

01921
238



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

EVALUACION Y CATEGORIZACION DEL TRASTORNO
OBSESIVO - COMPULSIVO EN NIÑOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ZAYRA BERENICE URIBE ZAMORA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. LAURA HERNANDEZ-GUZMAN
COMITE DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
LIC. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEPTIEMBRE 2003.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico el contenido
contenido de esta tesis.

NOMBRE: Eayra Berenice

Uribe Zamora

FECHA: 01 Oct 2003

FIRMA: Eayra

*En memoria de mi padre, Leopoldo Uribe López,
mi base, mi escuela....*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Mamá,

De ti aprendí la fuerza y determinación para lograr los objetivos que uno desea a pesar de las adversidades. Uno de los principales motivos que me impulsaron para finalizar este ciclo.

Porque al final del camino, siempre se regresa a casa

Irving,

Por ser mi amigo de por vida. Contigo he compartido incontables experiencias y he aprendido lo que es la calidad humana. *Como hermana y hermano*, te dedico esta tesis, con todo mi amor y respeto.

A mi Tío Luis,

Por toda tu comprensión. Gracias por nunca perder la confianza en mí.

A Estil,

Por tu apoyo incondicional y el sin fin de experiencias que hemos compartido.

A mi amiga Marlen,

Por todos los momentos de regocijo y, también, por aquéllos momentos difíciles que hemos vivido. En especial, durante estos últimos 2 años.

A Esperanza,

Mi amiga, mi confidente. Gracias por tu apoyo, por escucharme y aconsejarme. Por compartirme tu vasto conocimiento, y por ser un ejemplo a seguir como Psicóloga.

A mis compañeras de laboratorio: Mariné, Flor y Graciela por los gratos momentos que compartimos juntas.

A la Dra. Laura Hernández- Guzmán, por toda su enseñanza, por compartir su conocimiento y su experiencia en el área de investigación.

A Yadhira, por las etapas que hemos compartido, y por aquéllas que hemos finalizado a la par.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Mariana y Andrea, por su sinceridad, confianza y compañía a lo largo de la carrera.

A Marcos Verdejo, por su disposición y tiempo para resolver mis dudas, y por ayudarme con la ANOVA.

A Angélica García por su acogedora compañía y, a Joaquín Caso, por esos pequeños momentos de asesoría estadística.

A mis sinodales:

Dra. Laura Hernández-Guzmán
Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo
Mtra. Fayne Esquivel Ancona
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Lic. Alma Mireia López-Arce Coria

Por su retroalimentación y observaciones que me permitieron perfeccionar este trabajo.

El presente estudio es producto del proyecto de investigación "Evaluación de los trastornos de Ansiedad" UNAMPAPIIT IN302600, financiado por el Programa de Apoyo de Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Toda nuestra ciencia, comparada con la realidad, es primitiva e infantil... y sin embargo, es lo más preciado que tenemos"

Albert Einstein

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Objetivos	4
Capítulo 1. La crianza como precursor de la ansiedad	5
Capítulo 2. Trastornos de Ansiedad	19
Capítulo 3. Trastorno Obsesivo-compulsivo	31
Capítulo 4. Evaluación del Trastorno Obsesivo-compulsivo	48
Capítulo 5. Estudio 1	
Método	65
Resultados	72
Discusión	80
Capítulo 6. Estudio 2	
Método	82
Resultados	84
Discusión	87
Capítulo 7.	
Discusión General	89
Referencias	91
Anexos	103

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

✓

EVALUACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN NIÑOS

Zayra Berenice Uribe Zamora

Director de Tesis: Dra. Laura Hernández- Guzmán
Comité de tesis: Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo
Mtra. Fayne Esquivel Ancona
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Lic. Alma Mirela López-arce Coria

Actualmente, uno de los principales problemas para tener una adecuada valoración y diagnóstico de los trastornos de ansiedad, es la falta de instrumentos desarrollados específicamente para niños. La mayor parte de éstos, se basan en modelos para adultos, sin tomar en cuenta las características personales de la población infantil ya que, consideran a los niños como pequeños adultos. Aún más, no toman en cuenta la base cultural a la que pertenece el niño por lo que, su aplicación y comprensión se ve afectada. Específicamente, en población mexicana, no se ha encontrado investigación alguna sobre la evaluación del Trastorno obsesivo-compulsivo en niños. El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se define y distingue por la presencia de obsesiones y compulsiones. Provoca un deterioro importante en el área social, emocional y escolar del niño. Entre los principales factores que se relacionan con su establecimiento se encuentra la crianza y el afrontamiento. El propósito de este estudio fue la creación de un instrumento válido y confiable con base en los criterios del DSM-IV (APA, 1994), que permita la valoración y el diagnóstico del TOC en niños y adolescentes mexicanos (TOC-UNAM). El instrumento se compone de 27 reactivos que se agrupan en cinco factores: 1) Limpieza, 2) Culpabilidad, 3) Verificación, 4) Perfeccionismo y 5) Cogniciones obsesivo-compulsivas, con un índice de confiabilidad de .8736 que explican en conjunto el 43.218% de la varianza acumulada. Su aplicación se realizó en una muestra no aleatoria de 1681 niños y adolescentes, cuyas edades comprendían de los 7 a los 16 años, y cuya escolaridad iba de segundo de primaria hasta tercero de secundaria. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños y las niñas, donde las niñas refieren más miedos que los niños. Finalmente, las correlaciones entre el instrumento TOC-UNAM y las variables de crianza, estilos de afrontamiento infantil, síntomas físicos e interacción familiar y escolar fueron significativas.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

INTRODUCCION

Tradicionalmente, los niños y adolescentes se habían considerado como pequeños adultos, por lo que los diseños de investigación, modelos de psicopatología, evaluación y tratamiento de los diversos trastornos de ansiedad en niños utilizaban extensiones de los modelos para adultos, derivados de teorías basadas en éstos, y con terminología adaptada de la población adulta (Barrett, 2000; Schniering, Hudson & Rapee; 2000).

Aunque la evaluación en niños comparte muchos aspectos en común con aquella en adultos, requiere atención especial. Recientemente se ha reconocido la necesidad de considerar el contexto de su desarrollo como un factor adicional (Barret, 2000; Benjet & Hernández- Guzmán, 2001). Su evaluación no debe extrapolarse simplemente, debe considerar el origen multicausal de la psicopatología infantil. No obstante, gran parte de la investigación en psicología clínica infantil aún se basa en los paradigmas para adultos.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los primeros problemas de salud mental que afectan a niños y adolescentes hoy en día. Las investigaciones en México estiman que más de 2 millones de niños entre 3 y 12 años presentan algún trastorno mental. Congruente con éstas, en México, aproximadamente un 23% de los niños con trastornos psiquiátricos diagnosticados, cumplen con los criterios de algún trastorno de ansiedad (Benjet, Hernández- Guzmán, Tercero & Chartt, 1999). Sin embargo, son pocos los estudios que se han realizado sobre su incidencia y evaluación. Asimismo, aún a nivel mundial existen muy pocos estudios sobre la evaluación de los trastornos de ansiedad en niños (OMS, 2001).

Una de las variables que más se han investigado en la etiología de los trastornos de ansiedad, es la crianza de los padres, sobre todo de las madres con los hijos (Echeburúa, 1998; Kendall et al., 1992). A través de las interacciones con su familia, el niño crea una idea general del mundo aprende el estilo de afrontar nuevas situaciones, además de influir en el origen y evolución de la psicopatología infantil (Albano & Morris, 1998; Hagopian & Ollendick, 1997). De aquí la importancia de estas interacciones para coadyuvar al diseño de estrategias preventivas (Mash & Graham, 2001).

Entre los trastornos de ansiedad más reconocidos se encuentra el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Si bien existen diversos estudios sobre la prevalencia y cronicidad del TOC en niños, en lo que se refiere a instrumentos que cumplan con los criterios de validez y confiabilidad, éstos son en esencia escasos.

La organización del contenido de la presente tesis es la siguiente:

En el primer capítulo se revisa la literatura referente a la crianza y como influye ésta en el desarrollo de la psicopatología infantil, específicamente los trastornos de ansiedad.

En el capítulo 2, se exponen los trastornos de ansiedad en niños: definición, prevalencia, comorbilidad, clasificación de acuerdo al DMS-IV, evaluación, y etiología de los mismos.

En el capítulo 3, se define el trastorno obsesivo-compulsivo. Su prevalencia, inicio, curso, criterios diagnósticos, etiología y los distintos tratamientos que existen.

En el capítulo 4, se revisa la investigación acerca de la evaluación del TOC en niños. Las diferentes escalas que existen para medirlo, su validez y confiabilidad, así como sus limitaciones.

En el capítulo 5, se describe la logística para el cumplimiento del primer objetivo: la construcción de un instrumento válido y confiable. También se incluyen los análisis estadísticos pertinentes para corroborar la validez y confiabilidad de la escala. Asimismo, para calcular la prevalencia e incidencia del TOC se informa cuales son las obsesiones y compulsiones más frecuentes en los niños de población general (Estudio 1).

En el capítulo 6, se describe la logística para el cumplimiento del tercer objetivo (Estudio 2).

En el capítulo 7, se discuten de manera general los resultados de la presente investigación.

OBJETIVOS

Es menester diseñar instrumentos válidos y confiables para la evaluación del TOC en niños por lo que, con base en estos fundamentos teóricos los objetivos del presente estudio son:

1. Desarrollar un instrumento válido y confiable que permita evaluar y diagnosticar el TOC en niños mexicanos basado en los criterios propuestos por el DSM-IV(APA, 1994).
2. Calcular la prevalencia e incidencia del TOC en población general mexicana, así como las obsesiones y compulsiones más comunes de la misma.
3. Someter a prueba si la aparición del TOC se asocia con otras variables que la literatura ha señalado como relacionadas con la ansiedad en general: estilos de crianza, afrontamiento, síntomas físicos e Interacción escolar y familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 1**LA CRIANZA COMO PRECURSOR DE LA ANSIEDAD****Apego madre- hijo**

Inicialmente, el ambiente del bebé está compuesto solamente por el contexto familiar, y la manera más primitiva que posee el infante para comunicar sus necesidades si tiene frío, hambre, sueño, o sed, es el llanto. La madre es quien desde el primer momento va a satisfacer estas necesidades, va a brindarle calor, cariño y atención, aliviarle el dolor, y es la primera en promover actividades como caminar, hablar, jugar.

Es así como la interacción madre- hijo será determinante para el desarrollo posterior del niño, y su calidad dependerá de las características personales que traiga cada uno de ellos a la relación. Es prácticamente imposible pensar que el comportamiento de una persona no impacte el comportamiento de otras

De esta interacción, va emergiendo una relación especial y recíproca con las personas que le rodean, el apego. El apego, se ha definido como el lazo o vínculo de amor y afecto duradero entre un bebé y sus padres (Hernández- Guzmán, 1999). Este lazo, es una necesidad primaria cuyo valor radica en la supervivencia de los individuos. A lo largo de la evolución, se han seleccionado conductas benéficas para la supervivencia de los individuos y de la especie. La sonrisa, la risa, el juego, las vocalizaciones, la aparición del lenguaje estructurado, así como la interacción en nuevos contextos son algunos ejemplos.

En el infante, las características personales dependen de las disposiciones genéticas, las condiciones durante el embarazo y en el momento del parto, y hasta de las condiciones actuales del contexto en el que interactúa. Por su parte, los padres traen a la relación una serie de características y comportamientos aún más complejos, determinados éstos por los recursos psicológicos y de apoyo adquiridos a lo largo de su vida, la historia de cada uno de los padres interactuando cada uno de ellos en la relación de pareja. (Hernández-Guzmán & López- Morales, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La responsividad de los padres (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), es decir la prontitud y efectividad con la que atiendan a su hijo, parece ser la variable clave que explica la diferencia entre una relación de apego segura y una relación de apego ansiosa (Hernández- Guzmán, 1999).

Entre más responsivos sean los padres, se evitará el comportamiento disfuncional y el desarrollo de alguna patología. El niño, tenderá a ser un individuo autónomo, competente, seguro de sí mismo, con representaciones positivas de él y sus iguales, además del desarrollo de habilidades que lo conducirán a relaciones subsecuentes más armoniosas. A este vínculo se le ha llamado apego seguro (Ainsworth et al.,1978). Asimismo, en la medida en la que el bebé logre obtener las respuestas de los padres que reduzcan el sufrimiento y satisfagan sus necesidades, aprenderá que su ambiente es controlable y previsible. Aprenderá también que es competente ejerciendo control sobre su ambiente, lo que abre un abanico de oportunidades para el aprendizaje de nuevas habilidades para enfrentar su ambiente social (Hernández- Guzmán, 1999).

Si por lo contrario, se es inconsistente, no se responde a las necesidades que éste comunica mediante el llanto, establecerá un apego ansioso (Ainsworth et al., 1978). Aún más, si desde bebé el niño no siente que ejerce control sobre su medio, presentará dificultades para interactuar exitosamente con sus iguales (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts, & Fraleigh, 1987; Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991). Las madres que desde un inicio, establecen un apego ansioso, tienden a ser autoritarias, controlando las actividades de su hijo, promueven una autoestima baja, además de suprimir la autoeficacia (Hernández- Guzmán, 1999).

Las consecuencias del tipo de apego que se establezca con el niño no sólo incluyen las antes mencionadas, sino que conllevan a otros tantos problemas posteriores. Este puede ser un certero predictor para desarrollar trastornos por ansiedad en la niñez tardía u adolescencia temprana (Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997 citado por Thompson, 2000). Ello, convierte y enfatiza el vínculo de afecto madre- hijo como un factor protector si se establece como una relación de apego segura, un factor de riesgo, si se establece como un apego ansioso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De aquí la importancia de que los padres o cuidadores responsables del recién nacido no sólo deben responder de manera satisfactoria a las demandas de éste, llevarle en brazos, responder a su llanto, alimentarlo entre otras. También deben tener la capacidad para resolver problemas, el suficiente autocontrol para reducir el estrés, y afrontar las crisis de la mejor manera posible. Es decir, deben establecer una crianza exitosa en la cuál asuman su papel de modeladores de la conducta del niño, y proporcionen los cuidados necesarios para lograr una relación de calidad, no de cantidad.

Modelos de crianza y su funcionalidad

En un inicio, el papel de los padres en el desarrollo y competencia social del niño se ignoró. Sin embargo, se ha documentado que al menos alguna de las habilidades sociales que aprende el niño para lograr una interacción exitosa, esto es, ser alguien competente, las obtuvo de la interacción padre-hijo. De esta interacción, y de la interacción con otras personas significativas, el niño aprende estrategias para afrontar nuevas situaciones (p. e. Hernández- Guzmán, 1999). Asimismo, se ha examinado la influencia de la crianza en el desarrollo emocional y conductual del niño (Dornbusch et al., 1987; Lamborn et al., 1991). Del estilo de crianza que los padres adopten, dependerá en gran medida la calidad de la relación que mantengan con su hijo en un futuro.

Los estilos de crianza son las situaciones que podrían exacerbar o mitigar la ansiedad (MacDonald & Parke, 1984). Diversas investigaciones apoyan este supuesto. Sugieren la existencia de una relación entre los estilos de crianza de los padres y la ansiedad del niño (Hock & Krohne, 1987; Hock & Krohne, 1989; Krohne & Hock, 1991, citado por Hernández- Guzmán & Sánchez- Sosa, 1997).

Se ha encontrado que la crianza está vinculada con la conducta prosocial del niño en su grupo de iguales así como del status sociométrico que tenga dentro de éste (Dekovic & Janssens, 1992). Los niños ayudados y apoyados afectivamente por sus padres en situaciones de estimulación física, tenderán a desarrollar un mayor número de conductas prosociales al interactuar con sus iguales (MacDonald & Parke, 1984).

La situación contraria, en la cual los padres son controladores y dominantes, ofrece menos oportunidades al niño para aprender y poner en práctica el dominio de las situaciones afectivas (Hernández- Guzmán, 1999; Kaufmann, Gesten, et al., 2000; MacDonald & Parke, 1984). Promueve en el niño el establecimiento de relaciones ansiosas, desconfianza y tendencia a evitar la cercanía con otros (Hernández- Guzmán & López-Morales, 1999).

Basándose en los componentes de apoyo y control de la conducta de los padres, la literatura identifica 3 prototipos básicos de control paterno que engloban, de manera general, las relaciones padres- hijos: el autoritario, el democrático o de control firme y el permisivo (Baumrind, 1966) mismos que no se dan en forma pura, sino muchos padres los combinan dependiendo de situaciones específicas:

Estilo Autoritario

Los padres autoritarios intentan moldear, controlar, y evaluar las conductas y actitudes del niño por medio de reglas inamovibles. Exhortan al niño a obedecerlos y respetarlos ciega e incondicionalmente, pues consideran que la obediencia es una virtud que caracteriza su relación de poder, donde ellos son la autoridad y el hijo es el subordinado (Baumrind, 1966; Dekovic & Janssens, 1992). Creen que al asignarle responsabilidades que tengan que ver con el mantenimiento de la casa, inculcarán el respeto por el trabajo (Baumrind, 1966; Hernández- Guzmán, 1999).

Los padres de estos niños, son controladores y dan menos autonomía. Son demandantes, y al mismo tiempo, muy poco responsivos (Hernández- Guzmán, 1999). No fomentan el intercambio verbal. Se reservan la toma de decisiones. Favorecen las medidas punitivas y violentas para restringir la autonomía del niño hasta el punto en el cual las acciones o creencias del niño pueden chocar con las de los padres (Baumrind, 1966).

Algunas de las medidas punitivas que utilizan los padres autoritarios para restringir la autonomía en el niño, son las técnicas de control directo, las prohibiciones, y el castigo físico. Este último, obstaculiza la adquisición de habilidades para un sano desarrollo emocional y conductual del niño (Dornbusch et al., 1987; Lamborn et al., 1991; McDonald

& Parke, 1984). Así mismo, el castigo físico se ha asociado con problemáticas como el bajo rendimiento escolar (Lamborn et al., 1991), la baja autoestima y falta de competencia social (Hernández- Guzmán, 1999; Hernández- Guzmán & Caso, 1999; Lamborn et al., 1991) entre otras. Incluso puede poner en riesgo la vida del propio niño.

Estudios recientes han encontrado que el estilo autoritario se asocia negativamente con la conducta prosocial (Kaufmann, Gesten, et al., 2000) y el status sociométrico del niño (Dekovic & Janssens, 1992). Aun más, la crianza autoritaria se ha correlacionado en gran medida con el desarrollo de expectativas negativas, indirectamente con la ansiedad en el niño, y el establecimiento de un afrontamiento ineficaz, como el de evitación. Niños diagnosticados ansiosos, tienden a interpretar material ambiguo como amenazante que niños no diagnosticados como ansiosos (Shortt, Barrett, Dadds & Fox, 2001).

Estilo Permisivo

Los padres permisivos realizan lo contrario de los padres autoritarios, tratan de fomentar una autonomía, autorregulación y autoeficacia en los niños sin técnicas de control. Sin embargo no cumplen su cometido debido a la falta del establecimiento de límites (Baumrind, 1966).

No favorecen la capacidad para afrontar y resolver problemas interpersonales, ni el desarrollo intelectual (Hernández- Guzmán, 1999). Son tolerantes y permiten que sus hijos actúen impulsivamente. Castigan poco y no prohíben, por lo que no demandan una conducta madura por parte de sus hijos. Los dejan hacer y deshacer, aunque se lastimen y dañen a otras personas, animales o las cosas a su alrededor. No fomentan el autocontrol en sus hijos, permiten que el niño realice conductas no necesariamente benéficas para terceros. No respetan la individualidad de los demás. Aun más, los hijos de padres permisivos tienden a ser inmaduros, no controlan sus impulsos, ni son responsables socialmente. Aún más, no respetan la individualidad de los demás (Baumrind, 1966).

Estilo Democrático

Se basa el estilo democrático en el establecimiento de reglas claras que se cumplan con firmeza. A través de la aceptación afectiva, promueve la autonomía y autoeficacia en

el niño (Dekovic & Janssens, 1992; Dornbusch et al., 1987; Lamborn et al., 1991; Kaufmann, Gesten, et al., 2000).

Los padres con una crianza democrática, reconocen la individualidad y los derechos del niño. Intentan dirigir racionalmente las actividades del niño orientándolo a la solución de problemas además de guiarlo hacia la ejecución de conductas adecuadas. Le explican las consecuencias de sus actos, y refuerzan las conductas certeras en él. No basan la crianza en sus propias decisiones, sino en el razonamiento con el propio niño. Fomentan la comunicación verbal al darle la libertad al niño para poder objetar cuando no esté de acuerdo en algo (Baumrind, 1966; Dekovic & Janssens, 1992). Esta autoridad racional, indica una superioridad en habilidades intelectuales contrario al estilo autoritario, que se ha vinculado con una menor capacidad intelectual (Hernández- Guzmán, 1999).

En un estudio realizado por Dekovic y Janssens (1992) se observó que lo padres de niños populares tendían a utilizar un estilo democrático al interactuar con sus hijos, esto es, el uso indirecto y persuasivo de estrategias verbales como las sugerencias y las explicaciones para proveer de apoyo, valor y reforzamiento positivo. También se vio que eran más sensibles a las señales del niño y que se involucraban más con el niño.

Los padres que interactúan con sus hijos en una manera más democrática, y cuya relación se basa en el dar y tomar mutuo, preparan mejor al niño para la reciprocidad, la cual es necesaria en las relaciones con iguales.

Hasta aquí se ha documentado que los estilos de crianza se relacionan con la salud psicológica infantil. Por un lado, las conductas no apropiadas por parte de los cuidadores, conducen al niño a situaciones de constante estrés y obstaculizan su sano desarrollo y, por otro, las conductas de ambos padres que promueven un apego seguro son comprometedoras, divertidas y no autoritarias.

De igual forma, se ha documentado que la familia es la primera instancia en la que el niño pone en práctica y somete a prueba su comportamiento social y la forma en que afronta las situaciones que la vida cotidiana le presenta. La familia tendrá un impacto

predominante durante la primera infancia, y sentará las bases para el funcionamiento del niño dentro de contextos extrafamiliares. Además de actuar como fuente constante de aceptación y aprobación, o de crítica y rechazo.

Cabe destacar que la interacción madre- hijo/ padre-hijo no es la única, sino también ocurren intercambios con personas ajenas a esta relación como los abuelos o familiares cercanos que moderan el aprendizaje del niño.

La Crianza en la Familia extendida

La composición de la familia varía ampliamente, y la influencia recíproca entre el infante y ésta da forma a su cúmulo de experiencias. Lo que hace que las ya de por sí complejas relaciones entre los padres y los hijos se compliquen aún más cuando uno o más miembros de la familia extendida hacen las veces de cuidadores principales o de cocuidadores. Estos traen a la relación con el niño y sus padres su propia historia de interacción y pueden actuar para atenuar los efectos de otros problemas surgidos de la relación del niño con sus padres, o para exacerbarlos aún más (Hernández-Guzmán & López- Morales, 1999).

Es en los países latinoamericanos, dónde es común encontrar que el niño se desarrolla dentro del contexto de un ámbito familiar que rebasa a la familia nuclear. Generalmente, los miembros de la familia extendida que con mayor frecuencia se encuentra ejerciendo actividades de cuidado infantil son los abuelos. En México, la convivencia con los abuelos es frecuente (Hernández-Guzmán & López- Morales, 1999).

Cuando los abuelos forman parte del contexto familiar extendido, más que tener un efecto negativo, generalmente, actúan como factores protectores que mitigan los efectos dañinos de alguna circunstancia adversa como lo sería el abandono, el divorcio, o la muerte de alguno de los padres. Establecen un vínculo emocional con sus nietos, los escuchan, y les proporcionan seguridad.

Sin embargo, la incongruencia que llega a darse entre valores culturales de los abuelos y valores adquiridos de los padres, repercute directamente sobre las habilidades de afrontamiento de los nietos a cualquier edad. Por ello, es necesario que se establezca un acuerdo entre padres y abuelos en relación con las prácticas de crianza, para que éstas sean generadoras de bienestar por parte de los abuelos hacia sus nietos y, coadyuven a la construcción de redes de apoyo emocional. Es por estas razones que resulta fundamental tomar en cuenta el carácter extendido del contexto familiar dentro de ciertas culturas, para comprender cabalmente su influencia, y su participación en el funcionamiento infantil. (Hernández Guzmán, 1999).

