

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA

SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO REGIONAL MORELOS

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE
ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
MEXICANOS**

T E S I S

Que para Obtener el Título de :

PSIQUIATRIA

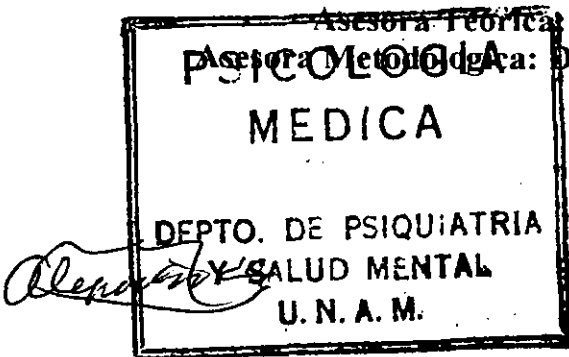
Presenta la

Dra. GUADALUPE CONCEPCIÓN BAUTISTA VAZQUEZ

Asesoras de Tesis:

Asesora Teórica: Dra. Silvia Ortiz León.
Asesora Metodológica: Dra. Claudia Fouilloux Morales.

[Handwritten signatures of Silvia Ortiz León and Claudia Fouilloux Morales]



2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN.....	1
ANTECEDENTES	1
Marco Teórico Biológico	4
Marco Teórico Cognitivo Conductual	6
Marco Teórico Psicodinámico	7
Sintomatología Ansiosa en los niños	9
Tratamiento	10
Consideraciones Diagnósticas.....	12
Escalas de Ansiedad.....	13
Descripción y aplicación de la CMAS-R.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
MATERIAL Y METODO.....	17
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	26
CUADROS Y GRÁFICAS.....	27
APÉNDICE A Y B	43
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	72



RESUMEN

Los niños y adolescentes piensan, sienten y manifiestan ansiedad de diversas maneras, en algunos casos se considera esperado y en otros patológico. En el presente estudio se propone el uso de La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (revisada), CMAS-R, una vez realizada la normativización en niños y adolescentes mexicanos, teniendo la finalidad de ser un instrumento efectivo, confiable y válido en la detección y manejo adecuado y oportuno de los Trastorno de Ansiedad en los niños. Se aplicó para la normativización y validación a dos grupos de niños: escolares normales y escolares con Trastornos de Ansiedad, siendo en total 1178 niños y adolescentes incluidos en el estudio. Se concluye que la CMAS-R es un instrumento útil para medir la ansiedad rasgo en niños y adolescentes mexicanos.

Antecedentes Científicos:

La ansiedad se puede definir como un sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro, que puede ser externo e interno, es un estado emocional desagradable, en donde se pueden presentar sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión. La sensación de ansiedad la han experimentado todos los seres humanos, se refiere que esta tiene dos componentes La conciencia de las sensaciones fisiológicas (como las palpitaciones y la sudoración) y 2) la conciencia de estar nervioso y asustado. Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta a los procesos de pensamiento(1,2). El temor y la ansiedad siempre han sido parte de la existencia humana. El miedo a lo dañino o a los incidentes que amenacen la vida es una experiencia común en el mundo animal y una respuesta adaptativa para la especie humana. Por consecuencia a muy corta edad el niño aprende, a través de experiencias dolorosas y mediante la enseñanza de adultos y compañeros, a anticipar y evitar circunstancias dañinas en potencia. Darwin en 1872 sugiere que las reacciones de miedo se desarrollan a lo largo de un proceso de selección natural. Kritzsch en 1956 sostenía que la

RESUMEN

Los niños y adolescentes piensan, sienten y manifiestan ansiedad de diversas maneras, en algunos casos se considera esperado y en otros patológico. En el presente estudio se propone el uso de La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (revisada), CMAS-R, una vez realizada la normativización en niños y adolescentes mexicanos, teniendo la finalidad de ser un instrumento efectivo, confiable y válido en la detección y manejo adecuado y oportuno de los Trastorno de Ansiedad en los niños. Se aplicó para la normativización y validación a dos grupos de niños: escolares normales y escolares con Trastornos de Ansiedad, siendo en total 1178 niños y adolescentes incluidos en el estudio. Se concluye que la CMAS-R es un instrumento útil para medir la ansiedad rasgo en niños y adolescentes mexicanos.

Antecedentes Científicos:

La ansiedad se puede definir como un sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro, que puede ser externo e interno, es un estado emocional desagradable, en donde se pueden presentar sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión. La sensación de ansiedad la han experimentado todos los seres humanos, se refiere que esta tiene dos componentes La conciencia de las sensaciones fisiológicas (como las palpitaciones y la sudoración) y 2) la conciencia de estar nervioso y asustado. Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta a los procesos de pensamiento(1,2). El temor y la ansiedad siempre han sido parte de la existencia humana. El miedo a lo dañino o a los incidentes que amenacen la vida es una experiencia común en el mundo animal y una respuesta adaptativa para la especie humana. Por consecuencia a muy corta edad el niño aprende, a través de experiencias dolorosas y mediante la enseñanza de adultos y compañeros, a anticipar y evitar circunstancias dañinas en potencia. Darwin en 1872 sugiere que las reacciones de miedo se desarrollan a lo largo de un proceso de selección natural. Kritzsch en 1956 sostenía que la

ansiedad era una condición universal y básica de la existencia humana. Es de considerarse que los niveles altos de ansiedad pueden interferir con los procesos de pensamiento racional, lógico y es el caso en que la ansiedad se vuelve un problema clínico que necesita terapia profesional para resolverse. Spielberger en 1972 describe el estado de ansiedad como una reacción emocional evocada cuando el individuo percibe una situación específica como amenazante, sin importar si existe algún peligro presente. En algunos casos, la preparación que se les proporciona a niños o adultos se calcula para malograr una respuesta natural de miedo como un esfuerzo para conseguir que el individuo se involucre en situaciones que amenazan la vida. A los muchachos con frecuencia se les instruye o condiciona para no expresar ansiedad. Las fuerzas militares, la policía y otras ocupaciones peligrosas enseñan a sus empleados a tratar con situaciones que producen ansiedad sin expresar temor y con frecuencia se considera inapropiado para los varones expresar temor o ansiedad, mientras a las mujeres se les permite manifestar sus emociones de una manera más libre. Camus, Kafka y Kierkegaard, entre otros fueron los que señalaron el nivel de ansiedad y se refirieron a éste como el siglo de la ansiedad. En nuestra población se ha encontrado que los Trastornos de Ansiedad se encuentran en un 12% entre niños y adolescentes de 4 a 20 años y que es notoriamente la problemática menor llevada a la Consulta. También podemos entender a la ansiedad como un rasgo de personalidad en algunos individuos. Esta idea sugiere que éste es un aspecto más permanente del modo de funcionamiento del individuo. Si se evoca o no el estado de ansiedad en un momento específico, depende de la situación dada y del estímulo evocador. Sin embargo, el rasgo de ansiedad describe la personalidad de un individuo que de manera frecuente experimenta ansiedad a menudo, aunque la fuerza que tenga el estímulo para provocar ansiedad sea relativamente débil. El rasgo de ansiedad se refiere al grado de propensión que tenga el individuo para experimentar ansiedad. Este rasgo parece variar, de acuerdo con autoreportes

clínicos, desde lo poco frecuentes en algunas personas hasta una experiencia casi constante de ansiedad en otras, y su base es amplia, no específica a un episodio breve o a una situación particular (35).

En los servicios de salud mental, el 40% de los sujetos que se presentan en la Consulta Externa son niños. En México, las necesidades más urgentes en el campo de la salud mental de los niños se relacionan: a) con el hecho de que los servicios son insuficientes y sólo tiene acceso a ellos una parte de la población; de ahí la necesidad de extender estos servicios, b) En todos los niveles profesionales y técnicos, el personal adiestrado es escaso: De ahí la necesidad de capacitar personal, c) Se requiere mayor conocimiento de los problemas; De ahí la necesidad de hacer investigación, d) Es necesario que los recursos dispersos sean usados en la forma más efectiva; de ahí la necesidad de que las acciones sean coordinadas (3). Es deseable que la labor educativa social de nuestro pueblo se dirija a elevar la calidad de vida y para ello se debe pensar también en los aspectos afectivos que si no se reflejan claramente en las estadísticas con datos confiables, ni son tan evidentes como la desnutrición, afectan sin embargo de manera considerable la parte más sensible de nuestro ser: las emociones. Estas serán las ventajas o desventajas que se quiera o no transmitiremos a nuestros descendientes en lo familiar y al país en lo social, por lo que debemos de prestarle la atención que merece (4). En una revisión de los pasados 10 años sobre Trastornos de Ansiedad en niños y Adolescentes se concluye que son necesarias mas investigaciones al respecto, particularmente en las áreas de bases neurobiológicas de trastornos de ansiedad, estudios longitudinales y tratamiento (5).

Fue Kotsopoulos en 1989, quién propuso una fenomenología del Trastorno de Ansiedad y del trastorno depresivo en niños y adolescentes. Este autor hace una reconsideración de la fenomenología y la describe como la manifestación de conductas, signos y síntomas, así como de otras experiencias subjetivas y hallazgos de laboratorio, en suma, a todos los fenómenos asociados

observables con el trastorno o la enfermedad en cuestión. Identifica además de los signos y síntomas, las conductas como un elemento clave en la descripción del fenómeno depresivo en niños. Para la conducta menciona: indiferencia, pérdida de energía, llanto y pérdida de interés para el juego. Para los síntomas: ánimo depresivo, tristeza, anhedonia, pensamientos de autodevaluación, baja autoestima, culpa, pensamientos e intentos suicidas. Para los signos: faces de abatimiento o tristeza, ausencia de sonrisas, aumento o pérdida de apetito, aumento de la latencia pregunta-respuesta y pérdida o ganancia de peso (6). Existen tres marcos teóricos fundamentales para explicar la etiología de la ansiedad, no excluyentes, sino interactuantes, que son:

- MARCO TEÓRICO BIOLÓGICO
- MARCO TEORICO COGNITIVO-CÓNDUCTUAL
- MARCO TEORICO PSICODINAMICO

MARCO TEORICO BIOLOGICO.

En el presente siglo se ha tratado de establecer el origen genético de la ansiedad, básicamente para demostrar que hay predisposición genética, en especial de comorbilidad con depresión, de elementos de ansiedad (7). Las relaciones entre ansiedad y depresión en niños y adolescentes son aún inciertas. Estudios genéticos, epidemiológicos y de evidencias diagnósticas, pueden hacer diferencias en dos trastornos; sin embargo estas relaciones del trastorno son en respuesta a el estrés, miedo y privación (8). Kashani y Orvaschel en un estudio sobre Trastornos de Ansiedad en preadolescentes encontraron que generalmente habían presentado sintomatología ansiosa en 8% a 36% de niños y 17% a 50% de niñas (9). Estudios de familiares sugieren la existencia de una relación entre adultos y niños con Trastornos de Ansiedad. Especialmente adultos que presentaron en la infancia Trastornos de Pánico y Ansiedad de Separación (10). Otro estudio con 20 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Pánico y un grupo control de 20 sujetos sin este diagnóstico, encontrándose como resultados que la ansiedad de separación prevalece como un afecto

oculto o subconsciente en los recuerdos y sueños de los pacientes con trastorno de pánico (11).

En un estudio realizado con el objetivo de establecer la correlación entre Trastorno de Ansiedad en la infancia y Trastorno de Pánico en la edad adulta, se concluyó que es importante realizar diagnóstico en la infancia de los Trastornos de Ansiedad y dar tratamiento temprano para resolver dicha patología y limitar la posibilidad de presentar comorbilidad con ansiedad, ataque de pánico o depresión en la edad adulta (12). Otro estudio es el de gemelos con ansiedad para localizar el gen de la ansiedad pero aún sin localizar el locus (7,13). Otros estudios han concluido que los ataques de pánico, trastornos fóbicos y trastorno obsesivo compulsivo están relacionados con factores genéticos (14). Lo que no es factible con el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático. Se menciona también la relación entre las condiciones necesarias de sobrevivencia de la especie, o sea que el tipo o característica de la ansiedad esta en relación a la etapa de desarrollo de la persona (15,16,17,14). Los modelos neurobiológicos que explican las reacciones de ansiedad a nivel del sistema nervioso central, desde el punto de vista neuroanatómico como fisiopatológico, lo explica en las siguientes funciones: adrenérgica, serotoninérgica, GABA/benzodiazepina, quimioreceptora, estudios de neuroimagen, modelos neuroanatómicos de ansiedad (18).

En un estudio que incluyó 73 pacientes (52 mujeres y 21 hombres) con edad entre los 16 y 55 años con cefalea, con el objetivo de analizar la relación entre los Trastornos de Ansiedad, Depresión y cefalea, obteniéndose como resultado: una comorbilidad de pacientes psiquiátricos con cefalea es compatible con la hipótesis de que la migraña, cefalea tensional, los trastornos de ansiedad y depresión tienen una anomalía neuroquímica común, lo cual se relaciona posiblemente con el sistema serotoninérgico. De hecho los cambios en el nivel de serotonina (5HT) y los marcadores 5HT plaquetarios y el tratamiento

promedio de agentes que interactúan con el sistema 5HT se reportan en la migraña, la depresión y la ansiedad (22).

MARCO TEORICO COGNITIVO CONDUCTUAL

Se ha observado que los comportamientos de ansiedad de los padres pueden aumentar la probabilidad de que el temor y comportamientos similares puedan ser expresados por los niños. Estudios familiares de trastornos de ansiedad han encontrado mayores índices de prevalencia entre familiares de primer grado, más que a factores genéticos y biológicos (16, 23, 24, 14). Además la exposición a medios informativos sobre situaciones de la vida diaria con elementos negativos, los individuos con ansiedad tienden a creer que están en mayor riesgo que los no ansiosos.

Las Situaciones que producen ansiedad, parecen ser precipitadas, perpetuadas y modificados por eventos e influencias tanto externos como internos, se ha demostrado que los síntomas de ansiedad pueden aparecer por condicionamiento, y ser provocados por estímulos que no son ansiogénicos por naturaleza, y que lo que pudo condicionarse puede descondicionarse (15, 16,14, 13, 19).

En los niños pequeños, debido a que predominan la fantasía e imaginación, el contenido se relaciona a monstruos, fantasmas, pesadillas, pero además sobre situaciones tangibles e inmediatas como objetos específicos tal como el agua, el fuego, los animales, la oscuridad, ruidos, tormentas, riesgo de caídas, objetos y personas extrañas, miedo a la agresión y/o agresores, conforme aumenta la edad, aumentan los miedos realistas como temor a daño corporal, peligro físico, seguridad personal e incapacidad, miedos a la escuela, a las relaciones sociales, preocupaciones sobre el dinero, temor a ser hijo adoptado, en la adolescencia surge el temor a su propia identidad, miedo a la conducta social, problemas, chismorreo, reprobación, ridículo, crítica; Se refiere que las mujeres expresan su miedo mas que los varones, particularmente en la adolescencia tardía (20, 16). Según Piaget, el niño, en una edad temprana, ve el castigo, la

retribución y la justicia como inherentes al mundo externo. No distingue claramente entre las consecuencias que tienen origen en el universo físico y las consecuencias que surgen del mundo social del hombre (21). La hipótesis de Gray 1982, mantiene su vigencia y sustenta investigaciones psicológicas de orientación cognitiva acerca de la asociación de ciertos estados de ánimo (ansiedad y depresión). Así que parece probada la existencia en pacientes ansiosos de organizaciones cognitivas disfuncionales que procesan la información relacionada con la ansiedad es decir con la amenaza y el peligro de manera selectiva. Los sujetos ansiosos poseen un sesgo sistemático y procesan de manera preferente información relevante, relacionada al peligro personal como resultado de la activación de ciertos esquemas asociados específicos almacenados en la memoria a largo plazo. (36) En un estudio se evaluaron 5118 jóvenes entre 16 y 18 años con problemas emocionales y psicoconductuales encontrándose que todos presentaban significativamente más percepciones negativas respecto de la familia que el grupo sin problemas las percepciones negativas respecto a la escuela parecieron estar relacionadas específicamente con problemas conductuales, mientras que en lo referente a los compañeros parecieron estar relacionados específicamente con problemas emocionales. (41)

MARCO TEORICO PSICODINAMICO

Desde la óptica del desarrollo, se acepta que buena parte de la psicopatología y conductas del adulto se derivan, muchas veces, precisamente de los primeros años del niño por protegerse del estrés o de los conflictos emocionales. Mientras que otros autores como Freud y Jung sitúan estas perturbaciones dentro de la naturaleza del individuo y aun antecediéndole en generaciones previas, otros investigadores resaltan el rol de las condiciones sociales. Así hacia los años 50, se trabajó en la comprensión de la angustia o ansiedad infantil con relación al entorno: Karen Horney, J. Bowlby y Ainsworth, denominados los teóricos del apego, afirman que un desarrollo humano positivo en el niño requiere de un

ambiente tolerante, amoroso y cálido, seguridad significa balance aceptable entre el apego a la figura familiar (buscar satisfacción aproximándose) y los sistemas exploratorios de la conducta. Según estos teóricos el niño debe aprender a emplear tres formas fundamentales de relación para el manejo de la ansiedad: a) acercarse a la gente, b) irse contra la gente, c) aislarse de la gente (25). Desde etapas muy tempranas el tipo de vínculo madre e hijo establecido es predominante influyente en la formación de la personalidad del individuo, así como de su funcionamiento psicosocial a lo largo de toda su vida, ante madres deprimidas, ansiosas, rechazantes, o ante cambios frecuentes de los cuidadores, separación, abandono o muerte de los padres seguramente el vínculo será inseguro o ansioso (1, 6, 15, 14). En un estudio sobre la relación entre la autoestima social, familiar, escolar y personal con la salud mental de adolescentes, se encontró que una baja autoestima se relacionaba con la presencia de trastornos psicológicos y viceversa, particularmente la autoestima social y personal tenían una relación significativa con la salud mental de los jóvenes. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcicistas, timidez y ansiedad social. (39) Los niños son las víctimas inocentes de la violencia de los adultos los desatares naturales y los provocados por el hombre, parecen tener un riesgo igual o más alto de manifestar estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos comparados con los adultos. Otras condiciones relacionadas con presenciar situaciones violentas son trastornos en los vínculos afectivos, trastornos emocionales y conductuales y poco rendimiento escolar. (42) En un estudio sobre el funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio se encontro que en las menores de sexo femenino hay una mayor tendencia a realizar los intentos, en la mayoría de los casos se encuentra una disfunción psicosocial; así como los síntomas de ansiedad y depresión. (43)

SINTOMATOLOGIA ANSIOSA EN LOS NIÑOS

La ansiedad básica en los niños es un sentimiento de pequeñez, insignificancia, desprotección, abandono y peligro frente a un mundo percibido como abusivo, atacante, humillante, traidor y envidioso (25).

