

S. Xicoy  
E. Masdeu  
M<sup>a</sup> C. Jané  
E. Domènech-Llaberia

## Evaluación del trastorno de ansiedad en preescolares: revisión de cuestionarios, escalas e inventarios

Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil.  
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.  
Universitat Autònoma de Barcelona

### *The anxiety disorders in preschoolers, instruments evaluation: review of questionnaires, scales and inventory*

#### Correspondencia:

E. Domènech Llaberia, M<sup>a</sup> C. Jané.  
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social.  
Universitat Autònoma de Barcelona. Edifici B. 08193 Bellaterra.  
T. 93.581.31.69, Fax. 93.581.21.25  
e-mail: Mjane@seneca.uab.es

#### RESUMEN

Conseguir un diagnóstico fiable de los trastornos de ansiedad (ansiedades, miedos y fobias) en niños de edad preescolar y obtener una evaluación completa de los síntomas y comportamientos alterados es un objetivo fundamental en psicopatología infanto-juvenil. No obstante, la evaluación de este tipo de alteraciones depende de una investigación actualizada que revise aquellos instrumentos adecuados para clasificar y evaluar uno de los trastornos más frecuentes en niños de tres a seis años.

Algunos cuestionarios, escalas e inventarios que son de interés específico en el ámbito de la evaluación durante este periodo, tienen como común denominador distinguir entre las simples características evolutivas del preescolar y aquellas consideradas de riesgo para el propio trastorno. Ya que muchas de las alteraciones de ansiedad del preescolar son situacionales, es necesario utilizar múltiples fuentes de evaluación. La recogida de datos mediante diferentes fuentes da mayores garantías de fiabilidad al proceso diagnóstico y permite, al mismo tiempo, obtener una amplia visión de la naturaleza de las citadas alteraciones.

Esta investigación pretende comprobar que los instrumentos disponibles tienden a ser excesivamente

genéricos, de manera que, no siempre consiguen realizar un diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad.

#### PALABRAS CLAVE

Trastorno de ansiedad; evaluación psicopatológica; instrumentos de evaluación; preescolares.

#### SUMMARY

*To get a reliable diagnostic of the anxiety disorders (anxieties, fears and phobias) at preschool age and also to obtain a most reliable and complete evaluation of the altered symptoms and behaviors, is one of the key objectives in the infantil-youthful mental health.*

*Nevertheless, the evaluation of this kind of alterations is based on an recent investigation where all the suitable instruments are revised in order to classify and evaluate one of the most frequent disorders in kids aged from three to six.*

*Some of the questionnaires, scales and inventories are of specific interest for the evaluation process, and in this period, they have as a common denominator to distinguish between the simple evolutionary characteristics at*

**102** *preschooler stage and those ones that are considered to be a risk for the disturbance. Since most of the anxiety disorders at the preschool age are occasionally, it is necessary to use different kinds of evaluation. The picking up of the information by different resources, gives more reliability to the diagnostic process and at the same time allows to get a general view of the origin of the mentioned disorders.*

*The main objective of the present investigation is to verify that the available instruments are extremely generic, so they don't always allow us to get a differential diagnostic of anxiety disorders.*

#### **KEY WORDS**

*Anxiety disorder; psychopatologic evaluation; evaluation instruments; preschoolers.*

#### **INTRODUCCIÓN**

En general, los términos utilizados para describir la ansiedad infantil son miedo, ansiedad y fobia. No es fácil definir estos términos debido a sus evidentes similitudes en la etapa preescolar.

Entendemos por miedo el tipo de reacciones motrices, subjetivas y fisiológicas experimentadas frente a estímulos que implican amenaza o temor (Lyman y Hembree-Kigin, 1994). En cambio, la fobia se caracteriza por una reacción desproporcionada e irracional respecto a la situación que genera miedo, emitiendo respuestas de evitación ante éstas (Marks, 1969). La ansiedad se refiere a unas determinadas reacciones fisiológicas, a unos sentimientos subjetivos de angustia y a unos comportamientos de evitación que suceden sin un estímulo específico concreto (Francis y Ollendick, 1987).

A pesar de existir entre los tres términos una clara precisión a nivel conceptual, éstos se utilizan con frecuencia de forma demasiado libre, y a veces, como conceptos sinónimos.

Los acontecimientos que evocan miedo y la expresión comportamental de temor y ansiedad siguen una clara progresión con relación al desarrollo. El contenido de los miedos y la ansiedad infantil cambian progresivamente desde los miedos a estímulos concretos hacia las ansiedades abstractas e internalizadas.

Tomando como punto de referencia algunas revisiones y trabajos sobre los miedos en las primeras edades, podríamos establecerse dos etapas durante el período preescolar:

- *Primera fase del preescolar (2-4 años):* Se produce una reducción significativa de los miedos innatos, y en

cambio empiezan a ser importantes los miedos a los animales, en especial los perros y las serpientes, así como, el miedo a la oscuridad y a quedarse solo. La oscuridad de la noche facilita la imaginación de criaturas que provocan miedo o de gente que amenaza, como los ladrones.

En esta etapa, los miedos asociados a la separación pueden resurgir, sobretodo en aquellos niños que empiezan el preescolar sin haber tenido experiencias previas con éxito en la separación y reunificación con padres o cuidadores. La ansiedad por separación se manifiesta a menudo a través de quejas somáticas en el momento que se anticipa la separación (p.ej. ir hacia el colegio).

- *Segunda fase del preescolar (5-6 años):* Predominan las reacciones de miedo a seres imaginarios y sobrenaturales (fantasmas, monstruos, brujas, etc.); ello es posible porque el niño todavía no es capaz de diferenciar de forma clara entre lo que es real o imaginario.

