

# Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS) – Children’s Manifest Anxiety Scale (CMAS)

Authored by  
**memjavad**

November 15, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS) – Children’s Manifest Anxiety Scale (CMAS)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4494>

## Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS)

**Campo(s) Disciplinario(s) Primario(s):** Psicología Clínica, Psicometría, Psicología Infantil.

### 1. Definición Central y Propósito

La **Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños** (Children's Manifest Anxiety Scale, CMAS), y su posterior revisión (RCMAS), constituye uno de los instrumentos psicométricos de autoinforme más antiguos y utilizados a nivel mundial para la evaluación de la ansiedad crónica y generalizada en poblaciones infantiles y adolescentes. Desarrollada inicialmente por Castaneda, McCandless y Palermo en 1956, esta herramienta se concibió como una adaptación de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (TMAS), diseñada para adultos, con el objetivo explícito de crear una medida accesible y lingüísticamente apropiada para sujetos en desarrollo. Su función principal es doble: servir como instrumento de cribado (screening) para identificar a niños que puedan requerir una evaluación clínica más profunda y facilitar la investigación sobre la relación entre la ansiedad y otros fenómenos psicológicos o educativos.

El constructo central que evalúa la CMAS es la **ansiedad manifiesta**, entendida como aquellos sentimientos de preocupación, síntomas fisiológicos de tensión y miedos que el niño es capaz de reconocer y reportar conscientemente. A diferencia de otras aproximaciones que buscan medir la ansiedad como un rasgo profundo o inconsciente, la CMAS se enfoca en la expresión observable y subjetiva de la sintomatología. La escala busca cuantificar la frecuencia e intensidad con la que los niños experimentan estas manifestaciones, proporcionando una puntuación total que refleja el nivel general de su malestar ansioso.

Es fundamental comprender que, como herramienta de autoinforme, la CMAS requiere que el niño o adolescente posea la capacidad cognitiva y lingüística necesaria para comprender los ítems y responder honestamente. Por esta razón, su aplicación se dirige típicamente a niños a partir de los seis o siete años de edad. Su propósito no es emitir un diagnóstico clínico por sí misma, sino más bien ofrecer una medida estandarizada de la gravedad de los síntomas ansiosos, lo cual es crucial tanto en el ámbito de la investigación clínica como en la monitorización de la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

### 2. Contexto Histórico y Desarrollo Etimológico

El desarrollo de la CMAS está intrínsecamente ligado al auge de la psicometría y la psicología experimental en la posguerra, particularmente en el contexto de la Teoría del Impulso (Drive Theory) de Clark Hull. Durante las décadas de 1940 y 1950, los investigadores estaban intensamente interesados en cómo factores emocionales, como la ansiedad, podían influir en el aprendizaje y el rendimiento académico. La necesidad de una medida fiable de la ansiedad surgió de estos estudios. Janet Taylor, en 1953, desarrolló la TMAS (Taylor Manifest Anxiety Scale) para

adultos, basándose en ítems extraídos del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI).

Reconociendo la limitación de aplicar una escala diseñada para adultos a poblaciones pediátricas, Castaneda, McCandless y Palermo emprendieron la tarea de adaptar la TMAS. El proceso de adaptación no fue meramente una simplificación lingüística; implicó la selección y reformulación de ítems que fueran relevantes para las preocupaciones y experiencias de la infancia, eliminando aquellos que eran inapropiados o incomprensibles para los niños. El resultado fue la CMAS, publicada en 1956, que mantenía la estructura de respuesta binaria (Sí/No) pero utilizaba un lenguaje más directo y centrado en situaciones escolares, familiares y físicas comunes a la niñez.

El término "Manifiesta" en el nombre de la escala subraya su enfoque en la ansiedad que es observable o conscientemente reportable, diferenciándola de los enfoques psicoanalíticos que se centran en la ansiedad latente o inconsciente. Esta característica la alineó perfectamente con las tendencias conductistas y cognitivo-conductuales emergentes que priorizaban las variables medibles y operacionales. La durabilidad de la CMAS y su posterior revisión, la RCMAS, atestiguan el éxito de esta adaptación inicial para capturar un constructo psicológico complejo en una población vulnerable, estableciendo un estándar para el desarrollo de futuras escalas de autoinforme infantil.

### **3. Fundamentos Teóricos: La Ansiedad Manifiesta y el Modelo de Impulso**

La base teórica original de la CMAS se encuentra sólidamente en la tradición de la psicología experimental de mediados del siglo XX, particularmente en la Teoría del Impulso de Clark Hull y sus colaboradores, como Kenneth Spence. Según esta teoría, la ansiedad, medida como un rasgo estable (ansiedad manifiesta), funciona como un impulso (Drive, D) que se suma a la fuerza del hábito (H) para determinar la ejecución ( $E = H \times D$ ). En el contexto de la CMAS, se postulaba que los niños con alta ansiedad manifiesta tendrían un impulso emocional más fuerte, lo que podría mejorar el rendimiento en tareas simples o bien aprendidas, pero interferiría significativamente con el aprendizaje o la ejecución de tareas complejas o nuevas.

La ansiedad manifiesta, operacionalizada por los ítems de la escala, abarca la conciencia subjetiva de la activación fisiológica y la preocupación cognitiva. Los ítems exploran síntomas somáticos (como dolores de estómago, sudoración, dificultad para respirar), preocupaciones sociales (miedo al fracaso, deseo de agradar) y miedos específicos. Esta conceptualización permitió a los investigadores correlacionar las puntuaciones de la CMAS directamente con variables de rendimiento, como calificaciones escolares o resultados en pruebas de laboratorio, proporcionando una herramienta empírica para probar hipótesis sobre la interacción entre emoción y cognición.

Con el avance de la psicología cognitiva, la interpretación de la CMAS se ha desplazado

levemente, aunque su utilidad persiste. Hoy en día, la escala se entiende más a menudo dentro de un marco cognitivo-conductual, donde la ansiedad manifiesta refleja los patrones de pensamiento catastrófico (preocupación) y la hipervigilancia somática. Los ítems capturan las verbalizaciones internas y las sensaciones físicas que son centrales en los modelos modernos de los trastornos de ansiedad, lo que permite a los clínicos utilizar la escala para identificar los dominios específicos de la preocupación del niño.

#### 4. Estructura y Componentes Psicométricos

La versión original de la CMAS constaba de 42 ítems de ansiedad y 11 ítems de la Escala de Mentira (Lie Scale, L-Scale), para un total de 53 ítems. La estructura de la escala está diseñada para ser completada rápidamente, generalmente en menos de 15 minutos, utilizando un formato de respuesta dicotómica (Sí/No o Verdadero/Falso). Esta simplicidad facilita la administración en grupos grandes y reduce la carga cognitiva para los participantes más jóvenes.

Los componentes principales de la escala son:

**Escala de Ansiedad Total (A-Scale):** Esta es la puntuación bruta principal, que resume el nivel general de ansiedad manifiesta. Tradicionalmente, la A-Scale se ha subdividido en factores que reflejan diferentes dimensiones de la ansiedad.

**Escala de Mentira (L-Scale):** Este componente es crucial. Consiste en ítems que miden la tendencia del niño a responder de una manera socialmente deseable o a negar defectos menores comunes a todos. Una puntuación alta en la L-Scale sugiere que el niño está siendo defensivo o intentando "fingir ser bueno", lo que puede invalidar la puntuación total de ansiedad.

A lo largo de las décadas, el análisis factorial de la CMAS ha identificado consistentemente subescalas o factores. En la versión revisada (RCMAS), estos factores se consolidaron y se hicieron más robustos. Estos factores permiten una evaluación más matizada que la simple puntuación total, ayudando a distinguir entre los diferentes tipos de manifestación ansiosa que experimenta el niño.

**Preocupación / Hipersensibilidad Social:** Ítems relacionados con la preocupación por el futuro, el fracaso escolar o la opinión de los demás.

**Ansiedad Fisiológica:** Ítems que miden las respuestas somáticas de la ansiedad, como palpitaciones, dolores de cabeza o malestar estomacal.

**Concentración / Inquietud:** Ítems que reflejan la dificultad para mantener la atención o la presencia de inquietud motora debido a la tensión interna.

#### 5. Administración, Puntuación e Interpretación Clínica

La CMAS se administra típicamente de forma colectiva o individual, dependiendo del contexto y la

edad de los participantes. Se requiere que el administrador lea en voz alta las instrucciones, asegurándose de que los niños comprendan que no hay respuestas "correctas" o "incorrectas" y que la honestidad es vital. Aunque está diseñada como una medida de autoinforme, en el caso de niños con dificultades de lectura o problemas de atención significativos, puede ser administrada verbalmente, aunque esta variación debe ser anotada, ya que puede introducir un sesgo en la respuesta.

La puntuación es objetiva y simple, sumando las respuestas que indican ansiedad. Los ítems de la L-Scale se puntúan por separado. Una vez obtenidas las puntuaciones brutas, estas se transforman en puntuaciones estandarizadas (como las puntuaciones T o percentiles) utilizando tablas normativas específicas para la edad y el sexo del niño. La interpretación clínica se basa en comparar la puntuación del niño con la de sus pares en la población general.

La interpretación requiere un análisis cuidadoso de la puntuación de la **L-Scale**. Si esta puntuación excede un umbral predefinido (indicando alta defensividad), la puntuación de ansiedad total debe interpretarse con cautela, e incluso puede ser considerada inválida, ya que el niño probablemente subestimó su nivel real de ansiedad. Si la L-Scale es aceptable, las puntuaciones elevadas en la A-Scale (típicamente T-scores por encima de 60 o 65) sugieren la necesidad de una mayor investigación diagnóstica, indicando que el nivel de ansiedad manifestado es significativamente mayor que el de la media de la población. Además, el análisis de los factores específicos (fisiológico, preocupación) ayuda a orientar la naturaleza de la ansiedad experimentada y, por ende, la planificación de la intervención.

## 6. Propiedades Psicométricas: Fiabilidad y Validez

La CMAS, y más aún su versión revisada (RCMAS), ha sido objeto de extensos estudios psicométricos que generalmente confirman su solidez como instrumento de medición. La **fiabilidad** de la escala se evalúa principalmente a través de la consistencia interna y la fiabilidad test-retest. La consistencia interna, medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, suele ser buena a excelente para la puntuación total de ansiedad, lo que indica que los ítems de la escala miden coherentemente el mismo constructo subyacente. La fiabilidad test-retest, que mide la estabilidad de la puntuación a lo largo del tiempo, ha demostrado ser adecuada, sugiriendo que la CMAS mide un rasgo de ansiedad relativamente estable.

En cuanto a la **validez**, se han explorado diversas formas. La validez de constructo se ha apoyado en análisis factoriales que demuestran que los ítems se agrupan en las dimensiones teóricas esperadas (como las subescalas fisiológica y de preocupación). Más importante aún es la validez convergente, donde las puntuaciones de la CMAS han mostrado correlaciones positivas significativas con otras medidas de ansiedad, como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC) o escalas de ansiedad informadas por los padres o maestros.

La validez discriminante también es crucial; la CMAS debe ser capaz de distinguir la ansiedad de constructos relacionados pero distintos, como la depresión o el déficit de atención. Si bien ha habido críticas sobre el solapamiento con la depresión (comorbilidad), la CMAS generalmente mantiene una validez discriminante aceptable. La robustez psicométrica de la escala ha permitido su adaptación y validación en numerosas culturas e idiomas, lo que subraya su utilidad como una medida transcultural de la ansiedad manifiesta infantil.

