

112396

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL, PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

DR. SERGIO SANCHEZ QUINTANA PRESENTA TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA INFANTIL

TITULO:

Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en población abierta

Calificación 8

*A pesar de que se realizaron algunas
cambios sugeridos, persisten omisiones
en la bibliografía y errores metodológicos
muy importantes. Atte.*

Martha P. Romero

ASESOR TEORICO

ASESORÉS METODOLOGICOS

[Signature]
DRA. SILVIA ORTIZ LEON



[Signature]
DRA. MARTHA P. ROMERO
[Signature]
DR. FRANCISCO DE LAPEÑA
[Signature]
DR. FELIX HIGUERA

Vo. Bu

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

[Signature]

MEXICO, DF. 11 DE OCTUBRE DEL 2002

2004



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.

UNAM
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

Autorizo a la Dirección General de Hospitalización de UNAM a disponer de los servicios de hospitalización que se detallan en el presente documento.

NOVEDAD: Sergio Sanchez

Goitum

FECHA: 14-01-04

FIRMA: [Signature]

INDICE

Antecedentes	1
Justificación	4
Objetivo	5
Método	5
Resultados	7
Discusión	8
Conclusión	9
Bibliografía	10
Apéndice	12

ANTECEDENTES

La sensación de ansiedad es experimentada por todos los seres humanos, la cual se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable, que a menudo se acompaña de síntomas autonómicos como son diarrea, mareos, sudoración, hiperreflexia, hipertensión, palpitaciones, midriasis, inquietud, taquicardia, hormigueo de extremidades, temblores, molestias estomacales, frecuencia y urgencia urinaria (1)

Freud acuñó el término de neurosis de ansiedad en 1909, la cual podía ser originada ya sea por una alteración fisiológica en la represión de la libido con incremento fisiológico de la tensión sexual o por un conflicto intrapsíquico originado por un deseo o pensamiento reprimido. Tanto las fuentes de amenaza internas como externas producen señales (síntomas de ansiedad), que conducen al ego a poner en marcha mecanismos de defensa específicos para protegerse o para reducir el grado de excitación instintiva.

Actualmente se han desarrollado teorías biológicas en estudios en animales, así como en pacientes (1,2,3,4) con sintomatología ansiosa y su respuesta a diversos psicofármacos, en donde se ha comprobado que el sistema nervioso autónomo participa activamente en la manifestación de síntomas. Así mismo, se han estudiado diversos neurotransmisores que se encuentran relacionados con la respuesta de la ansiedad, como son la noradrenalina (NA), la serotonina (5-HT) y el ácido amino y butírico (GABA). (2)

En relación con el sistema NA, el *nucleus coeruleus* en los trastornos de ansiedad ha suscitado gran interés en los últimos años, el cual contiene un 70% de la noradrenalina cerebral y dispone de abundantes conexiones con la corteza cerebral, el sistema límbico, el tronco cerebral y el cerebelo. Este núcleo constituye el centro responsable del control de las reacciones de alarma que implica al sistema NA y las respuestas emocionales, recibiendo importante información de la formación reticular y de los núcleos sensoriales. Todos éstos factores permiten explicar los distintos fenómenos periféricos y centrales asociados con la ansiedad.

En la teoría de la 5-HT se establece en la observación de la disminución de la 5-HT en pacientes con trastornos de ansiedad, así mismo, los fármacos que disminuyen los síntomas de ansiedad severos actúan potenciando la transmisión serotoninérgica cerebral. Las neuronas serotoninérgicas de los núcleos del rafe ejercen una acción inhibitoria sobre el *nucleus coeruleus*, el hipocampo y la amígdala, estructuras implicadas en los mecanismos fisiopatológicos de la ansiedad.

Finalmente los receptores GABA, que es un neurotransmisor inhibitorio, ejerce acción ansiolítica al interactuar con las benzodiazepinas potenciando el efecto inhibitorio GABA. Estos tres neurotransmisores definen el modelo neurobiológico de la ansiedad (3) (4).

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos de ansiedad tienen una importante presencia entre los trastornos psiquiátricos, teniendo una de las más importantes prevalencias entre la población infantil

<<

TITULO:

Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en población abierta

ANTECEDENTES

La sensación de ansiedad es experimentada por todos los seres humanos, la cual se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable, que a menudo se acompaña de síntomas autonómicos como son diarrea, mareos, sudoración, hiperreflexia, hipertensión, palpitaciones, midriasis, inquietud, taquicardia, hormigueo de extremidades, temblores, molestias estomacales, frecuencia y urgencia urinaria (1)

Freud acuñó el término de neurosis de ansiedad en 1909, la cual podía ser originada ya sea por una alteración fisiológica en la represión de la libido con incremento fisiológico de la tensión sexual o por un conflicto intrapsíquico originado por un deseo o pensamiento reprimido. Tanto las fuentes de amenaza internas como externas producen señales (síntomas de ansiedad), que conducen al ego a poner en marcha mecanismos de defensa específicos para protegerse o para reducir el grado de excitación instintiva.

