



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UN INSTRUMENTO PARA MEDIR
FOBIA SOCIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
FLOR DE MARIA ERARI GIL BERNAL

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA HERNANDEZ-GUZMAN
REVISOR DE TESIS: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
SINODALES: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ - MAQUEO
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS



MEXICO, D. F.

MARZO 2004.



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.

AGRADECIMIENTOS

En este momento, al ver materializado el esfuerzo y el tiempo invertido en este trabajo, quiero agradecer a las personas quienes de una u otra manera me brindaron su apoyo durante la realización del mismo. A quienes estuvieron presentes justo cuando más lo necesité. A cada uno, Gracias.

A mis padres, por su comprensión y apoyo, por su interés constante, por su paciencia y por la confianza que me brindaron hasta el final.

A mi hermana, por su manera tan peculiar de brindarme su ayuda, por su tiempo, ideas y consejos. Gracias por no dejarme claudicar.

A Angélica, Cinthia y Olivia, por su amistad y por motivarme a seguir adelante. Gracias por ayudarme a sacar lo mejor de mi misma.

A Marlén, Zayra y Né, por su paciencia, por su tiempo, por compartir el trabajo y hacerlo siempre más llevadero. Gracias por enseñarme el valor de la amistad.

A Esperanza, por ser un punto clave para la culminación de este trabajo. Por sus acertados y oportunos consejos. Gracias por ayudarme a reencontrar a la mujer, a la hija, a la hermana y a la psicóloga que hay en mí.

A la Dra. Laura Hernández-Guzmán, por compartir sus conocimientos y experiencia. Por todo el tiempo brindado en la revisión de este estudio y por despertar mi interés hacia la investigación.

DEDICATORIAS

A mi mamá, por ser el modelo de perseverancia que me ha guiado siempre. Porque sin su ayuda no hubiera alcanzado mi primer meta como profesionalista. Porque sin su esfuerzo y superación constantes no sería lo que soy ahora.

A mi papá, por motivarme siempre a ser la mejor. Por inculcarme el valor de la responsabilidad y enseñarme a disfrutar de hacer siempre un buen trabajo. Por su paciencia y apoyo incondicional.

Ustedes mejor que nadie saben el esfuerzo y el tiempo invertido en este trabajo. Nunca podré pagar todo lo que han hecho por mí.

A Charly, por ser mi mejor amiga, mi confidente, mi alma gemela y mi contraparte al mismo tiempo. Por llenar mi vida de orgullo y alegría. Te amo hermana.

A mis abuelos, por todo el cariño y cuidados que me brindaron siempre.

A mi abuelito Marcial, por enseñarme que quien persevera, alcanza.

INDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1: DESARROLLO	7
TEORIAS DEL DESARROLLO.....	9
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO.....	13
CAPITULO 2: FAMILIA Y ESTILOS DE CRIANZA	22
APEGO.....	23
EL CONTEXTO FAMILIAR.....	26
- Conflicto marital.....	30
ESTILOS DE CRIANZA.....	34
CAPITULO 3: AFRONTAMIENTO Y COMPETENCIA SOCIAL	41
DESARROLLO SOCIAL Y SOCIALIZACIÓN.....	41
- Habilidades sociales.....	45
COMPETENCIA SOCIAL.....	46
- El Papel de los padres en el desarrollo de la competencia social.....	48
AFRONTAMIENTO.....	56
- Clasificación.....	59
- Funciones.....	59
CAPITULO 4: ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL	64
ANSIEDAD.....	65
TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	68
- Clasificación.....	68
- Síntomas generales.....	69
TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS.....	70
- Evolución histórico conceptual.....	70
- Ansiedad normal y patológica.....	73
- Evolución del diagnóstico.....	73
- Etiología.....	74
LAS FOBIAS EN LA INFANCIA.....	77
- Síntomas asociados.....	78
FOBIA SOCIAL.....	79
- Historia de la Fobia Social.....	80
- Características clínicas en niños y adolescentes.....	82
- Criterios diagnósticos de la Fobia Social.....	83
- Relación con los criterios diagnósticos del CIE-10.....	84
- Clasificación.....	85

- Síntomas.....	85
- Prevalencia y curso.....	87
- Clasificación de las situaciones temidas en la Fobia Social	87
- Las situaciones fóbicas más comunes.....	87
COMORBILIDAD.....	88
CAPITULO 5: EVALUACIÓN.....	93
EVALUACIÓN INFANTO-JUVENIL.....	96
CONCEPCIONES DIAGNÓSTICAS EN LA EVALUACIÓN.....	97
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN INFANTO- JUVENIL.....	98
- Instrumentos de evaluación basados en la observación.....	98
- Instrumentos de evaluación basados en el sistema diagnóstico categorico.....	99
- Instrumentos de Evaluación basados en el Sistema Dimensional.....	100
EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	101
EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL.....	101
- La entrevista.....	103
- Instrumentos de autoinforme.....	109
- Instrumentos de autorregistro.....	116
CAPITULO 6: ESTUDIO 1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DIAGNOSTICO DE FOBIA SOCIAL.....	119
METODO.....	119
PROCEDIMIENTO.....	122
RESULTADOS.....	126
CAPITULO 7: ESTUDIO 2. LA CRIANZA, LOS ESTILOS DE VIDA Y EL AFRONTAMIENTO SE RELACIONAN CON LA OCURRENCIA DE LA FOBIA SOCIAL.....	134
METODO.....	135
PROCEDIMIENTO.....	136
RESULTADOS.....	138
DISCUSIÓN.....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	149
ANEXOS	

INTRODUCCION

La salud mental va más allá de los trastornos mentales y puede considerarse como un recurso esencial de la vida diaria que se moldea con las experiencias personales, individuales y colectivas; en las familias, escuelas, en las calles, etc. Existe una clara evidencia de que las experiencias en los primeros años de vida tienen un impacto crucial sobre la salud mental a lo largo de la vida adulta.

La promoción de la salud mental es relevante para todo el mundo, sin distinción de edad, raza, religión, género, estado de salud, habilidades o discapacidades. El desarrollo de estrategias para promover la salud mental de los niños es de una importancia fundamental para el posterior desarrollo individual y social, ya que no hay salud física sin salud mental.

Se han descrito factores de riesgo y de protección relacionados con la prevención en salud mental. Dichos factores estarían representados por patrones de interacción familiar y social, estilos de vida, de crianza y de las experiencias y habilidades adquiridas a lo largo de la vida de cada individuo (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; OMS, 2001). Entre los factores de riesgo se pueden citar por ejemplo los factores genéticos, factores ligados al embarazo y al trauma del nacimiento, otros factores médicos neonatales, accidentes (dentro y fuera de casa), enfermedades físicas, conflicto y rupturas familiares, enfermedad mental parental, fracaso escolar, familias disfuncionales, etc. Entre los factores protectores se han descrito entre otros el pertenecer al sexo femenino, tener un temperamento adaptable, poseer habilidades adecuadas de afrontamiento, una exitosa relación con los padres o cuidadores, estimulación dentro del hogar, etc. (Barber & Delfabbro, 2000; Cote, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que existe el mito de que los trastornos mentales afectan sólo a adultos de países ricos, cuando la realidad es que afectan a niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos de todos los países. Según datos

de este organismo internacional, para el año 2010, tan sólo en América Latina y el Caribe más de 11 millones de personas padecerán algún trastorno emocional y, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), cerca de 17 millones de niños y jóvenes de entre 5 y 17 años padecen alguno de estos trastornos con suficiente gravedad como para requerir tratamiento. Se sabe que de cada cuatro personas que pasa por los servicios de salud en busca de ayuda, al menos uno es afectado por estos trastornos que son a menudo no diagnosticados correctamente y por lo tanto no tratados (OMS, 2001).

La comprensión de estos problemas, el diagnóstico oportuno, así como el tratamiento adecuado de las personas que padecen alguno de ellos, les permiten llevar una vida útil y saludable. Sin embargo, existen muchos mitos y creencias sobre estos problemas, lo que ocasiona un sentimiento de vergüenza y evita que se busque atención oportuna para evitar empeorar.

Los padecimientos mentales y del comportamiento en la infancia y en la adolescencia son vastos, complejos y diversos. Las principales manifestaciones de estos trastornos las observamos en la conducta y en el aprendizaje del menor y deben identificarse como señales de alarma por parte de los padres y los maestros de escuela. Sin embargo, esta detección oportuna en la mayoría de los casos no se realiza y el problema va evolucionando en perjuicio tanto del menor como del medio ambiente en el que se desarrolla.

La capacidad del niño para hacer frente a los problemas sociales y emocionales se relaciona fuertemente con la salud mental y con el estatus social de la familia. Los factores implicados en la vulnerabilidad a padecer un trastorno psiquiátrico oscilan en un amplio rango que se extiende desde variables próximas a las interacciones materno-filiales a variables intermedias, tales como la salud mental de las madres, o a variables lejanas tales como el nivel socioeconómico de las familias (Manaseis & Hood, 1998).

La población infantil en México se estima en más de 33 millones de niños (más de 10 millones menores de cinco años y casi 23 millones de entre los 5 y 14 años) de los cuales un 15% entre los 3 y los 12 años de edad se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental que requieren algún tipo de ayuda o ayuda especializada (INEGI, 2000).

No obstante, la falta de conocimiento sobre los servicios de salud mental, así como los diagnósticos equivocados para esta población, obstaculiza la pronta atención. Aún en los casos detectados, los padres y los maestros no los canalizan al sitio adecuado. No se ha logrado tener un enfoque integral en la atención a los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. La atención médica que se proporciona es limitada y no necesariamente está vinculada a una atención escolar que integre a los padres o tutores del menor.

En México, como consecuencia de la profunda y singular transición epidemiológica por la que atraviesa nuestra población, los trastornos de la salud mental representan problemas de magnitud creciente y de trascendencia social. Este fenómeno, además de sus repercusiones sociales, impone con el paso del tiempo una carga adicional a los costos del sistema de salud. Se sabe que tan sólo en nuestro país, aproximadamente 291 mil personas padecen un trastorno mental y pese a que no se cuenta con estadísticas confiables sobre la incidencia de estos trastornos, debido a su naturaleza comórbida con otros, es importante identificar su curso y etiología.

Muchos niños y adolescentes tienen problemas de salud mental que interfieren con su desarrollo normal y sus actividades cotidianas. Algunos problemas de salud mental son leves, mientras que otros son más graves, algunos duran solamente períodos breves, mientras que otros pueden durar toda la vida.

El estudio de factores de riesgo de los trastornos por ansiedad en la infancia y en la adolescencia son de suma importancia para los profesionales de la salud mental, ya que constituyen una de las categorías diagnósticas con mayor prevalencia entre los trastornos psicológicos en la infancia y en la vida adulta.

Es normal que los niños desarrollen miedos y experimenten cierta anticipación temerosa de los problemas durante el curso de su desarrollo. Así, con el paso del tiempo, los niños aprenden más acerca de qué esperar del entorno y de las relaciones con los demás, sin embargo, si los miedos normales no se han disipado aún y comienzan a interferir con su vida y sus actividades diarias, esto puede ser signo de un trastorno por ansiedad. Se ha encontrado que la falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no se atendieron oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores (Magee, 1999; Sun, 2001). Se observa que a mayor gravedad de los trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole un conflicto, no sólo personal, sino en sus relaciones de pareja, familiar, social y laboral.

A nivel mundial la depresión y la ansiedad afectan a un 5.8% de los hombres y un 9.5% de las mujeres. Se calcula que unos 121 millones de personas padecen estos trastornos en todo el mundo (OMS, 2001). Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de estos trastornos en la infancia oscila entre 5.6% y 21% de la población, encontrándose mayor prevalencia en las niñas que en los niños (INEGI, 2000) y entre éstos, tan sólo la fobia social oscila entre el 3 y el 13% en población general.

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994), la fobia social o trastorno de ansiedad social, es un miedo intenso y duradero (reconocido además como excesivo o irracional por el

sujeto), a comportarse de un modo humillante o embarazoso en situaciones en las que la persona se expone a la observación y escrutinio por parte de otros.

A pesar de su tardío reconocimiento como entidad clínica independiente (APA, 1980; OMS, 1992), los estudios epidemiológicos perfilan el trastorno como una problemática de gran incidencia en la población y singular gravedad, y en consecuencia, de indudable relevancia clínica.

La importancia de su estudio y diagnóstico oportunos, radica en el hecho de que la presencia de la fobia social en la infancia suele preceder el desarrollo de otros trastornos por ansiedad (como la fobia específica, la agorafobia o el trastorno obsesivo-compulsivo), la depresión mayor y el alcoholismo. De acuerdo con la Secretaría de Salud, la prevalencia de la fobia social en México es del 2.2% en población general (SSA, 2003).

Si a esta elevada prevalencia le sumamos las consecuencias tan nocivas que conlleva la ansiedad para la vida del sujeto, conocer los factores que facilitan su aparición o que están relacionados con su etiología son de gran utilidad, no sólo para detectar sujetos de riesgo, sino también para desarrollar estrategias de intervención y programas preventivos eficaces en sujetos de riesgo como son los niños.

En la población infantil mexicana, la prevalencia de dichos trastornos no está identificada por completo, entre otras razones, por la inexistencia de instrumentos estandarizados en el país debido a dificultades de muy diversa índole (constante proceso evolutivo, dependencia del contexto, etc.) y que midan las desviaciones de la norma y que permitan un pronóstico significativo.

No obstante, a partir de hace algunos años, se ha comenzado una línea de investigación sobre acontecimientos vitales estresantes en la infancia y adolescencia y su posible relación

con problemas de salud física y psíquica, así como el desarrollo de instrumentos de medición de dichos cambios.

Las diferencias observadas entre los resultados de diversos estudios pueden deberse a problemas de confiabilidad y validez de los instrumentos y a variaciones en la metodología empleada, más que a una alteración real en la prevalencia de los problemas de salud mental que se pretenden evaluar en la infancia. En algunos casos, el acceso a instrumentos estandarizados para nuestro país no es común, lo que obliga a realizar diagnósticos con base en normas de medición de países como Estados Unidos. Añadido a esto, en México no existen instrumentos válidos y confiables que permitan medir la fobia social en la población infantil.

De aquí el interés del presente trabajo de crear un instrumento válido y confiable que coadyuve al diagnóstico oportuno de la fobia social en niños mexicanos y, de esta manera, facilite la prevención de dicho trastorno, al dar prioridad a una población de alto riesgo que pueda diagnosticarse fácil y precozmente, como lo son los niños. Con todo esto, la meta final de la investigación es conocer lo suficiente sobre la fobia social para poder diagnosticarla, prevenirla y, así, minimizar su frecuencia y gravedad en el futuro.

CAPITULO 1

“DESARROLLO”

Desde hace décadas, estudiosos del desarrollo humano han centrado sus investigaciones en las diferentes etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida. Son diversos autores los que han sugerido que es importante estudiar los primeros años de vida, ya que es la etapa en la que el individuo aprende de las experiencias de su entorno. Las habilidades que adquiera le permitirán formar parte del grupo social en el que se encuentre inmerso a través de la influencia de sus padres o cuidadores y su familia extendida, e incluso de los contextos en los que interactúe, a los que se irá enfrentando con el tiempo, por ejemplo, la escuela, la iglesia, el trabajo, etc.

Los datos acerca del desarrollo infantil forman un cúmulo de conocimientos que ha permeado paulatinamente las actitudes y prácticas hacia la crianza infantil de la población general. Son cada vez mayores los esfuerzos de gobiernos y particulares, encaminados a diseñar experiencias de enseñanza, tanto en el contexto escolar como en el seno familiar. Estas estrategias orientadas a la educación y a la crianza deberán permitir el desarrollo infantil óptimo, no sólo físico, sino también psicológico y emocional.

DESARROLLO

El término desarrollo se refiere a los cambios a lo largo del tiempo en cuanto a estructura, pensamiento y conducta del individuo debidos a influencias biológicas y ambientales. Se trata de cambios progresivos y acumulativos de los que resultan organizaciones y funciones crecientes (Craig, 1997). Si bien el desarrollo humano se ha representado mediante un conjunto de características específicas de la edad y el género, es importante resaltar que no sólo es el crecimiento biológico del niño o el conjunto de influencias genéticas y características físicas del individuo, sino la acción interactiva que sostiene la

persona con el ambiente y la sociedad que le rodean, a partir de las pautas que marca su familia, la cultura y la sociedad.

Los primeros años de vida del niño representan un periodo crítico que sienta las bases para etapas posteriores en su vida. El desarrollo entraña una serie de cambios no sólo observables. Los niños pasan por fases de crecimiento social y emocional para establecer con firmeza sus primeras relaciones (Brofenbrenner, 1979; Cadarette, Liu & To, 2000; Craig, 1997; Lipsitt & Reese, 1963, Novak, 1998). Las emociones del recién nacido se reducen a molestia e interés relajado, pero pronto aparecen otras, entre ellas: tristeza, enojo, indignación y placer. Más adelante, se manifiestan las emociones sociales (orgullo, vergüenza, desconcierto, culpa y empatía) conforme el pequeño avanza en su conocimiento personal y de los otros.

Craig (1997) señala que el desarrollo ocurre en tres dominios generales: físico, cognoscitivo y psicosocial. El dominio físico se refiere al tamaño, la forma y los cambios en la estructura cerebral o las capacidades sensoriales y las aptitudes motoras. El cognoscitivo incluye todas las habilidades y capacidades mentales, e incluso la organización del pensamiento: percepción, razonamiento, memoria, resolución de problemas, lenguaje, juicio e imaginación. El psicosocial se refiere a los rasgos de personalidad y las habilidades sociales: el estilo personal de comportamiento y de respuesta emocional y la manera en la que la persona se siente y reacciona ante las circunstancias sociales.

El desarrollo representa el paso de los seres humanos a través de una serie de periodos a lo largo de su vida caracterizados por pautas propias de cada periodo. Existen además, habilidades que se adquieren a edades promedio en todos los seres humanos, impulsadas, no obstante, por las capacidades logradas por cada uno en las etapas anteriores. A pesar de estas pautas, existen diferencias individuales en el desarrollo, aunque pueden variar en las personas de una cultura a otra, o de un medio de crianza a otro. Es decir, el desarrollo es un proceso integral en donde las diferentes dimensiones se interrelacionan, por lo que

deben considerarse en su conjunto. Los cambios en una dimensión influyen y reciben la influencia de cambios en otras.

El desarrollo es un proceso interactivo con las personas, eventos y cosas que rodean al niño en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve. No obstante, no debemos perder de vista que la constitución biogenética de cada persona es la que interactúa con ese ambiente a partir del cual se modifica y al que modifica a través del comportamiento. El desarrollo corresponde a un proceso interactivo entre el estadio específico de una persona en un momento determinado y el medio ambiente en el cual está inmerso.

Debido a lo anterior, se han propuesto modelos explicativos que permiten entender la estructura fundamental del desarrollo, ilustrando el contexto de algunos factores que intervienen en el crecimiento y aprendizaje del ser humano.

TEORIAS DEL DESARROLLO

Teoría Etológica

Proporciona una visión de los factores evolutivos que influyen en la adquisición de habilidades y capacidades físicas y sociales, así como de la complejidad de las conductas a través del tiempo y de las especies. Apoya la idea de que la conducta social está determinada por la herencia biológica del organismo. Atiende a las causas situacionales e históricas de la conducta, pero de igual manera, las considera una función adaptativa: la función de la conducta en la preservación del individuo o la especie. Por ejemplo, cuando un bebé llora, la causa situacional es que tal vez algo le duele; la causa histórica es su valor para la sobrevivencia y, así, la función, es alertar a la madre y alertar su conducta de alimentación. Los procesos de apego entre el niño y la madre también se han estudiado mediante este modelo explicativo del desarrollo humano.

Teorías del Aprendizaje

Durante muchos años las teorías conductistas fueron el paradigma dominante en psicología. Desde este punto de vista se concebía el aprendizaje como una asociación entre estímulos y respuestas o entre conductas y refuerzos sin que a los psicólogos les interesaran los procesos que median entre ambos extremos (Novak, 1982).

Las teorías del aprendizaje ubican la clave de la naturaleza del hombre en el modo en el que el ambiente lo conforma. La mayor parte de la conducta es adquirida por aprendizaje que es un proceso que no está confinado a la escuela o a la educación formal, sino que abarca una amplia gama de comportamientos que el niño observa dentro y fuera de casa. De esta manera, los teóricos del aprendizaje consideran al desarrollo infantil como un cúmulo gradual de conocimientos, habilidades, recuerdos y aptitudes, adquiridos en su mayoría a través de la observación e imitación de los otros.

Sin embargo, para explicar la enorme complejidad y riqueza del aprendizaje humano se necesitaban nuevos puntos de vista. Partiendo de la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, Novak encontró que la mejor manera de organizar las palabras, conceptos y preposiciones (que indican el aprendizaje previo y posterior) era utilizando lo que él llamó un mapa conceptual (Novak, 1998). El cual no es más que la representación gráfica de la relación lógica y significativa entre los conceptos de un tema en forma de proposiciones.

Los mapas conceptuales, están considerados dentro de las estrategias más valiosas para vincular lo que el individuo sabe y los conocimientos que está adquiriendo. Se apoyan en el criterio de la jerarquización estableciendo una especie de pirámide de conceptos, en la que los más abstractos o generales se colocan en la parte superior.

Teoría Freudiana

Se basa en que las fuerzas primarias detrás del comportamiento humano son impulsos biológicos. Las necesidades instintivas de los organismos son en esencia asociales, sin

embargo, como necesidades y objetivos se hallan sobre todo en el mundo externo-social y así el individuo puede adaptarse a la sociedad. Postula que los fracasos tempranos en la adaptación tienen resultados duraderos, de aquí que esta teoría se concentra en la historia temprana de desarrollo del individuo.

Según Freud, la personalidad se desarrolla en varias etapas psicosexuales. Las tres primeras ocurren antes de la pubertad. El niño concentra su placer en diferentes zonas erógenas del cuerpo, o focos de placer. Las etapas que propone son: la oral (que acontece en la primera infancia), la anal (de 1 a 3 años), la fálica (de los 3 a los 5 años), la etapa de latencia (de los 6 a los 12 años) y al final del proceso de desarrollo de la personalidad está la etapa genital que comienza con la adolescencia y sigue hasta la adultez.

Teoría Epistemológica

En contraste, otras posturas han concebido al desarrollo más allá de la mera evolución de capacidad e incluyen ya una interacción entre la persona y el ambiente. La teoría Epistemológica de Piaget, se enfoca principalmente en el desarrollo cognoscitivo del niño. Intenta delinear una estructura del conocimiento a través de las diferentes etapas, aunque dadas por la edad en los sujetos. Su noción de desarrollo tiene que ver con una concepción interaccionista de la inteligencia y del conocimiento que abarca dos aspectos individuales: el sujeto, que tiene los instrumentos del conocimiento y el medio que representa los contenidos del conocimiento. Al igual que cualquier otra estructura viva, la mente no sólo responde a los estímulos, sino que crece, cambia y se adapta al mundo. Para Piaget la unidad básica de estudio es el esquema, una estructura flexible que puede cambiar en lo cuantitativo como en lo cualitativo conforme el niño crece. Propone que el desarrollo cognoscitivo avanza por cuatro etapas cualitativamente diferentes, la sensorio-motora, la pre-operacional, la operacional concreta y la operacional formal.

Modelo Ecológico Sistémico

Si bien la teoría de Piaget toma en cuenta una interacción persona ambiente, otros autores, como Brofenbrenner, han ido más allá en la descripción de este proceso. El modelo Ecológico Sistémico propuesto por Brofenbrenner en 1979, concibe al desarrollo humano como un proceso dinámico, bidireccional y recíproco. En este modelo el niño en crecimiento interactúa constantemente con diferentes niveles ambientales.

Un precepto básico de esta aproximación es que los patrones de conducta individual están condicionados por las características de su entorno físico y social, así como por las características de la comunidad en la que habita el individuo.

La persona en crecimiento reestructura de manera activa los diferentes niveles de ambientes o escenarios en que vive, a la vez recibe la retroalimentación de éstos y, al mismo tiempo, de los ambientes externos del medio global.

El enfoque ecológico considera cuatro sistemas a los que llama, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El primer nivel es el que permite al niño estar en contacto con actividades, roles e interacciones con su medio inmediato como el hogar, la guardería o su escuela. Es aquí en donde el papel de la madre es de suma importancia, ya que sus esfuerzos así como la sensibilidad de ésta para alentarlos, le permiten al niño desarrollar ciertas conductas de independencia o fortalecer su autoestima.

El segundo nivel, el mesosistema, está formado básicamente por las relaciones entre dos o más microsistemas. Por ejemplo, los contactos entre el hogar y la escuela o con los pares y la manera en la que estas interacciones afectan su desarrollo. En este nivel, la relación con los maestros influye sobre las interacciones del niño en el hogar, y viceversa. En el núcleo del mesosistema está la familia, que ejerce una gran influencia en la clase de persona que el niño será y en el lugar que ocupará dentro de la sociedad.

El tercer nivel, el exosistema, consiste en los ambientes sociales, así como las organizaciones que le afectan al niño detrás de su experiencia inmediata. Es decir, aquello que se encuentra más allá del mundo inmediato del niño y que sin embargo lo afecta, como el gobierno local o el trabajo del padre o la madre, el círculo de amigos de los padres y hermanos, etc. Y finalmente, el cuarto nivel, el macrosistema que es la cultura total.

Con todo esto, la investigación del desarrollo infantil se complica. Los factores que permiten a un individuo formarse como tal, se presentan desde antes del propio nacimiento del niño hasta el momento de su muerte, y constituyen una mezcla de influencias biológicas, psicológicas, sociales, históricas y evolutivas que actúan en un proceso dinámico y continuo (Featherman, citado por Craig, 1997).

Las explicaciones apoyadas en la postura ecológica-sistémica dejan de lado ya la antigua polémica entre el papel de la herencia y el medio ambiente. El desarrollo pleno depende en buena medida de que los padres sean capaces de guiar y promover sus experiencias de aprendizaje a lo largo de su vida, pero especialmente durante el periodo crítico comprendido entre el nacimiento y antes de que el niño ingrese a la escuela. Se ha sugerido que el papel que juegan los padres o cuidadores, así como el contexto en el que el bebé se desarrolle marcarán la forma en la que el niño comience a interpretar el mundo y se enfrente a él.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO

El ser humano nace en un ambiente lleno de expectativas, normas, actitudes, creencias, valores y tradiciones. Lo aguarda un legado cultural que comprende sistemas de valores y criterios de comportamiento social. Por supuesto, la familia es el primer contacto que tienen los niños al nacer. El desarrollo social y emocional dependerá en gran medida de la influencia de los padres o cuidadores. Se puede decir que para el niño, el mundo está en términos de lo que los padres le impongan, sus creencias, conductas, temores y expectativas. En este camino de crecimiento del niño, la crianza es el medio por el que los

padres socializan con sus hijos (Barton, Dielman & Cattell, 1997). Los datos de investigación, muestran que la calidad de la conducta de los padres o cuidadores y maestros hace la diferencia en el desarrollo de los niños (Meisels, citado por Colleta, 1995). No obstante, la influencia ambiental a la que está sometido un individuo desde su nacimiento favorece o no ciertas conductas o estados emocionales. Por ejemplo, el nivel socioeconómico bajo y un ambiente restringido parece vincularse más con un desarrollo inadecuado (Cadarette, et al., 2000). La influencia del ambiente puede o no llenar las necesidades biológicas y psicológicas básicas, causar grave daño u ofrecer oportunidades de aprendizaje, algunas son de corto alcance o están limitadas a una situación específica, mientras que otras permanecen a lo largo de un periodo prolongado de tiempo.

El código genético presente en el nacimiento es un punto de partida. A partir de aquí, heredamos de padres y antepasados, rasgos físicos y conductuales, así como anomalías genéticas. Nuestro ambiente y nuestra cultura es el otro punto de partida. La socialización (lo que aprendemos de la cultura y en particular de nuestra familia), depende de muchos factores culturales y de cómo y cuándo nos exponemos a ellos, lo mismo que de las personas que se ven involucrados dentro de este proceso.

Socialización y herencia se combinan, para determinar el rol del niño dentro de la sociedad. Así, podemos entender entonces que el desarrollo es un proceso permanente que permite comprender cómo los individuos se enfrentan a su ambiente y se integran a su grupo cultural en la sociedad (Goslin, 1969 citado por Craig, 1997) y a los subgrupos sociales que lo componen.

El niño, al interactuar con su ambiente y al enfrentarse a diferentes experiencias en el futuro, lo hará dependiendo de su historia de interacción previa, dada por las experiencias en los diferentes contextos y sistemas en los que hasta ese momento haya participado. Por lo tanto, el papel que juega el niño dentro de su entorno es de un ente activo quien modifica su ambiente individual y social, y a la vez recibe la influencia de éste.

La relación que el niño establece con la madre guía el proceso de desarrollo social y emocional de éste, sin embargo, esta relación única con un adulto puede ser reemplazada por el cuidado de los abuelos, los tíos, hermanos y vecinos.

Se ha encontrado que en algunas sociedades, las familias hacen uso de la red de vecinos y lugares locales de cuidado infantil, lo que les permite tener una red social de apoyo y seguridad más grande que ofrecerle a los niños (Small, 1997). El hecho de tener abuelos amorosos, hermanos protectores o amigos, pueden suplir la ausencia o las relaciones disfuncionales con los padres. Se considera, entonces, que la inclusión del niño como un participante activo en el núcleo familiar es crítico para el éxito de cualquier programa de intervención encaminado a fortalecer su desarrollo (Brofenbrenner, 1979). Crockenberg (1981) y Colleta (1995) sostienen que si al menos una persona provee cuidados estables, afecto y atención durante los primeros años del niño dentro de una relación estable, éste desarrollará confianza en otros y, por lo tanto, seguridad.

La red de cuidado extendida del niño favorece a que adquiera habilidades sociales. Se ha observado que los niños que no se han expuesto al cuidado de otras personas, además del que le ofrece la madre, podrían mostrar conductas hostiles, temperamento difícil y menos interacciones positivas en comparación con los niños que asisten a los centros de cuidado infantil y/o tienen contacto con otro tipo de cuidadores, además de los propios padres (Cadarette, et al., 2000).

El funcionamiento en la escuela, por otro lado, representa una instancia social en la que se somete a prueba la competencia y efectividad del niño para modificar su entorno y someterse a la influencia de éste. La situación escolar representa, en la mayoría de los casos, la primera oportunidad fuera de la familia que permite evaluar la competencia del niño en diversas áreas. Por consiguiente, el éxito o el fracaso que experimente en un comienzo influirán sobre su funcionamiento a lo largo de su instrucción formal. La escuela

representa un ambiente importante para el desarrollo del niño. De acuerdo con Rutter (1987), aquellas escuelas que tienen un nivel académico alto ofrecen incentivos por el buen desempeño, promueven la mejora ofreciendo retroalimentación y desarrollan actividades, en las que les permiten a los niños enfrentarse a experiencias de confianza y responsabilidad, permiten un mayor nivel de desempeño no sólo académico, sino también social entre pares. Los maestros pueden servir como modelos positivos y protectores que influyan aún en niños sometidos al estrés y/o que presenten algún tipo de trastorno (Rutter, 1987 citado por Colleta, 1995).

La preparación óptima de los niños para su desempeño exitoso, desde un principio dentro de la escuela, se alcanza promoviendo su motivación a través de su interacción en el ambiente familiar. Esta motivación se modificará a lo largo del desarrollo por medio de la relación que sus experiencias guardan con el desarrollo de su competencia personal y el establecimiento de relaciones sociales exitosas dentro de la familia. Se ha encontrado que los maestros refieren más problemas de conducta, especialmente conductas agresivas, de aislamiento y relacionadas con el desempeño académico, en niños de madres que estuvieron deprimidas cuando sus hijos eran infantes (Burke, Gelfand, George, Teti & Wright, 2000).

La interacción del niño con sus cuidadores no sólo refleja la atención que éstos le brindan a él, sino que también entraña una completa retroalimentación entre el cuidador y el infante que permite nuevas conductas y percepciones mutuas. Por consiguiente, las características tanto de los padres como del hijo, y la forma en que éstas afectan su interacción en cada momento a lo largo de su vida, se van transformando. Cada uno altera el ambiente y se ve afectado por los cambios sobre los que a su vez ha influido. El desarrollo entonces se entendería como una secuencia regular de intercambios entre el infante y su ambiente social y físico.

Algunos estudios sugieren que las relaciones sensibles y caracterizadas por juegos y diálogos interactivos del niño con sus cuidadores, así como la satisfacción oportuna de sus

necesidades, desarrolla una relación de alta calidad, ya que está basada en el cuidado y participación de la familia bajo las condiciones óptimas para el desarrollo del niño. Esto se refleja en el desarrollo del lenguaje, competencia social, habilidad para regular su propia conducta y mejores habilidades académicas. Sin embargo, alrededor del niño existen factores favorables y otros que no lo son para su óptimo desenvolvimiento social, familiar y escolar. Se ha encontrado que el éxito o fracaso del niño en su actuación cotidiana dependen no sólo de variables biológicas (características de temperamento y físicas individuales), sino de la interacción con su medio, la familia y específicamente la relación con su madre (Peinado, 1962; Perry, 2001).

El papel que juega la madre dentro de este proceso es de suma importancia, ya que el vínculo que establezca con el bebé recién nacido, es una de las primeras relaciones de interacción que también ejercen un efecto sobre la manera en la que el niño establece contacto futuro con sus padres y demás miembros de la familia.

Si bien la influencia de los padres comienza desde el momento de la concepción, no será sino hasta el nacimiento del bebé que puedan relacionarse directamente con él. Pese a esto, el impacto de la relación madre-hijo durante los periodos prenatal, perinatal y postnatal representan factores de riesgo relacionados principalmente con el sistema familiar (especialmente con la madre) (De Paul, Milner & Montes, 2001; Eckenrode & Kendall, 1996; Johnsen & Leiter, 1994; McConaughy, 2000; MacGuigan & Pratt, 2001). El desarrollo del feto en el seno materno, contrario a lo que muchas veces se piensa, no es inmune a una diversidad de influencias ambientales propias de la madre. El feto desde su concepción ya es vulnerable a las agresiones ambientales. El periodo prenatal es muy importante en el desarrollo humano. Los factores de riesgo con que el periodo prenatal podría contribuir a un desarrollo intelectual deficiente se relacionan predominantemente con el comportamiento y características de la madre. El feto está expuesto a daños y aún a la muerte durante este periodo en mayor medida que en cualquier otro periodo vital. Pueden presentarse problemas relacionados con la gestación que podrían impedirse con

un cuidado obstétrico aceptable y con la adherencia de la madre a éste (Hernández - Guzmán, 1999).

Otros factores que podrían afectar al bebé en sus primeros años de edad son las enfermedades de la madre, por ejemplo, la diabetes. Las madres dependientes de insulina corren el riesgo de complicaciones durante el embarazo y de deformaciones fetales (Li, Johnson & Goran, 2001; Plagemann, Harder, Franke & Kohlhoff, 2002; Terauchi, et al., 2000).

