



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

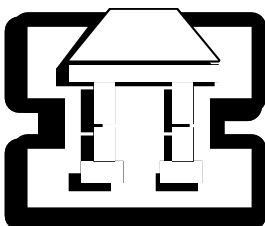
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**BAREMACION DE LA ESCALA DE ANSIEDAD CMAS-R EN
LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
EN UNA POBLACION DE 16 A 17 AÑOS DE EDAD**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
C E L I A M O N T O Y A G U Z M Á N**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:
DIRECTORA MTRA. ANA ELENA DEL BOSQUE FUENTES.
DICTAMINADORA MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA.
DICTAMINADORA MTRA. SUSANA MELÉNDEZ VALENZUELA.**





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos:

A Dios.

A mi familia, tías, primos y sobrinitos.

A todas las maestras y maestros de la FESI por su formación, especialmente a las profesoras: Ana Elena Del Bosque Fuentes, Laura Edna Aragón Borja y Susana Meléndez Valenzuela por su paciencia y apoyo que fueron las guías en la realización de este reporte de investigación.

A mis amistades, compañeros y personas que participaron.

A todos ustedes gracias por su comprensión, sugerencias y apoyo.

GRACIAS

Celia.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 La Ansiedad	5
1.1 Antecedentes, teorías y concepto de ansiedad	5
1.2 Manifestaciones y clasificación de los trastornos de ansiedad	9
1.3 Instrumentos que miden la ansiedad y los trastornos específicos	14
1.4 Descripción de la escala de ansiedad en niños revisada (CMAS-R) ...	15
Capítulo 2 Adolescencia y manifestaciones de la ansiedad	18
2.1 Características generales de la adolescencia: cambios fisiológicos, psicológicos y sociales	20
2.2 Manifestaciones de ansiedad en la adolescencia	24
Método	28
Resultados	31
Conclusiones	48
Bibliografía	53
Anexos	58

Resumen

En el desarrollo del individuo, suceden cambios constantemente, que pueden propiciar la presencia de la ansiedad; de acuerdo con los planteamientos de Darwin (1872, citado en Gastón. C y Vallejo. J.2000) es un repertorio que permite al organismo realizar conductas de defensa ya que aparece en circunstancias, que representan amenaza o peligro real para el sujeto; por lo anterior se puede considerar que la ansiedad es un fenómeno universal. Su manifestación en la adolescencia es posible por los diversos cambios que se experimentan en esta etapa como lo refiere Perinat (2002), quien menciona que las transformaciones biológicas influyen en la mente y en el comportamiento, al mismo tiempo que, las características del medio social, es decir, las alternativas educativas, de salud, deportivas y culturales que la sociedad le brindan al adolescente para cumplir sus responsabilidades y necesidades. Por tal motivo es necesario conocer el nivel de ansiedad del adolescente y si es necesario sugerir una orientación para apoyarlo a lograr un desarrollo adecuado, donde la psicología realiza una de sus actividades la evaluación psicológica. El objetivo de este reporte de investigación fue obtener los baremos de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) en adolescentes mexicanos de 16 a 17 años de edad, ambos sexos, de la zona metropolitana de la ciudad de México. Para cumplir con este objetivo se aplicó dicha escala a una población de 120 alumnos en total del Colegio de Ciencias y Humanidades de los planteles Vallejo y Naucalpan, posteriormente se realizó el análisis estadístico por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 10) para obtener los baremos correspondientes. Por último se obtuvieron los niveles de ansiedad de acuerdo a su puntuación natural, percentil y rangos establecidos, donde se observó una ligera diferencia, entre la población Uruguay y Mexicana, por lo cual se concluye que es necesario utilizar las puntuaciones de acuerdo a nuestras características culturales, educativas y sociales.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una emoción del individuo que se presenta durante la vida, Su manifestación en algunas ocasiones puede paralizar el desarrollo de la persona, por ejemplo se puede sentir insegura en un lugar con muchas personas, y necesitar la compañía de alguien o salir inmediatamente, es decir evitar esa situación; dadas las diferentes manifestaciones es necesario conocer el concepto de ansiedad, el cual tiene un origen incierto. Una de las primeras definiciones médicas la ofrece Landré-Beauvais, quien en 1813 utilizó el término *angoisse* para referirse a “cierto malestar general e inquietud que acompañan a cualquier enfermedad aguda” (Berrios, 1997; citado en Gastón C y Vallejo. J 2000). En el Diccionario de Psicología se define a la ansiedad, como angustia que suele acompañar a muchas enfermedades en particular a las agudas, y que no permite sosiego a los enfermos (Diccionario de Psicología, pág 26, 1985). Otro concepto de ansiedad que refiere la Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría es: la ansiedad es “anhelo, deseo ardiente, aspiración” (Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría, Pág 52); en este caso Vidal (1995), considera que no se debe confundir ansiedad con angustia que expresa congoja o miedo y también no debe traducirse el anxiety disorder del DSM-IV por trastorno de ansiedad, sino por trastorno de angustia; refiere que los hispanohablantes usan sinónimos, por lo que se encontró que el significado de la palabra “angustia del lat. angustia = angosto, y éste de ango = estrecho, sofoco, oprimo la garganta, atormento), aparece a mitad del S. XV; la angustia es un miedo intenso e inconsciente” (Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría, Pág 48); sin embargo durante el transcurso del tiempo se considera ansiedad y angustia como sinónimos y tanto la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) han evolucionado en los criterios y la clasificación de los tipos de ansiedad. Las manifestaciones de ansiedad en la adolescencia interfieren en el desarrollo del individuo y pueden presentarse algunos miedos de tipo escolar, de autoimagen, sociales, económicos y políticos. Dado que el adolescente se encuentra en un período de elecciones, adaptaciones y

responsabilidades, es decir los jóvenes toman sus decisiones, respecto a elegir amistades, pasatiempos, estudios, así como su carrera y su plan de vida, a la vez, procuran cuidar y guardar su intimidad pensamientos, sentimientos, primeros amores, donde existen factores importantes como la comunicación, el afecto, la sinceridad y la seguridad de sí mismo que pueden traer consigo ansiedad, por lo que es necesario conocer si se presenta, en qué grado y qué tipo, para ofrecer al adolescente el apoyo si se requiere y que redunde en un adecuado desarrollo psicológico, biológico y social, es decir, que le permita ser funcional y adaptarse a su medio. La psicología cuenta con instrumentos o pruebas psicométricas para conocer tanto las características de la personalidad del individuo como algunas habilidades intelectuales, así como otros constructos tales como la ansiedad y otros trastornos; uno de estos instrumentos es la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), que proporciona el nivel de ansiedad total, considerando tres subescalas: *ansiedad fisiológica*, *inquietud/hipersensibilidad*, *preocupaciones sociales/ concentración*, y *mentira*; se aplica a niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Esta escala fue realizada y estandarizada en los Estados Unidos, posteriormente en Uruguay con población de niños y adolescentes respectivamente a su población, por lo cual, proporciona una información adecuada, su utilidad respecto al costo, y la rapidez tanto en la aplicación como, en la obtención de resultados. Por dichas razones y sin olvidar tanto los cambios sociales, como los cambios en el desarrollo del adolescente es necesario tener un instrumento con puntuaciones mexicanas, como complemento de la evaluación psicológica, la cual es una de las actividades que se realiza en la Unidad de Evaluación Psicológica (UEPI), de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala desde 1993, para contribuir con los fines de la Universidad Nacional Autónoma de México que son investigación, docencia y servicio a la comunidad. Por tal motivo, el objetivo del reporte de esta investigación fue obtener los baremos de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) en adolescentes mexicanos de 16 a 17 años, ambos sexos, todos estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de los planteles Naucalpa y Vallejo .

Se realizó un análisis con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales versión 10, en los resultados que se obtuvieron se observó una ligera diferencia entre la población de adolescentes Mexicana y Uruguay, en las puntuaciones directas, los percentiles y los niveles de ansiedad, donde las puntuaciones para considerar a un adolescente con trastorno de ansiedad varía en ambas poblaciones, posiblemente por su entorno cultural; por tal motivo se considera que el objetivo de este reporte de investigación es necesario ya que es importante contar con puntuaciones propias del contexto; de lo contrario se estará generalizando el nivel de ansiedad de diferentes poblaciones que varían cultural y socialmente.

CAPÍTULO 1

LA ANSIEDAD

Durante nuestra vida enfrentamos diferentes situaciones en la familia, en la escuela, en los círculos sociales y laborales trabajo, que pueden generar un estado de ansiedad que limita o logra una adaptación que forma parte del desarrollo integral humano del ser humano; en este capítulo se describen antecedentes, teorías, concepto, manifestaciones, clasificación y comorbilidad de la ansiedad; así como instrumentos para evaluar la ansiedad y trastornos específicos, finalmente se describe la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), instrumento que se utilizó para el presente estudio.

1.1 Antecedentes, teorías y concepto de Ansiedad

La información que se tiene respecto a los antecedente del concepto de “ansiedad” es diversa; por ejemplo, en la época clásica los griegos no contaban con ningún término, para nombrar algunos de los síntomas que actualmente se integran en el concepto de ansiedad; sin embargo en la Grecia moderna se encuentra la palabra “*anesucbia*”, su significado primitivo es sin calma o tranquilidad. En la época de Cicerón, los romanos usaron la palabra “*anxietas*”, indicando un estado duradero de medrosidad, es decir miedo; posteriormente en la época medieval y en el Renacimiento la ansiedad se unía al concepto de melancolía, en ese tiempo la persona melancólica mostraba síntomas como falta de apetito, ganas de vivir y en algunas personas conductas repetitivas como lavarse las manos sin motivo; dichos síntomas fueron interés de estudio para los médicos. Al inició del siglo XIX, el tiempo romántico alemán se encontraba en su esplendor, con la obra “las penas del joven Werther de Goethe,” publicada en 1774. El relato del amor imposible por una mujer que llevó al protagonista de la obra al suicidio. (Michael H. Stone, M. D, 2004, Pág 6). Esta época duró aproximadamente hasta 1840, y se escribieron los primeros escritos respecto a la ansiedad, conflictos y

problemas psicológicos de la vida, en la bibliografía médica. La palabra ansiedad se agrega al léxico médico de las enfermedades mentales al inicio del siglo XVIII.

El concepto de ansiedad ha cambiado tanto en el área clínica como en la psicología; en la clínica se ha asignado la ansiedad a diferentes manifestaciones, por ejemplo: síndrome de corazón irritable o de "Da Costa", ya que en 1871, Jacobo Mendes Da Costa lo describió, por lo cual lleva su nombre. Después, por la observación que se realizó en el Hospital Militar de Filadelfia, en los casos de soldados con alteraciones funcionales cardíacas con algunos síntomas: taquicardia, mareos en reposo o esfuerzos mínimos con el nombre síndrome de corazón irritable, por último, reaparece con el nombre oficial de disfuncionalismo cardíaco, asignado por el ejército Británico durante la Primera Guerra Mundial. Otras formas de referir la ansiedad, han sido: síndrome por esfuerzo, fatiga nerviosa, astenia neurovegetativa y neurosis vasomotora; con estas formas de concebir la ansiedad se observa que los primeros investigadores clínicos, tuvieron su atención en los aspectos somáticos, es decir en los síntomas cardiovasculares y respiratorios que se presentan en las crisis de la ansiedad patológica.

La ansiedad se puede definir entonces "como un estado de activación del sistema nervioso, consecuencia de estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se traduce, por un lado, en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (secreción de hormonas suprarrenales), que producirían los síntomas somáticos de la ansiedad y, por otro lado, en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducen en los síntomas psicológicos de ansiedad".(Bousoño, M, 2001, pág 61).

En psicología, Freud consideró que el origen de la ansiedad y los trastornos psiconeuróticos eran producto de conflictos sexuales; esta teoría después fue acompañada por otros aportes cuando consideraban que la ansiedad era "una reacción del Yo a las fuerzas instintivas del Ello, que cuando no podían ser controladas, adquirirían el valor de una amenaza al Yo". (Cía 2002, Pág. 44).

Las teorías psicoanalíticas consideran cuatro categorías de ansiedad:

- 1.- Ansiedad del Superyo.
- 2.- Ansiedad de Castración.
- 3.- Ansiedad de Separación.
- 4.- Ansiedad Impulsiva o del Ello.

Izard (1972), explica que la ansiedad incluye miedo y más emociones del distrés (cuando las respuestas cognitivas, fisiológicas y psicológicas, no cumplen con lo solicitado) que podrían ser vergüenza, culpa, rabia y emoción positiva de interés y excitación; sin embargo Ekman y Friesen (1982), con diversos estudios clasificatorios concluyeron cinco emociones básicas, una de ellas es la ansiedad o el temor, las otras son tristeza, rabia, disgusto o asco y la felicidad.

Entre otros autores encontramos cognitivistas como Lang (1985), quien plantea que la ansiedad se “tiende a evaluar como un estado que se expresa por vía de, como mínimo, tres sistemas diferentes, mediante el llamado modelo de los tres sistemas o tripartito de la ansiedad” (Cía, 2002, Pág. 48); esos sistemas de respuesta son: el fisiológico, el comportamental y el verbal o cognitivo por lo que considera a la ansiedad un manifestación unitaria. Mientras Beck y Emery (1985), basan la teoría cognitiva en el esquema; lo que significa que, cuando hay una amenaza, los esquemas cognitivos se activan y esto es el resultado de una interacción entre el evento y los esquemas que procesan la información; consideran que en casos de trastornos de ansiedad el esquema de vulnerabilidad o el peligro es dominante.