Actualmente se han desarrollado teorías biológicas en estudios en animales, así como en pacientes (1,2,3,4) con sintomatología ansiosa y su respuesta a diversos psicofármacos, en donde se ha comprobado que el sistema nervioso autónomo participa activamente en la manifestación de síntomas. Así mismo, se han estudiado diversos neurotransmisores que se encuentran relacionados con la respuesta de la ansiedad, como son la noradrenalina (NA), la serotonina (5-HT) y el ácido amino γ butírico (GABA). (2)

En relación con el sistema NA, el *nucleus coeruleus* en los trastornos de ansiedad ha suscitado gran interés en los últimos años, el cual contiene un 70% de la noradrenalina cerebral y dispone de abundantes conexiones con la corteza cerebral, el sistema límbico, el tronco cerebral y el cerebelo. Este núcleo constituye el centro responsable del control de las reacciones de alarma que implica al sistema NA y las respuestas emocionales, recibiendo importante información de la formación reticular y de los núcleos sensoriales. Todos éstos factores permiten explicar los distintos fenómenos periféricos y centrales asociados con la ansiedad.

En la teoría de la 5-HT se establece en la observación de la disminución de la 5-HT en pacientes con trastornos de ansiedad, así mismo, los fármacos que disminuyen los síntomas de ansiedad severos actúan potenciando la transmisión serotoninérgica cerebral. Las neuronas serotoninérgicas de los núcleos del rafe ejercen una acción inhibitoria sobre el *nucleus coeruleus*, el hipocampo y la amígdala, estructuras implicadas en los mecanismos fisiopatológicos de la ansiedad.

Finalmente los receptores GABA, que es un neurotransmisor inhibitor, ejerce acción ansiolítica al interactuar con las benzodiazepinas potenciando el efecto inhibitor GABA. Estos tres neurotransmisores definen el modelo neurobiológico de la ansiedad (3) (4).

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos de ansiedad tienen una importante presencia entre los trastornos psiquiátricos, teniendo una de las más importantes prevalencia entre la población infantil y adolescente(5)(6). En la población pediátrica con edades entre 7 y 11 años de edad, se ha encontrado que un 8.9% cumplían algún criterio para algún trastorno de ansiedad (7), mientras que en la población adolescente, el 8.7% presentaban una disfunción por trastorno de ansiedad que requería tratamiento(8).

Respecto a la prevalencia por tipo de trastorno, según criterios DSM-III-R, se encontró en niños de 11 años de edad, el 3.5% con ansiedad de separación, el 2.9% con trastorno de ansiedad excesiva y el 2.4% para una fobia simple (9).

ANSIEDAD EN NIÑOS PRE-ESCOLARES

La presencia de trastorno de ansiedad en niños pre-escolares presenta múltiples dificultades al tratar de establecer los posibles factores que la determina. Entre los factores relacionados con los trastornos de ansiedad encontramos al temperamento de tipo inhibido. La característica temperamental asociada en estos niños se define como la tendencia a ser tímido y/o mostrar miedo o rechazo a situaciones novedosas o fuera del contexto familiar. Se ha encontrado evidencia de que los niños con temperamento inhibido, en comparación con los de tipo no-inhibido, presentan significativamente mayor riesgo de trastornos psiquiátrico y de presentar dos o más trastornos de ansiedad (10). Entre los trastornos relacionados se encuentra el trastorno evitativo, el trastorno de ansiedad de separación y la agorafobia, por lo que este tipo de temperamento inhibido representa un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad en niños.

Otro factor vinculado con la presencia de trastorno de ansiedad es el tipo de vínculo establecido entre la madre y el niño. Se ha relacionado al vínculo inseguro con madres con algún tipo de trastorno de ansiedad y trastorno de ansiedad en los niños. Así, el vínculo inseguro puede ser otro factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de ansiedad en la edad infancia (11). Los estudios realizados sobre factores de riesgo para trastorno de ansiedad, no logran justificar en los problemas de vínculo o de temperamento por sí solos, como la causa de dichos trastornos. Por esta razón, importante tomar en cuenta otros factores que influyen en la presencia de los trastornos y otros factores que funcionan como elementos protectores a desarrollar dichos trastornos. Por tal motivo, se considera conveniente tener en cuenta un modelo integral como el propuesto por Manassis (12) que incorpora como múltiples factores al temperamento, vínculo, factores cognitivos, eventos del desarrollo, eventos traumáticos y tipos de apoyo. Estas variables proporcionan múltiples líneas de estudio a futuro.

ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARES.

La ansiedad es un síntoma común en la población escolar, la cual puede permanecer en forma subclínica y oculta. Se ha reportado la presencia de un 9.8% a 30.6% de niños no referidos a atención, presencia de síntomas de trastorno de ansiedad y un 10.7/ a 22.6% de fobias (13). Los síntomas mas comúnmente se relacionaron con sentimiento de competencia, necesidad excesiva de confianza, miedo a la oscuridad, temor a daño a la figura de vínculo y presencia de componentes somáticos. La forma de presentación de los síntomas de ansiedad varía con la adolescencia. Los niños de 5 a 8 años de edad generalmente refieren miedos irreales en relación con algún posible daño a los padres o figuras de vínculo, así como rechazo a asistir a la escuela. Mientras que en niños de 9 a

12 años manifiestan incremento significativo de estrés la cual es manifestada al momento de la separación. Los síntomas de ansiedad de separación se manifiestan de forma similar entre los niños y las niñas. El rechazo escolar se presenta en tres cuartas partes de los niños con trastorno de ansiedad de separación (14). Todas estas manifestaciones afectan el funcionamiento del niño. Algunos niños sin trastorno de ansiedad llegan a experimentar dificultad en el funcionamiento como resultado de la presencia únicamente de síntomas de ansiedad (15). Por tal razón, los síntomas de ansiedad pueden tener una importancia significativa y ser más que un fenómeno transitorio del desarrollo.