Respecto al abuso de drogas por parte de la madre, se ha documentado ampliamente sus efectos adversos para el hijo. Por ejemplo, el abuso de nicotina (Eley, 2001). Son numerosos los estudios que, utilizando distintas poblaciones de mujeres embarazadas, han demostrado que la nicotina se asocia con bajo peso al nacer en proporción con la edad gestacional, además de tener efectos teratógenos (Dempsey, et al., 2000; Kotimaa, et al., 2003; Law, Stroud, LaGasse, Niaura, Liu & Lester, 2003). En este sentido, también la cafeína se ha implicado últimamente con resultados insatisfactorios del embarazo. Aunque sus efectos no se han demostrado claramente, algunos estudios han sugerido que la ingesta excesiva de cafeína diariamente se relaciona con una mayor probabilidad de bajo peso al nacer, con abortos espontáneos y con partos prematuros (Bracken, Triche, Belanger, Hellenbrand & Leaderer, 2003; Cnattingius, Ekbom, Granath & Rane, 2003; Stotts, Shipley, Schimitz, Sayre & Grabowski, 2003). Otro ejemplo es el alcohol, otra droga social ampliamente investigada. Su consecuencia más severa es el síndrome de alcoholismo fetal y se ha asociado con retardo intelectual y físico (Harmer, Mertin & Sanderson, 1999; Hill, Locke, Lowers & Connoll, 1999).

Además de los factores dados por el comportamiento o estados de la madre, la edad de ésta al nacer el niño podría ser también un factor de riesgo. Las madres de menos de 18 y de más de 35 años corren peligro durante el embarazo. Las madres adolescentes particularmente aquellas de menos de 16 años, están expuestas a mayor morbilidad y

mortalidad materno-infantil que las de otras edades (Black, et al., 2002). Concomitantemente a los problemas físicos relacionados con la edad de la madre, si ésta es adolescente, llega a encontrarse dificultades de interacción y rechazo hacia el hijo que obstaculizan su desarrollo adecuado.

Si bien la relación madre-hijo es fundamental para cimentar de manera adecuada la estructura de personalidad que le permita al niño desenvolverse en la escuela, la familia, con los amigos, etc. No obstante, es necesario señalar que la actuación del padre dentro de la estructura y funcionamiento familiar también es relevante. El ejercicio de crianza paterna, es un elemento fundamental para el desarrollo de los individuos. En la relación padre-hijo, el padre pone en juego su capacidad para alcanzar las necesidades de los niños, recibir protección y límites, y debido a que existe una relación entre estilos de crianza y el comportamiento infantil, deberá estar atento a las posibles influencias que pueda ejercer sobre el desarrollo adecuado o inadecuado de sus hijos y de la relación padre-hijo (Grych & Fichman, 1999).

El apoyo emocional que proporcione el esposo o compañero a la madre o futura madre es relevante ya que le ayuda a la madre a relacionarse adecuadamente con su bebé (Coysh, 1984; Grossman & Volkmer, 1984) y, por lo tanto, favorece el establecimiento de una relación que los retroalimente de manera positiva. El interés del padre desde el embarazo y su participación durante el parto influyen sobre el placer que la madre experimente de su maternidad (Entwisle & Doering, 1988) y de esta manera, sobre la atención que ésta le preste a su bebé.

Todas aquellas condiciones tanto ambientales como personales, que de alguna manera anuncian problemas adaptativos y de funcionamiento personal, actúan como factores de riesgo en el desarrollo del niño. Estos son factores que al actuar conjuntamente representan el peligro de romper el equilibrio necesario para que se den la salud, la adaptación y la competencia personales. Sin embargo, existen también factores que

predicen el bienestar personal y familiar, factores protectores; representan los estilos de vida sanos y a su vez, las alternativas de acción para promover esa competencia y efectividad necesarias para enfrentarse a situaciones cambiantes. Los factores de riesgo y protectores son interdependientes entre sí, actúan en forma multicausal, añadiéndose nuevos factores a lo largo de la vida del individuo. Se convierten en redes complejas de influencia que van guiando, ya sea hacia la disfunción o al funcionamiento adaptativo del niño.

La relación directa que el niño tiene con los padres es importante, no sólo por su función de satisfacer necesidades, sino también para crear un lazo afectivo entre el niño y sus cuidadores, así como para establecer las experiencias que le proporcionarán a éste la información necesaria para desarrollar habilidades o conductas adecuadas al entorno con el que se enfrenta. Asimismo, la interacción madre-hijo contribuye a formar su comportamiento y sus reacciones ante las diferentes situaciones sociales. La relación de apego hace referencia a la interacción entre padres e hijos, centrándose especialmente en la provisión de los cuidados más fundamentales, la satisfacción de las necesidades físicas, la disponibilidad emocional de cada uno de los miembros del sistema familiar. Por consiguiente, se han desarrollado numerosos esfuerzos con el correr de los años con el fin de comprender este proceso por el cual se forma la relación del recién nacido con su madre.

La importancia del apego con la madre reside en su poderosa influencia en la adaptación de ese niño a su medio: adaptación social, desarrollo cognitivo y desarrollo emocional. El apego cumple una función respecto a la salud mental y emocional.

La transmisión de padres a hijos, no sólo de conocimientos o creencias, sino de estilos de afrontamiento, conductas socialmente aceptables y valores internos del niño ha sido y será un punto importante a investigar para explicar trastornos en la adultez relacionados con estilos de crianza específicos de la infancia. La influencia de la crianza a la que los padres

se expusieron durante su infancia y adolescencia, influye sobre sus propias prácticas de crianza hacia sus hijos. La disfunción familiar produce disfunción en los hijos, de tal manera que cuando forman sus propias familias, es posible que tiendan a generar relaciones disfuncionales al interior de éstas.

La influencia social también puede modificar la perspectiva de los padres hacia el cuidado de sus hijos. Estos por lo general aceptan la ideología que prevalece en la sociedad en la que viven, usualmente porque ésta les da sentido en sus circunstancias ambientales y sociales específicas.

Cada vez son mayores los conocimientos acerca del repertorio de capacidades con las que el niño cuenta ya antes de nacer y con las que interactúa con su entorno activamente. La idea de un bebé pasivo, de una tabla rasa, no se sostiene de acuerdo a los datos. Poder descubrir estas capacidades, estimularlas e interactuar con lo que es propio del niño y no sólo desde la proyección o la transferencia de significados es un aspecto que los padres deben ir desarrollando y que debe reforzarse desde las intervenciones.

La capacidad de los padres para visualizar, aceptar y valorar los aspectos propios y originales de sus hijos y percibir sus cambios permanentes en relación con sus recursos, emociones y necesidades, tiene una incidencia clara en el desarrollo y autonomía del niño. Su importancia es tal, que esta capacidad de los padres se ha destacado como un indicador de la forma en que los padres se relacionan con sus hijos y como un predictor del tipo de apego que el niño construirá y sobre el cual establecerá sus relaciones futuras. El reconocer al hijo como un ser activo, con deseos propios, e interactuar con él en este contexto, facilita en el niño la construcción de una identidad autónoma, con capacidad para decidir, para valorar sus propios logros, proyectos y construcciones y, consecuentemente, para desarrollar el sentimiento de competencia social.

CAPITULO 2

“FAMILIA Y ESTILOS DE CRIANZA”

En los 90 hubo un interés no sólo por entender la transición a la paternidad y la formación inicial de una familia, sino también por la importancia de la sensibilidad de la madre en la relación de apego con su hijo y su subsecuente ajuste y competencia social. La efectividad de los estilos de crianza particulares y los factores interparentales, familiares y sociales que influyen en las conductas del niño y en su adaptación a la sociedad han recibido especial atención. Hoy en día se subraya el interés por entender la variabilidad en las familias, los factores asociados con dicha variabilidad y cómo estos influyen en el desarrollo socio-emocional de los niños. Se plantea que la familia es la promotora del aprendizaje relevante en el individuo, necesario para su adaptación y desempeño social futuros.

La familia promueve el desarrollo social del niño, dentro de ella, nace, crece, se desarrolla. El aprendizaje que se da dentro del sistema familiar no se realiza de una manera explícita como ocurre en las conductas formales, tales como las académicas, sino que se da de manera implícita. Se transmiten valores, actitudes hacia los problemas cotidianos, interacciones con los demás, etc., mediante procesos de moldeamiento, identificación e incluso enseñanza directa. Así, el aprendizaje desempeña una función primordial, ya que no sólo las interacciones *per se* le darán al niño la capacidad de moldear sus actitudes, sino el bagaje y conjunto de experiencias previas, así como las consecuencias que éstas hayan tenido en su momento. Marcarán las experiencias, la pauta para realizar o no determinadas conductas o responder de una u otra forma. Las personas encargadas del cuidado y la crianza infantil, en su relación cotidiana con el niño, moldean la manera en la que éste interactúa con otras personas y con su medio ambiente.

El papel de la familia en la adquisición de conductas, habilidades y estrategias socialmente adecuadas del niño se ha documentado ampliamente debido a que, por lo general, es el primer contexto con el que establece contacto el niño al nacer. Sin embargo, aunque las

interacciones las va estableciendo con todos los miembros de la familia, la relación madre-hijo es inicialmente la más importante. Una relación defectuosa aumenta actitudes negativas en el niño, por ello es de suma importancia enfatizar el establecimiento de una relación madre-hijo de calidad (Barber & Delfabbro, 2000; Dauwalder, Dumas & Lemay, 2001; Hernández-Guzmán, 1999; Wiener, 1991). Se ha encontrado que las características de cada niño, así como los rasgos de personalidad de cada participante en el ambiente familiar, influyen sobre la forma en la que el niño adquiere normas, valores y actitudes, y marcan la diferencia entre una familia y otra, dándole al niño un estilo que lo distinguirá a lo largo de su desarrollo (Brendgen, Lavoie, Tremblay & Vitaro, 2001; Dilalla, 1998; Terri, 1994). Añadido a esto, las influencias proporcionadas por los otros significativos también incrementan la variabilidad del entorno.

APEGO

Uno de los fenómenos que más atención ha recibido por el papel que desempeña en la relación que establece el niño con su familia, principalmente con la madre, es el apego. La relación de apego es el lazo o vínculo afectivo entre un bebé y sus padres y que garantiza su vida y bienestar. El apego entre una madre y su hijo es recíproco y las conductas de ambos se adaptan mutuamente.

El debate del apego se inició cuando los pediatras Marshall Klaus y John Kennell afirmaron que la alta tasa de abuso observada entre los niños que habían tenido una larga estadía en la unidad de cuidados intensivos neonatales podría ser la resultante de una separación post-parto prolongada. Ellos proponen la hipótesis de que existe, inmediatamente después del parto, un período durante el cual el apego de la madre hacia su hijo se desarrolla. Durante este periodo tan particular, cuya duración se estima entre pocos minutos y pocas horas, la probabilidad que ciertos acontecimientos den origen a los lazos afectivos madre-hijo será más fuerte en este período que en cualquier otro momento de la vida del niño. Más específicamente, entre la madre y el hijo se desarrollan

interacciones complejas y crean una unión permanente entre ellos. Klaus y Kennell (1983) afirman que un contacto entre la madre y el infante durante este período es esencial para que el desarrollo ulterior del niño sea óptimo.

Los estudios sobre el apego se condujeron bajo la influencia de la teoría etológica del apego (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969). Bowlby propuso que el apego promueve la supervivencia del infante, de tal forma que busca protección de un adulto, especialmente en situaciones de peligro.

De acuerdo con este autor, los seres humanos presentan una tendencia innata a buscar vínculos de apego, los cuales brindan una satisfacción personal y constituyen la supervivencia de la especie. La relación de apego tiene una existencia, una dinámica y una función propia. Existe de este modo una tendencia primaria por parte de todo ser humano a establecer fuertes lazos emocionales con determinadas personas, lo que se considera como un componente fundamental de la naturaleza humana (Hill & Scott, 2001).

La teoría del apego subraya la importancia de las relaciones tempranas para un crecimiento psicosocial. El apego positivo se relaciona negativamente con conducta antisocial del niño (Barber & Delfabbro, 2000). Son múltiples los estudios que han demostrado que la sensibilidad materna está asociada con una relación de apego segura con el niño (Booth, Clarke, Lowe, McCartney & Tresch, 2002; Waters & Cummings, en prensa), sin embargo, en la última década, el estudio de éste se ha enfocado también al estudio de las relaciones de apego padre-hijo en diferentes edades. Cada vez surgen más preguntas acerca de la sensibilidad materna y paterna durante los primeros años de edad y si esto predice una relación de apego seguro.

Los lazos emocionales que se establecen con los padres en busca de protección y apoyo prosiguen a lo largo de todo el ciclo vital, complementados por nuevos lazos. El modo en que los padres se relacionan con un niño durante su infancia determinará la pauta de

apego que éste desarrolle, relacionado a su vez con las condiciones familiares que lo favorezcan. De esta forma, la comunicación que establezcan los niños con sus padres durante este periodo permitirá el desarrollo óptimo de otras formas de comunicación más complejas.

Una relación de apego segura está dada por las circunstancias en las que un niño puede recurrir a sus padres en busca de apoyo y cuidado, de modo accesible, frente a circunstancias adversas. Se ha encontrado que la responsividad y sensibilidad de los padres hacia sus hijos favorece este vínculo, les garantiza la seguridad del cuidado en caso necesario y les permite sentirse seguros de sí mismos y capaces de influir sobre su medio ambiente. La sensibilidad de la madre y su responsividad, forma las bases para el desarrollo del apego seguro (Booth, et al., 2002). Una relación de apego seguro favorece la exploración del entorno, permitiendo el desarrollo del juego, el contacto con los pares y las actividades sociales, sin presentarse necesariamente una necesidad de proximidad continua con la madre.

Uno de los comportamientos asociados con el apego es el llanto. Se ha encontrado que el llanto además de ser la principal vía a través de la cual el niño se comunica con quienes le rodean, es una conducta que tiende a promover el apego. Es a través de ésta que el bebé manifiesta sus necesidades y promueve la respuesta de los padres. Cuando los padres responden de manera eficaz a las necesidades del bebé, éste es menos demandante en el futuro y más seguro de sí mismo. Por tanto, la responsividad de los padres es importante, ya que en la medida que el bebé reciba la atención adecuada en el momento preciso, será más probable que establezca un apego seguro.

Una relación de apego sana es la base para que los niños desarrollen relaciones sociales satisfactorias y adecuadas en el futuro. Una relación segura de apego, predice relaciones futuras óptimas, regulación adecuada del afecto, mayor autoestima y menores problemas de conducta (Booth, et al., 2002). La relación de apego permite al niño tener no sólo un

modelo de interacción social, sino también darse cuenta de que es capaz de comunicar sus necesidades y, por tanto, que es competente para controlar su ambiente. Cuando los padres no responden a una llamada del llanto del bebé, retroinforman al niño que no es competente para comunicar sus necesidades, lo que obstaculizará tanto la adquisición de un apego seguro, como de una buena autoestima.

De aquí que los factores que contribuyen al establecimiento de una relación satisfactoria madre-hijo o padre-hijo se van haciendo cada vez más y más complejos. Se ha encontrado que la consistencia en las respuestas de los padres es importante puesto que favorece el aprendizaje del niño, mientras que la inconsistencia le comunica una noción errónea de interacción con los padres y, como se mencionó, la incapacidad para controlar su entorno y, finalmente, promueve la ansiedad.

Dado que las pautas de apego tienden a convertirse con el paso del tiempo en una característica del individuo, es importante destacar que la ausencia o privación de cuidados maternos incrementa la posibilidad de un apego ansioso y, por tanto, desarrollar algún trastorno. Se ha encontrado que las madres trabajadoras pasan menos horas de interacción con sus bebés, lo que se asocia con menos adquisición de vocabulario y con interacciones sociales negativas (Repetti, Crouter & Perry, 2000). Las experiencias adversas durante la infancia hacen más vulnerable al niño frente a nuevas experiencias. La ausencia de vínculos de apego adquiridos a temprana edad expone a la persona a una mayor vulnerabilidad frente a relaciones interpersonales perjudiciales, reduciendo de este modo la capacidad de afrontamiento ante situaciones de crisis (Kretchmar & Jacobvitz, 2002).

EL CONTEXTO FAMILIAR

Ya que el bebé interactúa dentro del sistema familiar y que éste le proporciona las primeras herramientas para un desarrollo psicosocial óptimo, es necesario explorar las características familiares que puedan interferir con la adquisición de modelos de

interacción social adecuados. Las experiencias cotidianas moldean las conductas de los niños, principalmente las que se aceptan socialmente (Dilalla, 1998).

Al observar por separado los diversos aspectos de la familia y la socialización del niño, se puede obtener una visión simplificada del desarrollo social. Sin embargo, las influencias dentro de la familia no van en una dirección y la socialización de los niños por otra.

Cada miembro de la familia actúa como agente socializador. Brendgen, et al. (2001) proponen que las experiencias de los miembros de la familia, hermanos mayores, primos, tíos, abuelos, influyen en el desarrollo social del niño, ya que funcionan como modelos para él. De esta manera, el niño influye en los padres, en los hermanos menores y mayores, en los abuelos y en otros parientes, así como ellos influyen sobre él. El niño también puede actuar de tal forma que afecte a la estructura familiar y a los acontecimientos importantes.

Cuando se exploran los efectos de una relación familiar específica, es fácil olvidar que cada relación tiene un lugar dentro de un contexto diferente, lo que significa que el entorno familiar es dinámico y de naturaleza transaccional. La conducta sólo puede entenderse en términos de esta interacción, en este ambiente, si se toman en cuenta que además cada entorno es diferente para cada niño (Cunningham, 2001). Las relaciones entre el niño y sus padres, por tanto cambiarán dependiendo de la estructura familiar. Se ha encontrado que la sincronía en la relación de los padres con sus hijos, predice el ajuste emocional y la aparición o no de problemas conductuales en la infancia y en la adolescencia (Barber, Bertrand & Bolitho, 2001; Barber & Delfabbro, 2000; Friedmann, Keitner, McDermut, Solomon & Ryan, 1997; Kool, Lande & Soliday, 2001).

Los padres emplean diversos métodos de crianza según la situación, el niño, su conducta en el momento y la cultura. Idealmente, los padres ponen límites a la autonomía del

pequeño y promueven valores y autocontrol. Para tal finalidad, debe haber un equilibrio entre el control y la calidez dentro de casa.

La madre y el padre juegan un papel activo en el desarrollo cognoscitivo y socio-emocional de los hijos (Fine & Mertensmeyer, 2000; Kagan, 1999; McCollum & McBride, 1997). El padre se percibe como un agente socializador, como el ejemplo a seguir por sus hijos y a través de quien debe ocurrir la tipificación de género. Pero es la madre la encargada no sólo de los cuidados, de la alimentación y de la estabilidad emocional, sino que es la que principalmente fomenta o retrasa la competencia en los niños y niñas (Pruett, 2001a, b).

La relación directa del niño con el padre también puede ser fructífera. Hoy en día la participación de los padres en el cuidado de sus hijos es cada vez más común y favorece al niño, ya que éste, de la misma manera que la madre, es capaz de identificar las señales que envía el niño.

La crianza paterna es un elemento que coadyuva al desarrollo de la persona. Hasta mediados de este siglo, el hombre jugaba en la sociedad un papel autoritario y de sostén económico. Sin embargo, actualmente se empieza a experimentar un cambio, ya que los padres maduros tienen un mayor interés por involucrarse en la esfera emocional, educativa y en la atención a sus hijos.

Afortunadamente, cada día más hombres adquieren conciencia de la responsabilidad de ser padres y comienzan a experimentar una bella sensación, desde el momento mismo que saben que van a tener un hijo. Se ha encontrado que cuando el padre participa en la crianza, de tal forma que se muestre capaz de atender y satisfacer las demandas del bebé de cuidados y afecto, el niño muestra mayor desarrollo tanto intelectual, afectivo y social, así como mayor independencia y autoestima (Hernández-Guzmán, 1999). Se ha

encontrado, además que la influencia del padre parece ser más fuerte durante el periodo de ajuste social en la adolescencia (Shek, 2000).

Se ha visto que no sólo el sistema familiar es la principal red de apoyo con la que los niños cuentan. En periodos de crisis o transición, los padres tienden a recurrir a personas extra-familiares para ayudarse a explicar las conductas de los niños o para enfrentar el estrés. Se puede esperar que estas fuentes de apoyo influyan en la percepción de los padres sobre las prácticas de cuidado y disciplina de los niños.

En este respecto, los vínculos intergeneracionales son de gran importancia. Se ha encontrado que en el modelo de familia patriarcal, por ejemplo, la figura del abuelo transmitía autoridad y firmeza en el transcurso de las generaciones (Sperry, Thomas & Yarbrough, 2000). Hoy en día, aunque no viven bajo el mismo techo, los abuelos siguen representando la fuente de la sabiduría y la experiencia, la ternura y la paciencia. Ya sea que los abuelos se encuentren cerca o lejos, los padres valoran el cariño que ellos ofrecen a sus hijos, a la vez que los consideran una ayuda en la transmisión de valores. En muchas familias, los abuelos tienen un papel más activo en el cuidado de los niños que los propios padres (Cox & Demo, 2000; Luescher & Pillemer, 1998).

Vivir con los abuelos y otros parientes como suplemento de los padres, provee a los niños de mayor capacidad para adquirir habilidades de socialización. Y se ha comprobado que contar con sus participación sirve como apoyo o sustituto de los padres y disminuyen el impacto ante su ausencia (Sperry, et al., 2000).

Por otro lado, la presencia de ambos padres no implica necesariamente mayor control, apoyo social o supervisión del niño (Furstenberg & Kiernan, 2001). La estructura familiar uniparental es la de mayor riesgo en la relación al proceso de socialización del niño (Abbey, Ceballo, Lansford & Stewart, 2001). Se ha encontrado que las situaciones estresantes a las que se someten los padres, como por ejemplo conflicto entre ellos,

someten al niño, a su vez, a estrés. Factores tales como la satisfacción marital, y la percepción de los padres hacia su relación de pareja pueden ser motivo de cambios en su responsividad hacia el niño o bien afectar directamente la interacción madre-hijo, haciéndola defectuosa y, en algunos casos, menos satisfactoria para la madre. Una relación marital satisfactoria predice una crianza adecuada (Shek, 2000).

Asociados con el estrés y ansiedad parental se han identificado variables externas al núcleo familiar que promueven dichos estados de ánimo. Por ejemplo la insatisfacción laboral de ambos o alguno de los padres, así como conflictos con compañeros del trabajo, conocidos, amigos, etc., son fuentes de estrés para los padres con repercusiones hacia el ejercicio de la crianza. El nivel de estrés parental se asocia con abuso físico hacia los niños (Behl & Crouch, 2001). Además de agresividad verbal de los padres hacia sus hijos lo que se relaciona con baja autoestima y desempeño académico bajo de los niños (Friedmann, et al., 1997; Serres & Solomon, 1999; Straus, 2000; Tajima, 2000).

Con respecto a la estructura familiar, algunos investigadores típicamente la definen con respecto a los padres presentes en casa, estado marital de los padres y más recientemente orientación sexual de éstos, entre otros; de aquí que el conflicto marital represente un punto importante a investigar ya que es un factor que repercute directamente en la conducta del niño en casa, la forma en la que adquiere habilidades sociales y las estrategias que le permitirán enfrentarse a situaciones problema.

Conflicto Marital

La satisfacción marital y las reglas de atracción interpersonal se modifican significativamente a partir de la llegada de los hijos, y es que ahora existe otro motivo de convivencia y de diferencias entre la pareja que vendrán a afectar sus expectativas y creencias relacionadas con la crianza. La crianza y el niño como instrumento del ejercicio de esas habilidades y competencias en una comunidad particular se vuelve el eje

fundamental para el análisis y la crítica interpersonal en la pareja, y fundamenta en mucho la satisfacción marital y la atracción interpersonal. Si bien es cierto que este eje explicará mayor variabilidad, en la medida en que la familia tenga menores niveles de educación, los aspectos relacionados con la crianza serán siempre motivo de debate y de consolidación entre los elementos de la familia (Vera, Domínguez, Vera & Jiménez, 1998).

El conflicto marital se ha considerado un factor de riesgo ya que transforma el entorno familiar volviéndolo inestable y pobre en cuanto a interacciones positivas padres-hijos. A través de una situación de conflicto, las oportunidades para aprender las formas efectivas para resolver un problema o las estrategias para manejar el conflicto, son limitadas. Añadido a esto, la disponibilidad de los padres es menor, así como la percepción de apoyo y comunicación con el niño.

Se ha encontrado que el conflicto marital se asocia positivamente con desajuste y problemas en la crianza que con la satisfacción marital y calidad de crianza (Cox & Demo, 2000). Un nivel alto y constante de conflicto en la familia, produce efectos negativos en los niños, independientemente si están los dos padres o sólo uno (Furstenberg & Kiernan, 2001; Sun, 2001). Sin embargo, cuando se resuelve el conflicto o está relacionado con un resultado constructivo no se vuelve necesariamente negativo para el niño. De hecho, este conflicto constructivo puede ayudar al niño a aprender maneras apropiadas de sobrellevar dificultades interpersonales.

El conflicto interparental no siempre resulta, por lo tanto, en una crianza negativa. Existen datos, sin embargo, que señalan que los afectos hostiles y el enojo, experimentados en una relación marital, pueden afectar la relación padre-hijo (Yagla, 2000). También predice conductas depresivas en la edad adulta. Los padres que están enojados, exhaustos o desmoralizados por un conflicto marital tienen a ser simplemente menos capaces emocionalmente o añadir tensión a las interacciones con sus hijos. El enojo provocado por el conflicto marital hace a los padres activamente rechazantes,

hostiles y agresivos físicamente. Se ha encontrado que los niños que usan estrategias de afrontamiento que los inducen al conflicto entre sus padres, tienen niveles mucho más altos de desajuste. Mientras que los niños que no involucran sus estrategias de afrontamiento con el conflicto marital o que tienen apoyo social, presentan menor nivel de desajuste. Se ha encontrado que el conflicto interparental es un factor de riesgo en el curso de la vida del niño. Los niveles de conflicto marital y el divorcio se relacionan directamente con problemas de ajuste conductual y emocional en el niño (Brown, McLeod, Tressell & Unger, 2000).

Por otra parte, el conflicto entre hermanos también representa un factor de riesgo en la adquisición de habilidades sociales del niño, debido a la diferencia de trato de los padres dentro de la familia, los cambios asociados con la edad y las características individuales (Cox & Demo, 2000).

Como menciona Hernández-Guzmán (1999), la familia, principalmente el subsistema de la pareja de los padres, es el agente socializador responsable de la adquisición de conocimientos y estrategias cognoscitivas, reglas de comportamiento y motivación. Por lo tanto, el conflicto marital se ha considerado como una variable que afecta directamente al niño.

En circunstancias tales como el divorcio, la efectividad de las prácticas disciplinarias contribuye al ajuste del niño. Esto hace suponer que, entre los recursos con los que puede contar el niño, la calidad de crianza puede servir como un amortiguador de las consecuencias negativas de la ruptura marital. No obstante, las experiencias que se relacionan con una situación de pre divorcio son tan importantes para los niños, como lo es en sí la separación definitiva de los padres (Furstenberg & Kiernan, 2001; Teare, 2001). Se ha encontrado que los hijos de divorciados tienden a manifestar problemas de ajuste social y de desempeño académico aún después de algunos años del divorcio de sus padres

(Abbey, et al., 2001; Sun, 2001). Además, son más susceptibles de presentar baja autoestima, dificultad de relacionarse con los demás, etc.

Se habla mucho de que el origen de los problemas de conducta en los niños está asociado con la familia. Puede afirmarse que hay datos que apoyan esta afirmación. Se ha observado que ciertas prácticas de control parental, como la coerción, excesiva firmeza e inconsistencia, tienden a causar, mantener y fortalecer las conductas disruptivas del niño más que controlarla. Los padres que tienen mayor control sobre sus hijos, manifiestan un desempeño escolar pobre (Grolnick, Gurland & Kurowski, 1999). De aquí que la crianza tiene dos facetas: las prácticas disciplinarias y la calidad de afecto y cuidado que los padres promueven en la relación con sus hijos.

Otro aspecto del ambiente que tiene la influencia sobre la crianza son los estereotipos culturales sobre el comportamiento del padre y la madre, de tal manera que lo que ellos esperan es que su hijo sea consistente con ellos. El desarrollo socio-emocional de los niños se relaciona con las características de personalidad de los padres y, es significativa en el grado en que los niños cumplan las expectativas de sus padres (Brendgen, et al., 2001). La historia familiar es un conjunto de experiencias de interacción social heredadas de padres a hijos y que en algunos casos, por desgracia los padres transmiten sus limitaciones, problemas o fracasos a sus hijos.

El conflicto en los padres al provocar un constante estado de estrés favorece a que éstos se mantengan cognitivamente alertas y mucho más defensivos a la conducta del niño. Atribuyen su mal comportamiento al propio niño, lo que crea un estado defensivo de éstos hacia sus hijos. Promueven afectos negativos y mayor reactividad contra ellos, que los conducen finalmente a elegir una disciplina autoritaria, castigadora, crítica y coercitiva. Por el contrario, si la madre se atribuye como la causante del comportamiento inadecuado del niño, tendrá una tendencia a sentirse culpable y evitará causar más malestar al niño. Es probable que aplique prácticas disciplinarias más permisivas, inconsistentes y flexibles.

Los tipos de crianza indican distintos comportamientos o actitudes que toman los padres hacia los hijos. Estas traen consecuencias negativas o positivas permanentes a lo largo de toda la vida. El estilo de crianza de cada familia es el que le permitirá mantener cierta estructura social o bien modificar la relación socio-emocional con los hijos. Una crianza afectiva transmite valores internos consistentes con las conductas prosociales adecuadas y se asocia con la capacidad del cuidador para ponerse en el lugar del niño en el momento de satisfacer sus necesidades (Barber, et al., 2001; Hill & Scott, 2001).

Dependiendo de si la práctica de crianza es positiva o no, le dará a los miembros de la familia un ambiente que promueva su salud mental y psicológica. De esta forma, el papel de las prácticas de crianza positivas en la familia, permite a los miembros de ésta, vivir bajo un ambiente estable y consistente en cuanto al tipo de interacciones, conductas y formas de afrontar de los padres e hijos. Así mismo, brinda una mejor capacidad de predicción y control sobre el medio ambiente.

Los estilos de crianza que los padres adopten son los que les permitirán establecer relaciones de calidad con sus hijos. Por lo general cada familia pone en práctica un estilo de crianza específico, sin embargo, en algunos casos pueden hacer uso de varios estilos combinándolos dependiendo de la situación a la que se enfrenten.

ESTILOS DE CRIANZA

De aquí el tipo de crianza que tomen los padres hacia sus hijos es muy importante. Diana Baumrind (1978) realizó varias investigaciones sobre las actitudes de los padres y las consecuencias que éstas tienen en sus hijos. Señaló que los padres adquieren tres posturas diferentes en el momento de la crianza: autoritaria, permisiva o democrática.

- a) *Autoritario*: En el que se valora la obediencia incondicional y en el cual los padres perciben la relación con sus hijos como de poder y control. Es aquí en donde los

padres interfieren directamente en la problemática de los hijos. Resuelven sus problemas e imponen las soluciones que ellos consideran las más adecuadas. Es en este estilo de crianza en donde se instalan una serie de reglas y normas que el hijo debe cumplir ciegamente obedeciendo a la autoridad. Aquí los padres esperan que esta forma exigente de ser con sus hijos, les de las habilidades para enfrentarse a sus problemas y los haga más responsables.

Este estilo de crianza es el que ofrece el menor sentido de responsabilidad, ya que los padres resuelven todos los problemas a sus hijos sin permitirles intervenir. Los padres autoritarios son exigentes y al mismo tiempo, poco responsivos ante las demandas de sus hijos. De aquí, que este estilo en particular promueve la adquisición de habilidades de afrontamiento e interacción social, defectuosas e inadecuadas en los niños.

b) *Permisivo*: En este estilo de crianza los padres permiten que sus hijos actúen de forma impulsiva ya que son muy tolerantes; no suelen hacer uso del castigo o la prohibición. Los padres permisivos no corrigen a sus hijos aunque estén en situaciones en las que éstos dañen a otras personas, animales o destruyan cosas. No establecen límites ni reglas, por lo que los niños tienen una tendencia a ser inmaduros, impulsivos y pocas veces, responsables socialmente. Los niños que viven bajo este estilo de crianza no logran adquirir habilidades de autocontrol ni la capacidad de responder de manera respetuosa a las señales o demandas sociales. Sus habilidades de afrontamiento son limitadas, así como su capacidad para resolver problemas interpersonales.

Los hijos de padres permisivos tienden a ser indulgentes, inadaptados socialmente, destructivos y, por lo general son los que tienen menor capacidad de autocontrol. Sus logros escolares son bajos, son agresivos, inmaduros, mentirosos, desobedientes e inseguros. Además, cuando la permisividad se mezcla con hostilidad puede llevar a niños a cometer actos delictivos (Craig, 1994).

- c) *Democrático*: Los padres que tienen este estilo de crianza, establecen normas y reglas claras y buscan que sus hijos las cumplan. Utilizan técnicas de control indirectas en donde promueven la participación de sus hijos en la situación problemática. Los invitan a que sean ellos quienes sugieran posibles soluciones, lo que les permite ver las consecuencias de sus acciones. Estos padres promueven la independencia, la individualidad y la autonomía en sus hijos a través de una relación de comunicación abierta con ellos. En este estilo de crianza se promueve el respeto mutuo así como el reconocimiento de los derechos de cada miembro de la familia. Los hijos de padres con este estilo de crianza, por lo general, son más responsables y maduros, lo que muestra mayor capacidad intelectual y de comunicación con los demás.

Los hijos de padres democráticos tienden a mostrar mejores logros escolares, ya que sus padres les dedican más tiempo en la realización de sus tareas, les aclaran sus dudas, recompensan sus conductas apropiadas y se enfocan menos en el castigo físico. Por lo general, son los niños más seguros, competentes socialmente, menos agresivos y hostiles. Son independientes, con mayor autoestima y autocontrol; son los más populares entre sus compañeros, se muestran más satisfechos de sus logros y tienden a desarrollarse adecuadamente dentro de la sociedad.

Se ha encontrado que de los tres estilos de crianza, el estilo democrático es el más efectivo, ya que favorece el desarrollo óptimo del niño. Le permite no sólo interactuar en un ambiente con reglas específicas, mismas que debe cumplir, sino también, reconocer las consecuencias de sus actos. Por otro lado, los estilos autoritario y permisivo a pesar de que buscan la autonomía, responsabilidad y madurez en los niños, no la consiguen, acarreando efectos negativos en el desarrollo socio-emocional de los niños (Blunt & Johnston, 2000; Neal & Frick-Horbury, in press; Solantaus-Simula, Punamäki & Beardslee, 2002).

De esta manera, los diferentes estilos de paternidad repercuten sobre la competencia, destrezas sociales y cognoscitivas de los hijos, así como en el proceso de socialización. Es

a través de ésta, que los padres afectan la conducta de los niños, ya que influyen en la forma en que quieren que actúen. Las preferencias de los padres, moldean las actitudes, preferencias e intenciones del niño en general. Padres e hijos tienen valores similares debido a que se desarrollan en un ambiente social similar (Jennifer, 2000).

Desde sus primeros meses de vida, el niño se desarrolla bajo un ambiente en el cual se establecen reglas definidas, con rutinas y tareas específicas, lo que le dará probablemente mayor éxito cuando tenga que enfrentarse a otros ambientes fuera de su familia. Con todo esto, el niño tendrá control sobre su ambiente y así ganará seguridad, confianza en sus capacidades y sobre todo afianzará estrategias adecuadas de afrontamiento (Cox & Demo, 2000; Marin, 1999).