Al ser mayor el desarrollo cognitivo del niño, la naturaleza de los miedos se modifica, ya que éste es capaz de anticipar situaciones de peligro como las amenazas de dolor físico o corporal, la muerte, los desastres naturales, el crimen, el rendimiento escolar y los peligros asociados a la socialización.

También se confirma que la primera infancia es una etapa bastante sensible a la adquisición de miedos y fobias. Algunos de los síntomas de la ansiedad/miedo desarrollados en estas edades pueden consistir en respuestas de tipo transitorio, pero es evidente que se trata de edades de alto riesgo y especialmente vulnerables a este tipo de trastornos (Sandín, 1996).

#### **CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS**

La falta de acuerdo entre los diferentes sistemas de clasificación de los trastornos de ansiedad en el período preescolar y la proximidad con otros cuadros clínicos dificultan mucho la labor.

El DSM-III y el DSM-III-R (APA, 1980-1987), reconocen tres tipos de trastorno de ansiedad con inicio en la infancia o adolescencia: "trastorno por ansiedad de separación (TAS)" [309.21], "trastorno de evitación (TE)" [313.21] y "trastorno por ansiedad excesiva (TAE)" [313.00]. La ansiedad está asociada a situaciones concretas en los dos primeros trastornos y ésta es específica y surge ante situaciones muy diversas en el último caso. No obstante, dicha clasificación propia del período infantil parece limitada si se intentan abarcar las múltiples formas que presenta la ansiedad en los niños. Quedan excluidas, por ejemplo, las fobias infantiles, entre las que desempeña un papel

importante en la clínica infantil, la fobia escolar. Concretando, la clasificación del DSM-III-R, resulta correcta, pero insuficiente y incompleta (Echeburúa, 1993).

En la actualidad, el DSM-IV (APA, 1994) sólo codifica el "trastorno por ansiedad de separación" [309.21] como un trastorno específico de la primera infancia, niñez y adolescencia. Los otros dos trastornos clasificados en el apartado sobre las alteraciones de ansiedad infantiles del DSM-III y del DSM-III-R, TE y TAE, en el DSM-IV han sido absorbidos respectivamente por la "fobia social" [300.23] y por el "trastorno de ansiedad generalizada (TAG)" [300.02]. Las razones que han generado el cambio del TAE por el TAG incluye que los criterios del TAE son imprecisos y poco específicos y se reconoce el solapamiento con otros trastornos, tales como la fobia social. Diferentes autores, coinciden en señalar que las fobias son entidades clínicas codificadas dentro de los trastornos de ansiedad, pero el DSM-IV no diferencia las fobias aparecidas durante la niñez y adolescencia de las que se manifiestan en la edad adulta (Beidel y Morris, 1995; Black, Leonard y Rapoport, 1997), al igual que en la ICD-10 (1992).

La ICD-10 (1992) y el DSM-IV describen síntomas casi idénticos para el "trastorno de ansiedad de separación de la infancia" [F93.0], a pesar de que los criterios son algo más estrictos en cuanto a la edad de inicio, ya que exigen que ésta sea menor de 6 años; y para el "trastorno de ansiedad generalizada" [F41.1] exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 ítems que contiene el DSM-IV), también señala que en los niños suele ser frecuente la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

También es necesario describir brevemente los siguientes trastornos de ansiedad: "trastorno obsesivo-compulsivo" [300.3] [F42], "trastorno por estrés postraumático" [309.81] [F43.1] y "trastorno agudo por estrés" [308.3] o "reacción a estrés agudo" [F43.0].

Para el "trastorno obsesivo-compulsivo" el DSM-IV ha establecido una clara distinción entre obsesiones y compulsiones, dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce mayor o menor ansiedad o malestar, y/o si previene o reduce dichos síntomas. La ICD-10 distingue obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones); además los criterios especifican una duración mínima de los síntomas de por los menos 2 semanas. Por lo tanto, según el DSM-IV, pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo, que serían consideradas obsesiones según la ICD-10.

En el "trastorno por estrés postraumático", que se caracteriza por la presencia de una gran ansiedad y malestar tras un acontecimiento traumático, se han modificado algunos de sus criterios diagnósticos respecto el DSM-III-R para mejorar la fiabilidad y precisión, además se han incluido las especificaciones agudo y crónico. El diagnóstico de la ICD-10 difiere del propuesto en el DSM-IV en algunos criterios los cuales no se consideran indispensables.

El "trastorno agudo por estrés" es una categoría nueva en el DSM-IV y se ha incluido para describir reacciones agudas a un estrés extremo, y también para facilitar la detección temprana de los casos, puesto que el "trastorno agudo por estrés" puede predecir el desarrollo posterior de un "trastorno por estrés postraumático". En la ICD-10 algunos criterios diagnósticos difieren de los del DSM-IV en diversos aspectos y no se exige la presencia de síntomas disociativos.

Aunque el "mutismo selectivo" [313.23] no ha sido clasificado como un trastorno de ansiedad en el DSM-IV, investigaciones recientes sugieren contundentemente que puede ser una manifestación primaria de la ansiedad social (Black, Leonard y Rapoport, 1997). Timidez, vergüenza y aislamiento social se mencionan, a menudo, como características propias del niño con "mutismo selectivo" (Black y Uhde, 1992; Kolvin y Fundudis, 1981; Tancer, 1992). La relación entre la ansiedad social y el "mutismo selectivo" se explica a menudo por su desarrollo precoz. Black y Uhde (1992) sugieren que la severidad de la ansiedad infantil es un factor determinante de la severidad del "mutismo selectivo".