ANSIEDAD EN ADOLESCENTES:

La adolescencia es una etapa de innumerables cambios y adaptaciones asociados con la pubertad. En esta etapa existen diversas fuentes de ansiedad entre las que se encuentra necesidad de aceptación y convivencia social, consolidación de la identidad, sexualidad, búsqueda y conflictos de independencia. Los síntomas de ansiedad más frecuente reportados entre los adolescentes se encuentra el miedo a las alturas, miedo a hablar en público, ruborizarse, preocupación por comportamientos pasados y remordimiento (13). En la etapa peri-puberal viene a representar mayor vulnerabilidad para otros tipos de trastornos de ansiedad como son trastornos de pánico, agorafobia y fobia social. Los trastornos de pánico tienen su inicio en la etapa peri-puberal, mientras que no es observado en edad infantil. Se ha relacionado el periodo peri-puberal más que la edad en sí, en los trastornos de pánico (16). El trastorno de pánico es infrecuente antes del periodo peripuberal, encontrándose su edad de inicio a la mitad de la adolescencia, entre los 15 y 19 años (17) (18).

Se ha reportado en estudios retrospectivos, una historia de trastorno de ansiedad en la infancia en adultos con trastorno de pánico. La historia de trastornos de ansiedad de la infancia comparados con los que no la tenían, fue significativamente mayor asociada con trastorno de ansiedad y depresión en la edad adulta (19).

Respecto a la fobia social, es más común en la adolescencia temprana hacia la media, siendo similar el desarrollo entre los hombres y las mujeres (20).

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Es importante poder determinar los síntomas de ansiedad, la severidad y la presencia de trastornos ansiosos. La valoración clínica es muy importante para establecer diagnósticos tomando considerando el inicio de los síntomas de ansiedad, la evolución, los factores asociados, historia del desarrollo, historia escolar, historia psiquiátrica familiar, historia médica y examen mental. También se puede utilizar entrevistas psiquiátricas que pueden establecer o confirmar el diagnóstico. Para éste propósito se pueden utilizar las escalas de medición clínica, los auto-reportes o instrumentos de reporte diseñados para padres. Existen diversos tipos de instrumentos, los cuales se clasifican dependiendo de la forma en que valoran la ansiedad. E. Mash los clasifica de manera práctica dos formas de medición: 1) observacional 2) Autoreporte (20).

Dentro del método observacional, el cual valora las características motoras del niño relacionadas con ansiedad, utiliza la observación como método de medición. Entre éstos se encuentra (20) el Test de conducta evitativa (BAT), el cual se ha utilizado desde el año de 1900. Esta prueba valora la conducta motora del niño ante la interacción de diversos estímulos. También existe la Escala de Procedimiento Conductual (Lebaron -Zeltzer

1984) y la Escala Observacional de Estrés Conductual, que valora la respuesta motora ante los procedimientos médicos. Existen además instrumentos con método observacional del componente motor a través de cuestionarios. Esto permite valorar al niño en diferentes ambientes y por diferentes personas. Entre éstas se encuentra el Cuestionario de Miedo y Observación Directa en Casa, la Escala de Ansiedad de Separación para Padres y la Escala de Ansiedad de Separación para Maestros; todas bien documentadas (20).

Dentro de los auto-reportes se encuentran (20) las entrevistas de valoración conductual y emocional, las cuales pueden establecer desde un amplio rango de problemas, que incluyen el miedo y la ansiedad o nombrar solo la condición específica de miedo y ansiedad. Entre las primeras se encuentra la Entrevista Diagnóstica para niños y Adolescentes, Escala de Entrevista Diagnóstica para Niños, Entrevista para niños y la Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños. Entre las segundas se encuentra la Evaluación de Ansiedad en Niños, el Inventario de Trastorno de Estrés Postraumático en Niños y la Entrevista de Trastornos de Ansiedad para niños.

La escala para ansiedad en niños y adolescentes SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), se diseñó a partir de criterios del DSM-IV para ansiedad, con el fin de poder detectar síntomas de ansiedad (24). Para ello, se realizaron una serie de preguntas adecuadas para la edad de los niños y adolescentes de 8 a 18 años. Inicialmente se obtuvieron 85 preguntas en donde se identificaban síntomas de ansiedad general, ansiedad de separación, trastorno de pánico, fobia social y fobia escolar. Varias de éstas preguntas fueron similares, con diferentes estructura para dar una oportunidad de determinar la mejor construcción gramatical para los niños. La severidad de los síntomas de la escala autoaplicable para los niños y sus padres fue graduada de 0 a 2, en donde 0 significa no es cierto o rara vez es cierto, 1 significa a veces es cierto y 2 frecuentemente es cierto. Se redujo el número de preguntas de 85 a 38, con la finalidad incrementar la consistencia interna, seleccionándose las preguntas evocadores mayores a .40. Cuatro preguntas con coeficiente entre .30 y .39 fueron retenidas en la escala final de 38 preguntas debido a su relevancia clínica. Se realizó una traducción del SCARED al español, el cual fue utilizado en población clínica con similares respuestas a la escala original (25). Esta escala se ha aplicado a población clínica con buena respuesta, sin embargo no ha sido utilizada en población abierta.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son una de las psicopatologías con elevada prevalencia, afectando aproximadamente al 10% de los jóvenes (5) (6) (8). Estos trastornos se asocian con dificultades psicosociales, problemas escolares, baja autoestima e incremento de riesgo de comorbilidad con otros trastornos como depresión, suicidio y abuso de sustancias (22) (23). Los trastornos de ansiedad frecuentemente no son reconocidos o son subdiagnosticados, encontrándose síntomas significativos de ansiedad en niños no referidos a atención psiquiátrica (24).

