



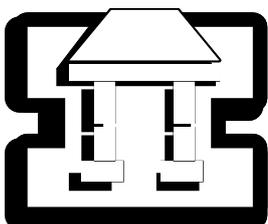
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**BAREMACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD
MANIFIESTA (CMAS-R) EN ADOLESCENTES
DE 15 AÑOS**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
JUAN CARLOS CAMACHO ROBLES**

**DICTAMINADORAS:
MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA
MTRA. ANA ELENA DEL BOSQUE FUENTES
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ**





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.

Muchísimas gracias a todas y cada una de las personas que, de algún modo u otro, contribuyeron en mi formación profesional e hicieron posible la realización de éste trabajo, con el cual concluye una de las etapas más significativas y fructíferas de mi vida.

Un agradecimiento especial a toda mi familia, sobre todo a mis padres, ya que sin ellos todo este esfuerzo no hubiera sido posible, y pueden estar orgullosos, pues el logro de esta meta les corresponde a ellos.

Además, mi reconocimiento y gratitud a ti, Rosario, por estar conmigo en las buenas y en las malas, compartiendo mis sacrificios y desvelos en mi formación profesional, e impulsándome a seguir adelante. Sabes que eres una de las personas más importantes en mi vida y esperemos continuar así por siempre.

Por último, un agradecimiento a todos mis profesores, en especial a mis asesoras en este proyecto, por su paciencia y comprensión, así como por el conocimiento que me brindaron sin más interés que el de ayudarme a ser un buen psicólogo.

ÍNDICE TEMÁTICO

RESUMÉN

INTRODUCCIÓN	1
1. LA ANSIEDAD	3
1.1. Definición de ansiedad	3
1.2. La ansiedad en la infancia y la adolescencia	8
1.3. Clasificación de la ansiedad en la infancia y la adolescencia	14
1.3.1. Ansiedad de separación	17
1.3.2. Agorafobia sin historia de pánico	18
1.3.3. Fobia social	19
1.3.4. Fobia específica	20
1.3.5. Trastorno de pánico con agorafobia	22
1.3.6. Trastorno de pánico sin agorafobia	23
1.3.7. Trastorno obsesivo- compulsivo	24
1.3.8. Trastorno por estrés postraumático	27
1.3.9. Trastorno por estrés agudo	28
1.3.10. Trastorno por ansiedad generalizada	29
1.3.11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	30
1.3.12. Trastorno de ansiedad no especificado	30
1.4. Causas de la ansiedad en la infancia y la adolescencia	31
1.5. Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes	38
1.5.1. Procedimientos y técnicas de evaluación	39

METODOLOGÍA	43
RESULTADOS	47
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	55

RESUMEN

La ansiedad puede ser definida de manera general como una reacción emocional evocada cuando el individuo percibe una situación específica como amenazante, sin importar si existe un peligro presente. Ésta es uno de los trastornos más frecuentes entre los niños y los adolescentes, debido en parte a los diversos cambios que se sufren en estas etapas críticas del desarrollo humano. Se ha encontrado cierta relación entre padres e hijos en la adquisición de la ansiedad, ya sea por herencia o por aprendizaje social. Lo cierto es que la presencia de este trastorno en estas etapas de la vida puede tener graves repercusiones tanto en el desempeño actual del individuo así como en su posterior desarrollo, por lo que una oportuna evaluación y detección lo antes posible se vuelve indispensable, para canalizar al individuo al tratamiento correspondiente y evitar posibles complicaciones.

Dentro de los métodos utilizados para evaluar y diagnosticar la ansiedad se encuentran los cuestionarios de autoinforme, en los que el individuo da un reporte escrito de sus emociones y conductas relacionadas con la ansiedad a través de una serie de afirmaciones. Entre estos instrumentos de evaluación destaca la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes (CMAS-R) de Reynolds y Richmonds. El CMAS-R 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 contestando afirmaciones con la respuesta “Si” o “No”, con lo que se determina la puntuación de *Ansiedad total*. Además, la CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescalas denominadas: a) *Ansiedad fisiológica*, b) *Inquietud/hipersensibilidad*, c) *Preocupaciones sociales/ concentración* y d) *Mentira*.

Sin embargo, las tablas del instrumento que se han utilizado en México fueron hechas a partir de una muestra de la población de Uruguay y a veces puede existir diferencias entre una y otra población debido a factores socioculturales entre otros. Por tal motivo, se realizó la baremación del instrumento a la población mexicana en una muestra de 100 adolescentes, 50 hombres y 50 mujeres, de 15 años de edad de dos instituciones de educación media superior, utilizándose para tal fin un diseño transversal de una sola aplicación. En los resultados no se observó una diferencia significativa entre ambas poblaciones, aunque si ligeras variaciones que podrían afectar de algún modo el diagnóstico de el trastorno ansioso en adolescentes de 15 años cuando se utiliza este un instrumento.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es parte de nuestra vida, y en dosis manejables, puede motivar a los individuos a desarrollarse y crecer. Sin embargo, la presencia de esta ansiedad en cantidades mayores puede desencadenar toda una serie de trastornos, que incluso lleguen a afectar de forma considerable el desempeño del individuo en las diversas esferas de su actividad diaria.

Estos desórdenes de ansiedad pueden manifestarse de diferentes formas: fobias, rechazo escolar, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos físicos cuyo origen tiene una base psicológica, por mencionar algunos.

Un gran número de teorías han sido propuestas para tratar de explicar por qué aparecen estos trastornos y cómo es que se desarrollan, las cuales abarcan principalmente factores biológicos, psicológicos y ambientales, que al conjuntarse o de forma aislada dan como resultado la aparición de dichos trastornos.

Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de estudios realizados en adultos que tratan de dar luz acerca de la ansiedad, la investigación en niños y adolescentes no ha tenido tanto auge, aún cuando diversos autores están de acuerdo en que en estas etapas cruciales del desarrollo es cuando suelen aparecer con más frecuencia este tipo de trastornos, además de la gran vulnerabilidad propia de estas edades por los diversos cambios tanto físicos como emocionales que sufren los niños y adolescentes en su constante lucha por adaptarse a un mundo dominado por los adultos.

Esta ausencia de investigación es ocasionada por diversos factores, entre los que se encuentran: la gran discrepancia en las definiciones y clasificaciones de los diferentes autores; la dificultad de diferenciar lo que es una conducta “normal” de una patológica, ya que como se mencionó, la ansiedad en cantidades no muy elevadas es normal y en ocasiones hasta deseable; la dificultad en el diagnóstico derivada de las diversas clasificaciones, y por ende, de los instrumentos utilizados por cada autor para la evaluación de la ansiedad; los enormes cambios que sufren los niños en estas etapas, es lo que hace más difícil identificar un trastorno de esta naturaleza.

Una de estas dificultades se encuentra en la variación de resultados en distintas poblaciones de los instrumentos que evalúan la ansiedad, ya que como mencionan Hagopian y Ollendick (1997), tanto el lugar donde se hace la evaluación como la edad de las personas a

las que se les aplica son factores que influyen en el resultado de las evaluaciones. Esto ocurre con la Escala de Ansiedad Manifiesta (Reynolds y Richmond, 1978), la cual fue desarrollada en Estados Unidos, contando en dicho país con puntuaciones específicas para las poblaciones negra y blanca. Posteriormente fue traducida y adaptada en Uruguay, siendo las puntuaciones obtenidas en éste país las que se han utilizado en la Unidad de Evaluación Psicológica Iztacala, pero no fue adaptada a la población mexicana y a sus particularidades, lo que se podría traducir en variaciones que pueden llegar a ser considerables en el correcto diagnóstico de estos trastornos.

Por tal motivo, en el presente reporte de investigación se pretende la baremación de dicha escala para una muestra con un rango de edad comprendido en los 15 años, con el propósito de que el proceso de evaluación de este tipo de trastornos sea más exacto y dé pie a un diagnóstico y un tratamiento eficaz y oportuno.

CAPÍTULO 1

LA ANSIEDAD

El miedo y la ansiedad siempre han formado parte de la existencia humana, siendo fenómenos universales que forman parte del entramado del desarrollo humano. 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. Sin embargo, en algunos casos la ansiedad puede ser nociva para el funcionamiento efectivo del individuo, siendo probable que el nivel de ansiedad del individuo sea tan elevado que éste no pueda tomar decisiones o acciones adecuadas para resolver un problema, e interferir con los procesos de pensamiento racional, lógico. En este caso, la ansiedad se vuelve un problema clínico que necesita terapia profesional para resolverse. Además, los trastornos de ansiedad son muy comunes entre la población en general y clínica, ya que los datos sobre prevalencia vital para cualquier trastorno de ansiedad indican que entre un 5 y un 25 por 100 de la población ha padecido alguna alteración de este tipo, siendo las fobias los más comunes, particularmente las fobias específicas.

En el siguiente apartado se analizarán las características y peculiaridades de este trastorno que puede trastocar el funcionamiento normal del individuo que lo padece

1.1. Definición de ansiedad.

Uno de los primeros autores que definió el temor fue Darwin (1872, citado en Reynolds y Richmond, 1978) quien sugiere que las reacciones de miedo se desarrollan a lo largo de un proceso de selección natural, además de que describió manifestaciones físicas específicas del miedo. Por otra parte, un filósofo árabe sostenía que la ansiedad es una condición universal y básica de la existencia humana (Kritzech, 1956, citado en Reynolds y Richmond, 1978).

En términos generales se puede equiparar la ansiedad al miedo y definirla como un conjunto de respuestas emocionales que permiten al organismo reaccionar ante una situación de peligro. La ansiedad en principio es una respuesta necesaria, adaptativa y

compartida evolutivamente por muchas especies (Servera y Tortella-Feliu, 2002). Para Barrios y O' Dell (1998, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) la definición del problema es el mismo: miedos y respuestas de ansiedad forman parte del comportamiento típico de niños y adultos, tienen una función adaptativa, son hasta cierto punto deseables, y sólo en algunos casos y ante determinadas características, son consideradas patológicas. Marks (1969, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) señala como características de la ansiedad el ser irracional, involuntaria, interfiriente con la vida cotidiana y que provoca la aparición de respuestas específicas respecto al estímulo o situación.

Sin embargo, aunque el miedo, la angustia y la ansiedad suelen ser considerados como sinónimos y han sido utilizados de forma polisémica en la bibliografía psicológica, esto debido según Toledo, Ferrero y Barreto (2000) a que tanto el término "ansiedad" como el de "angustia" derivan de la misma raíz indogermánica, *ángh*, que significa malestar, estrechez o constricción. Sin embargo, algunos autores mencionan algunas diferencias entre estos conceptos, como Sexto (2000) quien nos dice que la palabra angustia significa estrangulamiento, referido a la sensación de opresión precordial y que es la respuesta biológica a un peligro exterior, coexistiendo la sensación de temor ante la posibilidad de la presentación súbita de crisis. Esta misma autora refiere, en cuanto a la ansiedad, que ésta es una inquietud del ánimo, lo que permite inferir que está relacionada con los afectos, con la sensación casi constante de peligro inminente, a veces hasta destructor, que invade la totalidad del "ser", con un componente subjetivo que lo califica y otro somático que lo objetiviza, en tanto que el miedo es la palabra que casi siempre utilizan los niños y algunos adultos para expresar por igual la angustia o la ansiedad. El miedo es, en rigor, la respuesta a una situación concreta de amenaza real. También la tradición psiquiátrica adoptó la tradición entre ansiedad, en la que predomina un componente psíquico, y angustia, en la que predomina un componente somático (Sandín y Chorot, 1995, citado en Toledo et al, 2000).

También en el modelo conductual es posible establecer algunas diferencias entre miedo y ansiedad en las personas. En este sentido, Gray (1971, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) entiende que los miedos son respuestas instintivas y universales. Los miedos forman parte del desarrollo normal del niño, son transitorios, van asociados a sus etapas evolutivas y tienen un gran valor adaptativo. En cambio, la ansiedad ocurre cuando las sensaciones de

miedo y malestar presentan alguna de estas características: son anticipatorias a estímulos reales, a estímulos imaginarios o bien se asocian a situaciones difusas e inespecíficas. Incluso existe la posibilidad de que los pensamientos de peligro, la reactividad fisiológica y el malestar no pueden asociarse a ninguna situación en particular, lo que se acerca al término de estrés. Por lo anterior, el concepto de ansiedad debe distinguirse del miedo, ya que consideraremos al miedo como una respuesta inmediata hacia una situación amenazadora, mientras que es probable que la ansiedad ocurra cuando no haya una amenaza real para el individuo. Por su parte, Barlow (1988) dice que el miedo es una “alarma primitiva” del organismo ante la existencia de peligros presentes, asociada a un sistema defensivo ancestral que prepara al organismo para la reacción primitiva de “lucha-huída”. En cambio, la ansiedad, o “aprensión ansiosa”, es más bien una combinación difusa de emociones orientada hacia el futuro, que se asocia a una “estructura cognitivo-afectiva” y a la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad.

Spielberg (1972, citado en Reynolds y Richmond, 1978) distingue entre estrés, amenaza y ansiedad, y nos dice que el estrés se refiere a las propiedades objetivas del estímulo de una situación; la amenaza alude a la percepción idiosincrática que tenga el individuo de una situación particular como peligrosa física o psicológicamente; mientras que la ansiedad la describe como una reacción emocional evocada cuando el individuo percibe una situación específica como amenazante, sin importar si existe algún peligro presente.

En años recientes, los psicólogos conductuales han descartado el concepto de ansiedad como un estado emocional. Prefieren examinar la ansiedad en términos de un estímulo o condición específicos bajo los cuales ocurre.

Otros psicólogos consideran la ansiedad como una interrelación compleja de emociones o rasgos humanos. Por ejemplo, Catell (1966) y Catell y Sélter (1961, citados en Reynolds y Richmond, 1978) describen la ansiedad como un factor de segundo orden. Los componentes de primer orden de la ansiedad incluyen la debilidad del yo, la tensión érgica, la tendencia a la culpa, integración defectuosa del autosenntimiento y durabilidad o desconfianza.

Gottschalk y Gleser (1969, citado en Reynolds y Richmond, 1978) consideran la ansiedad como un concepto multimodal y clasificable dentro de seis categorías: muerte, mutilación, separación, culpabilidad, vergüenza, y ansiedad difusa o no específica, mientras que Katz y Zigler (1967, citado en Reynolds y Richmond, 1978) trataron tanto el tema de autoconcepto como el de culpabilidad con relación a la ansiedad.

Maher (1966) y Spielberg (1979, citados en Reynolds y Richmond, 1978) también se refieren a la culpa como una forma social o un caso de ansiedad.

Freud (1924, citado en Reynolds y Richmond, 1978) expresa que la ansiedad es algo que se siente como un estado afectivo desagradable o una condición que es una respuesta simple ante un estímulo.

En esta misma línea está Izard (1972, citado en Reynolds y Richmond, 1978) quien considera a la ansiedad como una combinación variable de emociones fundamentales de angustia, furia, vergüenza (incluyendo culpabilidad y timidez) y de emoción- interés.

May (1977, citado en Reynolds y Richmond, 1978) describe la ansiedad como una respuesta humana dirigida hacia la reducción o destrucción de fuerzas como la agresión, la fatiga, el aburrimiento y la muerte; es la “experiencia del ser contra el no ser”. Arriesgarse provoca ansiedad y la creatividad es un antídoto contra ella.

Otros autores como Barrios y O’ Dell (1998, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) hacen una descripción de la ansiedad más amplia, ya que dicen que la ansiedad es un constructo entendido como un complejo modelo de reacción motora, subjetiva y fisiológica a amenazas reales o imaginarias, y aunque las formas pueden variar, la funcionalidad de las conductas de miedo/ ansiedad es la misma. La explicación de la variabilidad reside en las características del estímulo o, más específicamente, en la valoración que hace el individuo de las propiedades amenazantes del estímulo (sea éste real o imaginario). A este respecto y en la misma línea Birmaher y Villar (2000) refieren que los trastornos de ansiedad se manifiestan con síntomas motores, somáticos y cognitivos; tienden a aparecer y desaparecer por temporadas y su aparición o agravamiento suele estar relacionado con acontecimientos estresantes. Para Sandín (1996) la ansiedad consiste en un estado emocional aversivo, anticipatorio de una amenaza real o imaginaria, externa o interna, caracterizada por sensaciones de aprensión y otros sentimientos y pensamientos desagradables, acompañadas de manifestaciones fisiológicas producidas por activación del sistema nervioso autónomo.

Otra aproximación a la ansiedad que pone particular interés en la respuesta fisiológica es la de Sullivan (1953, citado en Reynolds y Richmond, 1978) quien dice que la ansiedad se caracteriza por un sentimiento, siempre desagradable, de que no todo está saliendo bien, además de que las expresiones faciales, temblor de voz, palmas sudorosas, sensación de músculos tensos, y malestar en la boca del estómago pueden señalar la presencia de un estado de ansiedad.

Las respuestas fisiológicas del organismo, como son el aumento en el fluido de la adrenalina, palpitations rápidas del corazón, aumento en la transpiración, entre otros cambios, señalan el intento de confrontar o escapar de la amenaza. Sin embargo, cuando el incidente que se percibe como amenazante en realidad no lo es, entonces el estado emocional de ansiedad resulta una conducta inapropiada y constituye una respuesta no adaptativa para el ambiente.

Martín (1961 citado en Reynolds y Richmond, 1978) menciona que la ansiedad es un complejo de respuestas neuropsicológicas, y debemos aprender a medir tanto estas respuestas como el estímulo que las provoca para poder entenderla.

En la actualidad la conceptualización más generalizada de ansiedad es la distinción entre estado- rasgo. Spielberg (1972, citado en Reynolds y Richmond, 1978) dijo en relación con el estado de ansiedad que puede conceptuarse como algo que consiste en sentimientos desagradables de tensión y aprensión, percibidos de manera consciente, con activación o excitación asociada del sistema nervioso autónomo. Así, el estado de ansiedad es una condición transitoria, asociada con una situación específica, y puede variar de manera amplia en intensidad y duración. Por otra parte, también se entiende la ansiedad como un rasgo de personalidad en algunos individuos. El rasgo de ansiedad describe la personalidad de un individuo que de manera frecuente experimenta ansiedad. El rasgo de ansiedad se refiere al grado de propensión que tenga el individuo para experimentar ansiedad.

Por otra parte, la ansiedad es el indicador más frecuente de problemas generales de salud mental ya que se cree que subyace a todas las formas de depresión. Incluso la psicocirugía se ha utilizado para tratar la ansiedad (Birmaher y Villar, 2000).

En cuanto a su incidencia en la población, los trastornos de ansiedad son los más habituales entre los casos de intervención clínica con personas adultas. Pero como señalan Barrios y O' Dell (1998, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) en el caso de los niños y

adolescentes la presencia de ansiedad con estado de ánimo deprimido es también muy habitual.

Por esta circunstancia, y debido al aumento de los trastornos de ansiedad que en los últimos años se ha presentado en la infancia y la adolescencia, en el siguiente apartado se analizarán las características de este trastorno en este particular estado del desarrollo humano tan crucial para el óptimo desarrollo posterior.

1.2. La ansiedad en la infancia y la adolescencia.

Los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo son las alteraciones internalizantes más prevalentes en la infancia y adolescencia. Estos trastornos, como exponen Donovan y Spence (2000, citado en Tortella- Feliu, 2002) son una de las psicopatologías más frecuentes en estas etapas y se relaciona con un amplio abanico de consecuencias negativas que van mucho más allá del simple malestar subjetivo: dificultades de establecer relaciones estrechas con los demás, interferencia en el rendimiento académico, etc.

Los trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes son un grupo de problemas psicológicos que tienden a continuar en la vida adulta y a menudo dejan secuelas psicológicas, sociales, familiares y académicas. A este respecto, Tortella- Feliu (2002) señala que la presencia de sintomatología ansiosa en la infancia predice, en un elevado porcentaje de casos, el posterior desarrollo de un trastorno de ansiedad, además de que existen bastantes evidencias de que la ansiedad en la infancia tiene un papel determinante en la génesis de problemas depresivos durante la adolescencia y en la primera edad adulta.

Sexto (2000) nos dice que la ansiedad en el niño, el púber o el adolescente forma parte del caudal de sentimientos o sensaciones inherentes a la especie humana, básicamente displacenteros, lo que dificulta más detectar el límite entre lo normal y lo patológico. Además, se debe pensar que las manifestaciones van adquiriendo carácter patológico sólo cuando perduran en el tiempo más allá de lo habitual (seis meses se consideran un periodo adecuado) o cuando imposibilitan un desarrollo armónico en el hogar, en la escuela o en el mundo exterior. Por lo tanto, para Toledo, Ferrero y Barreto (2000) una cuestión clave es determinar en qué punto es apropiado redefinir esos síntomas normales como trastornos

emocionales, y para ello, proponen los siguientes criterios que pueden esclarecer las diferencias entre lo normal y lo patológico: cronicidad, intensidad de los síntomas, interferencia con el funcionamiento e interferencia con el proceso de desarrollo psicológico. También Sandín (1996) considera a la infancia y la adolescencia como etapas particularmente sensibles para la adquisición de miedos y fobias.

Muchos de los sujetos con esta problemática no reciben asistencia especializada alguna. Los motivos son diversos. Por ejemplo, Tortella- Feliu (2002) refiere que los padres y maestros a menudo no son capaces de detectar la presencia de problemas de ansiedad ya que, por lo general, los niños con este tipo de dificultades no suelen ser problemáticos, son obedientes, cumplidores y no presentan comportamientos disruptivos notables. También, los trastornos de ansiedad se han considerado, tradicionalmente, como psicopatologías menores y que no requieren atención.

Así, es frecuente que por las siguientes razones estos trastornos no se perciban: 1) los niños ansiosos no tienen problemas graves de conducta, 2) es común que estén acompañados de otros trastornos (por ejemplo, depresión) que pueden ocultar los trastornos de ansiedad, 3) suelen manifestarse con síntomas somáticos (dolor abdominal) que induce a pensar en otras enfermedades y 4) algunas veces los síntomas se ocultan o niegan (Birmaher y Villar, op. cit.). Ya que como menciona Ballesteros (2001) la diferente percepción por parte del paciente o de las personas de los problemas emocionales obstaculiza su oportuna detección. Por último, si se inicia tratamiento normalmente se hace cuando el trastorno ya está perfectamente instaurado y ya han aparecido algunos de los efectos adversos de la alteración que pueden resultar especialmente difíciles de revertir: pobre rendimiento escolar, dificultades en el proceso de socialización con los compañeros, etc. (Tortella-Feliu, 2002).

Otro factor que impide el diagnóstico oportuno es la falta de investigación de la ansiedad en la infancia y la adolescencia. Por una parte Luciano (1997) señala que la principal dificultad para el establecimiento de criterios de anormalidad al referirse a niños y adolescentes reside en el hecho de que la mayoría de los intentos se han conformado mediante extrapolaciones de los criterios utilizados con población adulta. Por otro lado, Bragado (1994, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) resume los principales problemas

y las carencias de la investigación de la ansiedad en la infancia en tres áreas: la epidemiológica, la de diagnóstico y evaluación y la de tratamiento.

Por lo anterior, es de suma importancia el estudio de la ansiedad en la infancia y adolescencia, ya que como se mencionó, se observa una clara persistencia hasta la edad adulta de muchos miedos y síntomas de ansiedad que se manifestaron en la infancia o la adolescencia, aunque la forma o la expresión puedan cambiar. Vasey y Dadds (2001, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) entienden que en los últimos años la preocupación por los trastornos de ansiedad infantiles se han acentuado por tres razones: en primer lugar, por las elevadas tasas de prevalencia que están demostrando tener; en segundo lugar, porque a pesar de que muchas formas de ansiedad son normales o transitorias en el curso del desarrollo, o incluso pueden remitir en unos pocos años, una proporción significativa tiende a cronificarse, o bien cambia de forma pero sigue dentro del espectro patológico, y en tercer lugar, porque son uno de los principales factores de riesgo de desajuste psicosocial en el futuro. En el mismo sentido, y reafirmando lo anterior, Sandín (1996) señala que la investigación de los miedos y fobias asociadas a la adolescencia reviste un interés especial por varias razones. En primer lugar, porque son fenómenos frecuentes que, como tales, suelen producir malestar, sufrimiento y/o desadaptación; en segundo lugar, porque, al ser la adolescencia una edad particularmente crítica para el desarrollo personal, los miedos y las fobias pueden interferir de forma significativa en los patrones evolutivos del adolescente, tanto en los de tipo social como en las actividades académicas; en tercer lugar, se conoce actualmente que los trastornos de ansiedad presentes durante la adolescencia, aparte de poder subsistir durante la edad adulta, son un factor de riesgo importante para sufrir otros trastornos y, en general, diferentes alteraciones psicopatológicas durante las etapas adultas. Finalmente, la adolescencia representa una edad crítica para el desarrollo de fobias y otros trastornos de ansiedad; de hecho, la edad media de comienzo para cualquier trastorno de ansiedad se sitúa en la adolescencia (hacia los 15 años).

Como señalan Birmaher y Villar (2000), estos trastornos pueden causar frecuentes problemas en las relaciones interpersonales y el funcionamiento escolar y familiar. Estos trastornos llevan a que los niños y adolescentes eviten situaciones y actividades que son importantes para su desarrollo personal, social y académico, aunado a que se asocian con la baja autoestima, las quejas somáticas y con la predisposición para el desarrollo de

depresión, suicidio y abuso de drogas. Asimismo, estos mismos autores señalan que algunas investigaciones longitudinales y estudios retrospectivos parecen señalar que los trastornos de ansiedad en los niños tienden a continuar en el adulto y causar complicaciones médicas, psiquiátricas, sociales, económicas y laborales.

Servera y Mateu (2002) nos dicen que los datos de prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia informan sobre la falta de acuerdo sobre los sistemas de clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia y el solapamiento de cuadros clínicos ha dificultado mucho la labor.

Entre el 5 y el 8% de la población infantil presenta algún tipo de fobia específica, mientras otros más genéricos como son la “ansiedad por separación” y la “fobia escolar” pueden tener una incidencia respectiva del 4 % y del 1%. En la revisión de Bragado (1994, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) se confirma la preponderancia de la ansiedad por separación, pero destaca también la ansiedad excesiva y finalmente el trastorno de evitación.

De modo general, Haeussler (2000) refiere que la ansiedad en el niño y adolescente puede manifestarse de diversas formas:

- A nivel físico: movimiento de los ojos, sudoración de las manos, inquietud, respiración entrecortada, gestos desordenados, lentificación.
- A nivel emocional: temores, preocupación, incomodidad, sufrimiento, sensación de peligro inminente, culpas, temores a la muerte, angustia por la muerte de los padres, fobias a objetos a situaciones específicas.
- En el área cognitiva: inhibición intelectual, desinterés, descenso del rendimiento, dificultad para organizarse.
- En el área social: inhibición, agresividad, inquietud.
- En el área somática: alopecias, trastornos del sueño, dolores abdominales, cefaleas, etc.

Sin embargo hay que señalar la diferencia entre este trastorno de los miedos evolutivos. Morris y Kratochwill (1991, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002; Toledo, Ferreto y Toledo, 2000) señalan como características fundamentales de estos miedos que están ligados a etapas evolutivas que son compartidos por muchos niños y que proporcionan el desarrollo de habilidades de afrontamiento futuras. En este sentido:

- Se trata de un fenómeno evolutivo, hasta el punto de que la presencia de miedo debería considerarse como una parte integral del desarrollo psicológico normal. Lo anómalo sería su ausencia. El miedo tiene la finalidad de señalar la presencia de amenaza.
- La mayoría de los miedos suelen ser transitorios, aparecen en niños de edad similar y, por lo general, no suelen interferir en el funcionamiento psicológico cotidiano. Estos miedos parecen estar en estrecha interdependencia con los cambios evolutivos y desaparecen al poco tiempo.
- Las experiencias, vivencias y emociones aparejadas con los miedos evolutivos permiten al ser humano generar y consolidar medios y recursos encaminados a resolver de un modo satisfactorio situaciones estresantes.
- La dimensión cognitiva se presenta con una especial relevancia. Los miedos son reacciones ante una serie de estímulos, unos externos y otros generados por el propio sujeto, que son autocalificados como amenazadores o emparejados con estímulos percibidos como peligrosos.
- Los miedos infantiles, incluso los muy intensos, parecen remitir por sí solos sin necesidad de tratamiento en el transcurso de dos años (Toledo, Ferreto y Barreto, 2000).

Por ello, Miller y cols. (1974, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) dicen que la reacción de temor ansiógena debe de poseer largos periodos de tiempo, debe de ser desadaptativa y no debe de encontrarse dentro del estadio evolutivo en el que se encuentra el niño.

En la tabla 1 se expone una relación entre edad y miedo evolutivo (Servera y Tortella-Feliu, 2002).

Edad	Situaciones/ estímulo temidos.
0-6 meses	Pérdida súbita de soporte y ruidos fuertes.
6-12 meses	Miedo a extraños, miedo a objetos que surgen súbitamente.
1-2 años	Separación de los padres, retrete, heridas, personas extrañas, ruidos fuertes, oscuridad, objetos y máquinas grandes y cambios en el entorno personal.
3-4 años	Máscaras, oscuridad, animales, separación de los padres, ruidos nocturnos.
5-6 años	Animales, separación de los padres, oscuridad, gente “mala” (incluyendo seres sobrenaturales como fantasmas, monstruos, brujas, etc.), lesiones corporales, fenómenos naturales (tormentas, etc.), dormir o estar solos.
7-8 años	Los mismos que en los años anteriores más algunos inducidos por los medios de comunicación o audiovisuales (accidentes, etc.)
9-12 años	Disminuye el miedo a la oscuridad y a estar solo, se mantienen las lesiones corporales, los fenómenos naturales y los sucesos, aparecen los de los exámenes, el rendimiento académico y la muerte.

Tabla 1. Relación entre edad y miedo evolutivo.

Lo que es más destacable de estas fobias es el cambio en las formas de ansiedad: más abiertas, externalizadas y contextualizadas en niños pequeños y más interiorizadas y extendidas en los niños mayores.

Por otro lado, Sandín (1996) tomando como punto de referencia algunas revisiones y trabajos sobre los miedos durante edades tempranas (Bamber, 1979; Jersild y Holmes, 1935; King et al., 1994; Miller, 1983; Wenar, 1994) establece la siguiente relación entre edad y miedos asociados a la infancia y adolescencia:

1. Durante los primeros meses del primer año de vida del niño se desarrollan diversos miedos innatos (ruido, movimiento súbito, etc.). Posteriormente, durante la segunda mitad del primer año, aparece el miedo a las personas, situaciones u objetos extraños o no familiares. También se inician los miedos a las alturas.
2. Primera fase de preescolar (2-4 años). Comienzan a ser importantes los miedos a los animales, además los temores a la oscuridad y a estar solo/a (separación).

3. Segunda fase de preescolar (5-6 años). Predominan las reacciones de temor a seres imaginarios y sobrenaturales. Además, suelen predominar los miedos a ladrones y raptos, así como también los temores a las amenazas de daño corporal y a peligros asociados a la socialización.
4. Niñez media (6-11 años). Comienzan a dominar las formas de miedos más realistas, como el temor a posibles daños corporales, a la muerte y a los animales peligrosos.
5. Preadolescencia (11-13 años). Los miedos de tipo escolar, social, económico y de autoimagen comienzan a adquirir relevancia y se incrementan durante la adolescencia.
6. Adolescencia. En esta etapa adquieren gran relieve los temores sociales, los miedos sexuales y los relacionados con la autoidentidad y el rendimiento personal. Asimismo. Los miedos de tipo académico, político y económico sufren un desarrollo destacado.

Aunado a lo anterior, este mismo autor refiere que el miedo al SIDA ha aparecido en los últimos años como un miedo de especial relevancia, especialmente en etapas tempranas como la adolescencia.

Una vez señalada la importancia del estudio de la ansiedad en los niños y los adolescentes, ahora revisaremos las principales clasificaciones que han propuesto diversos investigadores con el objeto de diferenciar y señalar las principales características con que se presenta este trastorno.

1.3. Clasificación de la ansiedad en la infancia y la adolescencia.

Se pueden diferenciar sistemas clasificatorios de los trastornos de ansiedad en función de una base más de tipo teórico, estadística o clínica. En los sistemas teóricos los trastornos intentaban enmarcarse en cuadros diferenciados a partir de su presunta etiología. Seligman (1971, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) se basó en la raíz filogenética de los estímulos que desencadenan el miedo para referirse a ellos como “precipitadores”, preparados evolutivamente a lo largo de la evolución de la especie, o no “precipitadores”.

Las clasificaciones basadas en análisis estadísticos se iniciaron con el trabajo de Scherer y Nakamura (1968, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) que asignaron los miedos de los niños a ocho categorías: fracasos y críticas, eventos sociales, animales pequeños, procedimientos médicos, muerte, oscuridad, hogar y escuela, y eventos diversos (miscelánea). Más tarde, Miller, Barret, Hampe y Noble (1972, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) clasifican los miedos infantiles en tres categorías: accidente físico, eventos naturales y estrés psíquico. Thomas y Bendick apoyan cinco categorías: fracasos y críticas, lo desconocido, accidente menor y pequeños animales, peligro y muerte, y procedimientos médicos. En el sistema de Quay (1979, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) los trastornos de conducta de los niños se centran en cuatro grupos: desorden del comportamiento, retraimiento- ansiedad, inmadurez y agresión socializada. En el sistema de Achenbach (1991, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) cerca de 100 diferentes problemas de conducta se agrupan en ocho síndromes distintos: un conjunto de desórdenes internalizados, formado por síndromes de retraimiento, quejas somáticas, depresión /ansiedad, problemas sociales y problemas de pensamiento, y un conjunto de desórdenes externalizados con síndromes de problemas de atención, conducta delincuente y conducta agresiva.

Los sistemas de clasificación clínicos se basan en las observaciones de los terapeutas y el apoyo de los estudios de campo. El DSM-IV (APA, 1994/2000, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002; Haeussler, 2000; Sandín, 1996) propone catorce categorías para los miedos y las reacciones de ansiedad en las personas. De ellas, 12 son aplicables al ámbito infantil: ansiedad de separación, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

Por otra parte, la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, versión décima, de la Organización Mundial de la Salud) establece un epígrafe relativo a los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (Toledo, Ferrero y Barreto, 2000):

- F40. Trastornos de ansiedad fóbica: agorafobia, fobias sociales, fobias específicas (aisladas), otros trastornos de ansiedad fóbica sin especificación.
- F41. Otros trastornos de ansiedad: trastorno de angustia (ansiedad paroxística episódica), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso- depresivo, otro trastorno mixto de ansiedad, otros trastornos de ansiedad especificados, trastornos de ansiedad sin especificación..
- F42. Trastorno obsesivo- compulsivo: con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas, con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos), con mezcla de pensamientos y actos obsesivos, otros trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno obsesivo- compulsivo sin especificación.
- F43. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F44. Trastornos disociativos (de conversión).
- F45. Trastornos somatomorfos.
- F48. Otros trastornos neuróticos.

Y dentro del epígrafe “trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia” se encuentra el siguiente:

- F93. Trastornos de comienzo habitual en la infancia: trastorno de ansiedad de separación de la infancia, trastorno de ansiedad fóbica de la infancia, trastorno de hipersensibilidad social de la infancia, trastorno de rivalidad entre hermanos, otros trastornos de las emociones en la infancia, trastornos de las emociones sin especificación.

Otra clasificación de los trastornos de ansiedad es la propuesta por Ajuriaguerra (1977, citado en Haeussler, 2000), quien distingue las siguientes categorías: reacciones episódicas de angustia; reacciones frente a situaciones traumáticas; reacciones de angustia agudas como las crisis de pánico; respuestas a una experiencia alarmante como los terrores nocturnos; la angustia crónica que puede evolucionar en forma fóbica; y la hipocondría como preocupación permanente por la salud.

Por su parte, Ollendick y King (1994, citado en Sandín, 1996) han aislado de forma sistemática los siguientes factores o dimensiones, respecto a los cuales se agrupan los diferentes miedos: fracaso y crítica, lo desconocido, daños menores y pequeños animales, peligro y muerte, y miedos médicos.

Echeburúa (1993, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002; Toledo, Ferrero y Barreto, 2000) también propuso una clasificación diagnóstica alternativa que se basa en primer lugar, en la presencia o no de conductas de evitación para diferenciar entre trastornos fóbicos (fobias específicas, escolar y trastorno de evitación social) de trastornos de ansiedad sin evitación (ansiedad de separación y ansiedad excesiva). En segundo lugar propone las categorías de trastorno obsesivo-compulsivo y de trastorno mixto de ansiedad-depresión. Sin embargo, la clasificación más utilizada y aceptada es la propuesta por el DSM-IV, por lo que continuación se revisan cada una de sus categorías.

1.3.1. Ansiedad de separación.

La separación forma parte de la existencia humana. El afrontamiento de las pérdidas, ya sea transitorio o definitivo, es una experiencia constante en el proceso vital. Desde la infancia hasta la ancianidad, cada ser humano está obligado necesariamente a decir adiós muchas veces. La mayoría de los niños superan la ansiedad relacionada con estas separaciones, pero hay algunos que perciben cada una de estas situaciones de forma amenazante, como la anticipación de un peligro. Estos niños y adolescentes presentan el trastorno de ansiedad por separación. Los niños con este trastorno muestran síntomas de ansiedad al separarse de personas a las cuales están apegados (padres, hermanos, etc.) o cuando están solos, con los concomitantes síntomas cognitivos y somáticos. Este trastorno también se manifiesta con algunos de los siguientes síntomas: preocupación excesiva porque algo malo le va a pasar a un familiar o a él mismo, pesadillas sobre temas de separación, síntomas somáticos y miedo a quedarse solo (Birmaher y Villar, 2000). Según la Asociación Americana de Psicología - APA, por sus siglas en inglés-, (1994, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000) la característica esencial de este trastorno es una ansiedad excesiva que puede llegar al pánico, ante la separación real o anticipada del hogar o las personas con quienes están más vinculados. Cuando están separados de las personas con quienes están más unidos afectivamente, estos niños y adolescentes suelen preocuparse por miedos, accidentes o enfermedades que puedan afectar a dichas personas o a ellos mismos. Dependiendo de la

intensidad pueden desarrollar miedos específicos, pudiendo manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o en el juego. Toledo y cols. (2000) mencionan que, en este sentido, la resistencia o el rechazo a ir a la escuela es frecuente en este trastorno, y para evitar ir al colegio, el niño manifiesta quejas somáticas acerca de síntomas físicos imprecisos.

Sin embargo, para estos mismos autores es importante delimitar las diferencias entre ansiedad de separación, rechazo escolar y fobia escolar. Así, la fobia escolar se refiere al miedo o ansiedad que genera la asistencia a la escuela, siendo éste un término amplio que hace referencia a un trastorno de ansiedad generalizada o a un trastorno fóbico, ya sea específico o social. Estos miedos a la escuela son relativamente frecuentes en los momentos de transición (comienzo de la enseñanza primaria o secundaria). Por otra parte, el rechazo escolar no implica necesariamente miedo al colegio, sino más bien que al niño pueden no resultarle agradables las tareas que desempeñan en el aula o también puede deberse a la presencia de otras psicopatologías, por lo que como conducta tiene escaso valor psicopatológico por sí solo, y por ello, el pronóstico resulta ambiguo y confuso (Toro, 1991, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000).

1.3.2. Agorafobia sin historia de pánico.

La agorafobia significa fobia a los lugares públicos e implica diversos tipos de miedos, tales como los asociados a salir de casa solo/a, hacer cola, estar en la silla del dentista o de la peluquería, viajar en un transporte público, permanecer en lugares cerrados con muchedumbres, etc. Una persona con agorafobia experimenta temor a varios de estos estímulos o situaciones (conjunto de situaciones), las cuales son evitadas o se toleran a costa de sufrir elevados niveles de ansiedad o malestar (Sandín, 1996).