Desde la concepción conductual, y de acuerdo con Wolpe y Rowan (1988), la ansiedad puede ser pensada como una respuesta emocional condicionada (Cía, 2002, Pág. 65); que se fundamenta en los procesos del condicionamiento clásico donde la ansiedad está relacionada a eventos que la estimulan o provocan, es decir, ante la presencia de un estímulo interno o externo incluyendo eventos cognitivos.

La ansiedad como rasgo de la personalidad es una característica de la persona que expresa de manera habitual, es decir, siempre está nerviosa y preocupada; sin embargo cuando una persona no presenta rasgos de ansiedad en su

personalidad; se está manifestando un estado de ansiedad en un momento determinado de su vida, tal vez con un factor ambiental que funcionaría como desencadenante que en ocasiones puede tener una duración larga, lo cual puede ser considerada como un trastorno (Ibáñez y cols, 2001).

En la postura constructivista realista, que se apoya en la teoría cognitivo-conductual, se considera que la ansiedad “es una de las tantas formas que tiene la persona de responder ante el estrés. Una persona ante una situación de estrés puede responder con ansiedad, depresión, conductas de ira o de manera adaptativa” (citado en: Bulacio, 2004, Pág. 53). Esta postura propone realizar un tratamiento integral para trastornos mentales dado que el ser humano es integral, es decir, necesita tanto de médicos, psiquiatras, psicólogos, pedagogos como de sus entornos familiar, social y laboral.

La ansiedad desde el punto de vista social, es resultado de los acontecimientos cotidianos y la falta de apoyo social; en los estudios de Brown (1992), refiere la relación que han encontrado entre acontecimientos vitales y los trastornos ansiosos y depresivos. (Sanjuán J, 2004, Pág. 28).

La ansiedad se describe como: ” un mecanismo normal, adaptativo y universal, es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente, por ejemplo, nos ayuda a estudiar si estamos frente a un examen, estar alerta ante una cita o una entrevistas de trabajo, huir ante un incendio, etc”. (citado en: www.clinicadeansiedad.com 05/Nov/07). Cía (2002), refiere que “la palabra ansiedad proviene del latín *“anxietas”*, que significa congoja o aflicción”.(citado en: Cía , 2002, Pág. 34).

En la práctica clínica se suele utilizar el término angustia como sinónimo de ansiedad, dado que en las lenguas anglosajonas no existen vocablos diferenciados “anxiety” en inglés y “angst” en alemán para nombrar ambos estados emocionales. El término *“angor”* denota estrangulación y deriva del verbo *“ango”*: oprimir, estrangular; la idea de estrechamiento es otra connotación del término

latino angustia, el francés “*angoisse*” : un estado más agudo, parecido a la angustia, los alemanes “*Angst*” miedo y “*eng*” estrecho. Considerando los términos, algunas teorías como la cognitiva conductual y el uso de la palabra ansiedad y angustia como sinónimo, se puede considerar como concepto de ansiedad una manifestación normal, de alerta en situaciones de peligro, universal, y favorece las etapas del desarrollo en la adaptación de los cambios del ser humano en el mundo.

Para continuar con la investigación es necesario conocer algunas de las manifestaciones y clasificaciones de los trastornos de ansiedad; por lo cual se escriben en el siguiente apartado.

1.2 Manifestaciones y clasificación de los trastornos de ansiedad

Respecto a las manifestaciones de los trastornos de ansiedad, éstas se presentan con cambios en las cogniciones, como pensamientos que se imponen negativamente, sensaciones de fallar o vergüenza, inseguridad o anticipación de peligro o amenaza y apatía; en el estado fisiológico se presentan palpitaciones, sudoración fría, contracturas musculares, náuseas, parestesias es decir, hormigueo o sensación de entumecimiento, sequedad bucal, mareo o desmayo, sofocaciones, dolor o malestar en el pecho, molestias digestivas, diarrea, necesidad de orinar con frecuencia, eyaculación precoz; en relación con el comportamiento se muestran conductas como morderse las uñas o labios, chuparse un dedo, insomnio, evitar el lugar o cosas que les provoca la ansiedad y, en las emociones se incluye la irritabilidad, el miedo, la dependencia o el aislamiento. Estas manifestaciones se presentan muchas veces de manera innecesaria, desproporcionada, interfiriendo negativamente en el desarrollo escolar, laboral, social y familiar de la persona. Esta es la diferencia entre la ansiedad normal, dado que la patológica, se sustenta en valoraciones irreales de amenaza y la sensación puede llegar a paralizar al ser humano originando algún trastorno de angustia, trastorno obsesivo–compulsivo, fobia, fobia social, ansiedad generalizada o trastorno por estrés postraumático. A continuación se escriben las principales

características de las manifestaciones de los algunos trastornos de ansiedad de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994).

Trastorno de angustia: (panic attack) se caracteriza por la aparición de miedo o terror, acompañado de cuatro o más síntomas somáticos o cognitivos de un total de 13: elevación cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, malestar torácico, náuseas, mareos, sensación de irrealidad, "volverse loco", miedo a morir, hormigueo y escalofríos con duración de 10 minutos.

Trastorno de angustia con agorafobia: Ansiedad a lugares o situaciones donde salir es una dificultad, por ejemplo, de lugares públicos o abiertos, viajar solo o lejos de casa, inseguridad, se presenta la conducta de evitación, dificultad para concentrarse, se reconoce el miedo irracional, excesivo y dependencia.

Fobia social: Miedo a ser observado ante situaciones sociales, sentirse humillado, se siente inseguro, se reconoce el miedo irracional y excesivo, experimentan sudoración, tensión muscular y se presenta la conducta de evitación.

Fobia específica: animales, ambiental, sangre, situacional y otros tipos: Miedo intenso y persistente a objetos, animales como a las arañas (aracnofobia), ambientes por ejemplo: las tormentas, a ver sangre o heridas o a recibir inyecciones, miedo a situaciones específicas como espacios cerrado (claustrofobia), ascensores, túneles, otro tipo de miedos por ejemplo miedo a caerse por la falta de paredes, se reconoce el miedo irracional y excesivo, se presenta la conducta de evitación, no se incluye la agorafobia, ni la fobia social.

Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesiva con duración de seis meses, el mayor tiempo de día, dificultad para controlar la preocupación respecto a su trabajo, escuela, salud, familia, estrés, miedo

constante sobre el futuro justificado o no, inesperado; tres o más de los siguientes síntomas somáticos: dificultad para concentrarse, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, inquietud y trastorno de sueño, éstos no se deben a una enfermedad, en niños basta con la presencia de uno de los síntomas anteriores.

Trastorno obsesivo compulsivo: Imágenes, pensamientos involuntarios, desagradables, obsesiones de limpieza, de orden, de contenido religioso o sexual, persistentes que causan ansiedad, provocan la pérdida significativa de tiempo, en algún momento el individuo reconoce que esas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. Este trastorno no se debe a efectos fisiológicos de una sustancia como droga o de una enfermedad médica.

Trastorno por estrés postraumático: Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos estresantes o traumáticos o hechos que representaron un peligro para su vida o un ser querido, se presenta la dificultad de conciliar o mantener el sueño, algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas, sensación de futuro desolador, los estímulos asociados al acontecimiento traumático.

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), actualiza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV aproximadamente cada siete años, la última actualización fue en 1994; mientras en Ginebra (1992), la Organización Mundial de la Salud OMS, publicó la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), con versión en español; ambas instituciones han evolucionado en los criterios para los diagnósticos, por lo que a continuación se escriben tanto la clasificación de DSM IV como la del CIE 10 de los trastornos de ansiedad :

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad DSM IV.

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia.

F40.1 Fobia social.

- F40.2 Fobia específica.
- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia.
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado.
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo.
- F43.0 Trastorno por estrés agudo.
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático.
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancia.

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad CIE – 10, F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- F40 Trastorno de ansiedad fóbica
 - F40.0 Agorafobia:
 - .00 Sin trastorno de pánico.
 - .01 Con trastorno de pánico.
 - F40.1 Fobias sociales.
 - F40.2 Fobias específicas (aisladas).
 - F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
 - F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
- F41 Otros trastornos de ansiedad
 - F41.0 Trastorno de pánico.
 - F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
 - F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
 - F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
 - F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
 - F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos.
 - F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
 - F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

- F42.8 Otros trastornos obsesivos–compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés postraumático.
- F43.2 Trastorno de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.
- F44 Trastornos disociativos.
- F45 Trastornos somatomorfos.
- F48 Otros trastorno neuróticos.

Existen otros sistemas de clasificación como el RCD (Research Diagnostic Criterial), la clasificación categorial o dimensional; sin olvidar que son provisionales, ya que están en una revisión continua.

En diagnósticos realizados sobre la ansiedad, se encuentra la presencia de estos síntomas como síntomas de otros trastornos, es decir, en el contexto de otras patologías; a lo que se denomina comorbilidad que se define como la “presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto” (consultado en: 05/Nov/07www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol20/busque.htm). Por ejemplo Brawman–Mintez y Lydiard (1996), muestran que de un 8 a 39% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada también padecían episodios depresivos mayores.

Es importante para médicos, psicólogos y psiquiatras la utilización de entrevistas estructuradas como la Mini-Interview Neuropsychiatric International (MINI) y otras evaluaciones para un diagnóstico adecuado. Por lo cual en el siguiente apartado se mencionan algunos instrumentos que se utilizan para medir la ansiedad y otros trastornos.

1.3 Instrumentos que miden la ansiedad y los trastornos específicos

En el transcurso del tiempo se han creado y usado instrumentos que miden la ansiedad y otros trastornos específicos, entre ellos cuestionarios, inventarios y escalas globales de evaluación que emplean escalas cuantitativas como la escala de tipo Likert, que sirven de apoyo en la confiabilidad de los diagnósticos de ansiedad y otros trastornos. En el cuadro 1, se muestran algunos instrumentos, especificando en la primera columna, de izquierda a derecha, el nombre del instrumento, en la segunda columna el nombre del autor y fecha, por último, en la tercera columna lo que se valora.

Cuadro 1. Instrumentos que valoran la ansiedad y otros trastornos.

Instrumento	Autor, fecha	Valora
Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)	Hamilton, 1959	Intensidad de la ansiedad.
Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend (SADS).	Watson y Friend, 1969.	La gravedad del trastorno de ansiedad social (ansiedad y evitación).
Inventario de Ansiedad Estado Rango (STAI).	Spielberger y cols., 1970.	Dos tipos de ansiedad: como estado y como rasgo.
Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (DAS).	Templer, 1970.	La ansiedad que se tiene respecto a la vivencia de muerte y enfermedad.
Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R)	Reynolds y Richmond, 1978.	Evalúa el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes.
Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS).	Liebowitz, 1987	La gravedad del trastorno de ansiedad social.
Inventario de Miedos Escolares (IME).	Méndez, 1988.	Posible fobia escolar.
Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown (Y-BOCS).	Goodman y cols., 1989	La gravedad de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo .
Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ).	Davidson y cols., 1990.	Trastorno de estrés post-traumático.
Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (P&A).	Bandelow, 1995.	La gravedad del trastorno de pánico.
Cuestionario para la Auto-detección de Trastornos de Ansiedad	Cía , 1999	Trastornos de ansiedad.

Teniendo en cuenta la importancia de la información que brindan los instrumentos de medición respecto al nivel de ansiedad, en el siguiente apartado se describe la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R); instrumento que se utilizó en el presente estudio.

1.4 Descripción de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R)

La Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) subtitulada: “Lo que pienso y siento”, fue elaborada por Reynolds y Richmond; evalúa la naturaleza y el nivel de ansiedad, fue estandarizada en los Estados Unidos con una población de niños y adolescentes y está formada de la siguiente manera: en una hoja impresa en la parte de enfrente superior se encuentran los datos del participante, posteriormente las instrucciones y por último el apartado donde se registran puntuaciones. (Ver anexo 1). En la parte de atrás se encuentran los 37 reactivos del cuestionario, de los cuales 28 reactivos corresponden a la *Ansiedad Total* que se dividen en tres subescalas de *Ansiedad*:

- * *Ansiedad Fisiológica*, consta de 10 reactivos, indica manifestaciones fisiológicas como dificultades de sueño, sudor de manos, náusea y cansancio.
- * *Subescala Inquietud/hipersensibilidad*, tiene 11 reactivos; se relaciona con diversas situaciones, preocupación permanente, que en su mayoría son sin fundamentos, vagas, con miedos de ser lastimados o aislados en forma emocional.
- * *Preocupaciones sociales/concentración*, consta de siete reactivos para percibir niños con problemas escolares, con pensamientos distractores, miedo de naturaleza social o interpersonal que dan como resultado dificultad de concentración y atención.

Por último, el instrumento también incluye una subescala de *mentira*, que tiene nueve reactivos, muestra la conformidad, conveniencia social o la falsificación en las respuestas. (Ver anexo 2).

La aplicación de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) se puede realizar de forma individual o en grupo a niños y adolescentes de seis a 19 años de edad. Se sugiere la aplicación individual a niños pequeños; al igual que a niños con dificultad en la lectura. Las instrucciones se encuentran impresas en la parte de enfrente del cuestionario. El profesor, psicólogo o examinador debe leer las instrucciones en voz alta, mientras los niños o adolescentes las leen en silencio.