Ya sea como agente socializador, como transmisora de valores, o como promotora del aprendizaje infantil, la familia extendida, representa en sí, una fuente de aprendizaje del estilo de afrontamiento, y, por consiguiente, una estrategia adaptativa (Hernández-Guzmán & López- Morales, 1999) .

Afrontamiento

Desde el nacimiento, las relaciones del niño con las personas que le rodean representan el fundamento social de sus habilidades de afrontamiento. Surgido de disposiciones determinadas genéticamente, el estilo personal del infante para responder a otros se moldea y reorganiza a través de una multitud de interacciones, el niño se ubica en referencia a los adultos dedicados a su cuidado y al resto de la sociedad con distintos niveles de ajuste psicológico.

Conforme el curso del desarrollo, el niño va construyendo su propia historia de interacciones. Esta, se compone de las expectativas que tiene con respecto a sus interacciones y por las microsituaciones pasadas. Pero no sólo es esta historia la que prepara al infante naturalmente, sino que también dependerá de cómo perciba, interprete, evalúe e integre las nuevas experiencias a su repertorio de interacciones anteriores, negativas o positivas. El niño integra la historia de interacciones que ha tenido a lo largo de su vida, para hacer una predicción de lo que va a suceder después de haber evaluado una nueva situación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales para cumplir con demandas específicas tanto internas como externas (Lazarus & Folkman, 1984 citado por Lazarus, 1991) el afrontamiento, es una conducta evolutiva que indica el éxito o fracaso en situaciones amenazantes a futuro con miedo y ansiedad (Hernández- Guzmán, 1999; Perrez & Reicherts, 1992).

Con la finalidad de alcanzar un mayor entendimiento del afrontamiento, algunos autores han propuesto explicaciones que lo vinculan directamente con la reducción de ansiedad.

Perrez y Reicherts (1992) han analizado la naturaleza de la situación anisógena y la importancia de ésta tanto en la forma en que la persona la percibe como en su respuesta de adaptación a ésta. Es importante la distinción entre las características objetivas de una situación y la percepción subjetiva de éstas por parte de la persona, pues la respuesta adaptativa será el resultado de la evaluación que efectúe la persona de la situación, y será eficaz en la medida en que la perciba objetivamente.

En el caso del afrontamiento infantil, se ha reconocido que la familia tiene un impacto predominante. Son los padres quienes ante una situación que genere ansiedad en el niño, se encuentran en la posibilidad de exacerbar la ansiedad o aminorarla, mostrarle como modificar la situación o mostrársela como incontrolable, aprobar su respuesta de afrontamiento o desaprobala, es decir modular su percepción de la situación y orientar sus respuestas ante situaciones futuras. Estas experiencias dan lugar a expectativas acerca de las relaciones. Cuando son objetivas, las expectativas mejoran la certeza y la previsibilidad de las relaciones, cuando no lo son, las expectativas pueden crear profecías que se autocumplen (Hernández- Guzmán, 1999).

Asimismo, la familia extendida, en países como México, al convivir con el niño desempeña un papel fundamental en el proceso mediante el cual éste aprende a afrontar las situaciones cotidianas que su ambiente le impone. El contexto familiar extendido se encuentra en la posibilidad de exponer al niño a una gama más amplia de situaciones que la familia nuclear, lo que aumenta su potencial de aprendizaje. Como en el caso de la familia nuclear, la familia extendida retroinforma al niño por medio de la aprobación y el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

rechazo, y le da al niño más oportunidades para someter a prueba sus habilidades de afrontamiento, para imitar a más personas y para refinar las habilidades ya adquiridas. (Hernández- Guzmán & López- Morales, 1999).

Seligman (1990) propone que aprendemos a afrontar desde pequeños dependiendo del éxito o fracaso que tengamos controlando las situaciones ansiógenas. En la medida que hayamos aprendido a controlar las situaciones ansiógenas, percibiremos controlables otras a futuro, las evaluaremos optimista o pesimistamente y responderemos consecuentemente. Si no se adquiere tal previsibilidad de sucesos, la seguridad en uno mismo se vuelve impredecible también. Por ejemplo, en el pasado si no se nos ha reforzado tras enfrentar una y otra vez la misma situación, adquirimos un estado de indefensión en el cuál la cognición implica el siguiente pensamiento: "el resultado siempre será el mismo (negativo), independientemente de lo que haga".

Los resultados de la línea de investigación de Seligman coinciden con aquéllos que refieren que los niños más seguros y más competentes provienen de ambientes familiares previsibles, controlables, con reglas de actuación claras y consistentes, y donde predomina la aprobación sobre el rechazo, aun cuando se expongan a situaciones que para otros representen fuentes de ansiedad a evitar. También, concuerdan con las investigaciones sobre los estilos de crianza, encontrándose grandes similitudes con el estilo democrático que apoya contextos familiares previsibles para el niño (Hernández- Guzmán, 1999).

La carencia de recursos de afrontamiento favorece que las situaciones sociales nuevas se manejen defectuosamente y, se manifiesta precisamente en el momento que se da la interfaz familia- escuela (Hernández- Guzmán, 1999). Por ejemplo, la depresión es una forma de afrontar donde se interpreta al mundo negativamente, es una interpretación catastrófica de la realidad. La agresividad, es otra forma de afrontamiento, la cuál puede relacionarse con la ausencia de competencia social. Otras formas podrían ser las respuestas psicósomáticas.

Finalmente, los estilos de afrontamiento que adquieren los niños de la relación que tienen con sus padres y figuras significativas, juegan un papel importante en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

determinación de su autoestima, ya que de ellos aprenden las evaluaciones de sí mismos (Caso, 1999; Owens, 1995 citado por Caso, 1999; Perrez & Reicherts, 1992).

Desarrollo de la Autoestima

La autoestima infantil no es un constructo que pueda estudiarse en forma aislada, representa la evaluación que realiza el individuo de su posible actuación ante las situaciones ansiógenas (Hernández- Guzmán, 1999). Sobre el desarrollo de la autoestima, los datos parecen indicar que los niveles de autoestima se encuentran íntimamente relacionados tanto con los estilos personales de afrontamiento y con las autoevaluaciones, como con la retroalimentación interna y externa (Caso, 1999).

La retroalimentación que recibe el niño de las personas que forman parte de su contexto familiar y social es la contingencia que moldea la autoestima. Pero parece ser que la retroinformación dada desde afuera, por sí sola, no es capaz de mantener una autopercepción positiva. Un segundo componente es el sentirse competente al actuar y lograr un impacto sobre el ambiente circundante, confirmando la retroinformación percibida. La competencia o eficacia autopercebida corroboradas por las acciones mismas y la retroinformación que éstas generen serán las que en última instancia ayuden a modular decisivamente la autoestima (Berndt & Bury, 1996 citado por Hernández- Guzmán, 1999). A mayor competencia autopercebida, mayor autoestima (Hernández- Guzmán, 1999).

Se ha señalado que los estilos de crianza son considerados como factor antecedente de la autoestima. El grado de involucración del padre y la madre se relaciona de moderada a fuertemente, tanto con la autoestima infantil, como de adolescentes (Benjet & Hernández- Guzmán, 2001; Hernández- Guzmán & Caso, 1996; Lamborn et al., 1991).

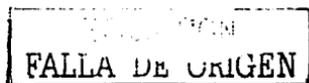
Las consecuencias de una autoestima pobre, se han documentado ampliamente en la literatura psicológica. La depresión y ansiedad (Benjet & Hernández- Guzmán, 2001) son solo un par de variables que se han asociado con la baja autoestima tanto de niños como adolescentes.

Con respecto a la autoestima infantil, los cimientos de ésta se construyen durante la infancia cuando los padres establecen la relación de apego con sus hijos (Caso, 1999). Los niños forman sus evaluaciones de sí mismos debido tanto a influencias externas como internas. La autoestima interna se fortalece con el desarrollo de conductas y habilidades que les permite convertirse en autosuficientes, independientes y autónomos. La autoestima externa se encuentra asociada con la forma en que los demás responden, es decir, la manera en que evalúan y valoran. El origen de la autoestima externa se ubica en las interacciones complejas que los niños sostienen con las personas que conforman su entorno, evaluándose de acuerdo con las evaluaciones reflejadas por éstas (Owens, 1995 citado por Caso, 1999).

Además, destaca el carácter multidimensional de la autoestima en niños y adolescentes, en base a los dominios que ejercen mayor influencia en dichas etapas del desarrollo, distinguiendo las dimensiones social, académica, familiar, física y moral (Pope, 1988 citado por Caso, 1999).

El área social incluye los sentimientos del niño con respecto a las relaciones con sus amigos. El área académica se refiere a la evaluación de sí mismo como estudiante. El área familiar refleja los sentimientos acerca de sí mismo como miembro de su familia. El área corporal o física es una combinación de apariencia física y capacidades basada en la satisfacción que el niño tiene de la forma y ejecución de su cuerpo. Por último, el área global es una apreciación general de sí mismo basada en la autoevaluación del niño (Hernández- Guzmán & Caso, 1996).

Tanto el reconocimiento como la aceptación social parecen jugar un papel preponderante en el desarrollo sano del ser humano, pues realimentan su comportamiento y ayudan a conformar el concepto de sí mismo. Los niños que gozan de la aceptación y aprobación social de sus compañeros presentan un mejor concepto de ellos mismos. Aquellos niños aceptados socialmente tienen un mayor número de elementos para formar un concepto positivo de ellos, en cambio, el niño rechazado, carente de la aceptación social y de una buena reputación, posee menos elementos para construir un concepto



positivo, por lo que en la mayoría de los casos, su autoestima se encuentra más devaluada (Hernández- Guzmán, 1999).

Dada la influencia que sobre la autoestima tienen variables tales como la competencia social, la conducta prosocial y la crianza, se requiere fomentar su estudio y promover programas orientados al desarrollo de conductas adaptativas que repercutan favorablemente en el funcionamiento psicológico de los individuos desde las etapas tempranas de su desarrollo y, eviten el establecimiento de ansiedad.

Ansiedad en la crianza

Como profesionales involucrados en la salud del individuo, es importante destacar que el vínculo entre la ansiedad y el desarrollo socio- emocional del niño, es la base para la prevención y tratamiento de la psicopatología infantil porque al establecerse ansiedad en el continuo del desarrollo, la probabilidad de que el niño muestre patrones de conducta problema, un afrontamiento ineficaz y el desarrollo de trastornos que afecten e interrumpan su desarrollo sano, se incrementa.

En la medida en que los niños crecen, sus patrones de miedo cambian, pero no siempre en una relación lineal con la edad. Aunque muchos miedos infantiles disminuyen y hasta desaparecen con la edad, se da una proporción de mismos que perduran (Hernández- Guzmán, 1999).

Estos miedos que perduran pueden deberse a la experiencia continua de interacciones familiares disfuncionales que proveen al niño de escasos recursos de afrontamiento. Aunque la ansiedad y el miedo forman parte del desarrollo normal y son biológicamente adaptativos, cuando interfieren con el funcionamiento normal del niño son considerados patológicos y desembocan en un trastorno por ansiedad.

Durante los últimos años, se ha enfatizado el papel de la familia como precursor de los trastornos de ansiedad (MacDonald & Parke, 1984). La disfunción familiar, y específicamente, las prácticas de crianza orientadas hacia el autoritarismo y el castigo

(Hernández- Guzmán & Sánchez- Sosa, 1997, Shortt et al., 2001) predicen la ansiedad en niños y adolescentes. De aquí la importancia que se da a la crianza que el niño reciba.

CAPITULO 2**TRASTORNOS DE ANSIEDAD****Ansiedad en la niñez**

El estudio sobre el desarrollo de la ansiedad, si bien no niega la contribución de disposiciones heredadas, ha podido mostrar que si éstas encuentran terreno fértil en el ambiente social del niño, se desarrollarán en ansiedad patológica. Si éste no es el caso, y se enfrentan a un contexto sano, podrán evitarse o mitigarse. Por ello, cuando el miedo y la ansiedad interfieren con la funcionalidad normal del niño o adolescente y su familia, se consideran disfuncionales, y se convierten en trastornos por ansiedad (Hernández-Guzmán, 1999).

El miedo y la ansiedad en la niñez incluyen manifestaciones fisiológicas que reflejan la actividad del sistema nervioso autónomo; conductuales, que entrañan comportamiento observable, como respuestas de huida o evitación, llanto, comerse las uñas, temblar, etc.; y cognoscitivas, que se presentan en forma de pensamientos y autoverbalizaciones catastróficas, de preocupación excesiva, de autoexigencia, o de derrota. (Echeburúa, 1998; Hernández-Guzmán, 1999).

Los contenidos de los miedos y fuentes de ansiedad varían a lo largo del espectro del desarrollo. Se sabe que los miedos son comunes en los niños, y que el número de miedos disminuye con la edad. En edades iniciales, son generales e indiferenciados, tendiendo a más abstractos, específicos y se relacionan principalmente con evaluación social en edades posteriores. Además, se ha documentado que las niñas refieren más miedos y mayor prevalencia de trastornos de ansiedad que los niños (Echeburúa, 1998; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Hernández-Guzmán, 1999; Kendall, Chansky, et al., 1992; Ollendick, 1983).

El niño de 0 a 1 años suele responder con llanto a los estímulos intensos y desconocidos, o al encontrarse desamparado. El llanto es una respuesta de adaptación que sirve para alertar a la madre ante un peligro que acecha al bebé. En los niños de 2-4 años aparece el temor a los animales, que puede, sin embargo, persistir más allá de esta

primer edad. En los niños de 4- 6 años surge el temor a la oscuridad, a las catástrofes y a los seres imaginarios, así como el contagio emocional del miedo experimentado por otras personas y la preocupación por la desaprobación social (Tabla 2.1). A medida que el niño crece y se desarrolla la capacidad de recordar el pasado y de prever el futuro, sus miedos van formulándose cada vez más en términos de peligros imaginarios, o bien en términos de desgracias que no le atañen inmediatamente, pero que le podrían afectar en el futuro (Echeburúa, 1998).

Edad	Miedos más frecuentes
0- 1 años	Personas extrañas Ruidos fuertes Animales Oscuridad
2- 4 años	Tormentas Daños físicos Personas disfrazadas
4- 6 años	Oscuridad Brujas y fantasmas Catástrofes Separación de los padres
6- 9 años	Daño físico Ridículo Escuela Muerte
9- 12 años	Accidentes y enfermedades Bajo rendimiento escolar Conflicto entre los padres
12- 18	Relaciones interpersonales Pérdida de autoestima

Tabla 2.1 Miedos evolutivos normales más frecuentes en las fases del desarrollo infantil (Echeburúa, 1998; Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

Muchos de los niños superan estos miedos conforme crecen, pero niños con alguna patología en su desarrollo socio- emocional, generalmente, ocultan sus miedos lo que, desemboca en un trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad ocurren cuando el funcionamiento de la persona se trastorna debido a una respuesta ansiosa extrema y fuera de proporción con respecto a la amenaza real que plantea un determinado estímulo amenazante (Benjet & Hernández-Guzmán, 2001). Son condiciones crónicas que causan un deterioro en la salud general del niño (Shear & Mammen, 1997). Se caracterizan por la aparición de crisis de angustia, síntomas de aprehensión, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente, falta de aliento, palpitaciones, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control (APA, 1994).

Epidemiología

Prevalencia

La literatura refiere que los trastornos de ansiedad constituyen la forma de psicopatología infantil y adolescente de mayor prevalencia. Así lo han documentado diversos estudios epidemiológicos (Chorpita, Albano & Barlow, 1998; Essau et al., 2000; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney & Bogie, 2001). De acuerdo a un estudio nacional de comorbilidad realizado por Kessler et al. (1994 citado por Shear & Mammen, 1997), su frecuencia es de 24.9%. Estudios anteriores, informan porcentajes similares como se indica en la tabla 2.2.

Por otra parte, Essau, Conradt & Peterman (2000) encontraron en una muestra de 1,035 estudiantes entre 12 y 17 años que la frecuencia de los trastornos de ansiedad fue de 18.6%.

	Estudios						
	Lapouse & Monk (1958)	Agras, Silvestre & Oliveau (1969)	Werry & Quay (1971)	Richman, Stevenson & Graham (1975)	Earls (1980)	Kastrup (1976)	Abe & Masui (1981)
Miedos	43%	7.7%	16.5%	12.8%	14%	4%	2- 43%
Separación y otras ansiedades	41%		18%			13.7%	

Tabla 2.2 Estudios sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños (Kendall, Chansky, et al., 1992).

Incidencia

Los trastornos de ansiedad tienen una alta incidencia en la infancia. Los hallazgos de Kessler et al. (1994, citado por Shear & Mammen, 1997) indican que el porcentaje de prevalencia en hombres es de 19.2%, y en mujeres del 30.5%, congruente con aquéllos que indican que las niñas refieren más miedos que los niños (Echeburúa, 1998; Essau et al., 2000; Hernández- Guzmán, 1999; Ollendick, 1983).

Curso

Generalmente, los trastornos de ansiedad en la niñez causan un serio deterioro en la adultez. Diversos estudios sugieren que aquellos individuos con una historia de trastorno de ansiedad en la niñez, son propensos a desarrollar otros trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en etapas posteriores (Essau et al., 2000).

Aquellos niños con trastornos de ansiedad presentan problemas como bajo rendimiento escolar, deficiencias en la interacción social especialmente con los pares, y muestran conductas de aislamiento (Hernández-Guzmán, 1999; Shear & Mammen, 1997). Estos síntomas tienden a aumentar con el paso del tiempo hasta llegar a un momento crítico.

Comorbilidad

Se ha encontrado que los trastornos de ansiedad preceden a la depresión (Chorpita, Albano & Barlow, 1998; Avenevoli, Stolar, Li, Dierker & Ries, 2000; Essau et al., 2000) De acuerdo con Kessler (1994 citado por Shear & Mammen, 1997), la comorbilidad entre éstos es entre 30 y 60%. A este respecto, y como ya se indicó anteriormente, Schniering, Hudson y Rapee (2000), sugieren que conforme el niño ansioso crece, la probabilidad para desarrollar depresión, aumenta. No obstante, es innegable la sobreposición de la sintomatología entre el diagnóstico de ansiedad y el diagnóstico de depresión.

De igual manera, se ha documentado que los trastornos de ansiedad co- ocurren con los trastornos de la atención. La comorbilidad que más se ha investigado es aquella con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Anderson, 1994; Kendall, Chansky, et al., 1992; Manassis, 2000), y con los trastornos de conducta (Anderson, 1994). También pueden relacionarse con el uso de sustancias (Essau et al., 2000; Hernández Guzmán, 1999).

Manifestaciones de los Trastornos de Ansiedad

Algunas de las reacciones fisiológicas características de los trastornos de ansiedad son: palpitaciones, incremento o disminución de la presión sanguínea, debilidad general, respiración acelerada, espasmos, temblores, tensión facial, rigidez, insomnio, dolor abdominal, pérdida del apetito, náuseas, acidez estomacal, vómito, frecuencia para orinar, palidez, sudoración, y periodos de frío o calor (Barlow, 1988; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Edmund & Bourne, 1994; Kendall, Chansky, et al., 1992; Lipschitz, 1988).

Las manifestaciones de ansiedad en la niñez y adolescencia son similares aunque no exactamente iguales a las de los adultos. Para explicar la sintomatología de los trastornos de ansiedad, se ha propuesto un modelo que los divide en tres sistemas: Sistema Afectivo, Sistema Conductual y Sistema Cognitivo (Barlow, 1988; Beck et al., 1985), congruente con el modelo tripartita desarrollado por Lang (1977 citado por Barlow,

1988). Todo organismo manifiesta su disfunción ante una situación de peligro a través de determinada sintomatología en cada uno de estos sistemas.

Síntomas Afectivos	Síntomas Conductuales	Síntomas Cognitivos
Impaciente	Inhibición	Sensación de irrealidad
Nervioso	Inmovilidad Muscular	Hipervigilia
Tenso	Evitación	Confusión
Ansioso	Tartamudeo	Dificultad para concentrarse
Asustado	Hiperventilación	Distractibilidad
Alarmado	Intranquilidad	Bloqueo
Nervioso	Coordinación motriz	Dificultad para razonar
Aterrorizado	deteriorada	Distorsión cognitiva
Irritable		Miedo a perder el control
Inquieto		Miedo a morir
Preocupado		Miedo al daño físico
Inseguro		Temor a imágenes visuales

Tabla 2.3 Principales síntomas referidos en los trastornos de ansiedad (Barlow, 1988; Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Desde una perspectiva cognitiva, los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, sin tomar en consideración los componentes de la situación, experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las efectivas de las que no lo son y, por último, suelen ser lentos en la toma de decisiones. Por ello, no es infrecuente la adopción de la evitación como estrategia de afrontamiento (Echeburúa, 1998).

Clasificación

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son relativamente una nueva categoría. No es sino hasta el advenimiento de la tercera versión del DSM (American

Psychiatry Association, 1980) y el CIE-9 (World Health Organization, 1979) que se comienzan a realizar investigaciones en esta área (Last, 1988).

Su clasificación más reciente de acuerdo con el DSM-IV, distingue las siguientes categorías diagnósticas: Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno de ansiedad por separación, Fobia social, Fobia específica. Como ya se indicó anteriormente, estas categorías, en el caso de los niños y adolescentes, han surgido y se han adaptado de las caracterizaciones del trastorno en adultos.

Trastorno por estrés Postraumático (TEPT): Se presenta a partir de un suceso estresor desencadenante, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, como asaltos, golpes, maltrato infantil, violación, etc.. En algunos casos, es suficiente con ser testigo de un acontecimiento horrendo o tener conocimiento de una amenaza seria (APA, 1994; Hernández-Guzmán, 2001). Su característica principal es reexperimentar el evento traumático inhibiendo así, el buen funcionamiento del niño (Schniering, Hudson & Rapee, 2000).

Fobia Social: El aspecto esencial en este trastorno, es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. Cuando el individuo con fobia social se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a una persona ansiosa, débil, loca o estúpida. (APA, 1994; Lipschitz, 1988).

Fobia Específica: Es un miedo persistente e irracional desencadenado por la presencia de una situación u objeto específico que se evita o se mantiene a pesar del intenso malestar que provoca. Un niño o adolescente con una reacción fóbica experimenta ansiedad y puede o no presentarse un ataque de pánico (APA, 1994; Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Trastorno de ansiedad por separación (TAS): Puede aparecer cuando el niño se aleja de sus padres o cuando éstos, se ausentan. Por ejemplo, el ingreso del niño a la escuela o cuando los padres salen de viaje. La dependencia del niño respecto a la madre adquiere en estos casos tintes dramáticos, sin serle posible a ella separarse del niño incluso a pocos metros o por escasos momentos. Se caracteriza por preocupación excesiva de separarse de sus cuidadores. Temen la pérdida o daño de sus padres o padres o quienes hacen las veces de éstos (APA, 1994; Echeburúa, 1998; Schniering et al., 2000)

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC): Se caracteriza por obsesiones que son pensamientos, urgencias e imágenes perturbadoras que provocan sufrimiento, disgusto y/o incomodidad. Asociadas con las obsesiones, se presentan las compulsiones que son conductas repetitivas, cuya finalidad es mitigar, evitar, disminuir o suprimir las emociones y sensaciones desagradables e incómodas provocadas por las obsesiones.

Etiología

En la etiología de los trastornos de ansiedad desempeñan un papel importante, por un lado, los acontecimientos estresantes, separación materna, divorcio de los padres, muerte de uno de los padres, hospitalización de la madre o del niño, cambio de residencia, etc.; en los periodos críticos de la infancia y, por otro lado, la crianza de los padres, sobre todo de las madres con los hijos (Echeburúa, 1998; Kendall, Chansky, et al., 1992).