Las conexiones entre la ansiedad y la depresión son múltiples, la ICD-10 (1992) (pero no el DSM-III-R, ni el DSM-IV) incluye el "trastorno mixto ansiedad-depresión" [F41.3] en su clasificación para los adultos. En cambio, en el ámbito infantil queda definido como "trastorno emocional" [F93] aquel que contempla alteraciones ansiosas y depresivas. Las similitudes entre el trastorno de ansiedad y el de depresión se producen básicamente en la ansiedad por separación y en la fobia escolar, pero en cualquier caso la proximidad entre la ansiedad y la depresión infantil es tan íntima que no siempre resulta fácil determinar el carácter primario o secundario entre una y otra (Toro, 1991).

## ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Los diferentes trastornos de ansiedad en la infancia tienen por común denominador un elevado nivel de

**104** ansiedad, ya sea debido a la separación del niño de las personas con las que está vinculado afectivamente, o bien por la evitación excesiva ante personas desconocidas o situaciones diferentes. La evaluación de la ansiedad puede realizarse de forma genérica o mediante evaluaciones específicas de los distintos tipos de trastornos que provocan la ansiedad. El objetivo de esta revisión es recopilar y analizar diferentes instrumentos de evaluación que sirvan para detectar precozmente los trastornos de ansiedad en la primera infancia, de forma que puedan incidir en su tratamiento lo antes posible.

No es una tarea fácil abordar este tema, porque al margen de las propias limitaciones que genera la evaluación de la ansiedad, hay que añadir el hecho que los instrumentos no acostumbran a aplicarse a niños muy pequeños, debido a que no han desarrollado todavía las habilidades de autoobservación y autoevaluación adecuadas para expresar experiencias, sentimientos y emociones, así como su intensidad. Por este motivo, es necesario remarcar la complejidad de la evaluación psicopatológica en la edad preescolar.

En la actualidad, se aconseja realizar una evaluación multimodal (Echeburúa, 1993; Goldstein y Hersen, 1990) o multicomponente (Silva, 1995) de la ansiedad infantil. Se requieren diferentes informantes (padres, compañeros, profesores, etc.), distintos instrumentos de evaluación (entrevistas, escalas, autoinformes, registros observacionales de la conducta manifestada, registros psicofisiológicos, observación directa, etc.) y escoger diversas variables para su evaluación (biológicas, cognitivas, interpersonales, etc.).

Idealmente, los instrumentos de evaluación infantil deberían suministrar una evaluación fiable y válida de la sintomatología observada en diferentes ámbitos, discriminar clusters de síntomas, evaluar rigurosamente, incorporar observaciones múltiples (tales como evaluaciones para padres y niños) y ser sensibles al tratamiento para inducir un cambio en los síntomas.

A continuación se expone una revisión de diferentes estrategias de evaluación directas e indirectas que pueden ser usadas para diagnosticar la ansiedad, los miedos y las fobias en el niño preescolar, con la finalidad de comprender sus características y su utilidad en esta investigación.

#### - Entrevista.

Lyman y Hembree-Kigin (1994) recomiendan que la evaluación de los miedos y de la ansiedad empieza con una detallada entrevista a los padres. La información recogida en la entrevista clínica debe incluir: el des-

arrollo y la historia del miedo; las ansiedades que lo acompañan; el ambiente familiar actual; los factores que agravan o empeoran la situación ansiosa; el tipo de respuesta de los familiares ante dichas situaciones; la historia familiar referente a los trastornos de ansiedad; el nivel y origen de la ansiedad paterna y cuales son las actividades del niño y de su familia que inciden en los miedos del preescolar.

Generalmente, la entrevista es un instrumento de medida más, la información obtenida en ésta puede impulsar o fomentar otras formas de evaluación, debido, en parte, a que algunas de las afirmaciones que manifiesta el niño o sus padres pueden formar la base para proseguir con otras técnicas detalladas posteriormente.

#### - Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas.

Estos instrumentos, basados en gran parte en los ya existentes para adultos, aseguran un formato estándar de evaluación y permiten recoger sistemáticamente la información relevante. A pesar de esto, las entrevistas clínicas son poco útiles en la evaluación de la ansiedad en la etapa preescolar.

#### - Cuestionarios para padres o maestros.

La falta de concordancia entre la información del niño y la de los adultos ha facilitado el desarrollo de cuestionarios y listas de observación sintomatológicas para adultos referentes a las conductas problemáticas de los niños. Son una de las técnicas más utilizadas para identificar trastornos generales en los preescolares, para reconocer trastornos específicos (Zentall, 1986) y para identificar problemas comórbidos (Lyman y Hembree-Kigin, 1994). Lamentablemente, hay pocos instrumentos específicos para padres o profesores de evaluación de la ansiedad preescolar, no obstante, existen diferentes inventarios, que contienen subescalas que evalúan la sintomatología de los trastornos emocionales o afectivos, incluyendo la ansiedad (Stalling y March, 1995).

A pesar de los problemas inherentes a la utilización e interpretación de los cuestionarios, ofrecen numerosas ventajas respecto a otros métodos, entre otros: recopilan datos mediante diferentes situaciones y circunstancias; no tienen un coste elevado; incorporan la opinión de personas significativas para el niño; permiten la recogida de datos de tipo conductual, aunque estos sucedan en pocas ocasiones y, finalmente, permiten hacer distinciones cuantitativas referentes a la calidad de los aspectos del comportamiento infantil que a menudo se obtienen mediante métodos de observación directa.

#### - Autoinformes.

Los autoinformes como instrumentos de evaluación de la ansiedad brindan la oportunidad al niño para que revele sus experiencias internas o encubiertas, pero no hay que olvidar que, a veces, los factores sociales pueden influir en su validez.