Por tal motivo, es necesario validar instrumentos en español que proporcionen información de la severidad diagnóstica del tipo de trastorno de ansiedad, breves y autoaplicables con la finalidad de poder realizar amplios escrutinios y seguimiento de

dichos trastornos. El SCARED tiene dichas características, por lo que se considera un instrumento útil, por lo que su validación al español es considerada como una herramienta provechosa.

OBJETIVO

Determinar la validez de constructo y confiabilidad interinformante del instrumento SCARED traducida al español.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, transversal, sin cohorte control.

Se realizó la traducción de la escala de ansiedad para niños y adolescentes versión en inglés (SCARED) al español con retraducción y adaptación por panel de expertos, incorporándose la opinión de niños y adolescentes de donde surgió la versión final. Esta traducción y adaptación se utilizará para el presente estudio en población abierta.

Muestra: Se obtuvo la muestra de una población abierta de niños y adolescentes en etapa escolar, en una escuela regular con apoyo de asistencia privada F.P.A.P. Dr. José Ma. Alvarez, así como la escuela federal tecnológica 53, delegación Iztapalapa. La muestra corresponderá a un mínimo de 100 niños y 100 adolescentes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Niños mayores y adolescentes de edades de 8 a 18 años.
- Ambos sexos.
- Participación de alguno de los padres o del tutor respectivo.
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepte consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Síntomas de psicopatología que el clínico evaluó indirectamente con los profesores de los alumnos.
- La negativa de los padres a participar en el estudio
- Que no sepan leer o escribir.

VARIABLES

Independientes:

- Variables sociodemográficas: Corresponde a determinar el sexo, la edad y grado escolar de los niños y adolescentes seleccionados.

Dependientes:

- Ansiedad medida a través de la puntuación del SCARED del padre y del niño.

PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó la autorización en escuelas "regulares" para la aplicación del instrumento SCARED por censo. Se acudió a las aulas de clases y se les dio información sobre la finalidad del estudio

2. Se solicitó la participación al estudio de forma libre a niños y adolescentes, a los cuales se les proporcionará el instrumento. Igualmente se proporcionará la escala correspondiente para los padres de los niños y adolescentes que participaron. Se les permitió a los niños-adolescentes que se llevaran el cuestionario para ser contestados por sus padres.
3. Se dio información de la finalidad, forma de responder la escala y dudas previamente a su contestación.
4. Se resolvieron todas las dudas que surgieron en relación con el llenado de los cuestionarios y conceptos, con la finalidad de que se tuviera una adecuada comprensión de las preguntas entre los participantes y correcto llenado de las escalas.
5. Se les pidió además llenar la hoja correspondiente a datos personales y demográficos. Finalmente se recogieron los instrumentos contestados. Se eliminarán aquellos que fueran contestados incompletamente o de forma errónea.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. La variedad demográfica se analizó por medio de las tendencias medias, desviaciones estándar y análisis factorial.
2. Se empleará el análisis con rotación VARIMAX para establecer la validez de SCARED.
3. Se utilizará la prueba de correlación de Pearson para determinar la correlación interinformante entre los padres y sus hijos.

RESULTADOS:

Se proporcionaron 280 escalas a los alumnos potenciales de censar en las escuelas ya mencionadas, las cuales fueron proporcionadas a los niños, adolescentes y sus padres, del total solo 179 fueron debidamente contestadas tanto por los niños-adolescentes como por sus padres, que equivale a una tasa de respuesta del 63.9% siendo similar a tasa de respuesta en otros estudios (26).

Del total de la muestra ($n=179$ alumnos), el 50.6% fueron mujeres y el 49.4% fueron hombres. Los datos sociodemográficos se especifican en la tabla 1.

Con el análisis factorial por rotación VARIMAX de los principales componentes de las escalas, se formaron 5 factores tanto para los padres como para los niños y adolescentes. Con los valores obtenidos en cada uno de los 41 reactivos de las escalas para padres y de los niños-adolescentes, se integraron 5 factores obtenidos según sus características clínicas. Dicha distribución fue diferente entre todos los factores con excepción del factor 1 correspondiente a ansiedad de separación que fue igual entre los niños-adolescentes y sus padres. Esto se representa en la tabla 2.

La consistencia interna general de los 41 reactivos en las escalas para niños-adolescentes y padres tuvo un valor alfa de .90.

El análisis de la consistencia interna por factor presentaron los valores más altos para el factor 1, correspondiente para ansiedad de separación con los mismos valores alfa tanto para padres como para los niños-adolescentes (α 0.8), mientras que el factor 5 obtuvo los valores más bajos tanto para las escalas de los padres (correspondiente a fobia social con α de 0.40) como la de los niños-adolescentes (fobia escolar con α de 0.31). (Tabla 3).

Respecto al análisis de varianza total explicada fue similar con un porcentaje acumulado de 41.8% para el análisis de los padres y de 41.9% para el de los niños-adolescentes. El análisis de varianza por factor mostró los valores más significativos en ansiedad de separación (factor 1) tanto para los padres (4.8%) y ansiedad de separación para los niños-adolescentes (factor 1) (4.7%); mientras que los factores menos relevantes fue el factor 5 para padres correspondiente a fobia social (10.1%) y el factor 5 para los niños-adolescentes correspondiente a fobia escolar (10.7%) los cual se representa en la tabla 4.

El análisis factorial del instrumento correspondiente a los niños-adolescentes y sus padres se representa en las tablas 5 y 6.

La correlación de los factores específicos de las escalas para los padres y niños mostró solo valor significativo ($p= 0.002$) el factor 4 que corresponde a ansiedad generalizada para niños-adolescentes y fobia escolar para los padres, como se muestra en la tabla 7.

DISCUSIÓN:

El propósito del presente estudio fue observar el comportamiento en población abierta de la escala para ansiedad en niños y adolescentes (SCARED) traducida y adaptada al español por expertos. Los objetivos se alcanzaron realizándose el análisis de la escala en población abierta. No se estableció ningún análisis de cohorte debido a que el presente estudio no contempla dentro de sus objetivos estimar la incidencia o factores de riesgo en el grupo investigado ni descubrir si existe una relación entre causa-efecto o estimar la fracción atribuible de un grupo ante un factor de riesgo.

Del total de 280 niños y adolescentes a quienes se les proporciono la escala, solo la contestaron 179, los que corresponde a una tasa de respuesta del 63.9%. Esto es lo reportado como tasa de respuesta en otros estudios (26). Esta tasa de respuesta pudo deberse a que los niños y adolescentes con mayor ansiedad no desearan contestarlo ya que pueden temer el ser etiquetados con problemas psiquiátricos. También puede explicarse por la falta de participación de los padres en los asuntos de sus hijos, como expresión de una psicopatología familiar. Ambos casos nos hace pensar en niveles de ansiedad altos entre los hijos de éstas familias. Esto implicaría posiblemente que la muestra pudiera excluir a los niños y adolescentes con síntomas de ansiedad más significativos.

Para aclarar ésta aseveración, sería interesante realizar otro estudio en donde se tomaran en cuenta los factores sociodemográficos y funcionamiento familiar y observar que factores familiares influyen en la manifestación de la ansiedad en los niños y adolescentes.

En el presente estudio del SCARED se formaron 5 factores correspondientes para padres y niños al igual que en los estudios clínicos.

La consistencia interna total para ambos reportes (padres e hijos) de la población abierta fue similar (α 0.90) a los encontrados en los estudios clínicos (α de 0.87). En relación con la consistencia interna por factor, los valores menos significativos en ambos estudios se relacionaron con fobia social y fobia escolar. Sin embargo, el presente estudio mostró muy baja relevancia en los factores de fobia social para padres y fobia escolar para los niños-adolescentes. Esto puede explicarse a una baja en la sensibilidad de los padres en población clínica para detectar la ansiedad en la socialización de sus hijos, suponiendo que puede ser una conducta "propia" de su hijo. Estos son frecuentemente obligados a realizar actividades de socialización en contra de su voluntad para cubrir las expectativa de los padres. Esto seguramente generará más síntomas de ansiedad. Por tal motivo, es importante "educar" a los padres sobre dichos síntomas y hacer detecciones tempranas para disminuir las complicaciones. En relación con la pobre relevancia el factor de fobia escolar en los reportes de niños y adolescentes seguramente se debe al tipo de población estudiada (población abierta), la cual asiste regularmente a la escuela y no presenta dificultades para acudir a la misma.

La correlación Inter-informante mostró baja significancia, en el presente estudio fueron similares a los encontrados en los estudios clínicos previos (24). La correlación más significativa corresponde a los reactivos fobia escolar para padres y ansiedad general para niños-adolescentes, lo cual refleja la dificultad de los informantes para diferenciar las diversas manifestaciones de ansiedad.

En resumen, podemos decir que la escala de ansiedad (SCARED) traducida al español

puede ser un instrumento útil por ser breve y de fácil aplicación permitiendo identificar los síntomas de ansiedad en la población abierta.

CONCLUSIONES:

1. El presente estudios mostró que la escala SCARED tuvo un comportamiento similar a los estudios en población clínica.
2. El SCARED mostraron similar comportamiento en formación de factores, baja consistencia interna por factor y tipo de correlación interinformante.
La correlación interinformante más significativa corresponde a los reactivos fobia escolar para padres y ansiedad general para niños-adolescentes, lo cual refleja la dificultad de los informantes para diferenciar las diversas manifestaciones de ansiedad.
3. La principal diferencia con los estudios céntricos se relacionó en la distribución de los reactivos. Esto puede deberse a las diferentes tipos de población.
4. La escala SCARED en población abierta tuvo mayor significado para los factores de ansiedad de separación tanto para los padres como para los niños-adolescentes.
5. La escala SCARED mostró menor relevancia entre los síntomas que podrían ser menos evidentes o menos frecuentes en una población infantil-adolescente escolar "sana" como es la fobia social y la fobia escolar.
6. Es conveniente realizar más estudios de SCARED en población abierta tomando en cuenta otros factores como nivel socioeconómico, tipo de escuela y funcionamiento familiar, para observar su comportamiento.
7. Es necesario realizar un análisis de validez de contenido, además de un estudio cualitativo a fin de comprobar que el contenido es comprendido por padres e hijos.
8. En resumen, podemos decir que la escala de ansiedad (SCARED) traducida al español puede ser útil para identificar los síntomas de ansiedad en población abierta y ofrece ser un instrumento de selección oportuna para intervenciones tempranas que debe considerarse en las políticas de salud mental escolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan Harold, Sadock Benjamín, Grebb Jack, Sinopsis de Psiquiatría, 1997; 7° Ed. Edit.Panamericana, 723-750.
2. Brawman O, MD, Lydiart B.Ph.D.: Biological Basis of Generalized Anxiety Disorder, J. Clin Psychiatry, 1997; 58((3) 18-21.
3. Mardomingo M, Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Ed. Díaz de Santos, 1994, 294-296.
4. Salín Pascual R.: Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997, 1° Ed.: 1139-147.
5. Kashani JH, Orvaschel H.: A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents. Am. J. Psychiatry, 1990; 147:313-314.
6. Bernstein GA, Borchardt CM.: Anxiety Disorder in Childhood and Adolescent: A Critical Review. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1991;30: 519-532.
7. Costello EJ.: Child Psychiatry Disorders and their Correlates: A Primary Care Pediatric Sample. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1989; 28:851-855.
8. Kashani JH, Orvaschel H.: Anxiety Disorders in Midadolescence: A Community Sample. Am. J. Psychiatry, 1988; 145:960-964.
9. Bowen RC., Offord DR, Boyle MH.: The Prevalence of Overanxious Disorders and Separation Anxiety Disorder: Results from the Ontario Child Health Study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990; 29:753-758.
10. Biederman J, Rosebaum JF, Bolduc-Murphy EA et al.: A 3 Year Follow-up on Children with and without Behavioral Inhibition. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993; 32:814-821.
11. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson: Attachment in Mothers with Anxiety Disorders and their Children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1994,; 33:1106-1113.
12. Bell-Dolan DJ, Last CG, Strauss CC: Symptoms of Anxiety Disorders in Normal Children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1990; 29:759-765
13. Last CG, Francis G, Hersen M, Kasdin AE, Straus CC: Separation Anxiety and School Phobia: A Comparison using DSM-III Criteria. Am. J. Psychiatry, 1987; 144:635-657.
14. American Academy of Child Adolescent Psychiatry: AACAP Official Action: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of anxiety disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993; 32:1089-1098.

15. Hayward C, Killen JD, Hammer LD et al: Puberal Stage and Panic Attack in Six and Seventh Grade. *AM. J. Psychiatry*, 1992; 149:1239-1243.
16. Black B, Robbins DR: Case Study: Panic Disorder in Children and Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990; 29:36-44.
17. Kein DF, Mannuzza S, Chapman T, Fyer AJ: Child Panic Revised. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1992; 31:112-116.
18. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S et al: Relationship of Childhood Anxiety to Adult Panic Disorder: Correlates and Influence on Course. *Am. J. Psychiatry* 1996;153:376-381.
19. Schneier FR, Jonson J, Horing CD, Liebowitz MR, Weissman MM: Social Phobia: Comorbidity in an Epidemiologic Sample. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992; 49:282-288.
20. Mash E., La E., Terdal L.G, *Assessment of Childhood Disorders*, Ed. Guilfort Press, 1997, 3rd ed.: 241-248.
21. Lipsitz JD, Martin L, Mannuza S et al.: Childhood Separation Anxiety Disorders in Patients with Adult Anxiety. *Am. J. Psychiatry*, 1994;151:927-929.
22. Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakis B, Silverman AB Frost AK: Psychosocial Risk for Mayor Depression in Late Adolescent: A Longitudinal Community Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1993; 32:1155-1163.
23. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M et al: Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1993; 45:1120-1126.
24. Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarphal, M.D., David Brent M.D., et al: The Screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale contruction and psychometric characteristics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psichciatry*, 1997; 36:4: 545-549.
25. J. Vicuña, M.D., Del Bosque J, M.D.: Traducción, sensibilidad y confiabilidad del la escala para ansiedad para niños y adolescentes (SCARED), Trabajo de tesis para subespecialidad en psiquiatría infantil, hospital J. N. Navarro, 1997.
26. De la Peña, F., et al: Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud mental*, 1999; Vol 22(4),229-233.
- 27.

I.- Apéndice

Auto-reporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA)

Adaptada por Dr. Francisco de la Peña y Dr. Félix Higuera de la Clínica de la adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, con permiso del autor Boris Birmaher

Versión para padres

Nombre : _____ Fecha : _____ Expediente#: _____

Instrucciones:

Esta es una lista de frases que describen como se siente su hijo. Marque el **0** si casi nunca o nunca es cierto, el **1** si es cierto algunas veces, el **2** si casi siempre o siempre es cierto durante las últimas dos semanas. Por favor contéstelas lo mejor que pueda.

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre
1. Cuando siente miedo, no puede respirar bien			
2. Cuando esta en la escuela , se queja de dolor de cabeza			
Le desagrada estar con personas que no conoce bien			
3. Le da miedo dormir en otras casas que no sea la suya			
4. Se preocupa si le cae bien a los demás			
5. Cuando tiene miedo, mi hijo siente que se va a desmayar.			
6. Mi hijo es un niño muy nervioso.			
7. Mi hijo me sigue a todas partes a donde voy.			
8. La gente dice que mi hijo se ve nervioso.			
9. Mi hijo se pone nervioso con personas que no conoce.			
10. Cuando está en la escuela le duele la panza.			
11. Cuando tiene mucho miedo, siente que se va a volver loco.			
12. Se preocupa cuando duerme solo(a).			
13. Se preocupa de no ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en la escuela).			
14. Cuando tiene mucho miedo, siente como si las cosas no fueran reales.			
15. En las noches sueña que cosas feas le van a pasar a sus papás.			
16. Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.			
17. Cuando tiene mucho miedo, su corazón late muy rápido			