Los padres, las personas significativas, el ambiente familiar, la interacción con otros ambientes familiares y las características de padres e hijos, construyen o bien, un ambiente familiar y social propio para el bienestar general del niño, o bien, disfuncional. La familia es el primer grupo social en el que el niño practica y pone a prueba su comportamiento social, recibiendo al mismo tiempo, retroalimentación.

El continuo de interacciones en la familia, permite al niño aprender estrategias de afrontamiento, mismas que tomará como válidas ante los problemas a los que se enfrente en otros ambientes. En este proceso, los miembros de la familia desempeñan un papel importante ya que son ellos los que crearán situaciones sociales a las que el niño deberá responder de manera adecuada y oportuna, haciendo uso de sus habilidades de afrontamiento, imitando a algún miembro de la familia. De esta manera, la familia retroalimenta la conducta del niño ante sus demandas específicas y la aprobación o rechazo que ésta manifieste ante tales conductas.

Si bien la influencia ejercida por la familia forma parte de las variables que le permitirán al niño desarrollar su conducta social, la relación que ésta establece con otros sistemas como

el escolar, modifica indirectamente la manera en la que el niño participa con sus compañeros, maestros, etc.

Se ha encontrado que las experiencias dentro de la familia están relacionadas con la adquisición de las estrategias de afrontamiento en los niños. Además, un ambiente generador de ansiedad entre los padres y entre padres e hijos repercute en la manera en la que el niño adquiere dichas habilidades. Un ambiente ansiógeno tiene mayor variabilidad de respuesta por lo que el niño, en ocasiones, encontrará que una respuesta a una conducta específica tiene ciertas consecuencias y que probablemente no sean las mismas durante otro momento o bajo circunstancias distintas, a pesar de que la conducta exhibida sea la misma. De aquí, la percepción del niño de su capacidad de predicción y control sobre su medio ambiente, se reduce en estos casos.

La percepción subjetiva y las características objetivas de una situación deben diferenciarse ya que la respuesta adaptativa está ligada a la evaluación de la persona ante la situación y será eficaz en la medida en que la perciba de manera objetiva (Hernández-Guzmán, 1999).

Una persona modificará la evaluación de su actuación en un medio social, la que depende de su percepción (Brendgen, et al., 2001), y genera o no estados de ansiedad que pudieran interferir en la idea que tiene de sí misma como agente predictor. Hace uso de la información disponible para afrontar eficazmente.

Es así como el papel de los padres o demás miembros de la familia modifica directamente las habilidades de afrontamiento del niño. La manera en la que éstos respondan ante distintas situaciones problema, le dará al niño un espectro de comportamientos adecuados para resolver sus problemas de manera eficaz. Bandura (1997) señala al respecto que la auto-eficacia es percibirse a sí mismo eficaz y competente promoviendo cambios en el entorno, que ésta es parte importante de la motivación de las personas y que permite no

sólo refinar las habilidades adquiridas, sino también aprender nuevas y actuar con seguridad.

A partir de aquí, el niño, al entrar en contacto con otros ambientes fuera de la familia, habrá pasado por un proceso durante el cual debió adquirir las habilidades de afrontamiento, conocimientos, actitudes, valores y conductas, a su vez previstas, por su historia de experiencias e interacciones familiares. Visto de esta manera, la familia no solamente es el agente socializador que le permite al niño establecer determinadas pautas sociales, sino la responsable del desempeño social futuro del niño, ya sea funcional o disfuncional.

La familia en este caso promueve la aparición de situaciones ansiógenas dentro del contexto familiar y modifica directamente el estilo de afrontamiento del niño. La capacidad de afrontar de manera adecuada, está ligada al éxito o fracaso que se tiene para controlar las situaciones principalmente las que generan ansiedad. Identifica las conductas que permitieron un mayor control de éstas y, en el caso contrario, aprende la incapacidad para controlarlas. La familia es, por lo tanto, crucial en el desarrollo socio-emocional del niño, ya que actúa como agente socializador, funcional y adaptativa, o disfuncional e inadaptable.

Así, el sistema familiar es responsable directo de la forma de actuar de cada uno de sus miembros ya que los problemas ocasionados en el núcleo familiar, como el divorcio, estrés de los padres, conflicto marital, agresividad, etc., someten al niño a estrés, mismo que provocará respuestas inadecuadas en el futuro. Es responsable de formar a un individuo autónomo y socialmente competente, capaz de adaptarse a situaciones sociales futuras, y con las habilidades de afrontamiento adecuadas para resolver su problemática cotidiana y así percibirse positivamente.

La percepción social de la crianza no sólo matiza los aspectos relacionados con el control y la disciplina, las expectativas, el éxito y el fracaso, sino más allá. El desarrollo está relacionado, por un lado, con la maduración biológica del niño. Sin embargo, su complejidad tiene que ver con las oportunidades que la sociedad proporcione para su desarrollo más que el factor de la herencia. Una visión ecológica del desarrollo es una visión cultural, histórica y social de los cambios que tienen lugar dentro de la relación padre-madre-hijos en un entorno social y cultural particular, y en una dimensión de tiempo específica. El análisis del desarrollo requiere una discusión y análisis que nos permita trascender la visión americana o europea de éste, hacia una visión mucho más cultural, en donde cada grupo social diseña los procesos de desarrollo dependiendo de sus necesidades y de sus características individuales, familiares y culturales (Le Vine, 1977).

CAPITULO 3

“AFRONTAMIENTO Y COMPETENCIA SOCIAL”

Cuando encontramos a seres humanos que consiguen sobreponerse a las condiciones adversas de su entorno familiar, comunitario y social en general, nos preguntamos: ¿Qué sucede en ellos, o en su ambiente, que les permite superar lo negativo? La respuesta está en el desarrollo social y en la potenciación de factores que los protegen contra estas situaciones.

Durante las últimas dos décadas se ha recopilado suficiente información que fundamenta la importancia de que los niños y niñas, alrededor de los 6 años, adquirieren la habilidad para socializar y adquirir habilidades que les permiten afrontar de forma adecuada y así reducir la probabilidad de riesgos en diversos ámbitos de su vida adulta (Ladd, 2000; Parker & Asher, 1987). Las investigaciones recientes (Hartup & Moore, 1990; McClellan & Kinsey, 1999; Parker & Asher, 1987; Rogoff, 1990) sugieren que la adaptación socio-emocional de un niño a largo plazo, así como su desarrollo académico, cognitivo y social se estimulan mediante oportunidades constantes que fortalecen la competencia social durante la niñez. Sin embargo, las diferencias individuales que se observan en la capacidad de reacción a las diferentes situaciones sociales son importantes, y demuestran la influencia que ejercen los factores ambientales y familiares y la interacción entre ellos.

DESARROLLO SOCIAL Y SOCIALIZACION

El estudio del desarrollo social es relativamente reciente lo que ha provocado posturas encontradas en el campo evolutivo, y aunque todos los autores manifiestan su acuerdo en que el niño es un ser social por naturaleza, existe desacuerdo sobre el momento de inicio de dicho proceso. Para algunos autores este proceso es progresivo y no se adquiere hasta edades más avanzadas cuando comienzan a tener conciencia de ellos mismos y de los demás (Barber & Erickson, 2001). Sin embargo, para la mayoría de los autores, el desarrollo social comienza desde el momento en que el niño nace; desde el primer

contacto social o la primera interacción social que se produce en su vida, el contacto con su madre (Feeney, 2000).

El desarrollo social se caracteriza por los cambios de los niños a medida que crecen ya que han de resolver ciertas cuestiones en cuanto a sus relaciones con los demás. En la primera infancia, desarrollan el yo social que es producto del aprendizaje de las relaciones con los demás y del trato o relación (Hoffman, 1975). La primera problemática que enfrentan es si realmente están listos para formar relaciones íntimas ya que deben aprender a interactuar con los demás para poder desarrollar una alta autoestima (Faw, 1981). El proceso de socialización en la primera infancia se da cuando los niños aprenden los papeles de género, los comportamientos y actitudes, que una cultura considera apropiados para hombres y mujeres (Papalia & Wendkos -Olds, 1992).

La socialización puede definirse como el proceso mediante el cual los sujetos adquieren la conducta, las actitudes y los valores, vistos como deseables y apropiados por la sociedad, y probados a través del tiempo. La socialización es un proceso mediante el cual los miembros de la sociedad moldean la conducta de los niños al permitir su participación y contribución (Woolfolk, 1996). Según Watson (1977), la socialización es un medio por el que se adquieren los modelos de conducta convencionales; es un proceso de aprendizaje.

Gracias a la socialización el niño aprende los modales y las costumbres de la familia, los vecinos, la comunidad y todo el grupo social en el que se desarrolla. Es durante la etapa preescolar cuando el niño empieza a modificar su conducta para cumplir las normas esperadas por la sociedad (Cohen, 1971). En los primeros años la familia constituye el centro de la socialización, aunque también participan en este proceso los maestros, los compañeros de juego, la iglesia, la televisión, etc.

La familia es un campo de investigación fundamental para el estudio de la interacción social. En principio, porque es la instancia donde se elaboran y aprenden las dimensiones

más significativas de la interacción: los contactos corporales, el lenguaje, la comunicación y las relaciones interpersonales. Desde una perspectiva genética, es el seno de la familia donde se instaura el proceso de socialización del niño, donde se construyen los esquemas que influirán más tarde en sus interacciones de adulto. Es también para la mayoría de los individuos en donde se establecen relaciones afectivas más profundas.

La familia es un grupo institucionalizado, relativamente estable, que constituye una de las bases de la vida social. Por esto, representa a la vez un modelo y un ejemplo del sistema interactivo que implica una especialización de papeles y actitudes, una relación de lugar, normas relacionales y un conjunto de representaciones y valores que orientan las conductas (Marc & Picard, 1992).

La personalidad se desarrolla en base al proceso de socialización, en la que el niño asimila las actitudes, valores y costumbres de la sociedad. Los padres contribuyen así al proceso de socialización a través de sus papeles al dar amor y cuidados, de la figura de identificación para con sus hijos y de ser agentes socializadores.

La socialización es el resultado de la interacción entre el niño y el grupo social donde vive y adquiere papeles, normas y costumbres. Como hemos visto, el niño depende de su grupo social y de sus pautas o costumbres, inculcadas desde el nacimiento, para adquirir habilidades sociales adecuadas que le permitan tener resultados satisfactorios. De aquí el énfasis en el papel de la familia y de la escuela como socializadores, ya que el aprendizaje de las habilidades sociales se adquiere mediante información, pero también a través de la observación e imitación de los que se ve y oye (Judge, 1998; Kerr & Mcintosh, 2000; Webster - Stratton, Reid & Hammond, 2001).

Los padres serán así el primer agente socializador en la vida del niño. La familia va a ser de gran importancia ya que en la interacción padres-hijos se desarrollan patrones de protección de actitudes y valores personales, con los que el niño generará más adelante las

habilidades sociales necesarias que le permitan relacionarse en forma satisfactoria con sus iguales. Los siguientes socializadores en la vida de un niño serán sus compañeros, amigos o pares, junto con instituciones sociales como la escuela. Para Yussen y Santrock (1978) la escuela es una de las influencias sociales más importantes en el desarrollo de los niños.

Hartup y Moore (1990) señalan que las relaciones entre pares contribuyen notablemente al desarrollo cognitivo y social en el niño y el grado de efectividad con que funcionamos como adultos. Han sugerido que el mejor indicador en la niñez de la adaptación en la vida adulta, no son las calificaciones, ni el comportamiento en clase, sino la capacidad del niño para relacionarse con otros niños. Los niños no son aceptados por otros niños, e identificados como problemáticos, son incapaces de sostener una relación estrecha con otros y de ubicarse en la cultura a la que pertenecen. Corren serios riesgos tales como: salud mental disminuida, abandono escolar, bajo rendimiento, dificultades escolares de diversos tipos, problemas de adaptación social e historial laboral limitado (Katz & McClellan, 1997; Ladd & Profilet, 1996; McClellan & Kinsey, 1999).

La forma en que los niños interactúan y la manera en que sus compañeros de clase los tratan (cooperativamente o agresivamente, apoyando o demandando, etc.), suele tener un fuerte impacto sobre las relaciones que estos niños establezcan en un futuro (Ladd, 1999; 2000). Existen datos (Kagan, 1992; Rothbart & Bates, 1998) de que algunos niños son temperamentalmente más introvertidos o tímidos que otros y puede ser perjudicial que se los empuje hacia relaciones sociales que los hagan sentir incómodos (Katz & McClellan, 1997). Más aún, si esa timidez se maneja con un buen nivel de sensibilidad puede superarse espontáneamente siempre que ésta no impida el disfrute de cosas como fiestas escolares, cumpleaños y actividades familiares.

Las experiencias sociales de cada niño con sus compañeros y personas adultas afectan el desarrollo socio-emocional actual y a largo plazo, así como también el desarrollo cognitivo y académico (Kinsey, en prensa). Las relaciones con la familia nuclear y extendida, así

como los contextos culturales, son factores que afectan el comportamiento social. El comportamiento apropiado y correcto para una cultura, puede no serlo para otra. En este caso, los niños pueden necesitar ayuda para sobrellevar sus diferencias y para encontrar maneras de aprender y disfrutar de la compañía de otros. Un niño bien socializado aprende a establecer la proximidad con otros para conseguir lo que quiere; a obedecer las reglas de la autoridad, y a cooperar y convivir con sus pares (Boekaerts & Röder, 1999; Bost, Vaughn, Washington, Cielinsky & Bradbard, 1998).

Las diferencias contextuales en la conducta de padres e hijos sugieren que los niños y niñas pueden exhibir diferentes niveles de socialización que favorecen la aparición de patrones de interacción de segregación por género. Específicamente, los hallazgos sugieren que es posible socializar a los niños para preferir ciertas formas de juego y cierto tipo específico de estrategias de asertividad y, de esta manera, incorporarse adecuadamente a su grupo social (Cress & Holm, 2000; Cutts & Sigafos, 2001; Englund, Levy, Hyson & Sroufe, 2000).

Según Watson (1977), al comienzo de la niñez, los agentes de socialización aumentan en número, los vecinos y los compañeros de escuela juegan un papel importante en la socialización (Papalia & Wendkos - Olds, 1997). También son importantes los adultos al cuidado de los niños en este proceso de socialización, pero son los amigos o compañeros de juego son los que más influyen Papalia & Wendkos - Olds (1997) consideran que el juego, al ser una actividad social, permite evaluar la competencia social de los niños ya que éste revela el alcance de la interacción con pares.

Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son conductas aprendidas para relacionarse socialmente que dependen de la cultura y la situación y que permiten satisfacer necesidades propias a la vez que se respeten los derechos de los otros. Minimizan la posibilidad de futuros

problemas. Son activas (operan cambios sobre la realidad y las personas) y funcionales (intentan lograr un objetivo, si no lo logran se modifican para adaptarse al contexto). Permiten vincularse con el otro: crear nuevos vínculos, reforzar los existentes, disfrutar y compartir el afecto (amigos, pareja, familia, etc.), manifestar necesidades y resolver conflictos (pedir lo que uno desea, poder decir que no, expresar opiniones, defender los derechos, pedir que el otro cambie su conducta, enfrentar críticas y hostilidad, etc.).

Las habilidades sociales son un factor decisivo para la convivencia y constituyen una de las variables más significativas en el campo de la salud mental. El período escolar, esencialmente receptivo, resulta crítico para los aprendizajes sociales que difícilmente se pueden hacer en las etapas posteriores de la vida humana.

Las habilidades sociales son elementos fundamentales del repertorio, que permiten a las personas adaptarse a las exigencias del medio social y consolidar redes de apoyo importantes para manejar las presiones propias de la vida moderna. En un principio, Liber y Lewinshon (1973) definieron la habilidad social como la capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de manera que obtenga castigo e indiferencia por parte de los demás (Liber & Lewinshon, citado en Aduna, 1998). Las habilidades sociales tienen elementos o componentes que permiten optimizar la conducta de manera que sea funcionalmente adaptativa. Por ejemplo, para iniciar una conversación se requiere que la persona utilice un tono de voz adecuado, module la postura corporal e introduzca comentarios apropiados. Las consideraciones socioculturales en el campo de la habilidad social enfatizan en un enfoque ideográfico y situacional. Por eso, más que hablar de habilidad social como un estereotipo topográfico de conducta, se habla de competencia social.

COMPETENCIA SOCIAL

La competencia social se distingue de otros constructos que se han propuesto para explicar el comportamiento social, tales como habilidad social, la cognición social, las

soluciones de problemas sociales, etc. Así, el término describe la interacción detrás de lo que sucede cuando una persona se vincula con su grupo social. Este constructo, está vinculado de componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales que, a su vez, interactúan entre sí.

La competencia social en la infancia y la adolescencia es un tema que ha recibido una marcada atención en los últimos años, debido a la importancia de las habilidades sociales en el desarrollo infantil y en el funcionamiento psicológico, académico y social posterior. Son numerosas las investigaciones que señalan la relación existente entre competencia social y logros escolares, sociales y ajuste personal y social (Erdley & Asher, 1999; Gable & Shean, 2000; Houck, 1999; Ladd, 1999; Landry, Smith, Miller-Loncar & Swank, 1998; Larsson & Frisk, 1999; Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost, 2000; Marks, Glaser, Glass & Horne, 2001; Parker & Asher, 1987; Schwartz, 1999).

La competencia social se refiere a las habilidades sociales, emocionales, cognitivas y conductuales que los niños deben poner en práctica para lograr una adaptación exitosa. A pesar de su simple definición, la competencia social es un concepto complejo, ya que se requiere un ambiente saludable para que se desarrollen las habilidades y conductas que éste entraña. La evidencia señala que para ser socialmente competente, no basta con que una persona, al interactuar socialmente, exhiba habilidades consideradas por la cultura como pro sociales, sino que, éstas sean eficaces y que promuevan una respuesta de aceptación en otras personas. De esta manera, solo así, el individuo que las muestra, podrá considerarse como socialmente competente.

El término “competencia social” se usa para describir la afectividad social del niño, la habilidad para establecer y mantener relaciones de alta calidad y satisfactorias, así para rechazar el trato negativo de los otros. El contexto social puede afectarla. Arroja mejores resultados aquél en el cual existe una buena interacción entre las aptitudes del niño, sus intereses y habilidades.

La competencia social se comprende de grupos de elementos aprendidos e innatos. Se acepta ampliamente la propuesta de que la competencia social es la posesión de habilidades sociales diferentes. Entre las habilidades sociales, Spence (1983) distinguió el grupo de las micro y macro habilidades sociales. La formación incluye comunicación verbal y no verbal, así como buena percepción social. Posteriormente será empatía, comportamiento de ayuda, cooperación, altruismo y habilidades de solución de problemas. Una de las características básicas de las habilidades sociales que permiten el desarrollo de la competencia social en los individuos es que se adquieren mediante el aprendizaje. La teoría de aprendizaje social (Bandura, 1977) ha mostrado que el aprendizaje social de los niños está influenciado en su mayoría por imitación, reforzamiento y modelamiento.

Zsolnai (2002) propone que se puede identificar tres grupos entre los factores que influyen de manera significativa en la formación de la competencia social: la personalidad del sujeto, la representación de la familia y la influencia del ambiente escolar. (Erdley & Asher, 1999; Gable & Shean, 2000; Houck, 1999; Ladd, 1999; Landry, Smith, Miller-Loncar & Swank, 1998; Larsson & Frisk, 1999; Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost, 2000; Parker & Asher, 1987).

Es un hecho que gran parte del comportamiento que adquirimos desde temprana edad y que hace del hombre un ser fundamentalmente social, se aprende de las interacciones con los miembros de su grupo. Bandura (1977) señaló el importante papel que juega la imitación en el desarrollo de ciertos patrones de conducta social. La relevancia de este proceso de aprendizaje queda determinada por la validación empírica de las funciones del modelamiento: adquisición, facilitación social, desinhibición y extinción directa y vicaria.

El Papel de los Padres en el Desarrollo de la Competencia Social

La investigación ha mostrado que cuando el individuo se auto evalúa de forma positiva, esto puede fungir como una condición que favorezca a tener un buen desarrollo de

competencia social. Una aceptación positiva de los otros, la participación activa y la comunicación efectiva son también componentes importantes de la competencia social. Otra contribución al desarrollo de la competencia social es la habilidad del individuo para resolver problemas de forma creativa y de formas alternativas tomando en consideración sus propios intereses tanto como los de su grupo (Tunstall, 1994). En la infancia, la familia tiene una gran influencia sobre el desarrollo de la competencia social. Aquí, los factores con mayor influencia incluyen la competencia social de los padres, el temperamento del niño, el estilo de crianza, la relación con los hermanos y la naturaleza del apego entre la madre y el hijo (Bost, et al., 1998; Halford, 2000; Schneider, 1993; Tunstall, 1994).

Debido a que la familia es el primer contexto para el desarrollo social, hay una gran variedad de maneras en las cuales ésta puede ayudar o entorpecerlo. Algunos estudios han mostrado que los bebés que tienen padres consistentes y sensibles a sus respuestas son menos irritables, menos ansiosos y regulan mejor las emociones. En contraste, los padres que son inconsistentes e insensibles a las señales de sus hijos, los vuelven más ansiosos e irritables.

La investigación ha revelado que muchos niños rechazados pueden ser impulsivos, aislados o incompetentes en la solución de problemas. Tienen numerosos errores en el procesamiento de información, lo que incluye la mala interpretación de la conducta de otros. Consideran que sus metas sociales son irrealizables o inapropiadas, toman decisiones defectuosas sobre sus propias conductas en las situaciones sociales, y se retroalimentan de manera negativa. Estos sentimientos los llevan a conductas de abandono o rechazo y aislamiento social.

Un niño competente socialmente es capaz de considerar las ideas de los otros, pueden atraer la atención en los juegos y es capaz de mantenerse tranquilo en una situación problemática, es agradable y tiene buenas habilidades para resolver problemas. Los demás niños lo perciben como útil, amigable, atractivo y bueno en los juegos. Los niños que no

son competentes socialmente tienen problemas para hacer amigos, muestran deficiencias en las habilidades sociales, tienen problemas para manejar las situaciones que provocan malestar o estrés.

Evidencia empírica sugiere, que una relación inestable de apego entre la madre y el hijo tiene una influencia negativa en el desarrollo social del niño. Tales niños pueden estar caracterizados por bajos niveles de autoestima y una motivación y desempeño disminuidos, los cuales pueden acompañarse por problemas de ajuste socio emocional (Koplik, Lamping & Reznikoff, 1992; Styron & Janoff-Bulman, 1997). John Bowlby (1969) propuso que el recién nacido posee disposiciones innatas, las cuales le permiten tener una relación más cercana con su madre o cuidadora. La seguridad social y el estado de equilibrio de la mente en un niño pequeño, está dado por las pautas de comunicación y de interacción con su madre. Este sentimiento de seguridad provee apoyo y es una fuente constante de energía emocional en periodos posteriores de desarrollo social.

En la medida en la que el niño crece, dejando la infancia, y se acerca a la edad en que empieza a caminar, una de las tareas de los padres es iniciar su contacto con otros niños de su edad. Desde luego, los padres se interesan por las interacciones más tempranas de sus hijos con sus compañeros, pero con el paso del tiempo, se preocupan más por la habilidad de sus hijos a llevarse bien con sus compañeros de juego. Los padres esperan que sus hijos disfruten de la compañía de los otros niños, que éstos quieran a sus hijos, que se porten bien cuando están juntos (por ejemplo, compartir y cooperar con ellos) y que resistan la influencia de los compañeros quienes son más bulliciosos, agresivos o desafiantes en relación con la autoridad de los adultos.

Los comportamientos paternos basados en el cariño que promueven la competencia social en los niños incluyen la interacción afectuosa y amistosa para con el niño, la consideración de sus sentimientos, deseos y necesidades, interés en sus actividades cotidianas, respeto por sus puntos de vista, la expresión del orgullo de sus logros y el apoyo y el aliento al

niño cuando se enfrenta a presiones. Se han confirmado las ventajas de ofrecerle mucho cariño al niño en el fomento del desarrollo social en los estudios (Bingham & Smith, 2000; Putallaz, 1987). Estas ventajas comienzan en la infancia cuando el cariño materno facilita una relación segura, la cual, a su vez, facilita la competencia social que continua durante la niñez. De hecho, la existencia de niveles altos de cariño en la crianza de los niños asegura que haya más interacciones positivas que negativas entre los adultos y los niños en la vida familiar diaria. Esto, al mismo tiempo, predispone al niño a corresponderles a los padres el cariño y a disfrutar del tiempo que pasa con ellos, lo cual aumenta la probabilidad de que sean los padres una influencia significativa durante su niñez.

La crianza cariñosa también motiva al niño a complacer a los padres al estimularlo a satisfacer sus expectativas; asimismo, ayuda al niño a no herir o decepcionar al padre querido. Debido a que los niños se identifican más frecuentemente con los modelos paternos cariñosos, los niños de padres cariñosos tienden a incorporar los valores paternos, como la consideración y la justicia en las relaciones interpersonales a su propio estilo de vida. Se cree, además, que estos niños resistirán más los valores de su grupo de compañeros claramente diferentes de los valores familiares, al actuar de manera asertiva cuando se enfrentan a situaciones sociales específicas (Baumrind, 1971).

Si es que existe un elemento negativo en el uso de niveles altos de cariño en la crianza de un niño, es el riesgo de que los padres cariñosos descuiden o ignoren los retos que se presenten al niño ante los que deba comportarse en forma apropiada. Este riesgo disminuye si los padres autoritativos combinan los niveles moderados de control con las demostraciones de afecto.

Hay preguntas sobre el papel que desempeñan las respuestas de las propias emociones por parte de los padres en el proceso de socialización de los hijos que la investigación no ha atendido suficientemente. Se ha encontrado que las expresiones de las emociones negativas de los niños proporcionan un contexto importante en el cual el efecto de la

socialización emocional se puede explicar (Cress & Holm, 2000; Erdley & Asher, 1999). Debido a la naturaleza aversiva de las emociones negativas, y en ocasiones, los padres tienden a reaccionar a ellas usando estrategias de control negativas. Gottman (1997) sugirió que los padres que perciben las emociones negativas de los niños como aversivas, tienden a castigarlos. Las respuestas negativas de los padres ante las emociones y las conductas negativas de los niños parecen relacionarse con desajuste en los niños (Asher & Coie, 1990; Hammond, Reid & Webster – Stratton, 2001; Hoffman, 1975; Judge, 1998). Las emociones negativas expresadas por los padres, especialmente las hostiles, tienden a reducir el sentimiento de seguridad de los niños, lo cual podría afectar tanto la regulación de los niños en un contexto específico, así como el desarrollo de sus capacidades de regulación emocional.

Las emociones de los padres también puede afectar el funcionamiento de los niños al no determinar un ambiente emocional seguro y regulado. Por ejemplo, Davies y Cummings (1994) sugieren que la exposición al conflicto en casa resulta en inseguridad emocional, la cual afecta la regulación de las emociones de los niños y su ajuste social futuro.

La combinación en los padres de respuestas de afrontamiento duras y la facilidad para estresarse cuando los niños exhiben emociones negativas, tiende a relacionarse con la incompetencia social en los niños. Se ha encontrado que los padres estresados quienes usan estrategias de afrontamiento duras en respuesta a las emociones negativas de sus hijos, tienen niños que expresan las emociones de la misma manera. De esta manera, para esos niños es relativamente difícil actuar de una forma social competente (Fabes, Leonard, Kupanoff & Martín, 2001). Por otra parte, los niños intensos emocionalmente parecen presentar problemas en su habilidad para relacionarse con sus pares competentemente (Fabes, et al., 1999).

La habilidad de los niños para regular emociones de manera efectiva (expresar emociones en maneras relativamente controladas y apropiadas) puede servir como mediador entre las

reacciones de los padres hacia las emociones negativas y la competencia social de los niños.

Una de las variables más importantes para el éxito en la vida y para una buena adaptación social es tener una autoestima positiva, es decir, saberse y sentirse competente en diferentes aspectos.

La confianza en uno mismo está estrechamente relacionada con la consideración, valoración y crítica recibidas por el niño de parte de los adultos. En este sentido, existe consenso en afirmar que la figura de los padres, así como su forma de actuar, son decisivas para la autoestima de los niños.

En el complejo sistema del aprendizaje social, los motivos sociales y las habilidades sociales, los hábitos y los conocimientos, la competencia social determina fundamentalmente la conducta social. La gente con un alto desarrollo de competencia social es exitosa en sus relaciones interpersonales, mientras que los que carecen de habilidades sociales muestran propensión a fracasar en su vida social.

La escuela también tiene una gran influencia en el desarrollo de la competencia social en la infancia, ya que la convivencia del niño dentro de ésta, el contacto con el ambiente físico y la estructura social en salón de clases, favorecen a que el niño sea competente socialmente (Moos, 1979). Las corrientes educativas recientes también atribuyen una gran importancia a la creación de condiciones apropiadas en la escuela, que provean las bases para un clima social adecuado.

Uno de los actores más importantes en la estructura social de la escuela, es el profesor. Sus relaciones personales son, en definitiva, significativos en el desarrollo de la conducta social de los niños. Los profesores competentes socialmente reaccionarán hacia los problemas de sus alumnos con más empatía, apertura y entendimiento (Cutts & Sigafos, 2001;

McClellan & Kinsey, 1999; Ramsey, 1991; Roth, 1986). Los estilos de liderazgo de los maestros tienen un efecto sobre el desarrollo de la competencia social de los niños también (Hammond, et al., 2001). Es el estilo democrático el que favorece las mejores condiciones para crear cambios positivos en la conducta social de los niños. Bajo dicho estilo, los alumnos tienen la oportunidad de practicar y desarrollar sus habilidades sociales.

El grupo de pares tiene también un gran efecto sobre la competencia social del niño. El papel de los pares es aún significativo en la infancia y sus influencias llegan a ser más pronunciadas a lo largo del crecimiento del niño. Entre mayor tiempo pasen los niños con sus pares y amigos, tendrán más oportunidades para practicar sus papeles sociales y para adquirir conductas sociales adecuadas. Ellos actúan como modelos para cada uno de los demás en situaciones distintas.

Durante los primeros años de vida, los pares comienzan a desempeñar un papel complementario significativo y único en la promoción del desarrollo socio-emocional del niño. Conforme el niño crece, la relación que establece con los pares llega a ser predilecta con respecto a la que tiene con sus padres, ya que ésta les brinda una fuente importante de apoyo y entretenimiento. El juego que los niños pequeños establecen con los pares, les permite el desarrollo de la fantasía a través del juego, lo que a su vez facilita la asunción de papeles. Aprenden lo que los otros harían en una situación específica, adquieren las habilidades específicas y entienden las reglas sociales de la cultura. A través de las relaciones con los pares, los niños aprenden a tomar turnos, lo que les da oportunidades para desarrollar sus competencias sociales tales como la cooperación y la negociación. De muchas maneras, las relaciones con los pares en la infancia sirven como entrenamiento de relaciones interpersonales futuras. Estas habilidades se asocian con relaciones interpersonales efectivas en la adultez, lo que incluye las relaciones con los compañeros de trabajo o con la pareja.

Los conflictos entre los niños constituyen ensayos que les permiten el aprendizaje de habilidades sociales para la vida adulta. En ellos, los educadores intervienen al reforzar unas formas de solución, al castigar otras y al facilitar indicadores sobre cómo actuar en diferentes situaciones. Así, los niños van aprendiendo valores y estilos de comportamiento agresivo, pasivo, dependiente o independiente, en función de sus experiencias y de la influencia de los padres y profesores.

Este proceso, aparentemente eficaz, no lleva siempre al resultado deseado, es decir, que los niños aprendan un repertorio de habilidades que les permita afirmarse ante las presiones externas, a la vez que respetan a los demás. La observación de sus interacciones sociales nos permite constatar cómo la mayoría de los niños se comporta de una manera similar en distintos tipos de conflictos: pegar, gritar, llorar, quejarse ante el adulto, y son muy pocos los capaces de adaptar su comportamiento a situaciones diversas.

El niño aprende estrategias que le permiten conseguir lo que desea, sin embargo, la selección de dichas estrategias de afrontamiento está determinada, no solo por características estables del individuo, sino también por características situacionales. Las familias usan una variedad de estrategias de afrontamiento que pueden influir en la propia adquisición de estrategias particulares del niño ya que éstas pueden potencialmente fortalecer o proteger la familia de las demandas estresantes.

De esta manera, la historia previa enriquece el estilo de afrontamiento que desarrolle el niño. El contacto con los pares que haya experimentado hasta el momento y, el estilo de crianza bajo la cual se haya desarrollado y el tipo de interacciones familiares y la estructura familiar que haya tenido hasta este momento constituyen su historia previa. Se ha encontrado que existe una correlación positiva entre los niveles de ansiedad altos, la depresión y el tipo de estrategias de afrontamiento de los padres (Meesters, Muris & Van-Braker, 1998; Raskin, Kummel & Bannister, 1998).

AFRONTAMIENTO

En general, el afrontamiento se define como, cualquier intento para dominar una nueva situación que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, desafiante o gratificante. Debe precisarse que aunque el afrontamiento tiende a ser examinado en el contexto de amenaza, frustración y de emociones negativas, también son relevantes los contextos más positivos de desafío y de gratificación potencial, lo que incluye las emociones positivas (Band, et al., 1999; Hall, 2000; Lazarus & Folkman, 1986; Martin, 2001; Miller, et al., 2000; Seppanen, Kyngas & Nikkonen, 1999).

Cohen y Lazarus (1979) definen las estrategias de afrontamiento como: los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas, que se evalúan como que exceden los recursos de una persona.

El afrontamiento puede servir a una de dos funciones (Cohen, 1987):

1. Resolución de problemas.
2. Regulación de la emoción.

Los recursos de que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes son muy diversos. Según Folkman y Lazarus (1986) podemos señalar los siguientes:

1. Materiales y económicos.
2. Vitales: salud y energía.
3. Psicológicos: creencias positivas.
4. Técnicas de solución de problemas.
5. Habilidades sociales.
6. Apoyo social.

Según estos mismos autores el estrés se investiga a nivel fisiológico, psicológico y sociológico. El planteamiento que domina en la evaluación del estrés, ha sido el de evaluar los cambios ambientales principales o acontecimientos vitales. La forma propuesta por Folkman y Lázarus, para evaluar el afrontamiento es hacer que los sujetos reconstruyan situaciones estresantes recientes y describan lo que pensaron, sintieron e hicieron para afrontar las distintas demandas de una determinada situación.

Como hemos visto antes la solución de problemas esta relacionada con el concepto de afrontamiento, y forma parte de él. Meichembaum (1987) establece el proceso de evaluación de afrontamiento y habilidades de solución de problemas en base a las siguientes técnicas:

- 1.- Entrevista.
- 2.- Autorregistros.
- 3.- Evaluaciones conductuales.
- 4.- Tests psicológicos.

Sin embargo, algunos otros autores definen el afrontamiento de las siguientes formas:

“Los esfuerzos cognoscitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante” (Folkman & Lazarus, 1980)

“Conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa el sujeto cuando contiente con los problemas de la vida” (Pearlin & Schooler, 1978).

“Intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente” (Billings & Moos, 1981).