Se ha referido la comorbilidad de ansiedad con problemas tales como Alopecia Areata (AA), con una correlación altamente significativa y directamente proporcional, ya que en distintas muestras entre el 70 y 90% de los pacientes con AA estudiados tuvieron datos clínicos significativos de ansiedad, también se ha establecido una correlación poco específica con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, no así la importancia de la correlación de los Trastornos Depresivos en el niño y adolescente con los Trastornos de Ansiedad (26, 27, 20, 15). La ansiedad se considera uno de los factores que cobran mayor importancia en la actualidad con respecto al riesgo suicida en niños y adolescentes (28, 29).

En general todos los niños experimentan ansiedad, la cual es esperada y normal en momentos específicos del desarrollo, por ejemplo al momento de separación de los padres o de otras personas con quién están vinculados, los niños pequeños pueden tener miedo a la oscuridad, a los animales, a los extraños, a las tormentas. Pero cuando estas ansiedades llegan a interferir en las actividades diarias, entonces se requiere atención y tratamiento oportuno.

Un niño con ansiedad de separación puede mostrar los siguientes:

- Pensamientos constantes y miedos acerca de su propia seguridad y la de sus padres.
- Rehusarse a ir a la escuela.
- Frecuentes dolores de estomago u otras quejas físicas.
- Temor extremo a dormir lejos de casa.
- Conducta frecuentemente voluble en casa.
- Pánico o berrinches al momento de la separación de los padres.

TRATAMIENTO

En referencia a los principios generales del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la niñez exige el concurso flexible de diversas modalidades. La eficacia de un fármaco dependerá muchas veces de la modificación psicosocial simultáneamente lograda; de poco sirve una psicoterapia de orientación dinámica o una técnica de modificación de conducta sino se hacen modificaciones o cambios en el escenario familiar disfuncional o una situación escolar desventajosa. El alivio sintomático, la disminución de las alteraciones conductuales, resolución de conflictos, mejoría en las relaciones familiares, escolares y sociales del niño favorecen su desarrollo psicosexual general. Lo curioso es que muchos niños no creen ni saben que pueden necesitar ayuda terapéutica, por lo que el psiquiatra infantil tratara de motivarlos para que la reciban (25). Los niños con trastornos están frecuentemente ansiosos o rígidos. Algunos parecen buscar mucha aprobación y otros pueden estar callados, sumisos, impacientes, las metas principales del tratamiento médico oportuno son (14):

- 1. Reducir los síntomas y aliviar el estrés.
- 2. Prevenir las complicaciones asociadas con el trastorno.
- 3. Disminuir la discapacidad asociada con el trastorno.
- 4. La meta adicional es ayudar a la gente joven a que se libere de las fuerzas e influencias externas e internas que impiden su desarrollo.

Se refiere que es básico el tratamiento temprano para prevenir dificultades futuras, el tratamiento de la ansiedad en niños puede incluir una combinación de los siguientes (30):

- Psicoterapia individual.
- Terapia familiar.
- Medicamentos.
- Tratamiento conductual.
- Consultas escolares.

En cuanto al tratamiento medicamentoso en niños y adolescentes a diferencia de lo que ocurre con los adultos, carece de sistematización completa, la psicoterapia en niños es muy importante para los trastornos de ansiedad, generalmente cognitiva o de apoyo y otra modalidad es la desensibilización sistemática, la psicoterapia de orientación dinámica, la terapia familiar, y la terapia de conducta para casos más específicos como las fobias o los trastornos obsesivo-compulsivo (14, 30). Se afirma sin ninguna reserva que el psicoanálisis es un método terapéutico ideal para los niños en el período de latencia y en la adolescencia que padecen de una neurosis clásica. Como en los casos que describen Pearson o de histeria de ansiedad como el de Juanito o de neurosis obsesiva (como el que sufría el hombre de los lobos cuando tenía 6 años) debe ser tratados por alguna otra forma de terapia que no sea el psicoanálisis. (37) La ansiedad es un síntoma frecuente en niños y agentes ansiolíticos son prescritos en su mayoría por Pediatras. Para angustia de separación ha sido eficaz la Imipramina sobre placebo (Gittelman-Klein and Klein, 1971). Para el Trastorno Obsesivo Compulsivo la Clorimipramina (Flument 1985). (44)

Bajo la perspectiva histórica, el uso de los antidepresivos y las benzodiazepinas es reciente en niños y adolescentes, sobre todo si se considera que la descripción de muchas entidades nosológicas en este grupo de edades es muy reciente. Se ha demostrado la utilidad de los Antidepresivos Triciclos (ADT), en la enuresis, ciertos Trastornos de Ansiedad como la Ansiedad de Separación el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), en Trastornos del dormir como el sonambulismo y los terrores nocturnos y en algunos síntomas del trastorno autista en niños y adolescentes (31). Fairbanks y asociados realizaron un estudio abierto de Fluoxetina para el tratamiento de ansiedad en niños y adolescentes, 16 niños y adolescentes entre 9 y 17 años fueron tratados con floxetina para diversos trastornos de ansiedad, todos los pacientes exhibieron cierto grado de mejoría. (45) Dumnitt y colaboradores describieron en un estudio abierto de tratamiento

con fluoxetina para mutismo selectivo en 21 niños entre 5 y 14 años de edad aunado a un mínimo de uno o varios trastornos de ansiedad que no habían respondido a psicoterapia, 16 de 21 pacientes mejoraron. (46) Se ha demostrado la eficacia y seguridad del tratamiento a largo plazo de la Enuresis Nocturna con Desmopresina Intranasal Spray. (40)

Black y Uhde reportaron un estudio doble ciego controlado de fluoxetina para el tratamiento de Mutismo Selectivo (actualmente calificado como mutismo selectivo bajo el DSM IV; una forma de fobia social), incluyendo 15 niños entre los 6.3 y los 11.9 años fueron designados de manera aleatoria para recibir (9 pacientes) durante un periodo de 12 semanas el medicamento, con dosis media máxima de 21.4mg/día. Aunque los pacientes tratados con fluoxetina mostraron una tendencia hacia una mayor mejoría en algunas escalas, únicamente se alcanzó significancia estadística en 3 subescalas. Se reportó ocurrencia mínima de efectos colaterales (32).

Birmaher y colegas han investigado el tratamiento con fluoxetina para trastornos múltiples de ansiedad. Se realizó una revisión retrospectiva de 21 niños y adolescentes entre los 11 y 17 años, con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad de Separación y/o Fobia social. Los pacientes fueron tratados con una media de dosis de fluoxetina de 25.7mg diarios (rango de 10 a 60mg/día) durante un periodo medio de 10 meses (rango de 1 a 3 meses). Se evaluó a los pacientes utilizando la escala CGIS. Se encontró que 20 pacientes (95) manifestaron cierto grado de mejoría de la ansiedad, de los cuales 17 (81%) manifestaron mejoría moderada y marcada. Se reportó que los efectos colaterales que se presentaron fueron leves y transitorios: náusea, insomnio, cefalea leve, anorexia y dolor de estómago (33).

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

Según las categorías diagnósticas del DSM IV y CIE 10, se clasifican a los Trastornos de Ansiedad aplicables a niños y adolescentes con variación en la

sintomatología clínica y síntomas a sí como en la edad de aparición del Trastorno (34). En niños existen tres modelos de ansiedad: Miedo a los extraños, ansiedad de separación y ansiedad a los exámenes. Estos son modelos aproximados no completamente aplicables a niños de todas las edades y a adolescentes (6).

La ansiedad es una emoción difusa y no enfocada, en tanto que el miedo es despertado por objetos o situaciones específicas. El Diagnóstico clínico se basa según los criterios del DSM IV para Trastornos de Ansiedad, en la descripción que hace el paciente sobre sus propios sentimientos y experiencias, la conducta observada, y signos de alteración autonómica, junto con la experiencia del propio clínico. En niños y adolescentes básicamente en niños menores, aunque se puedan guiar a la expresión de sus emociones y sentimientos, esta no es confiable hasta que el niño no tiene un nivel de pensamiento abstracto en su desarrollo cognoscitivo, que le haga capaz de realizar introspección, pero existen los recursos de efectuar observaciones en ambiente escolar y de juego, así como el análisis del contenido verbal de su lenguaje espontáneo, fantasías y sueños, otro recursos son las pruebas psicológicas que sirven para el mismo propósito (34,6).

CLINIMETRÍA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA.

La Clinimetría tiene una base estrictamente empírica, los índices clinimétricos se han llamado "escalas de evaluación", evalúan síntomas de psicosis, depresión, ansiedad, deterioro cognoscitivo, movimientos anormales y la calidad de vida. (3). Las escalas deben poseer como características esenciales validez y confiabilidad.

ESCALAS PARA ANSIEDAD

Debido a que la ansiedad es una experiencia muy penetrante para las personas, independientemente de sus circunstancias culturales, intelectuales, sociales o económicas, existen esfuerzos constantes para medir su prevalencia e intensidad. Siendo que la ansiedad es uno de los síntomas psiquiátricos mas

frecuentemente expresados, pero aún cuando alguno de sus signos externos pueden ser detectados por el observador, no es sencillo cuantificar el grado de ansiedad por la gran parte subjetiva del problema. Surge la pregunta del por que vale la pena cuantificar la ansiedad esto se debe a que probablemente para evaluar que tanto va interferir la ansiedad con la funcionalidad del sujeto, para obtener elementos predictivos para la evolución, para evaluar la respuesta al tratamiento, para evaluar la comorbilidad con otras alteraciones psicopatológicas. Krause (1961) informa, a partir de una amplia revisión de la literatura en psicología y psiquiatría, que la ansiedad por lo general se infiere a partir a partir de: a) autoinformes, b) signos fisiológicos, c) conducta (como postura corporal, habla, intranquilidad), d) desempeño de tareas, e) intuición clínica y respuestas al estrés.

Cabe mencionar que la mayoría de los resultados de diversos estudios, parecen indicar que las puntuaciones altas de ansiedad se han obtenido solamente con la CMAS-R, y no se han reportado los resultados obtenidos en la subescala de mentira. Y en la actualidad, se cuenta con una versión publicada en 1985, validada en población de habla hispana (35). Además del inventario de Ansiedad-Rasgo Estado para niños, existen por lo menos otras cinco escalas autoaplicables que se han usado frecuentemente en la población pediátrica. Una de ellas es la escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS-R por sus siglas en inglés) que fue desarrollada a fines de la década de los setentas, y que en un estudio preliminar detectó puntuaciones mas altas de ansiedad y de mentira en las mujeres que en los hombres, y mostró diferencias significativas entre los diversos grados escolares y la raza en su escala de mentira. (38)

DESARROLLO DE LA CMAS-R

La Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R original fue muy popular tanto como instrumento clínico como de investigación, ha sido útil para niños con problemas emocionales además para identificar el grado así como la naturaleza específica de la ansiedad experimentada por los niños.

PROPÓSITOS Y USOS

La CMAS-R puede ser útil al proporcionar una puntuación total de ansiedad, una escala de Mentira, al igual que las escalas factoriales individuales para subcomponentes de ansiedad. La naturaleza y el grado de ansiedad es una información valiosa para el maestro, los padres, y el niño, al igual que para otros profesionales que es posible trabajen con el niño en una relación de ayuda, es por ello que es importante que aprendamos a entender la ansiedad y ayudarle al niño a adaptarse a las eventualidades. Koppitz (1982) informa que la CMAS-R es particularmente útil como parte de la evaluación de la personalidad a niños de edad escolar.

DESCRIPCIÓN GENERAL

La CMAS-R, subtitulada "Lo que pienso y siento", es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. El niño responde a cada información encerrando en un círculo la respuesta "Sí" o "No". La respuesta "Sí" indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta "No" indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo. Si el niño tiene dificultad para leer o marcar la respuesta apropiada, entonces el aplicador puede leer el reactivo y encerrar la respuesta en un círculo. En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la escala brinda cuatro puntuaciones de subescalas y son: a) Ansiedad fisiológica, b) Inquietud/hipersensibilidad, c) Preocupaciones sociales/concentración, y d) de Mentira.

APLICACIÓN Y PUNTUACIÓN

Las instrucciones para el niño están impresas en la parte frontal del cuestionario el cual se agrega en el apéndice. La puntuación natural en cada subescala es el número de reactivos marcados "Sí" para esa subescala, lo cual se lee con una

plantilla de calificación para ayudar a calificar las respuestas del niño. Los cuadros en los Apéndices se usan para convertir las puntuaciones naturales a puntuaciones escalares y percentiles. Se proporcionan normas para la muestra normativa total a intervalos de un año y también para cada combinación de sexo. Las tres puntuaciones subescalares de ansiedad (ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, y preocupaciones sociales/concentración con 10,11 y 7 reactivos respectivamente), representan diferentes áreas en las que se manifiesta la ansiedad. También se encuentra una subescala de Mentira diseñada para detectar conformidad, conveniencia social, o la falsificación deliberada de respuestas.

INTERPRETACION Y USO CLÍNICO

Las puntuaciones naturales de ansiedad total pueden variar de 0 a 28. La primera tarea en la interpretación de la CMAS-R se encuentra en determinar la desviación de un autoreporte de ansiedad del individuo a partir de la puntuación media de la muestra normativa.

Debido a que la mayoría de las puntuaciones se encuentran dentro de una desviación estándar por arriba o por abajo de la media, se le atribuye un mayor significado a aquellas puntuaciones que se encuentren fuera de ese rango de calificación (es decir, $> T60$). Se le debe dar una consideración más fuerte a las puntuaciones que caen dos o más desviaciones estándar alejadas de la media. Las puntuaciones que caen más de dos puntuaciones estándar más allá de la media sugieren la necesidad de información, consulta y seguimiento posterior para beneficio del niño(35)

Justificación

La carencia en nuestro país de una Escala Validada que nos permita medir la ansiedad en niños y adolescentes nos limita la capacidad de detección oportuna y de un tratamiento, preventivo de la Ansiedad.

En nuestro país detectamos la urgente necesidad de ofrecer una alternativa concreta en tiempo, modo y prevención de este problema.

plantilla de calificación para ayudar a calificar las respuestas del niño. Los cuadros en los Apéndices se usan para convertir las puntuaciones naturales a puntuaciones escalares y percentiles. Se proporcionan normas para la muestra normativa total a intervalos de un año y también para cada combinación de sexo. Las tres puntuaciones subescalares de ansiedad (ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, y preocupaciones sociales/concentración con 10,11 y 7 reactivos respectivamente), representan diferentes áreas en las que se manifiesta la ansiedad. También se encuentra una subescala de Mentira diseñada para detectar conformidad, conveniencia social, o la falsificación deliberada de respuestas.

INTERPRETACION Y USO CLÍNICO

Las puntuaciones naturales de ansiedad total pueden variar de 0 a 28. La primera tarea en la interpretación de la CMAS-R se encuentra en determinar la desviación de un autoreporte de ansiedad del individuo a partir de la puntuación media de la muestra normativa.

Debido a que la mayoría de las puntuaciones se encuentran dentro de una desviación estándar por arriba o por abajo de la media, se le atribuye un mayor significado a aquellas puntuaciones que se encuentren fuera de ese rango de calificación (es decir, $> T60$). Se le debe dar una consideración más fuerte a las puntuaciones que caen dos o más desviaciones estándar alejadas de la media. Las puntuaciones que caen más de dos puntuaciones estándar más allá de la media sugieren la necesidad de información, consulta y seguimiento posterior para beneficio del niño(35)

Justificación

La carencia en nuestro país de una Escala Validada que nos permita medir la ansiedad en niños y adolescentes nos limita la capacidad de detección oportuna y de un tratamiento, preventivo de la Ansiedad.

En nuestro país detectamos la urgente necesidad de ofrecer una alternativa concreta en tiempo, modo y prevención de este problema.

Planteamiento del problema

Estamos convencidos que el problema de que muchos niños con Trastornos de Ansiedad no reciban atención médica psiquiátrica oportuna, se deba básicamente a la cultura de una Medicina Curativa y no Preventiva que involucra tanto al Médico General, Educadores, Psicólogos, Padres de familia y a las Instituciones encargadas de la Medicina Preventiva.

Aunado a esto la escasa visión que se tiene del concepto de salud mental y de la función del Psiquiatra Infantil. Otra de las urgentes problemáticas a resolver es que se pueda contar con un Instrumento autoaplicable que favorezca la detección oportuna del trastorno y la acción inmediata del personal de salud en todos los niveles de atención médica. La ausencia de todos estos elementos favorece la perpetuación de diversos trastornos psiquiátricos, así como mejorar la calidad de vida y el futuro de nuestra niñez mexicana.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de Ansiedad Manifiesta en niños (revisada) (CMAS-R).

MATERIAL Y MÉTODO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar si la población femenina, de ambos grupos, tiende a obtener puntuaciones mas altas en la escala de ansiedad que las poblaciones masculinas correspondientes.

- Normativizar la CMAS-R en niños y adolescentes mexicanos.
- Aplicar la CMAS-R en niños y adolescentes mexicanos de población abierta.
- Aplicar la CMAS-R a niños y adolescentes con Trastornos de Ansiedad.

Validar una escala de ansiedad aplicable a niños Mexicanos.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio:

De acuerdo al periodo en que se capta la información; prospectivo.

