



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“INTERACCIÓN FAMILIAR NEGATIVA Y EL  
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:  
EDGAR SALINAS RIVERA**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**

**REVISORA: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS**



**MÉXICO, D. F.**

**2011**



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

A la Universidad Nacional Autónoma de México por su constante labor dirigida al desarrollo de profesionales poseedores de los más altos estándares de calidad y herramientas necesarias que les permitan mantenerse siempre al tanto de las condiciones y necesidades de la población, así como diseñar de estrategias de solución eficaces para dichos problemas.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF) por facilitar el acceso al módulo de psicofisiología aplicada y hacer posible la realización de este proyecto.

A mi madre por mantenerse a mi lado y mostrar en todo momento una total integridad, fortaleza y valor humano. Por enseñarme a través de su ejemplo que siempre hay una luz en el camino por la que vale la pena luchar. Eres una de las personas más maravillosas, inteligentes y comprometidas que conozco y por eso te admiro.

A mi padre, quien me ha ofrecido su apoyo y cariño incondicional en todo momento y cuyo ejemplo siempre presente me ha permitido crecer no sólo como profesional sino como ser humano. Gracias por ser mi compañero de viaje durante todo estos años y por impulsarme siempre a alcanzar nuevas metas y nuevos horizontes, te quiero muchísimo.

A Mariana por ser mi compañera permanente de riñas, discusiones, llantos y tantas sonrisas. Te quiero mucho, eres la mejor hermana que podría tener.

A mi familia que siempre se ha mantenido a mi lado y me ha cobijado con su apoyo y palabras alentadoras en cada momento de mi vida.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, mi director y una de las personas a quien más admiro. Gracias por permitirme formar parte de este, mi

segundo hogar y por contribuir enormemente a través de tu sabiduría, pericia, experiencia y valor humano en la construcción de este proyecto así como en mi formación y quehacer profesional. Gracias por el apoyo y la confianza que has depositado en mí.

A la Dra. Patricia Campos Coy por ser mi cómplice en cada momento de la planeación, instrumentación y culminación de este proyecto y de los que están por venir. Gracias por confiar en mí y por recibirme siempre con una enorme sonrisa y con los brazos abiertos. Me llena de orgullo tener la oportunidad de continuar desarrollándome como persona y como profesional al lado de alguien tan comprometida con el bienestar social e individual como tú has demostrado serlo todos estos años.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, quien a través de su dedicación, experiencia, sencillez y siempre buen humor contribuyó enormemente a la definición de mi labor como profesional, y sin cuya labor este trabajo no hubiera sido posible.

A la Dra. Angélica Riveros cuya figura ha establecido un nuevo parámetro de excelencia académica y profesional; y sin cuya ayuda la cristalización de este proyecto no hubiera sido posible.

A Héctor Velázquez quien se ha convertido en un apoyo incondicional y con quien he construido a través de los años una alianza personal y profesional inquebrantable. Gracias por tu escucha y tus palabras en los momentos en que más los necesité y por las continuas e indispensables aportaciones dirigidas a la construcción de este proyecto.

A Carlos Castro por su apoyo emocional y profesional constante. He aprendido grandes cosas de ti tanto en el ámbito académico como en el personal y me da gusto compartir este espacio y tiempo con personas tan valiosas como tú.

A Valeri Noé por volar a mi lado durante este tiempo. Por acompañarme a través de este arduo proceso y por enseñarme entre otras cosas que vale la pena sentir y “dejarse llevar” para poder disfrutar cada momento con la mayor intensidad posible.

Quiero agradecer especialmente la enorme contribución de todos los pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría que participaron en este proyecto, así como la confianza y paciencia que depositaron en él y sin las cuales éste no hubiera podido realizarse.

A todos mis hermanos casineros, compañeros de roca y de vida por acompañarme y contribuir directa o indirectamente a través de este largo proceso de formación académica y personal que por supuesto no termina aquí; por hacerme parte de esta increíble familia y por realmente darle un nuevo significado a mi vida. Especialmente agradezco a todos aquéllos que a través de su completa confianza, increíble paciencia y enorme disposición participaron en la elaboración de este trabajo.

A todos ustedes muchísimas GRACIAS.

# ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2

## INTRODUCCIÓN

I.	EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	3
II.	EPIDEMIOLOGÍA.....	9
III.	COMORBILIDAD Y DETERIORO	
	<i>Comorbilidad con otros trastornos mentales.....</i>	13
	<i>Deterioro ocasionado por el</i>	
	<i>Trastorno de Ansiedad Generalizada.....</i>	14
IV.	ETIOLOGÍA	
	<i>Etiología de la ansiedad y del</i>	
	<i>Trastorno por Ansiedad Generalizada.....</i>	18
V.	INTERACCIÓN FAMILIAR	
	<i>Factores familiares.....</i>	23
	<i>Interacción familiar y procesamiento emocional.....</i>	27
	<i>Problemas conductuales asociados</i>	
	<i>a la calidad de la interacción familiar.....</i>	28
	<i>Abuso sexual y físico.....</i>	28
	<i>Eventos estresantes dentro de la familia.....</i>	30
	<i>Calidez y crítica.....</i>	32
	<i>Promoción de autonomía, sobreprotección y control.....</i>	32
	<i>Calidad del apego.....</i>	37
VI.	LIMITACIONES DE HALLAZGOS PREVIOS.....	42

## MÉTODO

<i>Participantes</i> .....	46
<i>Medición</i> .....	49
<i>Variables Sociodemográficas</i> .....	52
<i>Tipo de estudio</i> .....	52
<i>Procedimiento</i> .....	52

RESULTADOS.....	55
-----------------	----

DISCUSIÓN.....	76
----------------	----

REFERENCIAS.....	88
------------------	----

ANEXOS.....	108
-------------	-----

- A) Entrevista estructurada para diagnósticos del eje I  
(sección de trastorno de ansiedad generalizada)
- B) Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
- C) Inventario de ansiedad de Beck (BAI)
- D) Cuestionario de salud, estilos de vida y comportamiento  
(segunda sección)

## RESUMEN

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los cuadros de ansiedad con mayor prevalencia en el mundo. En México, su prevalencia a 12 meses es 0.4% en población general, equivalente a más de 400,000 personas. El cuadro incluye preocupación crónica, excesiva e incontrolable, nerviosismo, irritabilidad, tensión muscular y serio deterioro en la calidad de vida de quienes lo padecen. En este contexto es necesario determinar los factores que precipitan este trastorno a fin de desarrollar intervenciones eficaces para su prevención y tratamiento. Se ha documentado que la interacción familiar contribuye a la aparición del trastorno, pero aún falta explorar la especificidad del efecto de la interacción con cada padre, mejorar la operacionalización de las variables estudiadas y hacer comparaciones con grupos sanos, ya que se ha explorado sobre todo la sintomatología de los pacientes sin un diagnóstico confirmado. El propósito del presente estudio fue explorar esta interacción con las tres precauciones metodológicas descritas mediante un esquema retrospectivo de casos y controles. Participaron 31 pacientes con diagnóstico confirmado de TAG y 31 participantes sin sintomatología. Los resultados revelaron que formas relativamente específicas de interacción familiar negativa se asocian con el posterior desarrollo de TAG en la edad adulta.

Palabras clave: crianza, predictores, trastornos psicosomáticos, preocupaciones, estilos de vida.



## ABSTRACT

The Generalized Anxiety Disorder (GAD) is one of the most prevalent anxiety disorders worldwide. In Mexico, its twelve-month prevalence stands around 0.4% in the general population, which represents over 400,000 persons. This disorder involves excessive, uncontrollable and chronic worrying; nervousness, irritability, increased muscle tension and severe deterioration of the individual's quality of life. In this context it becomes necessary to establish the factors leading to the development of this disorder aimed at developing effective preventive and treatment interventions. Although research studies have documented that defective family interaction contributes to the development of this disorder, little attention has been given to the specificity of the interaction with each parent, to the operational features of measuring family interaction and to comparing healthy groups with participants with confirmed GAD diagnosis. Thus, the purpose of the present study was to explore the aforementioned interaction while implementing these methodological precautions, through a retrospective cases-control scheme. A total of 62 persons participated, 31 formally diagnosed with TAG and 31 without any anxious symptoms. Results revealed relatively specific forms of negative family interaction associated with the later development of GAD in adulthood.

Key words: childrearing, predictors, psychosomatic disorders, worrying, lifestyles.

