos de ansiedad (Marakovitz et al., 2011).

En cuanto a los factores ambientales, los eventos adversos tempranos tales como abusos, negligencias o muerte de alguno de los progenitores favorecerían la aparición de ansiedad a eda-

des tempranas (Beesdo, Knappe, y Pine, 2009). Estos eventos estresantes resultan especialmente significativos si han ocurrido en los seis meses previos a la aparición de la ansiedad (Dougherty et al., 2013). Cabe destacar también la relación entre los problemas de sueño y la ansiedad, pues la aparición de trastornos relacionados con el sueño durante la edad preescolar van a ser un predictor de la ansiedad durante la adolescencia (Dougherty et al., 2013).

En lo que respecta a las características familiares, se han estudiado los estilos parentales por su papel en la aparición de la ansiedad. Por ejemplo, autores como Möller et al. (2016) observan que la sobreprotección paterna podría estar influyendo sobre el desarrollo de ansiedad en el niño o la niña al no permitirles explorar el mundo que les rodea, no teniendo el mismo efecto cuando la sobreprotección es materna. Los preescolares con ansiedad tienden a tener progenitores que les apoyan menos (Dougherty et al., 2013). Si tenemos en cuenta las diferencias entre el padre y la madre, los padres cuyos hijos e hijas tienen trastornos de ansiedad se consideran más permisivos, mientras que las madres se consideran más autoritarias (Dougherty et al., 2013). Serían las familias que no se caracterizan por ser expresivas y por hablar con sus hijos e hijas, así como aquellas que usan menos palabras relacionadas con emociones positivas, las que más se asocian con la aparición de trastornos de ansiedad en sus hijos e hijas preescolares (Marakovitz et al., 2011). El estilo parental que menos se asocia con la ansiedad y que por tanto podríamos considerar como factor de protección sería el autoritativo (exigentes y sensibles al mismo tiempo) (Whalen et al., 2017).

Por último, en referencia al apego, sería el de tipo inseguro el que se relaciona directamente como un predictor de los trastornos de ansiedad, y sería el apego seguro el que actuaría como factor protector (Penosa, 2017).

En relación con la prevalencia de la ansiedad en preescolares, esta se podría situar entre el 10 y el 20%. Las diferencias entre porcentajes se pueden deber a los distintos instrumentos de medida utilizados o las condiciones sociodemográficas y geográficas de las personas participantes en los estudios (Whalen et al., 2017). Otros estudios, sin embargo, han encontrado resultados más bajos, situando la prevalencia entre un 1 y un 2%, como en el caso de Lavigne et al. (2009) en una muestra de preescolares de 4 años. Klitzing et al. (2014) realizaron otro estudio con 1738 niños y niñas entre 3 y 5 años en el cual se encontró una prevalencia del 5.35%, siendo mayoritarios los niños y niñas con Fobias Específicas. Costello, Egger y Angold (2005) sitúan la prevalencia en una cifra un poco más alta, el 9%. El trastorno de ansiedad más común en edades tempranas es el Trastorno de Ansiedad por Separación, seguido de la Fobia Específica, más concretamente a los animales (Beesdo et al., 2009). Ford, Goodman y Meltzer (2003) en un estudio con población británica sitúan la prevalencia del Trastorno de Ansiedad por separación en 1.2-4%, la fobia social en 0.3-2.3%, el Trastorno de Ansiedad Generalizada en 0.7-5%, el Trastorno Obsesivo Compulsivo en 0.3% y la Fobia Específica en el 1%.

Los datos recogidos acerca de la prevalencia hacen referencia a estudios en los que las pruebas de evaluación han sido cumplimentadas por los padres, madres o tutores legales de los menores. Esto permite conocer la prevalencia en función de su punto de vista. Es por esto que se considera pertinente recoger los datos desde otra perspectiva, en este caso la del profesorado, por ser una figura relevante en la vida del alumnado y con quien comparte una cantidad de tiempo a tener en cuenta. Esto le haría tener un punto de vista sobre la sintomatología que pudiera diferir de lo observado por las familias en el hogar.

En relación al resto de trastornos comunes en la edad preescolar, los más prevalentes después de la ansiedad serían los trastornos de conducta, y más en concreto el trastorno negativista-desafiante (Bufferd et al., 2012).