La puntuación natural de cada subescala es el número de reactivos marcados como "sí"; para contar y calificar las respuestas se usa una plantilla. Posteriormente se escribe la puntuación natural obtenida de cada subescala, desde la subescala total de ansiedad hasta la de mentira en la parte de enfrente debajo de las instrucciones (Ver anexo 1), para colocar los percentiles y las puntuaciones escalares se consultan los apéndices, teniendo en cuenta las características de la población, nacionalidad, sexo femenino o masculino, y edades comprendidas entre seis a 19 años.

El desarrollo de la escala de ansiedad en niños revisada (CMAS-R) inició cuando Taylor (1951), escogió reactivos del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI, 1942) para formar una Escala de Ansiedad Manifiesta (MAS por sus siglas en inglés); los resultados de su experimento con 60 sujetos, respaldaron su teoría, donde la ansiedad manifiesta se relacionaba con la pulsión o motivación como medida. Con el interés en la escala de ansiedad manifiesta continuaron otras investigaciones, por ejemplo, Castañeda, McCandless y Palermo (1956), emplearon reactivos de la escala de ansiedad manifiesta (MAS), con palabras adecuadas para niños, esta escala es conocida como escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS por sus siglas en inglés); dicho instrumento de evaluación de ansiedad fue usado tanto en el área clínica como en la investigación dado que identifica la naturaleza específica de la ansiedad como su grado en los niños.

Dicha escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS), recibió críticas respecto a los reactivos que no eran adecuados psicométricamente y los profesores solicitaban un instrumento que se aplicará en los años escolares básicos y medios, por lo que Reynolds y Richmond, (1978) realizaron una revisión de la escala de ansiedad en niños. (Reynolds y Richmond, 1997).

En ese tiempo autores como Spielberger y Díaz Guerrero, (1976) proponen el estudio de la ansiedad desde el punto de vista cultural; de tal manera que los investigadores muestran atención a la traducción de pruebas, que consideran la ansiedad en distintos ámbitos culturales; la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) es una de ellas; de la cual se realizaron versiones en diferentes idiomas, entre ellas la versión española la cual se desarrolló y estandarizó en Uruguay por Rodrigo y Lusiardo (1992 en Reynolds op. cit).

La Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), se aplicó a niños y adolescentes con enseñanza primaria y secundaria de Uruguay, representando los tres niveles socioeconómicos. Con los datos obtenidos se formaron las tablas normativas para la población Uruguaya, que permite convertir las puntuaciones naturales en equivalentes a percentiles y puntuaciones T o escalares, por lo cual la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) tiene las propiedades psicométricas que son la confiabilidad y validez , la confiabilidad es la precisión de los resultados al momento de la evaluación.

Esta escala se fundamentó en la teoría de ansiedad manifiesta rasgo, como parte de la personalidad, también se percibe la ansiedad en diferentes ambientes por lo cual, las puntuaciones son relativamente estables durante un tiempo; para mantener esta confiabilidad en la traducción en español se utilizó la técnica de traducción invertida (back up traslation) hasta llegar a la correspondencia de significados de ambas versiones. Respecto a la validez, se realizó un análisis factorial con resultados similares a los de la versión estadounidense por lo que puede ser útil para otros países de habla hispana.

Después de la descripción de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), en el siguiente capítulo se abordan las características del adolescente y las posibles manifestaciones de ansiedad, que en esta etapa pueden presentarse.

CAPITULO 2

LA ADOLESCENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD

El interés y estudios escritos respecto a la adolescencia, se han realizados por filósofos, educadores y otras personas interesadas en la naturaleza y educación de los adolescentes, algunos de ellos como Aristóteles, Platón y Rousseau, después los estudios de Darwin impulsaron el estudio del desarrollo en términos psicológicos por Hall, posteriormente surgen diferentes teorías como la freudiana y neofreudiana; durante el mismo siglo XIX, con el desarrollo industrial y en la expansión del comercio, surge la posibilidad de tener una escolaridad y se crea en el pensamiento social el concepto de adolescencia, como una fase o etapa de la vida. En este capítulo se describen los diferentes puntos de vista de la adolescencia, las características de la adolescencia en el área física, cognitiva, psicológica y social, donde suceden cambios que también influyen en la formación de su identidad; debido a estos cambios en algunas ocasiones se manifiesta ansiedad, y si ésta se presenta con frecuencia prolongada, puede obstaculizar las actividades del adolescente en ámbitos como la escuela, familia y amigos, por lo que es necesario conocer su nivel de ansiedad antes de que éste origine algún problema en el adolescente o en el medio donde se desenvuelve, ya que el adolescente puede manifestar conductas evitativas, dependientes o presentar conductas hasta la edad adulta con otro tipo de alteraciones psicopatológicas como la depresión.

Retomando el concepto de adolescencia, Hurlock (1989) define que ésta inicia con la madurez sexual y termina cuando se independiza de la autoridad de los adultos. “La palabra “adolescencia” proviene del verbo latino *adoleceré*, que significa “crecer o “crecer hacia la madurez”.

La adolescencia tiene diferentes enfoques, por ejemplo, el social donde se percibe a la adolescencia como un tiempo de entrada en la vida social adulta y como grupo social con características socioculturales específicas; “la adolescencia

diferirá según la época, la cultura o el entorno social” (Braconnier y Marcelli 1986, Pág 9).

Respecto a la entrada en la vida social adulta, es cuando el adolescente tiene logros o metas establecidas por cada cultura para darle el estatus de adulto; por ejemplo, Ituarte (1994) señala que para los indígenas de Chiapas, los tzeltales, la adolescencia es un tiempo pequeño, ya que a los niños lo más pronto posible se les proporciona la responsabilidad del trabajo y el matrimonio para llegar a la madurez y formar parte del mundo de los adultos; en cambio en la ciudad de México el tiempo de la adolescencia es un poco más amplio; dado que deben concluir estudios básicos o técnicos y posteriormente vendrá la responsabilidad del trabajo y el matrimonio. En el enfoque cultural, Braconnier y Marcelli (1986), mencionan que las características de la adolescencia se diferencia en muchos ámbitos de acuerdo a la sociedad, por ejemplo en la duración, de esta etapa que generalmente inicia por ritos que cambian de una a otra etnia, en los métodos de socialización, por ejemplo el comportamiento que puede presentar el adolescente en el seno familiar, en casa de los tíos, en los internados o comunidades y en los tipos de cultura. En este sentido Mead (1972, citado en: Braconnier y Marcelli, 1986) ha señalado tres tipos de cultura, que son la posfigurativa, donde los padres y ancianos instruyen a los niños; la cofigurativa donde los niños aprenden con individuos afines y; prefigurativa en la que los adultos aprenden de los niños. En el enfoque histórico, Santrock (2004), considera que las características de la adolescencia, cambian de acuerdo a su época histórica, por ejemplo, el proceso histórico o circunstancia del surgimiento del concepto de adolescencia a principios del siglo xx fue la disminución de aprendices en la industria, por el aumento en la mecanización; durante la revolución industrial, el incremento de asistencia a las escuelas y una menor cantidad en el empleo juvenil, sin embargo, los adolescentes de los sesenta e inicios de los setenta, manifestaban su desacuerdo ante la participación de los Estados Unidos en la Guerra de Vietnam; los adolescentes de los cincuenta se conocen como la generación silenciosa ya que la vida era mejor, los estudios de bastantes jóvenes fueron pagado por el gobierno

de los Estados Unidos, debido a que el estudiar una carrera, era la mejor alternativa, para un mejor empleo.

Actualmente el adolescente experimenta incertidumbre y ansiedad debido a que la sociedad ofrece un sin número de alternativas para adaptarse a los roles de adultos; sin olvidar la importancia del momento histórico. Branconnier y Marcelli (1986), mencionan que la identidad cultural ya no coincide necesariamente con la identidad biológica o social, mientras que Olivares (2001), describe algunas situaciones compartidas en los medios de comunicación, en radio e internet como la música, cine y juegos electrónicos por la mayoría de adolescentes, lo que muestra la heterogeneidad y diversidad como característica, es decir, de acuerdo a su contexto sociocultural.

Considerando la diversidad y heterogeneidad en los cambios del adolescente en el siguiente apartado se describen de manera general características, fisiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales que son importantes para diferenciar cuáles manifestaciones son esperadas, y que no interfieren o retrasen su desarrollo.

2.1 Características generales de la adolescencia: cambios fisiológicos, cognoscitivos, psicológicos y sociales.

Las características del desarrollo humano implican cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en las etapas de la vida, como la niñez y la vejez, sin olvidar que dependen del contexto sociocultural; en la adolescencia se presentan cambios importantes, que se inician en la pubertad; “el término “pubertad” proviene de la palabra latina *pubertas*, que significa la “edad de la hombría”. (Conger, 1979). Ituarte (1994), considera que la pubertad se puede comprobar por los cambios corporales que se presentan en forma sucesiva, el primer cambio es el crecimiento del esqueleto o “estirón”, tanto en los varones como en las mujeres.

Es importante recordar que tanto las actividades como los pensamientos del ser humano se encuentran controlados por las funciones del cerebro, formado por el sistema nervioso el cual tiene dos divisiones: el sistema nervioso central constituido por el cerebro o encéfalo y la médula espinal y, el sistema nervioso

periférico, formado por la red de nervios que controlan los músculos y glándulas del cuerpo; una de las actividades que suceden en la pubertad son los cambios físicos donde las hormonas tienen la función de controlarlos, y mantener un balance, por medio del proceso de crecimiento y reproducción. Durante la adolescencia el hipotálamo y la hipófisis o glándula pituitaria producen diversas hormonas, entre ellas, la del crecimiento llamada hormona somatotrópica (HGH), que controla tanto el desarrollo como el funcionamiento del esqueleto del cuerpo, las hormonas gonadotrópicas, que provocan el desarrollo de los órganos reproductivos en las gónadas y los caracteres sexuales secundarios por medio de una acción recíproca entre el hipotálamo y, las glándulas sexuales o gónadas que segregan hormonas sexuales, andrógenos en hombres y estrógenos en mujeres, por último, las glándulas adrenales producen en la mujer andrógenos en niveles bajos y estrógenos; en los hombres produce estrógenos y andrógenos en altos niveles (Zimmermann, 1998).

Las características sexuales tanto en el hombre como en la mujer se dividen en dos, primarias y secundarias. Las características primarias en la mujer son el crecimiento y maduración de los órganos internos y externos para la reproducción.

- * Órganos internos: los ovarios, las trompas de falopio, el útero y la vagina.

- * Órganos externos: vulva, monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris y uretra, que durante la pubertad dichos órganos crecen y maduran.

Las características sexuales secundarias femeninas muestran el crecimiento y maduración sexual en:

- * Los senos.

- * El vello púbico.

- * La aparición del vello axilar, facial, corporal.

- * El crecimiento corporal.

- * La menarquia (primera menstruación).

- * La producción de barros y espinillas (actividad de las glándulas sebáceas).

Las características sexuales primarias del órgano reproductor masculino internas y externas son:

* Órganos internos: los testículos o gónadas masculinas, vías genitales o sistemas de conducción espermática, glándulas anejas o accesorias, formadas por las vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales de Cowper.

* Órganos externos: el pene, constituido por el cuerpo, glande y prepucio, escroto o bolsa escrotal que se encuentra debajo del pene y en su interior se encuentran dos testículos.

Las características secundarias masculina muestran el crecimiento y maduración sexual en :

- * El vello púbico
- * El aumento de la musculatura en espalda y hombros.
- * El tono de la voz es más grave o ronco.
- * La primera eyaculación seminal (expulsión del semen).
- * La aparición del vello axilar, facial, corporal.
- * La producción de barros y espinillas(actividad de las glándulas sebáceas).

El Consejo Nacional de Población (1994), considera que los cambios físicos no suceden al mismo tiempo en hombres y mujeres, es decir, cada adolescente tiene su propio ritmo y diferencias individuales. Santrock (2004), menciona que los especialistas en el desarrollo consideran importante, la diferencia de la adolescencia temprana y la adolescencia tardía tanto en hombres como en mujeres; en este sentido Rice (2000), refiere que algunos adolescentes maduran antes o después que el promedio; los chicos que maduran tempranamente tiene ventajas en actividades físicas y sociales, sin embargo, puede existir demasiada ansiedad debido a los cambios súbitos durante un tiempo y presión para comportarse como adulto. Los jóvenes que maduran tardíamente, se sienten inferiores por la sociedad, tal sentimiento se puede prolongar hasta la edad adulta. Respecto al sexo femenino que madura tempranamente, al inicio se sienten desfasadas por su apariencia física, posteriormente se sienten envidiadas y surge el interés heterosexual, tienen autoconceptos positivos y son equilibradas; sin embargo, las que maduran tardíamente tiene desventajas sociales ya que son tratadas como niñas durante más tiempo, siendo posible superarlo hasta que el proceso de los cambios físicos termine.

En la psicología del desarrollo, un aspecto que se ha investigado por los cambios que presenta a lo largo del ciclo de vida del ser humano es la cognición, la cual realiza entre otras funciones las siguientes: la formación de conceptos, solución de problemas y procesos mentales, algunos de ellos son de percepción, concepción de ideas, juicio, sensación, pensamiento, memoria y raciocinio. Respecto a estas funciones se han desarrollado diferentes teorías algunas de ellas es la de Piaget, quien propone cuatro etapas que son la sensoriomotriz, la preoperacional, operaciones concretas y la de operaciones formales. De acuerdo con Piaget, los adolescentes se encuentran en operaciones formales, por lo que pueden pensar en términos de posibilidades, manejar problemas con flexibilidad y poner hipótesis a prueba. Papalia (2005), refiere que Piaget en la mayoría de sus trabajos puso poca atención a las diferencias individuales y a las variaciones en el desempeño de un niño en diferentes tipos de tareas o a las influencias sociales y culturales.

Elkind (1967, citado en Rice,2000), considera que diversos aspectos de la conducta del adolescente pueden deberse a la aparición de nuevas capacidades cognitivas por ejemplo, al idealismo y la introspección, también los adolescentes expresan sus desacuerdos de forma verbal, que poco a poco con hechos, empiezan a realizar actividades adecuadas al contexto en que se desarrollan, se vuelven más comprensivos o tolerantes y un poco o más cooperativos. Horrocks (1984), manifiesta que una de las características importante en el adolescente es la necesidad de construir una concepción de sí mismo para resistir o adaptarse a la realidad, dicha concepción funcional sucede antes de llegar a la madurez psicológica.

El concepto de sí mismo, representa la organización cognitiva de la experiencia pasada del adolescente es decir, de un concepto, una memoria, experiencia diferenciada, sentimientos de afecto e interacción interna y externa; los conceptos del yo de un individuo influye en toda su conducta, son resultado tanto de las emociones como, del intelecto. Rice (2000) también refiere que los adolescentes durante el desarrollo del pensamiento, su razonamiento puede realizar diferencias entre lo posible y lo real, realizar críticas de las cosas y de adultos, fortalece el desarrollo de valores con resultados a largo tiempo, en lugar de gratificaciones o

satisfacciones inmediatas, es decir, durante este desarrollo en su personalidad es posible que se manifiesten algunas conductas psicológicas como inseguridad o el idealismo que muchos presentan con una tendencia de querer ayudar a la humanidad.

Alexander, Rondín y Gorman (1980), consideran que en la identidad adolescente, influyen al mismo tiempo diferentes factores como la maduración física, la cual impacta debido los cambios físicos; la experiencia social, por ejemplo, en las relaciones que el adolescente tiene con sus compañeros de escuela o maestros y; el nivel de conocimiento que le brinda la sociedad, es decir, la escuela y la familia, en los cuales también pueden influir los factores hereditarios y ambientales.

Los cambios biológicos y la identidad que va logrando el adolescente, influyen en el desarrollo de valores éticos, ideológicos, políticos, morales y también en su elección vocacional, es decir, en su proyecto de vida.

2.2 Manifestaciones de ansiedad en la adolescencia

Es importante describir algunas investigaciones sobre la ansiedad y fobias en adolescentes ya que estas conductas interfieren en su desarrollo integral. Sandín y Chorot (1995^a), consideran que la edad para el inicio de cualquier trastorno de ansiedad se encuentra en la adolescencia, hacia los 15 años. Jersil y Holmes (1935), refieren que los mismos miedos, no son iguales en las distintas edades, sugiriendo que muchos miedos evolucionan de acuerdo con un proceso madurativo del niño. Con trabajos y revisiones que han hecho algunos investigadores sobre los miedos durante edades tempranas, se refieren conclusiones sobre la relación entre la edad y los miedos (Sandín, 1996).

En la infancia y adolescencia se presentan los siguientes miedos:

- * Preadolescencia (11-13 años) que es la etapa intermedia entre el final de la niñez y el comienzo de la adolescencia. En esta etapa pueden presentarse algunos miedos de tipo escolar, social, de autoimagen y económicos, que

adquieren importancia y es posible que se incrementen durante la adolescencia.

* Adolescencia. En este momento los miedos están relacionados con su desarrollo, por ejemplo con su autoidentidad, en la interacción que tiene con personas del sexo opuesto, con no ser popular y aceptado en un grupo social o de amigos, con el rendimiento personal, con el rendimiento escolar y con la posibilidad de ser incompetente. Otros miedos que se pueden presentar a partir de etapas anteriores de su desarrollo, son miedo a la oscuridad, a los animales, a la muerte o daño físicos, como no ser capaz de respirar, caer de lugares altos o ser atropellado por un coche. La ansiedad y el miedo excesivos ante la muerte, produce conductas inadecuadas y forman parte de algunos síntomas de trastornos como ataques de pánico, estados depresivos, trastorno por estrés postraumático, anorexia nerviosa y enfermedades somáticas por ejemplo, cáncer y trastornos cardíacos.

González y Ramos (1996), consideran que las actitudes del ser humano ante la muerte son complejas y dependen de la religión, estilo de vida y de la personalidad que se va conformando, además de que el contexto sociocultural tiene gran influencia. Sobre la ansiedad ante la muerte algunos autores describen estas características:

* La ansiedad es específica, se encuentra determinada en parte por el estado de salud psicológico y por sus experiencias respecto a la muerte y a morir.

* Diversos tipos de respuestas algunas cognitivas como pensamientos de peligro, inseguridad, conductuales dificultad para dormir, dependencia de algo o alguien y fisiológicas como náuseas, hormigueo.

* La ansiedad se puede presentar como rasgo, y se puede interpretar como un estado sensible a los acontecimientos ambientales y en particular a las relaciones interpersonales.

* El medio familiar es importante en la ansiedad ante la muerte en adolescentes ya que se correlaciona con la de los padres.

Por otro lado, Pelechano (1981), considera una psicología de “edades funcionales” o sociales, es decir, una psicología que se relaciona con el desarrollo de miedos que se expresan en la conducta de acuerdo con las exigencias y demandas de los contextos psicosociales (por ejemplo, los miedos que en épocas pasadas no se conocían como el sida y el divorcio de los padres que se presentaba en pocas ocasiones) probablemente tengan un efecto durante la infancia y adolescencia.

Braconnier y Marcelli (1986), mencionan que la ansiedad por separación puede permanecer en algunos niños durante la adolescencia como la fobia escolar, o en la edad adulta como trastornos de pánico; las fobias simples específicas (a la sangre o heridas corporales), también se pueden manifestar tanto en la adolescencia como en la edad adulta sin ninguna transformación. Estas manifestaciones posiblemente se relacionan con la ansiedad que puede presentar continuidad entre la infancia y la adolescencia.

Birmaher B y Luis Villar (1989), refieren que los trastornos de ansiedad con más frecuencia diagnosticados en los adolescentes son la ansiedad generalizada, la fobia social y el ataque de pánico, en los Estados Unidos. Grau (2000), considera que las manifestaciones de ansiedad en adolescentes y niños, pueden causar frecuentes problemas en las relaciones interpersonales, en el desarrollo escolar y familiar, por tal motivo, los adolescentes o niños evitan realizar actividades que son importantes en su desarrollo, por ejemplo, pacientes con trastorno de ansiedad no se pueden separar de los padres, dando como resultado no asistir al colegio y al mismo tiempo no relacionarse fuera de casa; los trastornos de ansiedad se relacionan con la baja autoestima, las quejas somáticas y la predisposición para el desarrollo de depresión, suicidio y abuso de drogas.

En un estudio realizado por Costello, Stouthamer-Loeber y De Rosier (1993), para determinar los porcentajes de prevalencia total de los trastornos ansiedad en adolescentes de 12 a 18 años se encontró que los trastorno de ansiedad generalizada se presentan en un 10.8%, fobia social en un 5.1 %, fobia específica en un 3.6 %, trastorno de ansiedad de separación en un 3.2%, agorafobia en 2.2%, y trastorno de pánico en un 1%; también considera que el trastorno de

ansiedad generalizada es la más prevalente en la adolescencia y más frecuente en el sexo femenino(Cía, 2000, citado en: Grau, 2000).

Considerando la importancia de la ansiedad y sus manifestaciones en algún momento de la vida, como en la adolescencia donde suceden cambios en las áreas física, cognitiva, psicológica y social, es importante conocer el nivel de ansiedad por medio de la evaluación psicológica esto permitirá al adolescente tener un desarrollo psicosocial adecuado para su futuro; con la finalidad de considerar el nivel que muestran los adolescentes a través de un instrumento que contenga normas de puntuación acordes a nuestro contexto, se presenta esta investigación. En el siguiente apartado se describe la metodología que se siguió.

MÉTODO

Es importante establecer los baremos de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), para población Mexicana como parte de la evaluación psicológica que permita considerar las características de adolescentes mexicanos de 16 a 17 años de edad y de ambos sexos; en caso necesario, sugerir la intervención para un desarrollo adecuado.

3.1 Objetivo.

El objetivo de esta investigación es obtener los baremos de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) en adolescentes de 16 a 17 años. Esta escala brinda una puntuación de ansiedad total, además de proporcionar información en cuatro subescalas, que son: a) *ansiedad fisiológica*, b) *inquietud/hipersensibilidad*, c) *preocupaciones sociales/concentración* y d) *mentira*.

3.2 Muestra.

Para obtener los baremos de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) se aplicó el cuestionario a una muestra de adolescentes de la zona metropolitana en la ciudad de México. Se consideró una muestra de 120 adolescentes de edades comprendidas entre los 16 a los 17 años de edad. Esta muestra estuvo conformada por 50 estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades del Plantel Naucalpan, el 30% pertenece al sexo femenino, 12% al sexo masculino, y 70 estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo, donde el 46% es del sexo femenino y el 12% masculino, donde se encontró una población más alta del sexo femenino.

3.3 Instrumento.

La Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond fue realizada y estandarizada en los Estados Unidos, posteriormente en Uruguay con población de niños y adolescentes respectivamente; se puede aplicar de forma individual o en grupo; consta de 37 reactivos (ver anexo 2), que se divide de la siguiente forma: *ansiedad total* con 28 preguntas que se encuentran divididos en tres subescalas: *ansiedad fisiológica*, *inquietud/hipersensibilidad* y *preocupaciones sociales /concentración*, por último la subescala de *mentira* con nueve reactivos. A continuación se muestra cada subescala, el número de reactivos que le corresponde y lo que refiere cada subescala:

* *Subescala ansiedad fisiológica*, consta de 10 reactivos, y evalúa respuestas fisiológicas como dificultades de sueño, sudor en las manos, náuseas y cansancio.

* *Subescala Inquietud/hipersensibilidad*, consta de 11 reactivos; evalúa si la persona se encuentra con preocupaciones relacionadas a diversas situaciones, que en su mayoría son sin fundamentos, vagas, mal definidas en la mente del niño o adolescente con miedos de ser lastimados o aislados en forma emocional.

* *Subescala preocupaciones sociales/concentración*, consta de siete reactivos; evalúa problemas escolares, pensamientos distractores, miedo de naturaleza social o interpersonal, es decir no se sienten efectivos o capaces que otros que dan como resultado dificultad de atención y concentración.

* *Subescala mentira*, consta de nueve reactivos; evalúa la conformidad, conveniencia social o engañarse a si mismo. Proporciono información falsa o trato de dar una imagen ideal.

3.4 Procedimiento.

1.- Se visitaron los Colegios de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan y Vallejo, para solicitar en la dirección una cita e informar el objetivo de la aplicación de la escala de Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) en adolescentes de 16 a 17 años, de ambos sexos.

2.- Posteriormente, dichas instituciones proporcionaron disponibilidad e interés realizando la cita con los grupos de quinto semestre, turno matutino que se encontraban en la edad requerida.

3.- La aplicación se realizó en ambas instituciones, en salones con condiciones de iluminación y ventilación adecuadas, sillas, mesas; a los participantes se les proporcionó material como: lápices, gomas, sacapuntas y el cuestionario. A continuación se leyó las instrucciones para el llenado del cuestionario y una breve explicación del objetivo, también se les pidió expresar con confianza alguna duda que surgiera durante la aplicación de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R).

4.- Una vez aplicado el cuestionario de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), se llevó a cabo el análisis estadístico con las respuestas que proporcionaron los adolescentes; a través del paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 10; que se presenta en el siguiente apartado, donde se obtuvieron los percentiles por sexo de cada subescala de ansiedad.

RESULTADOS

El presente estudio reporta la baremación de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), que como ya se mencionó consta de cuatro subescalas: a) *ansiedad fisiológica*, b) *inquietud/hipersensibilidad*, c) *preocupaciones sociales/concentración*, d) *mentira*; así mismo proporciona la puntuación de *ansiedad total*. La distribución de la muestra estuvo conformada de la siguiente manera: 50 estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades del Plantel Naucalpan, el 30% pertenece al sexo femenino, 12% al sexo masculino, con una población total de 42 % y 70 estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo, donde el 46% es del sexo femenino y el 12% masculino, con una población total de 58%, por último en la muestra total femenina un 76%, y un 24% masculino. En la figura 1. Se muestra la distribución de la muestra de adolescentes.

Muestra de adolescentes de 16 a 17 años de edad.

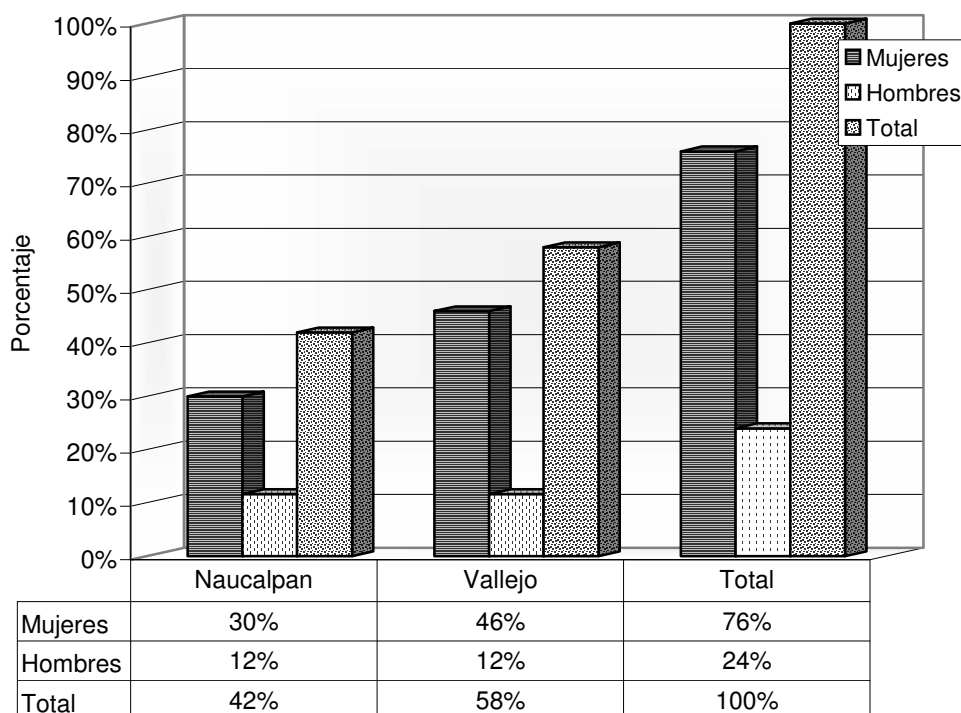


Figura 1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo y escuela.

Se analizaron los resultados a partir del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 10) de los cuales, partiendo de las puntuaciones directas y los percentiles obtenidos; se realizaron cortes para determinar tanto el nivel de ansiedad Total como el de sus 4 subescalas de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R); en el cuadro 2, se muestra el rango del nivel de ansiedad; en la primera columna de izquierda a derecha, el percentil y en la segunda columna el rango de acuerdo al percentil.

Cuadro 2. Rangos del Nivel de ansiedad.

Percentil	Rango
75 a 99	Alto
26 a 74	en la Norma
0 a 25	Bajo

A continuación en la Tabla 2., se muestran los percentiles correspondientes a las puntuaciones directas de la población total de adolescentes; dicha tabla consta de 6 columnas: la primera columna, de izquierda a derecha, muestra el percentil, la segunda la puntuación directa de cada subescala en el siguiente orden: la subescala *ansiedad fisiológica*, *inquietud hipersensibilidad*, *preocupaciones sociales concentración*, *mentira*, y por último, *ansiedad total*.

Como se puede observar en la tabla 2, los adolescentes en la subescala de *ansiedad fisiológica* que obtienen un puntuación entre 4 y 5 se consideran dentro de la norma, mientras que las puntuaciones de 0 a 3 se encuentran por debajo de la norma y las puntuaciones de 6 a 10 presentan *ansiedad fisiológica*. En la subescala de *inquietud/hipersensibilidad* con una puntuación de 6 a 8 se encuentran dentro de la norma, y las puntuaciones de 2 a 5 se ubican por debajo de la norma, sin embargo las puntuaciones de 9 a 11 presentan un nivel alto de ansiedad. En la subescala de *preocupaciones sociales/concentración*, con una puntuación de 2 y 3 se encuentran dentro de la norma, y la puntuación de 1 se encuentra por debajo de la norma, las puntuaciones de 4 a 7 presentan un nivel alto de ansiedad. En la subescala de *mentira*, con puntuaciones de 3 a 5 se considera que las respuestas son sinceras, sin embargo con puntuaciones de 6 a 9 presentan poca veracidad, motivo que se debe considerar. Por último en la subescala de *ansiedad total* con una puntuación de 9 a 15 se ubican dentro

Tabla 2. Percentil y puntuaciones directas de la población total de Adolescentes de 16 a 17 años de edad en la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R)¹.

<i>Percentil</i>	<i>Sub.F.</i>	<i>Sub.I.H.</i>	<i>Sub.P.S.C.</i>	<i>Sub.M.</i>	<i>Sub.A.T.</i>
99	10	-	-	9	-
98	8	11	-	-	24
97	-	-	7	-	22
96	-	-	-	8	-
95	-	-	-	-	21
94	-	-	6	7	-
93	7	10	-	-	20
91	-	-	5	-	19
89	-	-	-	-	18
85	-	9	-	6	-
84	6	-	-	-	17
81	-	-	-	-	-
79	-	-	4	-	-
76	-	-	-	-	16
75	-	-	-	-	-
74	-	-	-	5	-
73	5	-	-	-	-
69	-	8	-	-	-
67	-	-	-	-	15
66	-	-	-	-	14
64	-	-	3	-	-
60	4	-	-	-	-
58	-	-	-	4	13
54	-	7	-	-	-
53	-	-	-	-	12
47	-	-	-	-	11
44	-	-	2	-	-
40	-	-	-	3	-
36	-	6	-	-	-
35	-	-	-	-	10
27	-	-	-	-	9
25	3	-	-	2	-
24	-	5	-	-	-
23	-	-	1	-	-
17	-	-	-	-	8
14	-	4	-	-	-
13	2	-	-	-	7
12	-	-	-	1	-
9	-	-	-	-	6
8	-	3	-	-	-
6	-	-	-	-	5
4	-	2	-	-	-
3	1	-	-	-	-
2	0	-	-	-	4
1	0	-	-	0	3

¹ *Sub. F* = Subescala fisiológica, *Sub. I.H.*= Subescala Inquietud/hipersensibilidad. *Sub. P.S.C.*=Subescala Preocupaciones sociales/concentración. *Sub. M*= Subescala Mentira y *Sub. A. T.*= Subescala Ansiedad Total.

de la norma, y las puntuaciones de 3 a 8 se ubican por debajo de la norma, sin embargo las puntuaciones de 16 a 24 presentan un nivel alto de ansiedad.

Considerando las medias y desviaciones estándar de la muestra total, femenina y masculina, se muestra un análisis descriptivo de los puntajes obtenidos por los adolescentes en la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R ver tabla 3).

Tabla 3. Media y Desviación Estándar de la muestra total y por sexo en la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R).

<i>Subescala</i>	<i>Sexo</i>	<i>Población</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estandar</i>
<i>Ansiedad fisiológica.</i>	<i>Muestra total</i>	120	3.48	1.89
	<i>Femenino</i>	92	3.61	1.92
	<i>Masculino</i>	28	3.04	1.75
<i>Inquietud/hipersensibilidad</i>	<i>Muestra total</i>	120	6.19	2.33
	<i>Femenino</i>	92	6.36	2.37
	<i>Masculino</i>	28	5.64	2.13
<i>Preocupaciones sociales concentración.</i>	<i>Muestra total</i>	120	2.10	1.81
	<i>Femenino</i>	92	2.11	1.89
	<i>Masculino</i>	28	2.07	1.56
<i>Mentira.</i>	<i>Muestra total</i>	120	3.19	2.13
	<i>Femenino</i>	92	3.36	2.16
	<i>Masculino</i>	28	2.64	1.95
<i>Ansiedad total.</i>	<i>Muestra total</i>	120	11.77	4.7
	<i>Femenino</i>	92	12.08	4.85
	<i>Masculino</i>	28	10.75	4.28

Como se puede observar en la subescala de *ansiedad fisiológica*; la muestra total obtuvo una media de 3.48 y una desviación estándar de 1.89, en tanto que la población femenina tiene una media de 3.61 con una desviación estándar de 1.92; en la población masculina una media de 3.04 con una desviación estándar de 1.75. En la subescala de *inquietud/hipersensibilidad*, la media de la muestra total es de 6.19 con una desviación estándar de 2.33, las mujeres obtuvieron una media de 6.36 y una desviación estándar de 2.37 y los hombres una media de 5.64 con una desviación estándar de 2.13. Respecto a la subescala de *preocupaciones sociales/concentración*, que se presenta en la muestra total corresponde una media de 2.10 con una desviación estándar de 1.81; la

población femenina una media de 2.11 con una desviación estándar de 1.89. Mientras que la población masculina obtuvo una media de 2.07 con una desviación estándar de 1.56; en la sub-escala de *mentira*, la media de la muestra total es de 3.19 con una desviación estándar de 2.13, las mujeres obtuvieron una media de 3.36 y una desviación estándar de 2.16, los hombres una media de 2.64 y una desviación estándar de 1.95. Por último en *ansiedad total* la muestra obtuvo una media de 11.77, una desviación estándar de 4.7; las mujeres tienen una media de 12.08 y una desviación estándar de 4.85, la población masculina una media de 10.75, con una desviación estándar de 4.28.

En la figura 2, se presentan las medias de mujeres y hombres de cada Subescala y de ansiedad total, donde se observa que la población femenina obtuvo una puntuación alta en las medias de las siguientes subescalas, en *ansiedad fisiológica* las mujeres obtuvieron una media de 3.61, mientras que los hombres de 3.04; en la subescala *inquietud/hipersensibilidad*, la media en

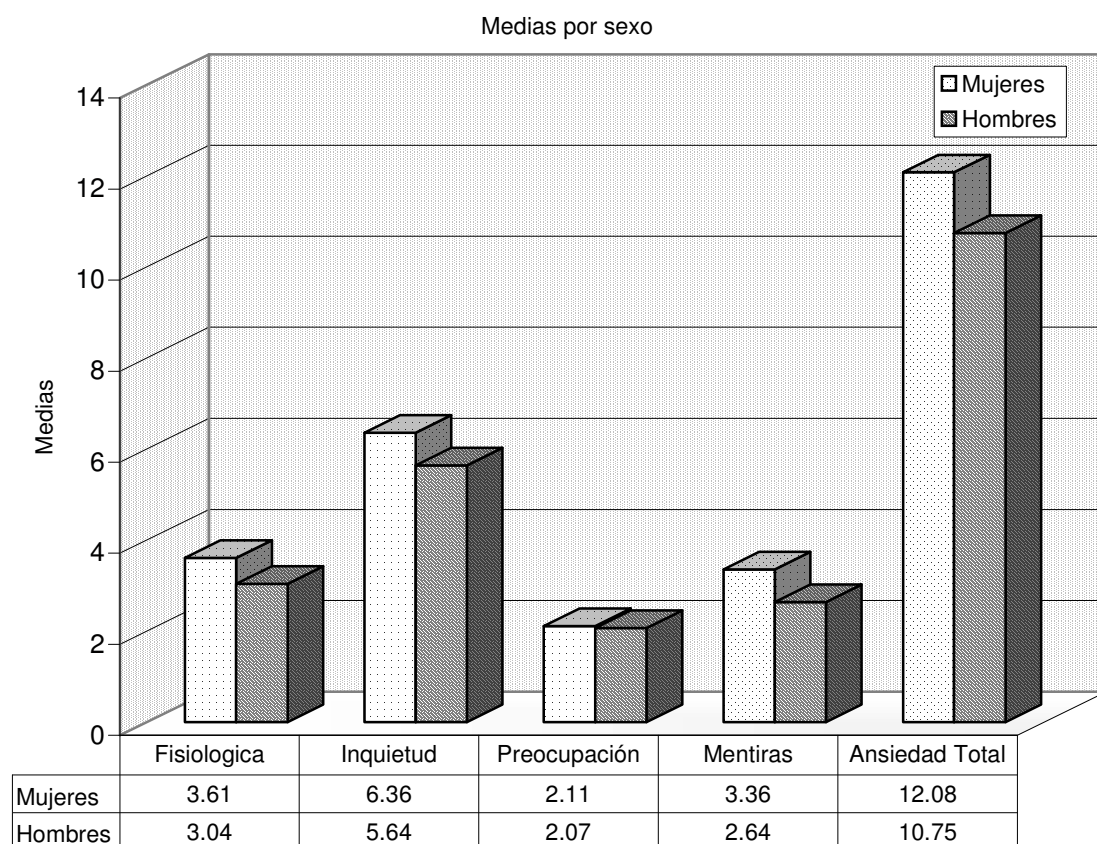


Figura 2. Medias por sexo en las subescalas de CMAS-R.

mujeres fue de 6.39, en hombres 5.64; en la subescala mentira, las mujeres obtuvieron una media de 3.36 y la media de hombres fue de 2.64; en *ansiedad total* las mujeres tienen una media de 12.08, los hombres una media de 10.75. En la subescala *preocupaciones sociales/concentración*, se observa un mínima diferencia, ya que la población femenina obtuvo una media de 2.11 y los hombres de 2.07.

Con la finalidad de observar las diferencias entre mujeres y hombres, en los niveles de ansiedad correspondientes a la puntuación obtenida en la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) se presentan las puntuaciones obtenidas en las tablas de la 4 a la 13; en la primera columna, de izquierda a derecha, se localiza la puntuación directa (Pd), en la segunda columna el percentil y en la última la interpretación del nivel de ansiedad de acuerdo a los cortes de rango mencionado anteriormente. Se observa que en la subescala de *ansiedad fisiológica*, se presenta una diferencia del percentil que obtienen de la misma puntuación natural, mientras las mujeres en este sentido, con puntuación directa de 5, les corresponde un percentil de 70, que se encuentran en la norma, los hombres con esta misma puntuación directa de 5 les corresponde un percentil de 82, indicando un nivel alto de ansiedad (Tabla 4 y 5).

Tabla 4. Nivel de Ansiedad mujeres, subescala fisiológica de CMAS-R.

ANSIEDAD FISIOLÓGICA MUJERES		
P.d	Percentil	Interpretación
10	99	Alto
8	97	
7	92	
6	83	
5	70	Norma
4	57	
3	31	
2	13	Bajo
1	2	
0	1	

Tabla 5. Nivel de Ansiedad hombres, subescala fisiológica de CMAS-R.

ANSIEDAD FISIOLÓGICA HOMBRES		
P.d	Percentil	Interpretación
7	92	Alto
6	88	
5	82	
4	68	Norma
3	47	
2	16	Bajo
1	6	
0	1	

En la subescala de *inquietud/hipersensibilidad*, la población femenina con una puntuación natural de 5 obtiene un percentil de 24, que se ubican en un nivel bajo de ansiedad, y una puntuación natural de 7 con percentil 53 que se encuentra en la norma, mientras que la población masculina muestra una puntuación natural de 5 con un percentil de 53, que se encuentra en la norma, y una puntuación natural de 7 con percentil de 83, que se localiza en un nivel alto.

Lo anterior refiere que la población masculina, presenta menos conductas tanto de la subescala de *ansiedad fisiológica* como en la subescala de *inquietud/hipersensibilidad* a diferencia de las mujeres (Tabla 6 y 7).

Tabla 6. Nivel de Ansiedad mujeres, subescala Inquietud/hipersensibilidad de CMAS-R.

<i>INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD MUJERES</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
11	97	<i>Alto</i>
10	91	
9	83	
8	63	<i>Norma</i>
7	53	
6	34	
5	24	<i>Bajo</i>
4	14	
3	7	
2	3	
1	1	

Tabla 7. Nivel de Ansiedad hombres, subescala Inquietud/hipersensibilidad de CMAS-R.

<i>INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD HOMBRES</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
9	92	<i>Alto</i>
8	85	
7	83	
6	63	<i>Norma</i>
5	53	
4	34	
3	24	<i>Bajo</i>
2	14	
1	7	

En la subescala *preocupaciones sociales/concentración*, la población femenina presenta una puntuación directa de 1 con percentil de 26, que se localiza en la norma, mientras que la población masculina con la misma puntuación directa de 1 les corresponde un percentil de 16, que los ubica en un nivel bajo, también se muestra que en ésta subescala tanto las mujeres como los hombres, presentan un nivel alto de ansiedad, con la misma puntuación de 4 aún cuando los percentiles obtenidos son diferentes 77 para la mujeres y 85 para los hombres (Tabla 8 y 9).

Tabla 8. Nivel de Ansiedad mujeres, en subescala preocupaciones sociales/concentración de CMAS-R.

<i>PREOCUPACIONES SOCIALES CONCENTRACIÓN MUJERES</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
7	97	<i>Alto</i>
6	94	
5	89	
4	77	
3	63	<i>Norma</i>
2	45	
1	26	
0	1	<i>Bajo</i>

Tabla 9. Nivel de Ansiedad hombres, en subescala preocupaciones sociales/concentración de CMAS-R.

<i>PREOCUPACIONES SOCIALES CONCENTRACIÓN HOMBRES</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
7	96	<i>Alto</i>
6	95	
5	94	
4	85	
3	63	<i>Norma</i>
2	40	
1	16	
0	1	<i>Bajo</i>

En la subescala de *mentira*, las mujeres con una puntuación directa de 2 le corresponde un percentil de 22, que se localiza en un nivel bajo, y una puntuación natural de 5 con percentil 72 que se encuentran en la norma, mientras que la población masculina muestra con la misma puntuación directa de 2 con un percentil de 37, ubicándolos en un nivel en la norma, y una puntuación natural de 5 que le corresponde un percentil de 82, ubicándolos en un nivel alto de esta escala de mentira (Tabla 10 y 11).

Tabla 10. Nivel de mentira en mujeres, de CMAS-R.

<i>MENTIRA MUJERES</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
9	99	<i>Alto</i>
8	95	
7	93	
6	84	
5	72	<i>Norma</i>
4	57	
3	36	
2	22	<i>Bajo</i>
1	12	
0	1	

Tabla 11. Nivel de mentira en hombres, de CMAS-R.

<i>MENTIRA HOMBRES</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
6	88	<i>Alto</i>
5	82	
4	61	<i>Norma</i>
3	54	
2	37	
1	16	<i>Bajo</i>
0	1	

En *ansiedad total* la población femenina presentó un puntuación directa de 14 que le corresponde un percentil de 61, que se ubica en la norma; mientras la población masculina con la misma puntuación de 14 le corresponde un percentil de 82, que se ubica en un nivel alto de ansiedad (Tabla 11 y 12).

Tabla 12. Nivel de Ansiedad mujeres, subescala ansiedad total de CMAS-R.

ANSIEDAD TOTAL MUJERES		
P.d	Percentil	Interpretación
25	98	Alto
23	97	
22	96	
21	95	
20	91	
19	90	
18	87	
17	82	
16	78	Norma
15	72	
14	61	
13	56	
12	52	
11	45	
10	34	
9	27	Bajo
8	16	
7	13	
6	9	
5	4	
4	1	
6	9	
5	4	
4	1	

Tabla 13. Nivel de Ansiedad hombres, subescala ansiedad total de CMAS-R.

ANSIEDAD TOTAL HOMBRES		
P.d	Percentil	Interpretación
21	96	Alto
20	94	
19	93	
18	91	
17	89	
16	88	
15	85	
14	82	
13	64	Norma
12	57	
11	54	
10	37	
9	30	
8	23	Bajo
7	16	
6	13	
5	12	
4	6	
3	1	

Respecto a las diferencias encontradas en el nivel de ansiedad de adolescentes de la población femenina Mexicana y Uruguaya, en la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) se presentan en las siguientes tablas de la 14 a la 23. En la primera columna, de izquierda a derecha, se localiza la puntuación directa (Pd), en la segunda columna el percentil y en la última la Interpretación de acuerdo

a los cortes de rango mencionados anteriormente; es importante mencionar que los datos de la población Uruguaya se consultaron en el Manual de Escala de Ansiedad en Niños (revisada) CMAS-R.

Se observa que en la subescala de *ansiedad fisiológica*, la población Mexicana femenina presenta una diferencia del percentil que obtienen de la misma puntuación natural, los datos más representativos son: las mujeres mexicanas con puntuación directa de 2, les corresponde un percentil de 13, que se encuentran en un nivel bajo, un puntuación natural de 4 con un percentil de 57, que se ubica en la norma, sin embargo, la población femenina Uruguaya con la misma puntuación natural de 2 le corresponde un percentil de 39, que se ubican en la norma y, la puntuación natural de 4 le corresponde un percentil de 76 se encuentra en un nivel alto, sin embargo la población femenina Mexicana puede presentar más conductas de *ansiedad fisiológica*, a diferencia de la población femenina Uruguaya (Tabla 14 y 15).

Tabla 14. Nivel de Ansiedad mujeres Mexicanas, subescala fisiológica de CMAS-R.

<i>ANSIEDAD FISIOLÓGICA MUJERES MEXICANAS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
10	99	<i>Alto</i>
8	97	
7	92	
6	83	
5	70	<i>Norma</i>
4	57	
3	31	
2	13	<i>Bajo</i>
1	2	
0	1	

Tabla 15. Nivel de Ansiedad mujeres Uruguayas, subescala fisiológica de CMAS-R.

<i>ANSIEDAD FISIOLÓGICA MUJERS URUGUAYAS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
10	99	<i>Alto</i>
9	99	
8	99	
7	99	
6	97	
5	90	
4	76	<i>Norma</i>
3	63	
2	39	<i>Bajo</i>
1	19	
0	6	

En la subescala de *inquietud/hipersensibilidad*, la población Mexicana femenina con una puntuación natural de 5 obtiene un percentil de 24, que se ubican en un

nivel bajo de ansiedad, mientras que la población Uruguaya femenina con una puntuación natural de 5 le corresponde un percentil de 26, que se encuentra en la norma. Se observó que tanto la población femenina Uruguaya como la población femenina Mexicana, con la puntuación de 9, se ubican un nivel alto de conductas del área de *inquietud/hipersensibilidad* (Tabla 16 y 17).

Tabla 16. Nivel de Ansiedad mujeres, Mexicanas, subescala Inquietud/hipersensibilidad de CMAS-R.

INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD MUJERES MEXICANAS		
P.d	Percentil	Interpretación
11	97	Alto
10	91	
9	83	
8	63	Norma
7	53	
6	34	
5	24	Bajo
4	14	
3	7	
2	3	
1	1	

Tabla 17. Nivel de Ansiedad mujeres, Uruguayas, subescala Inquietud/hipersensibilidad de CMAS-R.

INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD MUJERES URUGUAYAS		
P.d	Percentil	Interpretación
10	94	Alto
9	84	
8	70	Norma
7	63	
6	41	
5	26	
4	18	Bajo
3	9	
2	6	
1	2	
0	2	

En la subescala *preocupaciones sociales/concentración*, la población Mexicana femenina presenta una puntuación directa de 3 le corresponde un percentil de 63, que se encuentra en la norma, mientras que la población Uruguaya femenina con las misma puntuación de 3 le corresponde un percentil de 81, el cual se ubica en un nivel alto de ansiedad (Tabla 18 y 19).

Respecto a la subescala de *mentira*, las mujeres Mexicanas obtuvieron una puntuación directa de 5 con percentil de 72, que se encuentra en la norma, mientras que la población Uruguaya femenina con la misma puntuación de 5, le corresponde un percentil de 80, que se encuentra en un nivel alto. (Tabla 20 y 21).

Tabla 18. Nivel de Ansiedad mujeres, Mexicanas, subescala preocupaciones sociales/concentración de CMAS-R.

<i>PREOCUPACIONES SOCIALES CONCENTRACION MUJERES MEXICANAS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
7	97	<i>Alto</i>
6	94	
5	89	
4	77	
3	63	<i>Norma</i>
2	45	
1	26	
0	1	<i>Bajo</i>

Tabla 19. Nivel de Ansiedad mujeres, Uruguayas, subescala preocupaciones sociales/concentración de CMAS-R.

<i>PREOCUPACIONES SOCIALES CONCENTRACION MUJERES URUGUAYAS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
7	99	<i>Alto</i>
6	98	
5	94	
4	90	
3	81	<i>Alto</i>
2	69	
1	48	<i>Norma</i>
0	29	

Tabla 20. Nivel de mentira en mujeres, Mexicanas, de CMAS-R.

<i>MENTIRA MUJERES MEXICANAS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
9	99	<i>Alto</i>
8	95	
7	93	
6	84	
5	72	<i>Norma</i>
4	57	
3	36	
2	22	<i>Bajo</i>
1	12	
0	1	

Tabla 21. Nivel de mentira mujeres, Uruguayas, subescala de CMAS-R.

<i>MENTIRA MUJERES URUGUAYAS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
9	99	<i>Alto</i>
8	99	
7	97	
6	90	
5	80	
4	63	<i>Norma</i>
3	49	
2	39	
1	22	<i>Bajo</i>
0	8	

En la subescala *ansiedad total*, las mujeres Mexicanas obtuvieron una puntuación directa de 15 con percentil de 72, que se encuentra en la norma, mientras que la población Uruguaya femenina con la misma puntuación de 15, le corresponde un percentil de 78, que los ubica en un nivel alto de ansiedad; sin embargo la población Mexicana puede presentar más conductas de ansiedad total que la población Uruguaya (Tabla 22 y 23).

Tabla 22. Nivel de Ansiedad mujeres, Mexicanas, subescala ansiedad total de CMAS-R.

ANSIEDAD TOTAL MUJERES MEXICANAS		
P.d	Percentil	Interpretación
25	98	Alto
23	97	
22	96	
21	95	
20	91	
19	90	
18	87	
17	82	
16	78	
15	72	
14	61	
13	56	
12	52	
11	45	
10	34	
9	27	
8	16	Bajo
7	13	
6	9	
5	4	
4	1	

Tabla 23. Nivel de Ansiedad mujeres, Uruguayas, subescala ansiedad total de CMAS-R.

ANSIEDAD TOTAL MUJERES URUGUAYAS			
P.d	Percentil	Interpretación	
20	96	Alto	
19	93		
18	91		
17	88		
16	86		
15	78		
14	69		
13	61		
12	56		Norma
11	50		
10	45		
9	39		
8	27		
7	20	Bajo	
6	12		
5	9		
4	4		
3	3		
2	2		
0	1		

Respecto a las diferencias encontradas en el nivel de ansiedad de adolescentes de la población masculina Mexicana y Uruguaya, en la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R) se presentan en las tablas de la 24 a la 31, en la primera columna, de izquierda a derecha, se localiza la puntuación directa (Pd), en la segunda columna el percentil y en la última la interpretación de acuerdo a los cortes de rango ya mencionados, es importante mencionar que los datos de la población Uruguaya se consultaron en El Manual de Escala de Ansiedad en Niños (revisada) CMAS-R.

Se observa que en la subescala de *ansiedad fisiológica*, la población Mexicana masculina presentó una diferencia del percentil que obtienen de la misma puntuación natural, es así que la población masculina mexicana con puntuación directa de 3 le corresponde un percentil de 47, que se ubica en la norma, sin

embargo la población masculina Uruguaya, con la misma puntuación natural de 3 le corresponde un percentil de 75 que se encuentra en un nivel alto de ansiedad fisiológica; se observa que la población masculina Mexicana puede presentar más conductas fisiológicas a diferencia de la población masculina Uruguaya (Tabla 24 y 25).

