



Electronic Journal of Research in  
Educational Psychology

E-ISSN: 1696-2095

jfuente@ual.es

Universidad de Almería  
España

Crane Amaya, Andrea; Campbell, Marilyn

Una comparación transcultural de síntomas de la ansiedad entre niños colombianos y  
australianos

Electronic Journal of Research in Educational Psychology, vol. 8, núm. 2, septiembre-,  
2010, pp. 497-516

Universidad de Almería  
Almería, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122002003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



# Una comparación transcultural de síntomas de la ansiedad entre niños colombianos y australianos.

**Andrea Crane Amaya y Marilyn Campbell**

---

School of Learning and Professional Studies,  
Queensland University of Technology, Brisbane

---

**Australia**

*Correspondence:* Marilyn Campbell. School of Learning and Professional Studies, Queensland University of Technology, Kelvin Grove 4059, Queensland, Australia. E-mail: [ma.campbell@qut.edu.au](mailto:ma.campbell@qut.edu.au)

© Education y Psicología I+D+i and Editorial EOS (Spain)

## Resumen

**Introducción:** El presente estudio transcultural compara los síntomas de ansiedad y su severidad en una muestra de niños colombianos y australianos.

**Método** Para ello se trabajó con una muestra de 516 niños (253 niños australianos y 263 niños colombianos) de edades comprendidas entre los 8 y 12 años, utilizando la Escala de Ansiedad para Niños de Spence para medir los síntomas y niveles de ansiedad. Se realizó un análisis factorial confirmatorio para comparar las muestras.

**Resultados:** Los resultados muestran que existe una diferencia significativa en la manera como los niños de ambos países reportan los síntomas y niveles de ansiedad en los dos países. Los niños colombianos reportaron puntajes mayores en la mayoría de estos síntomas comparado con los niños australianos, aunque no se encontraron diferencias en los tipos de síntomas de ansiedad que presentan.

**Discusión o Conclusión:** Las implicaciones de los resultados obtenidos e importancia de este estudio transcultural son discutidos.

**Palabras Clave:** ansiedad; niños; Escala de Ansiedad para Niños de Spence; transcultural

*Recibido:* 04/02/10    *Aceptación Inicial:* 08/02/10    *Aceptación Definitiva:* 20/04/10

# Cross-cultural comparison of anxiety symptoms in Colombian and Australian children

## Abstract

**Introduction:** This cross-cultural study compared both the symptoms of anxiety and their severity in a community sample of children from Colombia and Australia.

**Method:** The sample comprised 516 children (253 Australian children and 263 Colombian children), aged 8 to 12-years-old. The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) was used to measure both the symptoms and levels of anxiety. Confirmatory factor analysis was used to compare the samples.

**Results:** The results showed a significant difference in the severity of the symptoms between the children in the two countries. In general, Colombian children reported more severe symptoms than their Australian peers, however there were no difference in the types of symptoms reported by the children in the two countries.

**Discussion or Conclusion:** The implications of these findings and their importance to cross-cultural research are discussed.

**Keywords:** anxiety; children; Spence Children's Anxiety Scale; cross-cultural.

*Received:* 02/04/10    *Initial Acceptance:* 02/08/10    *Definitive Acceptance:* 04/20/10

## Introducción

La ansiedad es una respuesta necesaria y apropiada a un número de situaciones (Erickson, 1992), y prepara el cuerpo para reaccionar en condiciones amenazantes. El miedo a la oscuridad, a los animales, a las alturas y a la sangre son, por ejemplo, comunes en la infancia (King, Muris y Olledick, 2005) y son moderados y específicos a la edad. Por consiguiente, la ansiedad puede ser considerada como una señal frente a un peligro inminente (Erikson, 1992). Sin embargo, la ansiedad excesiva puede convertirse en un trastorno y persistir hasta la adultez (McLoone, Hudson y Rapee, 2006). La ansiedad se manifiesta en algún momento de la vida de muchas personas, pero es solamente en ciertas circunstancias que la ansiedad se manifiesta como disfuncional y patológica.

Muchas investigaciones han demostrado que los trastornos de ansiedad son los más comunes en niños y adolescentes. Dadds, Seinen, Roth y Harnett (2000) encontraron un rango prevalente de ansiedad entre el 17% y el 21 % de los jóvenes de los cuales el 8% requería tratamiento por su severidad. El género, al igual que la edad, es un factor importante en la prevalencia de la ansiedad en niños y adolescentes. En todas las edades, las niñas reportan niveles de ansiedad más altos que los niños (Vasey y Olledick, 2000). Además, el 50% de los niños que cumplen con el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, mantienen este diagnóstico hasta dos años después (Dadds, Holland, Laurens, Mullins, Barrett y Spence, 1999).