El papel de la familia como copartícipe de los trastornos de ansiedad, se ha investigado en la interfaz desarrollo infantil -sistema familiar (Albano & Morris, 1998; Hagopian & Ollendick, 1997; Kendall, Chansky, et al., 1992). Los trastornos por ansiedad desde una perspectiva del desarrollo, se consideran como el resultado de las transacciones dinámicas entre factores intra y extra-organísmicos. Pueden entenderse desde el punto de vista de la interacción entre la persona y cada una de las situaciones que le imponen los contextos ambientales predominantes en diversos momentos de su ciclo vital. El contexto que, a lo largo del desarrollo, influye predominantemente en el origen y evolución de la psicopatología infantil y adolescente es la familia, concretamente los padres o quienes hacen las veces de éstos (Albano & Morris, 1998; Hagopian & Ollendick, 1997; Shear &

Mammen, 1997). Por su parte, Famularo, Fenton, Kinscherff & Ayoub (1994) coinciden con esta conclusión, y añaden datos que sugieren que las madres diagnosticadas con trastornos de ansiedad son menos cariñosas y emocionalmente inaccesibles, manifiestan dificultades para establecer un apego sano y presentan conductas de crítica, rechazo e irritabilidad que favorece la propensión de sus hijos a los trastornos de ansiedad.

Un modelo alternativo que se ha investigado en estos últimos años es el modelo tripartita de la emoción (Clark & Watson's, 1991 citado por Chorpita, Milani & Moffitt, 2000). Sugiere que existe un factor general, afecto negativo (NA) que se comparte entre ansiedad y depresión, y dos factores específicos, la sobre-estimulación fisiológica (PH), común en los trastornos de ansiedad, y el bajo afecto positivo (PA), común en la depresión. Este modelo, da una explicación alterna al origen y establecimiento de los trastornos de ansiedad y trastornos del afecto en la niñez. Además, enfatiza el desarrollo emocional del niño como precursor de los mismos (Chorpita, Albano & Barlow, 1998). A continuación se presenta en la figura 2.1

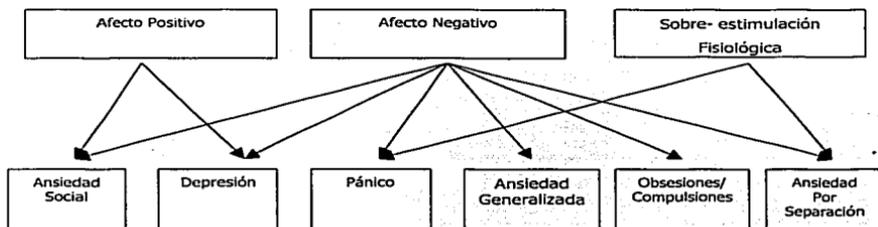


Figura 2.1. Influencias de la sobre-estimulación Fisiológica, el Afecto Negativo y el Afecto Positivo en determinados trastornos por ansiedad y trastornos del afecto (Chorpita, Milani & Moffitt, 2000).

Básicamente, el modelo consiste en las siguientes relaciones: (1) Afecto Negativo (NA) presenta una relación positiva con todos los trastornos de ansiedad y con depresión, (2) Afecto Positivo (PA) presenta una relación negativa con depresión y con fobia social y (3) Sobre-estimulación fisiológica (PH) presenta una relación positiva con el trastorno de pánico y con el trastorno de ansiedad por separación (Chorpita, 2002; Chorpita et al., 2000).

Además, el modelo permite una mejor comprensión de la alta co-ocurrencia entre ansiedad y depresión en niños. Asimismo, permite un mejor entendimiento de las causas para clasificar a los trastornos de ansiedad ya que, las dimensiones esenciales del afecto y sobre-estimulación están relacionados con la ansiedad y los trastornos depresivos (Chorpita, 2002).

Evaluación

Existen muchas medidas de autoinforme diseñadas para evaluar la ansiedad en niños y adolescentes, como se muestra en la Tabla 2.3. La confiabilidad test- retest para cada una de las medidas se ha referido de moderada a alta. Los hallazgos encontrados, sugieren que las medidas de autoinforme para evaluar la ansiedad en niños y adolescentes son confiables (Schniering et al., 2000).

Instrumento	Confiabilidad Test-retest	Referencia
Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)	0.68- 0.98	Reynolds and Richmond (1985)
State- Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)	0.63 para el estado A 0.44 para el rasgo A	Finch, Kendall, Montgomery y Morris (1975)
Fear Survey Schedule for Children- Revised (FSSC- R)	0.55 - 0.82	Ollendick (1983)
Social Phobia and Anxiety Inventory for children (SPAI- C)	0.63 - 0.86	Beidel et al. (1995)

Spence Children's Scale (SCAS)	0.51	Spence (1997)
Multidimensional Anxiety Scale for children (MASC)	0.79 – 0.93	March et al. (1997)
Screen for child anxiety related Emotional disorders (SCARED)	0.86	Birmaher et al. (1997)

Tabla 2.4 Confiabilidad Test- retest de las medidas de autoinforme de ansiedad en niños (Schniering, Hudson & Rapee, 2000).

La validez para cada escala de ansiedad se ha calculado por medio de correlaciones entre los autoinformes y otras escalas. Por ejemplo, se han informado altos porcentajes de validez convergente y concurrente para el RCMAS (Reynolds, 1982), el State- Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Hodges, 1990), Fear Survey Schedule for Children- Revised (FSSC- R; Ollendick, 1983), the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; Beidel, 1996), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997) y The multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Estas medidas son rápidas y fáciles de administrar y proveen información relevante. Sin embargo, sólo algunas escalas han demostrado ser sensibles a los resultados del tratamiento y a los cambios del desarrollo. Aunado a esto, y más importante aún, han demostrado tener una gran limitante: No discriminan entre grupos diagnósticos (Schniering et al., 2000).

Una alternativa a las entrevistas estructuradas y a las medidas de autoinforme, es la evaluación conductual de ansiedad en niños. Las 2 categorías principales son la observación directa y las pruebas de evitación conductual (Behavioral avoidance tests, BATs). Sin embargo, estos sistemas de evaluación tienen ciertas limitantes como lo costoso de su aplicación tanto en escenarios experimentales, como en escenarios naturales, o la escasa información que proveen los BATs (Schniering et al., 2000).

Otro tipo de medidas son las medidas cognitivas. Éstas, se utilizan para evaluar los estados emocionales como el Negative Affect Self- statement Questionnaire (NASQ; Ronan, Kendall & Rowe, 1994). No obstante, se recolecta aún mayor información cuando

se utilizan como complemento de otras medidas. Finalmente, la evaluación fisiológica es otra alternativa para la evaluación de ansiedad en niños y adolescentes, aunque lo costoso del equipo hace de ésta, una medida poco accesible para la investigación.

Debido a sus múltiples limitaciones, tanto la evaluación conductual y la evaluación fisiológica como las medidas cognitivas, no se utilizan comúnmente en la práctica clínica. Para el cumplimiento de uno de los principales propósitos de la investigación en Psicología: la prevención de los problemas psicológicos, el cuál es innegable, parte de la investigación en psicología clínica infantil debe enfocarse en el desarrollo de instrumentos precisos.

En el curso de su crecimiento y desarrollo, los niños y adolescentes experimentan numerosos miedos, la mayoría transitorios y asociados a una determinada edad. Sin embargo, si éstos persisten derivan en algún trastorno de ansiedad. Resulta importante, por lo tanto, definir claramente los trastornos de ansiedad. A partir de información concisa y especializada, se puede obtener un diagnóstico certero de éstos que permita el desarrollo de programas de intervención específicos y eficientes, enfocados a reestablecer el adecuado funcionamiento del ser humano. Entre los trastornos de ansiedad se encuentra el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y, este es el caso: la revisión de la literatura referente al TOC.

CAPITULO 3**TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un padecimiento crónico, altamente incapacitante y debilitante. Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves para provocar pérdidas de tiempo significativas. Además, la persona que lo padece muestra un deterioro progresivo en las relaciones escolares, laborales y sociales (APA, 1994; Grados & Labuda, 1997; Mc Gough & Speier, 1993; Piacentini, 1998).

Inicialmente, sólo se consideraba al TOC como un trastorno típico de la edad adulta, no es sino hasta el advenimiento del DSM-III-R que se le considero un trastorno infantil. Si bien para el sistema DSM es uno de los trastornos de ansiedad por excelencia, otros sistemas de clasificación no lo consideran un trastorno de ansiedad (CIE-10; World Health Organization, 1992).

A diferencia de otros trastornos psiquiátricos el TOC en niños y adolescentes es relativamente idéntico a aquél que se da en adultos en cuanto a su prevalencia, fenomenología y etiología (Geller, Biederman, Faraone, et al., 2001; Geller, Biederman, Jones, et al., 1998; Grados & Labuda, 1997; Piacentini, 1998).

Características clínicas

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas de carácter persistente que el individuo considera intrusas, inapropiadas y sin sentido, que provocan ansiedad o malestar significativos. Parten de la idea de perder el control, de temas ligados con la religión o el tener alguna parte del cuerpo limpia todo el tiempo (APA, 1994; Foa & Wilson, 2001). La persona que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades, es decir, compulsiones. Éstas, son el componente conductual que dota al TOC de su carácter compulsivo.

Las compulsiones son conductas de carácter recurrente, cuya finalidad es mitigar, prevenir, disminuir o aliviar la ansiedad, y se ejecutan de manera repetitiva, ritualista, estereotipada, percibiéndose como innecesarias (APA, 1994). El acto compulsivo puede considerarse desagradable, tedioso o molesto, pero la resistencia se acompaña de ansiedad creciente que se puede aliviar solo mediante la ejecución del mismo, sin proporcionar placer o gratificación. Se manifiestan por medio de rituales y conductas de evitación. El ritual no es en sí mismo un fin, generalmente, su naturaleza es preventiva, ya que la intención detrás de él es anticiparse a sucesos terribles. Los rituales se presentan en forma repetitiva y estereotipada, con un propósito que obedece a reglas específicas. Por ejemplo, revisar varias veces antes de irse a dormir si las puertas están bien cerradas para anticiparse a la posible incursión de un ladrón, o lavarse las manos frecuentemente para evitar gérmenes e infecciones. No obstante, muchas veces, son poco realistas y la acción encaminada a evitar que ocurra algo temido en la realidad difícilmente la prevendría.

Debe quedar claro, sin embargo, que las compulsiones también ocurren de manera encubierta. Poseen exactamente las mismas características y cumplen con la misma finalidad que sus contrapartes manifiestas (Detweiler & Albano, 2001). Por ejemplo, verificar si alguna operación aritmética se realizó correctamente una y otra vez por temor a cometer algún error, la repetición imaginada de una secuencia de palabras para evitar que un familiar sufra un accidente, o bien tratar de no mirar un número en particular, considerado de mala suerte, y si se llega a mirar por accidente, buscar inmediatamente otro número de buena suerte que lo neutralice.

Algunas de las obsesiones más comunes son de contenido agresivo, de contenido sexual, de contenido religioso, miedo a la suciedad y a la contaminación, miedo a hacerle daño a los demás, miedo a la muerte, necesidad de simetría y precisión, de números, y somáticas. Con respecto a las compulsiones, las de mayor frecuencia son de limpieza y lavado, de verificación, de orden, coleccionismo, evitación, conteo, y rituales repetitivos. No obstante, es escasa la investigación que documente cuáles son las obsesiones y compulsiones más frecuentes.

Swedo, Leonard, Lenane & Cheslow (1989) realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, National Institute of Mental Health) con 70 niños diagnosticados con TOC. Los resultados sobre la frecuencia de cada una de las obsesiones y compulsiones informadas por los niños se muestran en la tabla 3.1

Obsesiones	%	Compulsiones	%
Lavado excesivo	85	Rituales de limpieza	23
Medidas para prevenir el daño	16	Tocar	20
Números de la suerte	8	Contar	18
Temor a la contaminación	40	Simetría	17
Preocupación por las secreciones del cuerpo	8	Ordenar, arreglar	17
		Coleccionismo	11
		Rituales repetitivos	51
		Verificación	46
		Rituales de escritura, movimiento o habla	26

TABLA 3.1 Obsesiones y compulsiones más frecuentes en la niñez.

Como distinguir el TOC de otros trastornos

De acuerdo con Clark y Purdon (1993), las siguientes características distinguen a quien padece TOC: (a) verifica excesivamente la presencia de intrusiones mentales, (b) cree que esas intrusiones conllevan algún tipo de catástrofe, (c) cree que estos pensamientos son responsables del daño, (d) cree que debe controlar estos pensamientos para evitar el daño y, así, reducir la incomodidad, preocupación o sufrimiento concomitante, y (e) es perfeccionista (Bhar & Kyrios, 1999). El perfeccionismo se ha definido como la tendencia a creer que existe una solución perfecta para cada problema, que hacer las cosas perfectamente no sólo es posible, sino necesario y que aún los errores menores podrían acarrear consecuencias serias.

Según el DSM-IV, el diagnóstico del TOC se da cuando una persona presenta obsesiones o compulsiones, o ambas. En algún punto a lo largo del trastorno, la persona reconoce que sus obsesiones o compulsiones son poco realistas, absurdas y excesivas, aunque en el caso de los niños este criterio se ignora ya que una gran cantidad de niños manifiesta que éstas son razonables. Los criterios para definir las obsesiones y compulsiones se muestran en la tabla 3.2

Las Obsesiones:

1. se definen por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivas son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las Compulsiones:

1. se definen por comportamiento (p. e., lavado de manos, comprobaciones) o actos mentales (p. e., rezar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o a ciertas reglas que debe de seguir.
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo estos comportamientos u operaciones mentales no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

Tabla 3.2 Criterios diagnósticos para definir las obsesiones y compulsiones (APA, 1994).

Un diagnóstico positivo del trastorno obsesivo-compulsivo requiere también que la consecución de los rituales lleve más de una hora al día o interfiera de manera importante con el funcionamiento personal y social. En el caso de los niños debe afectar su desempeño escolar, sus relaciones con otros niños y/o con su familia.

Estas características que hacen único al fenómeno obsesivo compulsivo podrían dar la impresión de que el diagnóstico inicial es una tarea fácil. Tradicionalmente, ha habido confusión al tratar de distinguir el TOC del proceso esquizofrénico. Las características que distinguen al TOC de la esquizofrenia radican principalmente en que en las condiciones de esquizofrenia las ideas, imágenes o impulsos intrusos se atribuyen a fuerzas externas y el paciente no necesariamente los considera sin sentido y rara vez se resiste a éstos. En el TOC, el paciente se percata de que las obsesiones provienen de su propio pensamiento y no del exterior, y se resiste a éstas.

Con respecto a la distinción entre el TOC y algunos trastornos orgánicos, en estos últimos, las ideas o actos repetitivos no tienen contenido intelectual, carecen de intención y tienen una naturaleza primitiva.

Tampoco debe confundirse con algunos rasgos de personalidad obsesiva. En éstos las obsesiones muestran más estabilidad, son ego-sintónicas, muy rara vez causan incomodidad o disgusto, en casos muy raros van acompañadas de la sensación de compulsión y no producen resistencia (Rachman & Hodgson, 1980).

Finalmente, se deben descartar otros posibles diagnósticos. Cuando está presente algún otro trastorno del Eje I, las compulsiones y las obsesiones no deben restringirse, por ejemplo, a pensamientos de culpa propios de la depresión mayor, a preocupaciones acerca de la comida en la presencia de trastornos alimentarios, o bien a preocupaciones asociadas con la apariencia física en presencia del trastorno dismórfico corporal, etc.

Epidemiología

Prevalencia

Diversos estudios, manejan un porcentaje similar sobre la prevalencia del TOC. Ésta, se ha estimado entre un 2 y 4% (APA,1994; Grados & Labuda, 1997; De Silva & Rachman, 1992). Su incidencia anual en todas las edades es de .69% (Swedo et al., 1989), y es mayor en personas con un cociente intelectual alto (Black, 1999; Echeburúa, 1998).

Se ha informado que el TOC es más común que la esquizofrenia, el trastorno bipolar, o el trastorno de pánico (APA, 1994). En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) se encontró que sólo el 26% de los casos clínicos referidos con inicio en la niñez habían presentado TOC como único trastorno diagnosticado.

Inicio

La mayor parte de los estudios sobre TOC, referidos en la literatura, informan que el inicio del mismo ha ocurrido antes de los 25 años (De Silva & Rachman, 1992; Foa & Wilson, 2001; Rachman & Hodgson, 1980).

Contrario a lo que se ha informado sobre los trastornos de ansiedad, la edad de inicio del TOC es menor en los varones que en las mujeres (De Silva & Rachman, 1992; Swedo et al., 1989). Para los varones la sintomatología se presenta entre la niñez y la adolescencia temprana: entre los 6 y 15 años, mientras que en las mujeres se presenta en la adolescencia tardía: entre los 20 y 29 años (APA, 1994; Black, 1999).

Aún más, la aparición del TOC es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de las personas que lo padecen presenta un curso crónico con altas y bajas, y con exacerbaciones de los síntomas; pocas son las que presentan un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes (APA, 1994).

Curso

Las creencias mágicas, las supersticiones y los rituales se encuentran, en general, bajo el control del niño y no interfieren habitualmente en su vida cotidiana (Echeburúa, 1998). En los niños con TOC, estas conductas se acrecientan, y dejan de ser rituales evolutivos para convertirse en rituales patológicos.

Los niños, normalmente se comprometen en juegos ritualistas y creen en las supersticiones. Los que ya caminan tienen patrones conductuales repetitivos, y ya para la edad de 3 o 4 años, los preescolares presentan mayor seguridad ante los cambios o transiciones, pero tal vez tengan rituales relacionados con la comida, el baño y el dormir hasta la edad de 6 años. En algunos casos, y más cerca del final de este período evolutivo, pueden aparecer esporádicamente rituales más lúdicos y con menor significancia funcional, como contar reiteradamente los escalones de la escalera, contar determinados números de manera supersticiosa o la repetición imaginada de una secuencia de palabras para evitar que sus familiares sufran un accidente. Entre los 7 y 11 años pueden surgir rituales relacionados con el coleccionismo. (Echeburúa, 1998; Grados & Labuda, 1997). Coleccionar cartas de béisbol, figuras o muñecas está bien establecido en niños normales, pero en niños con TOC, el amontonamiento, por ejemplo, de cosas desgastadas o inútiles, es muy frecuente.

Además, los niños que padecen TOC pueden tener vidas muy cambiantes, debido a los altibajos que les ocasionan las obsesiones y compulsiones. Están conscientes de que sus síntomas son anormales, indeseables, innecesarios, y hasta ridículos. Tienen miedo a que algo esté terriblemente mal con ellos y enloquezcan por lo que, son usualmente discretos y realizan grandes esfuerzos para minimizarlos, sin obtener resultado alguno. Generalmente, contienen su necesidad de ejecutar los rituales en público, y pueden esperar hasta su regreso a casa antes de descargar del todo sus compulsiones.

Los rituales pueden ser ejecutados por un período de 4 a 6 meses antes de que los padres noten que algo anda mal (si en su caso se detecta), mientras que los maestros y compañeros presentan mayor dificultad para percatarse de lo que está sucediendo con los niños (Mc Gough & Speier, 1993).

En la escuela, los niños con TOC, tal vez realicen actividades que no tiene sentido para los profesores y otros. A veces, pareciera que se quedan estancados en un cierto lugar (Black, 1999; Swinson, Anthony, Rachman & Richter, 1998). Por ejemplo, un niño puede insistir en dibujar un mapa varias veces o tal vez, necesite pasar mucho tiempo sacándole punta a los lápices, antes de escribir lo asignado. No obstante, las personas cercanas a él, pueden creer que esto es una táctica para retardar la realización de sus actividades.

Conforme el curso del desarrollo, las obsesiones y compulsiones son más elaboradas. La persona se ve inmersa en una compleja red de pensamientos intrusivos y conductas ritualistas (Black, 1999; Foa & Wilson, 2001). Mientras que los niños identifican estos síntomas como peculiares o embarazosos y los guardan en secreto a veces, hasta por años, los adolescentes experimentan un mayor grado de estrés subjetivo debido a que la intrusión no deseada y, generalmente, displacentera de los pensamientos o miedos obsesivos se encuentra usualmente oculta (Mc Gough & Speier, 1993).

Comorbilidad

La comorbilidad en el TOC es la regla más que la excepción. Swedo, Leonard, Lenane & Cheslow (1989), encontraron que la comorbilidad ente el TOC y otros trastornos es de un 74%.

1.1 Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad

De acuerdo con Swedo, Leonard, Lenane & Cheslow (1989) la comorbilidad del TOC con otros trastornos de ansiedad es de 38 a 60% en niños y adolescentes, siendo los más comórbidos la fobia simple en un 17%, y el trastorno de ansiedad generalizada en un 16%. Sin embargo, estos porcentajes cambian de acuerdo al tipo de estudio (tabla 3.3).

Trastorno	Estudio				
	Rasmussen & Tsuang (1986)	Katon (1984)	Barlow et al. (1986)	Karno et al. (1988)	Rasmussen & Eisen (1989)
Fobia Simple	27%	—	—	48%	7%
Fobia Social	18%	—	15%	16%	11%
Agorafobia y pánico	9%	—	30%	—	—
Trastorno de pánico	14%	11%	15%	12%	6%
Aniedad generalizada	—	—	8%	—	—
Estrés post- traumático	—	—	—	—	—
Síndrome de Tourette	3%	—	—	—	5%
Depresión mayor	30%	—	38%	28%	31%
Abuso de sustancias	—	—	—	24%	8%
Trastornos alimenticios	—	—	—	—	8%

TABLA 3.3 Comorbilidad entre el TOC y otros Trastornos de ansiedad (Steketee, 1993).

1.2 Comorbilidad con otros trastornos

La comorbilidad entre el TOC y el síndrome de Tourette es la más reconocida. Más de la mitad de los niños que presentan síndrome de Tourette presentan sintomatología obsesivo-compulsiva (De Silva & Rachman, 1992; Grados & Labuda, 1997), y los tics crónicos son comunes en niños con TOC (Swedo et al., 1989). Sin embargo, el TOC no debe confundirse con el síndrome de Tourette. En éste último, se presentan experiencias sensoriales anormales precedidas por tics motores, mientras que en el TOC, son cogniciones las que preceden a las compulsiones. Sin embargo, el diferenciar tics complejos de compulsiones, es aún, sujeto de investigación (Grados & Labuda, 1997).

También se ha encontrado que el TOC co-ocurre con la depresión. Ya sea que las personas con TOC manifiesten síntomas depresivos posteriores al inicio del trastorno, o informen una historia de episodios de depresión (Steketee, 1993; De Silva & Rachman, 1992). Asimismo, se ha encontrado que co-ocurre con el trastorno por déficit de atención

con hiperactividad (TDAH), y deficiencias en el aprendizaje (Black, 1999; Grados & Labuda, 1997).

Por otra parte, la tricotilomanía y los trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa y la bulimia, son condiciones de relevancia asociadas con el TOC (De Silva & Rachman, 1992, Grados & Labuda, 1997). Por ejemplo, la preocupación constante por la comida, el peso y las medidas del cuerpo hacen de la anorexia un trastorno que se relaciona en gran medida, y que en ocasiones se confunde, con el trastorno obsesivo-compulsivo.

Historia

Descrito en la literatura psiquiátrica del siglo XIX por Esquirol (1838, citado por Steketee, 1993), el TOC puede identificarse claramente por escritos que datan de muchos siglos antes.

En 1877, Karl Westphal (citado por Asberg, 1991) identificó por primera vez el inicio del TOC en la niñez. En 1903 se publicó la primera descripción de un niño de 5 años con TOC (Pitman, 1987).

Etiología

Inicialmente, el TOC se consideraba como una manifestación de conflictos psicodinámicos. Sigmund Freud habló sobre el dinamismo de síndromes similares al TOC en sus notas sobre: "El caso de la Neurosis Obsesiva" (1909). Sin embargo, sólo enfatizó los aspectos sexuales y la importancia de la predisposición genética.

En la actualidad, el enfoque cognitivo-conductual ha propuesto que las obsesiones se desarrollan de pensamientos intrusos normales que la persona interpreta como amenazantes, se siente responsable de su posible ocurrencia y, por lo tanto, forzada a prevenirlos. Esta explicación parte de la idea de que neutralizar los pensamientos obsesivos es una respuesta aprendida y voluntaria, al igual que la conducta compulsiva, y que es esta respuesta la que hace que persistan las obsesiones (Salkovskis, Westbrook, Davis, Jeavons & Gledhill, 1997).