Planteamiento del problema

Estamos convencidos que el problema de que muchos niños con Trastornos de Ansiedad no reciban atención médica psiquiátrica oportuna, se deba básicamente a la cultura de una Medicina Curativa y no Preventiva que involucra tanto al Médico General, Educadores, Psicólogos, Padres de familia y a las Instituciones encargadas de la Medicina Preventiva.

Aunado a esto la escasa visión que se tiene del concepto de salud mental y de la función del Psiquiatra Infantil. Otra de las urgentes problemáticas a resolver es que se pueda contar con un Instrumento autoaplicable que favorezca la detección oportuna del trastorno y la acción inmediata del personal de salud en todos los niveles de atención médica. La ausencia de todos estos elementos favorece la perpetuación de diversos trastornos psiquiátricos, así como mejorar la calidad de vida y el futuro de nuestra niñez mexicana.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de Ansiedad Manifiesta en niños (revisada) (CMAS-R).

MATERIAL Y MÉTODO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar si la población femenina, de ambos grupos, tiende a obtener puntuaciones mas altas en la escala de ansiedad que las poblaciones masculinas correspondientes.

- Normativizar la CMAS-R en niños y adolescentes mexicanos.
- Aplicar la CMAS-R en niños y adolescentes mexicanos de población abierta.
- Aplicar la CMAS-R a niños y adolescentes con Trastornos de Ansiedad.

Validar una escala de ansiedad aplicable a niños Mexicanos.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio:

De acuerdo al periodo en que se capta la información; prospectivo.

De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado; transversal
De acuerdo al número de poblaciones participantes; comparativo
De acuerdo a la interferencia del investigador; observacional
De acuerdo al área de conocimiento; clínico

Definición del universo del trabajo: niños y adolescentes en edad escolar

Grupo de la muestra: un grupo control de escolares sanos y un grupo de niños en tratamiento por la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría "Unidad Morelos" IMSS.

Definición de las unidades de observación: niños y niñas entre 6 y 19 años de edad que sepan leer y escribir.

Criterios de inclusión, para el grupo control:

Niños de uno u otro sexo.

- Con edades comprendidas entre los 6 y 19 años.
- Saber leer y escribir.
- Realizar estudios de educación primaria, secundaria y preparatoria en instituciones públicas y privadas mixtas
- Aceptar contestar en forma voluntaria el cuestionario.
- Que estén aparentemente sanos tanto física como emocionalmente.
- Que los padres y/o maestros de estos niños autoricen la aplicación de la escala.

Criterios de inclusión, para el grupo de niños y adolescentes pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Morelos"

- Con edades comprendidas entre los 6 y los 19 años
- Niños de uno u otro sexo
- Que sepan leer y escribir.
- Que los padres de estos niños y adolescentes autoricen la aplicación de la escala

- Que acepten contestar en forma voluntaria el cuestionario
- Que tengan un Trastorno de Ansiedad Aislado, o en comorbilidad con otra problemática de tipo Psiquiátrico
- Niños sin tratamiento farmacológico

Criterios de exclusión

- Niños menores de 6 años o mayores de 19 años.
- Niños que no sepan leer ni escribir
- Niños que impresionen con un Coeficiente Intelectual por debajo del promedio.
- Niños que no estén dispuestos a contesta voluntariamente el cuestionario
- Que los padres no acepten que el niño participe en el estudio
- Niños con electroencefalograma anormal
- Para el grupo control, aquellos niños que por clínica reporten datos de patología psiquiátrica, u orgánica importante

Criterios de eliminación:

Todos los cuestionarios incompletos.

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información:

Muestra de estandarización: Una vez que se identificó la CMAS-R como una escala adecuada para medir la ansiedad manifiesta en niños y adolescentes en su versión en español. La escala CMAS-R se aplicó a 1178 niños (590 mujeres y 652 varones del grupo control y 67 niños del grupo problema), distribuidos de manera proporcional en los 12 grados académicos que constituyen los niveles de enseñanza primaria, secundaria y preparatoria en México. En cada una de las escuelas en donde se aplicó la CMAS-R participaron en el estudio todos los niños de los 12 grados académicos. No hubo estudiantes de educación especial en ninguna de las clases.

Procedimientos de aplicación de la prueba: se capacitó a cada profesor para

aplicar la CMAS-R, de modo que la prueba se administró de manera grupal a los estudiantes en su propio salón de clases. Se efectuó una supervisión adecuada para asegurar que los estudiantes se dedicaran a completar el cuestionario y que pudiese resolverse cualquier duda que se manifestara. En caso de que el niño no pudiese hacerlo, se le leían los reactivos. Se aplicaron todas las pruebas en 60 días del primer semestre del año escolar.

Se inició el estudio con el grupo de participantes con Trastornos de Ansiedad. Las siguientes actividades serán realizadas por el Psiquiatra Investigador, y serán realizadas en fechas concordantes con periodos de clases en el calendario escolar, para igual en este aspecto al grupo control. Se procederá al llenado de una ficha complementaria, posteriormente se indicará al participante que responda a la CMAS- R (35). Al mismo tiempo se les asegurará a los participantes que los datos obtenidos serán confidenciales y que solo los investigadores tendrán acceso a estos. La escala está constituida por enunciados a los que el participante deberá responder si o no, según considere que corresponden a su forma de sentir o de pensar. La escala está constituida de una subescala de mentira y otra de ansiedad, pero los enunciados correspondientes a cada una de ellas están distribuidos en forma aleatoria, para evitar que el paciente descubra algún patrón. En ningún momento se le informará al participante que ésta se trata de una escala para medir la ansiedad ya que podrían alterarse los resultados del estudio. En todos los casos se procurará entrevistar tres o más participantes a la vez, con el fin de crear ambiente de grupo.

Se procederá a entrevistar participantes para el grupo control, después de cuatro semanas de iniciada la encuesta con el grupo en estudio, o antes en el caso de haber alcanzado este último el número marcada de participantes. Para la encuesta del grupo control, primero obtendremos la autorización del director del plantel educativo, en cada una de las instalaciones donde realizaremos las encuestas. A los participantes del grupo control se les solicitará

que llenen una ficha de datos sociodemográficos y posteriormente que respondan a la CMAS-R, siguiéndose el mismo procedimiento y precauciones que para el grupo en estudio.

Análisis estadístico: ANOVA de un factor, Tablas de Contingencia, Estadística Descriptiva, Tablas de Frecuencia, Medidas de Tendencia Central, Medidas de Dispersión, Gráficas, Barras, Software, Epi Info 6.0, STATISTCSA 98, Office 97: Word, Excel, Power Point. (47,48)

Consideraciones éticas

La aplicación de la CMAS-R debe seguir los principios legales y éticos de la aplicación de pruebas. Antes de aplicar el instrumento debe obtenerse el consentimiento del niño u adolescente al igual que del padre o tutor. Los resultados de la prueba deben ser confidenciales. Dado que es un estudio de aplicación de una escala sin intervención terapéutica, se cumplirán con las conclusiones de Nuremberg y los protocolos del acta de Helsinki, para investigación en seres humanos, de los que derivan las normas de Ética y Bioseguridad de la Secretaría de salud.

RESULTADOS

Derivación de puntuación estandar: sobre la base de estos datos, se confeccionaron tablas normativas para la población mexicana que permiten convertir las puntuaciones naturales de ansiedad total y de las tres subescalas (ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración), en equivalentes percentiles y puntuaciones T o escalares.

Características psicométricas: confiabilidad y validez. Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R se calculó el coeficiente alfa (Cronbach, 1984). Los valores obtenidos fueron similares a los hallados en la versión original : para la puntuación de **Ansiedad total**. A las puntuaciones obtenidas para la ansiedad total se les aplicó un análisis de varianza (ANOVA) con el grado

RESULTADOS

Derivación de puntuación estandar: sobre la base de estos datos, se confeccionaron tablas normativas para la población mexicana que permiten convertir las puntuaciones naturales de ansiedad total y de las tres subescalas (ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/ concentración), en equivalentes percentiles y puntuaciones T o escalares. En los Apéndices A y B se encuentran estas tablas normativas.

En total la CMAS-R se aplicó a 1178 niños y adolescentes, de estos 1111 para el grupo control, (590 mujeres y 652 varones) y 67 para el grupo problema (27 mujeres y 40 varones) (cuadro 1 y 2).

Como se muestra en el cuadro 4, para el grupo control 659 y 452 niños y adolescentes acudían a escuelas de gobierno y privadas respectivamente; para el grupo problema 54 y 13 respectivamente. En el cuadro 3 se observa la distribución por grupo y escolaridad en los doce grados académicos que constituyen la enseñanza primaria, secundaria y preparatoria en México.

La distribución por edad y número de casos para ambos grupos se observa en el cuadro 5 y 6. Un examen de las puntuaciones medias a través de la prueba de rango Studentizada de Tukey indicó que tanto los alumnos de primero como de tercer grado tenían el nivel más elevado de ansiedad, siendo las mujeres las que obtuvieron calificaciones significativamente más elevadas (gráficas 1,2,3). Para las puntuaciones de ansiedad total se encontraron diferencias significativas en cuanto: efectos importantes por edad, $F(11,1099)=3.92; p<.0000$ (gráfica 2); según edad y sexo $F(12,1085)=1.77;p<.0480$ (gráfica 3).

Para las puntuaciones de ansiedad total en el grupo control se encontraron diferencias significativas en cuanto a : efectos importantes

por grado escolar, $F(11,1087)=2.13;p<.0003$ (gráfica 1); y sexo $F(4,8570)=2.26;p<.0003$.

En el cuadro 8, se observan las medias y desviaciones estándar para la puntuación de ansiedad total por edad y sexo del grupo control.

Un análisis de regresión con una confiabilidad del 95% muestran las tendencias de ansiedad total por edades del grupo control, con una correlación de .0895(cuadro 9).

El Anova para ansiedad total en varones del grupo control según edad fue: $F(11,509)=1.84;p<.0448$. (gráfica 4) Y para mujeres $F(11,578)=4.29;p<.0000$ (gráfica 5).

Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson con valores estadísticamente significativo para el grupo control (cuadro 7).

El análisis de varianza para el grupo problema fue: $F(9,17)=.82;p<.6083$; para mujeres. (gráfica 6) Y para varones $F(9,30)=.54;p<.8356$ (gráfica 7).

Los resultados para el grupo problema utilizando las tablas normativas en población mexicana encontramos en general, las puntuaciones para ansiedad total con dos o más desviaciones estándar alejadas de la media (es decir $>T 60$). Lo que sugiere que la CMAS-R es sensible y específica.

Características psicométricas: confiabilidad y validez. Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R se calculó el coeficiente alfa (Cronbach, 1984). Los valores obtenidos fueron similares a los hallados en la versión original .74 para la puntuación de **Ansiedad total**, .65 para **Ansiedad Fisiológica**, .61 para **Inquietud/Hipersensibilidad** y 0.67 para **Preocupaciones sociales/Concentración**. A las puntuaciones obtenidas para la ansiedad total se les aplicó un análisis de varianza (ANOVA) con el grado académico y el sexo como variables independientes hallándose diferencias significativas en todas las variables. Estos datos fueron congruentes con la versión original, también

se encontró que tanto los alumnos de primero como de tercer grados tenían el nivel más elevado de ansiedad. Asimismo, las mujeres obtuvieron calificaciones significativamente más elevadas en ansiedad, en comparación con los varones. Estos datos son congruentes con la investigación previa y también indican diferencias en el nivel de ansiedad manifiesta como una función de las variables sociodemográficas. Las diferencias significativas por sexo pueden reflejar la expectativa de que las niñas informen más ansiedad que los niños. En general, se considera inapropiado que los varones expresen miedo o ansiedad, mientras que a las mujeres se les permite expresar éstas emociones de una manera más libre. En relación con las diferencias de grados, los resultados sugieren que durante la infancia y la adolescencia es posible que los individuos experimenten cambios del desarrollo que podrían contribuir a la disminución de la ansiedad rasgo. La interpretación de los niveles de ansiedad de los escolares de primer grado también puede concernir a su capacidad para comprender el significado de los reactivos de la prueba.

DISCUSIÓN

La CMAS-R mostró ser una escala de fácil aplicación, siendo únicamente sobresaliente que los niños de 6 años no comprendían en forma adecuada algunos reactivos, para el resto de los grados escolares la comprensión de los reactivos fue adecuada.

Con relación a los resultados obtenidos se encontró que los niños son los más llevados a la consulta que las niñas, es decir, hay una mayor prevalencia de varones con trastornos emocionales, lo que también concuerda con los datos obtenidos en la consulta externa del HPUM del IMSS, esto nos hace pensar probablemente que, en nuestro país a diferencia de otros, no se encuentran la prevalencia de los trastornos ya referidos entre sexos, esto reportado en la literatura. (18, 6, 26, 15, 23). Otros consideran mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad en las niñas. (20, 16,)

Lo mencionado anteriormente puede estar dado por la influencia cultural, la enseñanza de que la mujer se le permita expresar sus emociones a diferencia del hombre, lo cual condiciona en él otra sintomatología secundarias a ansiedad como enuresis, encopresis, problemas en el comportamiento y conducta, entre otras, que se relaciona con los datos obtenidos en la consulta externa del HPUM.

Es interesante observar que son las niñas las que más puntúan para ansiedad y son ellas las menos llevadas a la consulta, lo que nos hace pensar que, no se está detectando la sintomatología de forma adecuada en los diferentes sexos, tanto por los padres como por las personas con las que se relacionen.

Otro punto a discutir es, la presencia de mayor ansiedad en los niños de primero y tercer grados de primaria y secundaria, en los niños de primero de primaria probablemente se deba a la dificultad en la

comprensión de los reactivos y en los de secundaria probablemente esté con relación a las etapas del desarrollo del individuo.

CONCLUSIÓN:

Se han asociado los Trastornos de ansiedad en la infancia a un gran campo de comorbilidad con otras entidades psicopatológicas, por lo que es importante aplicar la escala a grupos comparativos con comorbilidad definida.

Así también sería importante realizar estudios comparativos en niños con enfermedades crónicas o agudas vs niños sin patología médica; para observar el comportamiento de las puntuaciones de la CMAS-R.

Se requerirá de un segundo estudio para analizar las variables sociodemográficas del grupo problema.

Sería importante correlacionar en todos estos estudios la subescala de mentira para observar la relación existente o subyacente.

En suma, el estudio en niños y adolescentes mexicanos para confiabilidad, validación y normativización de la escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) presenta propiedades psicométricas comparables con los de la versión original, las que la hacen adecuada para medir la intensidad y naturaleza de la ansiedad rasgo en niños y adolescentes, lo que la hace ser un instrumento útil en México.

comprensión de los reactivos y en los de secundaria probablemente esté con relación a las etapas del desarrollo del individuo.

CONCLUSIÓN:

Se han asociado los Trastornos de ansiedad en la infancia a un gran campo de comorbilidad con otras entidades psicopatológicas, por lo que es importante aplicar la escala a grupos comparativos con comorbilidad definida.

Así también sería importante realizar estudios comparativos en niños con enfermedades crónicas o agudas vs niños sin patología médica; para observar el comportamiento de las puntuaciones de la CMAS-R.

Se requerirá de un segundo estudio para analizar las variables sociodemográficas del grupo problema.

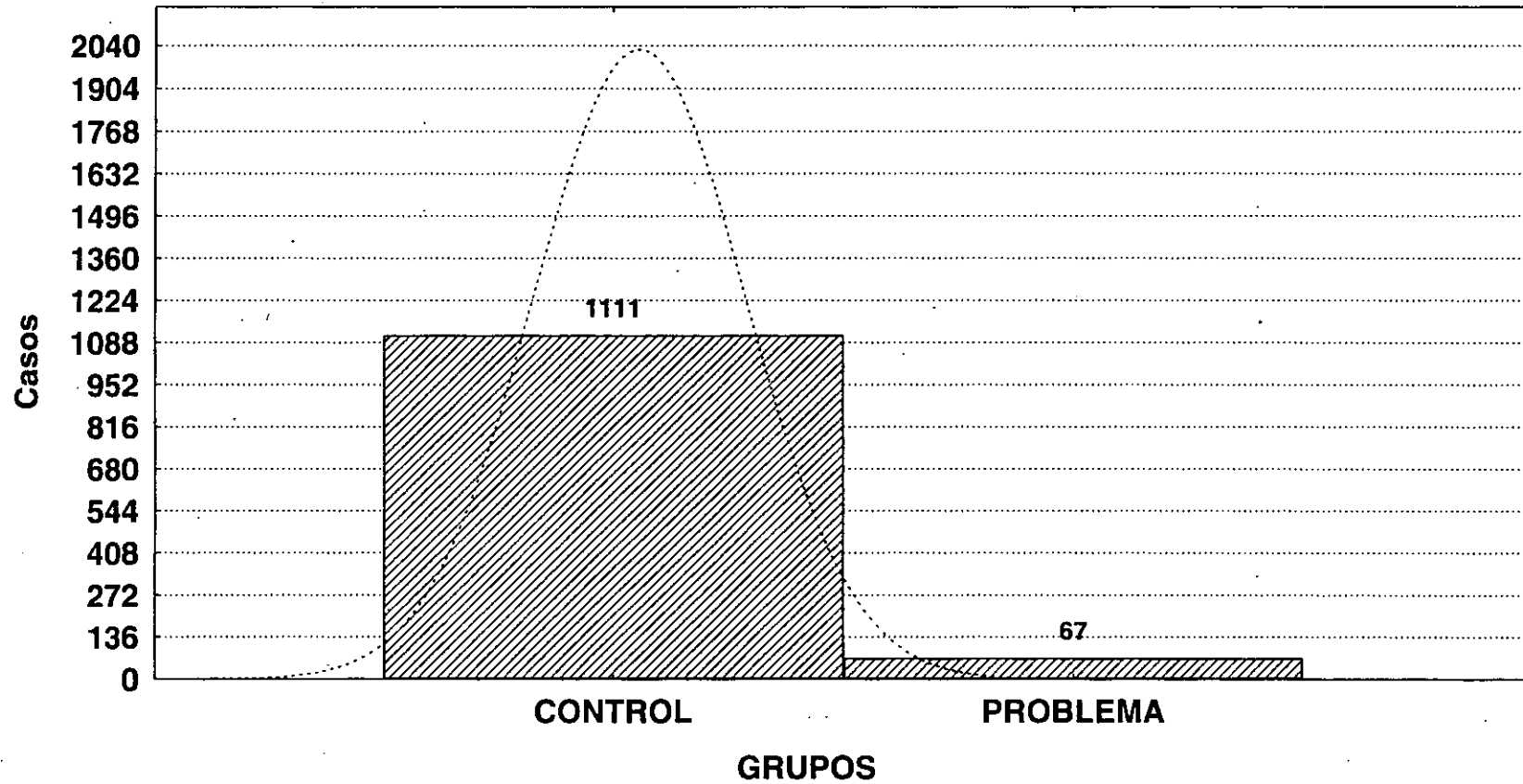
Sería importante correlacionar en todos estos estudios la subescala de mentira para observar la relación existente o subyacente.