También existe comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión (Fernández-Castillo y Gutiérrez-Rojas, 2009; Seligman y Ollendick, 1999). Estos dos trastornos pueden ser diagnosticados al mismo tiempo en la misma persona, ya que comparten síntomas similares como irritabilidad, fatiga, dificultad en concentrarse y problemas de sueño (Fernández-Castillo y Gutiérrez-Rojas, 2009). Otros trastornos relacionados con la ansiedad son los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), el mutismo selectivo, los trastornos de la eliminación (enuresis y encopresis) y aislamiento social (Kauffman y Landrum, 2009). Los niños con estos trastornos pueden mostrar altos niveles de ansiedad en casa y en el colegio, con frecuencia desarrollando problemas académicos y sociales.

La ansiedad en los niños puede tener efectos perjudiciales en la ejecución de tareas académicas en el colegio. Fernández-Castillo y Gutiérrez-Rojas (2009) encontraron que los estudiantes con altos niveles de ansiedad, presentaban bajos niveles en atención selectiva de-

bido a que la ansiedad impedía desarrollar las tareas que requerían altos niveles de atención ó memoria a corto plazo. Un niño ansioso tendrá menor capacidad de desempeñar tareas de forma satisfactoria, ya que la ansiedad consumirá gran parte de su memoria de trabajo. También, las tareas difíciles producen preocupaciones generando una relación negativa con el desempeño (Chen y Chang, 2009).

El principal objetivo de cualquier estudio transcultural sobre trastorno y síntomas de ansiedad ha sido el de comprender la universalidad ó especificidad de la ansiedad en diferentes culturas. Para cumplir con este objetivo, es importante contar con herramientas de evaluación válidas. El principal método para evaluar la ansiedad son los cuestionarios autoaplicados. Aunque existen muchos de estos cuestionarios tales como el *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) (Gerard y Reynold, 2004) y el *Multidimensional Anxiety Scale for children* (MASC) (March, Parker, Sullivan, Stallings y Conners, 1997), la principal herramienta para evaluar la ansiedad en Colombia es el *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder* (SCARED) (Birmaher *et al.*, 1999). Sin embargo, el *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) (Spence, Barrett y Turner, 2003) es una herramienta ampliamente utilizada, confiable y válida (ej., coeficiente alfa de .92 para Essau, Muris y Ederer, 2002; coeficiente alfa de .92 para Spence *et al.*, 2003; y coeficiente alfa de .89 para Nauta *et al.*, 2004) que evalúa la frecuencia de los síntomas relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad de separación, la fobia social, el trastorno de pánico y/o agorafobia, la ansiedad generalizada/ por estrés agudo y miedos a lesiones físicas en niños y adolescentes. Esta escala también establece la diferencia entre niños ansiosos y no ansiosos, basado en los puntajes de las sub-escalas reflejando el tipo de trastorno presente en los participantes (Spence *et al.*, 2003).

La SCAS ha sido psicométricamente validada para diferentes culturas. Ha sido administrada a 554 niños mexicanos entre 8 y 12 años y su confiabilidad y coherencia interna ha sido confirmada para esta población con el modelo de los 32 ítems que mejor se ajustaban (coeficiente alfa de .88) (Hernández-Guzmán *et al.*, 2008). La SCAS ha sido previamente traducida al español (Hernández-Guzmán *et al.*, 2008), sin embargo, no se han realizado estudios sobre sus propiedades psicométricas con niños de Colombia. También se propuso observar si las niñas expresaban mayor ansiedad que los niños como se encuentra usualmente en otros estudios (Vasey y Ollendick, 2000) y si los miedos disminuyen con la edad (Castilla *et al.*, 2002). El primer objetivo de este estudio fue, por lo tanto, establecer si la SCAS es psi-

cométicamente válida para el uso con niños colombianos como una alternativa a la SCARED.

También es sabido que la ansiedad es afectada por la cultura. La cultura no solo afecta las conductas adaptativas y normativas, sino que además puede influir en la manera como algunos síntomas psicopatológicos son formados y explicados por otros (Yamamoto, Silva, Ferrari y Nukariya, 1997). Por lo tanto, es importante comprender que existen muchas diferencias culturales que pueden afectar la manera como los padres, profesores y psicólogos reconocen la ansiedad. De ahí que en una cultura particular una conducta específica se pueda considerar como ansiedad, mientras que en otra cultural se puede ver como una conducta normal. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad en los adolescentes latinos que viven en los Estados Unidos comparado con los adolescentes colombianos que viven en Colombia (Varela, Weems, Berman y Rodriguez, 2007). Se encontró que había diferencias culturales en creencias y percepciones que podían afectar la manera como los niños y adolescentes expresan los síntomas de ansiedad. Estas diferencias culturales están relacionadas en la manera como la juventud latina expresa sus temores y angustias. En la cultura latina es inaceptable expresar emociones negativas o problemas psicológicos, ya que esto es visto como una debilidad de carácter y conlleva a la vergüenza y estigma social (Varela *et al.*, 2007).

El segundo objetivo de este estudio era, por lo tanto, explorar si existen algunas diferencias en la manera como los niños de Colombia y Australia expresan sus temores por medio de la SCAS. Estos países fueron escogidos como ejemplos de un contexto de violencia en Colombia, comparado con un contexto más seguro en Australia.