Algunas personas vulnerables tienden a dar relevancia y a interpretar catastróficamente la ocurrencia o el contenido de pensamientos, imágenes e impulsos intrusos lo que provoca que se desarrollen las obsesiones. Esta interpretación distorsionada incluye el sentirse responsable, lo que obliga a la persona a actuar para prevenir el daño a sí mismo o a otros. De Silva y Rachman (1992) han propuesto que la persona asume la responsabilidad, porque cree que el pensamiento inaceptable verdaderamente modifica la probabilidad de que ocurra el suceso aversivo. Finalmente, como consecuencia de esa responsabilidad percibida, la persona trata de suprimir los pensamientos intrusos, intenta evitar o deshacerse de la responsabilidad neutralizando la intrusión o sus efectos. Para ello, echa mano de rituales, ya sea motores o cognitivos, o bien evita los estímulos asociados con la intrusión.

Al neutralizar la amenaza, el sentido de responsabilidad tenderá progresivamente a hacerse más intenso. Pero, todavía se intensificará más cuando el paciente crea que logra evitar el daño al realizar las acciones preventivas, pues confirma su utilidad.

Así, las conductas obsesivo-compulsivas guardan una estrecha relación con la composición del ambiente de la persona afectada, por lo que tienen una base en el aprendizaje. En algunos casos, las expectativas familiares, de la escuela o religiosas, se consideran la raíz de estas conductas. No obstante, se ha sugerido que el TOC es un trastorno transmitido genéticamente (Swinson et al., 1998), aunque no se ha podido descartar la influencia de los factores ambientales. Asimismo, se ha sugerido la posible relación entre el TOC y la Corea de Hutington, así como con la Corea de Sidenham (Swedo et al., 1989).

El que los padres sufran del mismo padecimiento no necesariamente convierte a la genética en la única explicación que excluya al aprendizaje y la influencia de la familia como explicaciones alternativas (De Silva & Rachman, 1992). Aún más, las explicaciones más plausibles apuntan hacia la disfunción en la crianza como el principal precursor del TOC (Echeburúa, 1998; Foa & Wilson, 2001; McGough & Speier, 1993; Piacentini, 1998; Salkovskis, Shafran, Rachman & Freeston, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores protectores y de riesgo relativos a la crianza como precursores del TOC

Se ha encontrado que altos porcentajes de psicopatología familiar se asocian con el desarrollo de TOC en la niñez (Piacentini, 1998; Salkovskis et al., 1999). Padres ansiosos o temerosos, transmiten a sus hijos a través de la crianza, la sensación de peligro, así como la autopercepción de incompetencia para afrontar los problemas (Salkovskis et al., 1999).

Pese a las investigaciones realizadas sobre los posibles precursores familiares en el padecimiento de TOC en niños, no es fácil establecer un perfil de las familias de los niños obsesivo-compulsivos. No obstante, y con las reservas de cualquier tipo de generalización, los padres de estos niños suelen caracterizarse por tener un nivel cultural alto (De Silva & Rachman, 1992; Echeburúa, 1998). Cultivan más la actividad verbal que la motora, tienen una estructura moral rígida, con cierta inhibición de las conductas espontáneas y de las relaciones de amistad, una preocupación por la limpieza, el dinero y el ahorro y, por último, un tipo de educación en donde prevalece la idea de la obediencia y en donde la capacidad de autodirección del niño está muy restringida (Echeburúa, 1998).

Generalmente, estos niños asisten a escuelas religiosas que fomentan un código de responsabilidad riguroso. A su vez, se fomenta en ellos un sentimiento de culpa al no cumplir con sus deberes, así como la idea de lo mundano y lo divino. Desarrollan obsesiones con respecto a la limpieza, la religión, la moral, la culpabilidad, el daño a otros, etc. Por ejemplo, en un estudio de Salkovskis (1989) se observó que los individuos pertenecientes a un grupo religioso, presentaban más obsesiones con respecto a las creencias religiosas (Salkovskis et al., 1999).

La familia de un niño con TOC tiende a ser autoritaria, perfeccionista y posiblemente fomente una rutina rígida que en un futuro puede coadyuvar al establecimiento de conductas estereotipadas, es decir, los rituales. Los padres de estos niños, valoran altamente la preservación de una estructura tradicional dentro de la familia. Se ha propuesto, que esto, puede ser un precursor para el desarrollo de rituales que permitan al niño disminuir la ansiedad que le genera estar dentro de una estructura familiar tradicionalista (Echeburúa, 1998; Salkovskis et al., 1999). Además, fomentan un

alto grado de conciencia social, caracterizada por una alta dedicación a la labor social (Salkovskis et al., 1999).

Al no cumplir con las expectativas que los padres han creado bajo un código moral rígido, el niño puede experimentar con frecuencia un sentimiento de culpa lo que, le imposibilita para realizar otras tareas. Se siente responsable de lo que pasa a su alrededor porque cree tener el control absoluto sobre su medio, desarrollando una obsesión al respecto. Es común que a estos niños se les involucre en muchas actividades desde pequeños, obligándoles a tender hacia el perfeccionismo, viven en una saturación de tareas en las cuáles no se les permite fracasar (Echeburúa, 1998).

De igual manera, se cree que la sobreprotección de los padres, en especial de las madres, es un precursor del desarrollo del TOC en los niños. Aunque los hallazgos de investigación indican que este rasgo no es especialmente común, ocurriendo sólo en el 13% de los padres de niños con TOC. La protección excesiva y el cuidado inadecuado se asocian con un ajuste social pobre y otros rasgos de personalidad ansiosa en estos pacientes (Swinson et al., 1998) que favorecen la aparición de conductas estereotipadas en el niño.

A pesar de que en la literatura se informe sobre la existencia de factores de riesgo dentro de la crianza que predicen el TOC en niños, la participación de la familia en los rituales y la reacción de la familia ante los rituales del niño, aún debe explorarse con mayor detalle. Los hallazgos hasta ahora encontrados son muy pocos, a pesar de que arrojan resultados certeros. Como en todo campo, debe existir un amplio soporte en investigación para poder generalizarlos.

Involucración de los familiares

Los padres, como primer intento, ignoran las conductas extrañas de sus niños. Después, crean falsas esperanzas sobre la sintomatología del niño, porque piensan que ésta se extinguirá ya sea participando en sus rituales o ayudándole a realizarlos, o que simplemente es una etapa que pasará con el tiempo. El crecimiento natural y el curso de la enfermedad tienden a reforzar esta idea (Amir, Freshman & Foa, 2000; De Silva & Rachman, 1992). En muchos casos, los padres prefieren satisfacer las demandas de sus

hijos aunque esto les incomode, que provocar enojo o berrinches en ellos (De Silva & Rachman, 1992).

La investigación clínica señala que el sufrimiento causado por el curso del TOC en los familiares del niño se relaciona con el grado de involucración de los mismos. Por ejemplo, las críticas que hacen los familiares se refieren a las compulsiones del niño. Ello, implica que el niño realiza las compulsiones consideradas "prohibidas" como una reacción a los comentarios de sus familiares. A su vez, las críticas de los familiares incrementan el nivel de ansiedad en el niño, por lo que también se incrementan las compulsiones (Amir et al., 2000).

La ejecución de rituales en casa, al ser un ciclo repetitivo que se mantiene por las interacciones que se dan en casa, enfatiza la importancia del funcionamiento familiar al diseñar intervenciones eficaces para el tratamiento del TOC. Como primera instancia, los familiares deben tener en cuenta que sus estrategias de afrontamiento son las que han ayudado al mantenimiento de la sintomatología de TOC en sus hijos (Amir et al., 2000).

Las relaciones del niño con el sistema familiar son, así, centrales para la evaluación y tratamiento del TOC. La importancia de descubrir tanto la fortaleza como la vulnerabilidad de las personas, y los factores que contribuyen a la patogénesis de los problemas educativos se resalta dentro de los procesos de interacción familiar.

Tratamiento Farmacológico

Se ha reconocido la eficacia de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en el tratamiento farmacológico del TOC. Los antidepresivos inhibidores de serotonina son: Clomipramina (Anafranil), Fluvoxamina (Luvox), Fluoxetina (Prozac) y Sertalina (Orozco, De la Fuente & Nicolini, 1995). De estos fármacos, la clorimipramina ha sido la más estudiada. Ha demostrado su eficacia desde hace más de 20 años (Goodman, McDougie & Lawrence, 1992). Disminuye la sintomatología obsesiva y la sintomatología ansiosa de un 35 a un 42%, de acuerdo con la escala de severidad Yale- Brown para TOC (Goodman et al., 1989a; Goodman et al., 1989b). La Sertalina como tratamiento del TOC en niños sigue en proceso de investigación, aún no se ha demostrado su eficacia, sólo se

ha especulado con base a los estudios realizados en adultos (Orozco, De la Fuente & Nicolini, 1995). Sin embargo, en muchas ocasiones, el tratamiento con fármacos inhabilita al paciente en lugar de dotarlo de habilidades necesarias que le permitan disminuir sus compulsiones y evitar sus obsesiones y así, ser una persona competente en todos los contextos en los que se desenvuelve, con un mínimo de conductas disfuncionales. Aun más, las intervenciones cognitivo- conductuales pueden complementar e inclusive sustituir a el tratamiento farmacológico del TOC.

Terapia Cognitivo- conductual

La Terapia cognitivo- conductual ha demostrado ser efectiva y sensible al tratamiento de los trastornos de ansiedad. En el caso del TOC, se ha observado una reducción significativa de su sintomatología. (Basco, Glickman, Weatherford & Ryser, 2000).

El objetivo principal de la Terapia cognitivo- conductual es la reducción de los síntomas mediante el apareamiento entre eventos y respuestas de ansiedad. En el TOC, los pensamientos obsesivos pueden ser evocados por medio de la exposición a los estímulos generadores de ansiedad. Las obsesiones son un tipo de reacción ante la ansiedad. Para disminuir la ansiedad, la persona evita el estímulo o se compromete con un ritual hasta que la obsesión se detiene. Cuando esto sucede, la compulsión actúa como un reforzador negativo ya que, disminuye la ansiedad, aunque sólo es temporalmente (Basco et al., 2000). Por ejemplo, Valeria, de 14 años de edad, desarrolló una compulsión de lavado por el miedo que tenía al contagio con gérmenes y, por tanto, ocasionarle la muerte a su madre. Este ritual le ha ocasionado resequedad en la piel, descamación y dolor, pero le ha ayudado a suprimir la ansiedad que le genera el miedo a contaminar a su madre.

En este caso, el tratamiento se enfoca a que la persona desarrolle respuestas conductuales más adaptativas, diferentes a la evitación. La exposición puede romper la asociación que existe entre la compulsión y la ansiedad que le genera dicha obsesión. Además, se entrena al paciente en técnicas de relajación (Basco et al., 2000).

Relajación

La relajación, ayuda a reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos, así como los pensamientos negativos, y sin éstos, la ansiedad disminuye (Basco et al., 2000).

Exposición

Existen dos tipos de exposición: la imaginación guiada, y la exposición in-vivo. La exposición comienza cuando se identifican las obsesiones, compulsiones y conductas de evitación que tiene el paciente. A continuación se jerarquizan en orden de severidad. En la imaginación guiada, se utiliza tanto la relajación como la reestructuración cognitiva. La persona imagina una situación que evoque las obsesiones (Basco et al., 2000). Por ejemplo, estar en una cocina, si es alguien que teme lastimar a otros con cuchillos de cocina. En el caso de las compulsiones, el paciente puede imaginar que se lava las manos sólo una vez y después se va.

La exposición in- vivo implica confrontar a la persona con situaciones o pensamientos que ha evitado. Se conduce de manera gradual y, el paciente, es quién decide el grado de las situaciones que afrontará (Basco et al., 2000).

Respuesta preventiva

Generalmente, se alterna con la exposición en el caso de las compulsiones de lavado, conteo, verificación y otros rituales. En lugar de repetir el acto, el paciente se compromete en una conducta distinta que detenga la compulsión (Basco et al., 2000). Por ejemplo, después de lavarse las manos, el paciente debe salir de la habitación para secarse las manos en otro lugar.

La respuesta preventiva ha demostrado mejores resultados en el tratamiento de las compulsiones que en el de las obsesiones. Es más fácil que la persona prevenga el acto repetitivo. Con respecto a las obsesiones, la intervención cognitiva ha demostrado mayor eficacia. Una de las técnicas más utilizadas es "Detener el pensamiento" (Basco et al., 2000; Foa & Wilson, 2001).

EL TOC en niños y adolescentes es un problema de salud mental que ha pasado casi inadvertido, a pesar de la atención que ha recibido en el caso de los adultos. El pensamiento actual de la evaluación infantil enfatiza la importancia de obtener información tanto de los niños como de los adolescentes, y la necesidad de tener medidas evaluativas en la ansiedad infantil que sean tanto confiables como válidas. Por ello, la adecuada valoración del TOC en niños y adolescentes es determinante para un preciso diagnóstico clínico, un plan de tratamiento e investigación.

CAPITULO 4**EVALUACION DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO****Propósito de la Evaluación**

El objetivo fundamental en la evaluación del trastorno es identificar claramente las obsesiones y compulsiones que presenta el paciente, así como los pensamientos, creencias, conductas, interpretaciones, imágenes y emociones relacionados con éstas.

De esta manera, los aspectos básicos a evaluar del trastorno son: (a) las acciones observables, tales como los rituales, (b) las respuestas encubiertas, tanto cognitivas como afectivas, y (c) las respuestas fisiológicas o somáticas. El objetivo de la evaluación de las conductas observables y las respuestas cognitivas y afectivas, es observar, medir y analizar los pensamientos, sentimientos y conductas en una variedad de situaciones. La comprensión de los síntomas, dentro del contexto en el que ocurren permite diseñar estrategias de intervención apropiadas.

En el caso específico del trastorno obsesivo-compulsivo, las respuestas fisiológicas no son tan claras. Queda todavía pendiente la exploración de su valor aditivo para evaluar el TOC, por lo que parece no haber razón para recomendar la administración de estas medidas por el momento. No obstante, no deben soslayarse cuando haya daño orgánico y se manifiesten ciertos rituales asociados con mecanismos respiratorios, como la hiperventilación por temor a ahogarse o sofocarse.

Dificultades para la evaluación

Algunas de las dificultades se deben a:

1. La sintomatología del TOC tiene un curso gradual y crónico.
2. La mayoría de las personas que lo padecen presenta más de un síntoma a la vez. Son verdaderamente raros aquellos casos que presentan sólo obsesiones o sólo compulsiones.
3. La alta comorbilidad que existe entre el TOC, el Síndrome de Tourette, los trastornos de conducta, en especial aquella con el Déficit de

atención/hiperactividad puede ofrecer algunos problemas a la evaluación. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar el déficit de atención suelen aumentar la intensidad y la frecuencia de las obsesiones y las compulsiones.

Un problema mayor que atañe a los profesionales de la salud, es aquél relacionado con la distinción entre las obsesiones y compulsiones que presenta la población general no clínica y la población clínica. La diferencia estriba en la frecuencia con la que se presentan, y en la intensidad de la incomodidad que provocan y/o de su interferencia con el adecuado funcionamiento de la persona. Aun más, no puede considerarse una compulsión el verificar si todas las puertas y ventanas de la casa están perfectamente cerradas antes de irse a dormir, cuando se vive en una ciudad con altos índices de criminalidad. Incluso se sabe que una gran cantidad de personas prefiere ponerse, por ejemplo, los zapatos en cierto orden. Sin embargo, resulta patológico cuando esto ocurre con demasiada frecuencia y se descuidan otros ámbitos por llevar a cabo estas acciones.

Además, se ha encontrado que existe una confusión entre las compulsiones y las supersticiones. La diferencia estriba en que el contenido de las primeras, frecuentemente, resulta inaceptable o repugnante. Éstas, tienen características personales dadas por la propia historia de vida, en tanto que las supersticiones se comparten con otros miembros de la comunidad y/o de la familia. El clínico debe distinguir también el uso que se da vulgarmente al término cuando se tiene un gusto especial por algo o por alguien, cuando se dice, por ejemplo, que alguien está obsesionado con una película.

Debido a las características singulares del TOC, su evaluación puede llevar mucho tiempo y, en ocasiones, es compleja. Algunos pacientes se rehúsan a informar al terapeuta acerca de sus miedos y conductas, o bien ya no recuerdan los miedos relacionados con sus rituales, o han presentado esos rituales por tanto tiempo que ya no los reconocen como problemáticos. A pesar de que son muy claras las categorías dentro de las que cae un sinnúmero de obsesiones y compulsiones, en ocasiones la persona también manifiesta miedos o conductas peculiares íntimamente ligadas a su historia personal, incluso a factores socioculturales relacionados con las circunstancias específicas dentro de las que se desenvuelve. Por ejemplo, en relación con las obsesiones sobre la

contaminación, en el pasado se temía contraer sífilis, en la actualidad se teme al SIDA. Por lo tanto, la manifestación de los síntomas varía ampliamente. Además, la evaluación objetiva de los rituales cognitivos al depender totalmente del autoinforme, se dificulta en gran medida, por ejemplo, repetir ciertos números, o contar objetos.

Aunado a esto, como algunos pacientes sienten vergüenza de los síntomas del TOC, suelen mostrar renuencia a discutirlos ya que, temen que algo este mal en ellos. Asimismo, temen que el terapeuta los juzgue negativamente, si manifiestan obsesiones moral y socialmente reprobables (como el temor a robar algo).

Probablemente, la dificultad más común que se experimenta cuando se evalúa el TOC, es cuando no queda claro cuáles son las intrusiones específicas. En tales casos, los pacientes se refieren a menudo a "mis pensamientos" en la entrevista, pero sin detallar cuáles son. Generalmente, la resistencia a describir las intrusiones, es el resultado de creencias de lo que pudiera ocurrir si las describiera. Algunos pacientes que presentan conducta compulsiva frecuente y prolongada, podrían dar la impresión de que no existe una interpretación negativa subyacente. Esto ocurre a menudo porque las conductas de evitación y de neutralizar se han convertido en respuestas automáticas que han reemplazado a la interpretación negativa.

En los niños las obsesiones y compulsiones se detectan hasta que interfieren seriamente con su funcionamiento escolar, social y familiar y, aún así, en un porcentaje importante de casos, se diagnostica equivocadamente. Muchas veces, sólo en casos extremos llegan los padres a detectar el trastorno, pues existe la tendencia a que los padres tiendan a subestimar la presencia de los síntomas del TOC en los niños, o justifiquen el comportamiento de sus hijos. Esto sugiere, como ya se indico anteriormente, que los padres tienden a no darse cuenta del problema de sus hijos respecto al TOC.

Los resultados de investigación sobre la eficacia de las intervenciones son relevantes para la evaluación, ya que el empleo de diversas estrategias exige conocer las particularidades de la manifestación del trastorno. Por ejemplo, la terapia cognitivo conductual implica ayudar al paciente a construir y a someter a prueba de manera activa

una explicación alternativa de sus obsesiones y compulsiones, coherente y mucho menos amenazante.

El intento por proporcionar una explicación alternativa articulada, como un razonamiento explícito para los procedimientos empleados en la terapia, puede verse obstaculizado si no se articulan de una manera coherente las manifestaciones cognitivas, conductuales y emocionales. Por lo tanto es muy importante, utilizar un enfoque integrado. Es necesario confeccionar el tratamiento a la medida, de acuerdo con la comprensión específica que comparten el terapeuta y el paciente de las pautas idiosincrásicas particulares alrededor del problema, dentro del marco de los principios generales en los que se sustenta el tratamiento.

Estos principios generales y las técnicas específicas responderán sólo si se cuenta con la información detallada que debe recogerse durante la evaluación (Salkovskis, 1999). Las obsesiones específicas del paciente y la incomodidad que provocan, sus miedos, y los estímulos ambientales e internos que los desencadenan. Una vez que se tiene una lista de miedos, se requiere jerarquizarlos (terapia de exposición). El empleo de estrategias cognitivo-conductuales conlleva asimismo la evaluación tanto de los rituales como de las conductas de evitación que presenta el paciente dentro del contexto familiar, y cómo los padres y otros familiares contribuyen a la sintomatología.

Así, la evaluación del Trastorno obsesivo-compulsivo tiene como finalidad el conocer las obsesiones, las compulsiones y las conductas de evitación. Para ello se ha echado mano de entrevistas estructuradas, instrumentos de autoinforme, listas de verificación y escalas de observación conductual, aunque se advierte una escasez de instrumentos de diagnóstico en castellano. Se propone evaluar en tres momentos: (a) confirmación del diagnóstico, (b) descripción de los síntomas e (c) integración de la información.

Para poder evaluar del TOC primeramente se debe confirmar el diagnóstico del TOC. Generalmente, esto se logra mediante la aplicación de una entrevista estructurada que plantee preguntas directas sobre los síntomas del TOC, dentro de un clima de

aceptación que evite los juicios de valor cuando el paciente manifieste miedos o compulsiones socialmente reprobables. En éste debe evaluarse si se presentan pensamientos obsesivos y miedos, rituales conductuales y mentales, y el grado de interferencia de éstos sobre el funcionamiento de la persona, así como el grado de incomodidad y molestia. También, se evalúa si están presentes otros trastornos que son comórbidos con el TOC. Por ejemplo, algún trastorno de la personalidad, pues su presencia tiene implicaciones para la planeación del tratamiento, o el uso de ansiolíticos no prescritos para reducir la ansiedad que interfieran con la eficacia del tratamiento.

La entrevista clínica es la primera fuente de información necesaria para evaluar el trastorno. La evaluación de las obsesiones debe recabar información general acerca de las fuentes externas del miedo, pensamientos o impulsos que disparan el miedo, y las preocupaciones concretas sobre las consecuencias de no llevar al cabo las compulsiones, y de no evitar las ideas intrusas.

En el caso de los niños, la evaluación debe tomar en cuenta circunstancias específicas relativas a su desarrollo psicológico e intelectual. No todos los niños comprenden necesariamente algunas de las preguntas diseñadas para explorar la presencia o no del trastorno, ni las opciones para responder. Es necesario, por lo tanto, diseñar formatos de evaluación atractivos, con ilustraciones que les faciliten la elección de sus respuestas. Además, su capacidad para atender durante periodos sostenidos requiere que la evaluación se lleve al cabo en sesiones cortas para evitar el aburrimiento y el cansancio.

Entrevista estructurada

Existen entrevistas estructuradas para el filtro inicial que incluyen algunas preguntas de sondeo del TOC. Aunque para algunas se tiene noticia de una versión en español, no se encontró datos publicados sobre su validez y confiabilidad.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Herjanic & Campbell, 1977; Welner, Reich, Herjanic, Jung & Amado, 1987). Se trata de una entrevista estructurada que no evalúa la intensidad de los síntomas.

NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), Version 2.3 (Shaffer, Fisher, et al., 1996; Schwab- Stone, Shaffer, et al., 1996).

National Anxiety Screening Day Project (NASD) (Struening, Pitman, Welkowitz & Guardino, 1996). Esta escala evalúa 5 trastornos de ansiedad: Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés Postraumático, fobia social, ansiedad generalizada, Trastorno de pánico.

Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Es una entrevista estructurada de diagnóstico desarrollada por la World Health Organization (WHO, 1992), y por la U. S. Alcohol, Drug abuse and Mental Health Administration (ADAMHA). En un inicio, se diseñó para estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos. Permite la evaluación de los síntomas, síndromes, y diagnósticos de 48 trastornos psiquiátricos (sin contar los subtipos de trastornos mayores).

Escala de Ansiedad para niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, Spence, 1997). Evalúa los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por ansiedad de separación, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y miedo al daño físico.

Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA) (Kovacs, 1997). Es una entrevista semiestructurada compuesta por 69 reactivos. Evalúa 5 áreas: los síntomas y signos, estado mental, observaciones conductuales, impresiones clínicas y situaciones específicas durante el desarrollo. Se contesta con respuestas tipo Likert de 0 (ausencia del síntoma) a 8 (síntoma severo). Diagnostica depresión, ansiedad, problemas cognitivos, problemas en el funcionamiento neurovegetativo, problemas de conducta y dificultades en el desarrollo.