En suma, el estudio en niños y adolescentes mexicanos para confiabilidad, validación y normativización de la escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) presenta propiedades psicométricas comparables con los de la versión original, las que la hacen adecuada para medir la intensidad y naturaleza de la ansiedad rasgo en niños y adolescentes, lo que la hace ser un instrumento útil en México.

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México

Muestras Estudio

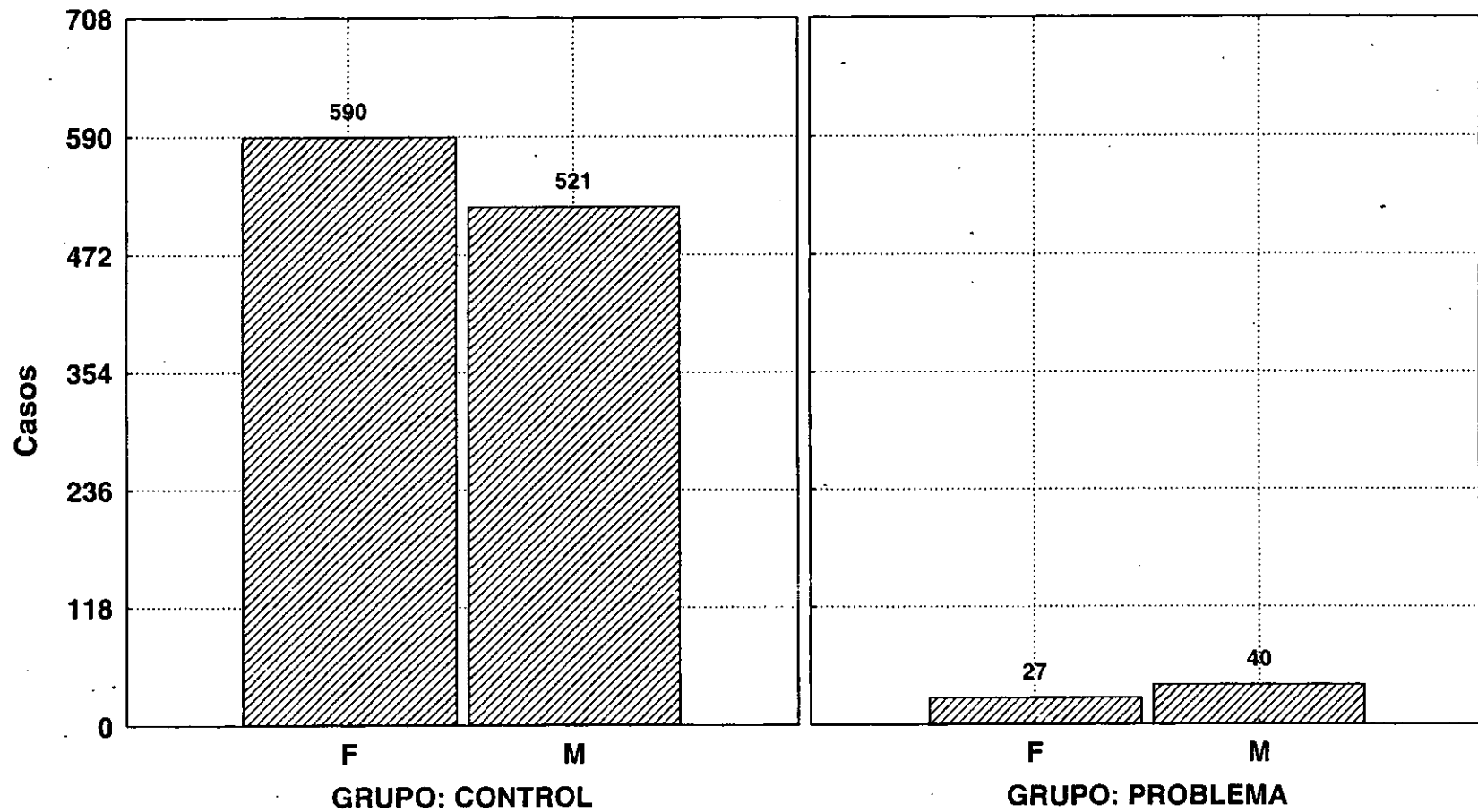
$$y = 1178 * 1 * \text{normal}(x, 100.057, 0.231704)$$



CUADRO * 1

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México

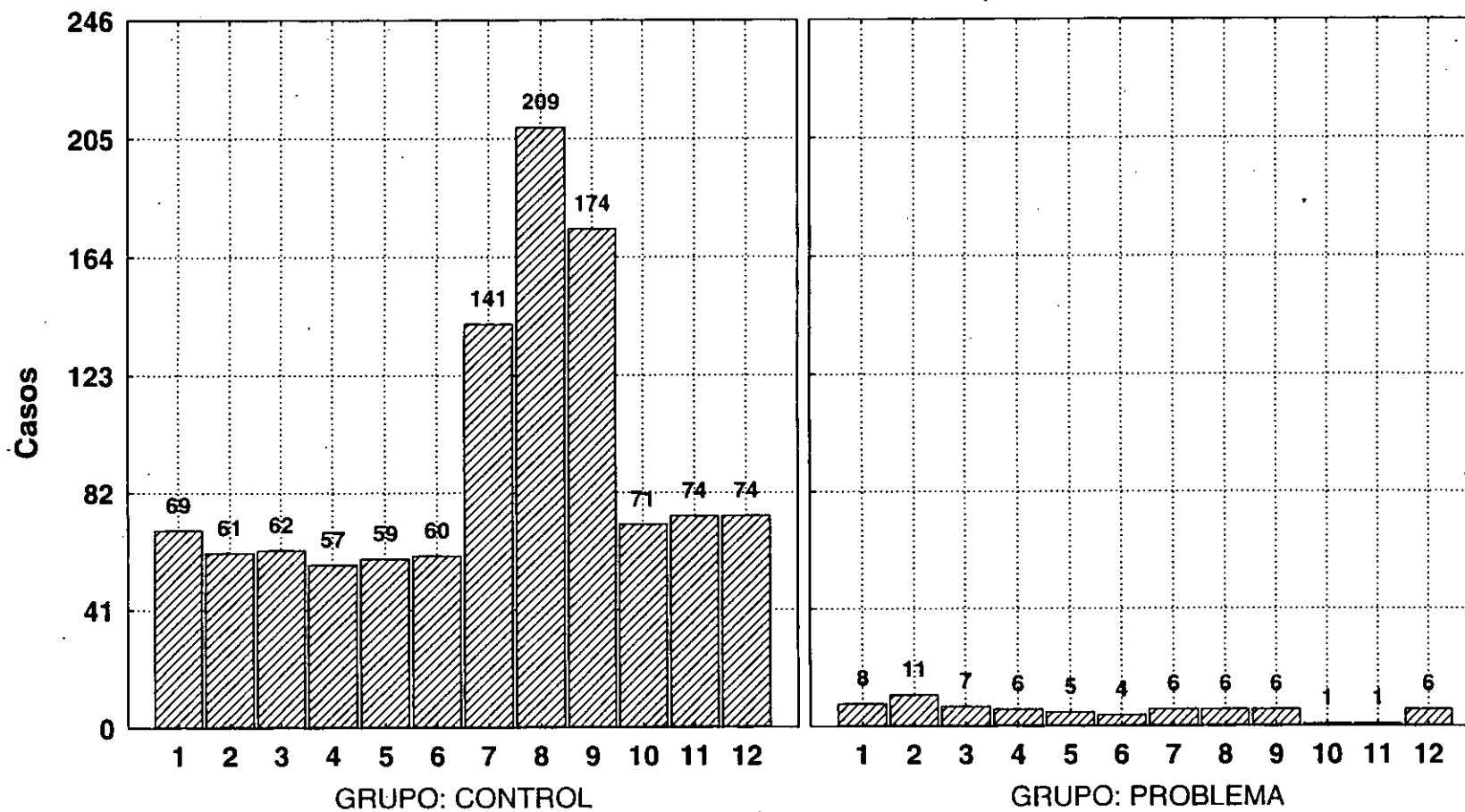
Distribución por Grupo y Sexo



CUADRO 2

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México

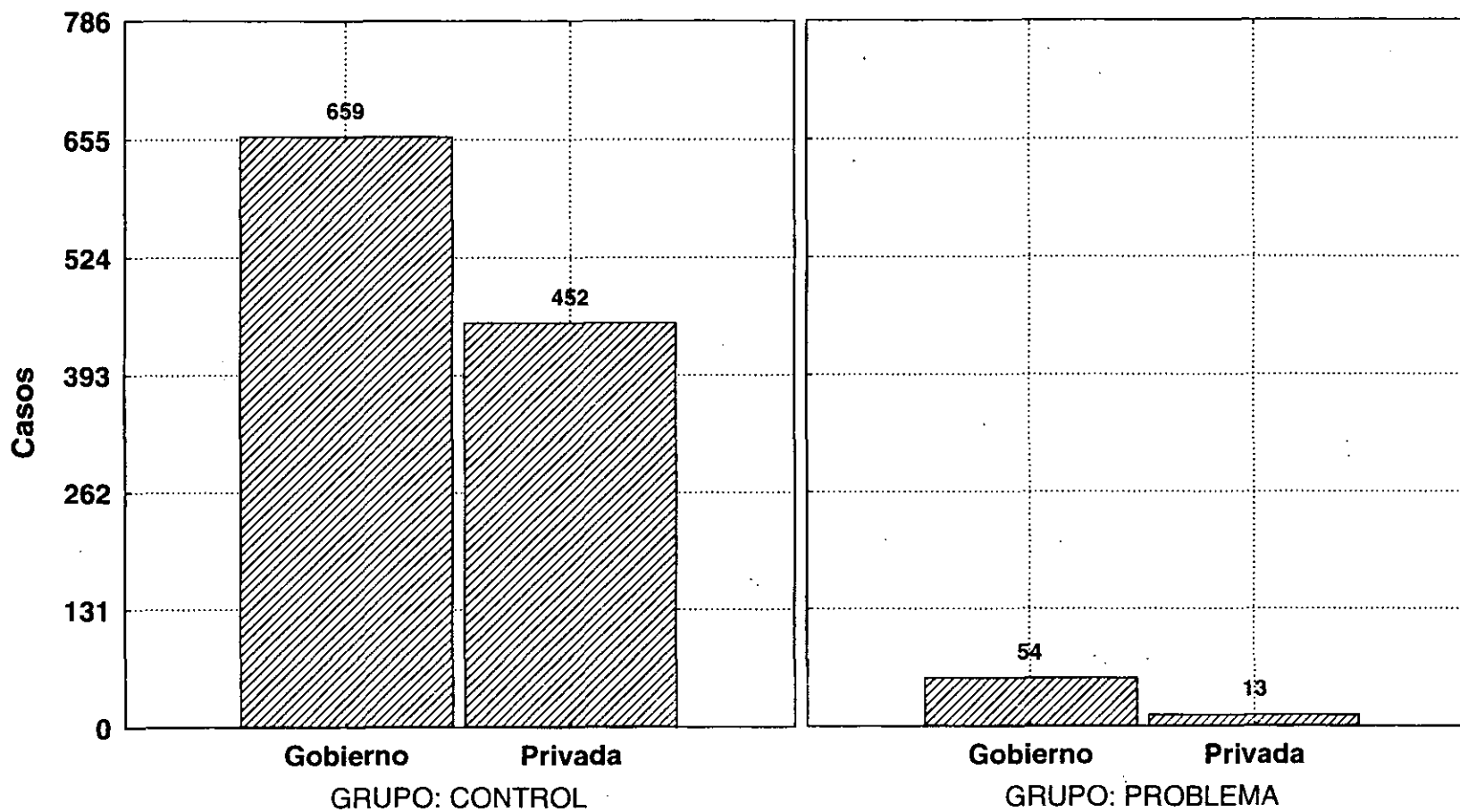
Distribucion por Grupo y Escolaidad



CUADRO 3

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México

Distribución por Grupo y Tipo de Escuela

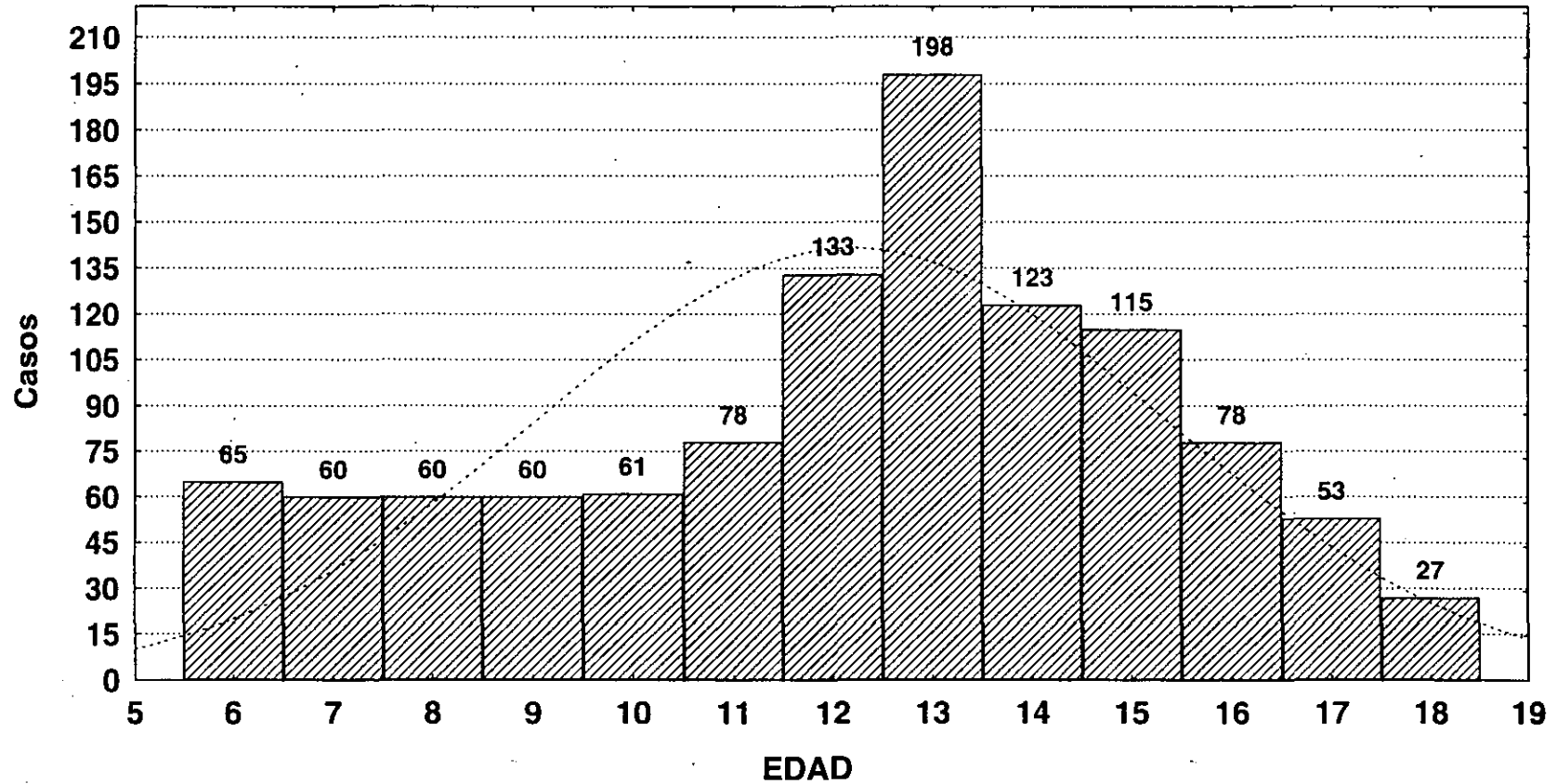


CUADRO 4

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México

Distribucion por Edad. Grupo Control

$$y = 1111 * 1 * \text{normal}(x, 12.1962, 3.13211)$$

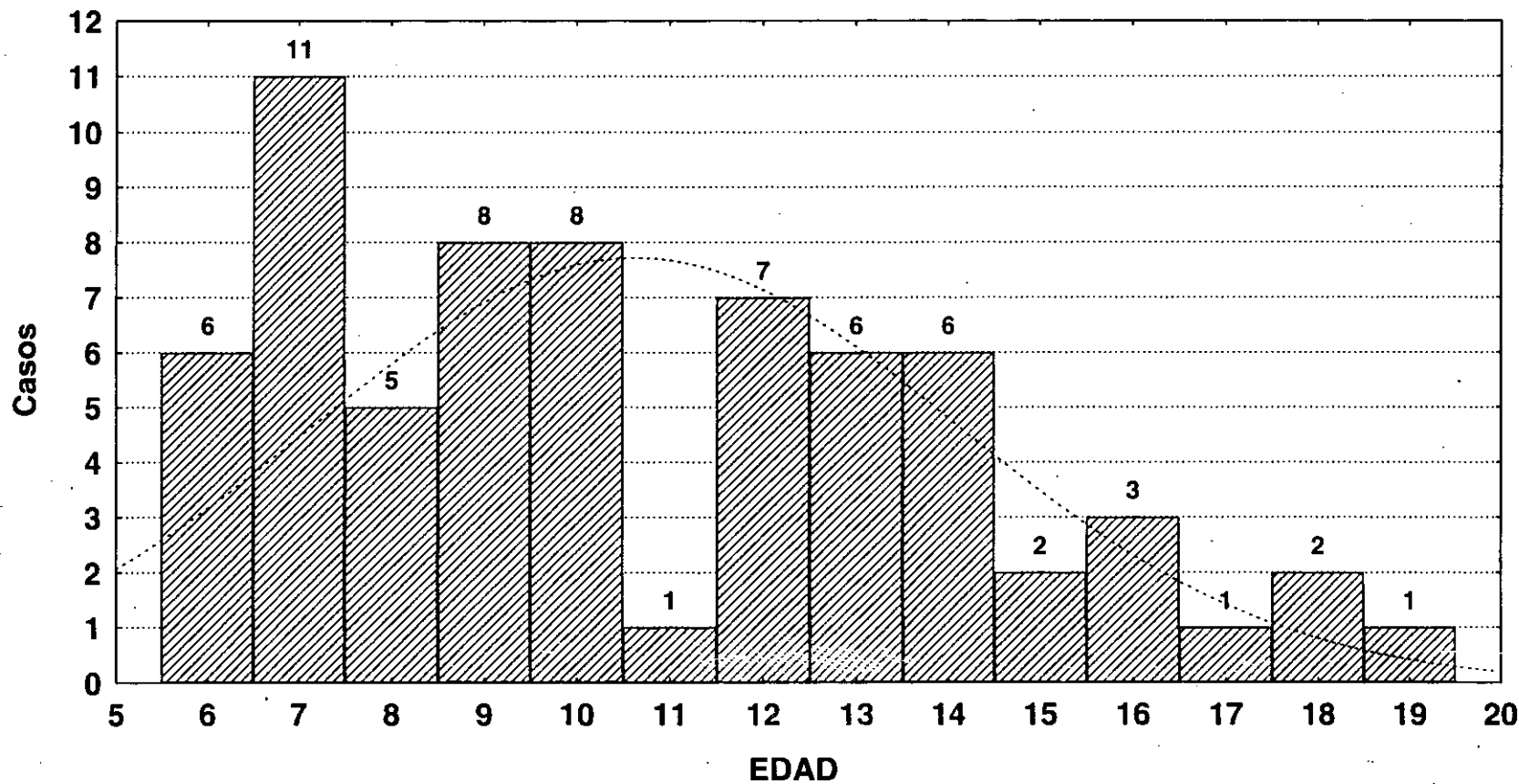


CUADRO 5

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México

Distribución por Edad. Grupo Problema

$$y = 67 * 1 * \text{normal}(x, 10.62686, 3.463383)$$



CUADRO 6

**COEFICIENTES DE CORRELACION DE PEARSON
 PARA LA CMAS-R EN EL GRUPO CONTROL
 LAS CORRELACIONES MARCADAS SON SIGNIFICATIVAS ($p < .05000$)**