Colombia es considerado uno de los países más violentos del mundo y tiene una de las tasas más altas de homicidios comparado con otros países (Moser y McIlwaine, 2004). Los niños colombianos crecen acostumbrados al peligro y para ellos existen verdaderas razones para preocuparse. Esto es lo que determina la manera en que ellos ven y analizan sus sentimientos, relaciones, conflictos, peligros y temores. Por lo tanto, algunos niños colombianos pueden expresar el temor a su secuestro o al de los miembros de su familia o tener pesadillas sobre el conflicto entre el ejército y la guerrilla. Estos temores están basados en una realidad contextual, pueden o no ocurrir, pero están ahí en su entorno y son parte de los miedos y preocupaciones que los niños tienen (ej., a la oscuridad, la ansiedad de separación, la fobia social). En contraste, Australia es política y económicamente estable, de ahí que los niños pue-

dan sentirse físicamente a salvo comparado con los niños colombianos. Hipotéticamente, los niños colombianos pueden expresar más y con mayor severidad su miedo físico que los niños australianos.

## **Método**

### *Participantes*

Todos los participantes (N=516) fueron niños y niñas entre los 8 y 12 años de edad. La edad promedio de todos los niños en general fue de 10.04 (SD=1.18), con 10.42 años (SD=1.15) en Australia y 9.69 años (SD=1.10) en Colombia. La muestra australiana reunió a 253 pequeños (49%), incluyendo 151 (59.7%) niñas y 102 (40,3%) niños. La muestra colombiana reunió 263 pequeños (51%), incluyendo 128 (48.7%) niñas y 135 (51.3%) niños. Los niños en la muestra australiana estaban entre el grado cuarto y séptimo, y pertenecían a seis colegios católicos del área de Brisbane. Los participantes colombianos estaban entre el grado tercero y quinto y pertenecían a cinco colegios privados de la ciudad de Bogotá. Los niños en Australia venían predominantemente de familias anglosajonas, con el inglés como lengua materna. Los estudiantes colombianos eran todos de familias latinas, y el español era su lengua materna.

### *Instrumento*

La Escala de Ansiedad Spence para Niños (SCAS: Spence, 1998) es un cuestionario diseñado para examinar los síntomas de ansiedad en los niños. Esta escala ha sido reportada para diferenciar entre el diagnóstico clínico de ansiedad y no ansiedad en los niños. Consta de 44 ítems, 38 evalúan síntomas de ansiedad específicos como la ansiedad de separación, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, ataques de pánico, agorafobia y miedo a lesiones físicas. Los otros 6 ítems son “de relleno” para reducir la predisposición a una respuesta negativa (Spence *et al.*, 2003). Los participantes marcan sus respuestas en una escala de 4-puntos que va de Nunca (0) a Siempre (3). El puntaje final es obtenido sumando la puntuación de los 38 ítems sobre síntomas de ansiedad. Las propiedades psicométricas de este cuestionario autoaplicado han demostrado una escala confiable y válida (Spence, Barrett y Turner, 2003). Los estudios previos han demostrado una alta coherencia interior y confiabili-



dad (ej., un coeficiente alfa de .92 para Essau *et al.*, 2002; un coeficiente alfa de .92 para Spence *et al.*, 2003; y un coeficiente alfa de .89 para Nauta *et al.*, 2004).

En cuanto a la muestra colombiana, la SCAS fue traducida de inglés al español por un psicólogo bilingüe y luego se tradujo de nuevo a su forma original por otro psicólogo bilingüe. Algunas discrepancias menores fueron corregidas (Hernández-Guzmán *et al.*, 2008).

### *Procedimiento*

La aprobación ética para este estudio fue obtenida en Australia por el Comité de Ética de la Universidad y en Colombia, el permiso fue dado por cada colegio, una práctica utilizada comúnmente. Se obtuvo el permiso de los colegios de Australia, tanto de los padres como de los niños. En los colegios de Colombia, el director o directora del colegio autorizaron hacer la investigación.

Los niños australianos que participaron en esta investigación terminaron el cuestionario durante la hora de clase, tenían un adecuado manejo del inglés de acuerdo con sus profesores, y devolvieron el formulario una vez obtenido el permiso de los padres. Los niños colombianos también completaron el cuestionario en el colegio, teniendo la suficiente destreza en español, y habiendo llenado un formulario de permiso de los padres, también firmado por el director del colegio, como se exige en Colombia.

En ambos países, los participantes completaron el cuestionario en forma individual, durante la hora de clase. Las instrucciones fueron leídas en voz alta a todos los estudiantes, quienes fueron informados de que todas las respuestas del cuestionario eran confidenciales. El cuestionario fue completado por los estudiantes en aproximadamente 10 a 20 minutos.