Cuestionarios Dominic-R (para niños blancos) y el Terry (para niños afro-americanos) (Valla, Bergeron, Bidaut-Russell, ST-Georges & Gaudet, 1997). Es un cuestionario estructurado. Se compone por dibujos que evalúan las cogniciones presentes en niños de 6 a 11 años.

La escala Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents and Parents (DISCAP) (Holland & Dadds, 1995). Discrimina entre niños que presentan trastornos de ansiedad y niños que no los presentan (Johnson, Barrett, Dadds, Fox & Shortt, 1999).

Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Angold, Prendergast, Cox, Harrington, Simonoff & Rutter, 1995). Evalúa 30 trastornos diferentes en tres áreas: familia, compañeros y rendimiento académico. Se divide en tres secciones: introducción, revisión detallada de síntomas y porcentajes de incapacidad. Su aplicación es entre los 9 y 17 años.

Escalas de Auto-informe

The Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (RCMAS) (Reynolds & Richmond, 1985). Es una medida de autoinforme para niños que presentan ansiedad. Se compone de 37 preguntas que evalúan ansiedad en general. Contiene una escala de mentira (Lie Scale) que sirve como un indicador de la deseabilidad social. No discrimina entre niños con trastornos de ansiedad y niños con trastorno de hiperactividad (Perrin & Last, 1992).

Revised Children's Manifest Anxiety Scale-Parents (RCMAS-P) versión para los padres. Se elaboró con los mismos reactivos del RCMAS cambiando el "yo" por "mi hijo", de esta manera los padres informan acerca de la ocurrencia de síntomas de ansiedad en sus hijos (Kendall, 1994).

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R) (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney & Bogie, 2001). Se compone de 66 reactivos. Evalúa los síntomas del Trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social, crisis de angustia, obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, y fobia específica. Se califica en una escala de frecuencia de 0 a 3. Discrimina entre niños ansiosos y niños no ansiosos. No se encontró publicación alguna que documente la existencia de una versión en español psicométricamente viable para población hispanoamericana.

Fear Surrvey Schedule for Children – Revised (FSSC-R) (Ollendick, 1983) se compone de 80 reactivos que evalúan la intensidad, frecuencia y contenido de los miedos que presentan los niños. Tiene tres opciones de respuesta para cada reactivo. Discrimina entre fobias escolares y fobias no escolares. Es una escala creada a partir de modificaciones a un cuestionario para adultos y no cubre todos los criterios de ansiedad que define el DSM-IV (Stallings & March, 1995).

The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) (Spielberger, 1973) es una escala que mide la ansiedad en general en los niños. Consta de 20 reactivos que evalúan los síntomas crónicos de ansiedad en la niñez. Las respuestas se refieren a la frecuencia con la que aparecen los síntomas y se presentan con escala de respuesta tipo Likert con tres opciones (1 casi nunca, 2 a veces, 3 frecuentemente). (Perrin & Last, 1992).

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (March, 1997; March, Sullivan & Parker, 1999). Por medio de 39 reactivos que se contestan en una escala de 4 opciones tipo Likert evalúa cuatro trastornos por ansiedad en niños (de 8 a 19 años): ansiedad generalizada, fobia social, mutismo selectivo y trastorno de ansiedad por separación. No se encontró publicación alguna que documente la existencia de una versión en español.

Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991). Es un cuestionario diseñado para padres, compuesto por 118 reactivos. Identifica problemas de conducta y competencia social en niños y adolescentes, de 9 a 18 años. Se califica en escala tipo Likert que va de 0 a 2, donde el dos indica más frecuencia del reactivo. Posee alta validez y confiabilidad. Sin embargo, no se encontró publicación alguna de su versión en español.

Posteriormente, se evalúa la motivación del paciente para buscar ayuda y las características específicas y detalladas de las secuencias de rituales, pensamientos e imágenes intrusos, preocupaciones, interpretaciones.

Una vez establecido que el paciente podría beneficiarse de un tratamiento cognitivo-conductual, en cada paso, el terapeuta debe mantener la auto crítica y preguntarse

continuamente cuál es el problema que está enfrentando y qué intenta lograr. Debe tener muy claros los objetivos generales, entre los cuales se encuentran:

- (a) establecer una buena relación terapeuta-paciente,
- (b) educar al paciente acerca de la estructura y el proceso de tratamiento,
- (c) educar al paciente y su familia acerca del trastorno, en qué consiste, cómo se trata, y las actividades que deberá realizar entre sesiones,
- (d) ayudar al paciente a establecer sus metas de tratamiento, mismas que deben basarse en lo que espera de la terapia. encaminados a promover la remisión del trastorno y evitar las recaídas.

También debe estar conciente del objetivo de cada sesión y de los de cada segmento a lo largo de una sesión.

Como los niños generalmente no reconocen un problema en sus rituales y obsesiones, en ocasiones es difícil establecer directamente con ellos las metas y debe involucrarse a los padres. Se debe ayudar al niño con TOC y a su familia a establecer las metas del tratamiento por medio de preguntas. Las metas deben referirse a cambios en las personas implicadas, en este caso, el niño y su familia. Deben orientarse a la propia conducta del niño y a la de los padres. También, deben ser metas que signifiquen cambios en situaciones que estén bajo el control del paciente, que dependan de éste, y que sean realistas, alcanzables para el niño y su familia. Las metas de cambio emocional también son importantes, para ello es útil que el paciente detalle y registre síntomas emocionales específicos.

Es importante acordar con el paciente cuales son las principales metas. Estas pueden dividirse en metas a corto plazo, que podrían alcanzarse con relativa facilidad entre dos y cuatro sesiones, a mediano plazo, alcanzables al finalizar el tratamiento, y a largo plazo, que es lo que el paciente quisiera lograr a lo largo de los años subsecuentes. Deshacerse de todos los pensamientos intrusos no es una meta útil o alcanzable, porque se sabe que tales pensamientos son comunes y normales. No obstante, existen dos metas de la terapia que guían el tratamiento conforme progresa. Estas se introducen explícitamente al paciente: La terapia persigue ayudar al paciente a llegar a la conclusión de que los pensamientos obsesivos, molestos y perturbadores son irrelevantes con

respecto a acciones subsecuentes. No deben ser objeto de estrategias de control y se ayuda al paciente a ver como esas estrategias son realmente contraproducentes, y tienen el efecto de aumentar la preocupación y la urgencia de neutralizar. En vez de ayudar, exacerbaban el problema.

El segundo propósito es modificar la forma en que la persona interpreta la ocurrencia o el contenido de sus intrusiones como parte de un proceso general para alcanzar una visión alternativa del problema y menos amenazante. Dado que el meollo del tratamiento es ayudar al paciente a adoptar y someter a prueba explicaciones alternativas menos amenazantes de su problema, generalmente, las terapias conductuales se centran en la interpretación. Un componente clave de la experiencia de intrusiones que ayuda al paciente a cambiar su comprensión del significado de la ocurrencia y el contenido de éstas es la normalización.

La participación de los miembros de la familia es crucial, especialmente en el caso de los niños. Son ellos quienes pueden apoyar o sabotear el esfuerzo terapéutico. En algunos casos, son los padres los que promueven los rituales para evitar que sus hijos se molesten. Por consiguiente, se debe evaluar la interacción entre los miembros de la familia y la forma en que contribuyen o participan en la exacerbación del problema.

En muchas ocasiones, los síntomas del paciente obligan a la familia a modificar sus actividades y rutinas y a adaptarse a las situaciones que propician los rituales del paciente lo que les produce incomodidad o problemas hacia el interior de la familia. Se ha encontrado apoyo, en la literatura de investigación, a la idea de que los familiares se acomodan y modifican su conducta en detrimento del paciente (Amir, Freshman & Foa, 2000).

Instrumentos que miden el Trastorno Obsesivo-compulsivo

Yale- Brown Obsessive- compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989a, Goodman et al., 1989b). Es una de las escalas que más se utilizan. Cada apartado se califica con una

escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Cuenta con una lista de verificación que enumera 39 tipos de obsesiones y 25 tipos de compulsiones. La versión en inglés para niños (CY-BOCS) es el único instrumento tipificado que evalúa la gravedad de los síntomas del TOC. Si bien la versión en español para adultos se ha tipificado en México, éste no es aparentemente el caso de la versión para niños.

The Leyton Obsessional Inventory (LOI) (Cooper, 1970). Esta escala contiene 69 reactivos, 47 relacionados con los síntomas obsesivos y 27 con los rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva. Existe una versión en Inglés para niños (LOI-CV) que básicamente es la adaptación de la versión de adultos, y consta de 44 tarjetas que evalúan pensamientos persistentes, verificación, miedo a la suciedad o a objetos peligrosos, limpieza, orden, repetición e indecisión. Además, proporciona un número total de síntomas de TOC, y calificaciones para resistencia e interferencia. No se encontró publicación alguna que documente la existencia de una versión en español psicométricamente viable para poblaciones hispanoamericanas.

NIMH Global OCD Scale (NIMH OCS) (National Institute of Health). Es una escala de apreciación global de la gravedad del trastorno obsesivo-compulsivo por medio de preguntas únicas, por lo que pierde información específica en cuanto a las obsesiones y las compulsiones cuando se presentan de manera separada. No se encontró publicación alguna que documente la existencia de una versión en español psicométricamente viable para poblaciones hispanoamericanas.

Maudsley Obsessive-compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson & Rachman, 1997). Es una escala que persigue evaluar los síntomas de TOC en adultos. La versión en inglés de esta escala está compuesta por 30 preguntas de verdadero y falso con respecto a las dimensiones sintomáticas. Consta de 4 subescalas (verificación; limpieza y lavado; lentitud y repetición; duda y conciencia). Parece responder adecuadamente a los efectos del tratamiento, y cuenta con datos de validez y confiabilidad test-retest (Rachman & Hodgson, 1980, Sternberg & Burns, 1990a, 1990b). No se encontró publicación alguna que documente la existencia de una versión en español psicométricamente viable para poblaciones hispanoamericanas.

Compulsive Activity Checklist (CAC). Philpott (1975) desarrolló esta lista de verificación de las compulsiones activas que evalúa la incapacidad que provocan las obsesiones y compulsiones en 62 actividades diarias.

Obsessive Thoughts Checklist (OTC). Es una lista de verificación de pensamientos obsesivos, compuesta por 29 reactivos que evalúan el pensamiento obsesivo (Bouvard, Mollard, Cottraux & Guerin, 1989).

Padua Inventory. Este instrumento consta de 60 reactivos. Se ha estandarizado en muestras italianas, estadounidenses y alemanas (Sanavio, 1988). La versión española en adultos posee cualidades psicométricas aceptables (Mataix-Cols, Sánchez-Turet & Vallejo, 2002).

Sandler-Hazari Obsessional Compulsive Inventory. Este inventario evalúa los síntomas y rasgos obsesivos (Sandler & Hazari, 1960).

Evaluación de la familia

Asimismo, la evaluación del TOC, tanto en niños como adolescentes y adultos, debe considerar la participación de la familia inmediata, específicamente los padres en el caso de los niños. La participación de la familia es muy importante en la sintomatología del TOC, tanto para mantener y exacerbar el problema, como para implementar un tratamiento eficaz. Para evitar algunas manifestaciones de malestar, disgusto o enojo del paciente, la familia inmediata tiende a evitar los estímulos asociados con las obsesiones y participa en los rituales.

Como se mencionaba, los miembros de la familia inmediata del paciente con TOC se relacionan más con las compulsiones que con las obsesiones de éste. Generalmente, son los síntomas observables los que obligan a los familiares a cambiar su comportamiento. Además, los familiares suelen criticar al paciente, lo que aumenta su ansiedad y empeora las compulsiones. Dado que la familia difícilmente detecta las obsesiones, sus comentarios acerca de las compulsiones manifiestas pueden exacerbar el

nivel general de ansiedad, pero no necesariamente alteran las obsesiones del paciente. Para identificar algunos de estos problemas se diseñó el siguiente instrumento: Family Accommodation Questionnaire (FAQ) (Calvocoressi et al., 1995) evalúa la naturaleza y frecuencia de las conductas con las que los familiares hacen frente al paciente con TOC. Consta de 13 preguntas las cuales evalúan las conductas relacionadas con la participación de los familiares en la sintomatología (FAQ- OC), los cambios impuestos al funcionamiento de los familiares (FAQ- modification), el sufrimiento o estrés de los familiares causado por la necesidad de afrontar los síntomas del paciente (FAQ- distress) y las consecuencias por no participar en las conductas sintomáticas del paciente (FAQ- consequences). Se califican en una escala de 0 a 4.

Finalmente, y después de haber realizado las aplicaciones correspondientes, se integra toda la información, y se realiza una indagación más profunda de detalles adicionales. Esto se logra a partir de la recolección de detalles específicos de los rituales, y las emociones y preocupaciones asociadas con ellos. Además, se debe incluir el conocimiento de la distribución de la vivienda u otros escenarios donde realiza actividades la persona importantes para comprender los rituales. Para ello, se echa mano de instrumentos de autoinforme que preguntan aspectos específicos de las compulsiones y obsesiones, de autorregistro directa donde se le pregunta al paciente el detalle de las secuencias de rituales manifiestos o encubiertos y de lo que pasaría si no los realizara, y de observación.

En el caso de niños mayores, se puede emplear formas de autorregistro que deban llenar justo después de la ocurrencia de un ritual, incluye el registro de su duración, su frecuencia diaria y las conductas específicas desplegadas. Para los niños más pequeños, son los padres o cuidadores principales los encargados de proporcionar estos datos. El niño también puede describir lo que hace en un día típico.

La presencia de los rituales cognitivos o encubiertos se evalúa con más dificultad, pues dependen totalmente del autoinforme. Al niño debe preguntársele directamente, muchas veces a partir de miedos que hubiese expresado. Por ejemplo, una niña de 4 años de edad manifestó sentir mucho miedo a que a sus padres les ocurriera algo terrible y ya

no regresaran a casa de su trabajo. Mediante la exploración de ese miedo, se pudo establecer que sentaba a sus muñecas siempre en la misma secuencia y trataba de ver cosas a su alrededor que fueran de color azul, cuando sus padres tardaban en llegar. Después de más preguntas, también expresó que de esa forma "hacía" que sus padres llegaran pronto a casa. Esta niña mostraba también miedo a ver otros colores como el rojo que siempre trataba de evitar. A pesar de que se detalle al máximo la descripción de rituales, conductas de evitación, miedos y pensamientos obsesivos, no es raro que algunos nuevos se descubran ya iniciado el tratamiento, por lo que habrá que tomarlos en cuenta.

Escalas específicas de autoinforme

Depende de los síntomas propios de cada persona la selección de la(s) escala(s) de autoinforme más específicas que identifican creencias, interpretaciones, actitudes y pensamientos más comunes relacionadas con el TOC son:

Belief Inventory Freeston (Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1993);
 Attitude and Belief Scale (Brown, Craske & Rassovsky, 1995);
 Meta- cognitive Beliefs Questionnaire (Clark & Purdon, 1995);
 Typical Interpretation of Thoughts (Freeston, Rhéaume, Dugas & Ladouceur, 1995);
 Irrational Beliefs Regarding Obsessions (Freeston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau, 1993);
 Multidimensional Perfectionism Scale (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990);
 Lucky Beliefs Questionnaire (Frost & Shows, 1993);
 Obsessive- compulsive Cognition List (Hoekstra, 1995);
 Fixity of Beliefs Scale (Kozak, 1996);
 Guilt Inventory (Kugler & Jones, 1992);
 Responsibility Questionnaire (Kyrios & Bhar, 1995);
 Thought- Action Fusion Scale (Shafran, Thordarsonm & Rachman, 1996);
 Responsibility Questionnaire (Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995);
 Responsibility Scale (version I & II) (Salkovskis, 1992);
 Obsessive- compulsive Disorder Cognitive Schemata Scale (Sookman & Pinard, 1995);
 Obsessive Compulsive Beliefs Questionnaire (Steketee, Frost & Cohen, 1996);
 Obsessional Beliefs (Tallis, 1995).

Medidas anecdóticas

Descripción de un día típico. El paciente describe un día típico entre semana y uno en fin de semana, desde el momento en que despierta por la mañana hasta que se duerme por la noche. Al mencionar un ritual, se le pregunta el detalle de lo que hace, qué lo dispara, lo que siente y piensa, etc. Como complemento a esta descripción, se emplean formas de autorregistro.

Códigos de autorregistro

Debe procurarse que las formas de autorregistro sean lo más sencillas posible. Estas pueden presentarse en una libreta, tamaño pasaporte, que el paciente lleva consigo y donde apunta cuándo y cómo ocurren sus obsesiones y compulsiones. Algunas de estas formas simplemente son listas de situaciones externas o internas a las que se les teme, las consecuencias de éstas y el grado de incomodidad asociado. Otras dejan espacios donde debe escribir los distintos aspectos que el terapeuta decida que necesita conocer. Sin embargo, su utilidad se reduce cuando los pacientes no son hábiles escribiendo o no saben leer y escribir.

Observación directa

(a) *Un miembro de la familia como observador.* Generalmente son los padres o familiares cercanos quienes adquieren la responsabilidad de observar directamente los rituales en el hogar. La observación directa incluye desde la descripción detallada de lo que observan hasta códigos elaborados por el terapeuta que describen ya los rituales donde el observador marca su frecuencia, duración, la hora en la que ocurre, etc. La descripción anecdótica requiere que el observador describa la situación en la que haya ocurrido el ritual y/o el estímulo que lo haya antecedido, el ritual mismo, alguna consecuencia al terminar éste, lo que el observador o algún otro familiar haya hecho o dicho respecto al ritual.

(b) *El terapeuta como observador.* En el consultorio u hospital, el terapeuta también puede crear situaciones que simulen algunas descritas por el paciente como precursoras de rituales, observarlas en vivo e interrogar al paciente respecto a los detalles de éstos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por último, y pese a que no es común su uso para recabar datos por parte del clínico, cabe mencionar que existe otro tipo de evaluación alterna a las propuestas en este capítulo: la Evaluación fisiológica. Aunque la evaluación fisiológica es posible en niños ansiosos, se dificulta en aquéllos con TOC. En este trastorno las respuestas fisiológicas no son tan claras, aunado a las limitantes de este tipo de medición: la inestabilidad de las respuestas, la falta de información por parte de la persona y el costoso equipo, por lo que parece que no existe razón alguna para recomendar la administración de estas medidas por el momento.

Las entrevistas diagnóstico estructuradas y las medidas de autoinforme se han desarrollado con el objetivo de evaluar el TOC en niños y adolescentes. Estas medidas se han utilizado ampliamente en ambos escenarios, clínicos y de investigación. Sin embargo, la investigación indica que la mayor parte de las medidas de evaluación contienen distintas limitaciones. La falta de confiabilidad y validación en los autoinformes, y la falta de discriminación entre grupos son sólo algunas de las dificultades con las que se enfrenta el clínico para una adecuada valoración (Schniering, Hudson & Rapee, 2000).

Añadido a esto, son instrumentos que se basan en modelos para adultos. Esto implica que a los niños se les dificulte la comprensión del vocabulario, y en muchos casos, que no concuerde su sintomatología con aquella manejada en el instrumento diseñado específicamente para adultos. También aquéllas referentes a su traducción ya que, las diferencias culturales y étnicas tienen un impacto en la evaluación y adecuación de un tratamiento (Barrett, 2000).

Son muy pocas las escalas en castellano para niños que evalúan ansiedad. Aún más, en población mexicana, específicamente en niños, no se cuenta con un instrumento que pueda valorar y diagnosticar el TOC de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

Conviene, por tanto, acotar la necesidad imperiosa de desarrollar instrumentos fiables y debidamente validados. Por ello, la presente tesis tuvo por objetivo principal el desarrollo de una escala válida y confiable en su aplicación a niños mexicanos (Escala TOC-UNAM).

ESTUDIOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 5

ESTUDIO 1
ESCALA TOC- UNAM

Método

Objetivo

1. Desarrollar un instrumento válido y confiable que permita la valoración y diagnóstico del Trastorno obsesivo- compulsivo (TOC) en niños y adolescentes basado en las categorías diagnósticas propuestas por el DSM- IV (APA, 1994).
2. Calcular la prevalencia e incidencia del TOC en población general, así como las obsesiones y compulsiones con mayor frecuencia en niños y adolescentes mexicanos.

Variables

Las variables independientes fueron: estilos de crianza y estilos de afrontamiento.

Las variables dependientes fueron: ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo.

*Participantes*Muestra de Población General

Se analizaron los datos de 1681 participantes, 859 mujeres y 822 hombres de entre 7 y 16 años de edad. Un mil cuatrocientos doce niños provenientes de cinco escuelas primarias públicas y 268 adolescentes provenientes de una escuela secundaria pública ubicadas en diversas zonas geográficas de la Ciudad de México (Anexo 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Zona Geográfica	Plantel	Participantes
Norte	Primaria pública	389
Sur	Primaria pública	516
	Secundaria pública	268
Centro	Primaria pública	160
Oriente	Primaria pública	347

Tabla 5.1. Frecuencia de participantes por zona geográfica.

Muestra Clínica

Se trabajó con 112 pacientes 49 mujeres y 63 hombres de entre 6 y 13 años de edad, con una media de 8 años. Veinticuatro niños provenientes de una clínica ubicada al oriente de la ciudad de México y 88 niños de una clínica ubicada al sur de la ciudad (Anexo 2). En la tabla 5.2 se presenta la distribución de los grupos de contraste psiquiátricos; tres niños fueron excluidos de la investigación por haber recibido un diagnóstico adicional de retraso mental.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	46	41.1%
Conducta	49	43.8%
Depresión	17	15.2%

Tabla 5.2 Distribución de los grupos de la muestra clínica.

Criterios de inclusión:

- Se recibieron niños con diagnóstico de algún trastorno de ansiedad proporcionado por un psiquiatra del Hospital Psiquiátrico de acuerdo a los criterios establecidos en el CIE-10 (World Health Organization, 1992).

Criterios de exclusión:

- Cualquier tipo de retardo en el desarrollo o daño cerebral.
- Aquéllos cuyos padres no dieran su consentimiento para que el niño participara en la investigación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Escenario

La aplicación en las escuelas públicas se realizó en las aulas correspondientes a los diferentes grados y grupos escolares de manera grupal.

La aplicación en el escenario clínico se realizó en el área de admisiones del Hospital Psiquiátrico de manera individual en forma de entrevista.

Materiales

Los materiales empleados para las aplicaciones individual y grupal fueron:

- Hojas de lectura óptica (dos por cada participante)
- Lápices de 2 o 2 ½
- Goma, sacapuntas y regla
- Calcomanías de diversos personajes
- Carta de consentimiento informado

Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio transversal descriptivo correlacional. Dado su propósito de describir variables y relaciones entre las mismas en un momento determinado. El diseño utilizado no es estrictamente experimental en el sentido de haber administrado una variable independiente a fin de observar su efecto en una o más variable(s) dependiente(s). El diseño es "*ex post-facto*" por que los hechos y las variables ya habían ocurrido, observando sus características y relaciones tal y como se han dado en su contexto natural (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

Instrumentos

- Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) versión Infantil (Mam, 1998). Escala de Interacción familiar compuesta por 53 reactivos distribuidos en 2 escalas: síntomas físicos y estilos de vida (Anexo 5).
- Instrumento de medición de la percepción infantil de estilos de crianza maternos (Ortega, 1994 adaptado y compactado por López, 2000). Compuesto por 47 reactivos distribuidos en 11 factores: control firme, falta de límites, aceptación, rechazo, preferencia hacia el sujeto, preferencia hacia el hermano,

sobreprotección, fomento de autonomía, ejecución orientada, evaluación positiva y castigo (Anexo 6).

- Instrumento de medición de los estilos de afrontamiento (versión infantil) (Hernández-Guzmán, en prensa). Compuesto por 12 reactivos distribuidos en 4 factores: afrontamiento activo, afrontamiento emocional, afrontamiento de evitación y afrontamiento pasivo (Anexo 7).
- Escala TOC- UNAM para niños entre 7 y 16 años, compuesta por 27 reactivos (confiabilizar y validar dicha escala es uno de los objetivos de la presente investigación) (Anexo 1).
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para niños y adolescentes (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque & Chartt-León, 1999), compuesta por 20 reactivos que muestran la frecuencia de ocurrencia de síntomas depresivos en la semana previa a su aplicación. Los puntajes que miden severidad de síntomas van de 0 a 60, sesenta representando la máxima severidad (Anexo 8).
- Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997) compuesta por 44 reactivos que se contestan en escala tipo Likert de tres puntos (nunca, a veces, muchas veces) (Anexo 9).