# **INTERACCIÓN FAMILIAR NEGATIVA Y EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

## **INTRODUCCIÓN**

### **I. EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), conocido como tal desde su aparición como trastorno independiente en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- III) en 1980, constituye uno de los Trastornos de Ansiedad más frecuentes entre la población general.

Las características diagnósticas de este trastorno han cambiado a través del tiempo; desde considerarse inicialmente como uno de los dos componentes principales de la Neurosis de Ansiedad, junto con los síntomas que caracterizan al trastorno de pánico, hasta considerarse como una entidad diagnóstica independiente (Mennin, Heimberg & Turk, 2004).

De acuerdo con la primera versión del DSM, el grupo de síntomas característicos de TAG se clasificaba como “Reacción de Ansiedad”; un término estrechamente relacionado con el de “ansiedad flotante” históricamente propuesto por Freud, la cual no era fácilmente identificable por los pacientes. La segunda versión

del DSM (DSM-II), consideró a este grupo de síntomas como Neurosis de Ansiedad.

Ambas clasificaciones se criticaron ampliamente por basar sus criterios diagnósticos en conjeturas acerca de la etiología de los diversos trastornos mentales y por no basarse en fenómenos observables y en confirmaciones empíricas de los factores etiológicos de cada entidad diagnóstica.

Por esta razón, a partir de la siguiente versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), se comenzó a poner especial atención a estos factores y a basar los criterios para la clasificación diagnóstica en aspectos mucho más empíricos y observables, como la descripción de la sintomatología de cada trastorno, en lugar de clasificaciones de naturaleza meramente teórica. (Mennin, Heimberg & Turk, 2004).

La tercera versión del DSM (DSM-III) publicada en 1980, clasificaba a los trastornos de ansiedad de acuerdo a sus diferencias en cuanto a sintomatología, epidemiología, etiología, fenomenología y la respuesta que solían mostrar los pacientes al tratamiento. Debido a esto, la clasificación de los trastornos de ansiedad se hizo más específica, resultando en una separación entre el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Pánico, así como la aparición de otras clasificaciones para los trastornos de ansiedad.

Con la aparición de la versión revisada del DSM-III (DSM-III-R), los criterios para el diagnóstico formal del TAG se especificaron aún más, requiriendo que los pacientes presentaran una

preocupación excesiva y poco realista asociada a diversas circunstancias de la vida. Esta preocupación se consideró la característica principal del TAG a partir de esta versión del DSM. (Mennin, Heimberg & Turk, 2004).

Para la edición de la cuarta versión del DSM (DSM-IV) los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico del TAG se especificaron un poco más para dar lugar a los criterios diagnósticos actuales, los cuales conservan a la preocupación excesiva, poco realista y difícil de controlar como la característica principal del TAG, además de una serie de síntomas asociados a ella. Debido a estos cambios frecuentes en la especificación del TAG a través del tiempo, las guías para el diagnóstico y tratamiento de este trastorno han sufrido un retraso importante en comparación con los otros trastornos de ansiedad.

De acuerdo a los criterios de la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), para diagnosticar el TAG es necesaria la presencia de una preocupación crónica, inespecífica y excesiva (DSM-IV, 1994) la cual es experimentada por los pacientes como menos realista que las preocupaciones cotidianas en términos de su poca probabilidad de ocurrencia y más difícil de controlar (Craske, Rapee, Jackel, & Barlow, 1989, DSM- IV, 1994). De acuerdo con el DSM-IV esta preocupación se considera la característica principal para el diagnóstico de este trastorno el cual requiere durar más de 6 meses

para diagnosticarse formalmente. Las preocupaciones características del TAG normalmente giran en torno a situaciones cotidianas como la familia, enfermedades, trabajo, relaciones interpersonales, dinero, etc., según la etapa del desarrollo en la que se encuentre la persona (Sanderson & Barlow, 1990). Ocasiona al individuo malestar clínicamente significativo y deteriora su funcionamiento en prácticamente todas las áreas de la vida, incluyendo la social y la laboral, las cuales suelen ser las más deterioradas (DSM- IV, 1994; Wittchen, 2002). Así, debido a la naturaleza crónica, excesiva y difícil de controlar de las preocupaciones características del TAG, los pacientes experimentan constantemente niveles de ansiedad intensos ocasionando malestar generalizado y constante.