## **Resultados**

### *Análisis Factorial Confirmatorio*

El programa LISREL 8.71 (Jöreskog y Sörbom, 2004) fue usado para confirmar la estructura factorial de la SCAS para cada una de las muestras, tanto la australiana como la co-

lombiana. Para estos análisis, el estimado de la probabilidad máxima (ML, en inglés) se aplicó a las matrices de covarianza. Como la información no fue distribuida normalmente y teniendo una curtosis alta, el Sartorra-Bentler (S-B)  $X^2$  será reportado como un  $X^2$  no ajustado que puede inflar el estimativo ML (Tabachnick y Fidell, 2007). Siguiendo la revisión del modelo global S-B  $X^2$ , se considera generalmente un número de índices de ajuste al evaluar el modelo apto para la información. Esto incluye  $X^2/df$  donde los valores  $\leq 2$  indican un ajuste apropiado. El índice de Ajuste Normado (NFI, en inglés), el Índice de Ajuste No Normado (NNFI, en inglés), y el Índice de Ajuste Comparativo (CFI, en inglés) fueron valores  $>.90$  que indican un buen ajuste; la Raíz Cuadrada Media Residual (RMR, en inglés) y la Raíz Cuadrada Media de Error de Aproximación (RMSEA, en inglés), donde los valores  $\leq .08$  sugieren un ajuste adecuado.

La Tabla 1 presenta los índices de buen ajuste para los modelos australianos y colombianos del presente estudio, lo mismo que aquellos reportados por Spence *et al.* (2003) para su comparación. Los modelos fueron establecidos para que cada ítem de cada cuestionario cargado en forma única de un factor hipotéticamente latente y que los 6 factores fueran permitidos para que se inter-correlacionaran. La Tabla 2 presenta un factor estándar de carga para cada ítem de la SCAS. Como se puede ver en la Tabla 1, ambos modelos demuestran un buen ajuste de la información con  $X^2/df$  ( $>2$ ; NFI, NNFI y CFI  $>.90$ ; y RMR y RMSEA  $<.08$  (o cerca a este). Los índices son similares a los reportados por Spence *et al.* (2003). Con respecto a los factores cargados, todos fueron estadísticamente significativos, excepto un ítem que falló como factor hipotético de los resultados de los niños australianos (Ítem 7, “Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.” No reportándose como fobia social).

Tabla 1. *Comparación de los índices de ajuste entre los modelos colombianos y australianos y el modelo de seis factores correlacionados de Spence et al. (2003)*

Modelo	$X^2$	df	p	NFI	NNFI	CFI	RMR	RMSEA
Datos colombianos (n=263)	889.92	650	<.001	.94	.98	.98	.089	.038
Datos australianos (n=251)	912.51	650	<.001	.93	.98	.98	.038	.040
Spence et al. (2003) (n=875)	1634.00	650	<.001	.94	.96	.97	.052	.042

Table 2. *Análisis factorial confirmatorio de las cargas en los items de la SCAS, pronosticando seis factores para los datos de Colombia (con los datos de Australia entre paréntesis)*

	Cargas en los factores					
	Ansiedad de separación	Fobia social	Obsesivo-compulsivo	Pánico /Agorafobia	Miedo a lesiones físicas	Ansiedad generalizada
5. Sentiría temor si me quedara solo (a) en casa.	.76 (.56)					
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.	.56 (.65)					
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia.	.43 (.53)					
15. Me da miedo dormir solo(a).	.71 (.63)					
16. Antes de ir al colegio me siento nervioso y con miedo.	.53 (.37)					
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.	.67 (.67)					
6. Me da miedo presentar un examen.		.47 (.62)				
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.		.34 (.16)				
9. Tengo miedo a equivocarme enfrente de la gente.		.71 (.66)				
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela.		.56 (.64)				
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.		.68 (.69)				
35. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.		.57 (.54)				
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).			.51 (.42)			
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.			.46 (.67)			
27. Tengo que pensar en cosas (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo.			.70 (.68)			
40. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden).			.39 (.46)			
41. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.			.69 (.74)			
42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo.			.54 (.62)			
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna.				.66 (.54)		
21. De repente empiezo a temblar sin razón.				.70 (.61)		

28. Me siento asustado(a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.	.49 (.46)	
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, buses, parques).	.55 (.45)	
32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón.	.79 (.78)	
34. De repente me siento mareado(a) sin razón.	.64 (.42)	
36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.	.72 (.66)	
37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer.	.68 (.75)	
39. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños).	.47 (.44)	
2. Me da miedo la oscuridad.	.76 (.55)	
18. Me dan miedo los perros.	.20 (.33)	
23. Me asusta ir al doctor o al dentista.	.33 (.59)	
25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los ascensores.	.44 (.60)	
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.	.46 (.49)	
1. Me preocupo por todo.		.44 (.65)
3. Cuando tengo un problema siento feo en el estómago.		.54 (.57)
4. Siento temor.		.49 (.41)
20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.		.68 (.60)
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.		.65 (.67)
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a).		.70 (.70)

### *Coherencias y confiabilidades internas*

Las confiabilidades de cada una de las sub-escalas y las escalas completas de la SCAS se presentan en la Tabla 3. Como se puede ver en esta tabla, las alfas de cada escala para cada país son similares a aquellas de las alfas originales de Spence *et al.* (2003), excepto por la escala del miedo a las lesiones físicas en la escala colombiana. También se debe tener en cuenta que las alfas de los datos colombianos son generalmente equivalentes o ligeramente menores a los datos australianos, excepto de nuevo por la escala del miedo a las lesiones físicas.