## 7. Revisiones, Adaptaciones y la RCMAS

A pesar de su éxito inicial, la CMAS presentaba limitaciones que se hicieron evidentes con el tiempo, incluyendo el lenguaje anticuado de algunos ítems y la debilidad de la estructura factorial en ciertas poblaciones. Esto llevó al desarrollo de la **Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada** (Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS), publicada por Reynolds y Richmond en 1978. La RCMAS se convirtió rápidamente en el estándar de oro, reemplazando en gran medida a la versión original.

La RCMAS mantuvo la estructura de autoinforme y la L-Scale, pero redujo el número de ítems de ansiedad a 28, resultando en una escala más corta y eficiente. El cambio más significativo fue la mejora de la estructura factorial, consolidando tres subescalas de ansiedad bien definidas: Ansiedad Fisiológica, Preocupación/Hipersensibilidad, y Concentración. Estos factores proporcionaron una herramienta diagnóstica más fina para investigadores y clínicos.

La evolución continuó con la RCMAS-2, publicada en 2008. Esta versión modernizó aún más el lenguaje, amplió los rangos de edad en las normas y revisó los ítems de la L-Scale para mejorar su sensibilidad. La RCMAS-2 también introdujo una subescala de Inquietud Social, reflejando una comprensión más contemporánea de cómo la ansiedad se manifiesta en entornos sociales y académicos. La persistencia de estas revisiones demuestra el compromiso de la comunidad psicológica con la mejora continua de las herramientas de evaluación para la ansiedad infantil, manteniendo la CMAS (en su forma revisada) como un pilar fundamental en la psicopatología del desarrollo.

## 8. Críticas y Limitaciones Metodológicas

A pesar de su amplio uso y solidez histórica, la CMAS, y sus revisiones, enfrenta varias críticas metodológicas y conceptuales inherentes a las medidas de autoinforme. La limitación más significativa es la dependencia de la introspección y la capacidad de comunicación del niño. Los niños pequeños (especialmente aquellos por debajo de los 8 años) pueden tener dificultades para comprender el significado matizado de algunos ítems o para reflexionar con precisión sobre sus estados internos, lo que introduce un posible sesgo en la respuesta.

Otra crítica importante se centra en el formato de respuesta dicotómica (Sí/No). Este formato,

aunque simple, carece de la sensibilidad para capturar la intensidad o la frecuencia del síntoma, a diferencia de las escalas Likert. Esto puede llevar a una pérdida de información valiosa y a una menor capacidad para detectar cambios sutiles en los niveles de ansiedad durante el tratamiento. Además, la CMAS ha sido criticada por su potencial solapamiento con la depresión. Dado que la ansiedad y la depresión a menudo coexisten en la infancia, algunos ítems de la CMAS (especialmente aquellos relacionados con la preocupación o la baja energía) pueden medir síntomas depresivos en lugar de ansiedad pura, lo que complica el diagnóstico diferencial.

Finalmente, la utilidad de la Escala de Mentira (L-Scale) ha sido objeto de debate. Si bien está diseñada para detectar la deseabilidad social o la defensividad, algunos estudios sugieren que las puntuaciones altas en la L-Scale en realidad pueden reflejar un nivel de ajuste o conformidad social genuino en niños pequeños, o simplemente una forma de afrontamiento. Interpretar una L-Scale alta como una anulación automática de la prueba puede, en algunos casos, llevar a descartar información válida sobre el estado emocional del niño. Por lo tanto, los clínicos deben utilizar la CMAS como una herramienta complementaria, integrando sus resultados con la observación conductual y la información proporcionada por los padres y maestros.

## **9. Lecturas Adicionales**

[Children's Manifest Anxiety Scale \(Wikipedia\)](#)

[Castaneda, A., McCandless, B. R., & Palermo, D. S. \(1956\). The Children's Manifest Anxiety Scale. \*Child Development\*.](#)

[Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. \(2008\). \*Revised Children's Manifest Anxiety Scale, Second Edition \(RCMAS-2\)\*.](#)