Básicamente los términos estilos y estrategias de afrontamiento son usados en psicología para especificar conductas como respuestas de los organismos ante procesos de estrés. En dicha definición aparece un término relevante en el que hemos de detenernos: "estrés". Sería Hans Selye quien en 1926 introdujo el término estrés concebido como la respuesta específica del organismo a toda demanda que se le haga, siendo utilizado para designar tanto la respuesta del organismo como la situación desencadenante o las consecuencias de dicha situación (Selye, 1974).

El concepto de estrés se ha aplicado a los fenómenos psicosociales con lo que ha llegado a designar diversos aspectos. Se da un estado de estrés psicosocial cuando una serie de demandas inusuales o excesivas, amenazan el bienestar o integridad de una persona. En el intento de dominar la situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento, dolor, enfermedad o incluso, muerte. Los estudios de psicología del estrés han llamado la atención sobre la importancia de los actos de evaluación cognitiva que determina un valor de la amenaza (Folkman & Lazarus, 1984).

Estos mismos autores distinguen entre:

- evaluación primaria (se centra en la situación)
- evaluación secundaria (se centra en la eficacia o resultados que tendrán las medidas que se adopten para hacer frente a la situación o acontecimiento).

Los factores de personalidad determinan la importancia del estresor y la vulnerabilidad o tolerancia de la persona al estrés en general.

Clasificación

Con respecto a la clasificación de las estrategias de afrontamiento, las más conocidas en la literatura sobre el tema son la de Lazarus (1966) y Moss (1979) donde se describen tres estrategias generales de afrontamiento:

- a) *Afrontamiento cognoscitivo-activo*: Se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento.
- b) *Afrontamiento conductual-activo*: Se refiere a las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
- c) *Evitación del afrontamiento*: Se refiere a evitar confrontar activamente el problema o de reducir indirectamente la tensión emocional por medio de otras conductas.

Funciones

El afrontamiento tiene principalmente las siguientes funciones: regulación de la emoción o estrés y la solución de problemas.

La investigación sobre afrontamiento ha señalado que una de las funciones de éste es la regulación de la emoción que provoca un estresor. Por otro lado, se ha subrayado en que la función del afrontamiento en la solución de problemas es la facilitación de la toma de decisiones y/o la acción directa para remover los estresores.

Los individuos deben ser capaces de emplear un número diferente de estrategias de afrontamiento de manera flexible y de tal forma que sea relevante para la situación. Sin embargo, en la realidad no todas las personas tienen en su repertorio conductual un

número amplio y efectivo de estrategias que los apoyen para enfrentar de una manera adecuada las diferentes situaciones que se van presentando en la vida.

La comprensión y medición del proceso de afrontamiento puede ayudar a que los individuos manejen procesos emocionales y de solución de problemas de una manera más adecuada, es decir, de modo que al afrontar eventos de vida importantes para ellos, su bienestar y calidad de vida no se vean afectados grandemente. Acciones de afrontamiento adaptativas pueden apoyar el bienestar de las personas en las diferentes áreas en las que participan y en los distintos papeles que juegan en la sociedad.

Entendemos entonces, que los estilos y estrategias pueden ponerse en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por que entenderse propiamente como estresoras, sino como aquellas formas en las que el individuo hace frente a situaciones que le requieren movilización de esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales en el intento por reducir o eliminar la experiencia estresante (Sandín, 1997).

Actualmente, la concepción de estrés más extendida y aceptada es la que lo define como interacción entre la persona y su entorno. El estrés puede entenderse como estímulo y como respuesta. En el primer caso, hace referencia a las circunstancias que provocan el malestar. En el segundo, a la reacción que se experimenta frente a estas situaciones y que se traduce en alteraciones del comportamiento, sentimientos y sensaciones desagradables que en ocasiones adquieren la forma de problemas de adaptación social. Algunos estresores tienen la propiedad de implicar cambio en las actividades habituales de los individuos, cuyo potencial estresor depende de la magnitud de cambio que conlleva.

La infancia es un período que se caracteriza por cambios y los niños deben hacer frente a los retos que suponen la superación de las transiciones de una etapa a otra. Son, precisamente, estos retos los que pueden convertirse en acontecimientos estresantes y poner en peligro el proceso normal evolutivo de un niño. Junto a estos sucesos normales,

por los que pasan los niños, existen otros sucesos vitales que acontecen para numerosos niños (aunque no para todos), y otros que son realmente excepcionales. Resulta evidente, entonces, que no existen estresores a priori, sino que dependen de la experiencia del sujeto, por lo que puede hablarse de acontecimientos potencialmente estresores, tanto externos como internos. Los primeros suponen pérdida, amenaza o daño. Los segundos son factores de tipo físico o psicológico que hacen vulnerable al niño y lo predisponen a manifestar reacciones de estrés. Por ejemplo, durante la infancia existen acontecimientos estresores, tanto en el área familiar, así como en el área escolar y social en general, en donde los niños se exponen a situaciones como participar en el salón de clases frente a todos sus compañeros, participar en los juegos durante el recreo y tener una relación estrecha con sus compañeros de clase durante el trabajo escolar (Bannister, et al., 1998).

Si bien, el concepto de estrés como respuesta no hace referencia a la reacción del sujeto frente a los estímulos estresores, las respuestas del organismo, tanto de naturaleza somática como psicológica, suelen darse simultáneamente y las personas las perciben como sensaciones integradas de malestar emocional, de tensión. Se les ha definido como miedo, ansiedad, estrés y fobias (Daugherty & Jeney – Gammon, 1993; Muris & Van - Brakel, 1998; Radovanovic, 1993; Trianes, 1999).

El hecho de poseer habilidades sociales, como son las estrategias no agresivas de resolución de conflictos y de negociación, contribuye a la adaptación escolar y social y permite incrementar la autoeficacia y la autoestima. Los sujetos que tienen habilidades efectivas de regulación emocional tienen a ser más capaces de modular sus respuestas emocionales y actúan de forma competente y efectivamente en cualquier contexto (Stocker & Dunn, 1990 citado por Fabes, et al., 1999). Sin embargo el efecto protector más fuerte se ha encontrado en el apoyo social prestado por los compañeros y amigos (Haghighatgou & Peterson, 2001; Zsolnai, 2002).

Diversos estudios epidemiológicos han encontrado una asociación en niños de edad preescolar y escolar entre resistencia al estrés y habilidades personales. Los niños pueden mostrar ciertos patrones en sus reacciones frente a los estresores, como se observa por ejemplo en los niños que se aíslan o que son poco participativos, tímidos o que tienen un bajo número de interacciones dentro del salón de clase (Zsolnai, 2002). Estas reacciones son intentos adaptativos para ajustarse a las demandas de un ambiente estresante.

Con todo lo anterior, podemos concluir que además de las características de la interacción familiar y los diversos aspectos de la relación padre-hijo, los pensamientos del niño, los sentimientos y las actitudes pueden influir en su conducta social, así como en la adquisición de estrategias sociales y de afrontamiento que le facilitarán o no la inserción satisfactoria al grupo social al que pertenece. Cuando los niños experimentan problemas en este sentido, puede frenarse el desarrollo de las competencias sociales. El rechazo de los padres puede llegar a ser una fuente de estrés significativo para el niño, lo que contribuye a la aparición de sentimientos de soledad y baja autoestima. Además, puede fomentarse un desarrollo negativo, esto es, cuando los niños con habilidades sociales pobres llegan a sufrir el rechazo o exclusión de sus compañeros. Se ha encontrado que los niños rechazados típicamente, tienen menores opciones en términos de juego con los compañeros y amigos que los aceptados o populares. Los niños rechazados o ignorados, pasan más tiempo jugando solos o con niños mas pequeños o menos populares que los compañeros de juego de los demás. El rechazo de los pares en la infancia predice una variedad de problemas en la vida futura, entre ellos problemas escolares, desórdenes de la salud mental y conducta antisocial (Blankemeyer, Culp, Hubbs – Tait & McDonald, 2002).

Algunos de esos problemas son temporales, mientras que en algunas otras ocasiones los efectos de rechazo y la negligencia pueden tener consecuencias mayores, tales como el disgusto hacia la escuela, baja autoestima, aislamiento social y/o dificultades para establecer relaciones satisfactorias en la edad adulta.

De aquí que el déficit en las habilidades de competencia social y estrategias de afrontamiento de estos niños, puede, con el tiempo, incrementar sentimientos de incapacidad y/o desembocar en algún trastorno de ansiedad. Ya que, al interferir en el desarrollo de habilidades sociales adecuadas, aumenta la probabilidad de una autoevaluación negativa. Evalúan las atribuciones positivas que ellos mismos tienen acerca del contacto con sus pares en términos de éxito o fracaso. Se retroalimentan positiva o negativamente con respecto a sus estrategias de afrontamiento y se perciben eficaces o no.

De esta forma, si esto no corresponde a sus expectativas y creencias acerca de sus propias conductas, y de lo que esperan de sí mismos, aumenta la posibilidad de aparición de conductas de evitación y aislamiento en distintas o en situaciones sociales muy específicas.

Con todo lo anterior, lo que resulta importante no sólo conocer las estrategias de afrontamiento o a que se refiere la competencia social, sino tratar de indagar sobre si estas características son rasgos que pueden modificarse y de esta manera, cómo modificar los comportamientos adecuados o inadecuados que se presentan en las personas con problemas en estas áreas. Es necesario tener presente que la familia sigue siendo el medio por el cual se dan las primeras interacciones sociales y por ende, que podría ser parte del origen de la manera en la que los niños afrontan, así como la manera en la que establecen interacciones con sus pares y la forma en la que estas últimas promoverán o no su competencia social.

CAPITULO 4

“ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL”

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, para que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales.

Los problemas de ansiedad en la población representan un problema de cuidado para los profesionales de la salud. En las últimas décadas, la investigación de los trastornos de ansiedad en la población adulta se ha enriquecido enormemente. No obstante, recientemente, se sabe que la población infantil también los padece con más frecuencia de lo que se pensaba y que éstos han ido en aumento. Por ende estos representan un reto importante para los especialistas de la salud mental (Albano & Kendall, 2002; Benjamín, Costello & Warren, 1990; Bruce & Saeed, 1999; Kazdin & Johnson, 1994; King, Murphy & Heyne, 1997; Manassis, 2000; Michelson, Sugai, Wood & Kazdin, 1983; Mulkens, Bögels, Jong & Louwers, 2001; Sánchez-Sosa, Jurado & Hernández-Guzmán, 1992; Silverman & Treffers, 2001; Skre, Onstad, Torgersen, Lygren & Kringlen, 2000; Taylor, Deane & Podd, 2000; Toren et al., 2000; Weissman, 1990).

Todas las personas, en algún momento sienten ansiedad: mariposas en el estómago antes de una cita importante, el ritmo cardíaco acelerado cuando hay peligro, etc., que frecuentemente acompañan a las situaciones desafiantes o peligrosas. La ansiedad incita a las personas a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora, las mantiene alerta. Sin embargo, cuando se tiene un trastorno de ansiedad, esta emoción normalmente útil puede

ejercer un efecto contrario, lo que conlleva a afrontar las situaciones defectuosamente de la vida cotidiana y trastornar su funcionamiento.

ANSIEDAD

La ansiedad, es una emoción natural, por lo tanto, guarda algunas similitudes con otras reacciones emocionales, tales como la alegría, el enfado, la tristeza, el miedo, etc. La ansiedad se experimenta como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas el individuo se pone en alerta.

La reacción emocional puede observarse en tres niveles: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable).

A nivel cognitivo-subjetivo, la ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.).

A nivel fisiológico, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros, como el Sistema Nervioso Central, o el Sistema Endocrino, o el Sistema Inmune. De todos los cambios que se producen, el individuo sólo percibe algunos cambios en respuestas tales como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas, etc. La persistencia de estos cambios fisiológicos puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc.

A nivel motor u observable, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto, tensión en la expresión facial, etc.

Sin embargo, Lazarus (1966), en un intento por superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta, la definió como una relación particular entre el individuo y el entorno evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. En estos términos, los procesos críticos de la relación medio-individuo son la evaluación cognitiva y el afrontamiento. La evaluación cognitiva sería un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante o amenazante. Por otra parte, el afrontamiento sería el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresante y las emociones que esto le genera.

De esta manera, la función de la ansiedad es activar al individuo frente a situaciones consideradas amenazantes para asumirlas satisfactoriamente. En algunos casos, en función de la estrategia defensiva, la ansiedad puede actuar no como promotor de la acción, sino como inhibidor (Beaton, 2000).

Por su parte, Yerkes y Dodson (1908) trataron de establecer una función que expresara el paso de la activación saludable, favorecedora del rendimiento y la adaptación, a la patógena, generadora de inadecuación y enfermedades. Un trastorno de ansiedad hace que las personas se sientan ansiosas casi todo el tiempo y sin ninguna causa aparente. O bien, que las sensaciones de ansiedad puedan llegar a ser tan incómodas que, para evitarlas, suspendan algunas de sus actividades cotidianas.

Esta reacción a la que conocemos como miedo se desencadena como respuesta a una amenaza que es posible identificar ajena a la persona. El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros. Cuando éstos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran la huida o la lucha (Bienvenu, et al., 2001; Craske, 1997; Lepine, Wittchen & Essau, 1993). Por ende, las respuestas de ansiedad se han definido como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Esto significa que ejercen una función protectora para los seres humanos, acompañada, de cambios fisiológicos que tienen sentido y clara utilidad ante las amenazas. El organismo se prepara para luchar, defenderse o huir.

En cualquier caso se requiere que se agudice el estado de alerta para poder identificar y definir el peligro. La percepción del entorno se hace más aguda y selectiva aumenta el tono muscular. Aumenta ligeramente la tensión arterial. El riego sanguíneo se redistribuye. La sangre de la piel pasa al torrente circulatorio (produce palidez) para conducirla a donde más se le necesite en ese momento. Aumenta la temperatura ligeramente y, por lo tanto, se produce sudor. El corazón late más rápido (taquicardia) para bombear más sangre bien oxigenada a donde se le necesita y la tensión muscular se puede sentir más fácilmente en músculos que normalmente no se encontrarían tensos, como los de la garganta, lo que provoca una sensación de constricción o nudo en la garganta (Magee, 1999; Mardomingo, 2001; Marks & Hemsley, 1999; Merikangas, Avenevoli, Dierker & Grillon, 1999; Preboth, 2000; Ramos, González-Seijo & Ballesteros, 2003).

Si el sujeto se encuentra ante un peligro identificable ninguno de estos cambios le resultará extraño y quizá ni siquiera los perciba, pero si no hay un peligro identificable, entonces le serán muy evidentes los cambios fisiológicos que aparecen sin justificación alguna. Así, sentir ansiedad la mayoría del tiempo o solamente en circunstancias específicas, o no poder ni siquiera encontrar la razón por la que se siente de esta manera, son características presentes en la vida de aquellas personas que padecen de algún trastorno de ansiedad.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Consisten en una serie de reacciones (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) demasiado intensas, o demasiado frecuentes, o simplemente poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo. Estas manifestaciones llegan a ser patológicas en muchos casos, dificultan la vida normal de estas personas, o las hacen sentir experiencias muy desagradables en algunas situaciones. Los síntomas de ansiedad alcanzan niveles muy elevados en personas que sufren uno o varios trastornos de ansiedad. La mayor parte de los pacientes sufren dos o más de estos trastornos al mismo tiempo. Sólo un tercio de los pacientes con trastornos de ansiedad es diagnosticado de un único trastorno de ansiedad (OMS, 1992).

Clasificación

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) los Trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

1. Trastorno de ansiedad generalizada
2. Trastorno de pánico
3. Agorafobia
4. Fobia específica
5. Fobia social
6. Trastorno obsesivo-compulsivo
7. Trastorno por estrés postraumático
8. Trastorno por estrés agudo
9. Trastorno de ansiedad vinculado a una enfermedad médica
10. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (medicamentos y fármacos de adicción).

Síntomas Generales

Las manifestaciones sintomatológicas en los trastornos de ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en:

CLASIFICACION	SINTOMAS
FISICOS	Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormiguelo, sensación de mareo e inestabilidad
PSICOLOGICOS	Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio
CONDUCTUALES	Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

COGNITIVOS	Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
SOCIALES	Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas (Viaud-Delmon, Ivanenko, Berthoz & Jouvent, 2000).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS

Evolución Histórico - Conceptual

No fue sino hasta el siglo XVIII cuando se prestó por primera vez atención a niños con trastornos de ansiedad al proponer algunos filósofos europeos como Locke y Rousseau el tratamiento de los miedos irracionales infantiles mediante la exposición gradual. Sin embargo, fue en el siglo XIX cuando Sigmund Freud encabezó las teorías modernas sobre

la ansiedad en niños y acuñó el término “neurosis de ansiedad” para describir un síndrome diferente de la neurastenia (Bobes, González, Saiz & Bousoño, 1999).

Después de Freud las teorías psicológicas sobre la ansiedad abandonaron la idea de los estados internos inconscientes y resaltaron el papel de las relaciones sociales precoces. Propusieron la relación madre-hijo como prototípica. Se centraron en el análisis del estado interno de la madre. Es quien transfiere su propia ansiedad al niño, que aparece como una víctima secundaria (Bobes, et al., 1999).

El estudio de la ansiedad infantil también se ha visto influido por las teorías del desarrollo cognitivo, que consideran que la diferencia entre la ansiedad normal y patológica reside en la forma en la que es interpretada. Según estas teorías los síntomas de ansiedad variarán en función de las distorsiones cognitivas existentes (Bogels & Zigterman, 2000; Costello, 1999; Ginsburg, 1998).

Las teorías contemporáneas del apego analizan el estrés que experimentan los niños al separarlos de las figuras a las que están unidos y resaltan su importancia en la conservación de las relaciones interpersonales. Estas teorías serían más congruentes con la idea de que la ansiedad normal y patológica son de alguna forma, diferentes cualitativamente.

Por otra parte, el descubrimiento de los fármacos ansiolíticos favoreció el desarrollo de las teorías neurofisiológicas de la ansiedad. Gray (1982 y 1987) defiende la existencia de un sistema mental inhibitor de la conducta que produce ansiedad subjetiva cuando determinadas experiencias lo activan. Esta teoría de la inhibición presenta similitudes con el modelo de Kagan, Reznick y Snidman (1987), según el cual existen diferencias individuales de temperamento en el grado de inhibición conductual.

Así, la ansiedad forma parte de la vida de muchos niños. Unas veces aparece como una forma de respuesta fisiológica ante los obstáculos de la vida, otras como síntomas de

diferentes enfermedades o, por último, como una entidad muy específica que cubre un amplio campo de los trastornos de ansiedad.

Los miedos y ansiedades infantiles son extremadamente prevalentes y en muchas ocasiones se consideran fenómenos normales en el proceso del desarrollo evolutivo (Klein & Last, 1990). La ansiedad ante los extraños, los temores a la separación, el miedo al fracaso, los temores a los animales, etc., forman parte de los problemas cotidianos de los niños. Esta ansiedad conlleva una evolución al parejo del desarrollo cognitivo. Así, durante el primer año de vida, por ejemplo, surge el miedo a los extraños y el temor a la pérdida de los cuidadores.

Durante la primera infancia, surgen nuevos temores a los animales, a la oscuridad y a las criaturas o bestias imaginarias. Durante la infancia tardía, son típicas las preocupaciones sobre el rendimiento escolar y, posteriormente, cobra más importancia la ansiedad social. Vasey, Crnic y Carter (1994) encontraron que las preocupaciones de los niños mayores eran más variadas y complejas que las de los niños más pequeños.

Al parecer, la expresión de las preocupaciones se modifica a lo largo del desarrollo, de tal forma que los niños mayores son más propensos a experimentar una ansiedad generalizada similar a la de los adultos (Manassis & Hood, 1998). Por lo tanto, existe una congruencia en el desarrollo a lo largo del tiempo tanto de las formas normales como de las patológicas (Bardone, 1998).

Hay datos que sugieren que la prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad varían sistemáticamente en función de la edad. No obstante, es en la niñez y adolescencia cuando se da mayor comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad. Por esto, la cuestión que se plantea es si la presencia de un determinado trastorno de ansiedad puede estar relacionada con un estadio particular del desarrollo psicosocial.

Ansiedad Normal y Patológica

El establecimiento de un diagnóstico diferencial con la ansiedad normal, es de suma importancia, pues como parte de su desarrollo, algunos niños y adolescentes presentan preocupaciones o síntomas ansiosos en forma aislada. Los síntomas más frecuentes son la preocupación sobre la competencia, el miedo a la oscuridad, los problemas somáticos y el temor a que la figura de apego (cuidador principal) sufra algún daño (McClure, Brennan, Hammen & Le Brocque, 2001; Menninger, 1995; Mizes, Landolf-Fritsche & Grossman-McKee, 1987).

Además de la presencia de determinados síntomas de ansiedad, los criterios en los que se debe basar el diagnóstico diferencial son: la gravedad de estos síntomas, el grado en el que los síntomas interfieren con el rendimiento académico y social del niño y, por último, si la aparición de los síntomas se produce en forma desincronizada respecto al momento evolutivo (APA, 1994).

Evolución del Diagnóstico

Tras la publicación del DSM-III (1980), los trastornos por ansiedad de la infancia y la adolescencia se subdividieron en: trastorno por ansiedad excesiva, trastorno por angustia de separación y trastorno por evitación. Esta diferenciación del trastorno por ansiedad excesiva en niños y adolescentes de otros trastornos de ansiedad generados por situaciones, objetos o miedos más específicos resultó de gran importancia metodológica, pues proporcionó un modelo novedoso para el estudio empírico de los trastornos de ansiedad (APA, 1980).

En el DSM-III-R (1988), también se consideró que el término “trastorno por ansiedad excesiva” era el más apropiado para referirse a los estados de ansiedad generalizada en niños y adolescentes. Su publicación generó mucha investigación sobre la ansiedad en la

infancia y la adolescencia y desde ese momento la mayoría de los estudios han utilizado sus criterios diagnósticos (APA, 1988).

Uno de los cambios más importantes introducidos en el DSM-IV (1994) afectó a la clasificación de los trastornos de ansiedad de la infancia, la niñez y la adolescencia. De los tres trastornos previos, únicamente persistió, como trastorno específico infantil, el trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico de trastorno por ansiedad excesiva infantil se suprimió y pasó a formar parte del “trastorno de ansiedad generalizada” de los adultos. Asimismo, el trastorno por evitación se incluyó en la fobia social. En general, podemos afirmar que el DSM-IV favorece la idea de una continuidad de los trastornos de ansiedad a lo largo de la infancia, la niñez, la adolescencia y la vida adulta (Wagner, 2001).

En la clasificación CIE-10 (1992), se conserva el apartado F93 para los “Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia”, en el que se incluyen las siguientes categorías diagnósticas: trastorno de ansiedad de separación de la infancia, trastorno de ansiedad fóbica de la infancia, trastorno de hipersensibilidad social de la infancia, trastorno de rivalidad entre hermanos, otros trastornos de las emociones de la infancia (incluido un “trastorno de ansiedad”) y trastorno de las emociones de la infancia sin especificación (OMS, 1992).

Etiología

FACTORES BIOLÓGICOS

Kagan, et al. (1987) han demostrado que los niños con grados extremos de “timidez”, “inhibición” o “introversión” en su temperamento muestran una mayor activación de aquellos circuitos del sistema nervioso central que generalmente responden a las novedades: el sistema reticular activador, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y el sistema nervioso simpático. Otros investigadores también han observado que los niños conductualmente inhibidos tienen un mayor riesgo de desarrollar el trastorno por ansiedad

excesiva u otro trastorno de ansiedad (Bernstein, Crosby & Pervien, 1996; Biederman, Rosenbaum & Hirshfeld-Becker, 1990).

FACTORES COGNITIVOS

Los factores cognitivos implican un proceso anticipatorio que incluye pensamientos repetitivos, intrusivos y no deseados, cuyo contenido se relaciona con amenazas potenciales y sus consecuencias (Bragado, Carrasco, Sánchez & Bersabé, 1996; Craske, 1997; Folsom, 2000).

Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson (1986) demostraron que los niños excesivamente ansiosos hacían más predicciones pesimistas sobre el futuro, personalizaban la responsabilidad sobre los sucesos negativos, atendían selectivamente a los aspectos negativos de los acontecimientos y se inclinaban mucho más a las situaciones catastróficas que los niños con niveles bajos de ansiedad.

Para Kendall y Chansky (1991), los niños con trastornos de ansiedad tienen dificultades para controlar sus cogniciones, erróneas, irracionales, catastróficas y negativas. Demostraron que estos niños presentan un exceso de cogniciones sobre cómo afrontar cuando se exponen a una situación de estrés, de forma que ese exceso llega a interferir con su habilidad para manejar la situación.

FACTORES FAMILIARES

Los factores familiares juegan un importante papel etiológico en los trastornos de ansiedad infanto-juveniles. Diferentes estudios epidemiológicos señalan el alto grado de correlación de los trastornos de ansiedad en niños y sus familiares. Sin duda, los hijos de padres con trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad (Biederman, Rosenbaum & Bloduc, 1991; Pelissolo, Gourion, Notides, Bouvard, Lepine & Mouren-Simeon, 2001; Turner, Beidel & Costello, 1987). Beidel, Turner y Morris (1999)

encontraron que los trastornos de ansiedad eran 54 veces más frecuentes en hijos de padres ansiosos que en los hijos de padres sin trastornos psiquiátricos.

También se ha observado tasas elevadas de trastornos de ansiedad en los padres de niños con ansiedad. Last, Hersen y Kazdin, (1997) observaron que las madres de niños con trastorno de ansiedad excesiva tenían porcentajes muy altos de trastornos de ansiedad generalizada (45.5 %) y de trastornos afectivos (50 %). Un estudio con gemelos llegó a la conclusión de que los factores genéticos del trastorno de ansiedad excesiva eran más fuertes que los ambientales (Topolsky, et al., 1997). Se calcula aproximadamente un 30% la heredabilidad del trastorno de ansiedad generalizada (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992).

Hay datos que sugieren que la exposición permanente a padres ansiosos puede inducir ansiedad en el niño a través de mecanismos de aprendizaje social. De esta manera, el niño puede identificarse inconscientemente con un estilo parental de afrontamiento ansioso. Por ejemplo, se ha demostrado cómo se genera ansiedad al oír a otro niño llorar o mediante señales no lingüísticas del padre, o por la falta de empatía de la madre (Fyer, Mannuzza, Chapman & Martin, 1995; Last, et al., 1997).

En los últimos años se han acumulado más datos sobre el papel del ambiente familiar en los trastornos de ansiedad infantiles. Así, un trabajo de Messer y Beidel (1994), con 23 niños con trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada y fobia social), encontró una correlación entre la ansiedad y un mayor grado de control familiar. También un conflicto familiar crónico puede convertirse en una fuente de ansiedad para el niño y afectar su desarrollo intrapsíquico de tal forma que los conflictos normales posteriores no se resuelvan satisfactoriamente. No obstante, no se ha podido identificar un patrón de funcionamiento familiar que diferencie claramente entre niños con trastornos de ansiedad y niños con otros trastornos psiquiátricos.

LAS FOBIAS EN LA INFANCIA

El miedo constituye un sistema primitivo de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas. Es una emoción que se experimenta a lo largo de la vida, aunque las situaciones temidas varían con la edad (Spence, 1998).

El desarrollo biológico, psicológico y social, propio de las diferentes etapas evolutivas (infancia, adolescencia, etc.), explica la remisión de unos miedos y la aparición de nuevos, necesarios para la adaptación a las demandas cambiantes del medio ambiente (Spence, 1998; Wagner, 2001). Los miedos son muy frecuentes durante la infancia, de modo que prácticamente todos los niños refieren al menos un temor importante.

Sin embargo, el miedo puede llegar a constituir un trastorno fóbico, genera malestar clínicamente significativo y repercute negativamente en el área personal, familiar, escolar y/o social (Wagner, 1998). Afortunadamente los miedos desproporcionados y desadaptativos son menos habituales.

El término *fobia* proviene de la palabra griega *phobos* (miedo, pavor) y se utiliza en psicología para categorizar aquellos trastornos que implican la reacción de miedo intenso, acompañado de evitación, que presentan algunos individuos frente a estímulos o situaciones que objetivamente no justifican tales respuestas *ansiosas* (Bernstein & Garfinkel, 1988; Bernstein, Svingen & Garfinkel, 1990; Wagner, 1998).

Una fobia es un temor persistente e identificable que resulta excesivo o irracional y que se desencadena por la presencia o la anticipación de un objeto o una situación específica (Öst, 1987; Van Zuuren, 1985). Los niños y los adolescentes que sufren una o más fobias experimentan una ansiedad constante cuando se exponen al objeto o la situación específica. Entre las fobias comunes se incluyen el temor a los animales, la sangre, las alturas, los espacios cerrados o al volar. En los niños y adolescentes, el temor identificado debe durar al menos seis meses para ser considerado una fobia y no un temor transitorio.

Las investigaciones han sugerido que existen factores genéticos y ambientales que contribuyen a la aparición de fobias (Biederman, et al., 1990). Las fobias específicas se asocian con un primer encuentro aterrador con el objeto o la situación que las provoca. No obstante, no se sabe si esta exposición inicial que condiciona el comportamiento posterior es un factor necesario o si las fobias pueden desarrollarse en personas genéticamente predispuestas.

Generalmente, las fobias se dividen en tres tipos:

- a) *Fobia específica* (o simple): Esta fobia es provocada por un objeto o una situación específica como volar, alturas, agujas, serpientes, etc.
- b) *Fobia social* (trastorno de ansiedad social): Esta fobia en particular se limita específicamente a situaciones sociales. Se caracteriza por un miedo extremo a encontrarse o conocer nuevas personas o de que los demás le avergüencen, humillen o juzguen.
- c) *Agorafobia*: Literalmente significa miedo a los espacios abiertos. Se caracteriza por la ansiedad que aparece donde resulta difícil escapar u obtener ayuda. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar).

Síntomas Asociados

Los síntomas pueden incluir aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o estremecimiento, dificultad para respirar, sensación de atragantamiento, dolor o molestias en el tórax, malestar estomacal, sensación de mareo o desmayo, temor a perder el control o enloquecer, temor a morir, aturdimiento, escalofríos o calores súbitos.

Con todo esto, se puede suponer que el estudio de los trastornos de ansiedad en niños representa un área de investigación aparentemente inexplorada. Se ha encontrado, que la prevalencia de estos trastornos en la población infantil mundial es de entre 15 y 20%. Si bien los trastornos de ansiedad son un problema grave en la actualidad, cada uno de ellos, representa a su vez, una línea más a investigar. Según la literatura, de entre los trastornos de ansiedad, tan sólo las fobias alcanzan de un 8 a 13% en la población infantil y, entre estas, la prevalencia de la fobia social es de 3 al 6% (SSA, 2003). La relevancia de conocer este trastorno en este periodo particular de desarrollo, radica en que su desarrollo se da desde los primeros años del niño. Se ha encontrado que la infancia funge como un periodo crítico en la adquisición y desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento que permiten al niño ser capaz de afrontar con éxito o no la transición de un miedo normal a uno patológico (SSA, 2003; Stein, McQuiad, Laffaye & McCahill, 1999; Taylor, et al., 2000).

FOBIA SOCIAL

Según el DSM-IV (APA, 1994) la fobia social se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se expone a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) humillante o embarazoso. Este miedo se asocia con conductas de evitación de las situaciones sociales o actuaciones en público temidas, o bien, las situaciones se experimentan con ansiedad o malestar intensos. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

La fobia social puede ser un trastorno de ansiedad grave y altamente discapacitante, asociado con una reducción notable en la calidad de vida. Esto incluso se hace evidente frente a la ausencia de depresión, entidad que frecuentemente se asocia con ella (Echeburúa, 1995; Solyom, Ledwidge & Solyom, 1986; Stein, 2001; Van Ameringen, Lane & Bowen, 2001).

Las personas reconocen que su miedo es excesivo o irracional, aunque este reconocimiento puede no darse en los niños. Es común la ansiedad anticipatoria antes de afrontar la situación social. Puede existir una preocupación a enrojecer, temblar, tener náuseas, necesidad imperiosa de micción. Hay veces en que la persona está convencida de que su problema principal es alguno de estos síntomas de ansiedad.

Diferentes estudios realizados en distintos países ubican a la fobia social como un trastorno de ansiedad de alta prevalencia (entre el 5% y el 8%). Sólo se trataría del trastorno de ansiedad más común, sino que sería uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, en este último tiempo ha habido un creciente interés en esta patología que muchas veces permanece sin diagnosticar (OMS, 1992). Desde el punto de vista de la salud pública, lo que ha resultado más difícil ha sido establecer en qué medida se trata de un cuadro que reviste gravedad, y cuál es el grado de deterioro y discapacidad asociado con ella, si se tiene en cuenta que se trata de una entidad con una alta comorbilidad, asociada fundamentalmente con la depresión (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker & Ries, 2001; Biederman, Faraone, Hirshfeld-Becker, Friedman, Robin & Rosenbaum, 2001; Bowen, Fischer, Barret & D'Arcy, 1987; Jensen, Shervette, Xenakis & Richters, 1993; Joormann & Stöber, 1999; Stein & Chavira, 1998).

Historia de la Fobia Social

Hasta que Marcks y Gelder en 1966 formularon la fobia social como categoría diagnóstica, estos tipos de trastornos se habían llamado “trastornos por ansiedad olvidados”

(Bobes, et al., 1999).

La entidad diagnóstica de fobia social no se incorporó como tal hasta la publicación del DSM-III en 1980. Para reconocer esta entidad como de verdadera categoría clínica, ha sido necesario apoyarse en importantes argumentos epidemiológicos que demuestran que es el trastorno de ansiedad más prevalente en las poblaciones occidentales y norteamericanas.

En la versión del DSM-III-R figura la fobia social como uno de los subtipos de trastornos de ansiedad. Sin embargo, el CIE-10 ha incorporado la fobia social como uno de los subtipos de trastorno fóbico, que a su vez figuran dentro de los trastornos neuróticos relacionados con el estrés y somatoformes. De esta forma, el CIE-10 (OMS, 1992) incluye el trastorno de hipersensibilidad social en la infancia que se incluye en el trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia (similar al trastorno de evitación en el DSM-III-R).

Una vez incorporada la fobia social como categoría diagnóstica al DSM-III, ha continuado siendo reconocida como tal en la revisión del DSM-III y en el DSM-IV. En el DSM-IV (APA, 1994) los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se definen de un modo diferente a sus versiones previas. Como consecuencia, desaparece el trastorno de evitación contemplado en el DSM-III-R (APA, 1988) y se incluye dentro de la fobia social en el apartado general, por lo cual no proporciona ninguna categoría diagnóstica específica de este trastorno en esta población. La Organización Mundial de la Salud incorpora como categoría diagnóstica independiente, por primera vez, a su sistema de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, el CIE-10, la fobia social en 1992. En 1998, se llevó a cabo un consenso sobre fobia social, en donde se decidió proponer la nueva denominación de estos trastornos como trastornos de ansiedad social (Bobes, et al., 1999).

Características Clínicas en Niños y Adolescentes

Se necesita demostrar que las capacidades de los niños para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto. La ansiedad puede traducirse en llanto, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos, y la inhibición o abstinencia de relaciones con los demás, llegan incluso al mutismo. Lo que se resalta aquí, más que un empeoramiento respecto al nivel previo de actividad, es una carencia de consecución de las expectativas que se habían creado con respecto a su edad. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales y, procurar aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad. Es posible que disminuya la participación de estos niños en clase, que se nieguen a asistir a la escuela o eviten las actividades y citas adecuadas para su edad. Cuando el trastorno se inicia en la adolescencia, puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social o académico (Bobes, et al., 1999).