Tabla 3. *Confiabilidad (Alfas de Cronbach) para cada una de las sub-escalas de la SCAS y las escalas completas de cada país del presente estudio comparado con los hallazgos de Spence et al. (2003).*

Escalas de la SCAS	Spence et al. (2003)	País	
		Australia	Colombia
Pánico/Agorafobia	.80	.80	.80
Ansiedad de separación	.71	.72	.70
Miedo a lesiones físicas	.60	.63	.45
Fobia social	.72	.72	.67
Obsesivo compulsivo	.75	.76	.68
Ansiedad generalizada	.77	.77	.70
Escala total	.92	.92	.91

#### *Datos de ansiedad de Australia y Colombia*

Los niños en Colombia y en Australia reportaron niveles bastante diferentes en la severidad de los síntomas de ansiedad,  $t(514) = 13.00$ ,  $p < .001$ . Los niños colombianos ( $M=36.65$ ,  $SD= 16.75$ ) tuvieron un puntaje mucho más alto que los niños australianos ( $M=19.00$ ,  $SD= 13.90$ ).

Para cada una de las sub-escalas hubo también una importante diferencia entre los niños colombianos y australianos, excepto por la sub-escala del miedo a las lesiones físicas -- a los ataques de pánico y la agorafobia,  $t(514) = 9.2$ ,  $p < .001$ ; la ansiedad de separación,  $t(514) = 11.7$ ,  $p < .001$ , la fobia social,  $t(514) = 12.4$ ,  $p < .001$ , obsesivo-compulsivo,  $t(514) = 12.25$ ,  $p < .001$  y el trastorno de ansiedad generalizado / por estrés agudo  $t(514) = 12.13$ ,  $p < .001$ . Como se puede ver en la Figura 1, los niños colombianos obtuvieron un puntaje mucho mayor en estas sub-escalas que los niños australianos. Sin embargo, no existen diferencias en los tipos de síntomas que reportaron los niños de los dos países.

#### *Diferencias de género*

Tomando los datos combinados de los dos países, hubo diferencias de género en los informes de ansiedad basados en el puntaje total de la SCAS,  $t(514) = 2.65$ ,  $p < .044$  en niñas ( $M=29.90$ ,  $SD= 18.86$ ) quienes obtuvieron un puntaje mucho más alto que los niños ( $M=25.76$ ,  $SD= 16.10$ ). En cada sub-escala hubo también importantes diferencias entre niñas

y niños, excepto en las sub-escalas de fobia social y obsesivo-compulsivo -- para el ataque de pánico y la agorafobia,  $t(514) = 2.02$ ,  $p < .044$ , ansiedad de separación,  $t(514) = 2.64$ ,  $p < .009$ , miedo a lesiones físicas,  $t(514) = 4.57$ ,  $p < .001$ , y trastorno de ansiedad generalizado / por estrés agudo,  $t(514) = 3.07$ ,  $p < .002$ . Como se ve en la Tabla 4, las niñas tuvieron un puntaje mucho mayor que los niños en estas sub-escalas.

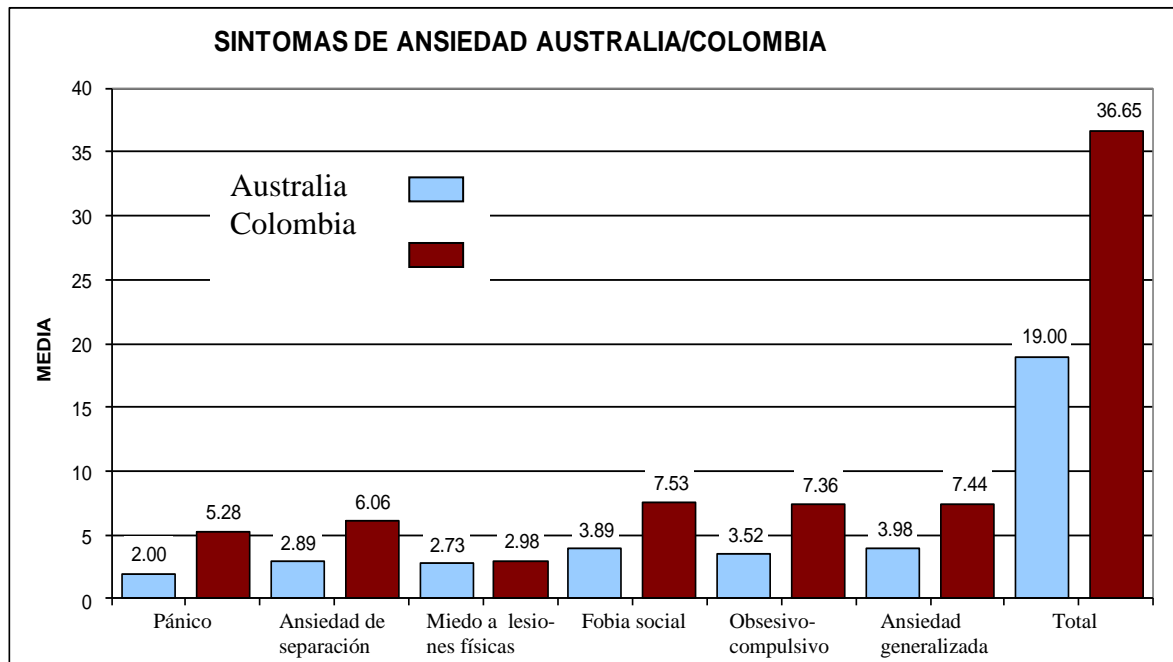


Figura 1. Informe de los síntomas de ansiedad en los niños australianos y colombianos.

También se exploraron diferencias de género dentro de cada país. En la muestra australiana, las niñas dieron un número mucho mayor de síntomas que los niños en la ansiedad de separación,  $t(251) = 3.22$ ,  $p < .01$ , miedo a lesiones físicas,  $t(251) = 3.52$ ,  $p < .01$ , fobia social,  $t(251) = 3.31$ ,  $p < .01$ , trastorno de ansiedad generalizada,  $t(251) = 3.96$ ,  $p < .01$ , y en el puntaje total,  $t(251) = 3.23$ ,  $p < .01$ . Para la muestra colombiana, las niñas igualmente presentaron mayores síntomas de ansiedad en todas las escalas, excepto en obsesivo-compulsivo, todos  $t(261) \geq 2.01$ , todos  $ps < .05$ . Los datos descriptivos de estos análisis se presentan en la Tabla 4.

El presente análisis es similar al análisis original de Spence *et al.*, (2003) donde se presenta un importante efecto de género, ( $F(1,874) = 48.04$ ,  $p < .001$ ), que también existió

pues las niñas tienden a tener un mayor número de síntomas que los niños en todos los síntomas de la sub-escala, excepto en los síntomas obsesivo-compulsivos.

Tabla 4. *Estadística descriptiva (media con desviación estandar entre parentésis) para las sub-escalas de la SCAS por país y género*

Escalas de la SCAS	País	
	Australia	Colombia
Pánico		
Niños	1.70 (2.65)	4.43 (3.94)
Niñas	2.21 (3.32)	6.17 (5.34)
Total	2.00	5.28
Ansiedad de separación		
Niños	2.21 (1.98)	5.48 (2.94)
Niñas	3.35 (3.21)	6.68 (3.61)
Total	2.89	6.06
Miedo a lesiones físicas		
Niños	2.08 (2.18)	2.53 (2.32)
Niñas	3.17 (2.58)	3.46 (2.40)
Total	2.73	2.98
Fobia social		
Niños	3.14 (2.64)	7.10 (3.41)
Niñas	4.40 (3.18)	7.98 (3.77)
Total	3.89	7.53
Obsesivo- compulsivo		
Niños	3.41 (3.04)	7.08 (3.61)
Niñas	3.59 (3.51)	7.66 (3.94)
Total	3.52	7.36
Ansiedad generalizada		
Niños	3.11 (2.40)	6.79 (3.32)
Niñas	4.56 (3.14)	8.12 (3.56)
Total	3.98	7.44
Puntaje total		
Niños	15.64 (10.96)	33.41 (15.14)
Niñas	21.28 (15.19)	40.07 (17.72)
Total	19.00	36.65

*Relaciones de edad*

En los dos países la edad estuvo muy relacionada con los puntajes generales de ansiedad,  $r = -.23$ ,  $p < .001$ . En la media que aumentaba la edad de los niños, se reducían los puntajes de ansiedad. En cada sub-escala, este patrón de importantes correlaciones negativas continuó -- ataques de pánico,  $r = -.18$ ,  $p < .001$ , ansiedad de separación,  $r = -.29$ ,  $p < .001$ , fobia social,  $r = -.11$ ,  $p < .001$ , obsesivo-compulsivo,  $r = -.24$ ,  $p < .001$ , trastorno de ansiedad generalizado,  $r = -.18$ ,  $p < .001$ . Sólo la sub-escala de las lesiones físicas no estuvo lo suficientemente relacionada con la edad.

Para los niños australianos hubo importantes relaciones con la edad para los informes de ataque de pánico, ansiedad de separación, obsesivo-compulsivo y el puntaje total (ver Tabla 5). Sin embargo, para los niños colombianos fue evidente la relación con la edad en las sub-escalas de ansiedad de separación y el miedo a las lesiones físicas (ver Tabla 6).

Tabla 5. *Correlación entre edad y las sub-escalas de la SCAS para los niños y niñas australianos*

	EDAD						Total
	Pánico	Ansiedad de separación	Miedo lesiones físicas	Fobia social	Obsesivo-compulsivo	Ansiedad generalizada	
Total	-.18*	-.29**	-.07	-.11*	-.24**	-.18**	-.23**
Australia	-.12*	-.21**	.05	.05	-.19**	-.10	-.12*

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .001$

Tabla 6. *Correlación entre edad y las sub-escalas de la SCAS para los niños y niñas colombianos*

	EDAD						Total
	Pánico	Ansiedad de separación	Miedo lesiones físicas	Fobia social	Obsesivo-compulsivo	Ansiedad generalizada	
Total	-.18*	-.29**	-.07	-.11*	-.24**	-.18**	-.23**
Australia	-.04	-.16**	-.13*	.05	-.05	.01	-.06

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .001$



## Discusión y Conclusiones

Este estudio transcultural es el primero comparando niños colombianos y australianos usando la SCAS para medir los síntomas de ansiedad. El Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED) es usualmente usado por los psicólogos colombianos. La estructura factorial de la SCAS propuesto por Spence *et al.* (2003) fue confirmada en el presente estudio en ambas muestras, tanto para la colombiana como para la australiana. Los índices del modelo de ajuste fueron comparables a través de muestras y con la de Spence *et al.* A través de toda la muestra, solo un ítem falló al cargar significativamente en su factor hipotético. Este estudio también comparó los síntomas de ansiedad autoreportados y su severidad en niños de 8 a 12 años de edad de Colombia y Australia. Los resultados mostraron que los niños colombianos reportaron un significativo número de síntomas de ansiedad que en los niños australianos ( $M = 36.65$  para los niños colombianos contra  $M = 19.00$  para los niños australianos). Sin embargo, los resultados mostraron que no había diferencias en los tipos de síntomas reportados por los niños y niñas.

Fue confirmada una diferencia significativa en la severidad de la ansiedad autoreportada en los niños colombianos. Esto puede ser explicado por los factores ambientales y la violencia contextual que los niños colombianos experimentan a diario. Colombia es considerada una de las naciones más violentas del mundo y tiene una de las tasas más altas de homicidios comparada con otros países (Moser y McIlwaine, 2004). Los niños colombianos crecen acostumbrados al peligro y para ellos existen razones reales para preocuparse. Por lo tanto, algunos niños colombianos pueden expresar miedo a que él o alguien de su familia pueda ser secuestrado o tener pesadillas sobre el conflicto entre el ejército y la guerrilla. Estos temores están basados en una realidad contextual, pueden o no acontecer, pero están ahí en su entorno y son parte de los miedos y preocupaciones que los niños tienen (ej., a la oscuridad, la ansiedad de separación, la fobia social). En contraste, Australia es un país política y económicamente estable, de ahí que los niños puedan sentirse físicamente a salvo más que los niños colombianos. Estos resultados pueden estar subestimados ya que se sabe que la expresión negativa de las emociones o los problemas psicológicos, incluyendo la ansiedad, pueden ser considerados como debilidad de carácter o puede causar vergüenza o represión emocional en los niños colombianos (Varela *et al.*, 2007).

Interesantemente, los resultados de esta investigación muestran un puntaje significativamente inferior en la severidad de ansiedad en los niños australianos ( $M=19.00$ ) comparado con muestras australianas previas ( $M= 28,59$ , Spence, 1998). Sin embargo, comparado con un estudio en los Países Bajos, esta muestra de niños colombianos todavía reporta mayores niveles de ansiedad ( $M=36.65$ ), que los niños holandeses ( $M=18.11$ ) (Muris, Schmidt y Merckelbach, 2000).

Las razones para comprender estas diferencias significativas son poco claras, pero se han propuesto algunas posibles. Primero, pueden haber diferencias metodológicas entre este estudio y el de Spence *et al.* (2003), lo cual puede ser explorado en próximos estudios. Segundo, los diferentes factores ambientales y contextuales entre los países pueden afectar la manera de los niños responden a los cuestionarios. Las niñas australianas y colombianas reportaron mayores niveles de ansiedad en comparación con los niños australianos y colombianos. Estos hallazgos respaldan investigaciones previas y la teoría existe afirma que las niñas tienen tendencia a reportar mayores niveles de ansiedad que los niños (Castilla *et al.*, 2002; Vasey y Ollendick, 2000). En ambos países, hay una relación significativa entre la ansiedad y la edad, la cual mientras va aumentando van disminuyendo los síntomas de ansiedad. Entre los países, existieron diferencias en relación con la edad a partir de los puntajes de las subescalas. Por ejemplo, no hubo relación entre la edad y el temor a lesiones físicas en la muestra australiana; y hubo una relación negativa en la muestra colombiana. Como se mencionó anteriormente, la ansiedad en los niños menores de Colombia fue mayor, posiblemente causada por problemas locales como secuestros, inseguridad en la calles y violencia física (Castilla *et al.*, 2003). De modo interesante, los cinco ítems descartados en el análisis de la muestra colombiana, reflejaba miedo y ansiedad en lugares públicos. En este sentido, es necesario un mayor análisis para determinar por qué esos ítems podrían ser cargados en un ítem específico que puede reflejarse en el contexto y la cultura colombiana.

Una limitación del presente estudio se relaciona con las muestras. Los resultados no pueden ser generalizados a muestras clínicas o a otros grupos con edades distintas, como en niños menores y adolescentes, ya que las presentes muestras no fueron en poblaciones clínicas. Sin embargo, los resultados de este estudio proporcionan información importante sobre las diferencias entre ambas muestras y pueden ser útiles para estudios posteriores.