Tabla 24. Nivel de Ansiedad hombres Mexicanos, subescala fisiológica de CMAS-R.

ANSIEDAD FISIOLÓGICA HOMBRES MEXICANOS		
P.d	Percentil	Interpretación
7	92	Alto
6	88	
5	82	
4	68	Norma
3	47	
2	16	Bajo
1	6	
0	1	

Tabla 25. Nivel de Ansiedad hombres Uruguayos, subescala fisiológica de CMAS-R.

ANSIEDAD FISIOLÓGICA HOMBRES URUGUAYOS		
P.d	Percentil	Interpretación
10	99	Alto
9	99	
8	99	
7	99	
6	97	
5	95	
4	91	
3	75	Norma
2	55	
1	34	
0	14	Bajo

En la subescala de *inquietud/hipersensibilidad*, la población Mexicana masculina con una puntuación natural de 6 con percentil de 34, se encuentra en la norma, mientras que la población Uruguaya masculina con la misma puntuación natural de 6 le corresponde un percentil de 77, que se encuentra en un nivel alto de ansiedad (Tabla 26 y 27).

En la subescala de *preocupaciones sociales/concentración*, la población Mexicana masculina presentó una puntuación natural de 2 con un percentil de 40 que se encuentran en un la norma, mientras que la población Uruguaya masculina con la misma puntuación de 2 le corresponde un percentil de 83, que se ubica en un nivel alto de ansiedad; es posible que directa de 15 con percentil de 72, que se encuentra en la norma, mientras que la (Tabla 28 y 29).

Tabla 26. Nivel de Ansiedad hombres, Mexicanos, subescala Inquietud/hipersensibilidad de CMAS-R.

INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD HOMBRES MEXICANOS		
P.d	Percentil	Interpretación
11	97	Alto
10	91	
9	83	
8	63	Norma
7	53	
<u>6</u>	<u>34</u>	
5	24	Bajo
4	14	
3	7	
2	3	
1	1	

Tabla 27. Nivel de Ansiedad hombres, Uruguayos, subescala Inquietud/hipersensibilidad de CMAS-R.

INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD HOMBRES URUGUAYOS		
P.d	Percentil	Interpretación
10	99	Alto
9	97	
8	91	
7	85	
<u>6</u>	<u>77</u>	Norma
5	63	
4	44	Bajo
3	24	
2	14	
1	8	
0	4	

Tabla 28. Nivel de Ansiedad hombres, Mexicanos, subescala preocupaciones sociales/concentración de CMAS-R.

PREOCUPACIONES SOCIALES CONCENTRACION HOMBRES MEXICANOS		
P.d	Percentil	Interpretación
7	96	Alto
6	95	
5	94	
4	85	
3	63	Norma
<u>2</u>	<u>40</u>	
1	16	Bajo
0	1	

Tabla 29. Nivel de Ansiedad hombres, Uruguayos, subescala preocupaciones sociales/concentración de CMAS-R.

PREOCUPACIONES SOCIALES CONCENTRACION HOMBRES URUGUAYOS		
P.d	Percentil	Interpretación
7	99	Alto
6	99	
5	99	
4	97	
3	87	
<u>2</u>	<u>83</u>	Norma
1	69	
0	38	

En la subescala *mentira*, los hombres Mexicanos obtuvieron una puntuación directa de 4 con percentil 61, que se encuentran en un nivel dentro de la norma, mientras los hombres Uruguayos con la misma puntuación natural de 4 les corresponde un percentil de 81, ubicándolos en un nivel alto de mentira, lo cual indica

que la población masculina Mexicana tiene la posibilidad de mentir en las respuestas que proporciono en el cuestionario (Tabla 30 y 31).

Tabla 30. Nivel de mentira en hombres, Mexicanos, de CMAS-R.

<i>MENTIRAS HOMBRES MEXICANOS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
6	88	<i>Alto</i>
5	82	
4	61	<i>Norma</i>
3	54	
2	37	
1	16	<i>Bajo</i>
0	1	

Tabla 31. Nivel de mentira en hombres, Uruguayos, de CMAS-R.

<i>MENTIRAS HOMBRES URUGUAYOS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
6	93	<i>Alto</i>
5	89	
4	81	<i>Norma</i>
3	71	
2	65	
1	38	<i>Bajo</i>
0	16	

En *ansiedad total* la población Mexicana masculina presentó un puntuación directa de 12, con percentil 57, que se ubica en la norma, mientras los hombres Uruguayos con la misma puntuación natural de 12 le corresponde un percentil de 81, que se ubica en un nivel alto de ansiedad (Tabla 32 y 33).

Se observó que tanto la población femenina, como la masculina Mexicana pueden presentar más conductas que refieren ansiedad en todas las subescalas, de la Escala de Ansiedad en Niños (revisada) CMAS-R. Posteriormente se mostró que la población femenina Mexicana, puede presentar más conductas de ansiedad en la mayoría de las subescalas, menos en la de *inquietud/hipersensibilidad*, donde se observó que con la misma puntuación de 9 ambas poblaciones femeninas la Mexicana y Uruguaya, obtienen un nivel alto.

Respecto a la población masculina Mexicana y Uruguaya nuevamente la población masculina Mexicana puede presentar más conductas que refieren ansiedad en todas las subescala de la prueba Escala de Ansiedad en Niños (revisada) CMAS-R.

Tabla 32. Nivel de Ansiedad hombres, Mexicanos, subescala ansiedad total CMAS-R.

<i>ANSIEDAD TOTAL HOMBRES MEXICANOS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
21	96	<i>Alto</i>
20	94	
19	93	
18	91	
17	89	
16	88	
15	85	
14	82	
13	64	<i>Norma</i>
<u>12</u>	<u>57</u>	
11	54	
10	37	
9	30	
8	23	<i>Bajo</i>
7	16	
6	13	
5	12	
4	6	
3	1	

Tabla 33. Nivel de Ansiedad hombres, Uruguayos, subescala ansiedad total de CMAS-R.

<i>ANSIEDAD TOTAL HOMBRES URUGUAYOS</i>		
<i>P.d</i>	<i>Percentil</i>	<i>Interpretación</i>
18	99	<i>Alto</i>
17	97	
16	95	
15	95	
14	91	
13	85	
<u>12</u>	<u>81</u>	
11	75	
10	67	<i>Norma</i>
9	63	
8	55	
7	48	
6	36	
5	22	<i>Bajo</i>
4	10	
3	8	
2	8	
1	6	
0	4	

CONCLUSIONES

Recapitulando la información de esta investigación, la ansiedad es una manifestación normal de alerta ante situaciones de peligro en diversas modalidades, tanto fisiológica, cognitiva, psicológica como social; en diferentes niveles: bajo, en la norma o alto, y que también puede interferir en el logro de una adaptación adecuada; cuando se logra la adaptación se favorece el desarrollo del individuo, estabilizando los cambios que se presentan durante la vida del ser humano, cuando no se logra la adaptación, es probable que la ansiedad sea patológica, si este es un motivo; la ansiedad se presenta de diferentes maneras; por ejemplo ansiedad a lugares públicos o abiertos, a situaciones como viajar solo o lejos de casa. La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han clasificado los tipos de ansiedad. Respecto a la ansiedad patológica, como la considera De Gándara (1999), cuya duración es prolongada, frecuente y sin ningún motivo. Sandín y Chorot (1995^a), consideran que la edad para el inicio de cualquier trastorno de ansiedad se encuentra en la adolescencia, donde suceden cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales, donde la experiencia de la infancia, como las relaciones familiares, escolares y sociales son importantes para que el adolescente continúe con la selección, aceptación y adaptación a las responsabilidades y necesidades que tiene durante este proceso de desarrollo y el logro de su autonomía, sin olvidar la influencia de las alternativas que le brinda la sociedad, es decir la opción educativa, cultural, deportiva, médica y laboral; por tal razón es necesario conocer el nivel de ansiedad que tiene el adolescente, realizando una evaluación psicológica; utilizando instrumentos que brindan información respecto a sus actitudes, habilidades y personalidad. Las escalas y cuestionarios, por ejemplo, el cuestionario de personalidad HSPQ, proporcionan información de la personalidad del adolescente; respecto a la ansiedad y otros trastornos específicos, se encuentran algunos instrumentos como la escala de Hamilton, que valora la intensidad de la ansiedad, el cuestionario para experiencias traumáticas, que valora el trastorno de estrés postraumático. Otra escala para conocer el nivel de

ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad, es la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), utilizada en el presente estudio con el objetivo de obtener los baremos de acuerdo a nuestra población, esta escala proporciona el nivel de ansiedad total, además, de cuatro subescalas, que son: a) *ansiedad fisiológica*, b) *inquietud/hipersensibilidad*, c) *preocupaciones sociales/concentración* y d) *mentira*. Para este estudio, se aplicó esta prueba, a una muestra de 120 adolescentes Mexicanos, de ambos sexos de edades comprendidas entre los 16 a los 17 años de edad, todos ellos estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de los planteles Naucalpa y Vallejo .

En los resultados se observaron diferencias, entre mujeres y hombres de la población Mexicana, como ejemplo en la tabla 34, se observa en el nivel de *ansiedad fisiológica* que con una misma puntuación natural de 5 tanto en mujeres como hombres les corresponde un percentil diferente al igual que el nivel de ansiedad.

Tabla 34. Diferencia en el nivel de ansiedad de hombres y mujeres adolescentes mexicanos.

<i>Subescalas</i>	<i>Sexo</i>	<i>Puntuación Natural</i>	<i>Percentil</i>	<i>Nivel de ansiedad</i>
<i>Ansiedad fisiológica.</i>	<i>Femenino</i>	5	70	<i>Norma</i>
	<i>Masculino</i>	5	82	<i>Alto</i>
<i>Inquietud/hipersensibilidad</i>	<i>Femenino</i>	7	53	<i>Norma</i>
	<i>Masculino</i>	7	83	<i>Alto</i>
<i>Preocupaciones sociales/concentración</i>	<i>Femenino</i>	4	77	<i>Alto</i>
	<i>Masculino</i>	4	87	<i>Alto</i>
<i>Mentira.</i>	<i>Femenino</i>	5	72	<i>Norma</i>
	<i>Masculino</i>	5	82	<i>Norma</i>
<i>Ansiedad total.</i>	<i>Femenino</i>	14	61	<i>Norma</i>
	<i>Masculino</i>	14	82	<i>Alto</i>

Considerando las diferencias encontradas se concluye que la población femenina puede presentar más conductas en todas las subescalas, por ejemplo en la subescala *ansiedad fisiológica*, dificultades de sueño, náuseas y cansancio; en la subescala *inquietud/hipersensibilidad*, con preocupaciones frecuentes en diferentes situaciones, las cuales son vagas, con miedo de ser lastimados o aislados en forma física o emocional; en la subescala de *preocupaciones*

sociales/concentración; ambos sexos, con la misma la puntuación natural de 4, les corresponde un percentil diferente, sin embargo presentan un nivel alto en conductas como son: dificultades escolares, pensamientos distractores, miedo natural, social o interpersonal, problemas de atención y concentración, en la subescala de mentira, contestaron de acuerdo a la conveniencia social intentando simular un ideal, que no es, el comportamiento real, por ultimo en la subescala ansiedad total que está formada por las conductas antes descrita de cada subescala.

Por otro lado, las diferencias que se observan en el nivel de ansiedad de adolescentes femeninas de la población Mexicana y Uruguaya, se muestran en la tabla 35, donde la población femenina Mexicana puede mostrar en las subescalas de *ansiedad fisiológica*, *preocupaciones sociales/concentración*, *mentira* y *ansiedad total*, más conductas que implican ansiedad, que la población femenina Uruguaya; sin embargo en la subescala de *inquietud/hipersensibilidad*, ambas poblaciones presentan una similitud, tanto en la puntuación directa de 9, como en el nivel alto en conductas tales como preocupaciones frecuentes en diferente situaciones, las cuales son vagas, con miedo de ser lastimados o aislados en forma física o emocional.

Tabla 35. Diferencia en el nivel de ansiedad de población Mexicana y Uruguaya de adolescentes femeninas.

<i>Subescalas</i>	<i>Población femenina</i>	<i>Puntuación natural</i>	<i>Percentil</i>	<i>Nivel de ansiedad</i>
<i>Ansiedad Fisiológica.</i>	<i>Mexicana</i>	4	57	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	4	76	<i>Alto</i>
<i>Inquietud Hipersensibilidad</i>	<i>Mexicana</i>	9	83	<i>Alto</i>
	<i>Uruguaya</i>	9	84	<i>Alto</i>
<i>Preocupaciones sociales/concentración</i>	<i>Mexicana</i>	3	63	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	3	81	<i>Alto</i>
<i>Mentira.</i>	<i>Mexicana</i>	5	72	<i>Norma</i>
	<i>Uruguya</i>	5	80	<i>Alto</i>
<i>Ansiedad Total.</i>	<i>Mexicana</i>	15	72	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	15	78	<i>Alto</i>

Las diferencias de la población Mexicana y Uruguaya de los adolescentes masculinos, en todas las subescalas mencionadas, refieren en la tabla 36 que la

población Mexicana puede presentar más conductas que implican ansiedad pero que no necesariamente los ubican en un percentil o rango alto.