A diferencia de los adultos, los niños suelen no reconocer que el temor sea excesivo o irracional. Como no siempre es posible evitar la totalidad de situaciones temidas, podrían mostrarse incapaces de identificar la naturaleza de la ansiedad. Además, el cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses en los individuos menores de 18 años (Bobes, et al., 1999).

Este trastorno comienza habitualmente en la infancia, siendo la característica más frecuente la timidez, ruborización con inhibición, llanto, berrinches, o retraimiento de situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar. En la adolescencia el miedo a situaciones públicas embarazosas los inhibe causando el descrédito de sus pares. La posible vergüenza que generarán estas situaciones aísla a estos

jóvenes del ámbito social y les impide intercambios de todo tipo, incluyendo la posibilidad de formar pareja.

Los niños menos adaptados, con problemas familiares, o con determinadas características de personalidad, no responden “socialmente” como esperan de ellos sus propios compañeros y de aquí parten algunos de los problemas que de adultos configuran el trastorno de ansiedad social (Carretero, Feixas, Pellungrini & Saúl-Gutiérrez, 2001). Además, la adolescencia es un periodo crítico y durante esta etapa se desarrolla un elemento importante del trastorno: el miedo a someterse a la evaluación (criticado, analizado) en grupos pequeños de compañeros, lo que lleva al adolescente a desarrollar una baja autoestima, a mostrar con timidez y a presentar los característicos miedos sociales.

La evitación sistemática de las situaciones sociales deseadas y el temor exagerado a las críticas, junto con una autoestima baja, constituyen los síntomas nucleares del trastorno de fobia social en el adulto (APA, 1994; Bruce, 1999; Essau, Conrado & Petermann, 1998; Faravelli, Zucchi, Viviani & Salmoria, 2000; Kessler, Stein & Berglund, 1998; Wagner, 1998).

Criterios Diagnósticos de la Fobia Social

A continuación se presentan los criterios para el diagnóstico de la Fobia Social según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994).

- | |
|--|
| <p>A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con</p> |
|--|

individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. En los niños la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches o inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones académicas o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos.

Relación con los Criterios Diagnósticos del CIE-10

Para el CIE-10 se requiere la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos dos síntomas de ansiedad en, al menos, una ocasión a la vez que debe aparecer como mínimo uno de los siguientes síntomas de ansiedad: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar

o defecar. Además, estos síntomas de ansiedad deben limitarse a, o predominar en las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones.

Clasificación

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, distingue dos tipos de fobia social:

- ❖ No generalizada (una o dos situaciones sociales temidas)
- ❖ Generalizada (teme la mayoría de las situaciones sociales).

Se diferencia entre fobia social no generalizada, cuando se centra en situaciones muy concretas como comer, escribir o tocar un instrumento musical en público, y fobia social generalizada, cuando el temor aparece en la mayor parte de las situaciones sociales. Este último tipo de fobia social es el que se da mayormente y en el que los sujetos son más propensos a presentar deficiencias en habilidades sociales y al deterioro de las relaciones sociales y laborales.

Síntomas

Los síntomas más comunes de la fobia social se pueden clasificar en tres sistemas: somático y autónomo, cognitivo y conductual.

- a) SISTEMA SOMÁTICO Y AUTÓNOMO: Taquicardia, palpitaciones, temblor (voz y manos), sudoración, sonrojamiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal, boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náusea, dolor u opresión torácica, ruborización, sequedad de boca, deseos urgentes de orinar, mareos, sensación de desmayo, falta de aire,

fuertes temblores. Otras respuestas mucho menos frecuentes son dificultad para respirar y dolor en el pecho.

- b) SISTEMA COGNITIVO: Dificultad para pensar, imposibilidad para recordar, confusión, dificultad para concentrarse, dificultad para encontrar las palabras, etc. Temor a no poder alcanzar las metas auto impuestas. Pensamientos negativos, valoración no realista de lo que se espera de la persona, sobreestimación del grado en que los otros observan su conducta, de las propias capacidades y de cometer errores importantes y fracasar. También incluye sobreestimación de la probabilidad e intensidad del rechazo, atribución de los éxitos a factores externos, más recuerdos de la información negativa que positiva sobre sí mismo. En general, se observa autocrítica intensa, infravaloración de sí mismo, inseguridad personal, miedo al rechazo, etc.
- c) SISTEMA CONDUCTUAL: Muchas veces no se evita estar en las situaciones sociales, sino participar en las mismas, ser el centro de atención, ser el centro de la crítica o manifestar síntomas temidos. Se ponen en marcha conductas de defensa dirigidas a prevenir las consecuencias temidas. Si no se puede evitar la situación, aparecen reacciones como tartamudeo, volumen de voz bajo, muecas faciales, sonrisa o risa inapropiada, gestos de inquietud, etc. La actuación de los fóbicos sociales refleja habilidades sociales más pobres principalmente en aquellas situaciones donde las reglas no están claramente definidas.

En general, los sujetos con fobia social, sienten un profundo miedo cuando se expone a reuniones sociales, fuera del ámbito de su hogar. La ansiedad y los miedos irracionales hace que el paciente intente evitar el contacto social, por temor de verse sometido a una situación de humillación y vergüenza ante los demás, temen o evitan todas las situaciones en las que se sentirían requeridos a actuar en presencia de otras personas.

Prevalencia y Curso

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 6% (APA, 1994). En la población general la mayoría de los individuos con fobia social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de estos casos confiesa tener miedo de hablar con extraños o conocer a gente nueva. Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, de un 10 a 20% presentan igualmente algún tipo de fobia social (OMS, 1992; SSA, 2003) y se sabe que se presenta más en mujeres que en hombres (SSA, 2003; Turk, 1998).

Clasificación de las Situaciones Temidas en la Fobia Social

Se podría simplificar las situaciones temidas como:

1) *Situaciones que implican interacción con otras personas*: Iniciar y mantener conversaciones, hablar de temas personales, establecer relaciones íntimas, asistir a fiestas, recibir críticas, hacer una reclamación, hacer o rechazar peticiones, mantener las propias opiniones, interactuar con personas de autoridad, etc.

2) *Situaciones que implican un miedo a ser observado, sin que necesariamente haya interacción con otras personas*: Hablar en público, participar en charlas, iniciar o mantener conversaciones, participar en situaciones que impliquen asertividad. Entre las menos temidas sería comer, beber y escribir en público, asistir a clases de gimnasia o danza, presentar un informe ante un grupo de gente, etc.

Las Situaciones Fóbicas más Comunes

Las fobias sociales típicas son:

- ❖ El temor a hablar
- ❖ Comer o escribir en público

- ❖ Utilizar baños públicos
- ❖ Asistir a fiestas o entrevistas.

Es común el miedo a que la gente sea capaz de detectar o ridiculizar su ansiedad ante situaciones sociales. El temor puede presentarse frente a situaciones nuevas o a la situación de sentirse observado y calificado, como:

- ❖ Presentar un examen
- ❖ Hablar en público, siente el paciente miedo a una supuesta descalificación pública por decir incoherencias, ser infraevaluado o ser ridiculizadas sus opiniones.

Estas circunstancias hacen que el paciente evite todo contacto social, declina paulatinamente su calidad de vida, no concurre a reuniones ni compromisos sociales, se aísla con profunda perturbación social, y ocurre un deterioro incapacitante vocacional e interpersonal, así como también depresión secundaria.

Además, en general en estas personas se observa una mayor dificultad, una reducción o la necesidad de realizar mayores esfuerzos para desempeñar las actividades diarias.

En cuanto al grado de satisfacción que experimentan estas personas, la fobia social se asocia con una mayor probabilidad de insatisfacción con las actividades principales, la vida familiar, el nivel de ingresos, la vida familiar, las relaciones interpersonales y las actividades que se realizan en el tiempo libre. Por último, un diagnóstico de fobia social se asocia con una mayor probabilidad de deterioro de la calidad de vida, principalmente en el subtipo de fobia social generalizada.

COMORBILIDAD

Lo más frecuente es la comorbilidad con otro trastorno de ansiedad, un trastorno del humor o de carácter somatomorfo. Se puede concluir que los trastornos de ansiedad

constituyen las afecciones psiquiátricas más comunes. Su frecuencia es mayor en la mujer. Con gran frecuencia se manifiestan inicialmente en el adolescente o el adulto joven y tienen un curso crónico con períodos de exacerbación. Existe un alto grado de comorbilidad con la depresión, un trastorno somatomorfo u otro trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad presentan una morbilidad importante. Así, los adolescentes presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad y tienen con frecuencia ideación suicida. La comorbilidad en los adultos ocurre con trastorno de pánico o trastorno por estrés postraumático, y presentan un número elevado de intentos de suicidio (Essau, et al., 1998; Folsom, 2000; Kroeze & Hout, 2000; Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985; Topolski, et al., 1997; William, 1996).

Más allá de los llamados trastornos por ansiedad, la ansiedad es, además, un componente importante de otros problemas: de alimentación, sexuales, de relación personal, dificultades en el rendimiento intelectual, molestias físicas de origen psicósomático, etc. depresión, alcoholismo, abuso de sustancias químicas o algún otro trastorno de ansiedad (Avenevoli, et al., 2001; Biederman, et al., 2001; Bowen, et al., 1987; Figueira, Possidente, Marques & Hayes, 2001; Jensen, et al., 1993; Joormann & Stöber, 1999; Kessler et al., 1998; Kroeze & Hout, 2000; Last, Francis, Hersen, Kazdin & Strauss, 1987; Stein, Chartier, Kozak & King, 1998; Stein & Chavira, 1998; Thevos, 1998; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986; William, 1996; Wittchen, Fuetsch, Sonntag & Mueller, 2000).

Entre los trastornos más frecuentes que han mostrado comorbilidad con la fobia social están: las fobias específicas, agorafobia, depresión mayor, distimia, abuso y dependencia de sustancias. Además, la ideación suicida y los intentos de suicidio son relativamente frecuentes entre los fóbicos sociales que presentan otros trastornos.

Frecuentemente, quienes padecen un trastorno de pánico o fobia social, por ejemplo, también experimentan la intensa tristeza y el desaliento asociado con la depresión, o se hacen adictos al alcohol. Una investigación de Last, Perrin, Hersen y Kazdin, (1992) reveló

que el 96 % de los niños con trastorno de ansiedad generalizada parece tener, en algún momento de sus vidas, otro trastorno de ansiedad comórbido. Los porcentajes observados fueron: 57 % para la fobia social, 43 % para las fobias simples, 37 % para el trastorno por evitación y 9 % para el trastorno por angustia de separación.

Tracey, Chorpita y Couban (1997) sugieren que entre los diagnósticos comórbidos más frecuentes se encuentra la fobia social (54.8 %), la fobia específica (22,6 %) y el TOC (19,3 %). Estos mismos autores, en un estudio que usó una muestra más amplia, encontraron la siguiente comorbilidad: fobia específica (49 %), ansiedad por separación (23 %), TOC (21 %), trastorno de angustia (15 %), agorafobia (13 %) y fobia social (9 %). En una muestra de 930 adolescentes menores de 18 años, el trastorno de ansiedad generalizada, estuvo presente en el 1.8% de los casos; el trastorno de pánico en el 0.8%, la agorafobia en el 4.0%, la fobia social en el 11.1 %; la fobia específica en el 6.1 % y el trastorno obsesivo compulsivo en el 4.0% (Pliszka, 1997).

La fobia social afecta la mayoría de las áreas en la vida, pero particularmente la educación, los estudios profesionales y las relaciones románticas. La presencia de pasados y condiciones comórbidas concurrentes incrementa la frecuencia y gravedad de problemas en la fobia social (Wittchen, et al., 2000).

Entre las características que comúnmente se asocian con la fobia social cabe citar la hipersensibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad de autoafirmarse, la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad (Li, Chokka & Tibbo, 2001). A veces muestran habilidades sociales deficientes (les cuesta trabajo mantener la mirada de otras personas). Los sujetos con fobia social suelen tener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase. Los casos más serios, presentan peligro de expulsión de la escuela al no poder incorporarse a las actividades demandadas.

Las causas de la fobia social no son muy claras, intervienen muchos factores. Se ha hipotetizado variables que van desde predisposiciones genéticas, hipersensibilidad innata que durante la infancia se va reforzando, hasta que al llegar a la adolescencia se presenta (Lieb, Wittchen, Hofer & Furtsch, 2000). Se presume que este refuerzo es de muchas clases: unos padres autoritarios o unos padres sobreprotectores o unos padres tímidos y con pocas relaciones sociales, una serie de hechos traumáticos durante la infancia que influyen durante toda la vida, etc.

Por consiguiente, es relevante para la investigación sobre el desarrollo infantil conocer el papel que desempeñan los padres en la adquisición del conocimiento y habilidades de los niños. Por ejemplo, la relación entre trastornos depresivos de las madres y problemas de ajuste social en el niño está bien documentada. Se ha encontrado que una historia de vida aversiva puede predisponer a los padres a padecer depresión y estrés y por lo tanto decrementar la calidad en la interacción con sus niños. La depresión materna está asociada con el uso inconsistente de disciplina y la presencia de sentimientos de culpa y ansiedad inducidos para controlar la conducta de sus hijos. El estrés materno se ha propuesto como una influencia crítica en el desarrollo emocional y conductual de los niños (Last, et al., 1997; Lieb, et al., 2000). Adicionalmente los hijos de madres depresivas presentan actitudes negativas y son menos responsivos hacia sus cuidadores. Asimismo los niños en edad escolar de padres depresivos tienden a tener más problemas de ajuste social en la adolescencia y corren mayor riesgo de padecer desórdenes por ansiedad y depresión en la edad adulta.

La ansiedad social interfiere con el desarrollo de habilidades sociales adecuadas y, por consiguiente, aumenta la autoevaluación negativa. Se producen conductas de evitación en una variedad de situaciones sociales. Además, su curso y evolución crónica se debe, en gran parte, a que no se consulta frecuentemente por este trastorno o se acude a la terapia en fases ya avanzadas. Al ser un trastorno que tiene mayor expresión externa y produce menores molestias a los padres y profesores, se hace difícil que estos identifiquen el

sufrimiento del niño y, en muchos casos, se atribuye su comportamiento a rasgos de personalidad como la timidez o la introversión.

Como la mayoría de los trastornos, la ansiedad y, en este caso, la fobia social, son incapacitantes y afecta al niño y a su familia. El niño que sufre de ansiedad social con el paso del tiempo no desarrollará las habilidades adecuadas y necesarias para establecer relaciones sociales satisfactorias, manifestará conductas de evitación y aislamiento, lo que tarde o temprano afectará su vida escolar, social, familiar y recreativa.

Si bien, la fobia social se trata de un trastorno de alta prevalencia y altamente discapacitante, en efecto, en muchas ocasiones pasa desapercibido. Muchas de las asociaciones se pueden explicar sólo en parte por la presencia de comorbilidad asociada con depresión y algunas circunstancias por diferencias asociadas con sexo, edad o clase social. De aquí, la necesidad de contar con instrumentos que permitan la detección eficaz de este trastorno que afecta cada día a más niños y niñas mexican@s.

CAPITULO 5

“EVALUACIÓN”

La medición en psicología tiene por objeto registrar diferencias entre individuos o entre las reacciones de un mismo individuo en diferentes ocasiones. Para ello se utilizan instrumentos que se conocen como pruebas psicológicas o “test psicológicos” (Anastasi & Urbina, 1998). Por medio de la medición se trata de averiguar qué tanto existe de un atributo y, el propósito es cuantificar los atributos de objetos y personas reales, lo cual se logra mediante la realización de un conjunto de reglas para obtener medidas. De aquí, su validez o utilidad va a depender del carácter de los datos empíricos (Anastasi & Urbina, 1998; Hernández, Fernández & Baptista, 1998; Kerlinger & Lee 2002).

La evaluación clínica del comportamiento en la infancia y la adolescencia se ha cimentado a partir de la evaluación de la población adulta, y ha heredado los mismos problemas y limitaciones (Del Barrio, 1990). Hasta el siglo XVIII, se consideraba al niño como un adulto en miniatura, incluso desde marcos teóricos diferentes se ha considerado al niño sujeto a los mismos principios que el adulto. Es a partir de los años setenta cuando esta manera de entender al niño cambia, reconociendo las peculiaridades propias del desarrollo infantil. Aunque las actividades relacionadas a la evaluación infantil permanecerán detenidas durante largo tiempo en lo referente a clasificación y diagnóstico (Valero, 1997). A partir de los ochenta, la evaluación se dirige a la planificación y verificación de los resultados del tratamiento (Silverman & Eisen, 1992). Pero es la diferenciación entre la evaluación tradicional con la evaluación conductual lo que marca un hecho histórico, es decir, una ruptura conceptual tanto de la evaluación adulta como la infantil (Fernández - Ballesteros, 1994; Silverman & Eisen, 1992; Silverman & Nelles, 1998).

Entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual existen múltiples diferencias. Una de éstas se refiere al modo de conceptualizar la conducta y el tipo de variables

explicativas sobre el origen y el mantenimiento del comportamiento problema (Fernández - Ballesteros, 1994; Silverman & Nelles, 1998).

La evaluación conductual se considera un proceso en el que el clínico toma decisiones sobre las variables que se suponen relevantes en el mantenimiento del problema. A partir de éstas, desarrolla el plan de intervención. Las características fundamentales señaladas a la evaluación conductual quedan resumidas en las siguientes (Mash & Terdal, 1981): a) uso de la observación sistemática, b) orientada a detectar la naturaleza, desarrollo y valoración del cambio conductual, c) entiende la conducta como una muestra del repertorio del sujeto, d) concibe la evaluación como un proceso continuo en el que se recogen medidas antes, durante y después de la intervención, y e) interpreta los datos desde un nivel de interferencia mínimo.

No obstante, dentro de la evaluación conductual se agrupan una serie de técnicas de evaluación que se valoran de forma distinta en función del marco conceptual o teórico de partida. A continuación se presentan algunos supuestos o principios que se enmarcan de manera diferencial en la evaluación cognitivo-conductual (Fernández - Ballesteros, 1994): a) la evaluación cognitivo conductual hace uso de los sistemas de clasificación psiquiátricos (DSM y/o CIE) u otras estrategias como la de la “conducta clave” frente al uso de los análisis funcionales; b) evalúa el sistema de respuesta en lugar de entender la conducta como un todo producto de la interacción entre el organismo y su ambiente; c) usa procedimientos indirectos (cuestionarios, escalas) más que directos (observación); d) incluye constructos teóricos intrapsíquicos como responsables de la conducta restando importancia a las influencias ambientales; e) sobre valora las evaluaciones estructurales de la conducta frente a las funcionales y f) se inclina más hacia las características psicométricas del instrumento y la integración de enfoques teóricos distintos, más que por la evaluación funcional de la conducta.

De esta manera, el psicólogo debe elegir entre un conjunto posible de variables importantes y relevantes en cada caso de tal suerte que encuentre la mejor manera de evaluar el comportamiento de la población con la cual esté trabajando y la que se adapte favorablemente a sus necesidades.

Así, la evaluación del comportamiento infanto-juvenil se centra en la obtención de información detallada de distintas áreas o aspectos como los que se señalan a continuación (Mash & Terdal, 1981):

- ❖ Descripción del problema consultado a dos niveles: global, a través de entrevistas abiertas, y específico, a través de observación; a fin de delimitar los eventos antecedentes, los parámetros de la respuesta, las consecuencias reforzantes y las relaciones de contingencia.
- ❖ Funcionamiento global del niño (rutina semanal), repertorio social y académico, tendencias personales (reacciones ante situaciones de frustración, espera, autocontrol, etc.) y motivacionales, estado biológico general y funcionamiento intelectual. Esta información puede recabarse a través de entrevistas y si se estima oportuno mediante escalas y cuestionarios.
- ❖ Historia de los comportamientos problemáticos, es decir, datos de los déficits o excesos del comportamiento (momento y forma de su detección, por quién, etc.). Estos datos se obtienen mediante entrevistas más o menos estructuradas en función de los recursos y del tiempo disponible.
- ❖ Información relativa a las creencias, actitudes y reacciones de los padres, profesores y otras personas implicadas directamente en el comportamiento problema. Esta información se recaba a través de entrevistas y se complementa con registros de observación.

- ❖ Información acerca de las condiciones físico-contextuales (condiciones de hábitat, aspectos sociodemográficos, recursos disponibles en la familia, etc.) que se obtiene a través de la entrevista.

CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN INFANTO-JUVENIL

El proceso de evaluación infanto-juvenil se rige por los mismos principios, métodos y procesos que la evaluación del adulto. Sin embargo presenta características propias que deben considerarse en el momento de llevar a cabo dicho proceso. A continuación se resumen algunas de las características propias del desarrollo que le dan a la evaluación infantil un matiz genuino.

En primer lugar, el niño, al ser un sujeto que se encuentra en continua evolución, requiere que la evaluación sea un hecho puntual, por lo que se deberá de prestar una especial atención a la edad, sexo y a su nivel de desarrollo y, tener en cuenta pautas tanto normativas como sociales (Ross, 1997). En el desarrollo evolutivo del niño, la edad es un indicador que, junto al tipo de problemas, su frecuencia de aparición e intensidad permite considerar un comportamiento como patológico o analizar los factores de riesgo asociados a su aparición.

En segundo lugar, los padres, por iniciativa propia o por recomendación de un especialista, acuden a consulta para buscar solución a los problemas de su hijo. Esta decisión no está exenta de problemas. En este sentido, se han citado diversos aspectos de la relación familiar como responsables de la demanda tales como: problemas de ajuste personal y marital, tipo de percepciones sobre el desarrollo del niño, habilidades sobre solución de problemas y relaciones sociales extra familiares, etc. (Silverman, La Greca & Wasserstein, 1995). La valoración de toda esta información le permitirá al especialista tomar decisiones adecuadas de frente a la intervención, contrastando la información con

otros familiares y con el propio niño. De esta forma, alcanzará una visión global de la realidad familiar en la que tiene lugar el problema consultado.

CONCEPCIONES DIAGNÓSTICAS EN LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Dos grandes concepciones diagnósticas se han elaborado para la evaluación clínica infantil. Por un lado, estarían los sistemas de clasificación categóricas en los que se consideran las distintas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su última versión DSM-IV (APA, 1994) y la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales elaborada por la OMS en su versión más actual CIE-10. (OMS, 1992).

El sistema DSM-IV establece el diagnóstico con base en un sistema multiaxial compuesto de cinco ejes, con el objeto de incorporar distintos puntos de vista en el diagnóstico de un trastorno. En el eje I se incluyen los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, en el que se agrupan los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. El eje II contempla los trastornos de la personalidad y el retraso mental. En el eje III se incluyen las enfermedades médicas, el eje IV evalúa el estrés psicosocial y el eje V valora el nivel de adaptación en el último año (APA, 1994).

Por otro lado, los sistemas dimensionales han establecido tres grandes dimensiones (Estevan, 2003), en el momento de agrupar los problemas infanto-juveniles: 1) problemas de externalización como hiperactividad, agresión o delincuencia; 2) problemas de internalización como problemas de personalidad, timidez o ansiedad e inhibición; y 3) mixtos o combinados como problemas sociales, de pensamiento y de atención (Achenbach & Edelbrock, 1983).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

Los instrumentos desarrollados para la evaluación clínica infantil son numerosos. Los clínicos utilizan entrevistas con los padres, test, escalas, etc. y según la problemática, entrevistas con el propio niño (Ezpeleta, 1990). Otros profesionales utilizan observaciones realizadas por los padres o el propio niño, y otros una combinación de éstos (García-Portilla, Bascarán & Saiz, 2001). La selección de instrumentos para evaluar la conducta en la infancia depende de la naturaleza del objetivo de la evaluación, de las características del sujeto (edad, sexo, habilidades cognitivas), del contexto, del medio sociocultural y del propósito de la evaluación (Mash & Terdal, 1981). Distintos autores señalan que la elección de un instrumento u otro depende fundamentalmente de la formación conceptual del terapeuta, y otras veces del tiempo disponible.

Instrumentos de Evaluación basados en la Observación

La observación ha sido el método tradicional por excelencia de la evaluación conductual, al menos en sus primeras etapas (Molina, 2001). El registro preciso de conductas específicas y la toma de decisiones con base en los datos registrados, más que sobre la base de impresiones subjetivas, ha sido una de las mayores contribuciones del análisis de la conducta (Molina, 2001). Dado que los problemas infantiles ocurren en distintas situaciones, la observación sería la técnica por excelencia para recoger de modo directo no sólo los comportamientos de interés, sino las condiciones en las que ocurren. En este sentido mediante el registro se pueden registrar distintos elementos fundamentales para realizar el análisis funcional de la conducta problema y generar a partir de esta información las hipótesis oportunas de frente a la planificación del tratamiento. Así mediante el registro se recopilan datos sobre las condiciones o eventos disposicionales (Comeche, Díaz & Vallejo, 1995; Molina, 2001) (antecedentes y contexto), los distintos parámetros de la respuesta, las relaciones de contingencia, etc. Asimismo, el registro de observación se puede llevar a cabo en un contexto estructurado (clínico o de laboratorio), o bien en un

contexto más abierto, como las distintas situaciones que se pueden presentar en el hogar y en el aula.

No obstante, la observación como instrumento de evaluación no está libre de múltiples limitaciones de las que se pueden destacar las siguientes: la reacción que puede producir tanto en el comportamiento del sujeto observado como en del observador, la baja confiabilidad entre observadores y el propio sesgo del observador que repercute en la distorsión de los datos. Para suplir este tipo de déficit se han recomendado distintas estrategias: a) elaborar sistemas de observación que incluyan conductas específicas, donde se defina claramente la conducta a registrar, los parámetros, situaciones y momentos; b) seleccionar un número limitado de conductas para facilitar la observación; c) usar un número de categorías conductuales reducido, descriptivas y excluyentes; d) invertir cierto tiempo para permitir la adaptación del niño a las condiciones de observación y e) evitar los sesgos del observador, procurando que no tenga información sobre los objetivos del estudio y recibiendo entrenamiento previo en la aplicación del registro (Fernández - Ballesteros, 1994). También existen ya programas computarizados que permiten reducir los intervalos de registro y aumentar la confiabilidad entre observadores.

Instrumentos de Evaluación basados en el Sistema Diagnóstico Categórico

Dentro del marco categórico, se encuentra la entrevista en sus distintas modalidades (estructurada, semiestructurada) como el método más común de evaluación (Del Barrio, 1990). La entrevista se realiza a los padres o familiares y a los propios niños, por parte de profesionales clínicos o por personas que hayan recibido previamente un entrenamiento (De la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro & Losilla, 1996; Ezpeleta, 1990; Ezpeleta, De la Osa, Doménech, Navarro & Losilla, 1997a; Gutterman, O'Brian & Young, 1987; Hodges, 1993; Shaffer, 1994; Vacc & Juhnke, 1997; Weller, Weller, Frisad, Teare & Schecter, 2000).

Las entrevistas estructuradas han permitido establecer el diagnóstico categórico de una forma precisa, aunque también se han utilizado como: instrumentos de tamizaje para maximizar la intervención del clínico, instrumentos de investigación clínica y como herramientas de apoyo en contextos de salud mental a la hora de enseñar a los clínicos novatos a establecer diagnósticos precisos (Ezpeleta, 1990; Hodges, 1993; Herjanic & Reich, 1992; Weller, et al., 2000; Vizcarro, et al., 1996; Young, O'Brian, Gutterman & Cohen, 1997).

Dentro de las entrevistas basadas en criterios categoriales podemos señalar dos modalidades en función del grado de estructuración: a) las entrevistas estructuradas

Instrumentos de Evaluación basados en el Sistema Dimensional

Desde esta perspectiva se conceptúan el comportamiento inadecuado como un continuo, en el que se clasifican los distintos problemas de comportamiento en función de su intensidad. Los instrumentos desarrollados desde este marco agrupan: inventarios, escalas y cuestionarios, aplicados a los padres, maestros o al propio niño o a otros adultos que conozcan al niño. Cada uno de ellos responde a formatos distintos. Así, los cuestionarios están constituidos por reactivos en forma de preguntas (abiertas o cerradas) a las que el sujeto debe responder. Las listas de verificación son reactivos que están formulados en forma de listado y recogen las respuestas en forma dicotómica (presente /ausente, si/no; adecuado/no adecuado; etc.). Las escalas de calificación recogen las respuestas a un grupo de reactivos con base en el grado de apreciación (nada....mucho; 0...5; etc.). En general, este tipo de instrumentos se aplican fácilmente, son económicos y requieren poca formación por parte del entrevistador y se suelen utilizar antes y después de la intervención a fin de evaluar los cambios experimentados (Del Barrio, 1990; King, et al., 1997; Mash & Terdal, 1981).

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

La evaluación de los trastornos de ansiedad se hace a partir de dos fuentes fundamentales de información: el propio niño y los padres. Dado que la ansiedad forma parte, con relativa frecuencia, del cuadro clínico de otros trastornos psiquiátricos y de diversas enfermedades pediátricas, la historia clínica debe incluir de modo rutinario la detección de la presencia de síntomas de ansiedad.

Evaluar la presencia de un trastorno de ansiedad en la infancia no siempre es fácil ya que la ansiedad es un fenómeno difuso, difícil de definir y explicar. Los niños mayores tienden a veces a ocultar y minimizar sus sentimientos y los más pequeños no saben expresar adecuadamente lo que les sucede. En cuanto a los padres, muchas veces, necesitan que se les formulen preguntas concretas que les ayuden a resaltar las características del proceso.

El uso de múltiples formas de evaluación en niños con trastorno de ansiedad está ampliamente recomendado. Un número de estudios ha examinado la confiabilidad de la evaluación de los trastornos de ansiedad en niños, por medio del uso de los padres como fuente importante de información sobre la sintomatología de los niños (Marten, Dibartolo, Albano, Barlow & Heimberg, 1998; Rapee, Barrett, Dadds & Evans, 1994, Silverman & Nelles, 1998). A pesar de que el hecho de que los autores han encontrado coincidencias aceptables en los diagnósticos de los trastornos de ansiedad, la correlación de los puntajes de padres e hijos en ocasiones tendían a ser bajos para los trastornos de ansiedad (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas & Conover, 1995; Rappe, et al., 1994).

EVALUACION DE LA FOBIA SOCIAL

La evaluación de la fobia social, lo mismo que de las otras fobias, debería estructurarse para considerar de forma sistemática los síntomas fisiológicos, conductuales y subjetivos y las reacciones a ellos.

La gravedad de la fobia puede estimarse si se determina el grado en el que interfiere con la vida diaria, esto incluye la capacidad para trabajar y llevar a cabo relaciones normales, y aunque no es necesario una historia detallada sobre el origen de la fobia. Es muy importante señalar los factores que la mantienen (que suelen ser la evitación y los factores cognitivos).

Durante la infancia y adolescencia los trastornos de ansiedad resultan más difíciles de diagnosticar que en la vida adulta y, en el caso de la fobia social, esto no es una excepción, de ahí que existan numerosos instrumentos disponibles para la evaluación de la fobia social en niños y adolescentes que puedan servir de ayuda en su diagnóstico (Beidel, Turner & Fink, 1996; Bobes, Badia, Luque, García, González & Dal-Ré, 1999; García-Portilla, et al., 2001; Heinrichs, Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schoeder & Witzleben, 2002; King, et al., 1997; Marten, et al., 1998; Morris & Masia, 1998; Olivares, García-López, Hidalgo, Turner & Beidel, 1999; Peters, 2000).

En los últimos diez años se han realizado esfuerzos muy importantes de frente al desarrollo de instrumentos de evaluación del trastorno de ansiedad social. Actualmente se cuenta con un número más amplio de instrumentos de evaluación, que cada vez son más sofisticados y precisos y que le permiten acercarse mejor a la realidad del paciente con ansiedad social.

Una evaluación adecuada es crucial no sólo para el desarrollo de investigación en el área de la salud mental infantil, sino también para establecer un diagnóstico adecuado y, de esta forma, crear y evaluar planes de tratamiento. Entre los principales sistemas de evaluación de la fobia social, se encuentran: la entrevista, en donde se incluyen los instrumentos de ayuda diagnóstica e intensidad clínica, los instrumentos de auto-informe, observación conductual y auto – informe (Bushnell, 1998; Byrne, 2000; Cano & Tobal, 1999; Cox, Robb & Russell, 2001; Del Barrio, 1990).

LA ENTREVISTA

Instrumentos de ayuda diagnóstica e intensidad clínica

Son las entrevistas estructuradas que ayudan al clínico en el momento de realizar los diagnósticos. Requieren que un clínico, previamente entrenado en su administración las aplique. Además, se necesita un tiempo considerable para su correcta administración. Como ventaja se encuentra el hecho de que su confiabilidad diagnóstica es elevada en la evaluación de trastornos por ansiedad, gracias al elevado grado de estructuración y al entrenamiento previo de los administradores.

La entrevista, es uno de los procedimientos fundamentales a utilizar, sin embargo, hay que tener en cuenta que puede ser *“per se”* muy ansiógena para un fóbico social. Durante la entrevista puede darse evitación del contacto visual, rubor, dificultad al expresar ciertas opiniones, etc. y, de esta forma, alterar los resultados.

No obstante, entrevistar al niño o adolescente permite el establecimiento del rapport que ayuda a mantener su interés y establecer una situación en la cual las preguntas y/o respuestas ambiguas pueden aclararse.

Dentro de la entrevista estructurada dirigida a trastornos por ansiedad, es necesario obtener información sobre los siguientes aspectos:

- ♦ Situaciones temidas y evitadas.
- ♦ Conductas problemáticas a nivel cognitivo, motor y autónomo, incluyendo la intensidad, frecuencia y duración.
- ♦ Condiciones que agravan o reducen el problema.
- ♦ Antecedentes y consecuentes de las conductas problemáticas.
- ♦ Características personales que puedan influir sobre dichas conductas.
- ♦ Interferencia del problema en el área personal, social, académico o laboral del paciente.
- ♦ Exploración de la vida social e interpersonal.

- ♦ Historia del problema.
- ♦ Intentos previos y actuales realizados para superar el problema y resultados obtenidos.
- ♦ Motivación, expectativas y objetivos del paciente.
- ♦ Recursos y limitaciones del paciente.
- ♦ Otros problemas que pueda presentar el paciente.

En la actualidad no existe ningún instrumento de ayuda diagnóstica específico para fobia social que esté validado y adaptado al castellano. Por tanto, el clínico ha de utilizar los módulos o apartados correspondientes de las distintas entrevistas de ayuda diagnóstica disponibles en psiquiatría. Entre los instrumentos de ayuda diagnóstica más utilizados se encuentran:

- ❖ *Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV)* (versión infantil) de Silverman y Albano (1996), que es uno de los formatos de entrevista que más se utilizan debido a sus propiedades psicométricas. El ADIS-IV además del diagnóstico clínico, evalúa los factores situacionales y cognitivos que influyen en la ansiedad y proporciona información sobre el análisis funcional de la conducta. Estas entrevistas, sin embargo, tienen la dificultad de que lo que ganan en precisión se puede perder en espontaneidad. Es una entrevista estructurada para el diagnóstico de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. La versión inglesa de la sub - escala de fobia social tiene una confiabilidad test-retest de .73. Esta sub - escala se mide de 0 a 8 y se usa para evaluar el impacto de los síntomas de la fobia social en las áreas de amigos, escuela y casa. Es necesario un puntaje de 4 o mayor para un diagnóstico de fobia social.
- ❖ *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, EJE I (SCID-I)* de First (1999). Tal como su nombre indica, se trata de una entrevista clínica estructurada que ayuda al clínico a realizar diagnósticos del eje I según el DSM-IV. Sin embargo,

en la SCID-I el trastorno de ansiedad social está representado de una forma muy superficial, ya que tan sólo un reactivo, el F66, se refiere a este trastorno. Este reactivo evalúa la presencia de miedo o malestar cuando se realizan determinadas actividades delante de otros, como por ejemplo hablar, comer o escribir.