A menudo se han utilizado ampliamente en el ámbito clínico y en la investigación, ya que son fáciles de administrar, requieren un tiempo mínimo y son económicos. Además, los autoinformes abarcan una amplia clasificación de importantes dimensiones desde el punto de vista de los niños (Strauss, 1993).

Los autoinformes se pueden clasificar en dos grandes grupos según el momento de su aplicación: se denominan autoinformes situacionales si se utilizan inmediatamente o a posteriori de exponer al niño a una situación que evoca respuestas de ansiedad y miedo; en cambio, se dividen en autoinformes generales y específicos, cuando ocurren sin exponer al niño a situaciones concretas (Méndez y Macià, 1994).

#### - Observación directa.

Los padres no son siempre los observadores más indicados para explicar el nivel de ansiedad de su hijo, de modo que la observación directa en el ambiente y en el momento en que el niño muestra miedo o ansiedad proporciona una importante y valiosa información.

Dependiendo del tipo de observador se puede clasificar en: autoobservación, si el niño registra su propia conducta (raramente utilizada con preescolares); o en observación propiamente dicha, si los observadores son personas diferentes al niño.

La observación directa de la interacción padres-niños es especialmente importante en la evaluación de aspectos específicos de la ansiedad de separación, como también en la calidad general de la relación entre padres e hijos. Lyman y Hembree-Kigin (1994) recomiendan observaciones informales del grado de separación que el niño puede tolerar, así como métodos observacionales formales de la interacción padre-niño.

### REVISIÓN ACTUALIZADA DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los diferentes instrumentos de evaluación que a continuación se exponen representan diversas alternativas que se pueden adoptar para evaluar y diagnosticar la ansiedad, los miedos y las fobias en la edad preescolar.

Se han arbitrado dos criterios para seleccionar los instrumentos que forman parte de esta investigación: prime-

ro, que estos tengan una edad comprendida entre los tres y seis años, es decir, el período preescolar; y segundo, que estos sean útiles para detectar alteraciones del comportamiento y específicamente los trastornos de ansiedad.

Después de dos años de investigación se observa que en función de la información recogida de cada escala, éstas se pueden clasificar en función del tipo de información. Se dividen en: inespecíficas, cuando valoran los rasgos propios del trastorno de ansiedad y también evalúan aspectos del desarrollo y otras psicopatologías infantiles (tabla 1); y en específicas, si contemplan única y exclusivamente la sintomatología ansiosa (tabla 2).

Se ha realizado un estudio exhaustivo de todos los instrumentos que cumplen las condiciones citadas con anterioridad. El estudio de cada prueba contempla cinco subapartados: primero, una ficha técnica con los datos siguientes: nombre de la escala, autor y año de publicación; segundo, la edad de aplicación; tercero, las cualidades clínicas que incluyen la descripción o características de la prueba, número de ítems y su agrupación en factores o clusters; cuarto, los aspectos psicométricos (fiabilidad, validez y punto de corte); y por último, las limitaciones más significativas de cada instrumento.

La ansiedad infantil se puede evaluar con instrumentos muy diferentes, en la tabla 1 podemos observar las características principales de los instrumentos inespecíficos.

Los instrumentos inespecíficos recopilados para la evaluación de la ansiedad tienen como denominador común diferenciar entre las simples características evolutivas del preescolar y lo que es propio de los factores de riesgo o desencadenantes del trastorno.

Los trastornos de ansiedad en la infancia, y sobre todo en el período preescolar, resultan más complejos que en los diagnosticados en las personas adultas, su distinción a nivel psicopatológico es difícil, debido a que las fronteras nosológicas no están bien definidas y porque el grado de comorbilidad de los trastornos es muy alto.

Como puede observarse en la tabla 1, las escalas evalúan distintas conductas observables en diferentes trastornos solapados al trastorno de ansiedad. En general, estos instrumentos permiten detectar alteraciones relativas al desarrollo del niño, alteraciones emocionales (trastornos de ansiedad y de depresión) y algunas conductas del tipo externalizado.

En las páginas siguientes se van a analizar algunos cuestionarios, escalas e inventarios que son de interés específico (tabla 2) en el ámbito de la evaluación de los trastornos de la ansiedad en el período preescolar.