Piloteo

Antes de la aplicación de la escala TOC-UNAM en población general y clínica, se realizó un piloteo con 30 sujetos con la finalidad de analizar la comprensión de los niños de cada uno de los reactivos piloteo. Gracias a dicho procedimiento se pudieron afinar la redacción y claridad de los mismos.

Procedimiento

En la aplicación participaron 5 pasantes de psicología y una maestra en psicología. El entrenamiento en el procedimiento de aplicación se realizó en una sola sesión de

aproximadamente dos horas. La cual consistió en establecer la uniformidad de los procedimientos para la aplicación, la revisión de cada uno de los instrumentos, la formulación de las instrucciones, materiales de aplicación, los límites de tiempo, las instrucciones orales, las demostraciones previas, la forma de manejar las dudas de los examinados, el tono de la voz, las pausas, la expresión del rostro y las actividades relacionadas con la aplicación.

Muestra de Población General

En las escuelas, una vez acordados los permisos y horarios de la aplicación, se envió una circular a los padres de familia (Anexo 4) pidiendo su aprobación para que su hijo(a) participara en la investigación contestando los instrumentos.

Los pares de aplicadores se asignaron al azar a cada grupo escolar, uno de ellos leía las preguntas y el otro escribía las opciones de respuesta en el pizarrón y resolvía las posibles dudas que surgieran. Una vez a la semana todos se reunían para discutir los problemas y peculiaridades que se hubiesen presentado con la finalidad de evitar posibles problemas en las siguientes aplicaciones. En las aplicaciones grupales se explicaba como contestar en las hojas ópticas. Se leían las instrucciones en voz alta. A continuación se leía, también en voz alta, cada reactivo de los instrumentos llamando la atención al número de cada pregunta y su localización en la hoja óptica.

Al terminar, el aplicador pedía a los participantes que revisaran que todos los reactivos estuvieran contestados. En caso contrario el segundo aplicador repetía las preguntas faltantes. Se pedía a los niños que acomodaran las hojas ópticas y las entregarán al aplicador. Finalmente se les daba las gracias por haber participado y se le entregaba una calcomanía a cada uno(a).

Muestra Clínica

En los Hospitales Psiquiátricos al salir de la consulta en el área de admisiones, el paciente se refería con los aplicadores. Antes de la aplicación firmaban los padres de familia una carta de consentimiento informado (Anexo 4).

Los aplicadores utilizaron el mismo procedimiento sólo que de forma individual.

Análisis Estadístico

Se elaboró una base de datos para la muestra de población general y otra para la muestra de población clínica. Posteriormente se analizaron los datos empleando el programa SPSS 10.0 para Windows, realizándose:

- Análisis de discriminación de reactivos por medio de un análisis factorial para comprobar que la carga factorial de cada reactivo de la escala TOC-UNAM para niños y adolescentes es estadísticamente significativa.
- Objetivo 1.

Con el propósito de establecer la confiabilidad y validez de la escala TOC-UNAM para niños:

Se calculó el alpha de Cronbach para obtener su confiabilidad.

El procedimiento de validación fue el siguiente:

La validez de constructo es la que determina si el instrumento mide realmente lo que pretende medir. Se pone a prueba la existencia de relaciones entre las variables y se determina si el constructo queda bien representado en cuanto a las dimensiones que lo constituyen. Para comprobarla se corrió un análisis factorial.

La validez concurrente es aquella que determina si el instrumento se comporta de manera semejante a otro que mide la misma variable. Para corroborarla se llevó a cabo una correlación de Pearson con la Escala de Ansiedad para niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, Spence, 1997) que es una medida general de ansiedad que evalúa los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por ansiedad de separación, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y miedo al daño físico.

La validez discriminante es la encargada de comprobar si el instrumento es capaz de discriminar entre diferentes grupos, en este caso entre población general y población clínica. Con el objetivo de identificar su capacidad de discriminación

entre diferentes grupos se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes con la escala TOC- UNAM:

- (a) Población general vs población clínica diagnosticada con un trastorno por ansiedad.
- (b) Población clínica diagnosticada con un trastorno por ansiedad vs población psiquiátrica diagnosticada con otros trastornos psiquiátricos.

Debido a que la muestra de población psiquiátrica fue menor a la muestra de población general, ésta se equiparó al azar con respecto a la primera controlando la edad de los niños.

□ Objetivo 2.

Con la finalidad de conocer la incidencia, frecuencia y edad de inicio que tiene el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes mexicanos:

Se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes por sexo, siendo la variable independiente el sexo de los participantes, y la variable dependiente la puntuación total del TOC-UNAM y la puntuación de cada uno de sus factores.

Se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes por grupo de edad (niños o adolescentes), siendo la variable independiente el grupo al cual pertenecían los participantes, y la variable dependiente la puntuación total del TOC-UNAM y la puntuación de cada uno de sus factores.

Seleccionando un grupo por análisis (niños o adolescentes) se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes. Se consideró el sexo como variable independiente y, la puntuación total del TOC-UNAM y la puntuación de cada uno de sus factores como variable dependiente.

Se realizó un análisis descriptivo del número de obsesiones y compulsiones con mayor incidencia en la población general, atendiendo a la frecuencia con la que los niños y adolescentes contestaron en la opción de respuestas "tanto como te imagines" a los reactivos de la escala TOC-UNAM.

Resultados

Criterio de aceptación de reactivos

Inicialmente, se corrió un análisis factorial con el objetivo de conocer la carga factorial de los reactivos la cuál debía ser \geq a .310. Por ello, el reactivo 28 "Me dan asco los desechos del cuerpo como la orina o la saliva" del Factor 2 "Culpabilidad" no fue incluido en la versión final de la escala TOC-UNAM para niños y adolescentes (Anexo 1) debido a que su carga factorial fue menor a .310.

Validez

Validez de Constructo

El Análisis Factorial confirmatorio arrojó 5 factores después de 9 iteraciones con 27 reactivos, 8, 5, 7, 4 y 3 reactivos, respectivamente, que explican el 43.218% de la varianza total. El método de extracción empleado fue de análisis de componentes principales y rotación varimax con normalización Kaiser. Los factores, reactivos y cargas factoriales se muestran en la tabla 5.4.

Factor	Nombre	No.	Reactivo	Carga Factorial
1	Limpieza	6	Me preocupa la suciedad o los microbios	.546
		7	Me preocupa la contaminación ambiental	.614
		8	Me preocupa que los animales me traigan enfermedades	.654
		9	Me molesta lo pegajoso	.412
		10	Me preocupa enfermarme por la contaminación	.689
		11	Me preocupa que otros se enfermen si yo contaminao	.641
		15	Me da miedo enfermarme	.588
		27	Temo insultar a las personas	.455
2	Culpabilidad	1	Me da miedo lastimar a otras personas	.533
		2	Me da miedo hacer algo que me de vergüenza	.616
		3	Me da miedo hacer cosas que yo no quería hacer.	.665
		4	Me da miedo robar cosas.	.629
		5	Me da miedo tener la culpa de algo terrible	.659

3	Verificación	19	Tengo que revisar varias veces que las cosas que hago estén bien	.406
		20	Me preocupa que algo malo pueda pasarme	.481
		21	Tengo números que me dan buena o mala suerte	.471
		22	Me preocupo mucho por mi apariencia	.485
		23	Tengo que hacer las cosas una y otra vez	.590
		24	Me molestan las imágenes violentas u horribles en mi cabeza	.396
4	Perfeccionismo	26	Me preocupa que las cosas no estén en orden	.628
		12	Me gusta coleccionar cosas	.704
		13	Me molestan los ruiditos que hacen los demás	.445
		16	Me importa mucho hacer todo perfecto	.504
5	Cogniciones obsesivo-compulsivas	17	Siento la necesidad de ordenar o arreglar las cosas	.555
		14	Tengo un color de la buena o mala suerte	.494
		18	Me arranco el pelo cuando no tengo nada que hacer	.658
		25	No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas	.466

Tabla 5.3. Descripción factorial de la Escala TOC- UNAM para niños

En la tabla 5.4 se presenta la varianza total, explicada y acumulada por los 5 factores.

Factor	% Varianza Total	% Varianza Explicada	% Varianza Acumulada
1	3.372	12.490	12.490%
2	2.456	9.098	21.587%
3	2.336	8.650	30.238%
4	1.810	6.704	36.942%
5	1.695	6.276	43.218%

Tabla 5.4 Varianza total, explicada y acumulada por factor.

Validez Concurrente

Se estableció su validez concurrente con la Escala de Ansiedad para niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, Spence, 1997). La correlación global entre el TOC-UNAM y el SCAS resultó estadísticamente significativa (.817, $p < 0.01$). Además, también se relacionó significativamente el TOC-UNAM con la escala del SCAS que mide el Trastorno obsesivo-compulsivo (.577, $p = .000$). Los resultados de las correlaciones entre el SCAS y el TOC-UNAM se muestran en la tabla 5.5.

TOC-UNAM	SCAS	SCAS6 Trastorno obsesivo- compulsivo
Total	.817*	.577*
Factor1 Limpieza	.610*	.357*
Factor2 Verificación	.560*	.403*
Factor3 Culpabilidad	.797*	.408*
Factor4 Perfeccionismo	.501*	.295*
Factor5 Cogniciones obsesivo- compulsivas	.549*	.391*

* $P < 0.01$

Tabla 5.5 Correlaciones entre el TOC-UNAM y el SCAS total y el factor 6 del SCAS.

Validez Discriminante

El cálculo requería un número suficiente de individuos diagnosticados con TOC. Lamentablemente, esto no fue posible por lo que se trabajó con los que tenían un diagnóstico con cualquier trastorno de ansiedad.

Se comparó el grupo de población general contra los sujetos clínicos diagnosticados con ansiedad. El análisis con la puntuación total se realizó con 46 niños ansiosos ($M = 55.24$, $DE = 8.72$) y 112 de población general ($M = 56.37$, $DE = 11.74$). La diferencia entre las medias de ambos grupos resultó estadísticamente significativa, ($t = .588$, $p = .053$). En los análisis por factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 1 de los 5 factores del TOC-UNAM.

Finalmente, se comparó el grupo clínico diagnosticado con ansiedad con aquellos diagnosticados con otros trastornos. El análisis con la puntuación total se realizó con 46 niños ansiosos ($M = 55.24$, $DE = 8.72$) y 49 niños con problemas de conducta ($M = 56.78$, $DE = 8.89$). La diferencia entre ambos grupos no mostró ser estadísticamente significativa,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

$t = -.850$, $p = .743$. De igual manera, en los análisis por factor no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en alguno de los 5 factores del TOC- UNAM.

Factor	Nombre	Población	Media	DE	t	Sig.
1	Limpieza	Ansiosos	15.98	4.21	-.565	.577
		Conducta	16.45	3.91		
2	Culpabilidad	Ansiosos	11.76	2.95	-1.560	.457
		Conducta	12.67	2.75		
3	Verificación	Ansiosos	13.96	2.67	-.408	.661
		Conducta	14.18	2.76		
4	Perfeccionismo	Ansiosos	8.20	2.04	-.470	.715
		Conducta	8.39	1.95		
5	Cogniciones obsesivo-compulsivas	Ansiosos	5.35	1.37	1.021	.192
		Conducta	5.08	1.17		

Tabla 5.6 Diferencias por población para la escala TOC-UNAM.

Confiabilidad

Se obtuvo un Alpha de Cronbach de .8736 del TOC-UNAM. La tabla 5.9 muestra el alpha de cada factor.

Factor	Confiabilidad
1. Limpieza	.7876
2. Culpabilidad	.7078
3. Verificación	.6693
4. Perfeccionismo	.5818
5. Cogniciones obsesivo-compulsivas	.4027

Tabla 5.7 Confiabilidad por factor a través del Alpha de Cronbach.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prevalencia

Se estableció con un punto de corte calculado a partir de los criterios diagnósticos para el TOC que indica el DSM-IV. Se encontró que el 18.61% de los niños de población general cumplen el diagnóstico. De los cuales el 5.29% son hombres y el 13.32% son mujeres.

Análisis por sexo

Se aplicó pruebas t de Student para muestras independientes, siendo la variable independiente el sexo de los participantes y las variables dependientes la puntuación total del instrumento y las puntuaciones de cada factor. Se realizó una prueba t por cada variable dependiente.

El análisis total se realizó con 822 hombres (M= 52.52, DE= 9.91) y 859 mujeres (M= 58.12, DE= 9.46). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t = -11.863$, $p = .000$.

En los análisis por factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los factores del TOC-UNAM, en los que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres, como se puede observar en la tabla 5.10.

Facto	Dimensión	Sexo	Media	DE	t	Sig.
1	Limpieza	Masculino	15.63	4.00	-10.157	.001*
		Femenino	17.56	3.80		
2	Culpabilidad	Masculino	9.92	2.63	-10.224	.001*
		Femenino	11.22	2.56		
3	Verificación	Masculino	14.00	3.05	-8.534	.001*
		Femenino	15.24	2.95		
4	Perfeccionismo	Masculino	8.34	2.14	-6.692	.001*
		Femenino	9.01	1.98		
5	Cogniciones obsesivo-compulsivas	Masculino	4.63	1.37	-6.493	.001*
		Femenino	5.09	1.50		

* $P < 0.01$

Tabla 5.8 Diferencias por sexo para la escala TOC-UNAM.

Frecuencia de obsesiones y compulsiones

A continuación se presentan las 10 obsesiones y compulsiones más frecuentes en la población general de niños y adolescentes. Se presentan los reactivos, incluyendo el factor al que pertenecen y el porcentaje de la muestra que informó con más frecuencia en la opción "tanto como te imagines". Asimismo, se calculó la frecuencia y el porcentaje de cada uno de los 27 reactivos (véase Anexo 3).

No.	Reactivo	Factor	Porcentaje Muestra
4	Me da miedo robar cosas	2	58.2%
22	Me preocupa mucho por mi apariencia	3	48.1%
5	Me da miedo tener la culpa de algo terrible	2	46.2%
16	Me importa mucho hacer todo perfecto	4	46.0%
12	Me gusta coleccionar cosas	4	45.8%
7	Me preocupa la contaminación ambiental	1	45.3%
10	Me preocupa enfermarme por la contaminación	1	41.5%
23	Tengo que hacer las cosas una y otra vez	3	40.6%
8	Me preocupa que los animales me enfermen	1	40.2%
17	Siento la necesidad de ordenar o arreglar las cosas	4	38.3%

Tabla 5.9 Obsesiones y compulsiones más frecuentes en niños y adolescentes.

Análisis por grupo de edad

Se aplicó pruebas t de Student para muestras independientes, siendo la variable independiente el sexo de los participantes y las variables dependientes la puntuación total

del instrumento y las puntuaciones de cada factor. Se realizó una prueba t por cada variable dependiente.

El análisis con la puntuación total se realizó con 1413 niños ($M= 55.83$, $DE= 10.13$) y 268 adolescentes ($M= 52.98$, $DE= 9.43$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t= 4.278$, $p = .000$.

Los análisis por factor se realizaron con 1412 niños y 269 adolescentes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 4 de los 5 factores del TOC-UNAM, en los que los niños obtuvieron puntuaciones significativamente más altas, como se puede observar en la tabla 5.12

Facto r	Dimensión	Edad	Media	DE	t	Sig.
1	Limpieza	Niños	16.85	4.00	5.629	.001*
		Adolescentes	15.36	3.88		
2	Culpabilidad	Niños	10.58	2.68	-.189	.850
		Adolescentes	10.61	2.63		
3	Verificación	Niños	14.74	3.09	3.398	.001*
		Adolescentes	14.05	2.83		
4	Perfeccionismo	Niños	8.73	2.10	2.186	.029*
		Adolescentes	8.43	2.00		
5	Cogniciones obsesivo-compulsivas	Niños	4.93	1.48	4.182	.001*
		Adolescentes	4.53	1.25		

* $P < 0.01$

Tabla 5.10 Diferencias por sexo para la escala TOC-UNAM para niños y adolescentes.

Análisis por sexo y grupo de edad

La literatura informa que la edad inicial de la adolescencia son los 13 años aproximadamente (p. e. Hernández-Guzmán & Benjct, 2002). Por ello, en el presente estudio se tomó está como referencia para realizar la división entre niños y adolescentes.

Seleccionando un grupo por análisis (niños o adolescentes) se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes, considerando el sexo como variable independiente y, considerando la puntuación total del instrumento y las puntuaciones de cada factor como variables dependientes. Se realizó una prueba t por cada variable dependiente.

El análisis con la puntuación total en el grupo de niños se realizó con 1413 sujetos con edades entre 7- 12 años, de los cuales 690 eran hombres ($M= 52.91$, $DE= 9.97$) y 723 mujeres ($M= 58.62$, $DE= 9.49$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t= -11.039$, $p=.000$.

El análisis con la puntuación total en el grupo de adolescentes se realizó con 268 sujetos con edades entre 13- 16 años, de los cuales 132 eran hombres ($M= 50.45$, $DE= 9.36$) y 136 mujeres ($M= 55.43$, $DE= 8.86$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa resultando una $t= -4.479$, $p=.000$.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue desarrollar un instrumento válido y confiable para evaluar el Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes mexicanos. Los resultados obtenidos apuntan hacia el cumplimiento del mismo.

Inicialmente, la escala TOC-UNAM se constituyó por 28 reactivos. En el análisis factorial se retiró un reactivo por tener una carga factorial menor a .310 por lo cuál, la versión final de la escala TOC-UNAM se constituyó por 27 reactivos.

El análisis factorial confirmatorio de los 27 reactivos finales sugiere que los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes se agrupan en 5 factores los cuales son: limpieza (8 reactivos), culpabilidad (5 reactivos), verificación (7 reactivos), perfeccionismo (4 reactivos), cogniciones obsesivo-compulsivas (3 reactivos). Hipotéticamente, y de acuerdo con los criterios propuestos por el DSM-IV para el TOC, los reactivos se agruparon en el factor correspondiente. Esto corrobora que dichos criterios son aplicables tanto en niños como en adolescentes. Congruente con lo informado en otros estudios (Swedo, Leonard, Lenane & Cheslow, 1989). El análisis de confiabilidad correspondiente, indica que el TOC-UNAM presenta un alfa de Cronbach de .8736.

Con respecto a su validez concurrente, la correlación entre el SCAS (Spence 1997) y el TOC-UNAM mostró ser significativa (.817, $p < .000$). Asimismo, el factor 6 del SCAS que mide el Trastorno obsesivo-compulsivo correlacionó de manera significativa con la escala TOC-UNAM. Así, la validez concurrente confirma que la escala TOC-UNAM arroja resultados semejantes a aquélla que también mide la misma variable.

La validez discriminante del TOC-UNAM respalda la capacidad de éste para discriminar entre niños y adolescentes de población psiquiátrica. No obstante, su capacidad para discriminar entre ansiedad y los trastornos de la conducta no fue significativa. Esto puede explicarse a partir de la forma en que se obtuvo el diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, el diagnóstico emitido por los psiquiatras no se contrastó contra algún criterio externo. Aún

más, se detectaron ciertas irregularidades en cuanto a la emisión de los mismos. Por tanto, conviene acotar la necesidad que existe de realizar aún más investigación en cuanto a la validez discriminante del TOC-UNAM en poblaciones psiquiátricas (enfaticando el uso de algún criterio externo).

Con base en estos resultados, se informa que la escala TOC-UNAM posee propiedades psicométricas viables. Esto indica que puede valorar y diagnosticar al Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en niños y adolescentes mexicanos, de acuerdo con los criterios propuesto por el DSM-IV.

Añadido a esto, los trastornos de ansiedad co-ocurren con los trastornos de conducta por lo que, la sobreposición de la sintomatología entre el diagnóstico de ansiedad y los problemas de conducta, es frecuente.

Con respecto al segundo objetivo, conocer la prevalencia del TOC en población general por sexo y edad, los resultados obtenidos no fueron consistentes con lo informado en la literatura (APA, 1994; Black, 1999; De Silva & Rachman, 1992; Swedo et al., 1989). Los análisis indicaron que las niñas obtuvieron puntajes significativamente más altos que los niños. No obstante, esto puede explicarse desde la perspectiva evolutiva ya que se ha documentado que las niñas refieren más miedos que los niños, y de igual manera, mayor prevalencia de trastornos de ansiedad (Echeburúa, 1998; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Hernández-Guzmán, 1999; Kendall, Chansky, et al., 1992; Ollendick, 1983).

Asimismo, las obsesiones y compulsiones más frecuentes en población general, donde la jerarquía se obtuvo de acuerdo a un mayor porcentaje de respuesta en la opción "tanto como te imagines", se relacionan con culpabilidad, verificación y perfeccionismo. El reactivo que obtuvo el mayor porcentaje fue "Me da miedo robar cosas.". Esto, es congruente con aquellos estudios que indican que los niños con TOC presentan rituales referentes a la constante verificación de sus conductas, y su tendencia a querer realizar y tener todo en orden (Echeburúa, Grados & Labuda, 1997). Además, el querer realizar todo perfecto es característico del TOC como anteriormente se mencionó (Bhar & Kyrios, 1999).

CAPITULO 6

ESTUDIO 2
FACTORES QUE CORRELACIONAN CON EL TOC

Método

Objetivo

Una vez demostrada la viabilidad psicométrica del instrumento, se procedió a someter a prueba si la aparición del TOC se asociaba con otras variables que la literatura ha señalado como relacionadas con la ansiedad en general: estilos de crianza, afrontamiento, síntomas físicos e interacción escolar y familiar.

*Participantes*Muestra de Población General

Se analizaron los datos de 1681 participantes, 859 mujeres y 822 hombres de entre 7 y 16 años de edad (Anexo 2).

Muestra Clínica

Se trabajó con 112 pacientes 49 mujeres y 63 hombres de entre 6 y 13 años de edad, con una media de 8 años (Anexo 2).

Escenario

La aplicación en las escuelas públicas se realizó en las aulas correspondientes a los diferentes grados y grupos escolares de manera grupal. La aplicación en el escenario clínico se realizó en el área de admisiones del Hospital Psiquiátrico de manera individual en forma de entrevista.

Materiales

Los materiales empleados para las aplicaciones individual y grupal fueron los mismos que se utilizaron en el estudio 1.

Instrumentos

- Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) versión infantil (Mam, 1998). Escala de interacción familiar compuesta por 53 reactivos distribuidos en 2 escalas: síntomas físicos y estilos de vida (Anexo 5).
- Instrumento de medición de la percepción infantil de estilos de crianza maternos (Ortega, 1994 adaptado y compactado por López, 2000). Compuesto por 47 reactivos distribuidos en 11 factores: control firme, falta de límites, aceptación, rechazo, preferencia hacia el sujeto, preferencia hacia el hermano, sobreprotección, fomento de autonomía, ejecución orientada, evaluación positiva y castigo (Anexo 6).
- Instrumento de medición de los estilos de afrontamiento (versión infantil) (Hernández-Guzmán, en prensa). Compuesto por 12 reactivos distribuidos en 4 factores: afrontamiento activo, afrontamiento emocional, afrontamiento de evitación y afrontamiento pasivo (Anexo 7).
- Escala TOC- UNAM para niños entre 7 y 16 años, compuesta por 27 reactivos (confiabilizar y validar dicha escala es uno de los objetivos de la presente investigación) (Anexo 1).

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos mencionados en el estudio 1 como los de éste, fue al mismo tiempo. Esto, con el fin de tener un mejor entendimiento de los análisis estadísticos que fueron necesarios para el cumplimiento de los objetivos que se plantean en cada estudio.

Análisis Estadístico

Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson entre la escala TOC- UNAM y (a) el Instrumento de Medición de los estilos de Afrontamiento (versión Infantil), (b) el Instrumento de medición de la percepción infantil de estilos de crianza maternos, y (c) el Inventario de Salud, Estilos de vida y comportamiento (SEVIC), con la finalidad de conocer si existe alguna relación entre el TOC, la crianza, los estilos de afrontamiento infantil, los síntomas físicos y la interacción familiar y escolar.