- ❖ **Examen del Estado Actual (PSE-10)** de Wing (2000). Entrevista clínica estructurada que forma parte del sistema SCAN o Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Dentro de la sección 4 del PSE (trastorno de angustia, por ansiedad generalizada y fobias), 4 reactivos se ocupan de la fobia social. Ayudado por esos reactivos, el clínico valora la presencia y grado de ansiedad autónoma y/o evitación en las siguientes situaciones sociales: Miedo a comer, beber, escribir en público, así como a utilizar los lavabos públicos. Miedo a sonrojarse, o a sentir náuseas, temblor o ganas de orinar cuando se está en un lugar público. Miedo a hablar en un grupo reducido de personas conocidas o a estar en ese grupo. Miedo a hablar en público, con extraños o por teléfono, etc.

- ❖ **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)**. Es una entrevista estructurada que proporciona al clínico información para realizar diagnósticos, de acuerdo tanto con los criterios DSM como el CIE. Con respecto al SCID-I y al PSE-10 presenta la ventaja de su brevedad y facilidad de aplicación e interpretación, lo que la hace especialmente adecuada para su utilización por parte del médico de atención primaria. La sección correspondiente a la fobia social, la F, consta de 20 reactivos que se agrupan en cinco apartados: temor o evitación de situaciones sociales debido a estar sometido a la atención de otras personas, introspección, impacto socio-laboral, y síntomas neurovegetativos (palpitaciones, sudoración, temblor, sequedad de boca, dificultad para respirar, etc.).

- ❖ **Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta en niños (RCMAS)** de Reynolds y Richmond (1985). Cuenta con 37 reactivos que miden ansiedad, 27 para medir

ansiedad y 9 reactivos de escala de mentira y tres factores de ansiedad: preocupaciones, hipersensibilidad y concentración y los síntomas fisiológicos. Con un Alpha de .83 y un test re-test de .68 después de 9 meses.

- ❖ *Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (SDI)* de Sheehan (1996), evalúa, en forma subjetiva, la disfunción que se produce en pacientes con diagnóstico de fobia social, así como el grado de preocupación y el apoyo social percibido. Consta de 5 reactivos que conforman tres escalas. La primera formada por los tres primeros, evalúa el grado de dificultad que provocan los síntomas en el trabajo, la vida social y la vida familiar del paciente. La segunda refleja las dificultades en la vida provocadas por acontecimientos estresantes y problemática personal y la tercera explora el apoyo recibido de familiares o amigos. Los reactivos se valoran mediante una escala analógica-visual que va de 0 a 10, excepto para el apoyo percibido que se expresa en porcentaje (0 a 100). Tiene una Alpha de Cronbach de 0.72.
- ❖ *Inventario de Miedos para Niños (FSSC-R)* de Scherer y Nakamura (1968). Derivado de la escala desarrollada para adultos el Fear Survey Schedule for Children fue modificada por Scherer y Nakamura. Consiste de 80 reactivos representativos de las diferentes fobias incluyendo miedo a los animales, miedo a la pérdida y fobia escolar para niños entre 9 y 12 años con una escala de respuesta tipo Lickert de 5 puntos.

Instrumentos de Intensidad Clínica

Tienen como objetivo la valoración del cuadro clínico ya diagnosticado. En general, se trata de instrumentos más sencillos que las entrevistas de ayuda diagnóstica, por lo que el tiempo de administración es menor. Estos instrumentos se pueden clasificar en dos grupos, en función de quién realiza la evaluación: el clínico, instrumentos heteroevaluados, o el propio paciente, instrumentos autoevaluados.

❖ *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)* de Liebowitz (1987): Se trata de un instrumento para evaluar la gravedad de los síntomas de la fobia social. Consta de 24 reactivos que se refieren a 24 situaciones sociales que se evalúan desde una doble vertiente: - miedo o ansiedad que experimenta el paciente en esas situaciones, - grado de evitación de las mismas. De las 24 situaciones, 13 son situaciones de actuación (p.e., participar en pequeños grupos, escribir mientras le observan, etc.) y 11 son sociales (p.e., conocer a gente nueva, ser el centro de atención, etc.). Los aspectos de miedo o ansiedad se puntúan mediante una escala tipo Likert de intensidad que oscila entre 0 (nada de miedo o ansiedad) y 3 (mucho miedo o ansiedad), y el grado de evitación mediante una escala de frecuencia también entre 0 (nunca lo evito – 0% de las ocasiones) y 3 (habitualmente lo evito – 67-100% de las ocasiones). Aunque inicialmente se desarrolló para su heteroaplicación, en muchos estudios se ha utilizado en forma autoaplicada. La adaptación al castellano se realizó en forma heteroaplicada. Proporciona una puntuación de gravedad total, y puntuaciones en cada una de las 4 subescalas: Miedo o ansiedad, grado de evitación, ansiedad de actuación y ansiedad social. La puntuación total se obtiene sumando todos los reactivos. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 144 (a mayor puntuación mayor gravedad). En base a la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte: menor-igual de 51: ansiedad social leve, 52-81: ansiedad social moderada, mayor de 82: ansiedad social grave. El cuestionario mostró una validez convergente adecuada, así como una estructura interna homogénea en términos de correlación entre subescalas. Obtuvo un alpha de Cronbach de 0.72. Discriminó entre pacientes con diferente nivel de sintomatología y severidad del trastorno.

❖ *Escala de Ansiedad Social y Estrés de Watson y Friend (SADS)* de Watson y Friend (1969), es una escala que evalúa, desde el punto de vista del paciente, la presencia de ansiedad o de evitación ante situaciones sociales, tanto de interacción como de ejecución. Compuesta por 28 reactivos y con una escala dicotómica

verdadero - falso, en donde verdadero y falso puntúan 0 ó 1, dependiendo del reactivo. La diferenciación entre ansiedad y evitación, y entre situaciones de interacción social y de ejecución no es tan clara como en la LSAS, hasta tal punto que la SADS únicamente proporciona una puntuación total. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 28, y su interpretación, al no existir puntos de corte, es muy sencilla: a mayor puntuación mayor gravedad. Otra diferencia con respecto a la escala de Liebowitz es la escala de medida, al ser únicamente 0 ó 1 (es decir, presencia o ausencia de ansiedad o evitación) la escala no discrimina tan bien como la LSAS los distintos niveles de gravedad de los pacientes. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor gravedad. Esta escala también ha sido adaptada y validada en español. Para la versión en castellano, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.84 y de 0.86 con test -retest después de 14.4 días. Los coeficientes de correlación para la validez convergente fueron moderados (0.40). Los coeficientes de correlación obtenidos entre el SADS y el Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) estuvieron por encima de 0.7 en todas las subescalas. El cuestionario mostró un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo, entre pacientes con fobia social y sujetos sanos y entre grupos de pacientes con diferente grado del trastorno.

- ❖ **Escala Breve de Fobia Social de Duke (BSPS)** de Davidson (1991). La BSPS es una escala heteroaplicada, con un total de 18 reactivos, que se agrupan en 2 secciones: evaluación del miedo y evitación en situaciones sociales, y evaluación de sintomatología neurovegetativa (enrojecimiento, palpitaciones, temblores y sudoración). Para la evaluación del miedo y de los síntomas neurovegetativos el clínico cuenta con una escala tipo Likert de 5 puntos referidos a intensidad (0= nada; 4= extremo), mientras que para evaluar la evitación se vale de una escala tipo Likert también de 5 puntos, pero referidos a la frecuencia (0= nunca, 0%; 4= siempre, 100%). La BSPS proporciona una puntuación total de ansiedad social, así

como una puntuación en cada una de las 3 subescalas: miedo, evitación y sintomatología neurovegetativa.

La entrevista es el método empleado más comúnmente para la evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes, administrándose a ellos mismos, a sus padres e incluso a sus maestros. Esta puede utilizarse como instrumento exploratorio para la identificación de variables y las relaciones de éstas, sugerir hipótesis y establecer las fases para una investigación; como instrumento principal de una investigación o ser un instrumento complementario para ésta (Kerlinger & Lee, 2002).

Las entrevistas estructuradas proporcionan información confiable de los síntomas de ansiedad y son sensibles para diferenciar entre unos trastornos por ansiedad y otros. Proporcionan información fácilmente cuantificable, lo que funciona como apoyo para realizar un diagnóstico oportuno y basado en los sistemas de clasificación en el momento de su elaboración. Asimismo, se ha encontrado que la confiabilidad test-retest de las entrevistas es adecuada con respecto al diagnóstico de los trastornos por ansiedad, sin embargo, es cuestionable la identificación de síntomas individuales (Kerlinger & Lee, 2002).

INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME

Instrumentos de tamizaje

Son instrumentos muy sencillos, generalmente auto-administrados, que permiten, de una forma rápida, descartar o confirmar la posible presencia de un determinado trastorno mental, en este caso el trastorno de ansiedad social.

Existe una gran variedad de estos instrumentos y frecuentemente se aplican para complementar la información obtenida en la entrevista. Consisten en listas de reactivos que hacen referencia a estímulos o situaciones dentro de un grupo de respuestas entre las

que se elige la que mejor describe el estado del paciente (Hidalgo, López-Pina, Inglés & Méndez, 2002; Ollendick, 1983; Spence, 1997; Wamboldt, Wamboldt, Gavin & McTaggart, 2001).

En las investigaciones sobre fobia social se han empleado instrumentos de autoinforme que podrían incluirse en cuatro categorías, dependiendo si son instrumentos para medir:

- a) *Temor y ansiedad.*
- b) *Ansiedad y/o fobia social.*
- c) *Timidez.*
- d) *Habilidades sociales.*

En la categoría Temor y ansiedad:

- ❖ ***Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE)*** de Watson y Friend (1969), evalúa un aspecto crítico de la ansiedad social como es el temor a la evaluación negativa de los demás. Consta de 30 reactivos, que hacen referencia al temor a la crítica o a recibir apreciaciones negativas por parte de los demás, que se responden mediante una escala dicotómica (verdadero-falso). El punto de corte propuesto, para diferenciar población normal de pacientes con ansiedad social, es de 22-24. Se asume que a mayor puntuación mayor gravedad. El punto de corte propuesto, para diferenciar población normal de pacientes con ansiedad social, es de 22-24. Se asume que a mayor puntuación mayor gravedad.
- ❖ ***Cuestionario-Cribado de Ansiedad Social (SAS-Q)*** por Wittchen y Lépine (1998), es un cuestionario autoaplicado, de 23 reactivos de respuesta dicotómica (si/no). Los 9 primeros evalúan la presencia de miedo intenso o nerviosismo en 9 situaciones sociales, y sirven a su vez de tamizaje del instrumento, ya que, si el paciente contesta a todas en sentido negativo (es decir, no experimenta miedo o nerviosismo en ninguna de las 9 situaciones sociales), se da por finalizada la prueba, pues se supone que el paciente no experimenta ansiedad social. Además de la

presencia de miedo o nerviosismo, el instrumento también explora el grado de evitación de las situaciones temidas, la sintomatología neurovegetativa, el impacto sociolaboral, el grado de introspección, y el tiempo de evolución del trastorno. Cabe señalar que este instrumento se desarrolló a partir de los instrumentos utilizados en los estudios epidemiológicos internacionales y en los estudios en Atención Primaria de la OMS.

- ❖ *Inventario General de Miedos (FSS-122)* de Wolpe y Lang (1964), que evalúa las diferentes áreas de miedos en los niños, entre ellas, miedo a los animales, a la muerte, a los accidentes, a situaciones sociales, a lugares y a lo desconocido.
- ❖ *Cuestionario de Miedos (FQ)* de Marks y Mathews (1979), que evalúa áreas como la evitación social, agorafobia, fobia a la sangre y fobia social.
- ❖ *Inventario de Ansiedad Estímulo-Respuesta (S-R Inventory of Anxiousness)* de Endler, Hunt y Rosenstein (1962).
- ❖ *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* de Tobal y Cano (1988), que evalúa la frecuencia y las situaciones sociales a las que teme el paciente, así como el tipo de respuesta que da para cada una.

En la categoría Ansiedad y/o fobia social se ubican los siguientes instrumentos:

- ❖ *Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI)* de Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989), este inventario consta de dos subescalas, una de fobia social con 32 reactivos y otra de agorafobia con 13 reactivos. La ventaja que tiene es la posibilidad de hacer un diagnóstico diferencial entre la fobia social y la agorafobia, ya que en ambos trastornos está presente la ansiedad social. El SPAI resulta más específico que el SAD y que el FNE.

- ❖ *Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI-C)* de Beidel (1995), se desarrolló para evaluar miedos sociales en niños y adolescentes. Cuenta con 26 reactivos en escala tipo Likert de tres puntos de 0 (nunca) a 3 (siempre). 20 de los 26 preguntan a los niños que midan que tanto estrés tienen en una situación para tres grupos diferentes o de forma individual. El puntaje máximo es 52. Mide respuestas cognitivas, somáticas y conductuales que producen miedo en situaciones sociales y evalúa el grado de estrés o incomodidad de esas experiencias. Cuenta con un Alpha de .97

- ❖ *Escala de Fobia Social (SPS)* de Liebowitz (1987), que tiene como objetivo evaluar la fobia social y distinguir entre la ansiedad de rendimiento (relacionada con la ejecución de conductas frente a los demás) y la ansiedad social (situaciones propiamente sociales). Se muestra sensible al cambio terapéutico. Consta de 24 reactivos, 13 que evalúan ansiedad de rendimiento y 11 de ansiedad social.

- ❖ *Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)* de Watson y Friend (1969), que consta de 28 reactivos, con dos posibilidades de respuesta, verdadero o falso, 14 referidos al malestar subjetivo en situaciones sociales y 14 a la evitación activa o deseo de evitación.

- ❖ *Inventario de Fobia Social (SPIN)* de Davidson (1995), es un instrumento sencillo, autoaplicado, en el que el paciente responde utilizando una escala tipo likert de 5 puntos (0= no le han molestado nada; 4= le han molestado en grado extremo), cuánto le han molestado durante la última semana 17 problemas de ansiedad o evitación en situaciones sociales. Este inventario proporciona una puntuación total (igual a la suma de puntuaciones en cada uno de los 17 reactivos) que oscila entre 0 y 68. A mayor puntuación mayor probabilidad de que el sujeto padezca un trastorno de ansiedad social.

- ❖ *Inventario de Fobia Social (SPIN-3)* Versión abreviada del SPIN, constituida tan sólo por los reactivos número 6, 9 y 15 de este último (6: por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente, 9: evito actividades en las que soy el centro de atención, 15: entre mis mayores miedos se encuentran hacer el ridículo o parecer estúpido) Estos 3 reactivos han demostrado que cuando la suma de sus puntuaciones es ≥ 6 , existe un 90% de probabilidades de que el individuo padezca fobia social.

- ❖ *Escala de Ansiedad Social para Niños (SASC-R)*, de La Greca y Stone (1993). Inventario de autoinforme para evaluar los sentimientos de ansiedad social de niños. Cuenta con 22 reactivos que se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos. Consta de 3 subescalas: a) Miedo a la evaluación negativa (FNE), con 8 reactivos (por ejemplo, me preocupo sobre lo que otros niños piensan de mí). b). Evitación social y estrés general (SAD-G), con 4 reactivos (p.e. me siento tímido aun cuando estoy con niños que conozco) y c) Evitación social y estrés específico a nuevos pares y situaciones (SAD-New) con 6 reactivos (p.e. Me siento temeroso cuando estoy rodeado de niños que desconozco). Hay cuatro preguntas de filtro (p.e. me gusta leer). Los puntajes pueden ir de 18 a 90 puntos. Ha mostrado tener una confiabilidad y validez aceptables.

- ❖ *Escala de Ansiedad Manifiesta para niños (CMAS)* de Castañeda (1956), evalúa los síntomas de ansiedad como rasgo. Se puede aplicar a sujetos cuya edad esté comprendida entre los 6 a los 19 años. Las respuestas se recogen en un formato dicotómico verdadero/falso. La escala se puede utilizar siempre que el niño muestre un nivel de comprensión lectora adecuado. Las propiedades psicométricas de la escala son adecuadas. Existe una versión adaptada a la población española (Sosa, 1993).

- ❖ **Batería de Socialización** de Silva y Martorell (1987). Esta batería está compuesta por un conjunto de escalas para evaluar la conducta social. Cada una de las formas que la componen puede aplicarse a profesores, padres y al propio niño (6- 15 años). Se obtienen una serie de factores relativos a la socialización, unos de carácter positivo (autocontrol social, liderazgo, etc.), y otros negativos (agresividad, ansiedad, etc.).

- ❖ **Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)**, de Spence (1997), que es un instrumento de autoinforme de 44 reactivos caracterizando los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por ansiedad de separación, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y miedo al daño físico (fobia específica), con una escala de respuesta de 4 puntos: nunca, a veces, frecuentemente y siempre, con calificaciones 0, 1, 2 y 3, respectivamente. Es un instrumento desarrollado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994).

- ❖ **Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC)**, de March (1997), consta de 39 reactivos distribuidos en cuatro escalas (síntomas físicos, evitación del daño, ansiedad social y separación/pánico, una escala para medir el nivel total de ansiedad y 2 índices (trastornos por ansiedad e inconsistencia), y un formato por separado del instrumento, el MASC-10 que se emplea en situaciones especiales cuando se requiere realizar una evaluación rápida de los síntomas de ansiedad en general (10 reactivos), con 4 puntos de respuesta (0-nunca es cierto para mí, 1-rara vez es cierto para mí, 2-algunas veces es cierto para mí, 3-frecuentemente es cierto para mí). Desarrollada para jóvenes entre 8 y 19 años, fácil de administrar en un tiempo máximo de 15 minutos. Su confiabilidad test-retest a las 3 semanas es de .79 y a los 3 meses de .93. March, Sullivan, et al. (1999) examinaron su confiabilidad test-retest en una muestra de 142 niños y adolescentes entre 8 y 18 años, siendo esta de .88 a las 3 semanas.

- ❖ *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)* de Birmaher (1997), que evalúa síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por ansiedad de separación, fobia social, desorden de pánico y fobia escolar, informando una confiabilidad test-retest de .86 a las 5 semanas y un Alpha de Cronbach de .94. Es un instrumento desarrollado empleando los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994).

En la categoría Timidez tenemos:

- ❖ *Escala de Timidez* de Cheek y Buss (1981), que evalúa que tanto una persona experimenta ansiedad social e inhibición ante ciertas situaciones sociales, lo cual puede ser definido como un sentimiento desagradable cuando otros se encuentran cerca del sujeto. Consta de 9 reactivos con una escala tipo likert de 5 puntos (completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo). Con un alpha de .90 y una confiabilidad test -retest de .88 después de 45 días de su aplicación.
- ❖ *Inventario de Timidez de Morris* (1984).

Categoría de Habilidades sociales:

Como se mencionó, por lo general estos instrumentos son rápidos y de fácil administración, cuentan con datos normativos y ayudan a evaluar los resultados del tratamiento. Sin embargo, tienen algunas limitaciones, como su poca habilidad para discriminar entre grupos diagnósticos y su escasa sensibilidad a los cambios del desarrollo. Pese a ello, el objetivo principal de su diseño, es explorar las características de un universo particular de contenido, lo que permite obtener una idea más clara de aspectos relevantes, tales como su dirección, profundidad o intensidad general e incluso la presencia o ausencia de ciertas características específicas (Hernández, et al., 1998; Kerlinger & Lee, 2002).

Considerando que un instrumento psicológico es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta, en la cual se realizan observaciones sobre una muestra de individuos, su valor diagnóstico o predictivo depende de qué tanto funcione como indicador de un área de conducta relativamente amplia y significativa. Lo cual se ha encontrado, cubre la evaluación realizada a través de auto informes, puesto que permiten probar su valor con la demostración de una correspondencia empírica entre el desempeño del examinado en el instrumento y otras situaciones (Anastasi & Urbina, 1998).

Los instrumentos de auto-informe son razonablemente confiables para su aplicación en niños y adolescentes. Los datos de confiabilidad indican que éstos son estables en el tiempo y son generalmente eficaces para distinguir entre niños ansiosos y de población general siendo sensibles además, a los efectos del tratamiento, pero su eficacia para discriminar entre niños ansiosos entre otros trastornos por ansiedad es limitada. Sin embargo, son de gran utilidad para identificar los síntomas más representativos de la ansiedad del paciente en el momento del diagnóstico (Birmaher, Khetarpal & Brent, 1997; Ezpeleta, De la Osa, Júdez, Doménech, Navarro & Losilla, 1997b; Kane & Kendall, 1989; March, Parker & Sullivan, 1997).

INSTRUMENTOS DE AUTORREGISTRO

Este procedimiento requiere el registro de conductas “blanco”, en donde el niño con fobia es quien realiza dicho procedimiento, primero realizando una auto-observación y posteriormente autorregistrando la ocurrencia de su conducta fóbica. Este método de evaluación se emplea principalmente para registrar línea base, antecedentes y consecuentes de la conducta fóbica.

El autorregistro puede permitir una evaluación única de las interacciones de la vida real. Se puede evaluar la frecuencia de los contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, el

rango o número de diferentes personas con las que interactúa, duración, autoevaluaciones de la ansiedad, síntomas fisiológicos, pensamientos negativos, conductas de evitación, etc.

Unos ejemplos de auto-registros utilizados en la evaluación de trastornos por ansiedad, son los siguientes:

- ❖ *Registro Semanal de Ansiedad y Depresión* (Barlow, 1988)
- ❖ *Termómetro de Ansiedad o Miedo* (Lang, 1968)
- ❖ *Registro de Ataques de Pánico* (Barlow, 1988)

Un problema con el auto-registro es que muchos pacientes olvidan completarlos, para minimizar este problema se puede justificar la necesidad del auto-registro, adaptarlo a la comprensión y motivación del paciente, utilizarlos y demostrar su utilidad. Además otra limitante es que, el auto – registro, al ser empleado con niños, es totalmente necesario que las conductas a registrar se encuentren bien definidas y que el procedimiento de registro sea muy sencillo, de aquí que la edad del niño es un factor importante para decidir emplear esta técnica.

Con todo esto, los datos sugieren que la integración de los diferentes métodos de evaluación enriquece el proceso de diagnóstico. El hecho de realizar una evaluación diagnóstica integrada a partir de diversos métodos, brinda mayor información, lo que permite tener más recursos para el tratamiento y, tomar en cuenta al paciente y a las personas que lo rodean, en la medida de lo posible (Gold, Benbenishty & Osmo, 2001; Kendall, Brady & Verduin, 2001).

La mayoría de los instrumentos que se han descrito en este capítulo se han desarrollado siguiendo un proceso adecuado que les permite contar con datos razonablemente buenos de confiabilidad y validez, no obstante, un gran número de éstos se construyeron con base en poblaciones adultas y sin tomar en cuenta las características propias del niño. De

algunos, se han realizado traducciones para poder diagnosticar a población infantil. Las escalas hechas para evaluar la ansiedad en niños se han construido en otros países generalmente angloparlantes, por lo que es necesario desarrollar instrumentos que evalúen las manifestaciones de la fobia social en idioma español y adaptado a niños mexicanos. Actualmente en nuestro país, la evaluación de la fobia social se lleva a cabo por medio de evaluaciones tradicionales, por lo que el presente estudio propone la creación y validación de un instrumento diagnóstico de fobia social para niños y niñas mexicanos de entre 6 y 12 años de edad.

CAPITULO 6

Estudio 1. Validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (FS)

Con el propósito de contar con un instrumento válido y confiable que permita la valoración y diagnóstico de la fobia social en niños mexicanos, se construyó el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social con base en las categorías diagnósticas propuestas por el DSM- IV (APA, 1994), con un margen de error mínimo.

PROPOSITOS

- ❖ Someter a prueba la validez y confiabilidad del instrumento (FS).
- ❖ Conocer la prevalencia del trastorno en niños mexicanos en población general.
- ❖ Explorar la diferencia entre sexos, en cuanto a la sintomatología, así como los síntomas informados con más frecuencia.

METODO

Participantes

Participantes de Población General

Se trabajó con 389 participantes, 185 mujeres y 204 hombres de entre 7 y 13 años de edad, con una media de 9 años. Todos provenientes de escuelas primarias públicas, 326 del turno matutino y 63 del turno vespertino, ubicadas en la zona oriente de la Ciudad de México (Anexo 1).

Participantes Clínicos

Se trabajó con 112 pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro: 46 diagnosticados con ansiedad, 49 con conducta y 17 con depresión (Anexo 1). Detectados del diagnóstico proporcionado por el personal psiquiátrico.

Criterios de Inclusión

- ❖ Se recibieron niños con diagnóstico de algún trastorno de ansiedad proporcionado por un psiquiatra del hospital.

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.

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 Infantil Juan N. Navarro 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

Diseño Experimental

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 es “ex post-facto” ya 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

- ❖ **Instrumento Diagnóstico de Fobia Social** para niños entre 7 y 13 años, compuesto por 27 reactivos (confiabilizar y validar dicho instrumento es uno de los objetivos de la presente investigación).
- ❖ **Escala de Ansiedad para Niños de Spence** (Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997) compuesta por 44 reactivos, distribuidos en 6 factores: Factor 1 “Síntomas Físicos”, Factor 2 “Ansiedad de Separación”, Factor 3 “Fobia Específica”, Factor 4 “Evaluación Positiva”, Factor 5 “Fobia Social” y Factor 6 “Trastorno Obsesivo-Compulsivo”, en escala tipo Likert de tres puntos (nunca, a veces, muchas veces que se califican con 1, 2 y 3, respectivamente) con un alpha de Cronbach = .9077.

Procedimiento

Antes de aplicar el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social, se realizó un piloteo con 30 sujetos con la finalidad de analizar la comprensión por parte de los niños de cada uno de los reactivos. Gracias a dicho procedimiento se pudo afinar la redacción de los mismos.

Posteriormente, se aplicó la totalidad de reactivos que conforman instrumento. 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. Ésta 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

Aplicación

Participantes 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 pidiendo su aprobación para que su hijo(a) participara en la investigación contestando los instrumentos.

Se asignaron pares al azar para 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 una detrás de la otra y las entregarán al aplicador. Finalmente se les daba las gracias por haber participado y se le regalaba una calcomanía a cada uno(a).

Participantes Clínicos

En el Hospital Psiquiátrico al salir de la consulta en el área de admisiones, las enfermeras referían a los pacientes con los aplicadores. Antes de la aplicación firmaban los padres de familia una carta de consentimiento informado (Anexo 2).

Los aplicadores trabajaron también por pares siguiendo el mismo procedimiento, sólo que en forma de entrevista individual empleando representaciones gráficas en aquellos casos donde el niño (a) tuviera dificultades para comprender las opciones de respuesta (Anexo 3).

Análisis de Datos

Se elaboró una base de datos para la muestra de población general y otra para la muestra de población clínica, para realizar los análisis estadísticos pertinentes. Los datos se analizaron por medio del uso del Programa SPSS 10.0 para Windows, y se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

Estadísticos descriptivos: Análisis de frecuencias y análisis descriptivo de cada uno de los reactivos para identificar aquellos reactivos con más de 75% de respuesta en una sola

opción, en cuyo caso se considera como una constante en la población más que como una variable.

Propósito 1

Para obtener la confiabilidad del instrumento se calculó el Alpha de Cronbach.

Validación

- ❖ La validez de constructo es la que determina si el instrumento mide lo que pretende medir. A través de ésta, 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 correlacionó con la Escala de Ansiedad para Niños de Spence -Spence Children's Anxiety Scale, SCAS (Spence, 1997) que caracteriza los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por 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. Para comprobarla, se obtuvo una muestra de población general equivalente en tamaño (al azar) con respecto a la muestra de población clínica. Se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes, y se realizó la siguiente comparación:
 - Población general vs población clínica diagnosticada con algún trastorno.

Proposito 2.

Para conocer la frecuencia relacionada con sintomatología de la fobia social en la población general, se calculó el punto de corte a partir de los criterios diagnósticos que indica el DSM-IV y se obtuvo el porcentaje por sexo.

Proposito 3.

Con la finalidad de conocer la diferencia por sexo, se compararon hombres y mujeres. Para ello se aplicó pruebas t de Student para muestras independientes con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social. Comparando entre la proporción de niños y niñas que se encontrarán arriba del punto de corte.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Análisis de Frecuencias

Se realizó un análisis de frecuencias para cada reactivo, con la finalidad de identificar la distribución de las puntuaciones en las categorías de respuesta para cada una de las muestras. Se identificó cuales son las situaciones que los niños manifiestan como más (tanto como te puedas imaginar), más o menos (regular) y nada atemorizantes (nada) (Anexo 4).

Propósito 1.

Validez.

Validez de constructo

Factor	Dimensión	No.	Reactivo	Carga Factorial
1	ACTIVIDAD GRUPAL	13	Salir a un paseo con la maestra y mi grupo	.752
		16	Ir a una kermesse o fiesta de la escuela	.673
		15	Ser de la escolta en los honores a la bandera	.649
		14	Hacer una tarea en equipo	.604
		25	Hacer nuevos amigos (as)	.572
		20	Regresar a casa en compañía de otros niños (as) que vivan cerca	.546
		17	Hacer educación física con los demás niños (as)	.463
		8	Participar en competencias con otros niños (as)	.420

2	EXPOSICION SOCIAL	23	Quedarme en el salón de clases en la hora de recreo	.747
		27	Equivocarme frente a todos	.717
		26	Que todos me volteen a ver cuando la maestra me diga algo	.654
		19	Caerme a la hora del recreo y que me ayuden otros niños (as)	.574
		24	Ir a una fiesta donde no conozca a nadie	.561
3	JUEGO	5	Jugar a las escondidas con varios niños (as)	.723
		6	Jugar a las correteadas con varios niños (as)	.720
		11	Jugar y platicar con niños (as) más chicos	.535
		12	Jugar y platicar con niños (as) más chicos (as)	.503
		4	Llegar temprano a la escuela para jugar antes de clases	.477
			Jugar y corretear por el patio de la escuela	
4	ACTIVIDAD INDIVIDUAL	18	Bailar en festivales de la escuela	.666
		22	Leer en voz alta en clase	.582
		21	Participar en un concurso frente a mucha gente	.548
5	ACERCAMIENTO	7	Abrazar a un compañero (a)	.713
		3	Comer junto con otros niños (as) cuando falta tu mejor amigo (a)	.601
		9	Jugar y platicar con niños (as) más grandes	.585
6	INICIATIVA	2	Compartir un juguete con otros niños (as)	.755
		1	Hablar con un niño (a) que no conoces	.485
		10	Pedirle a otro niño (a) algo prestado	.351

TABLA 1. Matriz de factores del Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para niños.

En el Análisis Factorial la rotación de componentes convergió, después de 25 iteraciones, en 6 factores. De los que los 27 reactivos obtuvieron una carga factorial igual o mayor a .3833 para cada factor. Se obtuvo un alpha de Cronbach =.864. La varianza total explicada fue de 50.551%, 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 1.

Intercorrelación de Factores

Las correlaciones entre el puntaje total del instrumento y sus factores proporcionan información estadísticamente significativa con respecto a la relación entre cada factor y el puntaje total del Instrumento.

FOBIA SOCIAL		Correlación: Total
	Factores	Fobia Social
1	Actividad Grupal	.727**
2	Exposición Social	.646**
3	Juego	.693**
4	Actividad Individual	.699**
5	Acercamiento	.608**
6	Iniciativa	.488*

***Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)*

**Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas)*

Tabla 2. Correlación entre el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social y sus factores.

Validez Concurrente

Se correlacionó el SCAS con el Instrumento Diagnóstico de Fobia social por medio de una Correlación de Pearson, por puntajes totales y después por factores.

Los resultados de la correlación total entre ambos instrumentos, los factores correspondientes a fobia social contra el total y el factor 5 del SCAS correspondiente a la fobia social, se muestran en la tabla 3.

Fobia Social		Correlaciones SCAS	Factor5 SCAS Fobia Social
Total		.520**	
No.	Dimensión		
1	Actividad Grupal	.217**	.570**
2	Exposición Social	.229**	.305**
3	Juego	.261**	.194**
4	Actividad Individual	.205**	.241**
5	Acercamiento	.280**	.234
6	Iniciativa	.305**	.288**

**Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)

Tabla 3. Correlaciones entre los factores del Instrumento para diagnosticar Fobia Social y el factor 5 del SCAS.

Validez discriminante

Se comparó a 112 seleccionados al azar de la muestra de población general ($M=40.41$, $DE=9.52$) y 112 sujetos diagnosticados psiquiátricamente con algún trastorno ($M=44.04$, $DE=7.66$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t=-3.14$, $sig.<0.01$.

Factor	Dimensión	Población	Media	DE	t
1	Actividad Grupal	General	12.33	4.02	-3.56**
		Psiquiátrica	14.13	3.52	
2	Exposición Social	General	9.66	2.98	.489
		Psiquiátrica	9.83	2.15	

3	Juego	General	7.72	2.52	-3.725**
		Psiquiátrica	8.93	2.32	
4	Actividad Individual	General	5.10	1.73	-2.043*
		Psiquiátrica	5.55	1.60	
5	Acercamiento	General	5.43	1.90	-1.475
		Psiquiátrica	5.76	1.42	

** $p < .01$

* $p < .05$

Tabla 4. Diferencias por población para el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para niños y adolescentes.

Confiabilidad

A través del método de Alpha de Cronbach resultó una confiabilidad de .8645. La tabla 5 muestra la confiabilidad de cada uno de los factores del instrumento, el cual se resolvió en cinco factores: actividad grupal, exposición social, juego, actividad individual y acercamiento

Factor	Dimensión	Confiabilidad	No. de reactivos
1	Actividad Grupal	.7990	13, 16, 15, 14, 25, 20, 17, 8
2	Exposición Social	.7383	23, 27, 26, 19, 24
3	Juego	.7055	5, 6, 11, 12, 4
4	Actividad Individual	.6120	18, 22, 21
5	Acercamiento	.5280	7, 3, 9
6	Iniciativa	.3833	2, 1, 10

Tabla 5. Confiabilidad por factor por Alpha de Cronbach.

*Propósito 2***Frecuencia de Sintomatología Total**

Se estableció por medio de un punto de corte calculado a partir de los criterios diagnósticos para la fobia social que indica el DSM-IV (APA, 1994), ya que éste se basa en la comparación con un área de una población de referencia y un punto bajo el cual podemos comparar ambas poblaciones. Se encontró que el 18.65% de la población cumplen con el diagnóstico. De los cuales el 40.8% son hombres y el 59.2% son mujeres.

*Propósito 3***Diferencias por Sexo**

Para comparar hombres y mujeres se corrió una prueba t con el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para muestras independientes primero por puntaje total y posteriormente por factores, considerando el sexo de los sujetos como variable independiente y a la puntuación total del instrumento y sus factores como variables dependientes. Se realizó con los participantes de población general.