Para la emisión formal del diagnóstico del TAG, la preocupación debe estar asociada además, a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse o no poder poner la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño entre las cuales se encuentran: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sueño no reparador, es decir, la sensación de despertar sin haber descansado lo suficiente.

Además de estas alteraciones, las personas con TAG se muestran frecuentemente hiper-vigilantes, es decir, conservan una atención sostenida hacia diversos estímulos ambientales a su alrededor buscando cualquier irregularidad (Mc Lean & Woody,

2001). Esto ocurre porque suelen sobreestimar la probabilidad de que ocurra un evento negativo o amenazante para su integridad física o psicológica o la de sus seres queridos (Dugas, Freestone, et al., 1998).

Normalmente las personas que reúnen las características para un diagnóstico de TAG muestran, además “conductas de seguridad” dirigidas a anticipar y prevenir eventos potencialmente negativos. Como estas conductas disminuyen de manera instantánea pero breve la ansiedad experimentada funcionan como conductas de evitación reforzando negativamente la preocupación (Craske, 1993). Estas personas perciben el preocuparse como estrategia adaptativa que ayuda a anticipar y prevenir eventos negativos (Mc Lean, & Woody, 2001), y por tanto no le permiten habituarse a la ansiedad que experimentan, evitando la posibilidad de aprender que esas sensaciones, aunque desagradables, no representan ninguna amenaza.

Estos individuos tienden a evitar situaciones que les parezcan riesgosas, hipervigilan constantemente su entorno para asegurarse de que todo se encuentra “bajo control” y no hay ningún posible peligro del que deban preocuparse. Al no permitir la realización de sus actividades normales adecuadamente estas conductas acaban deteriorando seriamente su funcionamiento (Gould & Otto, 1996).

Para el diagnóstico de TAG además de éstos síntomas, el DSM-IV usa criterios adicionales: la ansiedad y la preocupación no deben limitarse a los síntomas de algún trastorno del eje I y no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno por Estrés Postraumático; tampoco deben estar ocasionados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o por el padecimiento de alguna enfermedad física (DSM-IV, 1994).

## II. EPIDEMIOLOGÍA

El TAG es un trastorno que suele aparecer entre la adolescencia tardía y alrededor de los 20 años (Anderson, Noyes & Crowe, 1984; Rapee, 1991; Wittchen, 1998) y suele presentarse más en mujeres que en hombres (Wittchen, et al, 1994). Ha resultado difícil recopilar datos de la incidencia y prevalencia del TAG en la población mundial debido al cambio constante en sus criterios diagnósticos. A pesar de esto, en los últimos años se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos que muestran cómo parece comportarse a gran escala este trastorno.

En 1994 se llevó a cabo en Estados Unidos la Encuesta Nacional de Comorbilidad (National Comorbidity Survey) revelando una prevalencia a 12 meses de 3.1% y una prevalencia en la vida de 5.1% en población general. Estos datos se obtuvieron utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

Los resultados de la encuesta también mostraron que la menor prevalencia se encontraba en personas de 15 a 24 años de edad (2.0%) mientras que el porcentaje de prevalencia mayor se encontraba en personas entre los 45 y 55 años (6.9%). La encuesta mostró que casi dos mujeres por cada hombre presentaba síntomas del TAG (6.6% de mujeres contra 3.6% de hombres) (NCS: Wittchen, et al., 1994).



Para ilustrar la prevalencia del TAG en otros países, en un estudio europeo la German National Health Interview & Examination Survey, Mental Health Supplement realizada con los criterios diagnósticos del DSM-IV, informó una prevalencia a 12 meses de 1.5% para población alemana (GHS; Carter, et al., 2001), la cual fue ligeramente menor que la mostrada por la Encuesta Nacional de Comorbilidad.

Más recientemente, en Estados Unidos se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) utilizando una muestra representativa de la población. El estudio mostró una prevalencia de vida del TAG de 4.1%, es decir que este porcentaje de la población general reunió los criterios para un diagnóstico formal de TAG en algún momento de su vida. También se obtuvo una prevalencia a 12 meses estimada de 2.1% entre la población, lo cual significa que el 2.1% de la población reunió los criterios necesarios para el diagnóstico de TAG en el último año, anterior al momento en que se realizó la encuesta. Estos datos también se obtuvieron usando los criterios diagnósticos del DSM-IV (Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Ruan, Goldstein, et al., 2005).