106 **Tabla 1 Instrumentos de evaluación inespecíficos de ansiedad**

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
BPI BEHAVIOR PROBLEM INDEX George, Kaplan y Main (1985)	4-11 a. 12-17 a.	Los padres responden a 28 ítems que hacen referencia al comportamiento de su hijo/a.	Fiabilidad $\alpha = 0,90$ (N=11.699) Punto de corte: 14 ó más	
BScQ BEHAVIORAL SCREENING QUESTIONNAIRE Richman y Graham (1971)	3-5 a.	Permite detectar a través de sus 60 ítems problemas de conducta, emocionales, así como una visión del desarrollo del niño.	Fiabilidad Test-retest: $r = 0,77, 0,94$ (vídeo) Validez $R = 0,69, 0,57, 0,58$ Punto de corte: 10.	Difícil y larga administración. Breve rango de edad.
BStQ BEHAVIORAL STYLE QUESTIONNAIRE McDevitt y Carey (1978)	3-7 a.	El cuestionario tiene 100 ítems que determinan las características temperamentales de los niños de 3 a 7 años.	Fiabilidad Test-retest: 0.89 (N=53) Consistencia interna: 0.84	
CBCL/ CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 2-3 Achenbach, Edelbrock y Howell (1987)	2-3 a.	Muy útil para obtener información previa durante la 1ª entrevista. Sus 100 ítems describen de forma estandarizada la conducta del niño.	Fiabilidad Test-retest: 0,79 (pobl. Holandesa) 0,47 (grado acuerdo padres) Validez $R = 0,99$ (pobl.española, N=169) Punto de corte: 11,1% (pobl.canadiense, N=756)	
CBCL/ CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 4-16 Achenbach (1979)	4-16 a.	Sus 113 ítems ayudan a diagnosticar y a elaborar programas de intervención a partir de la descripción que los padres realizan de la conducta del niño.	Fiabilidad $R = 0,66$ (total) Validez $R = 0,71, 0,92$ Punto de corte 46,32 (niñas) - 43,29 (niños) (población española, N=125)	Algunas formas severas de depresión infantil podrían pasar inadvertidas.
CDI THE CHILD DEVELOPMENT INVENTORY Ireton (1992)	15 m.- 5 a.	Evalúa el desarrollo psicomotor, la autonomía, el lenguaje y entre otros, la presencia de problemas de comportamiento.	Fiabilidad $\alpha = 0,70, 0,80$ y $0,90$ Validez $R = ,84$ (Minnesota, N=568) Punto de corte: 30%	No es adecuada para padres con un bajo nivel sociocultural. El punto de corte es específico del desarrollo.
CPRS-R REVISED CONNERS PARENT RATING SCALE Goyette, Connors y Ulrich (1978)	3-17 a.	Discrimina niños con trastorno de conducta, ansiedad y alteraciones psicósomáticas.	Fiabilidad Buena consistencia interna $r = 0,90-0,93$ (subesc. I - II) $r = 0,76$ (subesc. III - IV)	
CTRS ORIGINAL CONNERS TEACHER RATING SCALE Connors (1969)	4-12 a.	Instrumento de <i>screening</i> clínico para trastornos emocionales y comportamentales.	Fiabilidad Test-retest: $r = 0,70, 0,90$ (1 mes)	

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
KSCS KOHN SOCIAL COMPETENCE SCALE Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Padres y profesores responden a 90 ítems relacionados con la conducta y la sociabilidad del niño.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0.77-0.80 (N. York, N=407). Validez Correlación factores I y II: 0.33	
KSCL KOHN SYMPTOM CHECKLIST Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Con sus 58 ítems identifica alteraciones conductuales más severas que la KSCS.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0.77 - 0.80 (N. York, N=407). Validez Correlación factores I y II: 0.18	
LBCL LOUISVILLE BEHAVIOR CHECHLIST Miller (1984)	4-6 a. 7-12 a. 13-17 a.	Los 164 ítems analizan entre otros, los miedos y el comportamiento antisocial.	Fiabilidad Consistencia interna: 0.33 - 0.97 test-retest: 0.60-0.92 Validez Acuerdo entre padres: 0.06-0.57	
PBCL PRESCHOOL BEHAVIOUR CHECKLIST McGuire y Richman (1986)	2-5 a.	Detección de conductas problemáticas que el profesor puede observar en el aula.	Fiabilidad entre evaluadores: 83% (presencia-ausencia probl.) 38% (grado de severidad) Punto de corte: 12 ó más.	No detecta en general sintomatología aislada.
PBCP PRESCHOOL BEHAVIORAL CLASSIFICATION PROJECT Baker y Dreger (1973)	4-6 a.	Evalúa los problemas de comportamiento.	Fiabilidad consistencia interna: 0.70-0.92 Validez acuerdo padres-madres: r = 0.44	
PBQ PRESCHOOL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Behar y Stringfield (1974)	3-7 a.	Sus 36 ítems están indicados para diagnosticar problemas emocionales y de conducta.	Fiabilidad test -retest 0.60-0.94 (3 meses) 0.67-0.84 (entre profes.) Validez 0.734 (regresión múltiple)	
PIC PRESCHOOL INVENTORY FOR CHILDREN Wirt, Lachar, Klinedisnt y Seat (1977, 1984)	3-5 a. 6-16 a.	A través de la respuesta de 600 ítems identifica trastornos psicopatológicos infantiles.	Fiabilidad test-retest (15 días): 0.86 Validez acuerdo entre padres: 0.57-0.69	
PRESS THE PRESCHOOL SYMPTOM SELF-REPORT Martini (1989)	3-5 a.	Instrumento pictórico que permite detectar trastornos emocionales (depresión) en preescolares.	Fiabilidad $\alpha = 0.89$ Validez r = 0.83 - 0.84	
PSBQ PRESCHOOL SOCIAL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Tremblay, Vitaro, Gagnon, Piché y Royer (1992)		29 ítems divididos en 3 subescalas: agresividad, ansiedad y conducta prosocial	Fiabilidad y validez establecida con niños preescolares y de 1º y 2º de primaria.	