Además, este estudio no estableció el nivel socio-económico de los participantes colombianos ni australianos. Se sugiere que la versión en español de la SCAS sea administrada a una muestra mayor de niños colombianos de todos los niveles socio-económicos. En la cultura latinoamericana la diferencia entre las clases socio-económicas es evidente, y como lo muestran otros estudios, los niños de clases más bajas reportan de manera distinta sus miedos y situaciones amenazantes que los niños de clases más altas (Spielberger y Diaz-Guerrero, 1990). También puede ser interesante usar otras mediciones diferentes al autoinforme para confirmar estos resultados.

En conclusión, este estudio muestra que la SCAS tiene buenas propiedades psicométricas para ser utilizada como una alternativa de autoinforme con niños colombianos. Los resultados también muestran que hay diferencias significativas entre los niños colombianos y australianos en cuanto a la severidad, pero no en los síntomas de ansiedad. Los resultados sugieren la necesidad de realizar más estudios en Colombia, incluyendo niños de todas las clases socio- económicas para obtener información sobre la ansiedad. En general, los resultados de este estudio suministran más información sobre los trastornos de ansiedad en diferentes culturas, lo cual puede ayudar a psicólogos o profesionales de la salud para comprender a los niños ansiosos de diferentes orígenes y culturas.

## Referencias

- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kauffman, J., y Neer, S.M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1230-1236.
- Castilla, R.C., Habeychm, M.E., Castilla, S.R., Castilla, W.I., Gómez, I.S., y Caballero, M.C. (2002). Anxiety in Colombian children: Are more girls affected than boys? *Annals of Epidemiology*, 12, 488-534.
- Castilla, R.C., Habeychm, M.E., Zhang, Y., Castilla, S.R., Castilla, y W.I., Gómez. (2003). Depression, anxiety and somatic complaints: Sequelaes of war in Colombian rural children? *Annals of Epidemiology*, 13, 559-596.

- Chen, I.J., y Chang, C.C. (2009). Cognitive load theory: An empirical study of anxiety and task performance in language learning. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17, 7(2), 729-746.
- Dadds, M., Holland, D., Laurens, K., Mullins, M., Barrett, P., y Spence, S. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Dadds, M., Seinen, A., Roth, J., y Harnett, P. (2000). Early intervention for anxiety disorders in children and adolescents. In R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin, y C. Davis (Series Eds.), *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health* (pp. 13-18). Adelaide: The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People.
- Erickson, M. T. (1992). *Behavior disorders of children and adolescents. Assessment, etiology, and intervention* (2<sup>nd</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Essau, C. A., Muris, P., y Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.
- Fernández-Castillo, A., y Gutiérrez-Rojas, M.E. (2009). Selective attention, anxiety, depressive symptomatology and academic performance in adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17, 7(1), 49-76.
- Gerard, A., y Reynold, C. (2004). Characteristics and applications of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for children and adolescents* (pp. 63-79). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S.H., González, M.J., Martínez-Guerrero, J.I., Aguilar, J., y Gallegos, J. (2008). *Spanish version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)*. Unpublished manuscript.
- Jöreskog, K.G., y Sörbom, D. (2004). *Lisrel 8.71: User's reference guide*. Lincolnwood, IL: Scientific Software.
- Kauffman, J., y Landrum, T. (2009). *Characteristics of emotional and behavioural disorders of children and youth*. New Jersey: Pearson.
- King, N., Muris, P., y Ollendick, T. (2005). Childhood fears and phobias: Assessment and treatment. *Child and Adolescent Mental Health*, 10, 50-56.
- March, J., Parker, J., Sullivan, K., Stallings, P., y Conners, C. (1997). The Multidimensional

- Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554–565.
- McLoone, J., Hudson, J., y Rapee. (2006). Treating anxiety disorders in school settings. *Education and Treatment of Children*, 29, 219-242.
- Moser, C.O., y McIlwaine, C. (2004). *Encounters with violence in Latin America: Urban poor perceptions from Colombia and Guatemala*. New York: Routledge.
- Muris, P., Schmidt, H., y Merckelbach, H. (2000). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, 28, 333-346.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., y Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813-839.
- Seligman, L., y Ollendick, T. (1999). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: A critical review and integration. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 125-144.
- Spence, S. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spence, S., Barrett, P., y Turner, C. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 607-625.
- Spielberger, C., y Diaz-Guerrero R. (1990). *Cross-cultural anxiety*. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Tabachnick, B.G., y Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics (5<sup>th</sup> Ed.)*. Boston, MA: Allyn y Bacon.
- Varela, E., Weems, C., Berman, L., y Rodriguez, M.C. (2007). Internalizing symptoms in latinos: The role of anxiety sensitivity. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 429-440.
- Vasey, M.W., y Ollendick, T.H. (2000). Anxiety. In A. Sameroff, M. Lewis, y S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 511-529). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Yamamoto, J., Silva, J.A., Ferrari, M., y Nukariya, K. (1997). Culture and psychopathology. In G. Johnson-Powell, y J. Yamamoto (Eds.), *Transcultural child development. Psychological assessment and treatment* (pp. 34-57). New York: John Wiley y Sons.