Resultados

Se aplicó una Correlación de Pearson con la población general, con el objetivo de investigar si existen relaciones entre la escala TOC-UNAM para niños y adolescentes, el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) (versión infantil), el Instrumento de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos y el Instrumento de Medición de los Estilos de Afrontamiento (versión infantil).

1. TOC y Crianza

La correlación global entre el TOC-UNAM y la Escala de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos para niños resultó ser estadísticamente significativa ($r = -.124$, $p = .000$).

Estilos de Crianza	TOC-UNAM
Factor 1. Aceptación	.119*
Factor 2. Rechazo	-
Factor 3. Ejecución orientada	.182*
Factor 4. Castigo	.-
Factor 5. Control firme	.128*
Factor 6. Falta de autonomía	-
Factor 7. Preferencia hacia el sujeto	-
Factor 8. Falta de límites	.080*
Factor 9. Castigo	.099*
Factor 10. Sobreprotección	-.153*

* $p < 0.01$

Tabla 6.1. Correlaciones entre el TOC-UNAM y la Escala de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos

2. TOC y Afrontamiento

La correlación global entre el TOC-UNAM y el Instrumento de medición de los estilos de Afrontamiento (versión infantil) resultó ser estadísticamente significativa ($-.444, p = .000$).

Afrontamiento	TOC-UNAM
Factor 1 Afrontamiento Activo	$-.346^*$
Factor 2 Afrontamiento Emocional	$-.343^*$
Factor 3 Afrontamiento Evitación	$-.221^*$
Factor 4 Afrontamiento Pasivo	$-.197^*$

* $p < 0.01$

Tabla 6.2. Correlaciones entre el TOC-UNAM y el Instrumento de medición de los estilos de Afrontamiento.

3. TOC y Escala de Síntomas Físicos (SEVIC)

La correlación global entre el TOC-UNAM y la Escala de Síntomas Físicos (SEVIC) para niños y adolescentes resultó ser estadísticamente significativa ($.236, p = .000$).

Escala de Síntomas Físicos (SEVIC)	TOC-UNAM
Factor 1. Somatización	$.166^*$
Factor 2. Síntomas físicos	$.144^*$
Factor 3. Agresividad	$.134^*$
Factor 4. Somatización II	$.112^*$
Factor 5. Depresión	$.283^*$

* $p < 0.01$

Tabla 6.3. Correlaciones entre el TOC-UNAM y la Escala de Síntomas Físicos (SEVIC).

4. TOC y Escala de Interacción familiar y escolar (SEVIC)

La correlación global entre el TOC-UNAM y la Escala de Estilos de vida (SEVIC) no resultó ser estadísticamente significativa (.016, $p = .506$).

Escala de Interacción familiar y escolar (SEVIC)	TOC-UNAM
Factor 1. Interacción papá	-
Factor 2. Interacción negativa	.052
Factor 3. Amistades sociales	-
Factor 4. Relaciones escolares	.084

Tabla 6.4. Correlaciones entre el TOC-UNAM y Escala de Estilos de vida (SEVIC).

Añadido a esto, se muestra por separado en la siguiente tabla la correlación entre el último factor de la escala de Interacción familiar y escolar (SEVIC), el factor 5 "Depresión", dada la alta comorbilidad que se ha informado entre la depresión y el TOC.

	TOC-UNAM
Depresión	.063

Tabla 6.5. Correlación entre el TOC-UNAM y el factor 5 de la escala de Interacción familiar y escolar (SEVIC).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión

Con el propósito de investigar si los factores protectores y de riesgo relativos a la crianza, los estilos de afrontamiento, y la interacción con los padres e hijos se relacionan con la ocurrencia del TOC, se llevó a cabo un segundo estudio.

Las correlaciones registradas fueron consistentes con los resultados de estudios previos. La crianza es un factor que se relaciona con el TOC, al igual que los estilos de afrontamiento, los síntomas físicos, y las interacciones familiares y escolares.

Se obtuvieron correlaciones significativas entre el TOC y los factores de crianza relacionados con el estilo autoritario y el estilo permisivo. Estos resultados son congruentes con aquéllos estudios que Informan que la familia de un niño con TOC tiende a ser autoritaria y perfeccionista (Echeburúa, 1998; Salkovskis, Shafran, Rachman & Freeston, 1999), y con aquéllos que indican que la sobreprotección es un precursor del TOC (Swinson, Antony, Rachman & Richter, 1998). Asimismo, el TOC se relaciona con un pobre afrontamiento activo y emocional.

La correlación con SEVIC Síntomas físicos fue significativa. No obstante, las respuestas fisiológicas en niños con TOC no son tan claras.

Aunque los resultados obtenidos en el presente estudio son importantes en cuanto a la descripción del TOC en niños y adolescentes mexicanos, no permiten establecer patrones claros para la comprensión y evolución de las obsesiones y compulsiones a lo largo del espectro del desarrollo. Por ello, se sugiere el empleo de diseños longitudinales en estudios futuros.

El presente trabajo representa una aportación para la evaluación de las obsesiones y compulsiones infantiles y adolescentes ya que, la literatura ha informado que en la mayoría de los casos, los maestros y padres creen que las obsesiones y compulsiones son conductas normales o inclusive no se percatan de éstas, sino hasta varios meses después

(p. e. Grados & Labuda, 1997). Así, es importante contar con una escala que pueda detectar dichas obsesiones y compulsiones y coadyuve al diseño de tratamientos adecuados y eficaces.

Se ha sugerido que la evaluación de los trastornos infantiles resulta complicada; específicamente aquélla de los trastornos de ansiedad, debido a su alta co-ocurrencia con otros trastornos o condiciones patológicas (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker & Ries, 2000; Chorpita, Albano & Barlow, 1998; Schniering, Hudson & Rapee, 2000). Existen diversos métodos para recolectar la información como las entrevistas estructuradas, los autoinformes o los registros observacionales. Sin embargo, las primeras no cuentan con una versión en español, la mayoría de los autoinformes carecen de validez y confiabilidad y, por último, los registros observacionales tienen una gran desventaja: su costo.

La evaluación más adecuada es aquélla que posea viabilidad psicométrica, sea fácil de aplicar y tome en cuenta las características y normas de la población en la que se aplique. Por lo que la escala TOC-UNAM es un instrumento que puede aplicarse válida y confiablemente en población mexicana, pues se desarrolló atendiendo a las características de dicha población. Además, su fácil y rápida aplicación permiten recomendarla para investigaciones futuras relacionada con el TOC.

Así, los nuevos métodos para evaluar y diagnosticar la psicopatología infantil, permitirán la creación de modelos preventivos y terapéuticos más eficaces lo que a su vez, permitirá que la Psicología clínica infantil tenga un mayor alcance y favorezca el bienestar del ser humano.

CAPITULO 7

DISCUSIÓN GENERAL

Los miedos y fuentes de ansiedad son comunes en la infancia, y se desvanecen conforme el niño crece. Sin embargo, la ocurrencia de los trastornos de ansiedad en general y el trastorno obsesivo-compulsivo en particular, son psicopatologías que ostaculan el curso normal del desarrollo. Su origen se relaciona principalmente con la crianza ejercida por los padres, principalmente, cuando ésta se establece de manera autoritaria o permisiva. Sin embargo, la directriz de los trastornos de ansiedad cambia de acuerdo a los patrones socio-culturales a los que el niño esté expuesto.

De igual forma, la evaluación de los trastornos de ansiedad está sujeta a las diferencias individuales y étnicas ya que, es imposible pensar que los niños pertenecientes a distintas culturales y países presenten la misma prevalencia de ansiedad. Por ejemplo, en los países latinoamericanos es común que el niño se desarrolle dentro de un contexto que incluye a la familia nuclear (padres y hermanos) y a la familia extendida (abuelos y tíos). En este caso, la familia extendida puede actuar como un factor protector y coadyuvar al diseño de nuevos instrumentos e intervenciones que resuelvan la problemática infantil, o en su opuesto, intensificar las conductas de ansiedad en los niños.

Actualmente, existen un sinnúmero de escalas que evalúan los diversos trastornos de ansiedad en la infancia. Sólo algunas cuentan con investigación que respalde su confiabilidad y validez, por ejemplo, la escala FSSC-R (Ollendick, 1983). No obstante, las diseñadas para evaluar el Trastorno obsesivo-compulsivo en la población infantil son pocas. Aun más, aquéllas en castellano son realmente escasas. Así, la escala TOC-UNAM es un instrumento válido y confiable para la valoración del TOC en niños y adolescentes mexicanos.

El presente trabajo arroja resultados en relación con la escala TOC-UNAM que informan la estructura factorial del TOC en niños mexicanos. Asimismo, corroboran su

validez y confiabilidad lo que hace de la escala TOC-UNAM un instrumento recomendable para investigaciones posteriores por su fácil y sencilla aplicación.

Añadido a esto, la escala TOC-UNAM, un instrumento desarrollado específicamente para población mexicana, corrobora los criterios diagnósticos propuestos por el DMS-IV para el TOC. Dejando de lado la dificultad que acarrea la traducción de instrumentos desarrollados en el extranjero: la falta de atención a las características específicas de la población en la que se realiza la aplicación.

De igual manera, los resultados con respecto a la prevalencia del TOC en niños y adolescentes mexicanos son una aproximación a la distribución del TOC en población mexicana, sin dejar de lado la influencia familiar en el desarrollo y curso del Trastorno obsesivo-compulsivo. Las interacciones que se dan bajo este rubro sirven, ya sea como factores protectores, o factores de riesgo en el desarrollo socio-emocional del niño.

Es así, como la adecuada valoración y diagnóstico de los trastornos infantiles sólo pueden lograrse mediante la aplicación de instrumentos precisos. Esto a su vez, facilita la creación de modelos preventivos como parte de la investigación en Psicología.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/ 4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. S, Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Albano, A. M. & Morris, T. L. (1998). Childhood anxiety, obsessive- compulsive disorder, and depression. In J.J Plaud & E.H. Eifert (Eds.), *From behavior Theory to Behavior Therapy* (pp. 203-222). Boston: Allyn & Bacon.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III). México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 4th ed.). Quinta reimpresión (1998). México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R). México, D. F.: Masson, S. A.
- Amir, N., Freshman, M. & Foa, E. (2000). Family distress and involvement in relatives of Obsessive- Compulsive Disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 209-217.
- Anderson, J. C. (1994). Epidemiological Issues. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children*. (pp. 43-65). New York: Plenum.
- Angold, A., Cox, A., Prendergast, M. , Rutter, M. & Simonoff, E. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment. *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Asberg, M. (1991). Obsessive compulsive disorder. In Jenike & M. Asberg (Eds), *Understanding obsessive- compulsive disorder* (OCD). Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., Ries, K. (2001). Comorbidity of Depression in children and adolescents: Models and evidence from prospective high-risk family study, *Biological Psychiatry*, 49, 1071-1081.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of Anxiety and Panic.* (Pp 30- 179). New York: The Guilford Press.

Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects, *Clinical Psychology Review*, 20(4), 479-494.

Basco, M., Glickman, M., Weatherford, P. & Ryser, N. (2000). Cognitive- behavioral therapy for anxiety disorders: Why and how it works. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Supp. A, 64(3), pA52, 19p.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-907.

Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective.* United States: Basic Books.

Beidel, D. C. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergente, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment*, 8, 235-340.

Benjet, C. & Hernández- Guzmán, L. (2001). Gender differences in psychological well- being of Mexican early adolescents. *Adolescence*, 36 (141), 47-63.

Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. & Chartt-León, R. (1999). Validez y Confiabilidad de la CES-D en Peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.

Bhar, S. & Kyrios, M. (1999). Cognitive personality styles associated with depressive and obsessive-compulsive phenomena in a non-clinical population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 329-243.

Black, S. (1999). Obsessive- compulsive disorder: How to help kids with OCD. *Education Digest*, 65(2), 66.

Bouvard, M., Mollard, E., Cottraux, J. & Guerin, J. (1989). Étude préliminaire d'une liste de pensées obsédantes. *L' Encéphale*, 15, 351- 354.

Brown, G. P., Craske, M. G. & Rassovsky, Y. (1995). A new scale for measuring cognitive vulnerability to anxiety disorders. The Anxiety Attitude and Belief Scale. *Paper presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, Washington, DC.

- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J. & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 441-443.
- Caso, J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima. Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 80-95.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M. & Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 74-85.
- Chorpita, B. F., Plummer C. M. & Moffit, C. E. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotions to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal psychology*, 28(3), 299-310.
- Clark, D. A. & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Clark, D. A. & Purdon, C. (1995). Meta- cognitive Beliefs questionnaire. Unpublished questionnaires, Department of Psychology, University of New Brunswick, Fredericton, New Brunswick, Canada.
- Cooper, J. E. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48- 64.
- De Silva, P. & Rachman, S. (1992). *Obsessive- compulsive disorder. The facts*. New York: Oxford University Press, 41- 55.
- Dekovic, M. & Janssens M. (1992). Parents' Child-rearing style and Child's sociometric status. *Developmental Psychology*, 28 (5), 925- 932.
- Detweiler, M. F. & Albano, A. M. (2001). Covert symptoms of obsessive-compulsive disorder in children: A case study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(2), 75-86.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leidermann, P. H., Roberts, D. F. & Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance, *Child Development*, 58, 1244-257.

Echeburúa, E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. (pp. 60-69). Madrid: Pirámide.

Edmund, J. & Bourne, D. (1994). *The anxiety, phobia workbook*. United States: New Harbinger Publications.

Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 263-279.

Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, & Ayoub, C. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child abuse and neglect*, 18, 27-36.

Foa, E. & Wilson, R. (2001). *Stop Obsessing*. (3-72). New York: Bantam Books.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (1995). Surestimation de l'importance des pensées obsessionnelles. *Communication présentée au XVIII^{ème} Congrès de la Société de la Recherche en Psychologie*, Ottawa.

Freud, S. (1909). Notes on a case of obsessional neurosis. In A. & Strachey (Eds.), *Sigmund Freud: Collected papers*, 3, (296- 389). New York: Basic Books.

Frost, M. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

Frost, M. O. & Shows, D. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 275- 277.

Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S. V., Bellordre, C. A., Kim, G. S., Hagermoser, L., Cradock, K., Frazier, J. & Coffey, B. J. (2001). Disentangling chronological age from age of onset in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4(2), 169-178.

Geller, D. A., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S. & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of disorder?: A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 420-427.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P. L., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Goodman, W. K., McDougie, C. & Lawrence, P. (1992). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 53(4), 29-37.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleishman, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Grados, M., Labuda, M. C. (1997). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatric*, 9 (1).

Grolnick, S. W. & Ryan, R. (1989). Parent styles associated with children's Self-regulation and Competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81 (2), 143-154.

Hagopian, L. P. & Ollendick, T. H. (1997). Anxiety disorders. En R. T. Ammerman, M. Hersen (Eds.), *Handbook of prevention and treatment with children and adolescents: Intervention in the real world context*. (pp 431-454). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Herjanic, B. & Campbell, W. (1977). Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured psychiatric interview. *Journal of Abnormal child psychology*, 5, 127-135.

Hernández- Guzmán, L. & Caso, J. (1996). ¿Influye la crianza en la autoestima infantil? Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

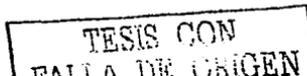
Hernández- Guzmán, L. & López- Morales, E. (1999). Los abuelos: Un Recurso ignorado en la Valoración, Diagnóstico e Intervención Psicológicos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (2), 281-290.

Hernández- Guzmán, L. & Sánchez- Sosa, J. J. (1997). Las interacciones padre-hijo predicen la ansiedad en los adolescentes mexicanos. *Adolescence*, 31 (124), 955.

Hernández, L. (1999). Hacia la Salud Psicológica: Niños Socialmente Competentes. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hernández-Guzmán, L. (2001). Psicopatología y tratamiento del trastorno por estrés post-traumático. En Caballo, V. E. & Simón M. A. (Compiladores) *Manual de*



Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos Generales. (pp. 59-92). Madrid: Ediciones Pirámide.

Hernández-Guzmán, L. (En prensa). Instrumento de Medición de los Estilos de Afrontamiento (versión Infantil). México: Facultad de Psicología, UNAM.

Hodges, K. (1990). Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychological Assessment*, 2, 376-381.

Hodgson, R. J. & Rachman, S. (1997). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.

Hoekstra, R. J. (1995). Obsessive-compulsive cognitions List. Unpublished scales, Research Office, Faculty of Medicine, Limburg University, Maastricht, the Netherlands.

Holland, D. & Dadds, M. (1995). *Diagnostic interview schedule for children, adolescents and parents*. Brisbane, Australia: Griffith University Press.

Johnson, S. Barrett, P. M., Dadds, M. R., Fox, T. L. & Shortt, A. L. (1999). The Diagnostic interview schedule for children, adolescents and parents: Initial reliability and validity data. *Behaviour Change*, 16, 155-164.

Kaufmann, D., Gesten, E., Santa Lucia, R. C., Salcedo, O., Rendina-Gobloff, G. & GDA, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: The parent's perspective. *Journal of child and family studies*, 9 (2), 231-245.

Kendall, P. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.

Kendall, P., Chansky, T., Kane, M., Kim, R., Kortlander, E., Ronan, K., Sessa, F. & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: Cognitive-Behavioral Interventions*. (89-170). Massachusetts: Allyn and Bacon.

Kovacs, M. (1997). *The interview schedule for children and adolescents (ISCA): Current and life time (ISCA-C & L) and current and interim (ISCA-C & I) versions*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic.

Kozak, M. (1996). *Fixity of Beliefs Questionnaire*. Unpublished scales, Department of Psychiatry, Medical College of Pennsylvania, PA.

Kugler, K. & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.

Kyrios, M. & Bhar, S. S. (1995). A measure of inflated responsibility: Its development and relationship to obsessive-compulsive phenomena. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.

Lamborn, D. S., Mounts, N. S., Steinberg L. & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.

Last, C. G. (1988). Anxiety Disorders in childhood and adolescence. En Last, C. & Hersen, M. (Eds.), *Handbook of Anxiety disorders*. (Pp. 531-541). New York: Pergamon Press.

Lazarus, R. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press, 90-171.

Lipschitz, A. (1988). Anxiety Disorders in childhood and adolescence. En Last C. & Hersen M. (Eds.), *Handbook of Anxiety disorders*. (Pp. 41-60). New York: Pergamon Press.

López, V. R. M. (2000). Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

MacDonald, K. & Parke, R. (1984). Bridging the gap: Parent-child play interaction and peer interactive competence. *Child Development*, 55, 1265-1277.

Manassis, K. (2000). Childhood Anxiety disorders: Lessons from the literature. *Canadian Journal of psychiatry*, 45(8), 724-731.

March, J. S. (1997). Manual for the multidimensional anxiety scale for children. Toronto, Ontario: Multihealth systems.

March, J. S. Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P. & Connors, K. (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.

March, J. S., Sullivan, K. & Parker J. (1999). Test-retest reliability of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (4), 349-358.

Mash, E. J. & Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En Caballo, V. E. & Simón M. A. (Compiladores) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos Generales*. (Pp. 29- 58). Madrid: Ediciones Pirámide.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Mataix-Cols, D., Sánchez-Turet, M. & Vallejo, J. (2002). A Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 25-36.
- Mc Gough, J. & Speier, P. (1993). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *School Psychology Review*, 22 (2), 243-9.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En Caballo, V. E. & Simón M. A. (Compiladores) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos Generales*. (Pp. 59-92). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. & Bogle, N. (2001). The revised version of the screen for child Anxiety related emotional disorders (SCARED- R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Muris, P., Meckelbach, H. Schmidt, H. & Mayer, B. (1999). The Screen for children anxiety related emotional disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality Individual Differences*, 26, 99-112.
- Obsessional- compulsive Inventory: Psychometric properties of two measures of obsessive- compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 21, 117-127.
- Obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 861-869.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685- 692.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en <http://www.who.int/whr/>.
- Orozco, B. De la Fuente J. R. & Nicolini H. (1995). Bases bioquímicas y tratamiento farmacológico del Trastorno obsesivo-compulsivo: Experiencia del IMP en 70 pacientes. *Salud mental*, 18(1), 1-13.
- Perrin, S. & Last C. G. (1992). Do childhood anxiety measures measure anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567-578.
- Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioral measurement of obsessional illness. Difficulties common to these and other instruments. *Scottish Medical Journal*, 20(suppl.), 33-40.

Piacentini, J. (1998). Behavior Therapy for Childhood OCD. *National Institute of Mental Health*.

Rachman, S. J. & Hodgson, R. S. (1980). Obsessions and compulsions (p. 96). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rapoport, J. L., Inoff-Germalin, G., Weissman, M. M., Greenwald, S., Narrow, W. E., Jensen, P. S., Lahey, B. B. & Canino, G. (2000). Childhood obsessive compulsive disorder in the NIMH MECA study: Parent versus child identification of cases. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 535-548.

Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1985). Revised children manifest anxiety scale (RCMAS) manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Reynolds, C. R. (1982). Convergent and divergent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 42, 1205-1212.

Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M., Letarte, H. & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 33, 785-794.

Ronan, K. R., Kendall, P. C. & Rowe, M. (1994). Negative affectivity in children. Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive therapy and Research*, 18, 509-528.

Salkovskis, P. M. (1992). Cognitive models and therapy of obsessive compulsive disorder. Paper presented at the World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Ontario, Canada.

Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S. J. & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.

Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jevons, A. & Gledhill, A. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: An experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 211-219.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.

Sandler, J. & Hazari, A. (1960). The "obsessional": On the psychological classification of obsessional character traits and symptoms. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 113-122.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Schniering, C. A., Hudson, L. J., Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of Anxiety Disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453- 478.
- Schwab-Stone, M. E., Shafer, D., Dulcan, M. K., Jensen, P. S., Fisher, P., Bird, H. R., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Lichtman, J. h., Canino, G., Rubio- Stiepec, M. & Rae, D.S. (1996). Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC- 2.3). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 878- 888.
- Seligman, M. E. P. (1981). *Indefensión*. Ed. Castellano. Madrid: Debate.
- Shaffer, D., Fisher, E., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., Lahey, B. B., Bourdon, K., Jensen, P. S., Bird, H. R., Canino, G. & Regier, D. A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Descriptor, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Shafraan, R., Thordarson D. S. & Rachman, S. (1996). Thought action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 379- 391.
- Shear, M. K. & Mammen, O. (1997). Anxiety disorders in Primary care: A life-span perspective, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61A(2), pA37, 17- 30.
- Shortt, A., Barrett, P., Dadds, M. & Fox, T. (2001). The Influence of family and experimental context on cognition in anxious children. *Journal of abnormal child Psychology*, 29 (6), 585-596.
- Sookman, & Pinard, (1995). The cognitive Schemata Scale: A multidimensional measure of cognitive schemas in obsessive disorder. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms in children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the Stait-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- SPSS Inc. (2001). SPSS for Windows: Statistic Program Sciences Socials. USA: SPSS Inc.
- Stallings, P. & March, T. S. (1995). Assessment. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 125-147). New York: Guilford Press.

Steketee, G. S., Frost, R. & Cohen, I. (1996). Measurement of beliefs in patients with OCD. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, NY.

Steketee G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.

Sternberg, L. G. & Burns, G. L. (1990a). Compulsive Activity checklist and the Maudsley.

Sternberg, L. G. & Burns, G. L. (1990b). Maudsley Obsessional- compulsive Inventory: Obsessions and compulsions in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 337-340.

Struening, E., Pittman, J., Welkowitz, L. & Guardino. (1996). Results of a national screening for anxiety disorders. *Paper presented at the American Psychiatric Association*. New York, May, 1996.

Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M. & Cheslow, D. (1989). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335- 341.

Swinson, R. P., Antony, M. M., Rachman, S. & Richter, M. A. (1998). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.

Tallis, F. (1995). *Obsessional Belief Scale*. Unpublished scale, Charter Nightingale Hospital, London, UK.

Thompson R. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*, 71, 1, 145- 152.

Valla, J. P., Bergeron, L., Bidaut-Russell, M., ST-Georges, M. & Gaudet, N. (1997). Reliability of the Dominic-R: A young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 712-724.

Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K. G. & Amado, H. (1987). Reliability, validity and parent- child agreement studies of the Diagnostic Interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 649-653.