108	Ficha técnica	Edad	Cualidades clínicas	Psicometría	Limitaciones
PSP	PRESCHOOL SOCIOAFFECTIVE La Frenière, Dumas, Dubeau y Capuano (1992)	2-6 a.	80 ítems que valoran mediante tres subescalas: la competencia social y las alteraciones emocionales y comportamentales.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0.86, 0.85, 0.83, $\alpha = 0.92, 0.90, 0.85$ test-retest (2 semanas) $r = 0.86, 0.82, 0.78$ Validez correlación entre factores: $r = 0.02, -0.37, -0.38$	
PSC	PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST Jellinek, Murphy, Robinson, Feins y col. (1988)	4-16 a.	Con sus 35 ítems identifica problemática emocional y comportamental, así como alteraciones psicosociales.	Fiabilidad $\alpha = 0.78$ (N=101) Validez 90% (muestra de preescolares) 88% (muestra de escolares) 0.66 (entre preescolares y escolares) Punto de corte 28 (edad escolar) 24 (niños de 4 y 5 años)	
RBPC	REVISED BEHAVIOR PROBLEM CHECKLIST Quay y Peterson (1983)	5-17 a.	Útil para identificar las alteraciones de conducta en niños y adolescentes.	Fiabilidad $\alpha = 0.70-0.95$ Validez correlación significativa entre la BPC y la RBPC Punto de corte: T = 60.	El acuerdo entre evaluadores independientes da resultados discordantes. No discrimina niños deprimidos.
RPQ	RUTTER PARENT QUESTIONNAIRE Rutter (1967)	5-17 a.	Evalúa las dificultades emocionales y comportamentales en la edad escolar.	Fiabilidad $\alpha = 0.82$ Validez entre padres-profesores: 0.34 Punto de corte 13 (pobl. no clínica) 17 (niños con dificultades de aprendizaje)	
SCBE	SCHOOL BEHAVIOR CHECKLIST Miller (1972)	3-6 a. 7-13 a.	Los factores que evalúa son: agresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje y sociabilidad.	Fiabilidad test-retest (6 semanas): 0.70-0.89 entre padres-profesores: 0.11-0.50	
SCBE-30	SOCIAL COMPETENCE AND BEHAVIOR EVALUATION SCALE La Frenière y Dumas (1992)	2,5-6,5 a.	Instrumento que permite analizar problemas emocionales y de competencia social en niños preescolares.	Fiabilidad entre evaluadores: 0.78 - 0.91 $\alpha = 0.80-0.92$ test-retest (2 semanas): 0.78-0.86 Validez correlación de Pearson para la subescala de ansiedad de 0.67 y de 0.87 para la subescala de agresividad.	

**Tabla 2 Instrumentos de evaluación específicos de ansiedad**

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
AS ANXIETY SCALE Klinedinst (1971)	4-12 a.	Con sus 30 ítems se evalúa la estabilidad y cronicidad de la ansiedad.		
CFSS CHILDREN'S FEAR SURVEY SCHEDULE Ryall y Dietiker (1979)	4-12 a.	48 ítems que identifican miedos específicos y su intensidad.	Fiabilidad test-retest: 0.82 (N=32)	
FSSC- FEAR SURVEY SCHEDULE R FOR CHILDREN-REVISED Ollendick (1983)	5-18 a.	Valora el tipo de miedo que experimentan los niños ansiosos a través de sus 80 ítems.	Fiabilidad consistencia interna: $\alpha = 0.94$ test-retest (1 semana): 0.82 Validez correlación con ansiedad- rasgo: 0.56 para las niñas 0.44 para los niños 0.51 puntuación total	Serían necesarios estudios longitudinales que valorasen la naturaleza de los miedos infantiles de forma detallada.
MI INVENTARIO DE MIEDOS Pelechano (1981)	2-9 a.	Proporciona un listado definido de miedos, mediante la respuesta a 103 ítems.	Fiabilidad coeficiente de correlación <i>Pearson</i> $r = 0.32$ cat. cosas $r = 0.23$ cat. situaciones	
IME INVENTARIO DE MIEDOS ESCOLARES Méndez (1988)	3.5-14 a.	Instrumento de evaluación compuesto por 50 ítems, exclusivo y específico de la fobia escolar.	Fiabilidad consistencia interna: $\alpha = 0.949$ (N=5.354 niños) Validez coeficiente de correlación <i>Pearson</i> 0.287 para prof.-tutores 0.441 para padres 0.461 para ambos	
LFSC- LOUISVILLE FEAR SURVEY PR FOR CHILDREN (PARENT RATING) Miller, Barret, Hampe y Noble (1972)	4-18 a.	Sus 60 ítems indican el nivel de miedos del niño.	Fiabilidad <i>Split-half</i> : 0.96	Es equivoco pensar que el análisis factorial de la LFSC identifica separadamente síndromes de ansiedad.
OCHS ONTARIO CHILD HEALTH STUDYCHECKLIST Bowen, Offord y Boyle (1990)	4-16 a.	Evalúa los trastornos de ansiedad excesiva y ansiedad por separación, siguiendo los criterios del DSM-III-R.	Validez correlación media entre ítems: $\alpha = 0.68$	
POSA PRESCHOOL OBSERVATION SCALE OF ANXIETY Glenon y Weisz (1978)	2-5 a.	A partir de los 30 ítems se obtiene un índice de comportamientos ansiosos.	Fiabilidad correlación: 0.78 correlación entre clases: 0.77 Validez $p < 0.01$	La intensidad de la ansiedad es difícil de valorar.
SAT SEPARATION ANXIETY TEXT Hansburg (1972)	4-7 a.	Mide la ansiedad de separación en ausencia de los padres.	Fiabilidad entre evaluadores: 0.84-0.94 Validez $\alpha = 0.67$	

110 - *Children's Fear Survey Schedule* (CFSS - Ryall y Dietiker, 1979): Es un instrumento que permite identificar miedos específicos. Contiene 48 ítems relativos a los miedos y dos ítems en blanco para exponer estímulos atípicos no contemplados en los anteriores. Se administra oral e individualmente a niños de 4 a 12 años y permite medir la intensidad de los estímulos que producen miedo con una escala de tres valores. La escala está indicada tanto para uso clínico como instrumento de investigación.

- *Fear Survey Schedule for Children - Revised* (FSSC-R - Ollendick, 1983): 80 ítems que valoran el nivel de los miedos de niños de 5 a 18 años. El instrumento está dividido en cinco subescalas que engloban el miedo al fracaso y a la crítica, a los desconocidos, a las heridas y a los animales pequeños, al peligro o a la muerte y por último a las situaciones médicas. Para poder adecuar esta prueba a los más pequeños, Ollendick (1983), modificó el formato de respuestas de manera que los niños puedan responder los ítems más fácilmente. Este instrumento puede ser contestado tanto por los padres como por los propios niños. Desde un punto de vista psicométrico, se observa una buena consistencia interna, una alta estabilidad y fiabilidad, de manera que se le puede considerar un instrumento válido para la utilidad clínica y para la investigación.

- *Inventario de Miedos* (IM - Pelechano, 1981): Se trata de un instrumento pensado para ser cumplimentado por los padres de niños de 2 a 9 años y proporciona un listado definido de los miedos del niño. Consta de 103 ítems, divididos en siete factores: miedo a los animales, a los fenómenos meteorológicos (tormentas, truenos, relámpagos), al dolor físico y a las enfermedades, a la muerte, a situaciones hostiles y/o agresivas, a los lugares cerrados y a la violencia física real o imaginada. Los padres tienen que dar una respuesta a cada uno de los ítems acerca de la presencia e intensidad del miedo experimentado por el niño. Una limitación sería no haberse aplicado a pacientes fóbicos-infantiles con la finalidad de identificar niños miedosos (Echeburúa, 1993).

- *Inventario de Miedos Escolares* (IME - Méndez, 1988): Es un instrumento específico para el estudio de la fobia escolar. Contiene un listado de 50 ítems referidos a miedos escolares, para cada uno de los cuales el niño debe estimar la intensidad del miedo utilizando una escala de cinco puntos. El índice de consistencia interna es alto y similar a los hallados en inventarios generales de miedos, mientras que la validez es moderada (Méndez, Beléndez y López, 1996).

- *Louisville Fear Survey for Children* (LFSC - Parent Rating; Miller, Barret, Hampe y Noble, 1972): Este instrumento permite obtener un listado e indicar el nivel de miedos que afectan al niño. Sus 60 ítems están divididos en tres subescalas: la primera, incluye los ítems que corresponden a la separación; la segunda, refleja los miedos a los acontecimientos naturales y la tercera, concierne a la ansiedad respecto a los otros y al ridículo social. Un inconveniente sería pensar que la LFSC puede identificar separadamente distintos trastornos de ansiedad y también hay que tener en cuenta que con frecuencia los miedos explicados por los niños son más numerosos que aquellos que comentan los padres respecto a sus hijos (Miller, Barrett, Hampe y Noble, 1972).

- *Preschool Observation Scale of Anxiety* (POSA - Glenon y Weisz, 1978): Escala formada por 30 índices específicos del comportamiento observable para la ansiedad. Cada índice corresponde a una categoría observacional e incluye, entre otros: morderse las uñas, evitar el contacto ocular, el mutismo y posturas rígidas. Se aplica a niños preescolares de 2 a 5 años y la pueden administrar clínicos, padres y maestros, siempre y cuando hayan recibido un entrenamiento previo. Observando su validez se constata que las puntuaciones significativas correlacionan con puntuaciones de inventarios de ansiedad infantil para padres y maestros. En general, esta prueba permite evaluar situaciones que producen ansiedad en niños demasiado pequeños para poder explicar con claridad su estado ansioso. Se trata pues, de un instrumento prometedor para el *screening* de la ansiedad preescolar.

## CONCLUSIONES

Ya que muchos de los trastornos de ansiedad del niño son situacionales, hace falta utilizar múltiples fuentes de evaluación. La recogida de datos mediante diferentes fuentes da mayores garantías de fiabilidad al proceso diagnóstico y permite obtener una visión más amplia de la naturaleza de los trastornos de ansiedad del preescolar.

Finalmente y por los motivos citados en este estudio hay que hacer hincapié en la falta de protocolos de evaluación cortos y específicos, con buenas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén validados con muestras clínicas y no clínicas españolas y que sean sensibles a la detección precoz de los trastornos de ansiedad, así como también al diagnóstico diferencial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach Th M, The Child Behavior Checklist (CBCL / 4-16). In: Achenbach,Th.M. & Edelbrock,C.S. The Child Behavior Profile: II, Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979; 47: 223-233.
2. Achenbach Th M, Manual for the Youth Self-Report and Profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont, 1987
3. Achenbach Th M, Manual for the Child Behavior Checklist / 2-3 and 1992 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1992
4. Achenbach Th M & EDELBROCK CS, Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont. 1983
5. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed. Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987
7. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994
8. Baker RP, Dreger RP. The Preschool Behavioral Classification Project: An initial report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1973; 1: 88-120.
9. Behar LB, Stringfield S, A Behavior Rating Scale for the Preschool Child. *Developmental Psychology*, 1974;10 (5): 601-610.
10. Behar LB. The Preschool Behavior Questionnaire. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1977;5 (3): 265-275.
11. Beidel DC, Morris TL. Social Phobia. In: J.S.March, (Ed). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press, 1995;pp. 181-211.
12. Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992;31: 1090-1094.
13. Black B, Leonard HL, Rapoport JL. Specific Phobia, Panic Disorder, Social Phobia, and Selective Mutism. In: Wiener,J.M. (Ed.) *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. USA: American Psychiatric Press, 2<sup>nd</sup> Ed, 1997
14. Bowen RC, Offord DR, Boyle MH. The Prevalence of Overanxious Disorder and Separation Anxiety Disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*. 1990;29 (5): 753-758.
15. Conners CK. A teacher Rating Scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*. 1969;126: 884-888.
16. Echeburúa E. *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., Colección: Ojos solares. 1993
17. Francis G, Ollendick TH. Anxiety Disorders. In: Bellack,A. & Hersen,M. (Eds.) *Handbook of Assessment in Childhood Psychopathology*. N.Y. & London: Plenum Press. 1987
18. George C, Kaplan N, Main M. *Adult Attachment Interview*. University of California, Berkeley, 1985
19. Glennon B, Weisz JR. An Observational Approach to the Assessment of Anxiety in Young Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978;46 (6): 1246-1257.
20. Goldstein G, Hersen M (Eds.). *Handbook of psychological assessment*. USA: Pergamon Press, Inc. 1990
21. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1978;6 (2): 221-236.
22. Hansburg HG. *Adolescent Separation Anxiety*. Springfield, IL: Charles Thomas, 1972
23. Ireton H. *The Minnesota Child Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems. 1972
24. Ireton H. *Preschool Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems. 1988
25. Ireton H. *Child Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems. 1992
26. Ireton H, Glascoe FP. Assessing Children's Development Using Parent's Reports - The Child Development Inventory. *Clinical Pediatrics*. 1995 ;May: 248-255.
27. Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, Feins A et al. The Pediatric Symptom Checklist: Screening school age children for psychosocial disfunction. *Journal of Pediatrics*. 1988;112: 201-209.
28. Klinedinst JK. Relationship between Minnesota Multiphasic Personality Inventory and Personality Inventory for Children data from mothers of disturbed children. *Dissertation Abstracts International*, 1971; 32: 4860B (University Microfilms No. 72-05545, 116).
29. Kolvin I, Fundudis T. Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1981;22: 219-232.
30. Kohn M, Rosman BL. A Social Competence Scale and Symptom Checklist for the preschool child: Factor dimensions, their cross-instrument generality, and longitudinal persistence. *Developmental Psychology*. 1972;6: 430-444 .
31. Kohn M, Rosman BL. Relationship of preschool social-emotional functioning to later intellectual achievement. *Developmental Psychology*, 1972;6: 445-452.
32. La Franière PJ, Dumas JE. A transactional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. *Development and Psychopathology*. 1992;4: 385-401.
33. La Franière PJ, Dumas JE, Dubeau D, Capuano F. The development and validation of the preschool socia-affective profile. *Psychological Assessment* 1992;4 (4): 442-450.

S. Xicoy  
E. Masdeu  
M<sup>a</sup> C. Jané  
E. Domènech Llaberia

Evaluación del trastorno de ansiedad en preescolares: revisión de cuestionarios, escalas e inventarios

112

34. Lyman R, Rembree-Kigin T. *Mental Health Interventions with Preschool Children*. New York & London, 1994
35. Marks IM. *Fears and phobias*. Nueva York: Academic Press, 1969
36. Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. A Symptom Self-Report Measure for Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;29 (4): 594-600.
37. McDevitt SC, Carey WB. The measurement of temperament in 3-7 year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1978;19: 245-253.
38. McGUIRE J, Richman N. Screening for Behaviour problems in nurseries: The Reliability and Validity of the Preschool Behaviour Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1986;27 (1): 7-32.
39. Méndez FX. *Inventario de Miedos Escolares (IME)*. Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de Análisis y Metodología del Comportamiento. 1988
40. Méndez FX, I Macià D. Evaluación de los problemas de ansiedad. En: Fernández Ballesteros, R. (Ed.) *Evaluación conductual hoy. Un enfoque por el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide. 1994
41. Méndez FX, Beléndez M, López JA. Consistencia interna y validez del Inventario de Miedos Escolares (IME). *Ansiedad y Estrés*. 1996;2 (1): 9-15.
42. Miller LC. School Behavior Check-list: An Inventory of deviant behavior for elementary school children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972;38: 134-144.
43. Miller LC. *Louisville Behavior Checklist Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1984
44. Miller LC, Barrett CL, Hampe E, Noble H. Factor Structure of Childhood Fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1972;39 (2): 264-268.
45. Ollendick TH. Anxiety-based disorders. In: M.Hersen (Eds.). *Outpatient behavior therapy: A clinical guide*. New York: Grune and Stratton, 1983a
46. Ollendick TH. Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*. 1983b;21 (6): 685-692.
47. Pelechano V. *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús, 1981
48. Quay HC, Peterson D. *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables Fla.: Author. 1983
49. Richman N, Graham PJ. A Behavioural Screening Questionnaire for use with three-year-old children. Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1971;12: 5-33.
50. Rutter M. A children's behavior questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1967;8: 1-11.
51. Ryall MR, Dietiker KE. Reliability and Clinical Validity of the Children's Fear Survey Schedule. *Journal of Behavioral Therapy and Exp. Psychiatry*. 1979;10: 303-309.
52. Silva F (Ed.). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Síntesis Psicológica, S.A. 1995
53. Stallings P, March JS. Assessment. In: J.S. March (Ed). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guildord Press. 1995
54. Tancer NK. Elective mutism: a review of the literature. In: B.B. Lahey & A.E. Kazdin. *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 14. New York: Plenum Press. 1992
55. Toro J. Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia. Confusiones y superposiciones. En: J.Vallejo y C.Gastó (Eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat. 1991
56. Tremblay RE, Vitaro F, Gagnon C, Piché C, Royer N. A prosocial scale for the Preschool Behavior Questionnaire: Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development* 1992;15: 227-245.
57. Wirt RD, Lachar D, Klinedinst JJ, Seat Ph D. *Multidimensional description of Child Personality. A manual for the Personality Inventory for Children*. Western Psychological Services, 1977. 1984
58. World Health Organization. *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization. 1992
59. Zentall SS. Assessment of Emotionally Disturbed Preschoolers. *Diagnostique*. 1986;11 (3-4): 154-179.