Con respecto al sexo y a la etnia, la mayoría de las investigaciones no encuentran diferencias significativas en la prevalencia de la ansiedad entre hombres y mujeres o entre diferentes cultu-

ras (Whalen et al., 2017). Un ejemplo en cuanto al sexo es el estudio realizado recientemente por Manti, Giovannone y Sogos (2019), en el cual no se encuentran diferencias en los resultados entre niños y niñas. Sin embargo, los estudios no son consistentes en este sentido. Si tenemos en cuenta la clasificación de los trastornos de ansiedad, y más en concreto aquellos comunes en la etapa preescolar, nos encontramos con que autores como Franz et al. (2013) sí observan que las niñas tienen una mayor probabilidad de mostrar Ansiedad por Separación. Del mismo modo, aunque no se encuentran diferencias entre niños y niñas en población española, en la mayoría de los trastornos de ansiedad, sí se ha observado una mayor puntuación en el miedo por la integridad física, y en ansiedad total (Penosa, 2017).

## Objetivo

El objetivo del presente trabajo se centró en analizar la presencia de ansiedad en un grupo de estudiantes, teniendo en cuenta la perspectiva de las familias y la de las tutoras y tutores académicos.

## Metodología

### Muestra

En total, participaron 19 estudiantes (11 niñas y 8 niños) de un centro educativo público del Principado de Asturias. Todos ellos estaban escolarizados en un aula del primer curso del segundo ciclo de Educación Infantil. Todos los participantes tenían tres años en el momento de la realización del estudio, a excepción de dos niñas que ya habían cumplido los cuatro años.

En cuanto a las necesidades del alumnado, uno de los niños estaba diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA), por el servicio de Atención Temprana y con apoyo de Pedagogía Terapéutica (PT) y de Audición y Lenguaje (AL) en el centro de referencia. En el momento en que se llevó a cabo el estudio se estaba valorando desde el equipo de orientación a otro de los alumnos por presentar rasgos tipo TEA.

### Instrumentos de medida

Para la realización del estudio se ha utilizado la *Preschool Anxiety Scale (PAS)* diseñada por Spence y Rapee (1999) y adaptada al castellano con el nombre de *Escala de Ansiedad de Spence* por Orgilés et al. (2018). Esta escala está dirigida a la detección de problemas de ansiedad en alumnado de Educación Infantil, para edades comprendidas entre los 3 y los 6 años. La *Escala de Ansiedad de Spence* (Orgilés et al., 2018) consta de una versión para familias y otra para profesorado. La versión para familias incluye 28 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 4. Cada afirmación tiene cinco opciones de respuesta en función de la frecuencia de ocurrencia de cada una de ellas (0 nunca, 1 casi nunca, 2 a veces, 3 bastantes veces y 4 muchas veces). Esta escala está diseñada para ser cumplimentada por las familias del alumnado. Esta versión para familias aporta una puntuación general en ansiedad y puntuaciones en 5 subescalas: Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Ansiedad Social, Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Miedo por la integridad física. Las subescalas de TOC, TAS y TAG incluyen 5 ítems cada una de ellas, por lo que la puntuación máxima en cada una de estas subescalas es de 20. La subescala de Ansiedad Social está formada por 6 ítems (puntuación máxima de 24) y la subescala de Miedo por la integridad física por 7 ítems (puntuación máxima de 28). Además, el cuestionario cuenta con puntuaciones tipificadas cuya interpretación se realizaría teniendo en cuenta que las puntuaciones por encima de 60 resultan significativas en cada una de las subescalas, y por debajo de 40 resultan irrelevantes.

Por otro lado, la versión para profesorado incluye muchos de los ítems de la versión original. Concretamente, en la versión de profesorado los autores omitieron únicamente los ítems relativos a situaciones fuera del centro educativo e incorporaron otros referentes a situaciones que se dan exclusivamente en el aula. Esta escala para profesorado cuenta con un total de 20 ítems, que se responden siguiendo una escala tipo Likert de 0 a 4 (0 nunca, 1 casi nunca, 2 a veces, 3 con poca frecuencia y 4 con mucha frecuencia). Al igual que el instrumento para las familias, la escala aporta una puntuación global en ansiedad y puntuaciones en 5 subescalas (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Ansiedad Social, Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Miedo por la integridad física). Las subescalas de Ansiedad Social y TOC cuentan con 5 ítems (puntuación máxima de 20), la de Ansiedad Generalizada con 4 ítems (puntuación máxima de 16), la de Miedo por la integridad física con 2 ítems (puntuación máxima de 8) y finalmente la de Ansiedad por Separación con 6 ítems (Puntuación máxima de 24). Esta escala solamente se encuentra en su versión original en inglés y ha sido traducida al castellano para la realización de este trabajo. En este caso, los autores no aportan puntuaciones tipificadas.

### Procedimiento

Una vez seleccionados los instrumentos para medir la ansiedad en el alumnado se procedió a solicitar permiso a la dirección del centro para la realización del estudio y el envío del cuestionario a las familias. Tras la concesión del mismo, se entregó a cada familia por mediación del alumnado el cuestionario con una nota explicativa del propósito del estudio. El cuestionario fue entregado a las familias de los 23 alumnos y alumnas, siendo devueltos cumplimentados un total de 19, y por tanto quedando excluidos 4 de la muestra principal.

Tras la cumplimentación de los cuestionarios por parte de las familias se procedió a hacer lo mismo con los correspondientes al docente. Con el fin de conservar el anonimato y la protección de datos de los menores, la única identificación que consta en ambos cuestionarios es un número asignado a cada niño o niña, con el propósito de poder comparar los resultados entre ambos cuestionarios.

### Análisis de datos

Una vez recopilados los datos se ha utilizado el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25 para el análisis de los mismos, así como el programa Microsoft Excel 2013 para la representación gráfica de los resultados.

Para comprobar si la distribución de los datos en la población es normal, se ha utilizado el estadístico de Saphiro-Wilks, por ser una muestra menor de 50 sujetos y, por tanto, considerada pequeña.

En primer lugar, se analizó la información aportada por las familias. Para la interpretación del cuestionario se han tenido en cuenta las puntuaciones directas. También se tuvieron en cuenta las puntuaciones tipificadas en esta versión del cuestionario. Las puntuaciones tipificadas iguales o superiores a 60, y que equivalen al 84% del total, se consideran significativas tal y como aparece en las normas de interpretación del cuestionario.

En segundo lugar, se estudió la información aportada por la tutora de los y las estudiantes. En este caso, se recogieron las puntuaciones directas cuya interpretación se ha hecho en función de la media de cada subescala, y considerando significativas aquellas puntuaciones cuyo valor es igual o superior al 84% del total en cada una de ellas, al igual que en la versión para las familias.

Finalmente, para el estudio de la correlación entre los resultados obtenidos en ambos cuestionarios (versión de familias y versión de profesorado) se calculó el estadístico bivariado de correlación de Pearson. Se asume que hay relación entre las variables cuando la significación  $p \leq 0.05$ .

## Resultados

### Cuestionario cumplimentado por las familias

En primer lugar, se presentan los resultados en la puntuación total de ansiedad del cuestionario cumplimentado por las familias. Tal y como muestra la *Figura 1*, un total de 7 alumnos y alumnas (36.8%) se encuentran por encima de la media (representada en la línea horizontal en las figuras). La media en esta puntuación global fue de 21.7 y la desviación típica de 9.4. Si tenemos en cuenta las puntuaciones tipificadas nos encontramos con que únicamente 2 estudiantes, es decir, el 0.38% de la muestra padece síntomas de ansiedad en función de la perspectiva de la familia.

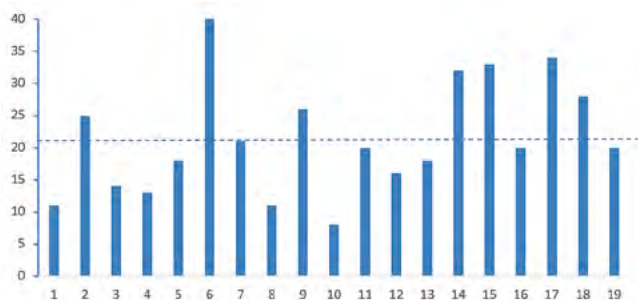


Figura 1. Puntuación del alumnado en Ansiedad Total

Analizando las puntuaciones correspondientes a cada subescala, nos encontramos con los siguientes resultados:

#### a. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

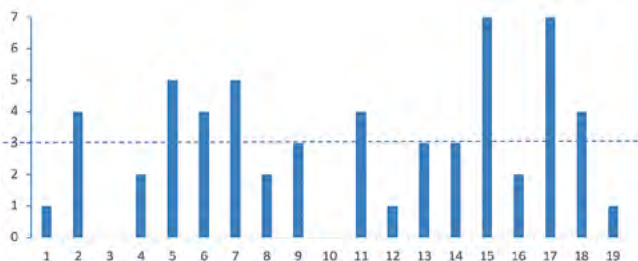


Figura 2. Puntuación del alumnado en la subescala de TAG

La *Figura 2* nos indica que 11 estudiantes, equivalentes al 57.8% del total puntúan por encima de la media. La media en esta subescala fue de 3 y la desviación típica de 2. Si tenemos en cuenta las puntuaciones tipificadas, 2 estudiantes, es decir, el 10.52% puntúa por encima del umbral significativo según la perspectiva de la familia.

#### b. Ansiedad Social

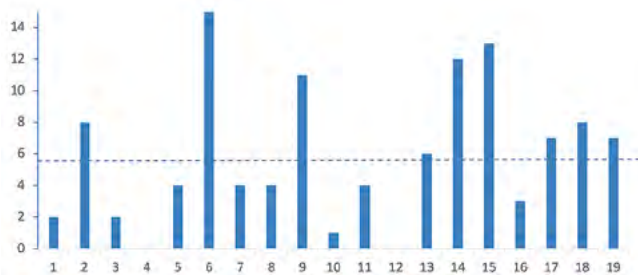


Figura 3. Puntuación del alumnado en la subescala de Ansiedad Social

En lo relativo a la Ansiedad Social, observando la *Figura 3* nos encontramos con que 9 estudiantes puntúan por encima de la media correspondiendo al 47.3% del total. La media en esta puntuación fue de 5.8 y la desviación típica de 4.4. Si tenemos en cuenta las puntuaciones tipificadas, 4 estudiantes representando el 21% de la muestra puntúan significativamente en esta subescala desde la perspectiva de las familias.

#### c. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

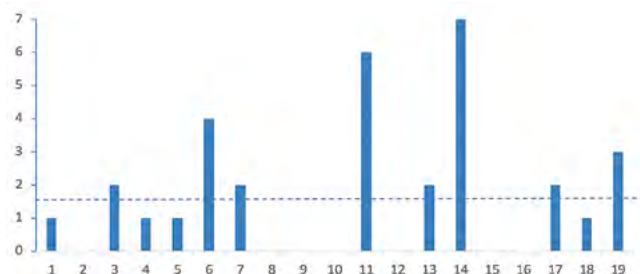


Figura 4. Puntuación del alumnado en la subescala de TOC

Como podemos observar en la *Figura 4*, un total de 8 estudiantes puntúan por encima de la media (42.1%). La media en esta puntuación fue de 1.6 y la desviación típica de 2. Si tenemos en cuenta las puntuaciones tipificadas, son 3 los casos significativos desde la perspectiva de la familia, concretamente el 15.78% de la muestra.

#### d. Miedo por la integridad física

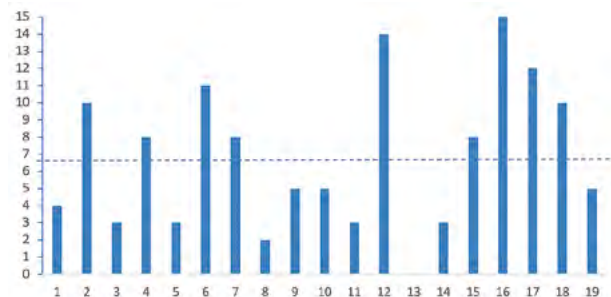


Figura 5. Puntuación del alumnado en la subescala de Miedo por la integridad física.

Con respecto a esta subescala, tal y como muestra la *Figura 5*, podemos observar que 9 estudiantes, que corresponden al 47.3% del total, puntúan por encima de la media. La media en esta puntuación fue de 6.7 y la desviación típica de 4.3. Si tenemos en cuenta las tipificadas, encontramos que 3 casos alcanzan puntuaciones significativas en esta subescala en función de la perspectiva de las familias (15.78% del total del alumnado).

#### e. Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)

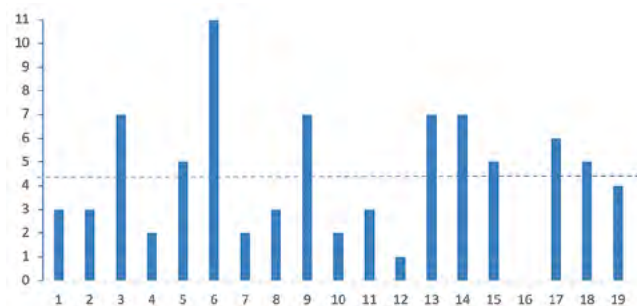


Figura 6. Puntuación del alumnado en la subescala de TAS

Tal y como podemos observar en la *Figura 6*, las familias indicaron que un total de 9 estudiantes presentaban puntuaciones por encima de la media (47.3). La media en esta puntuación fue de 4.3 y la desviación típica de 2.6. Teniendo en cuenta las puntuaciones tipificadas, la subescala de TAS es la que mayor número de estudiantes presenta con una puntuación por encima de 60, concretamente 5, que suponen un total del 26.31% de la muestra.

Una vez analizadas todas las subescalas del cuestionario, y teniendo en cuenta las puntuaciones tipificadas, nos encontramos con que 10 de los estudiantes presentan puntuaciones de 60 o más en al menos una de ellas, representando el 52.63% del alumnado. Además, 3 de ellos puntúan por encima en dos subescalas, representando el 15.78% de la muestra, 3 de ellos en tres subescalas representando otro 15.78% de la muestra y finalmente hay 5 estudiantes que solamente puntúan en una subescala y que corresponden al 26, 31% del alumnado.

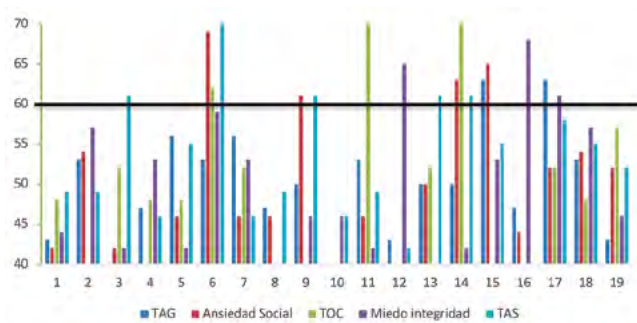


Figura 7. Puntuación tipificada del alumnado en todas las subescalas del cuestionario

Cuestionario cumplimentado por el profesorado

Tal y como se mostró en el cuestionario para familias, los resultados del cuestionario para docentes se muestran en relación a las puntuaciones directas. En este caso, se presentan los resultados con respecto a la media del grupo (representada en la línea horizontal en las figuras) en cada una de las subescalas. Para las subescalas de Ansiedad Social y TOC la puntuación máxima es de 20, para TAG es de 16, para Miedo por la integridad física es de 8, para TAS es de 16 y para la Ansiedad Total es de 88.

En primer lugar, se presentan las puntuaciones en la escala de Ansiedad Total, en la que, tal y como se puede observar en la *Figura 8*, hay 13 estudiantes con puntuaciones por encima de la media. La media en esta puntuación fue de 9.9 y la desviación típica de 6.9. Si tenemos en cuenta la significatividad a partir de las puntuaciones iguales o superiores al 84% del total de la escala, nos encontramos con que ningún estudiante alcanza esta puntuación, que se situaría en 73.9.

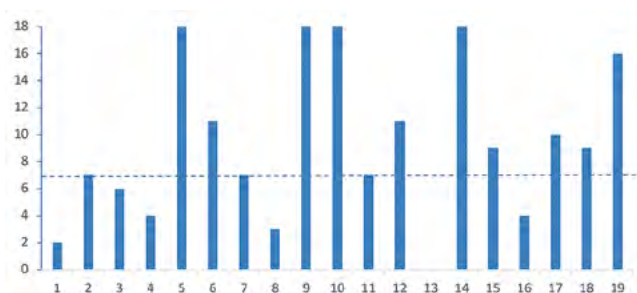


Figura 8. Puntuación del alumnado en Ansiedad Total del cuestionario para docentes

Analizando los resultados correspondientes a cada subescala del cuestionario encontramos los siguientes resultados:

a. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

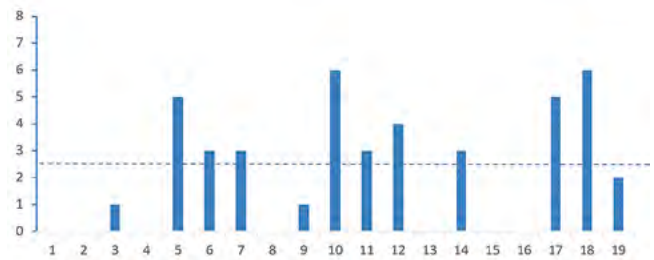


Figura 9. Puntuación del alumnado en la subescala de TAG del cuestionario para docentes

La media en esta puntuación fue de 2.2 y la desviación típica de 2.2. Tal y como se puede observar en la *Figura 9*, 9 de los estudiantes, correspondientes al 47.36% de la muestra, obtienen una puntuación igual o superior a la media. La puntuación significativa se situaría en 13.4 y no hay ningún estudiante por encima de la misma.

b. Ansiedad Social

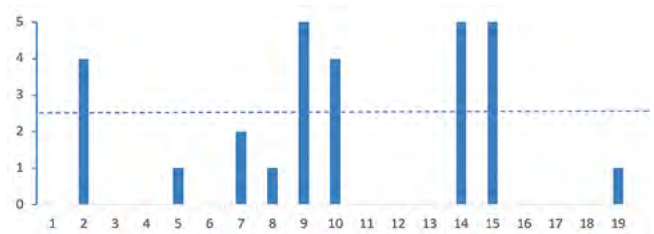


Figura 10. Puntuación del alumnado en la subescala de Ansiedad Social del cuestionario para docentes

La media en esta puntuación fue de 2.5 y la desviación típica de 4.5. En la *Figura 10* podemos observar que 5 de los estudiantes tienen una puntuación igual o superior a la media y que corresponden a un 15.78% del total. La significatividad en esta subescala se situaría en una puntuación de 16.8, no habiendo ningún estudiante por encima de la misma.

c. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

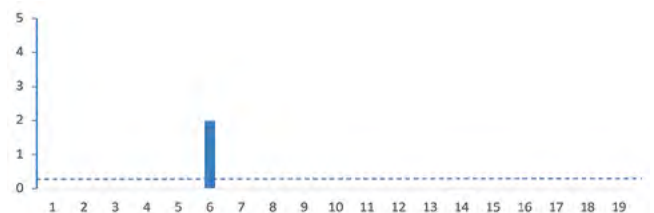


Figura 11. Puntuación del alumnado en la subescala de TOC del cuestionario para docentes

La media en esta puntuación fue de 0.1 y la desviación típica de 0.4. Tal y como muestra la *Figura 11*, nos encontramos con que todos los estudiantes, a excepción de uno tienen una puntuación de cero en la subescala de TOC, y el cual se encuentra por encima de la media, representando un 5.2%. Ninguno de los estudiantes alcanza una puntuación por encima del 84% de la escala (puntuación de 16.8).

## d. Miedo por la integridad física

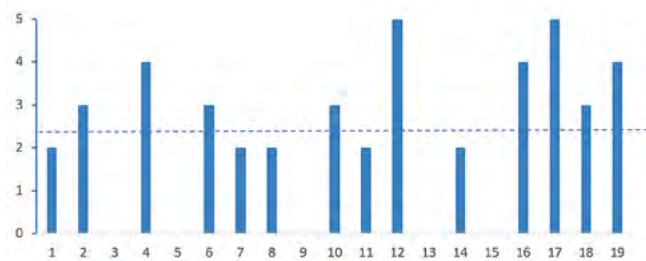


Figura 12. Puntuación del alumnado en la subescala de Miedo por la integridad física del cuestionario para docentes

En el caso de esta subescala, la media fue de 2.3 y la desviación típica de 1.7. Como se puede observar en la *Figura 12*, se ha encontrado que 9 de los y las estudiantes presentan puntuaciones por encima de la media en relación al Miedo por la integridad física, suponiendo el 47.36% del alumnado. La significatividad en esta subescala se situaría en una puntuación de 6.7. Ninguno de los estudiantes alcanza una puntuación por encima del 84% en esta subescala.

## e. Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)

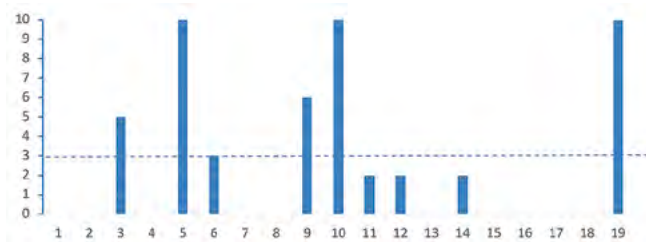


Figura 13. Puntuación del alumnado en la subescala de TAS del cuestionario para docentes

La media en esta puntuación fue de 2.7 y la desviación típica de 4.0. Tal y como se puede apreciar en la *Figura 13*, del total del alumnado, 6 estudiantes presentan puntuaciones por encima de la media en la subescala de TAS (31.57% de la muestra). La significatividad en esta subescala se situaría en una puntuación de 20.1 (correspondiente al 84%). Ninguno de los estudiantes alcanza una puntuación significativa en función de la perspectiva del docente.

## Comparación de los resultados obtenidos desde la perspectiva de las familias y desde la perspectiva del profesorado

Tras analizar por separado los resultados obtenidos en ambos cuestionarios, se llevó a cabo el estudio comparativo entre las dos perspectivas, con el fin de detectar si existían o no diferencias entre la perspectiva del profesorado y de las familias con respecto a la ansiedad del alumnado. Para ello, la comparativa se hizo sobre las puntuaciones directas.

A continuación, en la *Tabla 1* se presentan los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) para cada una de las variables en las dos versiones (familias y profesorado). Tal y como se puede observar en la *Tabla 1*, la media de las puntuaciones es mayor en la versión para familias con respecto a la versión para profesorado. Las familias aportan índices de ansiedad superiores con respecto al profesorado.

En el caso de la variable TAG, la correlación de Pearson entre la puntuación en la escala de la versión para familias y la versión para profesorado alcanzó un coeficiente bajo de 0.15 que no resultó estadísticamente significativo ( $p = 0.52$ ). En lo que respecta a la Ansiedad Social, la correlación fue mayor, con un coeficiente de 0.54 estadísticamente significativo ( $p = 0.01$ ), reflejando cierta relación en la información aportada por familia y escuela. En la subescala de TOC los resultados no reflejaron correlación con un coeficiente de 0.27 no significativo ( $p = 0.25$ ). En relación a la subescala de Miedo por la integridad física, la correlación fue alta, con un coeficiente de 0.69 estadísticamente significativo ( $p = 0.01$ ), lo que nos indica algún tipo de relación entre la información desde ambas perspectivas. En la subescala de TAS no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la correlación, que fue de 0.11 ( $p = 0.64$ ). Por último, con respecto a la Ansiedad Total, tampoco encontramos relación entre lo observado desde las dos perspectivas, siendo la correlación de 0.16 ( $p = 0.16$ ).

Sería en la subescala de Ansiedad Social y en la de Miedo por la integridad física donde mayor acuerdo existe entre ambas perspectivas.

## Discusión

En primer lugar, aunque no podemos establecer una prevalencia como tal, puesto que los datos solamente se obtienen mediante lo observado por familia y profesorado, nos encontramos con que, entre un 0% (profesorado) y un 52% (familia), dependiendo de quien fuera el observador, presentan puntuaciones que se pueden considerar significativas en alguna subescala de ansiedad, siendo estos datos muy distintos a la prevalencia que encontramos en estudios previos, los cuales se sitúan en un 10-20% (Whalen et

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los cuestionarios

	Familias				Profesorado			
	M	DT	Puntuación mínima	Puntuación máxima	M	DT	Puntuación mínima	Puntuación máxima
TAG	3.0	2.0	0	7	2.2	2.2	0	6
Ansiedad Social	5.8	4.4	0	15	2.5	4.5	0	16
TOC	1.6	2.0	0	7	0.1	0.4	0	2
Miedo	6.7	4.3	0	15	2.3	1.7	0	5
TAS	4.3	2.6	0	11	2.7	4.0	0	12
Ansiedad Total	21.7	9.4	8	45	9.9	6.9	0	24

Nota. M = Media; DT = Desviación Típica.

al., 2017). Para explicar estas diferencias cabe tener en cuenta que en el estudio se ha utilizado un único instrumento de medición y que en ningún caso se pueden tomar como definitivos sus resultados sin otras pruebas complementarias, con lo cual solamente se ha obtenido una primera aproximación a la realidad. Además de esto tampoco se puede establecer con claridad debido al tamaño de la muestra utilizada.

Atendiendo a los resultados obtenidos de lo observado por las familias, la subescala con mayor puntuación sería la de TAG, no apareciendo este trastorno como el más prevalente en la literatura previa (Beesdo et al., 2009; Costello et al., 2005)

En relación a la prevalencia detectada por el profesorado se han obtenido resultados algo más próximos a los encontrados en estudios previos, pues sitúan como los trastornos más prevalentes el TAG y el Miedo por la integridad física, coincidiendo esta última con lo constatado, pues varios estudios han determinado que las fobias específicas (las cuales relacionamos directamente con el Miedo por la integridad física) son el trastorno con mayor prevalencia (Costello et al., 2005) o el segundo más prevalente (Beesdo et al., 2009).

Se ha encontrado además con que, teniendo en cuenta el cómputo global, 16 estudiantes presentan puntuaciones por encima de la media en alguna subescala, representando al 84.21% del alumnado, según lo observado por las familias. Del total del porcentaje anterior 10 de ellos presentan síntomas por encima del nivel que se ha considerado significativo, lo que supone el 52.63% del alumnado. También son 16 los y las estudiantes que presentan puntuaciones por encima de la media según la perspectiva del profesorado, suponiendo nuevamente el 84.21% del total. En este caso ninguno de ellos supera la puntuación que se ha considerado significativa.

## Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, se puede apuntar que existen diferencias entre la perspectiva de las familias y la de los docentes a la hora de valorar la ansiedad en el estudiantado, habiendo únicamente acuerdos entre ambas en cuanto a la Ansiedad Social y al Miedo por la integridad física.

Se puede concluir también, que desde ninguna de las dos perspectivas se encuentra una mayor prevalencia del TAS, como sí se apunta en la literatura (Beesdo et al., 2009; Ford et al., 2003).

Las diferencias encontradas entre la perspectiva familiar y la docente se pueden deber a diversos factores, el primero de ellos es el conocimiento sobre el alumnado que se da en ambos casos, pues el tiempo que cada estudiante pasa con su familia y el que pasa en el aula es considerablemente distinto.

Otro factor a tener en cuenta es la variación de comportamiento de las personas en función del contexto, pues los niños y las niñas, al igual que las personas adultas, no se comportan de la misma manera en el contexto familiar que en otros, como es el colegio en este caso. Esto podría ser una explicación bastante factible de la diferencia en los resultados obtenidos.

Se debe de tener también en cuenta que la versión de la escala para el profesorado aún no ha sido debidamente validada ni se cuenta con puntuaciones tipificadas que nos permitan hacer una interpretación más exacta de los resultados, lo cual puede estar influyendo a la hora de extraer conclusiones.

Por último, cabe decir que el tamaño de la muestra dificulta la generalización de los resultados obtenidos y sería conveniente utilizar un mayor número de estudiantes para obtener conclusiones más sólidas en futuras investigaciones.

## Agradecimientos

Este trabajo no ha recibido financiación de ninguna entidad, agencia u organismo oficial.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Author.
- Beesdo, K., Knappe, S., y Pine, D. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(2), 483-524.
- Bufferd, S., Dougherty, L., Carlson, G., Rose, S., y Klein, D. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: Continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1157-164.
- Costello, E., Egger, H., y Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648.
- Dougherty, L., Tolep, M., Bufferd, S., Olino, T., Dyson, M., Traditi, J., Rose, S., Carlson, G. y Klein, D. (2013). Preschool anxiety disorders: comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(5), 577-589.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(10), 1203-1211.
- Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, J., Towe-Goodman, N. y Egger, H. (2013). Preschool Anxiety Disorders in Pediatric Primary Care: Prevalence and Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1294-1303.
- Klitzing, K., White, L., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. y Klein, A. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1107-1116.
- Lavigne, J., LeBailly, S., Hopkins, J., Gouze, K., y Binns, H. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 315-328.
- Manti, F., Giovannone, F., y Sogos, C. (2019). Parental stress of preschool children with generalized anxiety or oppositional defiant disorder. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 415.
- Marakovitz, S., Wagmiller, R., Mian, D., y Carter, S. (2011). Lost toy? Monsters under the bed? Contributions of temperament and family factors to early internalizing problems in boys and girls. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(2) 233-244.
- Möller, E., Nikolic, M., Majdandzic, M. y Bögels, S. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviours, anxiety and its precursors in early childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 45, 17-33.
- Orgilés, M., Penosa, P., Fernández-Martínez, I., Marzo, J. y Espada, J. (2018). Spanish validation of the Spence Preschool Anxiety Scale. *Child: Care, Health and Development*, 44, 753-758.
- Penosa, P. (2017). *Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares* [Tesis Doctoral, Universidad Miguel Hernández]. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Autor.
- Rodríguez, P., y Ramos, P. (2010). Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. *Centro de Salud Manzanares el Real*, 14-22. Recuperado de: [https://www.sepeap.org/wpcontent/uploads/2014/02/Ps\\_inf\\_trastorno\\_obsesivo\\_compulsivo.pdf](https://www.sepeap.org/wpcontent/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_obsesivo_compulsivo.pdf)
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Spence, S., y Rapee, R. (1999). *Preschool Anxiety Scale*. Recuperado de: <https://www.scaswebsite.com/docs/scas-preschool-scale.pdf>
- Spence, S., Rapee, R., McDonald, C., y Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1293-1316.
- Spielberger C., Gorusch R. y Lushene R. (1970). *STAI. Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologist Press.

Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista iberoamericana de psicosomática*, 110, 62-69

Whalen, D. J., Sylvester, C. M., y Luby, J. L. (2017). Depression and anxiety in preschoolers: A review of the past 7 years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 503-522.