World Health Organization (1979). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico (CIE-9)*. Madrid: Meditor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

World Health Organization. (1992). Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico (CIE- 10, 10ma. ed.). Madrid: Meditor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

ESCALA TOC-UNAM

La siguiente es una lista de situaciones en la cuál, por medio del termómetro, debes de indicar con que intensidad sientes cada una (Nada, Regular, Tanto como te puedas imaginar).

Recuerda que lo que respondas en este cuestionario será confidencial (no lo sabrá nadie). No existen respuestas malas o buenas, solamente indica que es lo que sientes en cada situación.

TERMÓMETRO DE SENTIMIENTOS

Nada	Regular	Tanto como te puedas Imaginar

1. Me da miedo lastimar a otras personas.

Nada ()

Regular ()

Tanto como te puedas imaginar ()

2. Me da miedo de hacer algo que me de vergüenza.

Nada ()

Regular ()

Tanto como te puedas imaginar ()

3. Me da miedo hacer cosas que no quería yo hacer.

Nada ()

Regular ()

Tanto como te puedas imaginar ()

4. Me da miedo robar cosas.

Nada ()

Regular ()

Tanto como te puedas imaginar ()

5. Me da miedo tener la culpa de algo terrible.

Nada ()

Regular ()

Tanto como te puedas imaginar ()

6. Me preocupa la suciedad o los microbios.

Nada ()

Regular ()

Tanto como te puedas imaginar ()

7. Me preocupa la contaminación ambiental.

Nada ()

Regular ()

Tanto como te puedas imaginar ()

8. Me preocupa que los animales me enfermen.

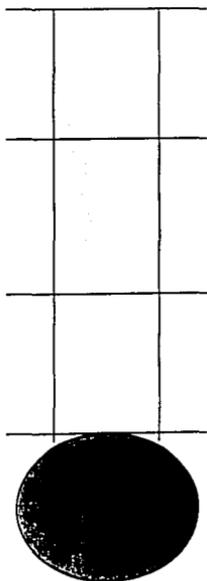
Nada ()

Regular ()

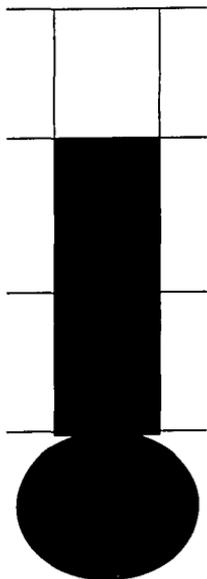
Tanto como te puedas imaginar ()

9. Me molesta lo pegajoso.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
10. Me preocupa enfermarme por la contaminación.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
11. Me preocupa que otros se enfermen si yo contaminao.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
12. Me gusta coleccionar cosas.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
13. Me molestan los ruiditos que hacen los demás.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
14. Tengo un color de la buena o mala suerte.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
15. Me da miedo enfermarme.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
16. Me importa mucho hacer todo perfecto.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
17. Siento la necesidad de ordenar o arreglar las cosas.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
18. Me arranco el pelo cuando no tengo nada que hacer.
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
19. Tengo que revisar varias veces que las cosas que hago estén bien
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
20. Me preocupa que algo malo pueda pasarme
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
21. Tengo números que me dan buena o mala suerte
 Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()

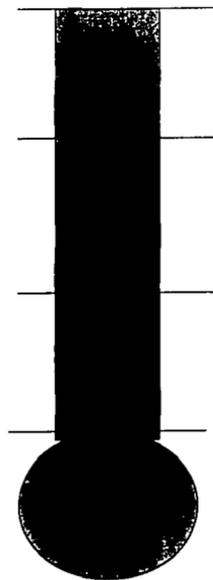
22. Me preocupo mucho por mi apariencia
Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
23. Tengo que hacer las cosas una y otra vez
Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
24. Me molestan las imágenes violentas u horribles en mi cabeza
Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
25. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas
Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
26. Me preocupa que las cosas no estén en orden
Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()
27. Temo insultar a las personas
Nada () Regular () Tanto como te puedas imaginar ()



NADA



REGULAR



TANTO COMO TE
IMAGINES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reactivo	FRECUENCIA			PORCENTAJE
	Nada	Regular	Tanto como te imagines	Tanto como te imagines
1. Me da miedo lastimar a otras personas	490	651	540	32.1 %
2. Me da miedo hacer algo que me de vergüenza	494	695	492	29.3 %
3. Me da miedo hacer cosas que yo no quería hacer	566	640	475	28.3 %
4. Me da miedo robar cosas	350	352	979	58.2 %
5. Me da miedo tener la culpa de algo terrible	381	524	776	46.2 %
6. Me preocupa la suciedad o los microbios	490	611	580	34.5 %
7. Me preocupa la contaminación ambiental	332	587	762	45.3 %
8. Me preocupa que los animales me enfermen	439	567	675	40.2 %
9. Me molesta lo pegajoso	510	615	556	33.1 %
10. Me preocupa enfermarme por la contaminación	376	607	698	41.5 %
11. Me preocupa que otros se enfermen si yo contaminao	422	632	627	37.3 %
12. Me gusta coleccionar cosas	371	540	770	45.8 %
13. Me molestan los ruiditos que hacen los demás	537	571	573	34.1 %
14. Tengo un color de la buena o mala suerte	716	578	387	23 %
15. Me da miedo enfermarme	555	570	556	33.1 %
16. Me importa mucho hacer todo perfecto	352	555	774	46 %
17. Siento la necesidad de ordenar o arreglar las cosas	350	688	643	38.3 %
18. Me arranco el pelo cuando no tengo nada que hacer.	1267	247	167	9.9 %
19. Tengo que revisar varias veces que las cosas que hago estén bien	402	709	570	33.9 %
20. Me preocupa que algo malo pueda pasarme	734	691	256	15.2 %
21. Tengo números que me dan buena o mala suerte	361	703	617	36.7 %
22. Me preocupo mucho por mi apariencia	638	670	373	22.2 %
23. Tengo que hacer las cosas una y otra vez	288	584	809	48.1 %
24. Me molestan las imágenes violentas u horribles en mi cabeza	395	604	682	40.6 %
25. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas	563	691	427	25.4 %
26. Me preocupa que las cosas no estén en orden	352	744	585	34.8 %
27. Temó insultar a las personas	717	547	417	24.8 %

Características descriptivas de las muestras del presente estudio.

POBLACIÓN GENERAL

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	859	51.1%
Masculino	822	48.9%

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
7	112	6.7%
8	246	14.6%
9	283	16.8%
10	295	17.5%
11	313	18.6%
12	164	9.8%
13	124	7.4%
14	70	4.2%
15	51	3%
16	23	1.4%

Zona Geográfica	Plantel	Participantes	Porcentaje
Norte	Moisés Saenz	63	3.7%
	Mahatma Gandhi	326	19.4%
Sur	Club de Leones	516	30.7%
	Pablo Casals (Secundaria)	269	16%
Centro	Quetzalcoatl	160	9.5%
Oriente	Clínica Zaragoza	347	20.6%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Segundo primaria	230	13.7%
Tercero primaria	285	17%
Cuarto primaria	308	18.3%
Quinto primaria	317	18.9%
Sexto primaria	277	16.5%
Primero secundaria	163	9.7%
Segundo secundaria	40	2.4%
Tercero secundaria	61	3.6%

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	1274	75.8%
Vespertino	407	24.2%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

POBLACIÓN CLÍNICA

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	49	43.8%
Masculino	63	56.3%

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
6	13	11.6%
7	19	17%
8	23	20.5%
9	15	13.4%
10	11	9.8%
11	12	10.7%
12	13	11.6%
13	6	5.4%

Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Segundo primaria	19	17.0%
Tercero primaria	24	21.4%
Cuarto primaria	21	18.8%
Quinto primaria	14	12.5%
Sexto primaria	13	11.6%
Primero secundaria	18	16.1%
Segundo secundaria	1	.9%
Tercero secundaria	2	1.8%

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	112	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCUELA PRIMARIA "NOMBRE DE LA ESCUELA"

Estimados Padres de Familia:

Nuestra Institución siempre al servicio de la niñez, se preocupa por aumentar en los niños y niñas la capacidad de lograr la madurez en cada etapa de su vida. Es por esto que solicitamos su cooperación y autorización para la aplicación de cuestionarios sobre el tema "Trastornos por Ansiedad en Niños y Adolescentes". Estos cuestionarios serán aplicados por pasantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dichas respuestas serán confidenciales, ya que forman parte de un estudio realizado por la UNAM.

Agradeciendo de antemano su apoyo para la realización de dichos cuestionarios.

Atentamente

"Nombre del Director(a)"

Escuela Primaria "Nombre de la Escuela"

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**

Teléfono 55 73- 92 61

México D.,F. a de del 2002

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo (a) _____ participe en el Proyecto de Investigación que bajo el título "Evaluación y categorización de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes" se va a realizar en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en colaboración con la Facultad de Psicología de la UNAM.

Estoy enterado (a), de que en esta Investigación mi hijo (a) no corre riesgo mayor al de los estudios clínicos habituales y de que no se le harán maniobras que pongan en peligro su vida o modifiquen su estado de salud.

se me ha informado que el estudio consistirá en una entrevista de aproximadamente 60m minutos para la aplicación de un cuestionario cuyo contenido es confidencial y empleado exclusivamente para fines de la Investigación y/o beneficio de su atención clínica.

Madre o Tutor: Firma _____
Nombre

Testigos

Testigos

**Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento
(SEViC)
Versión Infantil**

Este cuestionario trata de buscar maneras de mejorar nuestra salud y la de nuestra familia. Lo que tú contestes en el cuestionario, nadie lo va a saber.
No tienes que escribir tu nombre.
Lo que contestes estará bien, pero se trata de que contestes con la verdad.
Esto no es un examen.
No hay respuestas buenas ni malas.
Una cosa muy importante es que si tienes alguna pregunta, lo hagas con toda confianza.

EJEMPLO:

Me gusta salir a pasear:

- a) Muchas veces ()
- b) A veces ()
- c) Ninguna vez ()

Si colocas la cruz (x) en el primer paréntesis quiere decir que:

Te gusta salir a pasear MUCHAS VECES

Si colocas la cruz (x) en el segundo paréntesis quiere decir que:

Te gusta salir a pasear A VECES

Si colocas la cruz (x) en el tercer paréntesis significa que:

Te gusta salir a pasear NINGUNA VEZ

HABRÁ OPCIONES DE RESPUESTA QUE ESTÉN INVERTIDAS, ES DECIR, QUE LA PRIMERA SEA: NINGUNA VEZ, LA SEGUNDA: A VECES Y LA TERCERA: MUCHAS VECES. SOLO TIENES QUE LEER CON MUCHO CUIDADO Y CONTESTAR DONDE TÚ PIENSES QUE ES LO CORRECTO.

Ejemplo: Me lavo los dientes:

- a) Una vez al día
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces al día

Si contestaste la letra "a" o "una vez al día" querría decir que en un día regular, tú te lavas los dientes una vez al día.

Si contestaste la letra "b" o "dos veces al día" querría decir que en un día regular, tú te lavas los dientes dos veces al día.

Si contestaste la letra "c" o "tres veces al día" querría decir que en un día regular, tú te lavas los dientes tres veces al día.

POR FAVOR RECUERDA SOLO USAR LÁPIZ

1. Me siento triste sin razón.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
2. Siento que no valgo mucho.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
3. Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
4. Siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
5. Siento que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
6. A ratos no oigo nada, como si perdiera el oído.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
7. Pierdo la vista como si quedara ciego.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
8. Me cuesta trabajo tragar o pasar alimentos.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
9. Se me borra la vista o veo doble.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
10. Me cuesta trabajo caminar.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
11. Me cuesta trabajo hacer pipí.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
12. Me dan dolores en la espalda.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
13. Me siento inflado con gases en la barriga.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
14. Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera huecos o espacios borrados.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
15. Me muermo las uñas.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()
16. Me chupo el dedo.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()

17. Cuando me enojo mucho, golpeo.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()

18. La gente que me conoce piensa que soy muy enojón.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()

19. Me hago pipí en la cama o en cualquier otro lugar que no sea el excusado.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()

20. Soy rebelde y hago berrinches.
Ninguna vez () A veces () Muchas veces ()

21. En total tengo:
Cero hermanos o hermanas ()
Un hermano o hermana ()
Dos hermanos o hermanas ()
Tres hermanos o hermanas ()
De cuatro a seis hermanos o hermanas ()
Siete o más hermanos o hermanas ()

22. Me he criado (vivo) con:
Mis papás ()
Mi mamá ()
Mi papá ()
Mi papá/mamá y su esposo(a) ()
Abuelos, tíos u otros ()
Orfanato, casa hogar u otra ()

Si no:

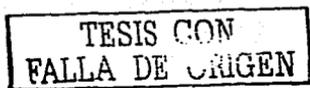
23. Mi papá murió cuando yo tenía:
De uno a dos años ()
De tres a cuatro años ()
De cinco a seis años ()
De siete a ocho años ()
Nueve o más años ()
No se aplica ()

24. Murió por:

Viejito () Enfermedad () Accidente () Suicidio () Otra () No se aplica ()

25. Mi mamá murió cuando yo tenía:

De uno a dos años ()
De tres a cuatro años ()
De cinco a seis años ()
De siete a ocho años ()
Nueve o más años ()



No se aplica ()

26. Murió por:

Viejita () Enfermedad () Accidente () Suicidio () Otra () No se aplica ()

27. No viví con alguno de mis padres por:

Se separaron o divorciaron ()
 Alguno de mis padres murió ()
 Por el trabajo de alguno de mis padres ()
 Por la situación económica ()
 Otra razón ()
 No se aplica ()

28. Con mis hermanos me llevo:

Muy mal o mal () Regular () Bien o muy bien () No se aplica ()

29. Mi papá me quiere:

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

30. Mi papá se interesa por lo que hago:

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

31. Mi mamá vive conmigo en la casa:

Siempre () A veces () No () No se aplica ()

32. Le platico a mi mamá todo lo que hago.

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

33. Cuando mi papá se enoja conmigo me pega.

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

34. Cuando mi mamá se enoja conmigo me pega.

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

35. Cuando me pega alguno de los adultos con los que vivo me puede seguir doliendo por:

Mucho rato () Me duele un poco () No me duele () No se aplica ()

36. Mi papá (mi mamá) dice cosas de mí, que quieren decir que yo soy un tonto o inútil o me compara negativamente con otros.

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

37. Me dan permiso de escoger a mis propios amigos.

Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

38. Mis papás se quieren.

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

39. Mis papás se pelean (se peleaban).

Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

40. Cuando mis papás se pelean (se peleaban) también se jala(ba)n, empuja(ba)n, golpeaban.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

41. Cuando mis papás se pelean (se peleaban) lo hacen (hacían) enfrente de mí o de mis hermanos.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez () No se aplica ()

42. Aparte de mis papás, hay otros adultos que son importantes para mí:
 Sí () No ()

43. Aparte de mis papás, hay otros adultos más importantes para mí:

Un hermano más grande ()
 Un tío o tía ()
 Un abuelo o abuela ()
 Padrastro o madrastra ()
 Otro ()
 No se aplica ()

44. En la escuela saco malas calificaciones.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

45. Tengo uno o más amigos muy cercano o íntimos.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

46. Estoy contento en la escuela.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

47. La escuela me cansa.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

48. En la escuela yo hago amigos.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

49. Mis compañeros de escuela me quieren.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

50. Mis maestros me quieren.
 Muchas veces () A veces () Ninguna vez ()

51. En mi casa hay:
 Una recámara () Dos () Tres () Cuatro () Cinco () Seis o más ()

52. En mi casa vivimos:
 Una persona () Dos () Tres () Cuatro () Cinco () Seis o más ()

53. Siento que en mi casa:
Hay mucho espacio para todos
Estamos amontonados
Estamos muy amontonados

()
()
()

TESIS CON
FALLA DE MARGEN

**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN INFANTIL DE ESTILOS DE CRIANZA
MATERNOS**

Este cuestionario trata de buscar maneras de mejorar nuestra salud y la de nuestra familia, recuerda contestar pensando en la persona que te cuida.
Lo que tú contestes en el cuestionario, nadie lo va a saber.
No tienes que escribir tu nombre.
Lo que contestes estará bien, pero se trata de que contestes con la verdad.
Esto no es un examen.
No hay respuestas buenas ni malas.
Una cosa muy importante es que si tienes alguna pregunta, lo hagas con toda confianza.

EJEMPLO:

Juega conmigo:

- a) Nunca ()
- b) A veces ()
- c) Muchas veces ()

Si colocas la cruz (x) en el primer paréntesis quiere decir que:

Juega contigo NUNCA

Si colocas la cruz (x) en el segundo paréntesis quiere decir que:

Juega contigo A VECES

Si colocas la cruz (x) en el tercer paréntesis significa que:

Juega contigo MUCHAS VECES

POR FAVOR RECUERDA SOLO USAR LÁPIZ

**TESIS CON
FALLA DE URGEN**

Reactivo	Nunca	A veces	Muchas veces
1. Me abraza.			
2. Siento que me quiere.			
3. Me consuela cuando estoy triste.			
4. Me tiene paciencia.			
5. Le preocupa que me vea arreglado.			
6. Le gusta hablar conmigo.			
7. Puedo contar con ella (él) cuando la (lo) necesito.			
8. Me habla amistosamente.			
9. Me ayuda cuando tengo un problema.			
10. Me dice que antes de jugar, tengo que hacer mi tarea.			
11. Espera que yo tenga mis cosas en orden.			
12. Me dice cuales son mis responsabilidades.			
13. Me deja hacer lo que yo quiera.			
14. Me deja ir a donde yo quiera sin preguntarme nada.			
15. Me deja salir aún cuando no haya hecho el trabajo que me encargó.			
16. Dice que soy un burro.			
17. Me dice que soy un inútil.			
18. Ignora mis sentimientos.			
19. Dice que soy un problema.			
20. Me critica.			
21. Todo lo que hago le parece mal.			
22. Me prefiere más a mí que a mis hermanos.			
23. Me trata mejor que a mis hermanos.			
24. Les regala más juguetes a mis hermanos que a mí			
25. Me cuida demasiado.			
26. Se preocupa mucho por mi salud.			
27. Me baña.			

28. Me viste.			
29. No me deja salir por miedo a que me pase algo.			
30. Me deja escoger a mis amigos (as).			
31. Me baño solo (a).			
32. Hacemos cosas juntos (as).			
33. Me enseña cosas que quiero aprender.			
34. Me ayuda con mi tarea cuando no entiendo algo.			
35. Me impulsa a hacer las cosas lo mejor posible.			
36. Le gusta que saque buenas calificaciones.			
37. Le gusta platicar de las cosas buenas que hago.			
38. Me alienta para que me apure.			
39. Cuando voy bien en la escuela me felicita.			
40. Cuando no hago la tarea me pega.			
41. Cuando me castiga me explica por qué.			
42. Me grita por todo.			
43. Cuando me pega me explica por qué lo hace.			
44. Me da coscorriones o jalones de orejas.			
45. Le gusta castigarme.			
46. Me pega por cualquier cosa.			
47. Cuando saco malas calificaciones me pega.			

AFRONTAMIENTO

CUANDO PIENSO EN UN PROBLEMA QUE TENGO:

1. Me siento con miedo
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

2. Me siento triste
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

3. Me siento enojado(a)
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

PARA ARREGLAR LAS COSAS O PARA RESOLVER EL PROBLEMA:

4. Busco soluciones
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

5. Trato de tranquilizarme
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

6. Trato de no pensar en nada
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

7. Rezo
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

8. Pienso en hacer otras cosas.
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

9. Hago otras cosas que me gusten
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

10. Me enojo, golpeo, insulto
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

11. Hablo con alguien en quien confíe para que me diga qué hacer
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()

12. Me escondo en algún lugar donde nadie me pueda encontrar
Nunca() Algunas veces() Muchas veces()



GRACIAS

**Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D
para niños y adolescentes**

Las siguientes preguntas representan algunas situaciones que te pudieron haber ocurrido específicamente durante la semana pasada. Después de leer cada situación indica el número de días (0- 7) en que te sentiste así, dependiendo de la situación.

Durante la semana pasada, ¿cuántos días te sentiste así?	0 Días	1- 2 Días	3- 4 Días	5- 7 Días
1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.				
2. No tuve hambre o apetito.				
3. Sentí que no podía dejar de estar triste aún con mi familia o amigos.				
4. Sentí que soy tan bueno como los demás.				
5. Me costo trabajo poner atención en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentí deprimido.				
7. Sentí que todo lo que hacía era un gran esfuerzo.				
8. Vi el futuro con entusiasmo.				
9. Pensé que no me dirigía a ningún lado.				
10. Tuve miedo.				
11. Dormí sin poder descansar.				
12. Me sentí feliz.				
13. Platiqué con los demás menos de lo normal.				
14. Me sentí solo (a).				
15. Sentí que las personas se portaban poco agradables conmigo.				
16. Disfrute de las cosas que hago.				
17. Lloraba a ratos.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentí que no le caía bien a mis compañeros.				
20. Sentí que no podía seguir adelante.				

**Escala de Ansiedad para Niños de Spence
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)**

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con que frecuencia te suceden las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas o malas.

1. Me preocupo por todo.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
2. Me da miedo la obscuridad
Nunca () A veces () Muchas veces ()
3. Cuando tengo un problema siento mariposas en el estómago.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
4. Siento temor
Nunca () A veces () Muchas veces ()
5. Siento temor cuando estoy solo (a) en casa
Nunca () A veces () Muchas veces ()
6. Me da miedo presentar un examen.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
11. Son popular entre los niños y niñas de mi misma edad.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).
Nunca () A veces () Muchas veces ()
15. Antes de ir a la escuela me siento nervioso y con miedo.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
16. Soy bueno en los deportes.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
17. Me dan miedo los perros.
Nunca () A veces () Muchas veces ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

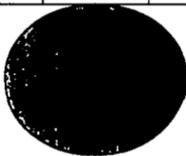
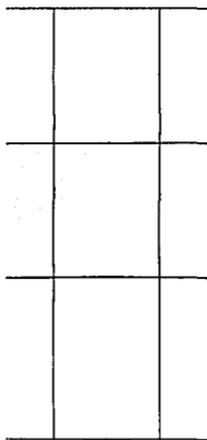
18. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
19. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
20. De repente empiezo a temblar sin razón.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
21. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
22. Me asusta ir al doctor o al dentista.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
23. Cuando tengo un problema me siento nervioso (a).
Nunca () A veces () Muchas veces ()
24. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
25. Soy un buen niño (a).
Nunca () A veces () Muchas veces ()
26. Tengo que pensar en cosas (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
27. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
28. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
29. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camioneros, parques).
Nunca () A veces () Muchas veces ()
30. Me siento feliz.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
31. De repente me siento muy asustado (a) sin razón.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
32. Me dan miedo los insectos o las arañas.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
33. De repente me siento mareado (a) sin razón.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
34. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
35. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
36. Me preocupa sentirme asustado (a) de repente sin que haya nada que temer.
Nunca () A veces () Muchas veces ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

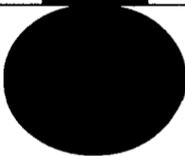
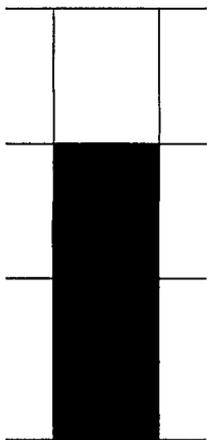
37. Me gusta como soy.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
38. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
39. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
40. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
41. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
42. Me siento orgulloso (a) de mi trabajo en la escuela.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
43. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
44. Hay alguna otra cosa que realmente te dé miedo?
 Nunca () A veces () Muchas veces ()

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

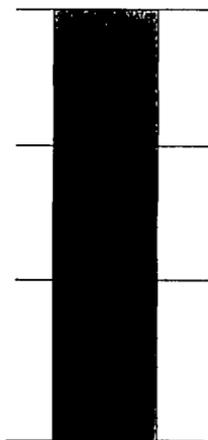
Representaciones gráficas de las opciones de respuesta de los instrumentos aplicados en la presente investigación.



NUNCA



ALGUNAS VECES



MUCHAS VECES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN