

I. Irigoyen Recalde¹
A. Bonals Pi²
J. C. Giménez Morales²
M. P. Lusilla Palacios²
M. P. Miravete Fuertes²

1 Residente de Psiquiatría
2 Psiquiatra
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

Correspondencia

A. Bonals Pi.
Hospital Clínico Universitario.
Avda. Gómez Laguna s/n. Zaragoza

**Resultados de la aplicación del
STAIC en población clínica
ambulatoria**

*Results of STAIC in psychiatric
outpatients*

RESUMEN

El cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC), fue diseñado por Spielberger en 1973 como un instrumento destinado a medir estados transitorios de ansiedad y tendencias relativamente estables de propensión a la ansiedad. En este trabajo se analizan los resultados obtenidos tras la aplicación del inventario STAIC en una muestra formada por 130 pacientes, admitidos consecutivamente en consulta psiquiátrica ambulatoria, con edades comprendidas entre los 9 y los 15 años. Se estudian las relaciones entre las medidas de ansiedad (elementos y factores generales) y los diagnósticos psiquiátricos realizados.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad infantil; Escalas de ansiedad; Población Psiquiátrica ambulatoria.

ABSTRACT

The Spielberger's "State-Trait Anxiety Inventory for Children" (STAIC) was designed in 1973 to examine anxiety transitory states and relatively permanent tendencies of anxiety inclination. STAIC was applied in a 130 outpatients sample (age 9 to 15). The obtained data and the relationship between anxiety measures (items and general factors) and psychiatric diagnosis, are analysed in this paper.

KEY WORDS

Childhood anxiety; Anxiety inventories; Psychiatric outpatients.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los trastornos de ansiedad en niños han sido motivo de interés y de investigación por parte de la comunidad científica. Este hecho parece motivado, en alguna medida, por la inclusión en el apartado referido a los *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*, de la *DSM-III-R*, de tres trastornos de ansiedad: el *Trastorno por angustia de separación*, el *Trastorno por evitación*, y el *Trastorno por ansiedad excesiva*. Además, esta clasificación hace referencia a otros cinco trastornos de ansiedad, que pueden ser diagnosticados igualmente en adultos y en niños; estos cuadros son: *Trastorno fóbico*, *Trastorno por angustia ("panic disorder")*, *Trastorno por ansiedad generalizada*, *Trastorno obsesivo compulsivo* y *Trastorno por estrés posttraumático*. De la misma manera, la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (*CIE 10*) incluye dentro de los *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*, dos cuadros clínicos característicos por tener como núcleo central la ansiedad: *Trastorno de ansiedad de separación de la infancia* y *Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia*. Esta clasificación hace referencia explícita a que varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de cualquier edad, y por lo tanto pueden utilizarse para niños y adolescentes.

Last y cols.⁽¹⁾, a través de los resultados obtenidos en sus intervenciones, han confirmado la validez de muchas de las entidades nosológicas incluidas como trastornos de ansiedad específicos de la infancia. Estos autores sugieren que existe un importante componente familiar relacionado con la patogénesis de estos trastornos, aunque no se ha podido establecer si se debe a causas de tipo ambiental o de tipo genético.

Los *Trastornos de Ansiedad* constituyen una patología muy común, que según algunos autores afecta al 4-8% de la población general⁽²⁾. Estos cuadros no se restringen a la edad adulta, Kashani y Orvaschel⁽³⁾ los describieron como los trastornos psiquiátricos más frecuentemente presentes en los adolescentes, ya que en su muestra de adolescentes entre 14 y 16 años, el 17% cumplía criterios *DSM-III-R* para alguno de los trastornos de ansiedad. Por otra parte, mientras que algunos estudios⁽³⁻⁵⁾, señalan cifras más elevadas de ansiedad en adolescentes mujeres que en varones, la mayoría de los autores indican que este hecho podría deberse a la idiosincrasia de la cultura

occidental donde existe una mayor dificultad para que los varones expresen sus sentimientos⁽⁶⁾.

Se han diseñado diferentes instrumentos para recoger y medir la ansiedad infantil. Entre los más ampliamente usados⁽⁷⁾ se encuentran el *Fear Survey Schedule for Children Revised (FSSC-R)* de Ollendick (1983), el *Revised-Children's Manifest Anxiety Inventory for Children (STAIC)* de Spielberger y colaboradores (1973) y la versión modificada de éste (*STAIC-M*) por Fox y Houston en 1983. Todas estas escalas se ha demostrado que poseen una consistencia interna de moderada a elevada, una fiabilidad test-retest moderada, y una validez de constructo, o grado en que la prueba mide un conjunto de conductas definidas por el investigador, variable. Otras medidas de ansiedad infantil son la *Children's Manifest Anxiety Scale for Children (CMAS)* de Castaneda y colaboradores (1956) y la *General Anxiety Scale for Children (GASC)* de Saranson y cols. (1960).

El cuestionario de autoevaluación *STAIC* es, de entre los señalados, hasta la fecha, el único que ha sido traducido al castellano y tipificado en población española⁽⁸⁾. Tiene como precedente el test *STAI*, elaborado por el mismo autor para el estudio de la ansiedad en la edad adulta.

El objetivo de este trabajo es doble. En primer lugar realizar un análisis cuantitativo y descriptivo de la ansiedad, en población infantil que acude a consulta psiquiátrica. En segundo término, estudiar las relaciones entre las medidas de ansiedad obtenidas y los diagnósticos psiquiátricos realizados. La elección del *STAIC* viene fundamentada por un hecho coyuntural, el ser la única escala de ansiedad existente en lengua castellana para el grupo etáreo investigado, y por cuestiones metodológicas, al haber sido considerado el instrumento más preciso para valorar la ansiedad en niños⁽⁹⁾, y ser de fácil aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra se constituyó con 130 pacientes, de edades comprendidas entre los 9 y los 15 años, remitidos por diferentes motivos, y que fueron admitidos de manera consecutiva en una consulta de psiquiatría infantil.

Se les administró el cuestionario *STAIC*, en aplicación individual, en los días inmediatamente posteriores a la primera consulta.

250

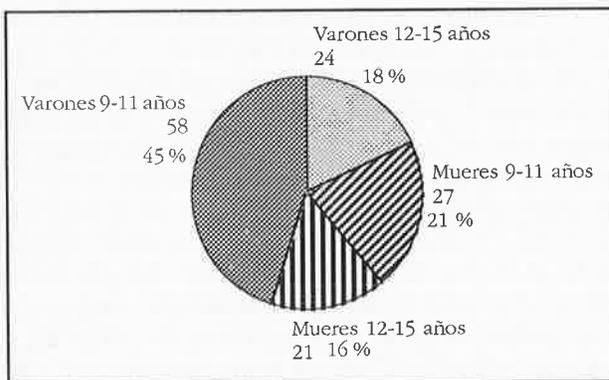


Figura 1. Distribución según edad y sexo

Se excluyeron del estudio aquellos niños en los que posteriormente (mediante la aplicación de pruebas de evaluación de inteligencia) se objetivó un retraso mental moderado o mayor que éste, que invalidara la comprensión de la prueba, o bien aquéllos en los que se observó una contestación al azar del inventario.

El STAIC es un instrumento de administración individual o en grupo, formado por dos escalas independientes autoaplicadas. Este cuestionario mide, en niños de 9 a 15 años, dos aspectos diferentes de la ansiedad: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Cada una de estas dos escalas tipo *likert*, consta de 20 elementos que deben ser contestados con tres alternativas de respuesta. La escala ansiedad-estado (EA-E) intenta apreciar estados transitorios de ansiedad y por ello debe responderla el niño en función de "como se siente en un momento determinado". Sin embargo, la escala ansiedad-rasgo (EA-R) evalúa tendencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, y por ello, debe contestarse teniendo en cuenta "como se siente en general".

En la corrección del STAIC cada ítem se puntúa de 1 a 3, reflejando respectivamente menor a mayor severidad del síntoma. La puntuación total de cada escala es la suma de las obtenidas en cada ítem, y por lo tanto oscila entre 0 y 60. De los 20 elementos de la escala ansiedad-estado, la mitad expresan de forma "positiva" la ansiedad y la otra mitad de forma "negativa"; en la corrección estos últimos se invierten, de manera que el resultado final de la escala apunta siempre hacia el nivel de ansiedad existente. Todos los ítems de escala ansiedad-rasgo apuntan hacia el constructo de ansiedad.

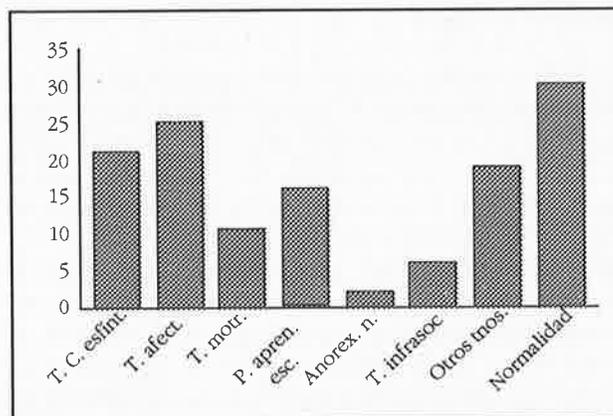


Figura 2. Distribución por grupos diagnósticos

El diagnóstico psiquiátrico se realizó usando los criterios CIE 9; dada la dispersión de diagnósticos se procedió a su agrupamiento, con el fin de facilitar la elaboración de los resultados y aumentar su comprensibilidad. Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico STATVIEW.

RESULTADOS

De los 130 pacientes que constituyeron la muestra total, 82 (63,0%) pertenecían al sexo masculino, con una edad media de 11,0 años ($DS \pm 1,6$), y 48 (36,9%) al femenino, con edad media de 11,8 años ($DS \pm 2,1$). El grupo etáreo de 9 a 11 años estaba compuesto por 85 niños (65,3%), y el de 12 a 15 años por 45 niños (34,6%). La distribución por sexos en cada grupo etáreo puede verse en la figura 1.

El grupo diagnóstico más frecuente fue Normalidad (23,0%) seguido de Trastornos afectivos (19,2%) y Trastornos del control de esfínteres (16,1%). Los Trastornos de la conducta alimentaria fueron los que alcanzaron el menor porcentaje (1,5%) respecto del total. La distribución por grupos diagnósticos se presenta en la figura 2.

La puntuación media obtenida en la EA-E fue 30,2 ($DE \pm 8,0$), con una varianza de 65,4; la puntuación mínima encontrada fue 5 y la máxima 50 (rango 45). En la EA-R la media de puntuaciones fue 36,7 ($DE \pm 7,7$), con una varianza de 60,4; la mínima puntuación hallada fue 22 y dos niños puntuaron la máxima posible, es decir 60. La figura 3 muestra la distribución de puntuaciones.

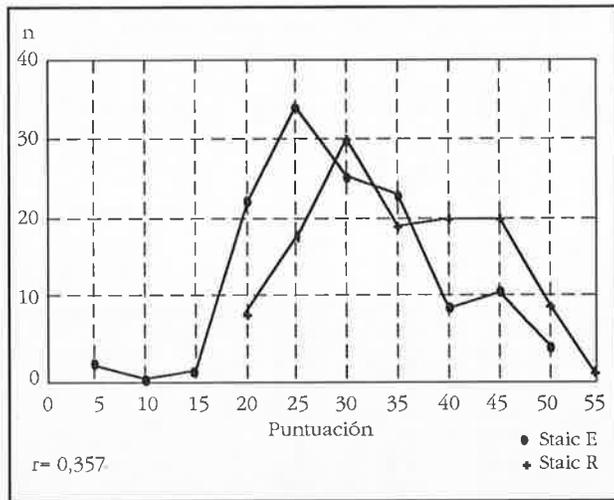


Figura 3. Distribución por puntuaciones.

El coeficientes de correlación entre las dos escalas (EA-E y EA-R) fue muy bajo ($r=0,357$).

Con el objeto de establecer si la pertenencia a un determinado sexo o grupo etáreo influía en la puntuación dada en el STAIC se llevaron a cabo dos análisis de la varianza. El primero de ellos estudiaba las puntuaciones en las EA-E y EA-R, en función del sexo. En la EA-E la puntuación media en varones fue 30,0 ($DE\pm 8,1$) y en mujeres 30,5 ($DE\pm 8,0$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,7$). En la EA-R tampoco se encontró que el sexo determinase diferencias estadísticamente significativas ($p=0,1$), al ser la puntuación media en varones de 35,6 ($DE\pm 7,1$) y en mujeres de 37,6 ($DE\pm 8,6$). El segundo análisis de la varianza estudiaba las puntuaciones en las EA-E y EA-R según el grupo etáreo. En el grupo de 9 a 11 años, la puntuación media en la EA-E fue 29,4 ($DE\pm 7,5$) y en el grupo de 12 a 15 años de 31,6 ($DE\pm 8,9$). La puntuación media en la EA-R fue 35,6 ($DE\pm 7,8$) para el grupo de 9 a 11 años, y de 37,7 ($DE\pm 7,6$) para el grupo de 12 a 15 años. No se observó que la pertenencia a un grupo etáreo u otro condicionara diferencias estadísticamente significativas.

Al estudiar, mediante análisis de la varianza, las puntuaciones medias alcanzadas en el STAIC por cada uno de los grupos diagnósticos se encontró que en algunos casos había significación estadística. La tabla 1 muestra los resultados obtenidos por cada grupo en las dos escalas del STAIC.

Tabla 1 Puntuación del STAIC por grupos diagnósticos

Grupo	n	Media STAIC-E	Media STAIC-R
T. c. esfínteres	21	30,6	35,4
T. afectivos	25	32,2	40,2
T. motricidad	11	31,1	31,7
P. aprendiz. escol.	16	31,0	35,2
Anorexia nerviosa	2	35	39
T. no soc. y abu. tóx.	6	34,6	39,8
Otros t. psíquicos	19	25,5	33,4
Normalidad	30	29,0	37,1

Los grupos diagnósticos formados por Trastornos del control de esfínteres, Trastornos afectivos, Problemas del aprendizaje escolar y Trastornos no socializados y de abuso de tóxicos puntuaron en la EA-E de forma significativa ($p<0,05$), más alto que el grupo compuesto por Otros trastornos psíquicos. No se encontraron, sin embargo, otras diferencias que tuvieran significación estadística, al correlacionar todos los grupos diagnósticos entre sí en la EA-E.

En la EA-R se encontró que los pacientes afectos de Trastornos afectivos fueron los que tuvieron unas puntuaciones más elevadas, alcanzando significación estadística ($p<0,05$) respecto de los diagnosticados de Trastornos del control de esfínteres, Trastornos de la motricidad, Trastornos del aprendizaje escolar y Otros trastornos psíquicos. Por el contrario, los pacientes que presentaban Trastornos de la motricidad fueron los que obtuvieron una puntuación menor en la EA-R, lo que también fue significativo respecto de Trastornos afectivos, Trastornos no socializados y de abuso de tóxicos y Normalidad.

Los porcentajes de contestaciones dadas para cada alternativa de respuesta en la EA-E y EA-R, respectivamente, se muestran en las tablas 2 y 3.

DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de niños, entre 9 y 15 años de edad, que acuden a consulta ambulatoria fueron del sexo masculino. Este hecho nos induce a pensar que la tolerancia ante la presencia de trastornos psíquicos, por parte de los adultos que rodean al niño, es menor en el caso de los varones, o bien, que en el caso del sexo femenino esta misma patología tiene una menor reper-

252

Tabla 2 Porcentajes de respuestas STAIC-E

Nº ítem	1 (nada)	2 (algo)	3 (mucho)	Contenido
1	12,3	53,8	33,8	*
2	61,5	26,9	11,5	
3	51,5	35,5	13,0	
4	25,3	37,6	36,9	*
5	80	14,6	5,3	"Tengo miedo"
6	18,4	40,7	40,7	*
7	67,6	20	12,3	
8	23,8	34,6	41,5	*
9	8,4	35,3	49,2	*
10	15,3	35,3	49,2	*
11	14,6	20,7	64,6	*
12	75,3	17,6	6,9	"Me siento molesto"
13	22,3	36,9	40,7	*
14	80,7	13,0	6,1	"Me encuentro atemorizado"
15	66,1	24,6	9,2	
16	20	36,1	43,8	*
17	77,6	16,1	6,1	"Me siento angustiado"
18	10,7	40	49,2	*
19	72,3	19,2	8,4	"Me encuentro contrariado"
20	76,1	14,6	9,2	"Me siento triste"

* Ítem "negativo"1.

Tabla 3 Porcentajes de respuestas STAIC-R

Nº ítem	1 (casi nunca)	2 (a veces)	3 (a menudo)	Contenido
1	18,4	52,3	29,3	
2	49,2	35,3	15,3	
3	68,4	20	11,5	"Me siento desgraciado"
4	26,1	47,6	26,1	
5	41,5	37,6	20,7	
6	33,0	41,5	25,3	
7	60	30,7	9,2	"Me encuentro molesto"
8	40	26,9	33,0	
9	19,2	45,3	35,3	
10	30	40,7	29,2	
11	46,9	29,2	23,8	
12	51,5	29,2	19,2	
13	22,3	41,5	36,1	
14	42,3	30	27,6	
15	55,3	28,4	16,1	"Tengo sensaciones extrañas en el estómago"
16	33,8	32,3	33,8	
17	37,6	40	22,3	
18	31,5	41,5	26,9	
19	42,3	39,2	18,4	
20	60,7	28,4	10,7	"Me siento menos feliz que los demás chicos"

cusión conductual y sobre las expectativas creadas en el ambiente próximo. Sin embargo, no podemos descartar la existencia de otros factores de tipo biológico, cultural, educacional, etc.

La mayoría de estos niños reciben un juicio clínico de normalidad psíquica, es decir, en estos casos los motivos por los que fueron remitidos no tienen la entidad suficiente como para pertenecer a una categoría diagnóstica. El trastorno psíquico más frecuentemente hallado fue el afectivo, casi uno de cada cinco niños atendidos en consulta pediátrica presenta por lo tanto, algún cuadro de carácter emocional que precisa abordaje médico y psicoterapéutico.

El STAIC se configura como un instrumento de fácil aplicación y corrección, de gran utilidad para discriminar los niveles estables de ansiedad y los estados transitorios de ansiedad. El bajo coeficiente de correlación obtenido, nos indica, como ya señaló Spielberger en sus estudios originales, los diferentes constructos (ansiedad estado y rasgo) medidos por el inventario.

Los niños atendidos en consulta psiquiátrica presentaron una ansiedad rasgo superior a la ansiedad estado; es decir, en estos niños su tendencia estable de propen-

sión a la ansiedad era más relevante que el nivel de ansiedad existente en el momento biográfico en que fueron remitidos para su evaluación.

El sexo o la edad son dos variables que no se ha podido objetivar que influyan en la puntuación alcanzada en el STAIC, habiendo oscilado las puntuaciones medias en la EA-E entre el percentil 45 y el 50 para cualquier edad y sexo, y en la EA-R entre el percentil 50 y 60.

Los pacientes diagnosticados de normalidad presentaron unos de los niveles de ansiedad estado más bajos, por el contrario, sorprende que sea este mismo grupo el que alcance unos niveles de ansiedad rasgos intermedios. Este hecho pudiera ser la causa de que estos niños, aún no padeciendo trastorno psíquico alguno sean considerados por sus padres, profesores, etc. como susceptibles de "mejorar" mediante un abordaje psicológico.

El STAIC se configuró como un instrumento válido para discriminar entre los diferentes grupos diagnósticos. Sin embargo, la EA-E es menos precisa en este cometido que la EA-R, ya que las puntuaciones alcanzadas en esta última fueron capaces de mostrar mayor número de diferencias estadísticamente significativas al correlacionar los grupos diagnósticos entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Last CG, Hersen M, Kazdin A, Orvaschel H, Perrin S. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiatry* 1991;**48**:928-934.
- 2 Sartorius N. Perspectivas internacionales sobre la ansiedad. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1988;**16**:3-9.
- 3 Kashani JH, Orvaschel H. Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *Am J Psychiatry* 1988;**145**:960-964.
- 4 Abe K, Masui T. Age-sex trends of phobic and anxiety symptoms. *Br J Psychiatry* 1981;**138**:297-302.
- 5 Gates L, Lineberger MR, Crockett J, Hubbard J. Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *J Genet Psychol* 1986;**149**(1):29-34.
- 6 Canals J, Martí-Hennerberg G, Fernández-Ballart J, Clivillé R, Domenech E. Scores on the State-Trait Anxiety Inventory for children in a longitudinal study of pubertal spanish youth. *Psychol Rep* 1992;**71**:503-512.
- 7 Perrin S, Last CG. Do childhood anxiety measures measure anxiety? *J Abn Child Psychol* 1992;**20**(6):567-578.
- 8 Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montouri J, Platzek D. *Cuestionario de Autoevaluación Estado/Rasgo en niños (STAIC)*. Madrid: TEA, 1990.
- 9 Buros OK. The eight mental measurement yearbook. Highland Park NJ: Gryphon. En: Kleinman MJ, Russ SW. Primary process thinking and anxiety in children. *J Personal Assess* 1988;**52**(2):254-262.