La agorafobia puede darse en dos cuadros clínicos diferentes, bien en el trastorno de pánico con agorafobia, o bien en la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. En el primer caso, las situaciones agorafóbicas se asocian a posibles ataques de pánico, más o menos inesperados (bien inesperados o bien predispuestos situacionalmente). En el segundo que es el que nos atañe, la agorafobia ocurre asociada al temor de desarrollar síntomas semejantes

al ataque de pánico (por ejemplo, miedo a desmayarse), pero no a ataques de pánico en el sentido estricto del término.

Actualmente se sabe que este trastorno suele iniciarse típicamente durante la adolescencia, siendo también relativamente frecuente que ocurra durante la niñez (APA, 1994, citado en Sandín, 1996).

1.3.3. Fobia social.

Birmaher y Villar (2000) mencionan que este trastorno está caracterizado por una ansiedad persistente ante situaciones que pueden avergonzar o humillar a la persona, como hablar en público. La fobia social puede ser limitada o generalizada hacia muchas personas o situaciones. La fobia social es muy común en los adolescentes, pero puede suceder en los niños. Por lo general estos pacientes son tímidos, inhibidos, rehuyen el contacto visual directo y son serios.

De este modo, en la fobia social (también denominada ansiedad social) el miedo intenso y persistente se relaciona con situaciones sociales en las que la persona se ve expuesta a desconocidos o a la evaluación y enjuiciamiento de los demás. El individuo teme actuar de forma embarazosa, ponerse nervioso o ser humillado.

Las fobias sociales se han relacionado con baja autoestima y tendencia a manifestar miedo a las críticas. Suelen iniciarse durante la adolescencia, desarrollándose el miedo a ser evaluado o criticado en grupos pequeños entre iguales (Sandín y Chorot, 1995, citado en Sandín, 1996).

Los síntomas de la fobia social suele adoptar formas como tartamudez, reducción de las relaciones sociales, mutismo, timidez, rechazo de contactos con iguales y de participación en juegos de equipos, tendencia a mantenerse en un segundo plano en los encuentros sociales, y en general evitación de las actividades sociales propias de la edad. Generalmente estos niños o adolescentes temen que los demás perciban los síntomas de ansiedad, tales como el enrojecimiento, temblor de manos o voz, etc., lo que les genera más ansiedad. También puede aparecer ansiedad anticipatoria, y ello genera preocupaciones antes de afrontar la situación temida, lo que, a su vez, provoca ansiedad, constituyéndose un círculo

vicioso que da lugar a un mal rendimiento real o subjetivo en la situación temida debido a dicho malestar.

Además, Barreto y cols. (2000) refieren que tener alguna característica física diferente del resto de los compañeros (sobrepeso, alguna minusvalía, etc.) puede hacer al niño o adolescente vulnerable al desarrollo de una fobia social, por el temor a sufrir las burlas.

La fobia o ansiedad social puede resultar particularmente perturbadora para los niños y adolescentes a causa de su interferencia con los procesos del desarrollo social y académico.

Ballesteros (2001) considera que la edad de inicio más frecuente para este trastorno se ubica alrededor de los 15 años, y generalmente no más tarde de los 25 años.

1.3.4. Fobia específica.

Si bien los miedos son considerados como reacciones normales a situaciones amenazantes reales o imaginarias, cuando estas reacciones son desproporcionadas y pueden perturbar e interferir en la vida del individuo, entonces los miedos se convierten en fobias.

Marks (1969, citado en Sandín, 1996) señaló que las fobias consisten en miedos situacionales que: son desproporcionados, no pueden ser explicados ni razonados (son irracionales), están fuera del control voluntario, y conducen a la evitación de la situación temida.

Por su parte, Sexto (2000) refiere que la fobia es un temor sin justificación ni sentido aparente ante situaciones, objetos o seres que actúan como detonante de la misma; el individuo reconoce lo absurdo de su miedo pero es incapaz de dominarlo, y muchas veces, llega a la inhibición de una acción y hasta la paralización, cesando la ansiedad al desaparecer el estímulo. Tanto el adulto como el adolescente y el púber reconocen el elemento o situación fobígena, pero el niño no siempre lo hace; esto depende de la edad, del momento evolutivo y cognitivo. En concordancia con esto, Birmaher y Villar (2000) denominan fobia al trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de angustia ante fenómenos o situaciones por definición neutras, pero que adquieren ante el niño la cualidad de temibles. Estas fobias son muy frecuentes en los niños y sólo se consideran trastornos

cuando son exageradas, causan problemas en el funcionamiento diario y no son secundarias a otros trastornos.

Diferenciando la ansiedad de la fobia, puede decirse que la primera es una sensación que se impone, interfiriendo y hasta paralizando una acción o pensamiento, anulando la capacidad de respuesta, que se produce en “situaciones” determinadas, muchas veces específicas, pero que pueden no responder a un elemento concreto, sino más bien a una amenaza difusa. En las fobias, en cambio, sí hay un conocimiento del factor que la desencadena, y se trata de evitar en forma constante la situación, a la persona o al elemento que la produce (Sexto, 2000).

El acto de acercamiento o la sola posibilidad de pensar en el elemento fóbigeno desencadena una reacción de ansiedad, que se incrementa al concretarse el enfrentamiento, acompañada por manifestaciones neurovegetativas, que disminuyen al alejarse. El conocimiento de la causa que da origen a su padecimiento, los inducen a evitar las situaciones que los exponen al desencadenante de la fobia, a la que reconocen como irracional y absurda.

El DSM-IV ha establecido los cuatro tipos siguientes de fobias específicas:

1. Tipo animal.
2. Tipo ambiental.
3. Tipo sangre- inyección- herida.
4. Tipo situacional.

Las fobias específicas, en particular las de tipo animal y ambiental, suelen tener un periodo de inicio temprano (durante la infancia). Las fobias específicas son mucho más frecuentes en personas del sexo femenino, sobre todo las fobias animales donde aproximadamente el 75-90 por 100 son personas de dicho sexo (APA, 1994, citado en Sandín, 1996). Sin embargo, las fobias específicas pueden remitir espontáneamente con el paso del tiempo en períodos que oscilan entre uno y cuatro años. Para Toledo y cols. (2000) la maduración cognitiva del niño y las experiencias de aprendizaje debidas a la exposición al estímulo temido o mediante aprendizaje vicario pueden explicar esta remisión espontánea.

1.3.5. Trastorno de pánico con agorafobia.

Birmaher y Villar (2000) señalan que este trastorno se caracteriza por episodios cortos de ansiedad aguda (ansiedad paroxística episódica) con algunos de los siguientes síntomas: palpitaciones, hiperventilaciones, dificultad para respirar, temblor, despersonalización y desrealización. Típicamente la persona siente que “algo malo le va a pasar”.

Para Chiappe (2000) el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por presentar ataques de pánico en forma periódica y desazón en los momentos libres, denominando ataque de pánico a cada episodio, y trastorno de pánico a las alteraciones que aparecen cuando esos episodios se repiten. Por otra parte, Toledo, Ferrero y Barreto (2000) nos dicen que una crisis de angustia o ataque de pánico se caracteriza por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de síntomas somáticos y cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca, y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos o menos), provocando en el sujeto una sensación de peligro o muerte inminente y una urgente necesidad de escapar.

Toledo y cols. (op. cit) señalan que el DSM-IV distingue tres tipos de crisis de angustia: inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y las que están mas o menos relacionadas con una situación determinada.

Estos pacientes tienden a desarrollar miedo a tener más ataques de pánico (ansiedad anticipatoria) y entre los episodios de pánico puede sufrir ansiedad generalizada, pudiendo desarrollar lo que se denomina agorafobia. A este respecto, Birmaher y col. (2000) señala que a las personas con este trastorno les da miedo tener un ataque de pánico y que no haya nadie conocido alrededor para ayudarlos, razón por la cual no salen solos o no se quedan solos en casa. También pueden evitar sitios en los cuales los ataques de pánico puedan tener “peores” consecuencias, como ascensores y lugares con mucha gente o situaciones en las que no puedan recibir atención inmediata. Estos ataques tienden a repetirse espontáneamente o a veces estimulados por ciertas situaciones. Para diagnosticar este trastorno, continua Birmaher y Villar (2000), se necesita que: a) los pacientes hayan sufrido frecuentes ataques de pánico, b) hayan desarrollado persistente ansiedad anticipatoria, c) haya causado problemas en el funcionamiento, d) no sea debido exclusivamente a otros

trastornos o enfermedades médicas y e) no se deba al uso o a la discontinuación abrupta de las drogas o el alcohol. Es interesante señalar que aproximadamente el 50% de los adultos con trastorno de pánico han informado haber sufrido ansiedad de separación durante la niñez.

El ataque de pánico se caracteriza por una sensación intensa de miedo, malestar y síntomas neurovegetativos, de comienzo brusco e inesperado, que para el DSM-IV (Chiappe, 2000) se resumen en 13 síntomas que permiten realizar el diagnóstico: palpitaciones; sacudidas del corazón o la elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantamiento, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, sensación de irrealidad o de despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), y escalofríos o sofocaciones.

Por lo general, el ataque de pánico dura entre tres y diez minutos, rara vez treinta.

Cuando los ataques se reiteran y han aparecido trastornos cognitivos y conductuales que alteran su calidad de vida, se dice que la persona tiene un trastorno de pánico.

Se pueden resumir así, siguiendo los criterios que establece el DSM-IV (Chiappe, 2000):

1. Ataque de pánico en forma recidivante e inesperada.
2. Como mínimo, uno de estos ataques fue seguido durante un mes por:
 - a) Inquietud persistente ante la posibilidad de padecer otros ataques de pánico.
 - b) Preocupación por las características de los episodios.
 - c) Alteraciones del comportamiento.
 - d) No hay otra patología o intoxicación que justifique el cuadro.

1.3.6. Trastorno de Pánico sin agorafobia.

Este trastorno presenta las mismas características que el anterior, sólo que en éste no se presenta la agorafobia.

1.3.7. Trastorno obsesivo- compulsivo.

El trastorno obsesivo compulsivo es una categoría clasificada dentro de los trastornos por ansiedad. Para Birmaher y del Villar (2000) este trastorno se manifiesta por ideas (obsesiones) o actos repetitivos (compulsiones), o la combinación de ambos. Sexto (2000) nos dice que las obsesiones son pensamientos, imágenes, ideas o acciones que aparecen una y otra vez en cualquier momento y lugar, sin sentido ni objeto, imponiéndose o interfiriendo en la actividad que realiza quien padece la enfermedad, generándole una sensación displacentera que trata de combatir o reprimir con otro pensamiento o acción, que por lo general fracasa. Estas obsesiones se reconocen como propias y va interfiriendo en la productividad cognitiva y lúdica. Por otra parte, para De Loño, Lledó, Ochando y Albert (2001) la obsesión es una idea asociada a un sentimiento penoso en un dualismo ideoaectivo que invade la conciencia de forma repetida, siendo un sentimiento de extrema aprensión. El escrúpulo obsesivo se basa en culpabilizaciones, con relación a faltas o acciones malas o deshonestas que piensan han cometido. De este modo, los niños con este tipo de trastorno están atormentados por imaginaciones o ideas compulsivas con contenidos agresivos u obscenos que provocan generalmente ascos o culpabilizaciones. Sin embargo, en ocasiones estas imaginaciones las encuentran interesantes y adoptan al respecto una actitud ambivalente.

Las obsesiones más frecuentes son el miedo a contaminarse, el miedo a hacer daño a otras personas o a sí mismo. Esta misma autora señala que las compulsiones son las conductas destinadas a aliviar el malestar de las obsesiones. Se caracterizan por responder a normas o rituales que suelen tener un orden determinado, generalmente secuencial, con la intención de contrarrestar la obsesión; al principio intentan un control que fracasa, adquiriendo un automatismo irrefrenable.

Las compulsiones más frecuentes incluyen lavarse frecuentemente, estar limpio, comprobar, contar, repetir, tocar, ordenar y acumular objetos. Para De Loño y cols. (2001) las compulsiones son actos reparadores o de conjura de peligro inminente encauzados a impedir un sentimiento de gran ansiedad. En cierto sentido, la comprobación o tranquilización de sus pensamientos para que no sean culposos y la reparación ulterior con las compulsiones son una constante para estos individuos.

Las obsesiones como las compulsiones tienen un carácter repetitivo, son reconocidas por el paciente como absurdas, carentes de sentido o finalidad, o a veces acompañadas de la sensación de que a través de su realización puede evitarse un mal mayor, pero casi imposible de controlar y cualquier intento de evitarlas aumenta la ansiedad del individuo. Las compulsiones son por lo habitual secundarias a las obsesiones.

Sexto (2000) asevera que hasta hace unos años se pensaba que la enfermedad era patrimonio de jóvenes y adultos; hoy se sabe que en aproximadamente un tercio de los enfermos comienzan antes de los 15 años, y se han detectado pacientes en quienes el cuadro se inició a los 3 años. Los varones suelen comenzar antes que las mujeres, pero con el tiempo las proporciones se igualan. A este respecto, Nicollini (S/F, citado en De Loño, Lledó, Ochando y Albert 2001), del Instituto Mexicano de Psiquiatría, menciona que los síntomas de este trastorno aparecen habitualmente antes de la adolescencia, existiendo dos picos de edades de entrada al trastorno obsesivo- compulsivo: el primero de los 8-9 años y el segundo a los 17-18 años.