VARIABLE	ANSIEDAD TOTAL	ANSIEDAD FISIOLOGICA	INQUIETUD/ HIPERSENSIBILIDAD	PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACION	MENTIRA
TOTAL	1 p= ---	0.8163 p=0.00	0.7836 p=0.00	0.7116 p=0.00	-0.0602 p=.045
ANSIEDAD FISIOL	0.8163 p=0.00	1 p= ---	0.4049 p=0.00	0.4706 p=0.00	-0.0333 p=.268
INQUIETUD/HIPERSEN	0.7836 p=0.00	0.4049 p=0.00	1 p= ---	0.3173 p=.000	-0.0434 p=.149
PREOCUP SOC/CONC	0.7116 p=0.00	0.4706 p=0.00	0.3173 p=.000	1 p= ---	-0.0696 p=.020
MENTIRA	-0.0602 p=.045	-0.0333 p=.268	-0.0434 p=.149	-0.0696 p=.020	1 p= ---

CUADRO 7

Medias y Desviaciones Estándar para la Puntuación de Ansiedad Total en el Grupo Control Para Edad y Sexo

MASCULINO

Edad	n	Media	DE
6	35	13.29	4.85
7	30	12.83	4.89
8	30	13.13	4.93
9	30	12.70	5.32
10	30	11.10	6.02
11	36	11.61	6.35
12	60	12.38	5.36
13	80	11.82	5.26
14	61	11.69	5.05
15	58	10.71	5.20
16	36	10.36	4.78
17 a 18	35	9.40	5.35
Todos	521	11.71	5.33

FEMENINO

n	Media	DE
30	13.83	4.71
30	11.73	4.64
30	13.80	5.24
30	13.70	5.80
31	13.97	4.98
42	11.81	5.71
73	14.30	4.99
118	14.42	4.59
62	15.94	4.27
57	11.37	5.63
42	11.57	5.10
45	12.93	4.81
590	13.51	5.13

TOTAL

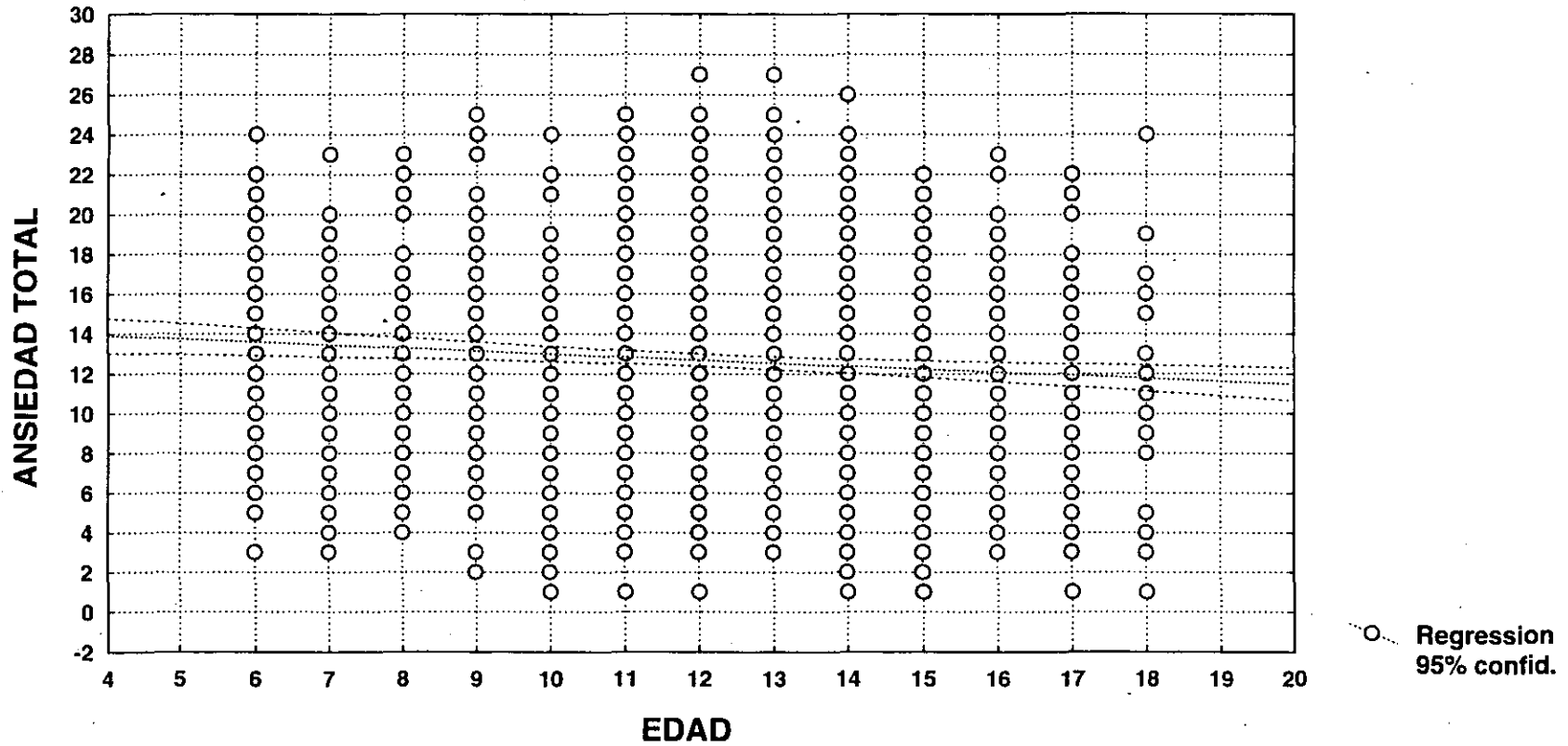
n	Media	DE
65	13.54	4.75
60	12.28	4.76
60	13.47	5.05
60	13.20	5.54
61	12.56	5.66
78	11.72	5.98
133	13.44	5.23
198	13.37	5.02
123	13.83	5.12
115	11.03	5.41
78	11.01	4.96
80	11.39	5.32
1111	12.67	5.30

EDAD vs. ANSIEDAD TOTAL

$$\text{TOTAL} = 14.512 - .1514 * \text{EDAD}$$

Correlation: $r = -.0895$

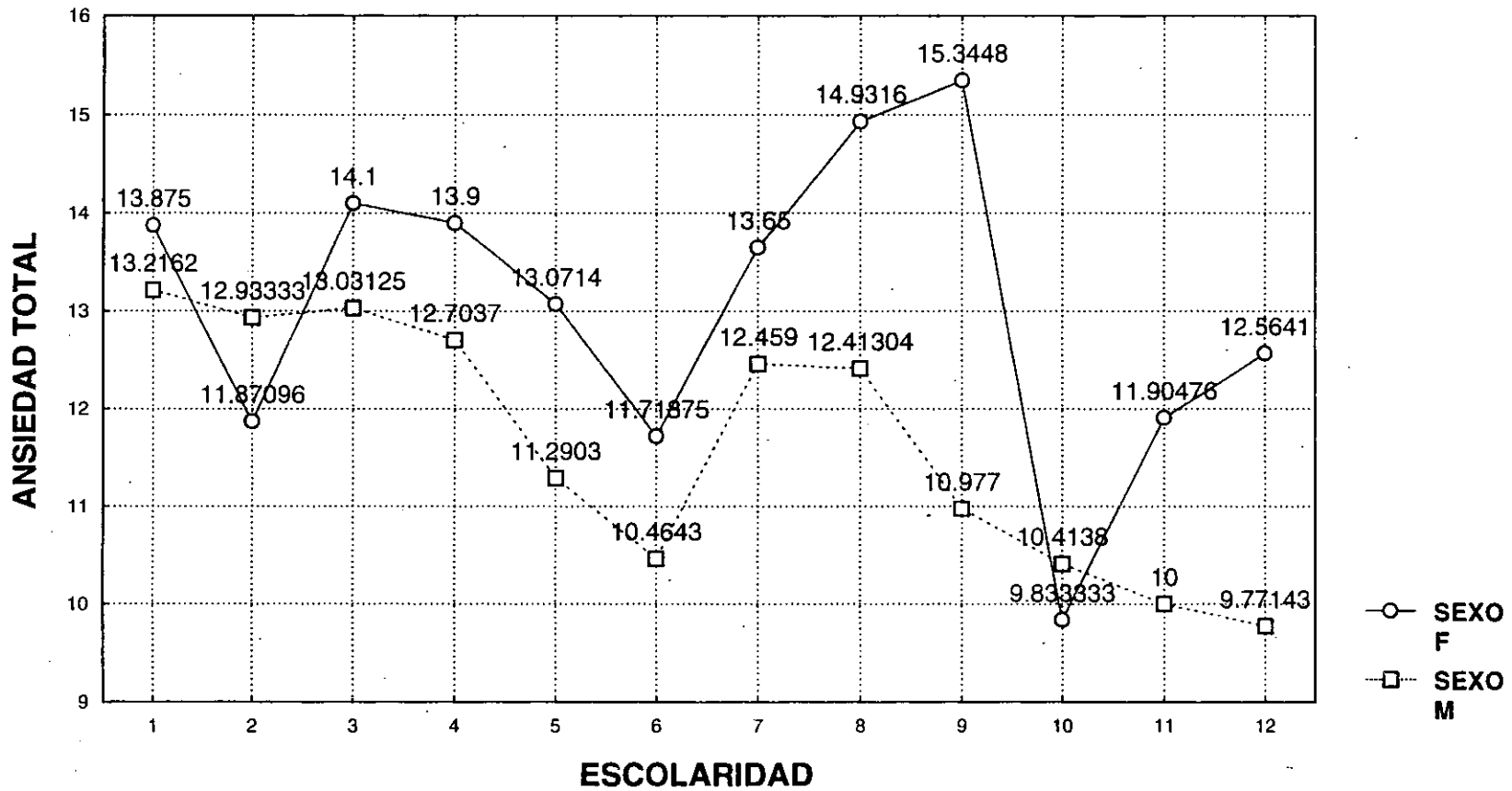
GRUPO CONTROL



CUADRO 9

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México
ANOVA PARA ANSIEDAD TOTAL SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO

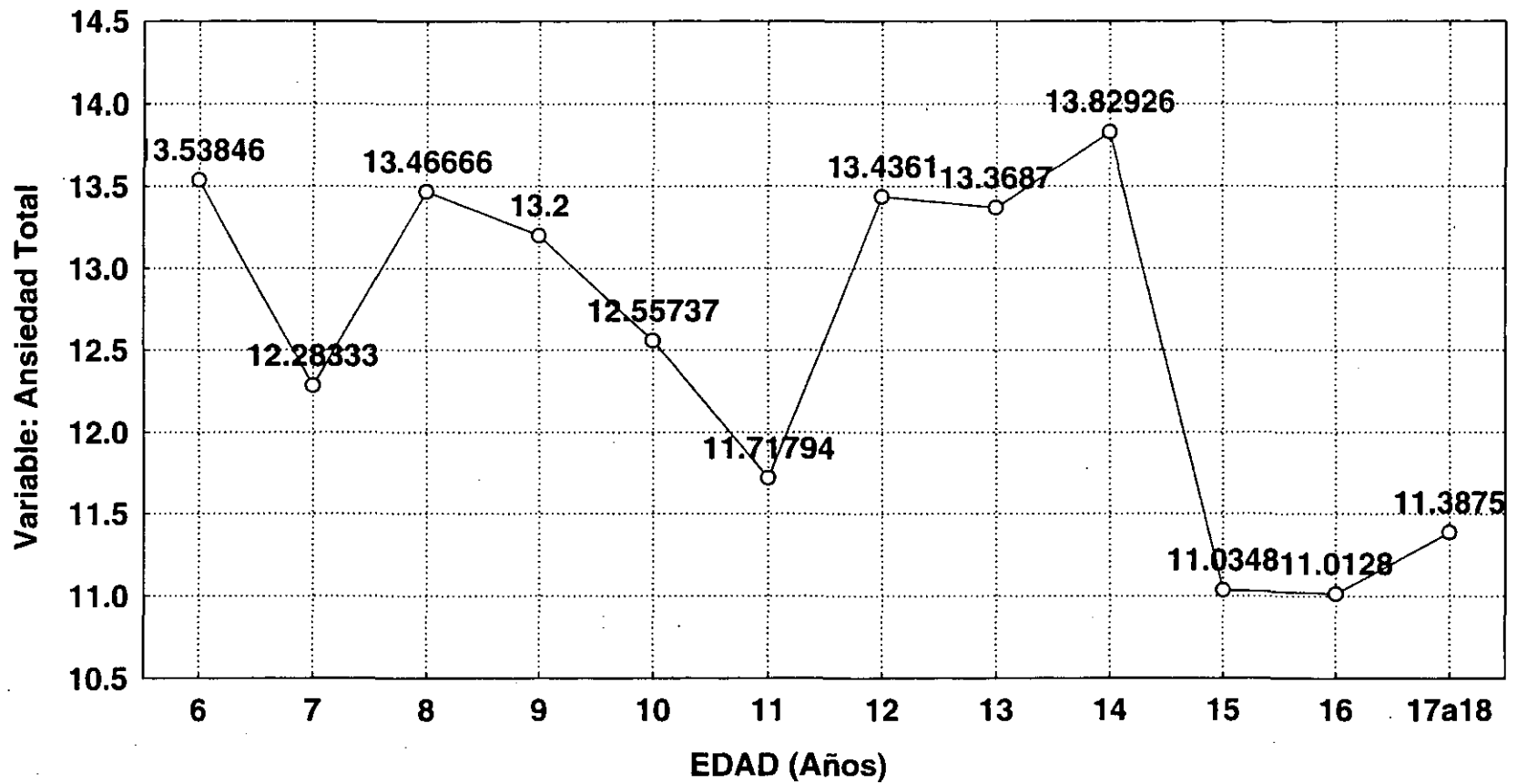
$F(11,1087)=2.13; p<.0164$



GRAFICA 1

Validez y Cofiabilidad de la CMAS-R en México
ANOVA PARA ANSIEDAD TOTAL SEGUN EDAD