18. En las noches sueña que le va a pasar algo malo.			
19. Le tiemblan las manos			
20. Le preocupa pensar como le van a salir las cosas.			
21. Cuando tiene miedo, suda mucho.			
22. Se preocupa mucho.			
23. Se preocupa sin motivo.			
24. Estar solo(a) en la casa le da miedo.			
25. Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce.			
26. Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar.			
27. Las personas le dicen que se preocupa mucho.			
28. No le gusta estar lejos de su familia.			
29. Tiene miedo de tener ataques de pánico.			
30. Le preocupa pensar que algo malo le pase a sus papás.			
31. Le da pena estar con personas que no conoce.			
32. Le preocupa qué pasará con el cuando sea grande.			
33. Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.			
34. Le preocupa saber si hace las cosas bien.			
35. Le da miedo ir a la escuela.			
36. se preocupa por las cosas que pasaron.			
37. Cuando tiene miedo, se siento mareado(a).			
38. Se pone nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo : leer en voz alta, hablar, jugar).			
40. Se pone nervioso cuando va a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conoce.			
41. Es tímido(a).			

Auto-reporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA)

Adaptada por Dr. Francisco de la Peña y Dr. Félix Higuera de la Clínica de la adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, con permiso del autor Boris Birmaher

Versión para adolescentes

Nombre : _____ Fecha: _____ Expediente _____

Instrucciones:

Esta es una lista de frases que describen como te sientes. Marca para cada oración según te suceda. Marca **0** si es nunca, **1** si es algunas veces o **2** si es casi siempre o siempre es cierto, durante las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas.

Nunca Algunas veces Casi siempre

1. Cuando tengo miedo, no respiro bien			
2. Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza			
3. Me molesta estar con personas que no conozco.			
4. Cuando duermo en una casa que no es la mía, siento miedo.			
5. Me preocupa saber si le caigo bien a las personas.			
6. Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.			
7. Soy muy nervioso.			
8. Sigo a mis papas a donde ellos van.			
9. Las personas me dicen que me veo nervioso(a).			
10. Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco.			
11. Cuando estoy en la escuela me duele la panza.			
12. Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco.			
13. Me preocupo cuando duermo solo(a).			
14. Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en la escuela).			
15. Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales.			
16. En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papas.			
17. Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.			
18. Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido.			
19. Me tiemblan las manos.			
20. En las noches sueño que me va a pasar algo malo.			
21. Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.			
22. Cuando tengo miedo, sudo mucho.			

23. Me preocupo mucho.			
24. Me preocupo sin motivo.			
25. Estar solo(a) en casa me da miedo.			
26. Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.			
27. Cuando tengo miedo, siento que no puede tragar.			
28. Las personas me dicen que me preocupo mucho.			
29. No me gusta estar lejos de mi familia.			
30. Tengo miedo de tener ataques de pánico.			
31. Me preocupa pensar que algo malo le pase a mis papas.			
32. Me da pena estar con personas que no conozco.			
33. Me preocupa que pasará conmigo cuando sea grande.			
34. Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.			
35. Me preocupa saber si hago las cosas bien.			
36. Me da miedo ir a la escuela.			
37. Me preocupo por las cosas que pasaron.			
38. Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).			
39. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo : leer en voz alta, hablar, jugar).			
40. Me pongo nervioso cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco.			
41. Soy tímido(a).			

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	media	DS
Hombres N(%) 83 (49.4)	11 años	±2
Escolaridad Hombres	6° grado	±2
Mujeres N(%) 85 (50.6%)	12 años	±2
Escolaridad mujeres	7° grado	±2

Tabla 2. Distribución de los factores padres-hijos

Factores para padres	Factores para niños
Factor 1 ansiedad de separación	Factor 1 ansiedad de separación
Factor 2 pánico/somatización	Factor 2 Fobia social
Factor 3 ansiedad general	Factor 3 Pánico/ somatización
Factor 4 fobia escolar	Factor 4 ansiedad general
Factor 5 Fobia social	Factor 5 Fobia escolar

Tabla 3. Valores de los factores para padres e hijos

Factor padres	Factor niños-adolescentes
Ansiedad de separación alfa 0.8	Ansiedad de separación alfa 0.8
Pánico/somatización alfa 0.7	Fobia social alfa 0.7
Ansiedad general alfa 0.8	Pánico/somatización alfa 0.7
Fobia escolar alfa 0.5	Ansiedad general alfa 0.7
Fobia social alfa 0.4	Fobia escolar alfa 0.3

Tabla 4.
 Varianza de los diferentes factores

Factor Padres	% varianza	% acumulado
1 Ansiedad de separación.	4.8	
2 Pánico/somatización	7.0	
3 Ansiedad general	9.7	
4 Fobia escolar	10.2	
5 Fobia social	10.2	41.8

Factor niños-adolescentes	% varianza	% acumulado
Ansiedad de separación	4.7	
Fobia social	8.1	
Pánico /somatización	8.3	
Ansiedad general	9.8	
Fobia escolar	10.7	41.9