En este trastorno las primeras manifestaciones suelen ser de carácter obsesivo, y en un comienzo el paciente intenta resistirlas. Ante el malestar que origina la obsesión, pueden surgir conductas, muchas veces ritualistas, con el intento de controlarla, constituyéndose el elemento compulsivo.

Sin embargo, de igual forma que se presentan miedos evolutivos en el transcurso de una infancia normal, también son comunes ciertos rituales. En este sentido, Leonard (1989, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000) concluye tras una revisión de diversos trabajos de investigación, que las conductas ritualistas son habituales en el curso del desarrollo infantil, siendo ejemplos de estos rituales el pedir que se les lea un cuento antes de dormir, caminar a la pata coja, andar “sin pisar la raya” y contar números que dan suerte. También las supersticiones en la etapa del “pensamiento mágico” (2-6 años) son frecuentes. Los niños de esta edad otorgan un poder especial a sus pensamientos, deseos y acciones, aunado esto a las supersticiones relacionadas con la buena suerte, tales como escribir con el mismo bolígrafo en los exámenes o llevar algún amuleto. Estas acciones les producen un sentimiento de control que disminuye el malestar generado por la situación, siendo a principios de la adolescencia que la frecuencia de estos comportamientos disminuye.

El mismo Leonard (1989, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000) comparó un grupo de 20 niños y adolescentes que presentaban un trastorno obsesivo- compulsivo severo con un grupo de 20 niños normales. En dicha comparación encontró que los rituales evolutivos eran más intensos entre los 4 y 8 años, facilitaban el proceso de socialización, servían para controlar la ansiedad y permitían a los niños progresar en su desarrollo. Por el contrario, los rituales obsesivos- compulsivos persistían más allá de la adolescencia, eran incapacitantes, angustiosos y provocaban el aislamiento social y comportamientos regresivos. Además, los rituales obsesivos son mucho más elaborados, menos pasajeros e interfieren con la vida cotidiana. Los rituales con características similares a los evolutivos que se presentan en edades inapropiadamente tardías indican la presencia de un trastorno obsesivo- compulsivo. Según Luna y Jiménez (1995, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000) las diferencias entre los rituales evolutivos normales y los síntomas de un trastorno obsesivo-compulsivo se fundamentan en:

- *La finalidad.* Los rituales normales se presentan en forma de actividad lúdica, sin una finalidad del todo específica, mientras que las conductas compulsivas tienen un marcado carácter de impulso destinado a reducir la sensación de malestar, sin que puedan ser consideradas placenteras.
- *La interrupción del ritual.* Los rituales normales pueden ser interrumpidos mientras que los compulsivos no.
- *Las consecuencias, intensidad y distribución.*
- *La observación cotidiana.* Las perseveraciones no patológicas se perciben como aceptables, mientras que los rituales compulsivos se consideran conductas perturbadoras y ansiógenas.
- *El contenido.* Los rituales evolutivos abarcan normas de la vida cotidiana, en tanto que los comportamientos obsesivos- compulsivos no se realizan dentro de un funcionamiento normal.

1.3.8. Trastorno por estrés postraumático.

Este trastorno, Birmaher y Villar (2000) lo describen diciendo que los síntomas de ansiedad aparecen después de que el niño ha sido expuesto a un trauma agudo o crónico que puso en peligro su vida o la de otros a su alrededor y produjo intensa reacción de miedo e impotencia. Además, la persona tiene a menudo recuerdos involuntarios del evento por medio de ideas, imágenes, emociones o pesadillas; tiende a evitar estímulos que le recuerden el problema de varias maneras. Por otra parte, Chiappe (2000) señala que se le llama así al trastorno que puede producirse cuando un niño, después de atravesar una situación gravemente traumática, se altera en forma significativa. Mas adelante, al revivir lo ocurrido, desarrolla síntomas, su vida cambia y su bienestar desaparece. Esta autora continua señalando que es muy importante buscar el suceso que lo originó, siendo las guerras, los atentados, el abandono, los abusos, la explotación sexual, el maltrato y el hambre entre otras situaciones las que pueden provocar en los menores este trastorno.

La exposición o el recuerdo del trauma puede causar agitación, agresividad o pánico, además de presentar alguno de los siguientes síntomas: insomnio, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, irritabilidad y respuesta exagerada a los estímulos imprevistos. Esto tiene que haber ocurrido por lo menos un mes y haber afectado el funcionamiento del niño o del adolescente. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático están directamente relacionados con la proximidad, duración y la gravedad del estímulo provocador (Birmaher y Villar, 2000).

Los ítems, nos dice Chiappe (2000), que según el DSM-IV deben estar presentes para diagnosticar este trastorno son:

- El niño sufre, ve o le cuentan una situación gravemente traumática.
- Posteriormente revive el hecho traumático de repetida manera, a partir de una o de varias de las siguientes formas: recuerdos, imágenes, pensamientos o juegos repetitivos, sueños terroríficos, sensación de que el hecho esta ocurriendo, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que lo simbolicen, y respuestas fisiológicas cuando se expone a algunos de éstos estímulos.
- Evita sistemáticamente los estímulos asociados con el trauma y se observa un embotamiento de su reactividad general que no presentaba antes.

- Hay síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal).
- El cuadro se prolonga más de un mes.
- Se observa malestar clínico significativo, deterioro en sus vínculos y en su aprendizaje.

Además, este trastorno por estrés postraumático es agudo si los síntomas duran menos de tres meses; crónico, si dura más de tres meses; es de inicio demorado cuando entre el hecho traumático y el comienzo de los síntomas han pasado por lo menos seis meses.

Algunos de los hechos traumáticos más comunes según Chiape (2000) son: el ataque importante de un animal, lesiones graves por quemaduras, accidentes en cualquier lugar, asaltos, amenazas o heridas, violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, hechos violentos, homicidios y suicidios, desastres naturales, enfermedades graves, enfermedades de cualquier índole de los padres, abuso de alcohol u otras sustancias, y factores socioeconómicos.

Aunado a lo anterior, los hechos traumáticos suelen sumarse entre sí y asociarse con múltiples adversidades. Las consecuencias del trastorno por estrés postraumático son que perturba el curso del desarrollo evolutivo del niño, altera sus expectativas, su sentido de integridad personal y su confianza en el medio circundante que no pudo defenderlo, además que aumenta el trastorno de déficit de atención y concentración. Los adolescentes pueden sentirse confusos, tristes, se enojan con facilidad, aumenta su dependencia y se retarda su entrada en la adultez (Chiape, 2000).

Un diagnóstico correcto y preciso en todas las edades, pero más aún en la infancia y en la adolescencia, disminuirá la morbilidad y con ello se posibilitará una mejor calidad de vida.

1.3.9. Trastorno por estrés agudo.

Al igual que el trastorno por estrés postraumático, en éste trastorno ocurre una exposición a un evento traumático, existe una reexperimentación persistente del evento y la evitación persistente de estímulos asociados al trauma. La principal diferencia, como señala Chiape (2000) es que este trastorno tiene una duración menor a los tres meses.

1.3.10. Trastorno por ansiedad generalizada.

Birmaher y Villar (2000) señalan que en el trastorno de ansiedad generalizada los niños y adolescentes se preocupan excesivamente sobre los hechos o acciones del pasado, el presente y el futuro; necesitan asegurarse de que hacen todo bien, les resulta muy difícil controlar sus preocupaciones y a menudo presentan irritabilidad, tensión muscular, agitación, dificultad para concentrarse e insomnio. Por otro lado, Toledo, Ferrero y Barreto (2000) señalan que el cuadro clínico esencial de este trastorno se caracteriza por la presencia de ansiedad no realista, excesiva y generalizada que persiste por más de 6 meses. Asimismo, estos mismos autores nos dicen que en este trastorno se pueden diferenciar tres grupos de síntomas, a saber:

- Preocupaciones generalizadas y excesivas acerca de cada aspecto de la vida.
- Preocupaciones excesivas acerca de la competencia y aceptación sociales.
- Manifestaciones psicofisiológicas de ansiedad.

De este modo, la sintomatología más relevante es la siguiente: preocupación excesiva o poco realista acerca de sucesos futuros, preocupaciones excesivas y poco realistas acerca de conductas del pasado, preocupación excesiva o poco realista sobre la competencia en una o varias tareas, una marcada autoconciencia, la necesidad excesiva de reafirmarse, quejas somáticas sin correlato físico y sentimientos marcados de tensión y falta de habilidad para relajarse.

Asimismo, según Birmaher y Villar (2000) para poder diagnosticar la ansiedad generalizada se debe tener en cuenta que los síntomas: a) tienen que haber estado presentes al menos durante 6 meses, b) haber provocado problemas con el funcionamiento del niño o el adolescente, c) no ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos o médicos, y d) no ser causados por el abuso de drogas o el alcohol.

1.3.11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

En este tipo de trastorno, la ansiedad, las crisis de angustia o las obsesiones compulsiones son consecuencia fisiológica directa de la ingestión de sustancias (Toledo, Ferrero y Barreto, 2000).

1.3.12. Trastorno de ansiedad no especificado.

En este apartado se ubica a todos los trastornos de ansiedad que no cumplan con alguna de las características mencionadas en los apartados anteriores.

Sin embargo, como señala Birmaher y Villar (2000) en general los trastornos de ansiedad coexisten entre sí además de que pueden sufrir de trastornos afectivos. Los pacientes con estos desórdenes pueden tener comorbilidad con abuso de drogas y alcohol, y a veces con problemas de atención.

También para estos mismos autores los trastornos de ansiedad diagnosticados con más frecuencia son la ansiedad generalizada, la ansiedad de separación y la fobia simple. Los trastornos de ansiedad generalizada, la fobia social, y el ataque de pánico son más frecuentes en los adolescentes, mientras que la ansiedad de separación y las fobias simples ocurren más en los niños. En cambio, para Hauessler (2000) los trastornos de ansiedad más frecuentes son: la ansiedad de separación, la fobia simple, la fobia escolar, los cuadros de hiperansiedad (o de ansiedad generalizada) reactivos, los cuadros de hiperansiedad crónicos, los cuadros de ansiedad ligados a una limitación intelectual, los cuadros obsesivos - compulsivos, los ataques de pánico y los cuadros de ansiedad con un componente somático importante como los trastornos del sueño, cefaleas, alopecias y dermatitis

Todos estos trastornos parecen manifestarse por igual en ambos sexos.

Una vez que hemos revisado la importancia del estudio de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia y sus principales clasificaciones, en el siguiente apartado se analizarán las causas que los especialistas han encontrado como propiciadoras de ansiedad, ya que al conocer la etiología se pueden elaborar mejores instrumentos de diagnóstico y tratamiento para una mejor rehabilitación.

1.4. Causas de la ansiedad en la infancia y la adolescencia.

Los acontecimientos estresantes que pueden desencadenar un trastorno de ansiedad en la infancia y la adolescencia están relacionados con el entorno familiar y el escolar fundamentalmente, aunado a las dimensiones de personalidad de neuroticismo e introversión que pueden predisponer al desarrollo posterior de un trastorno de ansiedad. Así, revisaremos estos aspectos propiciadores de los trastornos de ansiedad.

Tortella- Feliu (2002) refiere que una competencia social deficitaria, la presencia de déficit en las habilidades de autocontrol, dificultades en la resolución de problemas, en la capacidad de tomar decisiones, la tendencia a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, etc. son factores de gran importancia en la instauración y mantenimiento de muchos y muy diversos trastornos psicopatológicos (la mayoría de los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, etc.).

Varios filósofos han atribuido el incremento de la ansiedad en este siglo al incremento en la incertidumbre y a la interferencia burocrática con los esfuerzos del individuo hacia el autorreconocimiento y la autorrealización (Reynolds y Richmond, 1978)

Sexto (2000) refiere que la ansiedad es una emoción ligada a los afectos, originada, según los aportes de Mc Lean, Brown y Luria (citado en Sexto, op. cit), en el sistema nervioso primitivo o inferior; corresponde a las sensaciones básicas del ser humano, enlazada a la capacidad de adaptación primaria en el intento de generar respuestas eficaces, como la huida ante el miedo o la cólera frente a las dificultades o las frustraciones. Por lo tanto, la ansiedad es una emoción inherente al ser humano, pero no exclusiva, ya que incluso en los animales invertebrados se constata un sistema de alerta que los prepara para la lucha o la huida, surgen como respuesta a una situación de amenaza que en el niño puede ser producto de la realidad o de la imaginación.

Asimismo, la ansiedad tiene un componente objetivo que la califica como la dificultad de concretar o enfrentar una acción o una actividad, con sensación de peligro inminente, que impide llevar a cabo una intención o un proyecto.

A muy corta edad el niño aprende a anticipar o a evitar circunstancias dañinas en potencias. Birmaher y Villar (2000) nos dicen que conforme los niños tienen más oportunidades de tomar opciones y con las expectativas multiplicadas de los padres, compañeros y ellos

mismos, de elegir opciones sensatas, aumenta la probabilidad de que los niños sufran ansiedad. Además, los niveles de ansiedad tanto muy bajos como muy altos se relacionan de manera negativa con el aprendizaje.

Estos autores continúan refiriendo que una fuente común de ansiedad en niños es su progreso académico, en particular durante un examen. Otras causas comunes de ansiedad en niños son las relaciones con los compañeros y con la familia, y en los años de adolescencia pueden ser los factores más significativos en el nivel de ansiedad y sobre todo en la salud del niño.

Aunque la etiología de los trastornos de ansiedad no se ha clarificado, el desarrollo de trastornos psicopatológicos, o de cualquier comportamiento desadaptativo, implica la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos –entendidos como características intrínsecas del sujeto, muy ligadas a factores constitucionales- y ambientales. De este modo, Birmaher y Villar (2000) señalan que los factores genéticos, cognitivos y ambientales, o la combinación de éstos, han sido asociados con un incremento en el riesgo de padecer trastornos de ansiedad. Por otro lado, Sandín (1996) menciona que la cuestión sobre el posible carácter innato de los miedos ha sido planteada por diversos autores.

Los trastornos de ansiedad tienden a prevalecer en varios miembros de una misma familia, lo que ha demostrado que los factores genéticos juegan un papel definitivo en la transmisión de estos trastornos. En este sentido, Beardslee y Gladstone (2001, citado en Tortella- Feliu, 2002) señalan que en comparación con los niños que no presentan problemas de ansiedad, los chicos con alteraciones ansiosas tienen mayor probabilidad de que sus padres padezcan de este tipo de trastornos. La herencia estimada de la sintomatología ansiosa se sitúa, por ejemplo, entre el 40 y el 50 por 100, según estos autores. Según lo anterior, lo que se presume es que la ansiedad o el trastorno de estado de ánimo de los padres acaba afectando a los hijos a través de dos mecanismos interrelacionados: uno genético- la transmisión del temperamento (por ejemplo, inhibición conductual)- y otro ambiental- las pautas de crianza (estilo de educación y relación con los hijos)-. Por ejemplo, De Loño, Lledó, Ochando y Albert (2001) mencionan que los niños con trastorno obsesivo- compulsivo son generalmente educados en medios muy rígidos y donde los comportamientos de limpieza, orden y gran tendencia al perfeccionismo es la ley, lo cual muestra cómo el ambiente familiar puede influir en la aparición de los trastornos de ansiedad.

Aparentemente, ciertas personas pueden nacer con una susceptibilidad constitucional para desarrollar tanto ansiedad como depresión, y las circunstancias o el estrés a los que están sometidos (familiares, sociales, escolares, etc.) pueden estimular la manifestación de estos trastornos. Así, la inhibición conductual es el rasgo temperamental que, por excelencia, se ha venido considerando como factor predisponente para los trastornos de ansiedad. Se trata de un patrón relativamente estable caracterizado por la timidez, la intranquilidad, la vergüenza y la reserva que se manifiesta cuando el sujeto se expone a extraños o a lugares o situaciones nuevas y que se acompaña de la interrupción de las conductas que se estaban llevando a cabo y la búsqueda de apoyo de una persona conocida (Kagan, Reznick, y Gibbons, 1989, citado en Tortella- Feliu, 2002).

Se estima que el 30 por 100 de los niños inhibidos conductualmente acaban desarrollando trastornos de ansiedad.

Además, se ha confirmado en múltiples estudios que las reacciones de ansiedad de las madres y de otros miembros de la familia se “trasmiten” con cierta facilidad a sus hijos. Ollendick y King (1991, citado en Sandín, 1996), en un trabajo sobre el origen de los miedos en niños y adolescentes, constataron que la mayoría de los sujetos (tanto niños como adolescentes) atribuían el origen de sus miedos a formas indirectas de adquisición (aprendizaje vicario e información/ instrucciones).

Por tanto, la presencia de miedos y reacciones ansiógenas en otros miembros de la familia es otro aspecto que aconseja la intervención en casos de ansiedad infantil. Hay suficientes evidencias de que muchos trastornos de ansiedad de la edad adulta se han iniciado desde edades tempranas (Birmaher y Villar, 2000).

También una persona puede ser completamente normal y la exposición a eventos traumáticos (agudos o crónicos) puede inducir la aparición de estos trastornos (Birmaher y Villar, 2000).

Una de las posibles manifestaciones tempranas de esta susceptibilidad es la timidez o la conducta inhibida. Los niños con timidez o inhibición persistentes están predispuestos a desarrollar trastornos de ansiedad. Los padres de estos niños también tuvieron problemas de ansiedad en la niñez, y en la edad adulta, tienden a tener más trastornos de ansiedad (especialmente fobia social y ansiedad generalizada) que los padres de los niños sin inhibición.

También la calidad de las interacciones y de las relaciones afectivas tempranas y sus alteraciones y carencias van a constituir factores de riesgo para el desarrollo de reacciones de angustia o alteraciones emocionales futuras (Haeussler, 2000).

De este modo, las pautas de crianza, el estilo de educación de los padres y su forma de relación con los hijos, parece claro que influyen de manera decisiva en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de ansiedad en los niños, a través de procesos diversos como el modelado de comportamientos desadaptativos, la instigación y el reforzamiento positivo de conductas de ansiedad- retraimiento social (Tortella- Feliu, 2002).

Sin embargo, las investigaciones sobre la neurobiología de la ansiedad abarcan ámbitos muy diversos, que apoyan teorías etiopatogénicas y contribuyen asimismo al conocimiento de la génesis y clínica de estos trastornos. A este respecto, Ballesteros (2001) nos dice que en los trastornos de ansiedad en general se ha investigado la posible participación de los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico y gabaérgico, así como de la colicistequinina (CCK) y neuropéptido Y (NPY). En los resultados de dichas investigaciones, se le ha atribuido a la serotonina una importante influencia en la patogenia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo; mientras que se ha relacionado la fobia social con la hormona del crecimiento, al observar que los niños con deficiencia de la misma son descritos con frecuencia como inmaduros, dependientes, tímidos, reservados y socialmente aislados, presentando además problemas cognitivos. En resumen, para Ballesteros (2001), en la rama de la neuropsicología, la relación entre la disfunción de algunas funciones cerebrales y la ansiedad es recíproca; aquélla provoca ansiedad y ésta influye a su vez en el conocimiento neurocognoscitivo: atención, memoria y algunos aspectos del lenguaje.

Resumiendo, para Tortella-Feliu (2002) los factores de riesgo que citan con más frecuencia un número considerable de autores para los trastornos de ansiedad incluyen:

1. El patrón de vinculación ansiosa- resistente entre padres o cuidadores respecto a los niños/as.
2. El estilo de educación de los padres.
3. La presencia de problemas de ansiedad en los progenitores o cuidadores.
4. La existencia de características temperamentales como la inhibición conductual en los niños.

5. La presencia de niveles elevados de neuroticismo- introversión, ansiedad estado, afecto negativo y sensibilidad a la ansiedad.
6. La presencia de niveles subclínicos de sintomatología ansiosa en los niños.
7. La exposición a experiencias traumáticas y acontecimientos estrógenos (divorcio de los padres, cambios de escuela, etc.).

Sin embargo, no hay una teoría que de cuenta de los distintos trastornos de ansiedad. Los modelos explicativos de los trastornos de ansiedad se inician con el condicionamiento clásico, pasan por el operante, las teorías del aprendizaje social, los modelos cognitivistas, y llegan a integrarse en hipótesis biológicas y factores sociofamiliares y temperamentales de vulnerabilidad. El condicionamiento clásico postula un proceso de aprendizaje asociativo por el cual un estímulo neutro que se asocia a un estímulo ansiógeno potente puede acabar provocando respuestas de temor por sí mismo. Sin embargo, son una minoría los casos de fobias específicas explicables por la presencia de acontecimientos traumáticos directos.

Seligman (1971, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000) propuso la teoría de la preparación de las fobias, según la cual los seres humanos están biológicamente preparados para el aprendizaje de reacciones de miedo ante aquellos estímulos que supusieron una amenaza para el hombre en algún momento de su evolución.

El modelo de Rachman opta por determinar tres vías para explicar la adquisición de miedos y ansiedad: el condicionamiento respondiente, el modelado y la instrucción verbal. Por otra parte, la teoría de la preparatoriedad entiende que los estímulos difieren en su potencial de condicionamiento.

La teoría de los dos factores de Mowrer (1939, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000; Servera y Tortella-Feliu, 2002) se basa en el condicionamiento clásico, pero más bien es una ampliación de su espectro de actuación apoyándose en el condicionamiento operante. El condicionamiento operante permite asumir la posibilidad de que una fobia pueda mantenerse por los efectos reforzantes de las conductas que genera. No obstante la conducta de evitación común de las fobias no sólo no desaparece sino que se intensifica en muchos casos mediante procedimientos de reforzamiento negativo (la evitación o escape del estímulo fóbico reduce la ansiedad) y positivo (especialmente en niños la reacción fóbica encuentra rápidamente recompensa en muchos adultos). Salomón y Wynne (1954,

citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) propone en síntesis, la posibilidad de que las fobias sean inducidas por condicionamiento clásico y mantenidas por condicionamiento operante.

La teoría de la aproximación- evitación de D'Amato (1970, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) intenta explicar la persistencia de la conducta de evitación en presencia de una disminución de la respuesta de miedo. Así, el sujeto aprende que al malestar que se experimenta ante el estímulo condicionado le acompaña un estado de relajación, de bienestar, coincidente con la aproximación hacia otras áreas (estímulos) no aversivas. La anticipación de este bienestar es lo que establece la respuesta de evitación. El estímulo condicionado temido no evoca miedo, sino al contrario funciona como una señal para la relajación y la aproximación a otras situaciones agradables. La conducta de evitación, pues, no se mantiene porque provoque una reducción de las respuestas de ansiedad, sino porque induce estados de relajación y bienestar.

La teoría de la incubación o “el tercer grado de condicionamiento” de Eysenck (1981, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) señala que las exposiciones cortas a estímulos temidos con intensas sensaciones de malestar pueden provocar una *incubación* de las respuestas de ansiedad especialmente en personas vulnerables que las hagan resistentes a la extinción.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000; Servera y Tortella-Feliu, 2002) asume las limitaciones del condicionamiento clásico para explicar la mayoría de las fobias y propone dos alternativas: a) la posibilidad de adquirir el miedo por observación directa de un suceso traumático (aprendizaje vicario) o b) la recepción de información en torno a estímulos fóbicos por parte de personas significativas para el niño. Por lo tanto, todos los miedos y reacciones ansiosas están mediadas por el constructo de expectativa de autoeficacia, es decir, la valoración de si uno será capaz de interactuar adaptativamente con el estímulo temido. Estas expectativas emanan de cuatro tipos de experiencias: encuentros personales con el estímulo objeto, encuentros vicarios (observar su acción sobre otras personas), experiencias de activación somatovisceral también durante estos encuentros y persuasión verbal. La autoeficacia percibida explica nuestra reacción final ante el estímulo.

La teoría bioinformacional de la emoción utiliza mediadores cognitivos para entender la respuesta de miedo, llamadas imágenes afectivas. Estas imágenes son estructuras propositivas que interrelacionan en la información sobre aspectos emocionales de objetos, personas o situaciones en general. Las imágenes mentales se componen de proposiciones estimulares, de respuestas y semánticas. Las proposiciones estimulares son unidades de información que hacen referencia a las características de los objetos o eventos temidos; las proposiciones de respuesta son unidades de información que hacen referencia a los componentes subjetivos, motores y fisiológicos de las reacciones de miedo, y las proposiciones semánticas son unidades de información que hacen referencia al significado implicado en la secuencia estímulo- respuesta.

El modelo de sensibilidad a la ansiedad de Reiss (1991, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) reinterpreta el aprendizaje que se da en el condicionamiento respondiente de respuestas de ansiedad en términos de expectativas. Las expectativas se conceptualizan básicamente en “daño físico/ peligro”, “a padecer ansiedad en sí misma” y “evaluación social negativa”.

En cuanto a la génesis del trastorno de ansiedad de separación, Thyer y Sowers-Hoag (1988, citado en Toledo, Ferrero y Barreto, 2000) han propuesto tres hipótesis alternativas, que son: déficit de aprendizaje, experiencias traumáticas y reforzamiento operante.

Uno de los puntos más claros de coincidencia dentro de los modelos explicativos es la noción de vulnerabilidad.

Una vez instaurado el trastorno, existen una serie de factores que pueden contribuir tanto a su mantenimiento, o incluso intensificación, como a su mejora. Los autores resumen esta influencia en cinco grandes factores:

- a) Excesiva dependencia de respuestas de afrontamiento relacionadas con la evitación cognitiva o conductual.
- b) Incompetencia en relación con las habilidades sociales, de regulación emocional y académicas.
- c) Sesgos emocionales y creencias distorsionadas.
- d) Experiencias de castigo y de fracaso, incluyendo rechazo y críticas de padres y compañeros.

- e) Conductas de sobreprotección de padres y otros que impiden al niño la exposición a situaciones que provocan ansiedad o que refuerzan sus conductas de miedo.

1.5. Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes.

El tipo de tratamiento depende de la valoración de las situaciones que lo desencadenan y del nivel de penetración en la vida social y escolar del niño. Sin embargo, como ya se mencionó, a la hora de realizar la evaluación hay que tomar en cuenta que hay un cierto nivel de ansiedad no patológica, la cual no es tan intensa y duradera ni interfiere significativamente en la vida cotidiana del sujeto, además de ser más controlable y no causa malestar clínico, además no suele acompañarse de síntomas físicos y suele tener un estímulo desencadenante claro. En cuanto a la evaluación de la ansiedad, Krause (1961, citado en Servera y Tortella- Feliu, 2002) informa que la ansiedad por lo general se infiere a partir de: a) autoinformes, b) signos fisiológicos, c) conducta (postura corporal, habla, intranquilidad, etc.), d) desempeño de tareas, e) intuición clínica y f) respuesta al estrés. Debido a la prevalencia de los trastornos ansiógenos, debe incluirse una medida de ansiedad en cualquier rutina de evaluación psicoeducativa practicada a un niño que experimenta dificultades en la escuela.

En la opinión de De Loño, Lledó, Ochando y Albert (2001) la historia clínica detallada y la observación clínica continúan siendo la base fundamental para el diagnóstico, además que la formación psicopedagógica y la experiencia clínica resultan fundamentales.

De manera general, Haeussler (2000) menciona que para hacer el diagnóstico de un trastorno de ansiedad en el niño y el adolescente es necesario considerar:

1. La edad y la etapa del desarrollo en la que se encuentra.
2. La crisis del desarrollo.
3. El contexto familiar y escolar en el que está inserto.
4. Las características temperamentales, conductuales, afectivas y cognitivas.
5. Las características del rendimiento escolar de acuerdo con los esfuerzos y las capacidades.
6. La presencia de un trastorno específico del aprendizaje.

7. Los recursos que posee.
8. Las crisis situacionales.
9. Las situaciones difíciles o características de la personalidad de los padres que son permanentes.
10. La función del síntoma dentro del contexto familiar.

1.5.1. Procedimientos y técnicas de evaluación.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de los miedos y las reacciones de ansiedad en la infancia pueden evaluarse a lo largo de tres dimensiones (Barrios y Hartmann, 1997, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002): la naturaleza del estímulo/ situación temida, los distintos tipos de sistema de respuesta y el procedimiento utilizado. Los sistemas de respuesta básicamente son tres: cognitivo (subjetivo), motor y fisiológico. Los procedimientos se pueden agrupar en los de autoinforme, los registros de observación y los mecánicos.

En la revisión de Barrios y Hartmann (1997, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) se exponen cerca de 160 instrumentos de evaluación que abarcan 13 categorías estímulares, las cuales se pueden agrupar principalmente en listados de conducta, escalas de estimación y autoestimación, y cuestionarios. Los listados de conducta consisten en la valoración por parte de padres o educadores de múltiples respuestas en la vida cotidiana del niño. Las escalas de estimación global se describen como un instrumento de evaluación de una única respuesta global del niño a una situación problemática, y las reducen a la medida de reacciones de ansiedad ante procedimientos médicos. La diferencia entre los cuestionarios y las escalas de autoestimación consiste en que en éstas los ítems son de respuesta única, mientras en los primeros los ítems son de respuesta múltiple ya sea de naturaleza categorial o continua. A continuación, en la tabla 2 se presenta una clasificación con respecto a los procedimientos y los tipos de instrumentos implicados en la evaluación de la ansiedad infantil (Servera y Tortella-Feliu, 2002).

Procedimientos	Instrumentos
Métodos de observación	Test de Evitación Conductual. Sistemas de registro conductual. Listados de conducta. Escala de estimación.
Métodos de autoinforme	Las entrevistas clínicas. Los autorregistros. Los cuestionarios de autoinforme. Los procedimientos de “think aloud”
Métodos mecánicos.	Medidas psicofisiológicas como conductancia de la piel, tasa cardíaca, respiración, presión sanguínea, etc.

Tabla 2. Procedimientos y tipos de instrumentos implicados en la evaluación de la ansiedad.

En los métodos de observación siempre se parte de la valoración que hacen sujetos externos de las reacciones de ansiedad del niño. Lang y Lazovik (1963, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) desarrollaron la forma que actualmente suelen presentar los tests de evitación conductual: normalmente se empieza colocando al niño en un lugar donde está presente el estímulo temido, a continuación se le pide que vaya ejecutando una serie de tareas programadas de aproximación o interacción con el estímulo. Se registra la duración, la frecuencia y la intensidad de las conductas motoras, y se obtienen los datos precisos para iniciar y valorar la posterior intervención.

Los sistemas de registro observacional se basan en la falta de control estimular, aunque también evalúan básicamente respuesta motora. Se suele registrar en ambiente natural y el evaluador debe decidir previamente qué, cómo y cuánto tiempo lo evaluará.

En los listados de conducta se evalúan la ocurrencia o no de múltiples conductas en un ambiente natural y proveen información retrospectiva y categorial. En este rubro, nos dicen Servera y Tortella-Feliu (2000), están el Child Behavior Check List del grupo de Achenback y Edelbrook (1983) la cual abarca un gran espectro de síntomas a todo rango de edades, pudiendo ser aplicada a informantes múltiples -padres, maestros y al propio paciente- (De Loño, Lledó, Ochando y Albert, 2001), las Conners Ratings Scales (1990) y el Revised Behavior Problems Check List de Quay y Peterson (1987), además del Inventario de Miedos de Pelechano (1981).

Las escalas de estimación son instrumentos en donde se realiza una evaluación global de la ansiedad del niño pero ante un determinado estímulo o situación bien definida. De este modo se trata de establecer la gravedad de las respuestas de ansiedad a través de una escala que puede ser muy variable y de naturaleza discreta o continua.

En la mayoría de los procedimientos de autoinforme se evalúa la respuesta subjetiva de ansiedad que el propio niño informa al evaluador.

La entrevista clínica es el procedimiento de autoinforme más utilizado. En general se basan en los criterios de diagnóstico psiquiátricos, tipo DSM-IV, y, como señala Sandín (1997, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002), existen entrevistas basadas en el entrevistador (como la K-SADS del grupo de Puig-Antich) y otras en el entrevistado (la DISC del grupo del Costello).

Barrios y Hartmann (1997, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) prefieren clasificar las entrevistas en aquellas más generales, que cubren todo el espectro de los trastornos comportamentales infantiles e incluyen los trastornos de ansiedad, siendo la más destacada la Anxiety Disorders Interview Schedule for Children- Child Versión- (ADIS-C).

Los autorregistros consisten en que el propio niño monitorea sus respuestas de ansiedad a lo largo de un tiempo y en diversas ocasiones, siendo el Daily Diary de Beidel, Neal y Lederer (1991, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) el más propio para las reacciones de ansiedad.

Los cuestionarios de autoinforme son el método de evaluación más utilizado, los cuales guardan cierto parecido a las escalas de estimación, sólo que éstos incorporan múltiples ítems de respuesta que conforman una dimensión más o menos compleja y general. Se puede diferenciar entre cuestionarios de ansiedad en general y cuestionarios de ansiedad o de miedos específicos. Entre los cuestionarios de ansiedad en general están aquellos que evalúan la reacción subjetiva de miedo del niño en un amplio espectro de situaciones cotidianas como el Fear Survey Schedule for Children de Scherer y Nakamura (1968, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) y aquellos que, por el contrario, evalúan un amplio espectro de las reacciones subjetivas de miedo en la vida, entre los que cabe destacar la Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds y Richmond, 1978, la State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger, 1973, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002), el Childhood Anxiety Sensivity Index de Silverman y cols. (1991, citado en Servera

y Tortella-Feliu, 2002), la Visual Analogue Scale for Anxiety- Revised de Bernstein y Garfinkel (1992, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) y la Multidimensional Anxiety Scvle for Children de March (1996, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002).

Entre los cuestionarios de miedos específicos están, por ejemplo, el Fear Inventory for Fire Safety (Jones y cols. 1989, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002), el Hospital Fears Rating Scale (Melamed y Siegel, 1975, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002) o el Fear and Avoidance Hierarchy Ratings (Barlow y Seidner, 1983, citado en Servera y Tortella-Feliu, 2002).

También existen escalas para trastornos más específicos, como la Self- Rated Scale for Obsessive- Compulsive Disorder, de Kaplan (S/F, citado en De Loño, Lledó, Ochando y Albert, 2001) la cual es un cuestionario objetivo de 35 puntos que mide la gravedad del trastorno obsesivo- compulsivo, siendo los siguientes cuatro componentes octagonales los más importantes: pensamientos angustiosos, rituales, perfeccionismo y temor a la contaminación.

En los procedimientos de “think aloud” (pensamiento en voz alta) en primer lugar se le pide al niño que verbalice sus pensamientos ya sea en anticipación o en exposición al estímulo temido, en segundo lugar, se establece un método de registro de estos pensamientos y en tercer lugar, se categorizan con la intención de poderse utilizar tanto en el proceso de diagnóstico como de tratamiento.

Los métodos mecánicos, dirigidos en general a la respuesta psicofisiológica, son relativamente muy poco utilizados en la evaluación de la ansiedad infantil.

Así, como lo demuestra esta breve revisión, existen diversos y muy variados instrumentos para diagnosticar un trastorno que debe ser identificado y tratado lo más brevemente posible, ya que afecta a un gran porcentaje de la población infantil y juvenil y cuyas secuelas pueden perdurar hasta la edad adulta. De este modo, en el siguiente apartado se describirá tanto el instrumento que se desea baremar a la población juvenil mexicana de 15 años (CMAS- R) como la metodología que se utilizó para llevar a cabo el objetivo de este reporte de investigación.

METODOLOGÍA

Población.

100 adolescentes, 50 hombres y 50 mujeres, que tenían una edad de 15 años al momento de llevarse a cabo la aplicación.

Materiales.

100 escalas de ansiedad manifiesta, lápices y gomas.

Instrumento.

Taylor (1951, citado en Reynolds y Richmond, 1978) construyó una escala de ansiedad manifiesta (MAS), su teoría era que la ansiedad manifiesta era una medida de la pulsión.

McCandless y Palermo (1956, citado en Reynolds y Richmond, 1978) informaron sobre una versión para niños de la escala anterior, llamada Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS) que utilizaba reactivos de la MAS, pero expresadas con otras palabras para hacerlos más apropiados para los niños, la cual fue muy popular tanto como instrumento clínico como de investigación. Sin embargo, esta escala fue modificada debido a las críticas que recibió por parte de maestros e investigadores, lo que dio origen a la revisión de la misma, dando como resultado la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond en 1978.

La CMAS-R 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 evaluado contesta a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Si” o “No”. La respuesta “Si” 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. Las respuestas “Si” se cuentan para determinar la puntuación de *Ansiedad total*. Además, la CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescalas además de la puntuación de Ansiedad total. Estas subescalas se denominan:

a) *Ansiedad fisiológica*. Esta escala es un índice de la expresión del niño hacia las manifestaciones físicas de la ansiedad. Una calificación alta en esta subescala sugiere que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad.

b) *Inquietud/ hipersensibilidad*. Los reactivos que caen dentro de esta categoría sugieren la palabra “preocupación” o bien sugieren que la persona es miedosa, nerviosa, o de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales. Una puntuación alta en esta subescala puede sugerir a un individuo que internaliza gran parte de la ansiedad que experimenta y, por lo tanto, puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad,

c) *Preocupaciones sociales/ concentración*. Los siete reactivos que constituyen esta subescala expresan una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad en la concentración. Los niños que obtienen una alta calificación en esta subescala pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas.

d) *Mentira*. Los reactivos de esta subescala indican el cuadro de una conducta “ideal” que por lo general no es característica de nadie, pues no tipifican la conducta humana real a ninguna edad. Así, una puntuación alta en la subescala de mentira puede ser un gran indicio de un autoinforme impreciso.

Para una mayor descripción del instrumento, en la tabla 3 se muestran tanto el contenido y número de los reactivos así como la subescala a la que pertenecen.

Contenido de los reactivos de las cuatro subescalas.			
I. Ansiedad fisiológica (10 reactivos).	II. Inquietud/hipersensibilidad (11 reactivos).	III. Preocupaciones sociales/concentración (7 reactivos)	Mentira (L) (9 reactivos).
<p>1. Me cuesta trabajo tomar decisiones.</p> <p>5. Muchas veces siento que me falta el aire.</p> <p>9. Me enojo con mucha facilidad.</p> <p>13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido (a)</p> <p>17. Muchas veces siento asco o náusea.</p> <p>19. Me sudan las manos.</p> <p>21. Me canso mucho</p> <p>25. Tengo pesadillas</p> <p>29. Algunas veces me despierto asustado (a)</p> <p>33. Me muevo mucho en mi asiento</p>	<p>2. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero</p> <p>6. Casi todo el tiempo estoy preocupado</p> <p>7. Muchas cosas me dan miedo</p> <p>10. Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir</p> <p>14. Me preocupa lo que la gente piense de mí.</p> <p>18. Soy muy sentimental</p> <p>22. Me preocupa el futuro</p> <p>26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo</p> <p>30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir</p> <p>34. Soy muy nervioso (a)</p> <p>37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.</p>	<p>3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí</p> <p>11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas</p> <p>15. Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a)</p> <p>23. Los demás son más felices que yo</p> <p>27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal</p> <p>31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.</p> <p>35. Muchas personas están contra mí</p>	<p>4. Todas las personas que conozco me caen bien</p> <p>8. Siempre soy amable</p> <p>12. Siempre me porto bien</p> <p>16. Siempre soy bueno (a)</p> <p>20. Siempre soy agradable con todos</p> <p>24. Siempre digo la verdad</p> <p>28. Nunca me enojo</p> <p>32. Nunca digo cosas que no debo decir</p> <p>36. Nunca digo mentiras.</p>

Tabla 3. Contenido y número de reactivos en cada subescala de la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R)

Lugar de aplicación.

Se acudió a dos instituciones de educación media superior (Escuela Nacional Preparatoria 4 y Colegio de Bachilleres Plantel 8 Cuajimalpa), para la aplicación de las escalas, puesto que los adolescentes de nuevo ingreso a estas instituciones tienen en promedio la edad requerida para dicha aplicación.

Procedimiento.

Una vez que se obtuvo el permiso de las instituciones mencionadas en el párrafo anterior, se seleccionaron a los estudiantes cuyas edades correspondían a los 15 años cumplidos, de acuerdo al objetivo de esta investigación. Una vez seleccionados, se les leyeron las instrucciones que acompañan a la Escala de Ansiedad Manifiesta y se les preguntó a los adolescentes si tienen alguna duda. Cuando hubo alguna duda se les explicó y posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento, indicándoles que en el momento en que concluyeran levantarán la mano para recolectar la prueba.

Diseño de investigación.

Se utilizó un diseño transversal de una sola aplicación, pues el objetivo fue obtener la puntuación de una muestra específica de población, siendo la elección de los sujetos de tipo no aleatorio.

Análisis de la información.

Una vez que se llevó a cabo la aplicación, se procedió a calificar las escalas de acuerdo al procedimiento estipulado por la prueba, y posteriormente se ingresaron todos los resultados en el programa estadístico SPSS para obtener los percentiles a la muestra mexicana de dicha escala, utilizándose de esta manera un análisis cuantitativo de la información.

RESULTADOS

Una vez llevada a cabo la aplicación, se procedió a calificar las escalas de acuerdo al procedimiento estipulado por la prueba, para posteriormente ingresar todos los resultados en el programa estadístico SSP para obtener los percentiles a la muestra mexicana de dicha escala, utilizándose de esta manera un análisis cuantitativo de la información. En la tabla 4, se presentan los resultados obtenidos después del análisis estadístico realizado a las pruebas del CMAS-R aplicadas a los adolescentes de 15 años:

PERCENTILES OBTENIDOS EN EL CMAS-R EN CADA SUBESCALA POR ADOLESCENTES MEXICANOS DE 15 AÑOS					
Percentiles	Puntuaciones directas por subescala				
	Ansiedad total.	Ansiedad fisiológica.	Inquietud/hipersensibilidad.	Preocupaciones sociales/concentración.	Mentira.
99	21-28	8-10	11	6-7	9
98			10		
97	20				8
96		6	9		
95	18				7
93			8	5	
90			7		6
89	17	5			
86	16				
84	15		6	4	
80	14			3	
79					5
78	13	4			
75	12				
71	11				
68		3	5		
67				2	4
63					3
60	10				
56	9				
54				1	
52	8		4		
48		2			
46	7				
41					2
38			3		
37	6				
32	5	1			
27			2		1
20	4				
13	3				
10			1		
6	2				
2	1				
N	100				
Media	9.07	2.76	4.31	1.78	3.19
Desviación estandar	5.31	1.93	2.39	1.94	2.34

Tabla 4.

Como se puede observar en la tabla, los adolescentes que obtienen una puntuación entre 5 y 11 en la escala de Ansiedad Total pueden considerarse dentro de la norma, mientras que las puntuaciones entre 1 y 4 se localizan por debajo de la norma y los que obtienen puntuaciones superiores a 12 y hasta 28 pueden ser considerados como ansiosos.

Por otra parte, en la subescala de Ansiedad fisiológica las puntuaciones ubicadas entre 1 y 3 pueden ser consideradas dentro de lo normal mientras que una puntuación de 4 hasta 10 es indicio de que se presenta ansiedad de tipo fisiológica.

En cuanto a la subescala de Inquietud/ Hipersensibilidad, las puntuaciones ubicadas entre 2 y 5 se pueden considerar dentro de la norma, mientras que una puntuación de 1 se ubica por debajo y las puntuaciones entre 6 y 11 señalan que se presentan problemas de ansiedad con las características descritas para esta subescala.

En la subescala de Preocupaciones sociales/ concentración solo una puntuación de 1 y 2 pueden ser consideradas dentro de lo normal en tanto que una puntuación de 3 y hasta 7 sugiere la presencia de los trastornos ansiosos mencionados para esta subescala.

Por último, las puntuaciones de 1 a 4 en la subescala de Mentira sugieren que la prueba ha sido contestada de forma relativamente sincera y que las puntuaciones entre 5 y 9 señalan que los resultados de la prueba deben ser tomados con cautela debido al alto grado que existe de que la prueba no haya sido contestada de forma veraz.

Por otra parte, en la comparación de los resultados obtenidos en esta baremación con los datos presentados en la prueba que se obtuvieron en la población uruguaya, se puede observar que en lo que se refiere a la escala de Ansiedad Total existe gran concordancia pues en ambas una puntuación natural de 12 o superior es signo de la presencia de trastornos de ansiedad, puesto que estas puntuaciones se encuentran por encima de lo normal. Sin embargo, existe una pequeña diferencia en la puntuación por debajo de la norma, ya que mientras en las tablas uruguayas una puntuación natural de 5 se encuentra por debajo, en los resultados de esta investigación la puntuación de 5 ya se encuentra dentro de la normal.

En la subescala de Ansiedad Fisiológica existe una gran analogía, pues en ambos estudios una puntuación de 1 a 3 es considerada normal en tanto que una superior ya es indicio de la presencia de este tipo de ansiedad.

En cuanto a la subescala de Inquietud/ Hipersensibilidad se encontró una ligera diferencia entre las poblaciones, pues en las tablas uruguayas una puntuación entre 3 y 6 es considerada dentro de la normal, en tanto que en los resultados obtenidos en esta investigación una puntuación entre 2 y 5 es la que se considera dentro de la norma, por lo que podemos observar que la población mexicana dentro de esta subescala es menos ansiosa que la población uruguaya, ya que el rango de respuesta para ser considerado no ansioso es menor y una respuesta positiva de más en esta subescala es suficiente para ser diagnosticado ansioso en comparación con la población uruguaya.

En tanto en la subescala de Preocupaciones sociales/ concentración se observa también una ligera diferencia, ya que en la muestra mexicana una puntuación entre 1 y 2 es considerada normal y una puntuación de 3 y hasta 7 se encuentran por encima de la norma, mientras que en la población uruguaya una puntuación natural de 2 esta indicándonos ya la presencia de este tipo de trastorno, siendo menor la puntuación necesaria para ser diagnosticado con este tipo de ansiedad en la población uruguaya

Por último, en la subescala de Mentira se encontró que en la muestra mexicana hay una mayor tolerancia a la mentira que en la uruguaya, ya que se consideran dentro de la norma mexicana las puntuaciones ubicadas entre 1 y 4, siendo una puntuación superior, es decir, entre 5 y 9, indicio de que los resultados obtenidos no son muy confiables debido a las características de esta subescala. Entre tanto, en la población uruguaya solo las puntuaciones entre 1 y 2 son consideradas normales, y una puntuación superior, es decir entre 3 y hasta 9 son suficientes para considerar no confiables los resultados obtenidos en la prueba, siendo el rango en Uruguay inferior en esta subescala que lo que se obtuvo en México.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación podemos concluir que no existe una gran diferencia entre las puntuaciones obtenidas en la prueba de la población de Uruguay, que es donde se obtuvieron las puntuaciones normalizadas (o baremos) de las que consta la prueba y que han sido las que se han ocupado en la Unidad de Evaluación Psicológica de Iztacala, con la población mexicana a la que se le aplicó la prueba y con cuyos resultados se realizó la baremación que fue el objetivo de este reporte de investigación. Un ejemplo de ésta similitud entre la población mexicana y la uruguaya la podemos encontrar en la escala de Ansiedad Total y en la subescala de Ansiedad fisiológica, en donde con la misma puntuación se puede observar si un adolescente es ansioso, es decir, que se encuentre por arriba de la normal, o si el grado de ansiedad que presenta no es considerado patológico, lo que equivale a que su puntuación se ubique dentro de la norma.

Sin embargo, y lo que puede ser el punto central de esta investigación, es que en las subescalas de Inquietud/ Hipersensibilidad, Preocupaciones sociales y Mentira, se encontró una ligera diferencia en las puntuaciones, que pueden ser significativas en el diagnóstico o no de la ansiedad.

Como se puede notar en el apartado de resultados, en las subescalas mencionadas (ver tabla 5), las puntuaciones para considerar a un adolescente como una persona que presenta el trastorno de ansiedad que corresponde a cada una de ellas varía entre las dos poblaciones. De este modo, un adolescente mexicano al ser evaluado por el CMAS-R y obtenido su percentil con las tablas uruguayas para las subescalas de inquietud/ hipersensibilidad, Preocupaciones sociales/ concentración y Mentira, puede haber sido diagnosticado como ansioso sin que en realidad lo fuera, lo cual no implica un gran problema, pues la aplicación de un tratamiento terapéutico para ayudarlo a superarlo no le ocasionará ningún daño, pero quizás sí puede perjudicarlo el rótulo y las implicaciones que éste tiene al ser catalogado como ansioso. Pero si un adolescente, al obtener su percentil en la prueba con la ayuda de las tablas uruguayas es diagnosticado como no ansioso cuando en realidad si lo es, es cuando se presenta el mayor problema, puesto que requiere atención terapéutica pero al ser

considerado como no ansioso, es muy probable que no la reciba, lo cual a la larga puede ocasionar mayores problemas, ya que como se observó en la revisión teórica de este trabajo, cuando la ansiedad no es tratada a tiempo, puede desembocar en otros problemas psicológicos que pueden ser mas difíciles de tratar.

De este modo, el objetivo de esta investigación se cumple al notar que las puntuaciones que se han venido utilizando para el diagnóstico de la ansiedad en la población mexicana no corresponden con ésta en algunas subescalas, lo que implica que se realicen diagnósticos imprecisos que retarden el tratamiento de este tipo de trastornos tan frecuentes en la adolescencia y con tantas implicaciones futuras para otros trastornos o problemas psicosociales.

Comparación de las puntuaciones que refieren un trastorno de ansiedad (fuera de la curva normal) entre las poblaciones mexicana y uruguaya.		
Subescala	Población uruguaya	Población mexicana
	<i>Puntuación natural</i>	<i>Puntuación natural</i>
Ansiedad total.	5 o menos, 12 o más	4 o menos, 12 o más
Ansiedad fisiológica.	4 o más	4 o más
Inquietud/ hipersensibilidad.	2 o menos, 7 o más	0 y 1, 6 o más
Preocupaciones sociales/ concentración.	2 o más	3 o más
Mentira	3 o más	5 o más

Tabla 5

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros, A. (2001) Fobia social en la infancia y la adolescencia. En Tomás, J. Psicosomática, bulimia, obesidad y otros trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Editorial Laertes
- Birmaher, B., Villar, L. (2000) Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. En Meneghello, R. J., Grau, M. A. Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Buenos Aires. : Editorial Médica Panamericana.
- Chiappe, V. (2000) Clínica de los trastornos por ansiedad: estrés postraumático y Trastorno de pánico. En Meneghello, R. J., Grau, M. A. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Buenos Aires. : Editorial Medica Panamericana.
- De Loño, J., Lledó, J., Ochando, G., Albert, G. (2001) Estructura del trastorno obsesivo - compulsivo. signos de alarma- prevención de la infancia. En Tomás, J. Psicosomática, bulimia, obesidad y otros trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Editorial Laertes.
- Haeussler, I. M. (2000) Ansiedad del niño desde la perspectiva psicológica. En Meneghello, R. J., Grau, M. A. Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Buenos Aires. : Editorial Médica Panamericana.
- Hagopian, L. P., Ollendick, T. H. (1997) Anxiety disorders. En Ammerman , R. T., Hersen, M. Handbook of prevention and treatment with children and adolescents. USA. : John Wiley and sons inc.
- Luciano, S. M. (1997) Delimitando los problemas psicológicos: comportamientos adaptativos y desadaptativos. Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia. Valencia. Promolibro.
- Reynolds, C. R., Richmond, B. R. (1978) Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Manual. México, D. F. : Manual Moderno.
- Sandín, B. (1996) Miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En Buendía, J. Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid. : Ediciones Pirámide.
- Servera, M., Tortella- Feliu, M. (2002) Fobias y trastornos de ansiedad. En Servera, B, M. Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Madrid. : Ediciones Pirámide.

- Sexto, J. A. (2000) Ansiedad y angustia: su aproximación terapéutica. En Meneghello, R. J., Grau, M. A. Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Toledo, M., Ferrero. J., Barreto, P. (2000) Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En González, B. R. Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid. : Ediciones Pirámide.
- Tortella- Feliu, M. (2002) La nueva prevención: programas específicos para los trastornos de ansiedad y depresión. En Servera, M., Tortella- Feliu, M. Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Madrid. : Ediciones Pirámide.

AneXo

Anexo 1. Hoja de respuestas del CMAS-R

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Si	No
2. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero	Si	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Si	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Si	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Si	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado	Si	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Si	No
8. Siempre soy amable	Si	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Si	No
10. Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir	Si	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Si	No
12. Siempre me porto bien	Si	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido (a)	Si	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Si	No
15. Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a)	Si	No
16. Siempre soy bueno (a)	Si	No
17. Muchas veces siento asco o náusea	Si	No
18. Soy muy sentimental	Si	No
19. Me sudan las manos	Si	No
20. Siempre soy agradable con todos	Si	No
21. Me canso mucho	Si	No
22. Me preocupa el futuro	Si	No
23. Los demás son más felices que yo	Si	No
24. Siempre digo la verdad	Si	No
25. Tengo pesadillas	Si	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Si	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Si	No
28. Nunca me enojo	Si	No
29. Algunas veces me despierto asustado (a)	Si	No
30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir	Si	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Si	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Si	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Si	No
34. Soy muy nervioso (a)	Si	No
35. Muchas personas están contra mí	Si	No
36. Nunca digo mentiras	Si	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Si	No