El análisis se realizó con 389 sujetos con edades entre 7 y 13 años, de los cuales 185 eran del sexo femenino ($M=52.86$, $DE= 9.88$) y 204 del sexo masculino ($M=49.82$, $DE= 10.57$). La diferencia entre las medias totales de hombres y mujeres mostró ser estadísticamente significativa, $t=-2.931$, $sig.=<.05$.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por factores entre niños y niñas.

Diferencias por sexo arriba del punto de corte

A partir del punto de corte se compararon, a través de pruebas t, la proporción de niñas y niños que se localizaran arriba de éste. Esto se llevó a cabo para el grupo de niños considerando la variable “sexo” como independiente y a la puntuación total del instrumento como variable dependiente.

El análisis se realizó con 71 participantes que alcanzaron el punto de corte con edades entre 7- 13 años, de los cuales 29 eran del sexo masculino ($M= 65.76$, $DE= 3.89$) y 42 del sexo femenino ($M= 67.62$, $DE= 5.65$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t= -1.538$, $sig.=<.05$.

Síntomas con mayor frecuencia

A continuación se presentan los cinco síntomas más frecuentes en la población general. Se presentan los reactivos, incluyendo el factor al que pertenecen y el porcentaje de la muestra que informó como más temidos en la opción “tanto como te puedas imaginar”.

No.	Reactivo	Factor	Porcentaje
20	Quedarme en el salón a la hora del recreo	1	35%
26	Que todos me volteen a ver cuando la maestra me diga algo	2	38.6%
27	Equivocarme frente a todos	2	48.6%
21	Ir a una fiesta donde no conozca a nadie	4	38.8%
5	Abrazar a un compañero	5	35.7%

Tabla 6. Síntomas más frecuentes en la muestra de población general.

Los propósitos de este estudio fueron someter a prueba la validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (FS) dirigido a niños. A través del proceso que se realizó, se comprobó que es un instrumento válido y confiable para la población infantil mexicana.

CAPITULO 7

Estudio 2. La crianza, los estilos de vida y el afrontamiento se relacionan con la ocurrencia de la Fobia Social (FS) en los niños

Como se revisó en los primeros capítulos, hay evidencia que sugiere que hay influencias medio-ambientales e individuales que han permitido tener una explicación aproximada acerca de la aparición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad en la infancia.

La postura etológica señala que la ansiedad social podría ser aprendida a través de la adquisición de patrones inadecuados de interacción social. En este sentido el papel que juega la familia es muy importante, puesto que la adquisición inadecuada de estrategias de afrontamiento y de habilidades de interacción social, favorece la vulnerabilidad de los niños. Las influencias familiares podrían promover un estado patológico en la infancia. Algunas teorías del aprendizaje señalan que los niños asumirán como suyos los patrones de conducta y las estrategias sociales que observen en sus padres. La evidencia sugiere que la sobreprotección y la crítica/rechazo excesivos, son dos de los estilos parentales que se asocian con el desarrollo de algún trastorno de ansiedad, en este caso de FS.

No obstante, se sabe que las características propias de personalidad también influyen en la manera que las personas adquieren las habilidades necesarias para desempeñarse adecuadamente dentro de su grupo social. En este sentido, se ha encontrado que la línea que divide la timidez normal con un estado patológico, es tan delgada, que el problema podría ser minimizado por las familias de los infantes.

Así, el aislamiento social durante la infancia perturba enormemente el desarrollo normal del menor. De esta forma, la influencia de sus características propias de personalidad, así como otras conductas parentales y la inadecuada adquisición de estrategias de interacción o de afrontamiento, podrían afectar las conductas sociales de los niños y por ende,

distorsionar la imagen sobre sí mismos y sobre cómo creen que son percibidos y evaluados por los otros.

PROPOSITOS

- ❖ Explorar las posibles relaciones entre crianza y fobia social
- ❖ Explorar las posibles relaciones entre los estilos de vida y la fobia social
- ❖ Explorar las posibles relaciones entre el afrontamiento y la fobia social.

METODO

Participantes

Se trabajó con los mismos participantes del primer estudio, 185 mujeres y 204 hombres de entre 7 y 13 años de edad, con una media de 9 años.

Instrumentos

- ❖ **Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)** (versión infantil) (Hernández – Guzmán & Sánchez Sosa, 1998). Escala de interacción familiar compuesta por 53 reactivos distribuidos en 2 escalas: Síntomas Físicos (compuesta por 20 reactivos distribuidos en 5 factores: Factor 1 "Somatización I", Factor 2 "Síntomas Físicos", Factor 3 "Agresividad", Factor 4 "Somatización II" y Factor 5 "Depresión") y Estilos de Vida (compuesta por 18 reactivos distribuidos en 5 factores: Factor 1 "Interacción Papá", Factor 2 "Interacción Familiar Negativa", Factor 3 "Amistades Sociales", Factor 4 "Relaciones Escolares" y Factor 5 "Castigo"). Los reactivos se califican con 1, 2 y 3 dependiendo de su direccionalidad y las variables sociodemográficas se califican otorgándoles un valor sin direccionalidad. Alpha de Cronbach = .7579 para la primera escala y de .7272 para la segunda escala.

- ❖ **Instrumento de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos** (versión infantil) (Ortega, 1994 adaptado y compactado por López, 2000). Compuesto por 47 reactivos distribuidos en 10 factores: Factor 1 "Aceptación", Factor 2 "Rechazo", Factor 3 "Ejecución Orientada", Factor 4 "Castigo", Factor 5 "Control Firme", Factor 6 "Falta de Autonomía", Factor 7 "Preferencia hacia el sujeto", Factor 8 "Falta de Límites", Factor 9 "Castigo Explicado", Factor 10 "Sobreprotección". Los reactivos se califican con 1, 2 y 3. Alpha de Cronbach = .8856.

- ❖ **Estilos de Afrontamiento** (versión infantil) (Hernández-Guzmán, en prensa). Compuesto por 12 reactivos distribuidos en 4 factores: Factor 1 "Afrontamiento Activo", Factor 2 "Afrontamiento Emocional", Factor 3 "Afrontamiento de Evitación" y Factor 4 "Afrontamiento Pasivo". Los reactivos se califican con 1, 2 y 3. Alpha de Cronbach = .6680.

- ❖ **Instrumento Diagnóstico de Fobia Social** para niños entre 7 y 13 años, compuesto por 27 reactivos, con escala tipo Likert de 3 puntos (Nada, regular y tanto como te lo puedas imaginar). Los reactivos están distribuidos en 6 factores con un Alpha de Cronbach de .864.

Procedimiento

La aplicación de todos los instrumentos ya mencionados, tanto los del primer estudio como los del presente, se llevó a cabo al mismo tiempo. La finalidad de separar un estudio de otro radica en los diferentes objetivos planteados para cada uno, así como para una clara comprensión de los análisis de datos.

Análisis de Datos

Para conocer cuales son las variables presentes en la crianza, en el estilo de vida del niño y en la manera de afrontar que se relacionan con la ocurrencia del trastorno de fobia social, se llevó a cabo una correlación de Pearson entre los estilos de crianza y el puntaje total de la FS, los estilos de vida y la FS y las estrategias de afrontamiento y la FS.

RESULTADOS

Correlaciones

Se aplicó la prueba de Correlación de Pearson, con el objetivo de investigar si existe relación entre el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social para niños, y 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). Realizándose con la población general.

ESCALA DE AFRONTAMIENTO	INSTRUMENTO FS
Afrontamiento	.120*
Afrontamiento Activo	-.132**
Afrontamiento Emocional	.361**
Afrontamiento de Evitación	-.108*
Afrontamiento Pasivo	.087

**Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)

*Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas)

Tabla 7. Muestra la correlación de Pearson con el Instrumento de Medición de los Estilos de Afrontamiento por puntaje total y puntaje de factores.

Correlación de Pearson entre el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social y el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento: Escala de síntomas físicos y Escala de estilos de vida (Tabla 8).

SEViC	INSTRUMENTO FS
SEViC Síntomas Físicos	.359**
Somatización	.262**
Síntomas Físicos	.252**
Agresividad	.243**
Somatización II	.216**
Depresión	.317**

***Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)*

Tabla 8. Muestra la correlación de Pearson con el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC). Escalas síntomas físicos y estilos de vida por puntaje total y puntaje de factores.

SEViC	INSTRUMENTO FS
SEViC Estilos de Vida	.110*

**Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas)*

Se aplicó la prueba de correlación de Pearson entre el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social y el Instrumento de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza maternos (Tabla 9).

CRIANZA	INSTRUMENTO FS
Estilos de Crianza	.176**
Aceptación	.066
Rechazo	.160**
Ejecución orientada	.035
Castigo	.192**
Control firme	.015
Falta de autonomía	.149**
Preferencia al sujeto	.087
Falta de límites	.049
Castigo II	-.018
Sobreprotección	.075

***Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)*

Tabla 9. Muestra la correlación de Pearson con el instrumento Estilos de Crianza versión para niños, por puntaje total y puntaje de factores.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos, destacan su viabilidad psicométrica, de la misma manera, su fácil y rápida administración, su composición factorial, la discriminación entre sus reactivos y los índices de confiabilidad y validez observados permiten que el Instrumento Diagnóstico de Fobia Social sea recomendado para futuras aplicaciones.

Con respecto al primer propósito que se planteó para la presente investigación, el análisis de los resultados de la aplicación del instrumento en niños brinda la evidencia y soporte necesario para su utilización. El instrumento de FS explica un 50.55%, de la varianza total, con una confiabilidad de .864. A través del análisis factorial se obtuvieron 6 factores con 27 reactivos, con una carga factorial mayor o igual a .38, lo cual permite señalar que el instrumento diagnóstico de FS realmente evalúa de manera adecuada al constructo a partir de los factores: Actividad grupal, exposición social, juego, actividad individual, acercamiento e iniciativa; los cuales coinciden con base en la estructura propuesta por el DSM-IV (APA, 1994) para la fobia social. Según este último, los síntomas característicos de la FS giran alrededor del miedo persistente por una o más situaciones sociales en las que el niño se expone a la evaluación por parte de los demás, lo cual se refleja no sólo dentro del ámbito familiar, sino también en el escolar. Esto es congruente con diversos estudios realizados sobre fobia social (Albano & Kendall, 2002; Benjamín, et al., 1990; Bobes, et al., 1999; Bruce, 1999; Bruce & Saeed, 1999; Carretero, et al., 2001; Echeburúa, 1995; Essau, et al., 1998; Faravelli, et al., 2000; Kazdin & Johnson, 1994; King, et al., 1997; Kessler, et al., 1998; Manassis, 2000; Stein, 2001; Solyom, et al., 1986; Van Ameringen, et al., 2001; Wagner, 1998).

De acuerdo con los resultados, se encontró que el instrumento diagnóstico de FS, cuenta con validez concurrente, ya que la correlación con el SCAS (Spence, 1997), que es uno de los instrumentos de evaluación más utilizado en los estudios sobre ansiedad en niños, es alta. Por otra parte, el factor 5 del SCAS que evalúa fobia social, correlacionó

significativamente con el instrumento diagnóstico de fobia social, así como 6 factores del instrumento, lo cual indica que el instrumento diagnóstico de Fobia Social, se comporta de forma semejante a uno que mide la misma variable, lo que confirma que este instrumento mide realmente lo que pretende medir.

De esta manera, la estructura factorial así como las correlaciones con el SCAS, confirman la validez del instrumento. Se llevaron a cabo pruebas t de Student para conocer la capacidad del instrumento para distinguir entre niños de población general y de población clínica, lo cual fue uno de los objetivos planteados al inicio de la investigación. Se encontró que el instrumento diagnóstico de Fobia Social es capaz de distinguir entre ambas poblaciones. Estos datos sugieren que puede emplearse para discriminar de manera válida y confiable la fobia social. Cabe señalar que su capacidad de discriminación no fue suficiente para discriminar entre población general, población con trastorno de ansiedad y población con diagnóstico de trastornos de conducta, lo cual puede deberse a la forma en que se obtuvieron los diagnósticos psiquiátricos. Hubo una marcada inconsistencia entre los diagnósticos emitidos por el personal médico en donde se contactó a los pacientes psiquiátricos. Por lo que los resultados de la validez discriminante del instrumento pudieron verse afectados.

Se requiere más investigación y comprobación de la validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico de Fobia Social en poblaciones psiquiátricas. Estudios futuros deberán realizarse en escenarios psiquiátricos más controlados, así como contar con diagnósticos independientes que presenten un alto nivel de confiabilidad. La eficacia de un instrumento de diagnóstico para identificar el problema del niño, es una parte muy importante en la validación del mismo. Del diagnóstico oportuno, depende la elección de la estrategia terapéutica apropiada para el paciente.

Otro propósito era calcular la sintomatología asociada con el trastorno de fobia social en población general por sexo. Se encontró que el 18.65% de los niños de población general

cumplen el con el diagnóstico de fobia social, de los cuales el 40.8% son hombres y el 59.2% son mujeres. Esto concuerda con otros estudios que indican que la incidencia de la Fobia Social durante la niñez es elevada (Folsom, 2000; OMS, 1992; SSA, 2003; Turk, 1998; William, 1996). Sin embargo, obtener un cálculo exacto de su frecuencia en la población general es complicado, lo cual puede ser el resultado de problemas metodológicos, en la forma de recabar los datos, el establecimiento de diagnósticos y no menos importante, los niveles de confiabilidad y validez de los instrumentos empleados en los diferentes estudios (APA, 1994).

En las últimas décadas, la investigación de los trastornos de ansiedad en la población adulta se ha enriquecido enormemente. No obstante, recientemente se sabe que la población infantil padece dichos trastornos con más frecuencia de lo que se pensaba y que éstos han ido en aumento y, por ende, representan un reto importante. No sólo el trastorno de fobia social se presenta en un alto porcentaje en los niños, estudios epidemiológicos han demostrado que todos los trastornos de ansiedad tienen una alta incidencia en la niñez (Albano & Kendall, 2002; Kazdin & Johnson, 1994; Manassis, 2000; Silverman & Treffers, 2001; Toren et al., 2000; Weissman, 1990).

Por otra parte, los hallazgos, concuerdan con diversos estudios epidemiológicos que informan que los trastornos de ansiedad, así como la fobia social, son más frecuentes en mujeres que en varones (Magee, 1999; Mardomingo, 2001; Marks & Hemsley, 1999; Preboth, 2000). Se sabe que las niñas exhiben un temperamento más sensible. De la misma manera, se ha encontrado que el estilo de crianza ejercido sobre las mujeres, favorece que en general ellas sean las que informen más miedos y estrés ante las situaciones sociales a las que se exponen fuera del hogar, incluso más que los niños (Magee, 1999; Mardomingo, 2001; Marks & Hemsley, 1999; Preboth, 2000). De aquí que los estilos de afrontamiento por lo general, son diferentes entre hombres y mujeres.

Además, se obtuvieron los cinco síntomas informados con más frecuencia. Éstos se relacionan en general con el temor a la crítica por parte del grupo de los iguales. Los que

muestran mayor porcentaje fueron: Equivocarme frente a todos; ir a una fiesta donde no conozca a nadie, que todos me volteen a ver cuando la maestra me diga algo, abrazar a un compañero y quedarse en el salón a la hora del recreo. Lo cual es congruente con la sintomatología de la Fobia Social.

Es de suma importancia contar con investigaciones que propongan nuevas formas de medir el trastorno de fobia social, en parte debido a las diferencias que se han observado entre los resultados de diversos estudios.

Las diferencias observadas entre los resultados de diversos estudios, pueden deberse a problemas de confiabilidad y validez de los instrumentos y a variaciones en la metodología empleada, más que a una alteración real en la prevalencia de los problemas de salud mental que se pretenden evaluar en la infancia. En algunos casos, el acceso a instrumentos estandarizados para México no es común, lo que orilla a realizar diagnósticos con base en estándares de medición de otros países. Además, la carencia de escalas confiables y válidas en las que se involucren componentes tanto de evaluación, como afectivos, cognitivos, conductuales y sociales del trastorno no permite una buena evaluación de los trastornos de ansiedad en la población infantil.

De aquí, el hecho de reconocer la relevancia de tomar en consideración estos componentes para realizar un instrumento de diagnóstico de la fobia social y, de esta manera, establecer una conexión con los modelos teóricos que permitirían una mejor comprensión y evaluación del trastorno. Con esto, el objetivo principal del presente estudio fue satisfecho ya que a pesar de las limitaciones que se presentaron a lo largo del proceso, el instrumento que se obtuvo permite un diagnóstico eficaz de fobia social.

La edad escolar es la etapa en donde el niño es capaz de resolver problemas que están o han estado presentes en su experiencia. Su pensamiento se aleja del egocentrismo, y de esta forma, puede adoptar el punto de vista de los demás y su lenguaje hablado es mucho más social y comunicativo. Se propicia el desarrollo de la voluntad, la autoestima y el estilo de afrontamiento, lo que permite con el paso del tiempo la regulación de un razonamiento afectivo, mismo que es favorecido por las características cualitativas y cuantitativas de sus interacciones sociales.

Así, con la finalidad de conocer los componentes de evaluación, afectivos, cognitivos, sociales y conductuales que permiten comprender de manera global la Fobia Social, el propósito de este segundo estudio fue conocer los elementos dentro del estilo de crianza, en los estilos de vida y en el afrontamiento que se relacionen significativamente con los síntomas presentes en la Fobia Social

Los resultados de este segundo estudio indican que sí existe una relación estadísticamente significativa entre la fobia social los estilos de afrontamiento, los síntomas físicos, los estilos de vida y los estilos de crianza. Lo cual concuerda con los datos presentados por otros estudios (Bernstein, Svingen & Garfinkel, 1990; Craske, 1997; Essau, Conradt & Petermann, 1998; Faravelli, Zucchi, Viviani & Salmoria, 2000; Fyer, Mannuzza, Chapman & Martin, 1995; Joormann & Stöber, 1999; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992; Leitenberg, Yost, Carroll-Wilson, 1986; Lieb, Wittchen, Hofler & Fuetsch, 2000; Manassis & Hood, 1998; Michelson, Sugai, Wood & Kazdin, 1983).

Los niños con Fobia Social, en general, presentaron más dolores de estómago, de cabeza, de espalda, náuseas y vómito, palpitaciones, sensación de mareo y de desmayo, problemas de visión (Preboth, 2000; Silverman & Treffers, 2001; Spence, 1998; Stein, 2001), de la misma manera, manifestaron hacer más berrinches y enojarse con facilidad y finalmente los resultados muestran que los niños con fobia social, tuvieron más síntomas de depresión, como sentirse tristes, sentir que no hacen bien las cosas, y tener ganas de

quedarse acostados todo el día, lo que concuerda con los hallazgos de otros estudios (Bienvenu, et al., 2001; Stein & Chavira, 1998; Vasey, Crnic & Carter, 1994; Weissman, 1990). Por otra parte, con respecto a los estilos de vida, los niños con fobia social, manifestaron tener más relaciones escolares lo que podría tener relación con la percepción distorsionada en sus relaciones con pares y en la deseabilidad de pertenecer a un grupo social (Bogels & Zigterman, 2000; Carretero, Feixas, Pellungrini & Saúl-Gutiérrez, 2001). Asimismo los estilos de crianza utilizados por los padres se relacionan altamente con la Fobia Social (Lieb, Wittchen, Hofler & Fuetsch, 2000). Se sabe que padres ansiosos tienden a generar ambientes familiares ansiosos dentro de los cuales los niños aprenden una serie de pautas que irán asimilando con el paso del tiempo, por lo que es frecuente encontrar madres ansiosas o depresivas en la historia familiar de niños con fobia social (Manassis & Hood, 1998; McClure, Brennan, Hammen & Le Brocque, 2001). Esta dinámica familiar tiende a empeorar los síntomas de los hijos.

El estilo de crianza bajo el cual se desarrolla el niño, desempeña un papel importante ya que es a través de la continua retroalimentación positiva o negativa, el rechazo o cuidado de los cuidadores, así como la forma de dirigirse a los niños que se favorecerá o no a la aparición de la fobia social y a los trastornos de ansiedad en general durante la infancia (McClure, et al., 2001). Es así, como los resultados indican que la Fobia Social se correlacionó de manera significativa con estilos de crianza en donde predomina el rechazo, el castigo y la falta de autonomía de los hijos. Así, 3 de los factores del Instrumento de Estilos de Crianza mostraron correlaciones estadísticamente significativas con los síntomas de la Fobia Social.

Finalmente, los estilos de afrontamiento que adquieren los niños influye directamente, la forma en la que toman decisiones y se desempeñan dentro de su grupo de pares, de esta manera, afectan la manera de percibir las situaciones ansiógenas, incrementando el miedo a las evaluaciones negativas por parte de los otros, ser objeto de burla de los demás y a desempeñarse de forma inadecuada con sus compañeros. De acuerdo con los resultados,

la fobia social se relaciona de forma estadísticamente significativa y positivamente con el estilo de afrontamiento emocional y negativamente con el afrontamiento activo y de evitación. Las correlaciones con el instrumento de Afrontamiento son estadísticamente significativas, sin embargo no todos los estilos de afrontamiento correlacionaron de forma significativa con el puntaje de Fobia Social, lo que indica que los niños que sufren dicho trastorno, hacen uso de estrategias de afrontamiento pero que no son necesariamente las mejores para una buena actuación en su entorno social.

En general, se encontró que las correlaciones resultaron consistentes con los hallazgos de otros estudios (Bruce, 1999; Carretero, et al., 2001; Essau, et al., 1998; Faravelli, et al., 2000; Kessler, et al., 1998; Last, et al., 1992; Li, et al., 2001; Lieb, et al., 2000; Tracey, et al., 1997; Wagner, 1998; Wittchen, et al., 2000)

No obstante, el análisis anterior tan sólo permite inferir la co-ocurrencia entre las variables, sin embargo, no informa el grado de influencia de éstas, por lo que se propone realizar estudios en los que se calcule el nivel de predicción de la Fobia Social a partir de variables tales como los estilos de vida, los estilos de crianza y los estilos de afrontamiento de los sujetos.

Los modelos teóricos de los cuales parten la mayoría de las explicaciones a los trastornos de ansiedad, tienen su base en los principios del desarrollo humano infantil. De aquí que la interacción de éstos no permita el estudio de cada variable por separado para explicar la ocurrencia de la fobia social. Será necesario considerar, para estudios futuros, modelos que permitan realizar predicciones, un ejemplo es la regresión múltiple. Será conveniente emplear estrategias que permitan determinar el peso de las variables que predicen un trastorno psiquiátrico. Por consiguiente, se sugiere que se realicen estudios posteriores que sometan a prueba los modelos explicativos y predictivos sobre la ocurrencia de la Fobia Social en la población infantil.

LIMITACIONES

Ambos estudios presentaron limitaciones con respecto al método y al procedimiento ya que en el proceso de validación del instrumento de Fobia Social, los diagnósticos no se realizaron bajo las mejores condiciones, además la mayoría de los diagnósticos correspondían a trastornos de conducta. La proporción de pacientes psiquiátricos con trastornos de ansiedad, en general, y, específicamente, con fobia social, fue muy pequeña.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abbey, A., Ceballo, R., Lansford, J. E. & Stewart, A. J. (2001). Does family structure matter?: A comparison of adoptive, two parent biological, single-mother, stepfather, and stepmother households. *Journal of Marriage & the Family*, 63(3), 840-851.
- Aduna, A. P. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Albano, A. M. & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice Hall
- Asher, S. R. & Coie, J. D. (1990). *Peer rejection in childhood*. New York: Cambridge University Press.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 4th ed.)*. Quinta reimpresión (1998). Barcelona: Masson.

Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L. & Ries, M. K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081.

Band, E. B., Chaiyasit, W., Eastman, K. L., McCarty, C. A., Suwanlert, S., Wanitromance, K. & Weisz, J. R. (1999). Culture, coping, and context: primary and secondary control among Thai and American youth. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 40(5), 809-818.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, Inc.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy, the exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman & Company.

Bannister, T., Kummel, P. & Raskin, P. M. (1998). The relationship between coping styles, attachment, and career salience in partnered working women with children. *Journal of Career Assessment*, 6(4), 403-416.

Barber, B. K. & Erickson, L. D. (2001). Adolescent social initiative: Antecedents in the ecology of social connections. *Journal of Adolescent Research*, 16(4), 326-354.

Barber, J. G., Bertrand, L. & Bolitho, F. (2001). Parent-child synchrony and adolescent adjustment. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 18(2), 51-64.

Barber, J. G. & Delfabbro, P. (2000). Predictors of adolescent adjustment: parent-peer relationships and parent-child conflict. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 17(4), 275-289.

- Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R. & Silva, P. A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression and anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 594-601.
- Barton, K., Dielman, T. E. & Cattell, R. B. (1986). Prediction of objective child motivation test scores from parents' reports of childrearing practices. *Psychological Reports*, 59(2), 343-352.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1-103.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-276.
- Beaton, R. A. (2000). A biopsychosocial approach to understanding the pathogenesis of anxiety and depressive disorders. *The Sciences & Engineering*, 61(6-B), 3270.
- Behl, L. E. & Crouch, J. L. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 25, 413-419.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent and discriminative validity of the social phobia and anxiety inventory for children (ISPAI-C). *Psychological Assessment*, 8(3), 235-240.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.

- Benjamin, R. S., Costello, E. & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Annual Progress in Child Psychiatry & Development*, 408-433.
- Bernstein, G. A., Crosby, R. D. & Perwien, A. R. (1996). Anxiety rating for children-revised: Reliability and validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 97-114.
- Bernstein, G. A. & Garfinkel, B. D. (1988). Pedigrees, functioning and psychopathology in families of school phobic children. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 70-74.
- Bernstein, G. A., Svingen, P. H. & Garfinkel, B. D. (1990). School phobia: Patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 24-30.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A. & Rosenbaum, J. F. (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 49-57.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F. & Bloduc, E. A. (1991). A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression. *Psychiatry Research*, 37, 333-348.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F. & Hirshfeld-Becker, D. R. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Bienvu, O. J., Brown, C., Samuels, J. F., Liang, K.-Y., Costa, P. T., Eaton, W. W. & Nestadt, G. (2001). Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 102(1), 73-85.

- Bingham, A. B. & Smith, S. W. (2000). Providing effective coping strategies and supports for families with children with disabilities. *Intervention in School & Clinic, 35*(5), 294-296.
- Birmaher, B., Khetarpal, S. & Brent, D. A. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 545-553.
- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dubowitz, H., Korch, J. B. & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinic Children & Adolescent Psychology, 31*(1), 16-26.
- Blankemeyer, M., Culp, R. E., Hubbs – Tait, L. & McDonald, C. A. (2002). A tool for identifying preschoolers' deficits in social competence: The preschool taxonomy of problem situations. *Education & Treatment of children, 25*(2), 208 – 223.
- Blunt, B. D. & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology, 51*, 315-344.
- Bobes, J., Badia, X., Luque, A., García, M., González, M. P. & Dal-Ré, R. (1999). Validación de las versiones de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medical Clinical, 112*, 530-8.
- Bobes, G. J., González, M. P., Saiz, P. A. M. & Bousoño, M. G. (1999). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona: Masson.
- Boekaerts, M. & Röder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disability & Rehabilitation, 21*(7), 311-337.

- Bögels, S. M. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 205-211.
- Booth, C. L., Clarke, S. K., Lowe, V. D., McCartney, K. & Tresch, O. M. (2002). Child-care usage and mother-infant, quality time. *Journal of Marriage & the Family*, 64, 16-26.
- Bost, K. K., Vaughn, B. E., Washington, W. N., Cielinsky, K. L. & Bradbard, M. R. (1998). Social competence, social support, and attachment: demarcation of construct domains, measurement, and paths of influence of preschool children attending head start. *Child Development*, 69(1), 192 – 218.
- Bowen, R. C., Fischer, D. G., Barret, P. & D'Arcy, C. (1987). The relationship between agoraphobia, social phobia and blood-injury phobia in phobic and anxious-depressed patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32(4), 275-281.
- Bowlby, I. (1969). Attachment and loss (Vol.1). *Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bracken, M. B., Triche, E. W., Belanger, K., Hellenbrand, K. & Leaderer, B. P. (2003). Association of maternal caffeine consumption with decrements in fetal growth. *American Journal of Epidemiology*, 157(5), 456-466.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. & Bersabé, R. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6-17 años. *Ansiedad & Estrés*, 2(2-3), 97-112.
- Brendgen, M., Lavoie, F., Tremblay, R. E. & Vitaro, F. (2001). Reactive and proactive aggression: predictions of physical violence in different context and moderating effects of parental monitoring and caregiving behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 321-330.

- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and desing*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Brown, M. G., McLcod, L. E., Tressell, P. A. & Unger, D. G. (2000). Interparental conflict and adolescent depressed mood: The role of familiy functioning. *Child Psychiatry & Human Development*, 31(1), 23-41.
- Bruce, T. J. (1999). Social anxiety disorder: A common, underrecognized mental disorder. *American Family Physician*, 60, 2311-2322.
- Bruce, T. J. & Saced, S. A. (1999). Social anxiety disorder, a common, underrecognized mental disorder. *American Family Physician*, 60, 2311-2320.
- Burke, R., Gelfand, D. M. George, T. P., Teti, D. M. & Wright, C. (2000). Early maternal depression and children's adjustment to school. *Child Study Journal*, 30(3), 153-168.
- Bushnell, J. (1998). *Guidelines for assesing and treating anxiety disorders*. Wellington: National Health Comité
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence* 30(4), 165-176.
- Cadarette, S., Liu, Y. & To, T. (2000). Child care arrangement and preeschool development. *Canadian Journal of Public Health*, 91(6), 418-424.
- Cano, A. V. & Tobal, M J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA. *Psicología Contemporánea*, 6, 14-21.

- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, L. & Saúl-Gutiérrez, L. A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín De Psicología*, 72, 43-55.
- Cnattingius, S., Ekblom, A., Granath, F. & Rane, A. (2003). Caffeine intake and the risk of spontaneous abortion. *Food & Chemical Toxicology*, 41(8), 1202-1204.
- Cohen, S. (1971). *Child development: A study of growth processes*. USA: Peacock.
- Colleta, N., Kramer, E., Ratna, M., Zeitlin, M., Babatunde, E. D. & Garman, D. (1995). *Strengthening the family: Implications for international development*. New York: ONU.
- Comeche, M. I., Díaz, M. & Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Costello, E. J., Angold, A. & Keeler, G. P. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: The consequences of severity and impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 121-128.
- Cote, S. (2001). Predicting girls' conduct disorder in adolescence from childhood trajectories of disruptive behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 223-229.
- Cox, M. J. & Demo, D. H. (2000). Families with young children: A review of research in the 1990s. *Journal of Marriage & the Family*, 62, 876-895.
- Cox, R. H., Robb, M. & Russell, W. D. (2001). Construct validity of the revised anxiety rating scale (ARS-2). *Journal of Sport Behavior*, 24(2), 10-19.

- Craig, G. (1994). *Psicología del Desarrollo* (6ª. Ed.). México: Prentice-Hall.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. (7º Ed.). México: Prentice Hall.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(2), 4-37.
- Cress, W. S. & Holm, T. D. (2000). Developing empathy through children's literature. *Education*, 120(3), 593-597.
- Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.
- Cunningham, M. (2001). The influence of parental attitudes and behaviors on children's attitudes toward gender and household labor in early adulthood. *Journal of Marriage & the Family*, 63(1), 111-122.
- Cutts, S. & Sigafoos, J. (2001). Social competence and peer interactions of students with intellectual disability in an inclusive high school. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(2), 127-141.
- Daugherty, T. K. & Jeney – Gammon, P. (1993). Children's coping styles and report of depressive symptoms following a natural disaster. *Journal of Genetic Psychology*, 154 (2), 259 – 267.
- Dauwalder, J. P., Dumas, J. E. & Lemay, P. (2001). Dynamic analyses of mother-child interactions in functional and dysfunctional dyads: A synergic approach. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 78-96.

- Davies, P. T. & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 386-411.
- De Paul, J., Milner, J. & Montes, P. (2001). Evaluations, attributions affect and disciplinary choises in mothers at high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1015-1036.
- De la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B. & Losilla, J. M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 2, 359-368.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Psychological Assessment*, 6, 2, 171—209.
- Dempsey, D. A., Hajnal, B. L., Partridge, J. C., Jacobson, S. N., Good, W., Jones, R. T. & Ferrero, D. M. (2000). Tone abnormalities are associated with maternal cigarette smoking during pregnancy in in utero cocaine-exposed infants. *Pediatrics*, 106, 79-85.
- Dilalla, L. F. (1998). Daycare, child and family influences on preeschooler's social behaviors in a peer play setting. *Child Study Journal*, 28(3), 223-244.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y Tratamiento de la Fobia Social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eckenrode, J. & Kendall, T. K. (1996). The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 161-169.
- Edelbrock, C. S., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Kalas, D. & Conover, N. (1995). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the chil. *Child Development*, 56, 265-275.

- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (Pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Englund, M. M., Levy, K. A., Hyson, M. D. & Sroufe, A. L. (2000). Adolescent social competence: Effectiveness in a group setting. *Child Development*, 71(4), 1049-1060.
- Entwisle, D. R. & Doering, S. (1988). The emergent father role. *Sex roles*, 18, 119-141.
- Erdley, C. A. & Asher, S. R. (1999). A social goals perspective on children's social competence. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 7(3), 156- 167.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1998). Frequency and comorbidity of social fears and social phobia: results from the Bremen adolescent study. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 66(11), 524-530.
- Estevan, C. E. (2003). Fobia social. Criterios diagnósticos, trastornos y evaluación. Disponible en: <http://www.ideasapiens.com/psicologia/clinica/fobiasocial>
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica*, 6, 1, 33-64.
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Doménech, J. M., Navarro, J. B. & Losilla, J. M. (1997a). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psicothema*, 9, 3, 529-539.
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Júdez J., Doménech, J. M., Navarro, J. B. & Losilla, J. M. (1997b). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for

- Children and Adolescents –DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 431-440.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., Guthrie, I., Poulin, R., Shepard, S. & Friedman, J. (1999). Regulation, emotionality and preschoolers' socially competent peer interactions. *Child Development*, 70(2), 432 – 442.
- Fabes, R. A., Leonard, S. A., Kupanoff, K. & Martín, C. L. (2001). Parental coping with children's negative emotions: Relations with children's emotional and social responding. *Child Development*, 72(3), 907 – 110.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B. & Salmoria, R. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, 15(1), 17-24.
- Faw, T. (1981). *Psicología del niño*. México: McGraw Hill.
- Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health & Development*, 26(4), 277-288.
- Férrandez-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C. & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of sexual behavior*, 30, 369-372.
- Fine, M. & Mertensmeyer, C. (2000). Parentlink: a model of integration and support for parents. *Family Relations*, 49(3), 257-265.

- Folsom, J. (2000). Family functioning and ADHD in adolescents with and without a comorbid anxiety disorder. *The Sciences & Engineering*, 60(11B), 5771.
- Friedmann, M. S., Keitner, G. I., McDermut, W. H., Solomon, D. A. & Ryan, C. E. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36(4), 357-367.
- Furstenberg, F. F. & Kiernan, K. E. (2001). Delayed parental divorce how much do children benefit. *Journal of Marriage & the Family*, 63(2), 446-457.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F. & Martin, L. Y. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52(7), 564-573.
- Gable, S. L. & Shean, G. D. (2000). Perceived social competence and depression. *Journal of Social & Personal Relationships*, 17(1), 139-150.
- García-Portilla, M. P., Bascarán, T. F. & Saiz, P. A. (2001). *Evaluación psicométrica de la fobia social (trastorno de ansiedad social)*. Interpsiquis. Disponible en: <http://www.interpsiquis.com/2004/index.shtml>
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M. & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 175-185.
- Gold, N., Benbenishty, R. & Osmo, R. (2001). A comparative study of risk assessments and recommended interventions in Canada and Israel. *Child Abuse & Neglect*, 25, 607-622.
- Gottman, J. (1997). *The heart of parenting: Raising an emotionally intelligent child*. New York, NY: Simon & Schuster.

- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grolnick, W. S., Gurland, S. T. & Kurowski, C. O. (1999). Family processes and the development of children's self-regulation. *Educational Psychologist*, 34(1), 3-14.
- Grossmann, K. E. & Volkmer, H. J. (1984). Fathers' presence during birth of their infants and paternal involvement. *Developmental Psychology*, 24, 82-91
- Grych, J. H. & Fincham, F. D. (1992). Interventions for children of divorce: Towards greater integration of research and action. *Psychological Bulletin*, 111, 434-454.
- Gutterman, E. M., O'Brien, J. D. & Young, J. G. (1987). Structured diagnostic interviews for children and adolescents: Current status and future direction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 621-630.
- Haghighatgou, H. & Peterson, C. (2001). Coping and depressive symptoms among Iranian students. *The Journal of Social Psychology*, 135(2), 175-180.
- Halford, K. W. (2000). Repeating the errors of our parents?, family of origin spouse violence and observed conflict management in engaged couples. *Family Process*, 39, 219 – 235.
- Hall, M. J. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Family Process*, 39(4), 435 – 444.

- Hammond, M., Reid, M. J. & Webster – Stratton, C. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283 – 302.
- Harmer, A., Mertin, P. & Sanderson, J. (1999). Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction. *Child Abuse & Neglect*, 23(5), 421-433.
- Hartup, W. W. & Moore, S. G. (1990). Early peer relations: developmental significance and prognostic implications. *Early Childhood Research Quarterly*, 5(1), 1-18.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M. Schoeder, B. & Witzleben, I. (2002). Validity and reliability of the social interaction anxiety scale (SIAS) and the social phobia scale (SPS). *Verhaltenstherapie*, 12, 26-35.
- Herjanic, B. & Reich, W. (1992). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between parent and child on individual symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*, 10, 307- 324.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1 y 2), 83- 90.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mac Graw-Hill.

- Hidalgo, M. D., López-Pina, J. A., Inglés, C. J. & Méndez, F. X. (2002). Análisis psicométrico del cuestionario de confianza para hablar en público. *Anales de Psicología*, 18(2), 333-349.
- Hill, J. & Scout, D. A. (2001). Stability and change in parenting beliefs in first-time mothers from the pre-to postnatal period. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 19(2), 105-119.
- Hill, S. Y., Locke, J., Lowers, L. & Connoll, J. (1999). Psychopathology and achievement in children at high risk for developing alcoholism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 883-891
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 34, 49-68.
- Hoffman, M. L. (1975). Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology* 11, 228-239.
- Houck, G. M. (1999). The measurement of child characteristics from infancy to toddlerhood: temperament, developmental competence, self – concept and social competence. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22, 101 – 127.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Resultados definitivos*. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>
- Jennifer, S. (2000). Intergenerational influences on the entry into parenthood. *Social Forces*, 79(1), 319-348.

- Jensen, P. S., Shervette, R. E., Xenakis, S. N. & Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1203-1209.
- Johnsen, M. C. & Leiter, J. (1994). Child maltreatment and school performance. *American Journal of Education*, 102, 154-189.
- Joormann, J. & Stöber, J. (1999). Somatic symptoms of generalized anxiety disorder from the DSM-IV: Associations with pathological worry and depression symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(5), 491-503.
- Judge, S. L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations*, 47(3), 263-368.
- Kagan, J. (1992). Yesterday's premises, tomorrow's promises. *Developmental Psychology*, 28(6), 990-997
- Kagan, J. (1999). The role of parents in children's psycho-social development. *Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 104, 164-174.
- Kagan, J., Reznick, J. & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- Kane, M. T. & Kendall, P. C. (1989). Anxiety disorders in children: A multiple-baseline evaluation of a cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 20, 499-508.
- Katz, L. G. & McClellan, D. E. (1997). *Fostering children's social competence: The teacher's role*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

- Kazdin, A. E. & Johnson, B. (1994). Advances in psychotherapy for children and adolescents: Interrelations of adjustment, development and intervention. *Journal of School Psychology, 32*(3), 217-246.
- Kendall, P. C., Brady, E. U. & Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*, 787-794.
- Kendall, P. C. & Chansky, S. D. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 167-185.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: A population-based twin study. *Archives of General Psychiatry, 49*, 267-272.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill
- Kerr, S. M. & McIntosh, J. B. (2000). Coping when a child has a disability: Exploring the impact of parent to parent support. *Child: Care, Health & Development, 26*(4), 309-322.
- Kessler, R. C., Stein, M. B. & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry, 155*, 613-619.
- King, N., Murphy, G. C. & Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Counselling Psychology Quarterly, 10*(4), 377-388.
- Kinsey, S. J. (En prensa). *The relationship between prosocial behaviors and academic achievement in the primary multiage classroom*. Chicago: Loyola University Press.

Klaus, M. & Kennell, J. (1983). Parent-to-infant bonding: Setting the record straight. *Journal of Pediatrics*, 102(4), 575-576.

Klein, R. & Last, C. G. (1989). *Anxiety disorders in children*. Newburg Park, CA: Sage Publications.

Kool, E., Lande, M. B. & Soliday, E. (2001). Family environment, child behavior, and medical indicators in children with Kidney Disease. *Child Psychiatry & Human Development*, 31(4), 249-296.

Koplik, E. K., Lamping, D. L. & Reznikoff, M. (1992). The relationship of mother – child coping styles and mothers' presence on children's response to dental stress. *Journal of Psychology*, 126(1), 79 – 92.

Kotimaa, A. J., Moilanen, I., Taanila, A., Ebeling, H., Smalley, S. L., McGough, J. J., Hartikainen, A-L. & Järvelin, M.-R. (2003). Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 826-833.

Kretchmar, M. D. & Jacobvitz, D. B. (2002). Observing mother-child relationships across generations: boundary patterns, attachment, and the transmission of caregiving. *Family Process*, 41, 351-374.

Kroeze, S. & Hout, M. A. V. (2000). Selective attention for hyperventilatory sensations in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 563-581.

Ladd, G. W. (1999). Peer relationships and social competence during early and middle childhood. *Annual Review of Psychology*, 50, 333-359.

- Ladd, G. W. (2000). The fourth relationships as risks and resources following children's transition to school. *American Educational Research Association Division E Newsletter*, 19(1), 7, 9-11
- Ladd, G. W. & Profilet, S. M. (1996). The child behavior scale: A teacher - report measure of young children's aggressive, withdrawn, and prosocial behaviors. *Developmental Psychology*, 32(6), 1008-1024.
- Landry, S. H., Smith, K. E., Miller-Loncar, C. L. & Swank, P. R. (1998). The relation of change in maternal interactive styles to the developing social competence of full-term and preterm children. *Child Development*, 69(1), 105 – 123.
- Larsson, B. & Frisk, M. (1999). Social competence and emotional/behaviour problems in 6 – 16 years old Swedish school children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 24 -33.
- Larsson, B., Knutsson-Medin, L., Sundelin, C. & Trost, W. A. C. (2000). Social competence and emotional/behavioural problems in children of psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2), 122 – 128.
- Last, C. G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A. E. & Strauss, C. C. (1987). Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- Last, C. G., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1997). A psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1580-1583.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.

- Law, K. L., Stroud, L. R., LaGasse, L.L., Niaura, R., Liu, J. & Lester, B. M. (2003). Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics*, *111*, 1318-1323.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Leitenberg, H., Yost, L. W. & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting Clinic Psychology*, *54*, 528-536.
- Lepine, J.-P., Wittchen, H.-U. & Essau, C. A. (1993). Lifetime and current comorbidity of anxiety and affective disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *3*(2), 67-77.
- Le Vine, R. A. (1977) Child rearing as cultural adaptation. En H. P. Leiderman, S. R. Y. Thlkin & A. Rosenfeld (Eds.), *Culture and infancy: Variations in the human experience*. (Pp. 15-29). New York: Academic. Press Inc.
- Li, C. Johnson, M. S. & Goran, M. I. (2001). Effects of low birth weight on insulin resistance syndrome in Caucasian and African-American children. *Diabetes Care*, *24*, 2035-2042.
- Li, D., Chokka, P. & Tibbo, P. (2001). Toward an integrative understanding of social phobia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, *26*(3), 190-202.
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Hofler, M. & Fuetsch, M. (2000). Parental psychopathology, parent styles and the risk of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *57*(9), 859-864.

- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. & Klein, D. F. (1985). Social phobia: A review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 729-736.
- Lipsitt, L. & Reese, H. (1963). *Desarrollo infantil*. México: Trillas.
- Luescher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: a new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage & the Family*, 60(2), 413-425.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34(7), 343-351.
- Manassis, K. (2000). Childhood anxiety disorders: Lessons from the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 724-730.
- Manassis, K. & Hood, J. (1998). Individual and familial predictors in impairment in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 428-434.
- Marc, E. & Picard, D. (1992). *La interacción social, cultura, instituciones y comunicación*. Barcelona: Paidós.
- March, J. S., Parker, J. D. A. & Sullivan, K. (1997). The multidimensional anxiety scale for children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 554 - 564.
- Mardomingo, M. J. S. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 3(10), 237-247.

- Marin, C. (1999). Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 272-289.
- Marks, M. & Hemsley, D. (1999). Retrospective versus prospective self-rating of anxiety symptoms and cognitions. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(5), 463-472.
- Marks, R. C., Glaser, A. B., Glass, B. J. & Horne, M. A. (2001). Effects of witnessing severe marital discord on children's social competence and behavioral problems. *The Family Journal Counseling & Therapy for Couples & Families*, 9(2), 94-101.
- Marten, DiBartolo, P. M., Albano, A. M, Barlow, D. H. & Heimberg, R. G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 213-220.
- Martin, D. C. (2001). The impact of respite, coping style, and child's adaptive functioning on parental stress. *Sciences & Engineering*, 61(12), 6712
- Mash, E. & Terdal, L. (1981). *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.
- McClellan, D. E. & Kinsey, S. (1999). Children's social behavior in relation to participation in mixed-age or same-age classrooms. *Early Childhood Research & Practice (online)*, 1(1). Disponible en <http://ecrp.uiuc.edu/v1n1/v1n1.html>
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C. & Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 1-10.

- McCollum, J. A. & McBride, S. L. (1997). Ratings of parent-infant interaction: Raising questions of cultural validity. *Early Childhood Special Education*, 17(4), 494-519.
- McConaughy, S. H. & Wadsworth, M. E. (2000). Life history reports of young adults previously referred for mental health services. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 8, 202-215.
- McGuigan, W. M. & Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25, 869-883.
- Meesters, C., Muris, P. & Van – Braker, A. (1998). Coping styles, anxiety, and depression in children. *Psychological Reports*, 83(3), 1225-1226.
- Menninger, W. W. (1995). Challenges to providing integrated treatment of anxiety disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59(2), 86-93.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L. & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523-1535.
- Messer, S. C. & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorder. *Journal of American Academy & Child Adolescent Psychiatry*, 33, 975-982.
- Michelson, L., Sugai, D., Wood, R. & Kazdin, A. E. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miller, R., Sabin, A. C., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B. & Lee, A., C. (2000). Coping styles in families with haemophilia. *Psychology, Health & Medicine*, 5(1), 3 - 12.

- Mizes, J. S., Landolf-Fritsche, B. & Grossman-McKee, D. (1987). Patterns of distorted cognitions in phobic disorders: An investigation of clinically severe simple phobics, social phobics and agoraphobics. *Cognitive Therapy & Research*, 11(5), 583-592.
- Molina, A. M. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista Psiquiátrica. Psicología del niño y del adolescente*, 2(1), 23-40.
- Morris, T. L. & Masia, C. L. (1998). Psychometric evaluation of the social phobia and anxiety inventory for children: Concurrent validity and normative data. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 452-458.
- Moss, R. (1979). *Evaluating educational environments: Methods, procedures, findings and policy implications*. San Francisco: Jossey Bass.
- Mulkens, S., Bögels, S. M., Jong, P. J. & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Muris, P. & Van-Brakel, A. (1998). Coping styles, anxiety, and depression in children. *Psychological Reports*, 83(3), 1225-1228.
- Neal, J. & Frick-Horbury, D. (En prensa). The effects of parenting styles and childhood attachment patterns on intimate relationships. *Journal of Instructional Psychology*.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 24(2), 181-196.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research & Therapy*, 21, 685-692.

- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D., Turner, S. M. & Beidel, D. C. (1999). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Reliability and validity in a Spanish adolescent population. *The Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 21, 67-78
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- 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/>
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *37ª. Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. La familia y la salud*. Disponible en <http://www.paho.org/>
- Öst, L.-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 223-229.
- Papalia, D. & Wendkos – Olds, S. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (5a. Ed.). México: McGraw Hill.
- Papalia, D. & Wendkos – Olds, S. (1997). *Desarrollo humano* (6a. Ed.). México: McGraw Hill.
- Parker, J. G. & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk?. *Psychological Bulletin*, 102(3), 357-389.
- Peinado, A. (1962). *Paidología*. 3º Ed. México: Porrúa.

- Pelissolo, A., Gourion, D., Notides, C., Bouvard, M., Lepine, J. P. & Mouren-Simeon, M. C. (2001). Familial factors influencing the consumption of anxiolytics and hypnotics by children and adolescents. *European Psychiatry*, 16(1), 11-17.
- Perry, B. D. (2001). Raising a nonviolent child. *Scholastic Parent & Child*, 9, 45-51.
- Peters, L. (2000). Discriminant validity of the social phobia and anxiety inventory (SPAI), the social phobia scale (SPS) and the social interaction anxiety scale (SIAS). *Behavior Research & Therapy*, 38, 943-950.
- Plagemann, A., Harder, T., Franke, K. & Kohlhoff, R. (2002). Long-term impact of neonatal breast-feeding on body weight and glucose tolerance in children of diabetic mothers. *Diabetes Care*, 25, 16-22.
- Pliszka, S. R. (1997). Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 197-203.
- Preboth, J. (2000). Anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 324-340.
- Pruett, K. D. (2001 a). How and why children need dads and dads need children. *Work & Family Life*, 15(9), 254-263.
- Pruett, K. D. (2001 b). What a difference a dad makes. *Work & Family Life*, 10(2), 43-51.
- Putallaz, M. (1987). Maternal behavior and children's sociometric status. *Child Development* 58, 324-340.

- Radovanovic, H. (1993). Parental conflict and children's coping styles in litigating separated families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(6), 697 - 712.
- Ramos, Y., González - Seijo, J. C. & Ballesteros, M. C. (2003). Trastornos de ansiedad generalizada en la infancia y adolescencia. *Interpsiquis*, Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2003>
- Ramsey, P. G. (1991). *Making friends in school: Promoting peer relationships in early childhood*. New York: Teacher's College Press.
- Rapee, R. M., Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Evans, L. (1994). Reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders using structured interview: Interrater and parent - child agreement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 984-992.
- Raskin, P. M., Kummel, P. & Bannister, T. (1998). The relationship between coping styles, attachment, and career salience in partnered working women with children. *Journal of Career Assessment*, 6(4), 403-416.
- Repetti, R. L., Crouter, A. C. & Perry, J. M. (2000). Work and family in the 1990s. *Journal of Marriage & the Family*, 62(4), 981-1008.
- Rogoff, B. M. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. New York: Oxford University Press.
- Ross, A. (1997). *Terapia de conducta infantil. Principios, procedimientos y bases teóricas*. México: Limusa.
- Roth, U. E. (1986). *Competencia social, el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.

- Rothbart, M. & Bates, J. (1998). Temperament. En W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology* (Vol. 3), Social, Emocional and Personality Development (Pp. 105-176). New York: Wiley.
- Sánchez-Sosa, J. J., Jurado, C. S., Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2), 101-116.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Schneider, B. H. (1993). *Children's social competence in context*. Oxford: Pergamon Press
- Schwartz, W. (1999). Developing social competence in children. *Choices & Briefs*, 3. Disponible en <http://iume.tc.columbia.edu/choices/briefs/choices03.html>
- Secretaría de Salud (2003). Boletín especial de salud mental. *La epidemiología de la salud mental en México*. Disponible en <http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/epidism.htm>
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. New York: Signet
- Seppanen, S. M., Kyngas, H. A. & Nikkonen, M. J. (1999). Coping and social support of parents with a diabetic child. *Nursing & Health Sciences*, 1, 63-70.
- Serres, F. & Solomon, C. R. (1999). Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 339-351.
- Shaffer, D. (1994). Structured interviews for assessing children. *Journal of Children Psychology & Psychiatric & Allied Disciplines*, 35, 783-784.

- Shek, D. T. (2000). Parental marital quality and well-being, parent-child relational quality, chinese adolescent adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 28(2), 147-162.
- Silverman, W. K. & Eisen, A. R. (1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 117-124.
- Silverman, W. K., La Greca, A. M. & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worry and its relation to anxiety. *Child Development*, 66, 671-686.
- Silverman, W. K. & Nelles, W. B. (1998). The anxiety disorders interview schedule for children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 772-778.
- Silverman, W. K. & Treffers, P. D. A. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention*. New York, US: Cambridge University Press.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., Lygren, S. & Kringlen, E. (2000). The heritability of common phobic fear: A twin study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 549-562.
- Small, M. F. (1997). Our babies, ourselves. *Natural History*, 106, 42-48.
- Solantaus-Simula, T., Punamäki, R.-L. & Beardslee, W. R. (2002). Children's responses to low parental mood: Associations with family perceptions of parenting styles and child distress. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 287-295.
- Solyom, L., Ledwidge, B. & Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 464-470.

- Spence, S. H. (1983). The implication for heterosexual social skills training. En S. Spence & G. Shepherd (Eds.), *Developments in social skills training*. London: Academic Press
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research & Therapy*, 36, 545-566.
- Sperry, L., Thomas, J. L. & Yarbrough, M. S. (2000). Grandparents as parents: Research findings and policy recommendations. *Child Psychiatry & Human Development*, 31(1), 3-22.
- Stein, M. B. (2001). Social phobia symptoms, subtypes and severity: Findings from a community survey. *The Journal of the American Medical Association*, 286, 1046-1052.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Kozak, M. V. & King, N. (1998). Genetic linkage to the serotonin transporter protein and 5HT-sub(2A) receptor genes excluded in generalized social phobia. *Psychiatry Research*, 81(3), 283-291.
- Stein, M. B. & Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50(1 Supl.), 11S-16S.
- Stein, M. B., McQuiad, J. R., Laffaye, C. & McCahill, M. E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *Journal of Family Practice*, 48, 514-519.
- Stotts, A. L., Shipley, S. L., Schimitz, J. M., Sayre, S. L. & Grabowski, J. (2003). Tobacco, alcohol and caffeine use in a low-income, pregnant population. *Journal of Obstetric Gynaecology*, 23(3), 247-251.
- Straus, M. A. (2000). Corporal punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1109-1114.

Styron, T. & Hanoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long - term effects on adult attachment, depression and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, 21(10), 1015-1023.

Sun, Y. (2001). Family environment and adolescent's well-being before and after parents' marital disruption: A longitudinal analysis. *Journal of Marriage & Family*, 63(3), 697-713.

Tajima, E. A. (2000). The relative importance of wife abuse as a risk factor of violence against children. *Child Abuse & Neglect*, 24(11), 1383-1398.

Taylor, J. E., Deane, F. P. & Podd, J. V. (2000). Determining the focus of driving fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(5), 453-470.

Teare, J. F. (2001). Identifying risk factors for disrupted family reunifications following short-term shelter care. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 1(3), 211-233.

Terauchi, Y., Kubota, N., Tamemoto, H., Sakura, H., Nagai, R., Akanuma, Y., Kimura, S. & Kadowaki, T. (2000). Insulin effect during embryogenesis determines fetal growth. *Diabetes*, 49, 82-86.

Terri, H. D. (1994). The impact of delayed fatherhood on the father-child relationship. *Journal of Genetic Psychology*, 155(4), 511-530.

Thevos, A. K. (1998). Alcoholism with and without social phobia: A comparison of pre and post treatment differences in drinking and social support. *Sciences & Engineering*, 58(11), 5884

Topolski, T. D., Hewitt, J. K., Eaves, L. J., Silberg, J. L., Meyer, J. M., Rutter, M., Pickles, A. & Simonoff, E. (1997). Genetic and environmental influences on child reports of

manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorders: A community-based twin study. *Behavior Genetics*, 27, 15-28.

Toren, P., Wolmer, L., Rosental, B., Eldar, S., Koren, S., Lask, M., Weizman, R. & Laor, N. (2000). Case series: brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual-based cognitive-behavioral technique. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1309-1312.

Tracey, S. A., Chorpita, B. F. & Couban, B. F. (1997). Empirical evaluation of DSM-IV generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Children Psychology*, 26, 404-414.

Trianes, M. V. (1999). *Estrés en la infancia: Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.

Tunstall, D. F. (1994). *Social competence needs in young children: What the research says*. Paper presented at the Association for Childhood Education. New Orleans.

Turner, S. M., Beidel, D. C. & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55, 229-235.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 389-394.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 209-223.

- Vacc, N. A. & Juhnke, G. A. (1997). The use of structured clinical interviews for assessment in counseling. *Journal of Counseling & Development, 75*, 470-480.
- Valero, L. (1997). La evaluación del comportamiento infantil: Características y procedimientos. *Apuntes de Psicología, 51*, 51-79.
- Van Ameringen, M. A., Lane, R. M. & Bowen, R. C. (2001). Sertraline improves symptoms of generalized social phobia. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 275-281.
- Van Zuuren, F. J. (1985). Identity problems among phobics: A continued study. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden, 40*(1), 27-39.
- Vasey, M. W., Crnic, K. A. & Carter, W. G. (1994). Worry in childhood: A developmental perspective. *Cognitive Therapy & Research, 18*, 529-549.
- Vera, N. J. A., Domínguez, I. S. E., Vera, N. C. Y. & Jiménez, P. K. G. (1998) Apoyo percibido del padre, estimación del niño en el hogar y desarrollo cognitivo-motor. *Revista Sonorense de Psicología, 12*(2), 78-84.
- Viaud-Delmon, I., Ivanenko, Y. P., Berthoz, A. & Jouvent, R. (2000). Adaptation as a sensorial profile in trait anxiety: A study with virtual reality. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(6), 583-601.
- Vizcarro, C., León, D., Garcimarán, J., García, J., Llorente, G., Romero, J. & Vargas, J. A. (1996). Aportaciones de una entrevista estructurada (SADS) al acuerdo interjueces en el diagnóstico por medio de los criterios de diagnóstico para la investigación. *Psychological Assessment, 4*, 99-114.
- Wagner, C. G. (1998). Cures for social phobia. *Futurist, 32*(9), 73-84.

- Wagner, K. D. (2001). Generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatric Clinics North America*, 24(1), 139-153.
- Wamboldt, M. Z., Wamboldt, F. S., Gavin, L. & McTaggart, S. (2001). A parent-child relationship scale derived from the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 945-953.
- Waters, E. & Cummings, M. E. (En prensa). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development, Special Millennium Issue*.
- Watson, R. I. (1977). *Psicología del desarrollo infantil*. España: Aguilar.
- Webster - Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence a parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283 302
- Weissman, M. M. (1990). Evidence for comorbidity of anxiety and depression: family and genetics studies of children. En J. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*, (Pp. 349-365). Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Wiener, J. M. (1991). *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC. : American Psychiatric Press, Inc.
- Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M. A., Teare, M. & Schecter, J. (2000). Children's interview for psychiatric syndromes (ChIPS). *Journal of the American Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 76-84.
- William, M. J. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the national comorbidity survey. *The Journal of the American Medical Association*, 53, 159-168.

- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H. & Mueller, N. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15(1), 46-58.
- Woolfolk, A. (1996). *Psicología educativa* (6a. Ed.). México: McGraw Hill.
- Yagla, M. K. (2000). *Childhood family disruptions and adult well-being: The differential effects of divorce and parental death*. University of Northern Iowa, USA.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology & Psychology*, 18, 459-482.
- Young, J. G., O'Brien, J. D., Gutterman, E. M. & Cohen, P. (1997). Research on the clinical interview. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 613-620.
- Yussen, S. R. & Santrock, W. J. (1978). *Child development*. USA: Peacock
- Zsolnai, A. (2002). Relationship between children's social competence, learning motivation and school. *Educational Psychology*, 22(3), 317-329

ANEXO 1

Características descriptivas de la población del estudio

POBLACIÓN GENERAL

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	185	47.56%
Masculino	204	52.44%

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
7	57	14.7%
8	73	18.8%
9	94	24.2%
10	82	21.1%
11	70	18.0%
12	8	2.1%
13	5	1.3%

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	326	83.8%
Vespertino	63	16.2%

POBLACIÓN CLINICA

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%

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	112	100%

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

ANEXO 2

Carta de Consentimiento Informado

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 _____

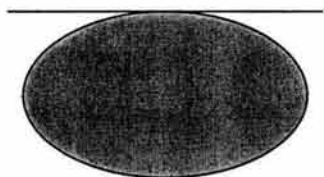
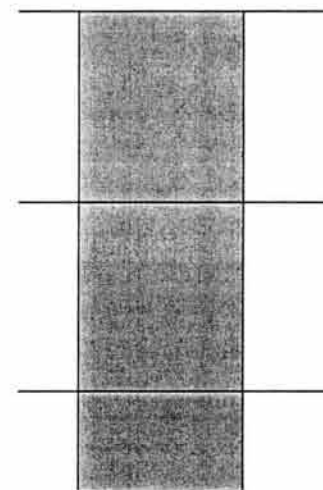
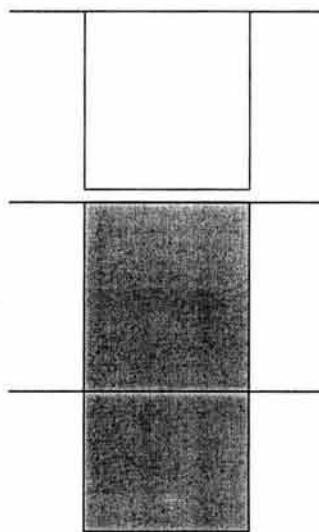
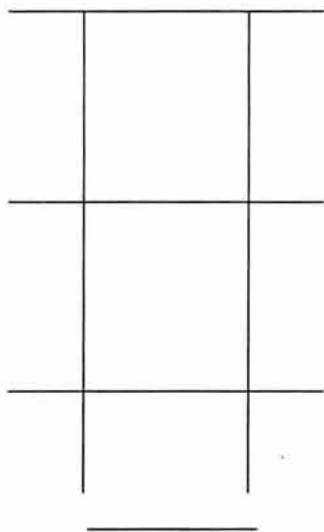
Nombre

Testigos

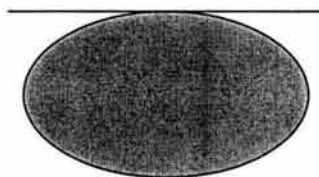
Testigos

ANEXO 3

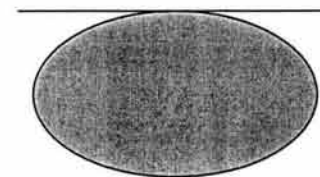
Representaciones gráficas de las opciones de respuesta de los instrumentos aplicados.



NUNCA

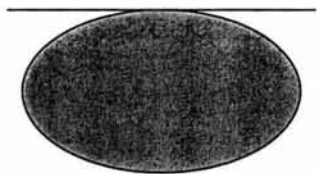
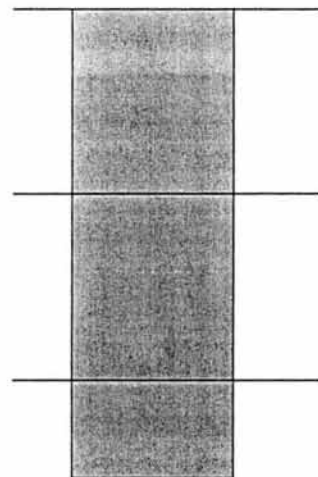
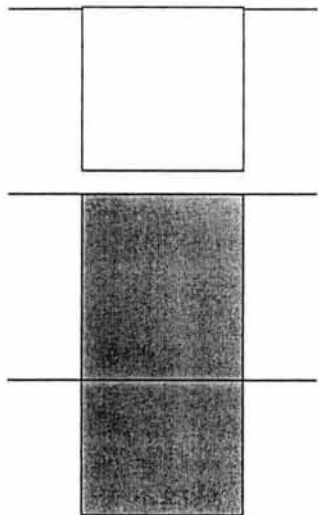
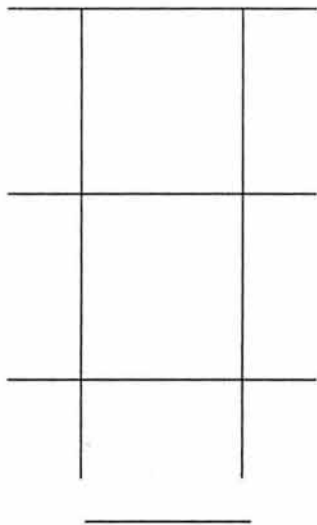


A VECES

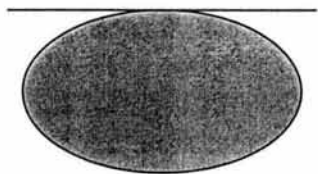


MUCHAS VECES

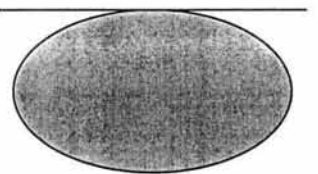
ANEXOS



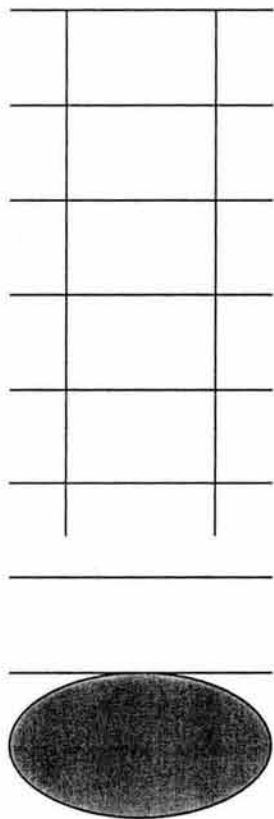
NADA



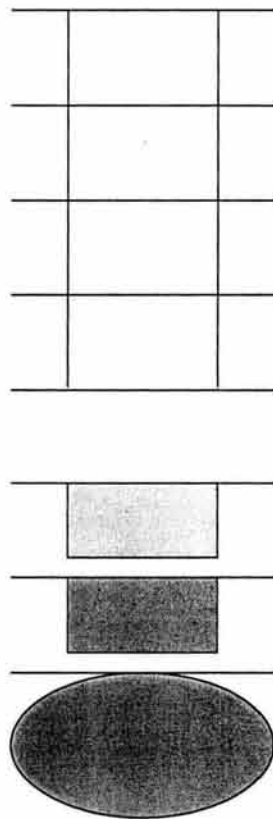
REGULAR



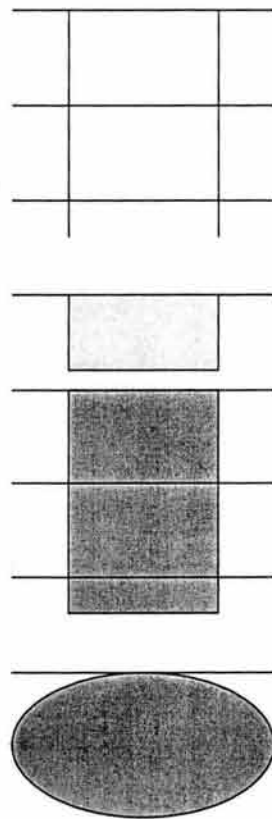
TANTO COMO
PUEDAS IMAGINAR



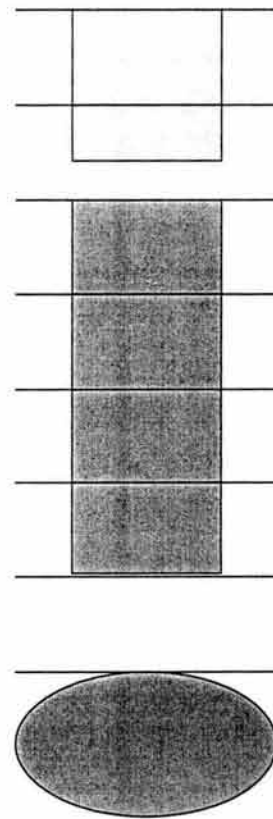
0 Días



1 -2 Días



3 -4 Días



5 -7 Días

ANEXO 4

Frecuencias por reactivo en la muestra de población general del Instrumento Diagnóstico de Fobia Social

No.	Reactivo	Frecuencia %		
		Nada	Regular	Tanto como te puedas imaginar
1	Hablar con un niño (a) que no conoces	49.9	28.8	21.3
2	Compartir un juguete con otros niños (as)	55.5	24.9	19.5
3	Comer junto con otros niños (as) cuando falta tu mejor amigo	37	32.1	30.8
4	Jugar y corretear por el patio de la escuela	65.3	19.3	15.4
5	Jugar a las escondidas con varios niños (as)	65	18.8	16.2
6	Jugar a las correteadas con varios niños (as)	62.2	20.6	17.2
7	Abrazar a un compañero (a)	45.5	18.8	35.7
8	Participar en competencias con otros niños (as)	61.4	21.3	17.2
9	Jugar y platicar con niños (as) más grandes	59.6	22.4	18
10	Pedirle a otro niño (a) algo prestado	49.4	32.9	17.7

11	Jugar y platicar con niños (as) más chicos (as)	63	21.9	15.2
12	Llegar temprano a la escuela para jugar antes de clase	70	15.2	14.8
13	Salir a un paseo con la maestra y mi grupo	72.9	15.8	11.3
14	Hacer una tarea en equipo	73	14.4	12.6
15	Ser de la escolta en los honores a la bandera	60.7	15.9	23.4
16	Ir a una kermesse o fiesta de la escuela	70.2	19	10.8
17	Hacer educación física con los demás niños (as)	70	15.7	14.3
18	Bailar en festivales de la escuela	46.3	25.4	28.3
19	Caerme a la hora del recreo y que ayuden otros niños (as)	51.4	21.3	27.2
20	Regresar a casa en compañía de otros niños (as) que vivan cerca	71.7	17.7	10.5
21	Participar en un concurso frente a mucha gente	48.6	28	23.4
22	Leer en voz alta en clase	60.9	23.9	15.2
23	Quedarme en el salón de clases en la hora de recreo	43.4	21.6	35
24	Ir a una fiesta donde no conozca a nadie	34.7	26.5	38.8
25	Hacer nuevos amigos (as)	71.2	15.9	12.9
26	Que todos me volteen a ver cuando la maestra me diga algo	35.7	25.7	38.6

27	Equivocarme frente a todos	26.7	26.5	46.8
----	----------------------------	------	------	------