Tabla 5. Estructura factorial del SCARED para padres

N° de reactivo	Factor 1 ansiedad de separación	Factor 2 pánico/so matización	Factor 3 ansiedad general	Factor 4 fobia escolar	Factor 5 Fobia social
1. Cuando siente miedo, no puede respirar bien			0.5		
2. Cuando esta en la escuela , se queja de dolor de cabeza				0.4	
3. Le desagrada estar con personas que no conoce bien	0.5				
4. Le da miedo dormir en otras casas que no sea la suya				0.47	
5. Se preocupa si le cae bien a los demás					0.58
6. Cuando tiene miedo, mi hijo siente que se va a desmayar.		0.5			
7. Mi hijo es un niño muy nervioso.					-0.33
8. Mi hijo me sigue a todas partes a donde voy.	0.47				
9. La gente dice que mi hijo se ve nervioso.				0.39	
10. Mi hijo se pone nervioso con personas que no conoce.			0.58		
11. Cuando está en la escuela le duele la panza.			0.42		
12. Cuando tiene mucho miedo, siente que se va a volver loco.		0.49			
13. Se preocupa cuando duerme solo(a).		0.33			
14. Se preocupa de no ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en la escuela).					0.58
15. Cuando tiene mucho miedo, siente como si las cosas no fueran reales.		0.57			
16. En las noches sueña que cosas feas le van a pasar a sus papás.	0.61				
17. Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.					0.43
18. Cuando tiene mucho miedo, su corazón late muy rápido			0.61		
19. En las noches sueña que le va a pasar algo malo.		0.49			
20. Le tiemblan las manos	0.54				
21. Le preocupa pensar como le van a salir las cosas.	0.56				
22. Cuando tiene miedo, suda mucho.				0.75	
23. Se preocupa mucho.	0.5				
24. Se preocupa sin motivo.			0.29		
25. Estar solo(a) en la casa le da miedo.			0.45		
26. Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce.	0.7				
27. Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar.		0.47			
28. Las personas le dicen que se preocupa mucho.		0.5			
28. No le gusta estar lejos de su familia.	0.58				
30. Tiene miedo de tener ataques de pánico.		0.46			
31. Le preocupa pensar que algo malo le pase a sus papás.	0.69				
32. Le da pena estar con personas que no conoce.			0.62		
33. Le preocupa qué pasará con el cuando sea grande.				0.37	
34. Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.		0.53			
35. Le preocupa saber si hace las cosas bien.	0.55				
36. Le da miedo ir a la escuela.				0.5	
37. se preocupa por las cosas que pasaron.		0.33			
38. Cuando tiene miedo, se siento mareado(a).		0.48			
39. Se pone nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo : leer en voz alta, hablar, jugar).			0.63	0.43	
40. Se pone nervioso cuando va a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conoce.				0.43	
41. Es tímido(a).			0.45		

Tabla 6. Estructura factorial del SCARED para hijos

N° de reactivo	Factor 1 Ansiedad de separación	Factor 2 Fobia social	Factor 3 Pánico somatización	Factor 4 ansiedad general	Factor 5 Fobia escolar
1. Cuando tengo miedo, no respiro bien	0.42				
2. Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza	0.44				
3. Me molesta estar con personas que no conozco.					0.5
4. Cuando duermo en una casa que no es la mía, siento miedo.	0.48				
5. Me preocupa saber si le caigo bien a las personas.				0.51	
6. Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.			0.54		
7. Soy muy nervioso.			0.52		
8. Sigo a mis papas a donde ellos van.	0.36				
9. Las personas me dicen que me veo nervioso(a).			0.49		
10. Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco.		0.58			
11. Cuando estoy en la escuela me duele la panza.	0.46				
12. Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco.					-0.49
13. Me preocupo cuando duermo solo(a).	0.49				
14. Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en la escuela).	0.48				
15. Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales.			0.42		
16. En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papas.	0.35				
17. Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.				0.36	
18. Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido.		0.52			
19. Me tiemblan las manos.			0.45		
20. En las noches sueño que me va a pasar algo malo.	0.51				
21. Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.				0.66	
22. Cuando tengo miedo, sudo mucho.					-0.41
23. Me preocupo mucho.			0.55		
24. Me preocupo sin motivo.	0.42				
25. Estar solo(a) en casa me da miedo.		0.45			
26. Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.		0.71			
27. Cuando tengo miedo, siento que no puede tragar.	0.55				
28. Las personas me dicen que me preocupo mucho.			0.71		
29. No me gusta estar lejos de mi familia.					0.56
30. Tengo miedo de tener ataques de pánico.			0.44		
31. Me preocupa pensar que algo malo le pase a mis papas.				0.53	
32. Me da pena estar con personas que no conozco.		0.55			
33. Me preocupa que pasará conmigo cuando sea grande.				0.52	
34. Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.	0.56				
35. Me preocupa saber si hago las cosas bien.				0.75	
36. Me da miedo ir a la escuela.	0.52				
37. Me preocupo por las cosas que pasaron.				0.43	
38. Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).	0.55				
39. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo : leer en voz alta, hablar, jugar).		0.38			
40. Me pongo nervioso cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco.		0.69			
41. Soy tímido(a).			0.38		

Tabla 7. Valores de correlaciones de Pearson padres-hijos

	Factor 1 Hijos	Factor 2 Hijos	Factor 3 Hijos	Factor 4 Hijos	Factor 5 Hijos
Factor 1Padres Correlación Sig.	-0.14 .85				
Factor 2Padres Correlación Sig.		-.006 .94			
Factor 3Padres Correlación Sig.			-.64 .41		
Factor 4padres Correlación Sig.				.23 .002	
Factor 5Padres Correlación Sig.					-.090 .24