Tabla 36. Diferencia en el nivel de ansiedad de población Mexicana y Uruguaya adolescentes masculinos.

<i>Subescalas</i>	<i>Población masculina</i>	<i>Puntuación natural</i>	<i>Percentil</i>	<i>Nivel de ansiedad</i>
<i>Ansiedad fisiológica.</i>	<i>Mexicana</i>	<i>3</i>	<i>47</i>	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	<i>3</i>	<i>75</i>	<i>Alto</i>
<i>Inquietud/hipersensibilidad</i>	<i>Mexicana</i>	<i>6</i>	<i>34</i>	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	<i>6</i>	<i>77</i>	<i>Alto</i>
<i>Preocupaciones sociales/concentración</i>	<i>Mexicana</i>	<i>2</i>	<i>40</i>	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	<i>2</i>	<i>83</i>	<i>Alto</i>
<i>Mentira.</i>	<i>Mexicana</i>	<i>4</i>	<i>61</i>	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	<i>4</i>	<i>81</i>	<i>Alto</i>
<i>Ansiedad total.</i>	<i>Mexicana</i>	<i>12</i>	<i>57</i>	<i>Norma</i>
	<i>Uruguaya</i>	<i>12</i>	<i>81</i>	<i>Alto</i>

Con los resultados obtenidos, respecto a las diferencias encontradas en las puntuaciones directas, percentiles y niveles correspondientes en las subescalas de la Escala de Ansiedad en Niños Revisada (CMAS-R), es importante considerarlas también en el diagnóstico del nivel de ansiedad en los adolescentes; las diferencias, pueden ser posibles debido a la influencia del contexto sociocultural en el desarrollo de las personas.

Por lo anterior es necesario continuar y difundir una línea de investigación como el presente trabajo con la finalidad de tener más instrumentos, cuestionarios o pruebas psicológicas que permitan realizar la evaluación psicológica utilizando puntuaciones y baremos de acuerdo a las características de la población de acuerdo a nuestro propio contexto sociocultural, en lugar de utilizar baremos que corresponden a poblaciones de otros países y que difieren en idiosincrasia a la nuestra. Así mismo y de manera particular permitirán mejorar el proceso de evaluación que se realiza en la Unidad de Evaluación Psicológica (UEPI).

Por otro lado, es importante abrir líneas de investigación que aborden el tema de la ansiedad y las problemáticas que pueden tenerse como consecuencia de ésta en las diferentes etapas del desarrollo, como en la adolescencia, en donde ocurren cambios que son significativos para el individuo y que pueden propiciar

problemas en la esfera emocional; en este sentido, a través de una evaluación con instrumentos propios a nuestra población se pueda ofrecer el apoyo, asesoría e incluso terapia acorde con los niveles que cada individuo presenta en una prueba de ansiedad como la que se utilizó en el presente reporte; también es posible el surgimiento de investigaciones futuras de otros temas relacionados con la ansiedad en mujeres y hombres de mayor edad, la relación que tiene la ansiedad con el suicidio, con la drogadicción, la autoestima, el déficit de atención y problemas de aprendizaje así como planear talleres y pláticas de prevención sobre la relación que puede existir entre la ansiedad y las situaciones descritas.

Por último, se concluye la importancia que tiene la evaluación psicológica para orientar, valorar, apoyar y proporcionar sugerencias necesarias para propiciar un desarrollo y una calidad de vida en el individuo y que repercuta favorablemente en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, Renato. D; Lolas, Stepke F; Vial G.(1995). **Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. Pp. 48-52.

Alexander, T., Rondín R. y Gorman, B (1980). Parte sexta. 14 Desarrollo cognoscitivo, identidad y experiencia. En Alexander, T. (Eds.), **Psicología Evolutiva** .Madrid: Pirámide. Pág. 368.

Beck y Emery (1985). Introducción a la Ansiedad. En: A. Cía.(Ed.), **La Ansiedad y sus trastornos ansiedad, pánico, fobias, obsesiones, estrés y trauma**. Buenos Aires: Polemos. Pág. 48.

Berrios,G.(1997). Capítulo 1. Aspectos históricos. En: C. Gastón y J. Vallejo. (Eds.) **Trastornos Afectivos Ansiedad y Depresión**. Barcelona España: Masson, S.A. Segunda Edición. Pág. 5.

Birmaher, B; Luis V (1989). Trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes. En: M. Grau (Ed.), **Textos de pediatría en diálogos Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia**. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana. Pp. 323-333.

Braconnier, A; Marcelli D (1986). 1 Modelos teóricos de comprensión de la adolescencia. En: Braconnier (Eds.), **Manual Psicopatología del adolescente**.. Barcelona España.:Masson. Pp.3-33.

Brawman-Mintzer O; Lydiard R. (1996). Generalized anxiety disorders. En: Brawman-Mintzer (Eds.),issues in epidemiology. Compr Psychiatry 1996;57 (suppl 7): 3-8.

Brown, G. (1992). La neurosis de ansiedad desde la perspectiva evolucionista. En: C. Díez (Eds.), **La Neurosis De Angustia En El Siglo XXI**. Barcelona, España.: Ars Medica. Pág. 28.

Bousoño , G M. (2001). Capítulo 6. Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En: J. Bodes (Eds.), **Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos En Atención Primaria**. Barcelona España : Masson. Pp. 61-91.

Bulacio, Juan M. (2004). **Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica un enfoque moderno, humanista e integral**. Buenos Aires: Librería Akadia. Pág 53.

Castañeda, McCandless y Palermo (1956). Capítulo 1. Introducción. En: Reynolds. (Eds), **Escala de Ansiedad en Niños (revisada) CMAS-R Manual**. México, D.F. : Manual Moderno. Pág. 5.

Consejo Nacional de Población (1994), **Sexualidad Adolescentes**. México, D.F: Autor.

www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/busque.htm. Obtenido el 5 de Noviembre de 2007.

Cía, A. H. (2000). Trastornos de ansiedad en la adolescencia. . En: M. Grau (Ed.), **Textos de pediatría en diálogos Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia**. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana. Pp 718-734.

Cía, A. H. (2002). Introducción a la Ansiedad. En: A. Cía.(Ed.), **La Ansiedad y sus trastornos ansiedad, pánico, fobias, obsesiones, estrés y trauma**. Buenos Aires: Polemos. Pág 34.

www.clinicadeansiedad.com. Obtenido el 5 de Noviembre de 2007.

Conger, J (1979). 2 El desarrollo físico. En: J. Conger. (Ed.), **Adolescencia Generación Presionada. Colección la psicología y tú.** Holanda:Multimedia Publications. Pp. 16-29.

Darwin, C (1872). Capítulo 2. Nosología. En: C. Gastón y J. Vallejo. (Eds.) **Trastornos Afectivos Ansiedad y Depresión.** Barcelona España: Masson, S.A. Segunda Edición. Pág. 11.

Ekman y Friesen (1982).Introducción a la Ansiedad. En: A. Cía.(Ed.), **La Ansiedad y sus trastornos ansiedad, pánico, fobias, obsesiones, estrés y trauma.** Buenos Aires: Polemos. Pág. 36.

Elkin (1967). Tercera parte intelectual. Efectos del pensamiento adolescente sobre la personalidad y la conducta. En: Rice P.(Ed.), **Adolescencia Desarrollo, relaciones y cultura.**Madrid, España.: Prentice Hall. Pág. 137.

González, H; Ramos, F. (1996). 17 Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. En: J. Buendía (Ed.), **Psicopatología en niños y adolescentes Desarrollos actuales.** Madrid, España.: Ediciones Pirámide. Pp. 353- 366.

Horroccks, E (1984).Parte dos. Desarrollo afectivo y cognoscitivo. Capítulo 5. Desarrollo del concepto de sí mismo o del yo. En: Horroccks, E. (Ed.), **Psicología de la Adolescencia.** México, D.F. Editorial Trillas. 3ª reimpresión, septiembre 1990. Pp. 81-100.

Hurlock, E. (1989). Capítulo 1 Adolescencia: Edad de Transición. En Elizabeth B. Hurlock (Ed.), **Psicología De La Adolescencia.** Buenos Aires: Paidos. Pp. 15-37.

Ibáñez, C. A; Montes, R. J. (2001). Capítulo 2 ¿ Qué es el trastorno de Angustia? En: Sáiz, R. J. (Eds.), **Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria.** Barcelona, España: Masson. Pp. 3 –11.

Ituarte, Ángeles. (1994). Unidad 2. Los cambios somáticos y psíquicos a partir de la pubertad. En: Ituarte, Ángeles.(Ed.), **Adolescencia y Personalidad.** México, D.F. Editorial Trillas. 3ª reimpresión, abril 2002. Pp. 38-61.

Izard (1972). Introducción a la Ansiedad. En: A. Cía.(Ed.), **La Ansiedad y sus trastornos ansiedad, pánico, fobias, obsesiones, estrés y trauma.** Buenos Aires: Polemos. Pág. 36.

Lang (1985). Introducción a la Ansiedad. En: A. Cía.(Ed.), **La Ansiedad y sus trastornos ansiedad, pánico, fobias, obsesiones, estrés y trauma.** Buenos Aires: Polemos. Pág 48.

López Ibor,J.J.(1992). **Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades(CIE -10)Trastornos mentales y del comportamiento.** Madrid, España: Meditor.

Mead (1972). 1 Modelos teóricos de comprensión de la adolescencia. En: Braconnier (Eds.), **Manual Psicopatología del adolescente.** Barcelona España.:Masson. Pág. 4.

Michael H. Stone, M.D. (2004).Capítulo 1 Historia de los trastornos de ansiedad. En Hollander Eric, Stein Dan J.**Tratado De Los Trastornos De Ansiedad.** Barcelona, España. Ars Medica versión española 1ª publicación, Estados Unidos American Psychiatric Publishing, Inc.2002. Pp. 3-13.

Olivares, J. (2001). 1 Los problemas del adolescente norma. En: Saldaña C. (Eds.), ***Detección y Prevención en el aula de los problemas del adolescente.*** Madrid.: Ediciones Pirámide. Pp 19-39.

Papalia, D., Olds, S. W. (2005).Capítulo 13 Desarrollo físico y cognoscitivo en la edad adulta temprana. En: Papalia, D., Olds, S. (Eds.), ***Desarrollo humano.*** México, D.F.: McGraw-Hill/Interamericana. Pp. 505-538.

Perinat Maceres Adolfo, (2002).V La etapa de la adolescencia. En: Perinat, Adolfo.(Ed.), ***Psicología del desarrollo del nacimiento al final de la adolescencia.*** Barcelona: Editorial UOC. Pp. 137-167.

Pelechano (1981). 6 Miedos y Fobias en la infancia y adolescencia. En: J. Buen día (Ed.), ***Psicopatología en Niños y Adolescentes Desarrollos Actuales.*** Madrid, España.: Ediciones Pirámide. Pág 152.

Pichot Pierre.(1995). ***Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.*** Barcelona, España: Masson.

Reynolds, PhD. C. (1997). ***Escala de Ansiedad en Niños (revisada) CMAS-R Manual.*** México, D.F: Manual Moderno. Pp. 1-10.

Rice Philip F,(2000). Tercera Parte Intelectual. En: Rice P.(Ed.), ***Adolescencia Desarrollo, relaciones y cultura.***Madrid, España.: Prentice Hall. Pp. 131-147 .

Sandín, B. (1996). 6 Miedos y Fobias en la infancia y adolescencia. En: J. Buen día (Ed.), ***Psicopatología en Niños y Adolescentes Desarrollos Actuales.*** Madrid, España.: Ediciones Pirámide. Pp. 147-161

Sanjuán, J. (2004). La neurosis de ansiedad desde la perspectiva evolucionista. En: C. Díez (Eds.), **La Neurosis De Angustia En El Siglo XXI**. Barcelona, España.: Ars Medica. Pp. 25-51.

Santrock, J. (2004). Capítulo 1 Introducción. En: Santrock, J. (Ed.), **Psicología del Desarrollo en la Adolescencia**. España. McGraw-Hill/Interamericana. . Pp. 3-17.

Taylor (1951). Capítulo 1. Introducción. En: Reynolds. (Eds), **Escala de Ansiedad en Niños (revisada) CMAS-R Manual**. México, D.F.: Manual Moderno. Pág. 5.

Vallejo, Ruiloba. J. y C. Gasto Ferrer. (2000), **Trastornos Afectivos Ansiedad y Depresión**. Masson, S.A. Segunda Edición.

Varios (1985), **Diccionario De Psicología**. Barcelona: Ediciones Orbis, Segunda Edición. Pág. 26.

Vidal, G. (1995). **Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. Pp. 48-52.

Wolpe y Roman (1988). Introducción a la Ansiedad. En: A. Cía.(Ed.), **La Ansiedad y sus trastornos ansiedad, pánico, fobias, obsesiones, estrés y trauma**. Buenos Aires: Polemos. Pág. 65.

Zimmermann (1998). **Sexualidad Programa Educativo. Infancia y Adolescencia**. Madrid. España: Cultural, S.A. Pp.43-87.

A

N

E

X

O

S

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

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



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

Nombre: _____ Fecha: _____

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

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

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Sí" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Sí" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?". Si es así, encierra en un círculo "Sí". Si no es así, marca "No".

*Prohibida su reproducción.

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

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

*Prohibida su reproducción.