F(11,1099)=3.92; p<.0000

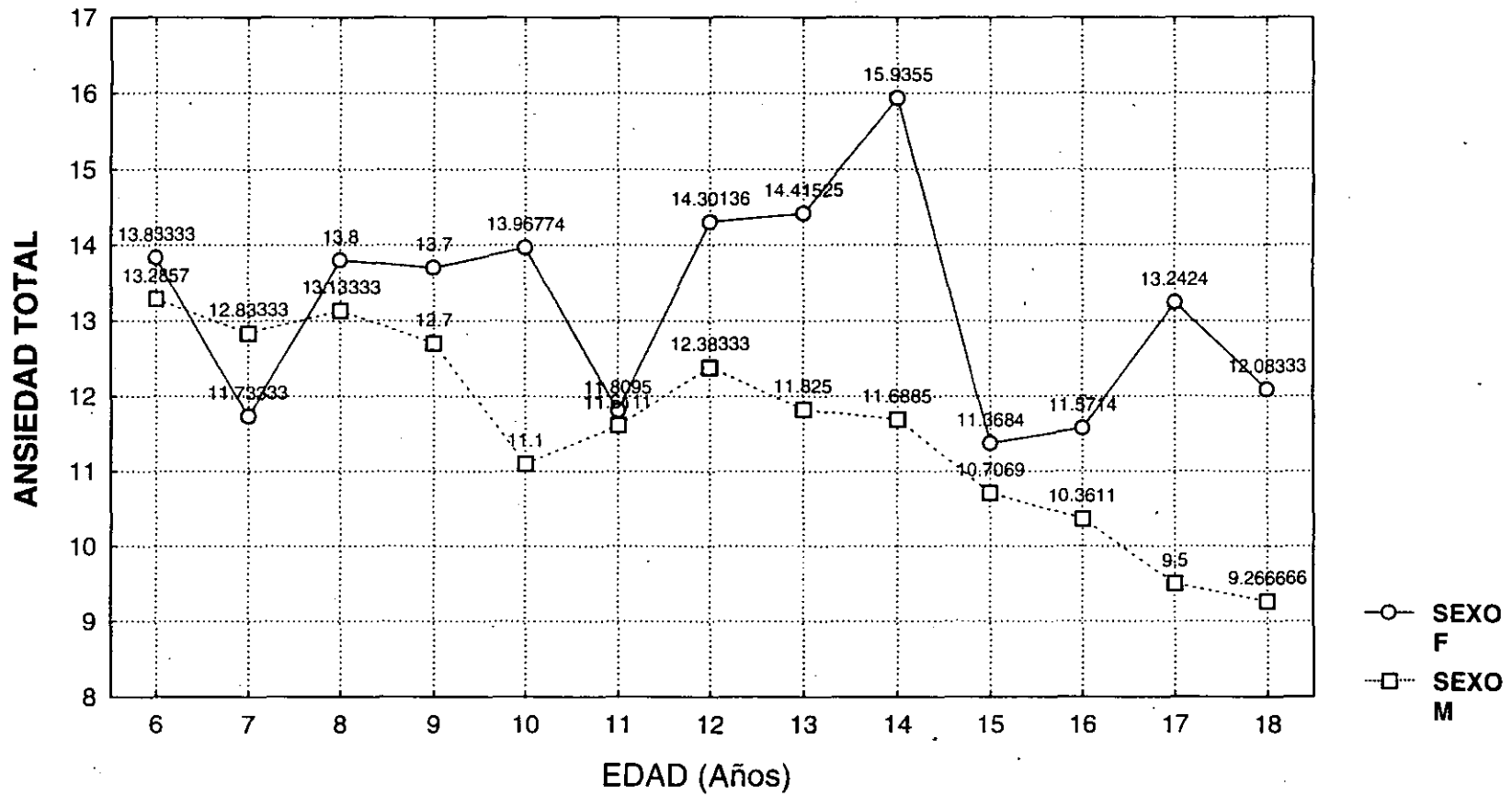


GRAFICA 2

Validez y Confiabilidad de la CMAS-R en México

ANOVA PARA ANSIEDAD TOTAL SEGUN EDAD Y SEXO

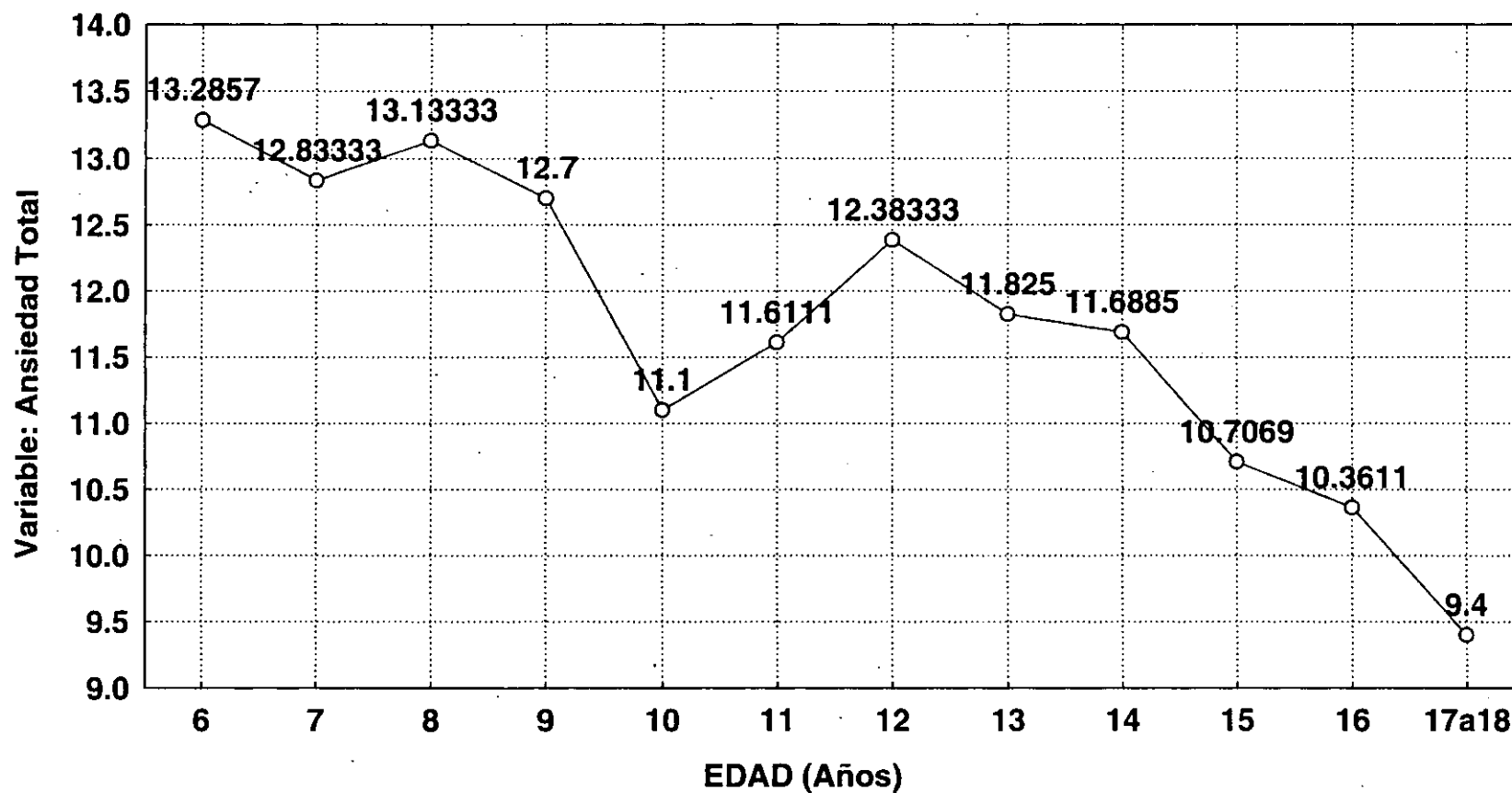
$F(12,1085)=1.77; p<.0480$



GRAFICA 3

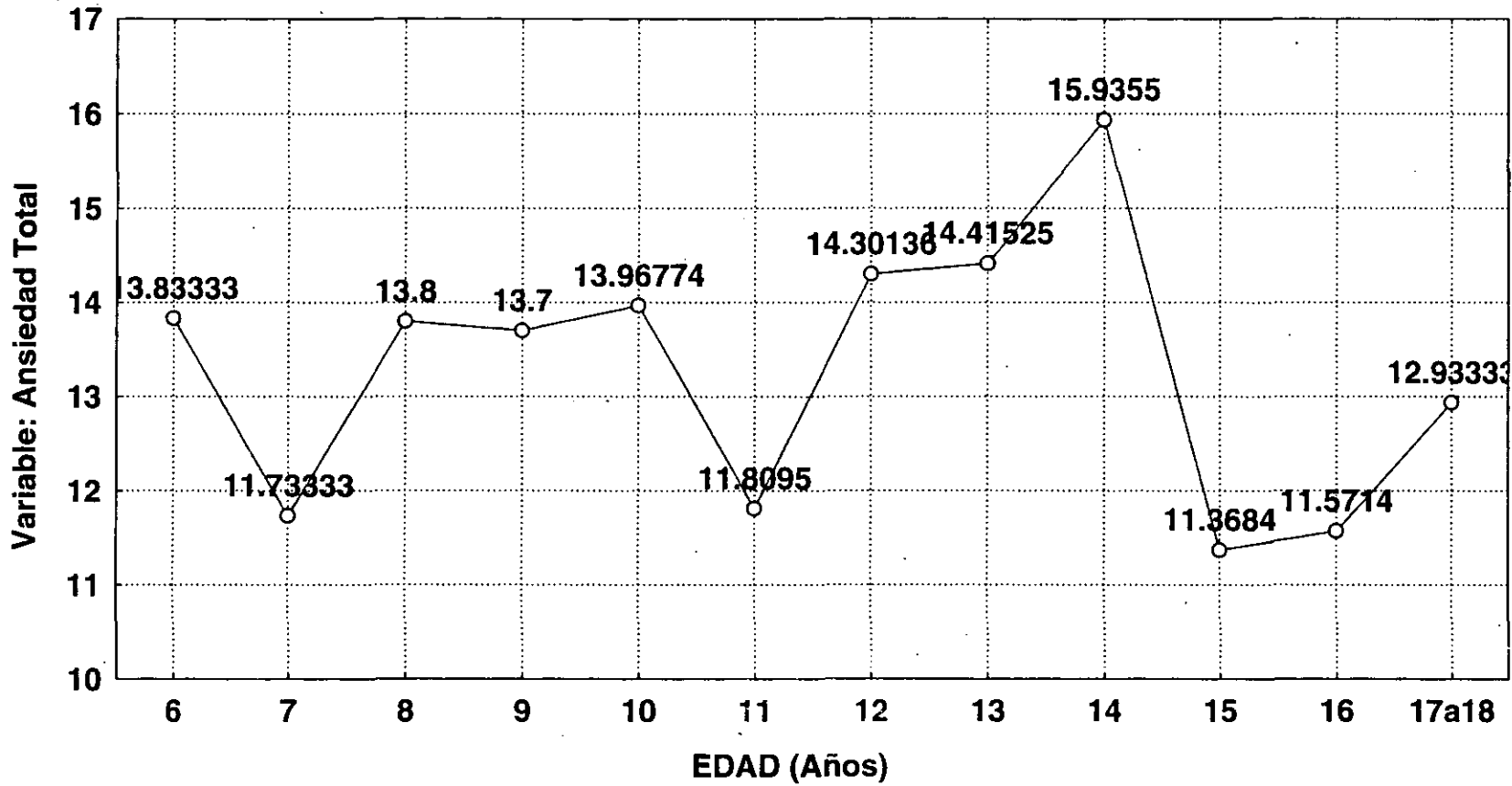
Validez y Cofiabilidad de la CMAS-R en México
ANOVA PARA ANSIEDAD TOTAL SEGUN EDAD EN VARONES

$F(11,509)=1.84; p<.0448$



GRAFICA 4

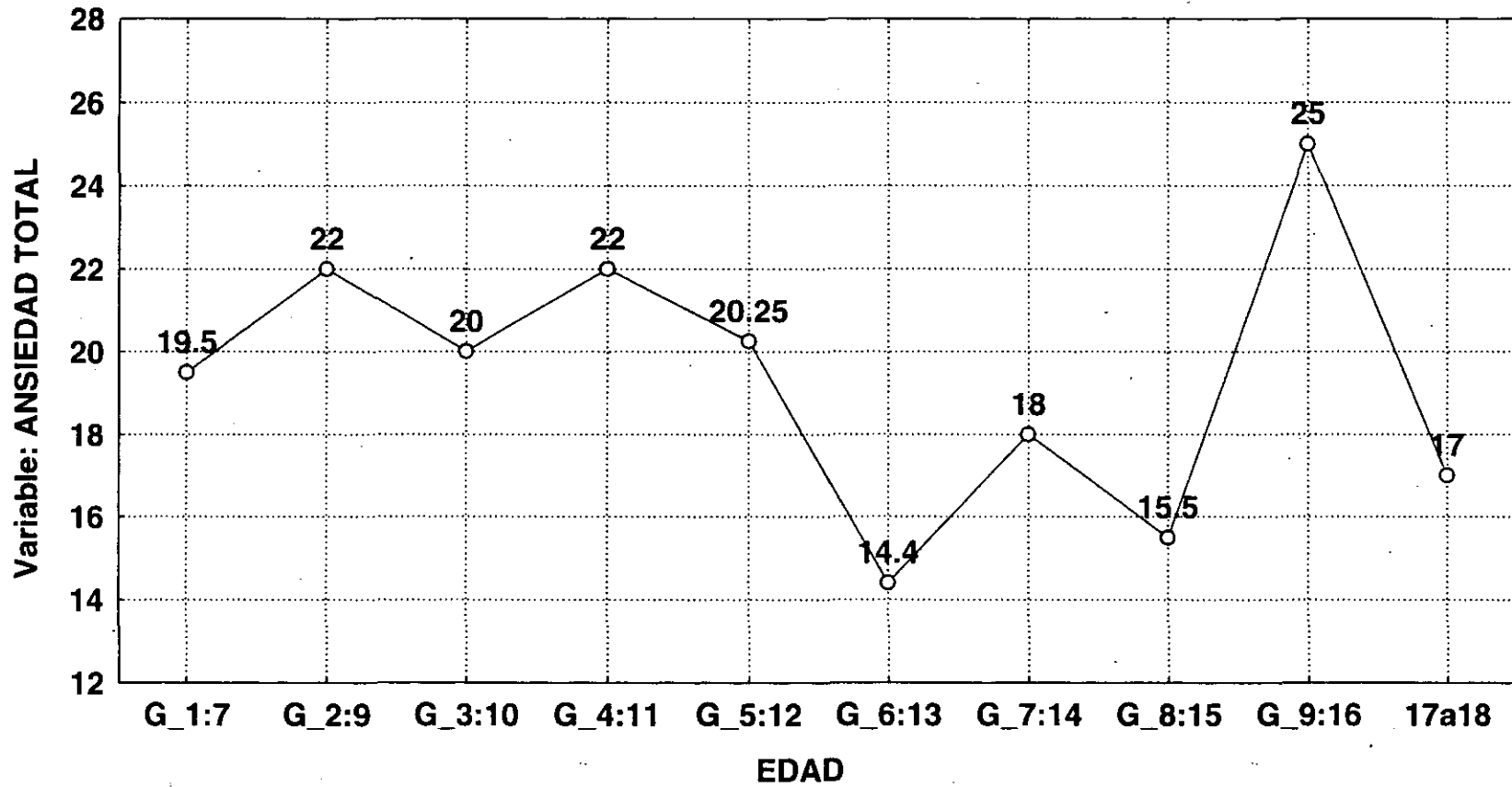
Validez y Cofiabilidad de la CMAS-R en México
ANOVA PARA ANSIEDAD TOTAL SEGUN EDAD EN MUJERES
F(11,578)=4.29; p<.0000



GRAFICA 5

ANOVA PARA ANSIEDAD TOTAL EN MUJERES. GRUPO PROBLEMA

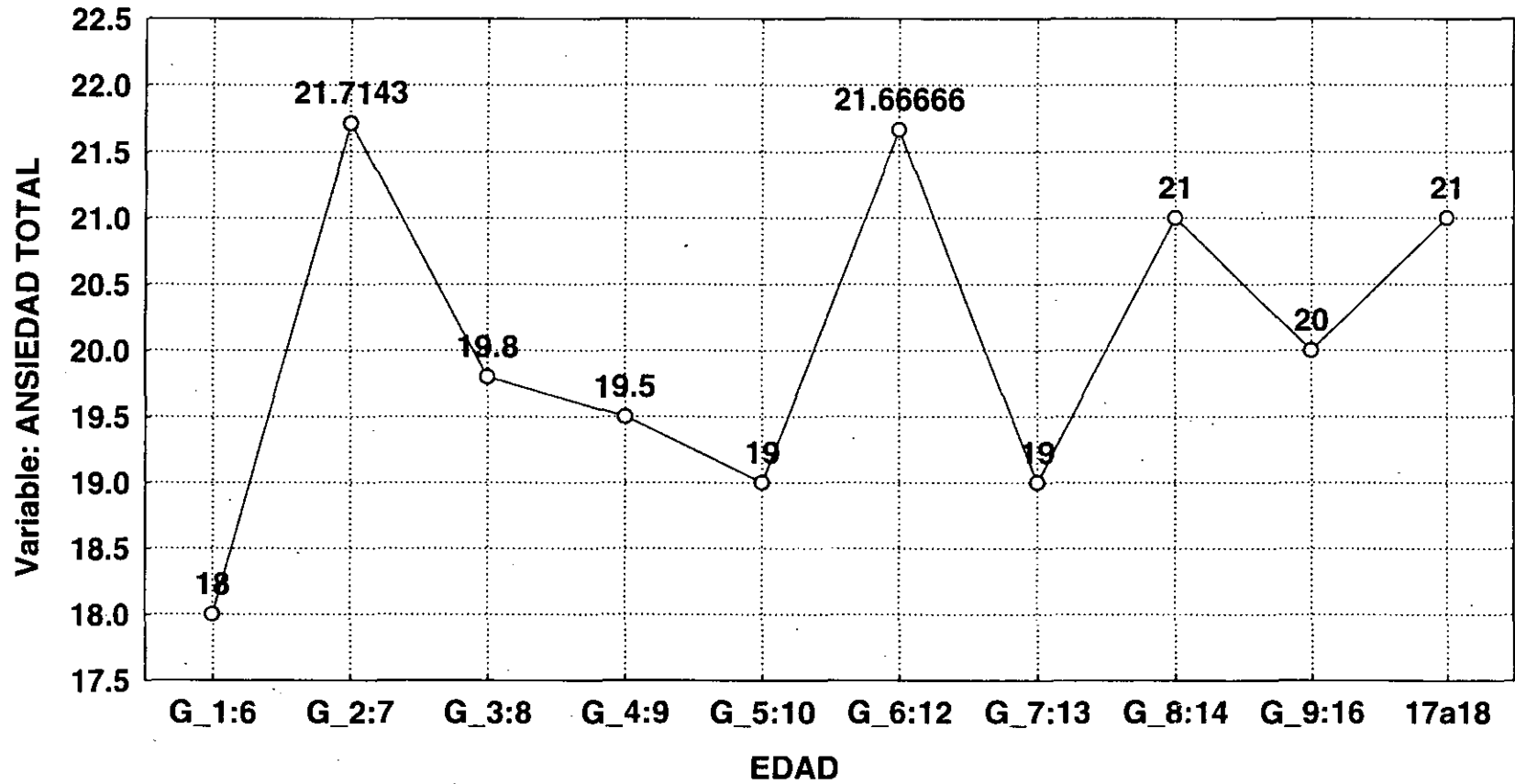
$F(9,17)=.82; p<.6083$



GRAFICA 6

ANOVA PARA ANSIEDAD TOTAL EN VARONES. GRUPO PROBLEMA

$F(9,30)=.54; p<.8356$



GRAFICA 7

Apéndice A

EQUIVALENTES PERCENTILES Y CONVERSIONES DE PUNTUACION T O ESCALAR PARA LA MUESTRA MEXICANA DE VARONES COMBINADA

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 6 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	2	30
2	3	31
3	4	32
4	5	34
5	7	35
6	10	37
7	13	39
8	17	40
9	22	42
10	28	44
11	35	46
12	42	48
13	51	50
14	59	52
15	67	54
16	74	56
17	80	58
18	85	60
19	90	63
20	93	65
21	96	67
22	98	70
23	99	74
24	99	74
25	99	74
26	99	74
27	99	74
28	99	74
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	9	6
1	13	7
2	19	7
3	27	5
4	37	6
5	51	10
6	67	11
7	82	13
8	92	14
9	98	16
10	99	19

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 6 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	11	6
2	18	7
3	29	8
4	43	9
5	58	11
6	73	12
7	84	13
8	92	14
9	97	16
10	99	16
11	99	16
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	5
1	23	8
2	41	9
3	56	10
4	70	12
5	83	13
6	93	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	5	5
2	10	6
3	19	7
4	34	9
5	55	10
6	78	12
7	99	12
8	99	12
9	99	12

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 7 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	25
1	2	30
2	3	31
3	4	33
4	6	34
5	8	36
6	11	38
7	15	39
8	19	41
9	25	43
10	32	45
11	40	47
12	49	50
13	57	52
14	66	54
15	73	56
16	80	58
17	85	60
18	90	63
19	93	65
20	96	67
21	98	70
22	99	74
23	99	74
24	99	74
25	99	74
26	99	74
27	99	74
28	99	74
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	8	6
2	16	7
3	27	8
4	41	9
5	59	10
6	79	12
7	97	15
8	99	15
9	99	15
10	99	15

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 7 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	7
1	17	8
2	28	9
3	39	10
4	49	11
5	58	11
6	68	12
7	77	13
8	85	14
9	93	14
10	99	14
11	99	6
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	7
1	18	9
2	38	11
3	62	12
4	81	14
5	91	15
6	95	16
7	97	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	4	6
1	11	7
2	19	8
3	31	10
4	44	11
5	60	12
6	75	14
7	89	16
8	97	16
9	99	16

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 8 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	50
2	0	50
3	0	50
4	2	30
5	7	35
6	11	38
7	16	40
8	21	42
9	27	44
10	33	45
11	39	47
12	45	49
13	51	50
14	58	52
15	64	54
16	71	55
17	77	57
18	83	60
19	89	62
20	94	66
21	99	73
22	99	73
23	99	73
24	99	73
25	99	73
26	99	73
27	99	73
28	99	73
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	13	7
2	25	8
3	36	9
4	48	10
5	59	11
6	69	11
7	78	12
8	86	13
9	92	14
10	97	15

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combñada de Varones: 8 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
8MN23II		
0	5	5
1	11	6
2	19	7
3	31	9
4	47	10
5	65	11
6	82	13
7	95	15
8	99	19
9	99	19
10	99	19
11	99	19
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	6	5
1	12	6
2	28	8
3	48	10
4	67	11
5	82	13
6	93	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	10	6
2	24	12
3	40	9
4	55	10
5	69	11
6	81	13
7	92	14
8	99	14
9	99	14

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 9 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	32
1	5	33
2	6	34
3	7	36
4	10	37
5	12	38
6	15	40
7	19	41
8	24	43
9	29	45
10	35	46
11	42	48
12	49	50
13	56	51
14	63	53
15	69	55
16	75	57
17	81	59
18	85	61
19	89	62
20	93	64
21	95	67
22	97	69
23	99	73
24	99	73
25	99	73
26	99	73
27	99	73
28	99	73
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	1
1	6	5
2	14	7
3	25	8
4	38	9
5	55	10
6	72	12
7	88	13
8	98	16
9	99	16
10	99	16

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 9 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	6
1	12	6
2	19	7
3	30	8
4	43	9
5	59	11
6	73	12
7	84	13
8	92	14
9	98	16
10	99	16
11	99	16
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	6
1	19	7
2	47	10
3	71	12
4	86	13
5	96	15
6	99	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	6
1	16	7
2	29	8
3	44	10
4	59	11
5	72	12
6	83	13
7	92	14
8	99	17
9	99	17

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 10 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	35
1	9	37
2	11	38
3	14	39
4	17	40
5	20	42
6	24	43
7	28	44
8	33	46
9	38	47
10	44	48
11	50	50
12	56	51
13	62	53
14	68	55
15	74	57
16	80	58
17	86	61
18	90	63
19	95	66
20	98	71
21	99	71
22	99	71
23	99	71
24	99	71
25	99	71
26	99	71
27	99	71
28	99	71
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	16	7
1	25	8
2	35	9
3	45	10
4	54	10
5	64	11
6	74	12
7	83	13
8	93	14
9	99	14
10	99	14

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 10 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	6
1	18	7
2	30	8
3	42	9
4	54	10
5	67	11
6	78	12
7	88	13
8	96	15
9	99	15
10	99	15
11	99	15
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	13	7
1	26	8
2	45	10
3	66	11
4	82	13
5	92	14
6	97	15
7	99	17
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	8	6
1	17	7
2	28	8
3	43	9
4	58	11
5	73	12
6	87	13
7	99	18
8	99	18
9	99	18

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 11 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	34
1	6	34
2	8	36
3	11	38
4	16	40
5	21	42
6	26	44
7	32	45
8	38	47
9	44	48
10	49	50
11	55	51
12	60	52
13	64	54
14	69	55
15	73	56
16	77	57
17	80	58
18	83	60
19	86	61
20	89	62
21	91	64
22	94	65
23	96	67
24	98	70
25	99	76
26	99	76
27	99	76
28	99	76
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	6	5
1	16	7
2	31	8
3	46	10
4	59	10
5	71	12
6	80	12
7	88	13
8	94	15
9	99	17
10	99	17

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combñhada de Varones: 11 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
11MN23II		
0	3	4
1	18	7
2	31	9
3	44	9
4	55	10
5	65	11
6	74	12
7	82	13
8	90	14
9	96	15
10	99	15
11	99	15
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	13	7
1	27	8
2	42	9
3	57	10
4	71	12
5	84	13
6	94	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	4	5
1	19	7
2	34	9
3	48	10
4	61	11
5	73	12
6	83	13
7	91	14
8	97	16
9	99	16

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 12 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	30
1	3	32
2	5	33
3	6	35
4	8	36
5	11	38
6	14	39
7	18	41
8	23	43
9	29	45
10	36	46
11	43	48
12	51	50
13	59	52
14	66	54
15	72	56
16	78	58
17	83	60
18	87	61
19	90	63
20	93	65
21	95	66
22	96	68
23	97	69
24	98	71
25	99	73
26	99	75
27	99	78
28	99	83
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	5
1	7	6
2	21	7
3	41	9
4	60	11
5	74	12
6	84	13
7	90	14
8	94	15
9	96	15
10	98	16

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 12 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	6	5
2	11	6
3	20	7
4	33	9
5	50	10
6	67	11
7	81	13
8	90	14
9	96	15
10	99	18
11	99	18
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	12	6
1	33	9
2	52	10
3	69	11
4	83	13
5	93	14
6	99	17
7	99	18
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	8	6
1	16	7
2	31	9
3	51	10
4	71	12
5	84	13
6	92	14
7	95	15
8	97	16
9	98	16

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 13 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	50
2	0	50
3	1	26
4	7	35
5	13	39
6	19	41
7	26	44
8	32	45
9	38	47
10	45	49
11	51	50
12	57	52
13	63	53
14	68	55
15	73	56
16	78	58
17	83	59
18	87	61
19	91	63
20	94	66
21	97	68
22	99	73
23	99	73
24	99	73
25	99	73
26	99	73
27	99	73
28	99	73
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	16	7
2	32	9
3	47	10
4	63	11
5	76	12
6	87	13
7	94	15
8	99	16
9	99	16
10	99	16

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 13 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	7	5
2	18	7
3	30	8
4	43	9
5	55	10
6	68	11
7	79	12
8	88	13
9	96	15
10	99	15
11	99	15
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	10	10
1	32	11
2	50	12
3	66	12
4	79	12
5	89	13
6	96	13
7	99	13
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	10
1	16	10
2	31	11
3	49	11
4	67	12
5	80	12
6	90	13
7	96	13
8	99	13
9	99	13

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 14 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	30
1	3	32
2	5	33
3	6	35
4	9	36
5	11	38
6	15	40
7	20	42
8	26	43
9	32	45
10	40	47
11	48	49
12	56	52
13	64	54
14	71	56
15	78	58
16	83	60
17	88	62
18	91	63
19	94	65
20	96	67
21	97	70
22	99	72
23	99	75
24	99	75
25	99	75
26	99	75
27	99	75
28	99	75
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	6	5
1	21	8
2	43	9
3	61	11
4	74	12
5	83	13
6	89	14
7	94	15
8	98	16
9	99	16
10	99	16

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combhnada de Varones: 14 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	5	5
2	12	6
3	22	8
4	35	9
5	49	10
6	63	11
7	77	12
8	88	13
9	96	15
10	99	15
11	99	15
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	12	6
1	26	8
2	43	9
3	62	11
4	79	12
5	92	14
6	99	19
7	99	19
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	26	8
2	45	10
3	62	11
4	76	12
5	86	13
6	94	15
7	99	17
8	99	17
9	99	17

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 15 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	50
2	1	25
3	7	35
4	13	39
5	19	41
6	26	43
7	32	45
8	39	47
9	45	49
10	52	50
11	58	52
12	64	54
13	70	55
14	75	57
15	80	58
16	85	60
17	89	62
18	92	64
19	95	66
20	97	69
21	98	71
22	99	73
23	99	72
24	98	72
25	95	72
26	92	72
27	99	72
28	99	72
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	8	6
1	20	7
2	33	9
3	46	10
4	60	11
5	73	12
6	84	13
7	93	14
8	98	16
9	99	20
10	99	20

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 15 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	9	6
2	23	8
3	41	9
4	59	11
5	73	12
6	83	13
7	89	14
8	94	15
9	96	15
10	98	16
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	6
1	34	9
2	56	10
3	74	12
4	87	13
5	95	15
6	99	18
7	99	17
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	4	5
1	14	7
2	30	8
3	49	10
4	65	11
5	79	12
6	88	13
7	94	15
8	99	16
9	99	16

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 16 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	50
2	0	50
3	2	29
4	11	38
5	19	41
6	27	44
7	35	46
8	42	48
9	48	50
10	55	51
11	61	53
12	66	54
13	72	56
14	77	57
15	81	59
16	86	61
17	90	63
18	94	65
19	97	70
20	99	70
21	99	70
22	99	70
23	99	70
24	99	70
25	99	70
26	99	70
27	99	70
28	99	70
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	20	7
2	36	9
3	50	9
4	62	11
5	73	12
6	83	13
7	91	14
8	97	16
9	99	16
10	99	16

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 16 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	14	7
1	19	7
2	27	8
3	39	9
4	54	10
5	76	12
6	97	15
7	99	15
8	99	15
9	99	15
10	99	15
11	99	15
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	24	8
2	51	10
3	70	12
4	83	13
5	93	14
6	99	17
7	99	17
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	14	7
1	15	7
2	19	7
3	35	9
4	58	10
5	76	12
6	87	13
7	92	14
8	96	15
9	97	16

Cuadro A-1		
Muestra Combinada de Varones: 17-18 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	6	34
1	9	37
2	13	39
3	18	41
4	23	42
5	28	44
6	33	46
7	39	47
8	45	49
9	51	50
10	58	52
11	64	54
12	70	55
13	76	57
14	81	59
15	86	61
16	90	63
17	94	65
18	96	68
19	99	72
20	99	83
21	99	83
22	99	83
23	99	83
24	99	83
25	99	83
26	99	83
27	99	83
28	99	83
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	10
1	26	10
2	43	10
3	57	10
4	70	6
5	80	8
6	88	9
7	94	10
8	98	12
9	99	12
10	99	13

Cuadro A-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Varones: 17-18 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	9	6
2	23	8
3	41	9
4	59	11
5	73	12
6	83	13
7	89	14
8	94	15
9	96	15
10	98	16
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	14	7
1	27	8
2	55	10
3	77	12
4	88	13
5	95	15
6	99	17
7	99	17
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	9	10
1	25	10
2	40	10
3	53	10
4	65	6
5	75	8
6	84	9
7	91	10
8	96	11
9	99	12

Apéndice B

EQUIVALENTES PERCENTILES Y CONVERSIONES DE PUNTUACION T O ESCALAR PARA LA MUESTRA MEXICANA DE MUJERES COMBINADA

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 6 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	18
1	0	18
2	0	20
3	1	25
4	1	28
5	3	32
6	6	35
7	10	37
8	14	40
9	20	42
10	27	44
11	34	46
12	41	48
13	49	50
14	56	52
15	63	54
16	70	56
17	77	57
18	82	60
19	87	62
20	92	64
21	95	67
22	98	70
23	99	74
24	99	74
25	99	74
26	99	74
27	99	74
28	99	74
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	9	4
2	19	6
3	32	7
4	46	9
5	60	10
6	72	11
7	82	12
8	90	13
9	96	14
10	99	15

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 6 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	4	5
2	19	7
3	34	9
4	47	10
5	59	11
6	69	12
7	78	12
8	86	13
9	93	14
10	98	16
11	99	16
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	2	4
2	23	8
3	51	10
4	72	12
5	86	13
6	96	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	2	4
2	23	8
3	51	10
4	72	12
5	86	13
6	96	15
7	99	15
8	99	15
9	99	15

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 7 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	24
2	2	29
3	4	33
4	8	36
5	12	38
6	17	40
7	22	44
8	28	44
9	35	46
10	41	48
11	48	50
12	55	52
13	62	53
14	68	55
15	75	57
16	81	59
17	88	62
18	94	65
19	99	74
20	99	74
21	99	74
22	99	74
23	99	74
24	99	74
25	99	74
26	99	74
27	99	74
28	99	74
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	15	7
2	27	8
3	39	9
4	52	10
5	63	11
6	74	12
7	84	13
8	92	14
9	97	16
10	99	16

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 7 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	12	6
2	24	8
3	39	9
4	55	10
5	70	12
6	82	13
7	92	14
8	99	14
9	99	14
10	99	14
11	99	14
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	11	6
2	50	10
3	74	12
4	85	13
5	90	14
6	93	15
7	99	20
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	10
1	7	5
2	15	7
3	28	8
4	47	9
5	69	10
6	88	11
7	99	12
8	99	14
9	99	16

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 8 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	50
2	0	50
3	0	50
4	1	27
5	5	33
6	9	37
7	14	39
8	19	41
9	24	43
10	30	45
11	36	47
12	42	48
13	49	51
14	56	52
15	62	53
16	68	55
17	74	57
18	80	58
19	85	61
20	89	63
21	93	65
22	96	68
23	99	72
24	99	72
25	99	72
26	99	72
27	99	72
28	99	72
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	4	5
2	12	7
3	22	8
4	34	9
5	48	10
6	62	14
7	76	15
8	88	14
9	97	16
10	99	16

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 8 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	5	5
2	15	7
3	29	8
4	43	9
5	56	10
6	68	12
7	79	12
8	87	13
9	93	14
10	97	16
11	99	18
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	5
1	19	7
2	44	10
3	65	11
4	81	13
5	92	14
6	99	14
7	99	14
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	4	5
2	20	7
3	37	9
4	52	10
5	67	11
6	78	12
7	88	13
8	95	15
9	99	17

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 9 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	3	31
2	4	32
3	5	34
4	7	35
5	9	37
6	12	38
7	15	40
8	19	41
9	24	43
10	30	45
11	36	47
12	44	48
13	51	50
14	58	52
15	65	54
16	72	56
17	77	58
18	82	59
19	86	61
20	89	63
21	92	64
22	94	65
23	95	67
24	96	68
25	97	69
26	98	70
27	98	71
28	99	72
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	2	4
1	9	6
2	18	7
3	28	8
4	39	9
5	51	10
6	63	11
7	75	12
8	85	13
9	94	15
10	99	15

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 9 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
2	17	7
3	30	8
4	42	9
5	54	10
6	65	11
7	75	12
8	83	13
9	90	14
10	96	15
11	99	15
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	22	8
2	46	10
3	66	11
4	80	13
5	89	14
6	96	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	6
1	13	7
2	28	5
3	43	9
4	58	10
5	73	12
6	87	14
7	99	14
8	99	14
9	99	14

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 10 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	31
1	3	32
2	4	33
3	5	34
4	6	35
5	7	36
6	9	37
7	11	38
8	14	40
9	17	40
10	22	42
11	27	44
12	33	46
13	41	48
14	50	50
15	60	53
16	70	56
17	80	58
18	87	62
19	91	64
20	94	65
21	95	66
22	95	67
23	96	67
24	96	68
25	96	68
26	96	68
27	96	68
28	96	68
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	5
1	5	5
2	8	6
3	14	7
4	25	8
5	40	9
6	56	10
7	70	12
8	83	13
9	92	14
10	99	14

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 10 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	5	5
2	19	7
3	32	9
4	45	10
5	56	10
6	67	11
7	77	12
8	86	13
9	94	15
10	99	15
11	99	15
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	5
1	16	7
2	52	10
3	77	12
4	89	14
5	94	15
6	96	15
7	98	16
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	19	7
2	33	9
3	47	10
4	60	11
5	72	12
6	84	13
7	94	15
8	99	15
9	99	15

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 11 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	22
2	0	30
3	2	35
4	7	38
5	13	42
6	20	44
7	28	46
8	35	48
9	41	49
10	48	51
11	54	53
12	59	54
13	64	55
14	69	56
15	73	58
16	77	59
17	81	60
18	84	62
19	88	63
20	91	65
21	93	68
22	96	72
23	98	72
24	99	72
25	99	72
26	99	72
27	99	72
28	99	72
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	5
1	18	7
2	30	9
3	42	9
4	53	10
5	64	11
6	74	12
7	83	13
8	92	14
9	99	14
10	99	14

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 11 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	10	6
2	25	8
3	40	9
4	54	10
5	66	11
6	77	12
7	85	13
8	91	14
9	95	15
10	98	16
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	10	6
1	30	8
2	51	10
3	67	11
4	79	12
5	88	13
6	94	15
7	99	18
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	5
1	10	6
2	28	8
3	51	10
4	69	12
5	82	13
6	91	14
7	96	15
8	99	15
9	99	15

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 12 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	1	27
1	1	28
2	2	29
3	3	31
4	4	32
5	5	34
6	7	35
7	9	37
8	13	39
9	17	40
10	22	43
11	29	44
12	36	47
13	44	52
14	52	51
15	60	53
16	68	55
17	75	57
18	81	59
19	86	61
20	90	63
21	92	65
22	95	66
23	96	68
24	98	70
25	98	72
26	99	74
27	99	76
28	99	80
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	1	2
1	10	6
2	21	4
3	34	9
4	49	10
5	65	11
6	80	12
7	91	14
8	98	16
9	99	16
10	99	16

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres:12 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
2	6	5
3	9	6
4	16	7
5	26	8
6	42	9
7	64	11
8	83	13
9	94	15
10	98	16
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	13	7
1	23	8
2	39	9
3	57	10
4	74	12
5	87	13
6	95	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	3	4
1	15	7
2	35	9
3	55	10
4	70	12
5	81	13
6	89	14
7	95	15
8	99	20
9	99	20

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 13 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	1	25
1	1	26
2	1	27
3	2	29
4	2	31
5	3	32
6	5	34
7	7	36
8	10	38
9	14	39
10	19	42
11	26	44
12	33	46
13	42	48
14	52	51
15	61	53
16	69	55
17	77	57
18	83	60
19	87	62
20	91	64
21	94	65
22	96	67
23	97	69
24	98	70
25	98	72
26	99	73
27	99	74
28	99	76
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	7	6
2	19	7
3	32	9
4	48	10
5	65	11
6	80	13
7	92	14
8	99	17
9	99	17
10	99	17

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 13 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	0	2
2	5	5
3	12	6
4	21	7
5	32	9
6	46	35
7	62	11
8	77	12
9	90	14
10	97	16
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	6	5
1	21	7
2	38	9
3	56	10
4	73	12
5	87	13
6	97	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	8	6
1	20	7
2	48	10
3	70	12
4	82	13
5	90	14
6	94	15
7	97	16
8	99	17
9	99	20

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 14 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	0	50
2	0	50
3	0	18
4	0	20
5	0	23
6	1	27
7	2	30
8	4	33
9	7	36
10	11	38
11	16	40
12	23	43
13	30	45
14	38	47
15	46	49
16	54	51
17	63	54
18	71	56
19	78	58
20	85	60
21	90	63
22	94	66
23	97	70
24	99	75
25	99	75
26	99	75
27	99	75
28	99	75
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0		10
1	1	3
2	6	5
3	18	7
4	36	9
5	55	10
6	73	12
7	87	13
8	96	15
9	99	18
10	99	17

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 14 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	1	3
2	2	4
3	5	5
4	10	6
5	20	7
6	36	9
7	57	10
8	76	12
9	91	14
10	99	17
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	5	5
1	10	6
2	28	8
3	50	10
4	69	12
5	84	13
6	93	14
7	99	14
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	12	6
1	32	9
2	55	10
3	74	12
4	88	13
5	96	15
6	99	15
7	99	15
8	99	15
9	99	15

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 15 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	50
1	2	30
2	6	34
3	10	37
4	14	40
5	19	41
6	24	43
7	29	45
8	34	46
9	39	48
10	45	49
11	51	50
12	56	52
13	62	53
14	68	55
15	73	56
16	78	58
17	83	60
18	88	62
19	92	64
20	95	67
21	99	72
22	99	72
23	99	72
24	99	72
25	99	72
26	99	72
27	99	72
28	99	72
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	8	6
1	22	8
2	36	9
3	49	10
4	60	11
5	71	12
6	80	13
7	88	14
8	96	15
9	99	15
10	99	15

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 15 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	14	7
2	24	8
3	33	9
4	43	9
5	53	10
6	63	11
7	73	12
8	83	13
9	93	14
10	99	14
11	99	14
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	19	7
1	41	9
2	58	11
3	73	12
4	84	13
5	94	15
6	99	15
7	99	15
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	13	7
1	16	7
2	33	9
3	58	11
4	78	12
5	89	14
6	94	15
7	98	16
8	99	18
9	99	18

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 16 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	0	50
2	0	50
3	1	27
4	7	35
5	13	39
6	19	42
7	26	44
8	32	46
9	39	47
10	46	49
11	53	51
12	59	53
13	66	54
14	71	56
15	77	58
16	82	59
17	86	61
18	90	63
19	93	65
20	95	67
21	97	69
22	99	72
23	99	76
24	99	81
25	99	83
26	99	83
27	99	83
28	99	83
Ansiedad Fisilógica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	4	5
1	13	7
2	25	8
3	37	9
4	51	10
5	65	11
6	78	12
7	88	13
8	95	15
9	99	17
10	99	18

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 16 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	9	6
2	18	7
3	33	9
4	53	10
5	72	12
6	85	13
7	93	14
8	96	15
9	98	16
10	99	17
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	7	6
1	30	8
2	53	10
3	71	12
4	83	13
5	92	14
6	99	18
7	99	18
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	14	7
1	30	8
2	53	10
3	70	12
4	81	13
5	88	13
6	92	14
7	96	15
8	98	16
9	99	16

Cuadro B-1		
Muestra Combinada de Mujeres: 17-18 años de edad		
Ansiedad Total		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	18
1	0	19
2	0	23
3	1	27
4	2	30
5	5	33
6	8	36
7	13	39
8	19	41
9	26	44
10	34	46
11	42	48
12	50	50
13	57	52
14	64	54
15	71	56
16	76	57
17	81	59
18	86	61
19	89	63
20	93	67
21	95	67
22	97	70
23	99	75
24	99	75
25	99	75
26	99	75
27	99	75
28	99	75
Ansiedad Fisiológica		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	0	10
1	5	5
2	17	7
3	33	9
4	50	10
5	65	11
6	78	12
7	88	13
8	95	15
9	98	16
10	99	18

Cuadro B-1(Continuación)		
Muestra Combinada de Mujeres: 17-18 años de edad		
Inquietud/hipersensibilidad		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	22	8
2	34	9
3	48	10
4	63	11
5	77	12
6	89	14
7	98	17
8	99	17
9	99	17
10	99	17
11	99	17
Preocupaciones Sociales/Concentración		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	14	7
1	26	8
2	55	10
3	76	12
4	88	14
5	95	15
6	98	17
7	99	17
Mentira		
Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
0	8	6
1	24	8
2	39	9
3	53	10
4	64	11
5	75	12
6	83	13
7	90	14
8	96	15
9	99	15

BIBLIOGRAFIA.

1. Kaplan, H.I., Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta; Psiquiatría Clínica, Séptima Edición. Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires. Cap. 16, Pág. 588-598.
2. Kaplan, H.I., Sadock, B.J; Compendio de Psiquiatría, 2ª. Edición, Editorial Salvat, Barcelona; 1993, pp. 175.
3. Dr. Ramón de la Fuente. La Prevención y la Intervención temprana en los Desordenes Mentales de los niños en los Programas de Salud Mental; Revista de Salud Mental Vol. 3, No. 3.
4. Sauza y Machorro M, Morett LE. Controversias en torno a la Privación Afectiva en la Infancia. Sus causas, Efectos y Prevención. Revista de Salud mental Vól.8. No.1 Marzo 1985, Págs. 39-49.
5. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwein AR. Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 9, 1996; 1110-1119.
6. Kotsopoulos, S: Phenomenology of Anxiety and depressive disorders in Children and adolescents: Psich Clin North Am , 12 (4); 1989; 803-813.
7. Thapar, A., McGuffin, P: Anxiety, Antisocial and Depressive Simptoms in Childhood - A Genetic Study of Comorbidity. J Child Psychol Psychiat 38; 6; 1997, 651-656.
8. Stavrakaki C., FRCPC and Ellis J. The Relationship of Anxiety to Dépression in Children and Adolescents. Affective Disorders and Anxiety in the Child and Adolescent. Psychiatric Clinics of North America; Vol. 12, No.4, December 1989.
9. Orvaschel H, Weissman MM., Epidemiology of anxiety disorders in children: A review. In Gittleman R (ed): Anxiety Disorders of childhood. New York, Guilford Press, 1986.
10. Petti T. A.,: Depression in Children: A significant disorder. Psychosomatics, 22: 1981, 444-47.

11. FreeN., Winget C. and Whitman R. Separation Anxiety in Panic Disorder, *Am J Psychiatry* 1993; 150: 595-599.
12. Pollack M. H.; Otto M. W., Sabatino S, et al. Relationship of Childhood Anxiety to Adult Panic Disorder: Correlates and Influence on Course. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 376-381.
13. Mezzacappa, E. et al: Anxiety, Antisocial behavior and Heart Rate Regulation in adolescent Males. *J Child Psychol Psychiat* 38; 4; 1997, 457-469.
14. Lewis, M: *Child and Adolescent psychiatry, A Comprehensive Textbook*: Williams and Wilkins, Baltimore, 1991.
15. Last, C. G., Perrin, S: A prospective study of childhood Anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 11: 1996; 1502-1510.
16. Stavrakaki, C., Gaudet, M: Epidemiology of affective and anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* 12; 4; 1989; 791-80.
17. Harris, J. C: Experimental animal Modeling of depression and anxiety, *Psychiatric Clinics of North America*; 12: 4, 1989; 815-36.
18. Johnson, M.R. Lydiard, R. B; *The Neurobiology of Anxiety Disorders. The Psychiatric Clinics of North America*: 18 (4); 1995.
19. Dalglish, T., et al: Information Processing in Clinically Depressed and Anxious Children and Adolescents. *J Child Psychol Psychiat* 38; 5: 1997, 535-541.
20. Sarphare, G, Aman, M. G: Parent and self-ratings of anxiety in children with mental retardation; agreement levels and test-retest reliability. *Res Cev Disabil* 17: 1, 1996: 27.
21. J. Piaget y otros. *La idea de Justicia Inmanente. El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño*. Editorial Paidós Ibérica, S. A. Barcelona; España, 1987; 2da. Edición. Cáp. VI, 87-90.
22. Marazziti D, Toni C, Pedri F, et al. Headache, Panic Disorder and Depression:

- Comorbidity or a spectrum? *Neuropsychobiology* 1995; 31; 125-129.
23. Roberts, N., et al: Measurement of Anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*; 12: 4; 1989; 837-60.
24. Schweizer, E: Generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*; 18: 4; 1995; 843-57.
25. Toro G.R., Yepes R.L., *Fundamentos de Psiquiatría, Trastornos de Ansiedad en la Infancia*; Tercera edición , Corporación para Investigaciones Biológicas; Medellín Colombia. 1997. Cáp. 27 Psiquiatría de niños; 289-90.
26. Reeve E A, Savage T A. Bernstein, G. A: Psychiatric Diagnoses in Children with Alopecia Areata. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 11 1996; 1518- 22.
27. Perrin, S., Last, C. G; Relationship between ADHD and Anxiety in boys: results from a family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 8, 1996; 988-96.
28. Mancini C, Van Ameringen M, et al: A High-risk pilot study of children of adults with social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 11, 1996; 1511-17.
29. Pfeffer C: Assesment of suicida children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*: 12, 4; 1989: 861-90.
30. Wwenck L S, et al: Evaluating the efficacy of a biofeedback intervention to reduce children anxiety. *J Clin Psychol*; 52. 4, 1996; 469-73.
31. Dela Peña Olvera Francisco R., Montes A. L., El uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y en la adolescencia. *Revista Salud Mental*; Vol. 17, No. 3 Septiembre 1994. Págs. 59-65.
32. Black B, Uhde T. H. Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1994: 33 (7): 1000-1006.
33. Birmaher B, Waterman G. S., Ryan N., et al. Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1994: 33 (7): 993-999.
34. Pichot P, López-Ibor A. J, Miyar V. M. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*; Editorial Masson, S.A. Trastornos de Ansiedad; 401-56.

ESTA TESIS HA SIDO
SALIDA DE LA BIBLIOTECA

35. Reynolds CB, Richmond BO, Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R; Editorial el manual moderno, S.A, de C.V. México, D.F.; Santafé de Bogotá.
36. Miguel Marquez, Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG). Aspectos Clínicos y Terapéuticos, Focus on Benzodiazepines 2/97, 4 a 7.
37. Manual de Psicoanálisis de niños y adolescentes. Gerald H. J. Pearson. Ediciones Hurme S. A. E. Editorial Paidós, Buenos Aires, Vol. 2. Cap. III, Indicaciones para el psicoanálisis de niños, pp. 53-72.
38. Reynolds CR, and Richmond B O. Wath I think and Feel: A Revised Measure of Children's Manifest Anxiety. journal of Abnormal Child Psychology; Vol.25, No. 11997, pp. 15-20.
39. Mont S, Ulloa Ch F. Autoestima y Salud Mental en adolescentes; Salud Mental, 19: 30-36 No. 3 Sep 1996.
40. Uygur, Ozgú, et al. Long-Term Treatment of Nocturnal Enuresis with Desmopressin Intranasal Spray. Clinical Pediatrics 1997; 36 (8): 459-9.
41. Garfneski, N and Diekstra R. Perceived Social Support From Family, School, and Peers: Relationships with Emotional and Behavioral Problems among Adolescents. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; 35 (11): 1657-64.
42. Dora Black. Testigos de la Violencia entre Adultos: Efectos en niños y adolescentes. Avances en Psiquiatría. Vol. 4, No. 4; Nov. 1998, (ed. mex.) Journal of Continuing Professional. The Royal College of Psychiatrists. Advancen in Psychiatric Treatment. Pág. 13-19.
43. Platas V E, Saucedo G J, Higuera R F y Cuevas U M. Funcionamiento Psicosocial en menores que intentan el suicidio. Psiquiatría. Época 2, Vol. 14, No. 2; Mayo- Agosto 1998, pág. 51-55.
44. Campbell M, Kay S E. Review Article. Psychopharmacology in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of the Past Five Years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1988, 27, 3: 269-279.
45. Fairbanks J M, Pine D S, Tancer N K, et al. Open Fluoxetine treatment of mixed

anxiety disorders in children and adolescent. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 1997, 7 (1): 17-29.

46. Dummit E S Klein R G, Tancer N K, et al. Fluoxetine treatment of children with selective mutism: An open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996; 35 (5): 615-21.

47. Nadelsticher M A. Técnicas para la Construcción de Cuestionarios de actitudes y Opción Múltiple. Instituto Nacional de Ciencias Penales, México, 1983. Cap. VI, pág. 57-79.

48. Dixon W J, Massey F J. Introducción al Análisis Estadístico. Libros McGraw-Hill de México, S.A. DE C.V. segunda edición (Cap.5, sec. 5-6), pág. 57 a 67, Tabla A-4, pág.369.

49. Lara M M C, Ortega S H. ¿La clinimetría o la psicometría? La medición en la práctica psiquiátrica. *Salud Mental*: 18 (4) 1995.

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial
El Manual Moderno, S.A. de C.V.
México, D.F. - Santafé de Bogotá

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo (encierra uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: _____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

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. Sólo tú puedes decirnos cómo 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".

	Puntuación natural	Percentil Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
M:	_____	_____	_____

MP 47 - 2

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo 06100, México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.

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	Sí	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	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	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 mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté 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	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más 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 conmigo	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	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	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 mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No

Ficha de Identificación y antecedentes

1)Nombre _____ 2)Edad _____ 3)Fecha/Lugar de nacimiento _____
4)Sexo _____ 5)Teléfono _____
6)Domicilio _____ 7)Escolaridad _____ 8)Tipo de escuela _____
9)Situación actual en la escuela _____ 10)Actividades en el hogar y comunidad _____
11)Religión _____ 12)Edo. Socio-económico y condiciones de la vivienda _____
13)Nombre del padre, edad, ocupación _____
14)Nombre de la madre, edad, ocupación _____
15)Nombre de los hermanos, sexo, edades, ocupaciones: _____
16)Tipo de familia y edo. Civil de los padres _____
17)Otros habitantes del hogar _____
18)Dx. Médico y fecha del mismo _____ 19)Tx. Tipo e inicio _____
20)No. de Hospitalizaciones y motivos de estas _____
21)Antecedentes relevantes(AHF, APP, APnP) _____
22)Causa de enfermedad (según el niño) _____
23)Preocupación principal (según el niño) _____
24)Informante _____ 25)Entrevistador _____

Ficha de Identificación y antecedentes

1)Nombre _____ 2)Edad _____ 3)Fecha/Lugar de nacimiento _____
4)Sexo _____ 5)Teléfono _____
6)Domicilio _____ 7)Escolaridad _____ 8)Tipo de escuela _____
9)Situación actual en la escuela _____ 10)Actividades en el hogar y comunidad _____
11)Religión _____ 12)Edo. Socio-económico y condiciones de la vivienda _____
13)Nombre del padre, edad, ocupación _____
14)Nombre de la madre, edad, ocupación _____
15)Nombre de los hermanos, sexo, edades, ocupaciones: _____
16)Tipo de familia y edo. Civil de los padres _____
17)Otros habitantes del hogar _____
18)Dx. Médico y fecha del mismo _____ 19)Tx. Tipo e inicio _____
20)No. de Hospitalizaciones y motivos de estas _____
21)Antecedentes relevantes(AHF, APP, APnP) _____
22)Causa de enfermedad (según el niño) _____
23)Preocupación principal (según el niño) _____
24)Informante _____ 25)Entrevistador _____