En México, los datos más recientes mostraron que el grupo de trastornos de ansiedad es el más común de todos los trastornos

psiquiátricos, con prevalencia total a 12 meses de 6.6%, en comparación con los trastornos del estado de ánimo, los relacionados con el control de impulsos y los trastornos por abuso de sustancias, los cuales mostraron prevalencias a 12 meses de 4.8%, 1.6% y 2.5% respectivamente. De los trastornos de ansiedad, el TAG mostró una prevalencia a 12 meses de .4%.

A pesar de la aparentemente baja prevalencia nacional en comparación con los demás trastornos de ansiedad, las personas que lo padecen experimentan un nivel de deterioro entre moderado y grave, referido por los mismos pacientes diagnosticados con el trastorno (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2005).

Aunque no hay datos recientes de la prevalencia de este trastorno específicamente en la Ciudad de México, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, utilizando criterios diagnósticos del CIE-10 en 1999 mostró que la prevalencia de vida del TAG en la Ciudad de México era de 3.4%, es decir, mucho mayor a la mostrada en el estudio del 2005 (Caraveo, 1999). Nótese que los criterios diagnósticos empleados en ambos estudios fueron distintos, además de que en el estudio del 2005 se registró la prevalencia a 12 meses mientras que el de 1999 registró la prevalencia de vida. Es importante señalar que no hay datos recientes sobre la prevalencia de vida de este trastorno en la población mexicana. Aun cuando la prevalencia a 12 meses de este trastorno en México fue menor que

en Estados Unidos, los datos muestran de igual manera que una gran parte de la población mexicana presenta el padecimiento.

### III. COMORBILIDAD Y DETERIORO

#### *Comorbilidad con otros trastornos mentales*

Es muy frecuente que el Trastorno de Ansiedad Generalizada se presente en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Un estudio reveló que de los casos diagnosticados con TAG, los más frecuentes tipos de comorbilidad eran las siguientes: con Trastorno de Pánico con Agorafobia (42%), con Depresión Mayor (39%) y con Fobia Social (32%). De los 100 casos al inicio del estudio, sólo un participante presentó TAG “puro”, es decir, TAG en ausencia de cualquier otro trastorno de ansiedad, del estado de ánimo o por abuso de sustancias tras 8 años de seguimiento (Bruce, Machan, Dyck & Keller, 2001). Carter y sus colegas encontraron que el grado de comorbilidad del TAG con otros trastornos de ansiedad ocurrió en el 55% de los casos que participaron en su estudio, mientras que la comorbilidad con depresión se presentó en 59% de los casos (Carter, et al., 2001).

Según la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, sólo 10.2% de las personas con prevalencia a 12 meses de TAG no presentaron ningún trastorno comórbido (Grant et al., 2005).

Los resultados de este estudio concuerdan con los de otros, que concluyen que es más frecuente encontrar casos de TAG en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que casos de TAG “puro” (Bienvenu, et al., 1998; Brown & Barlow, 1992; Bruce, et al.,

2001; Carter, et al., 2001; Hunt, et al., 2002; Wittchen, et al., 1994). Aparentemente la comorbilidad más común del TAG es con la depresión, ya sea el Episodio Depresivo Mayor EDM o el Trastorno de Depresión Mayor TDM, pues es la condición más frecuente en el ámbito clínico.

#### *Deterioro ocasionado por el Trastorno de Ansiedad Generalizada*

Desde la concepción del TAG como entidad diagnóstica independiente ha existido un gran debate en relación a si los síntomas del TAG son lo suficientemente deteriorantes como para considerarse como tal, o tan sólo como un síntoma prodromal de otros trastornos psiquiátricos como el Trastorno Depresivo Mayor.

En contraste con esta idea, varios estudios han encontrado que el grado de deterioro ocasionado por el TAG en ausencia de algún otro trastorno psiquiátrico es comparable al grado de deterioro experimentado por los pacientes con Trastorno de Depresión Mayor o con Trastorno de Pánico, ambos en ausencia de algún otro trastorno psiquiátrico (Grant et al., 2005; Hunt, Slade, Kessler, 2000; Kessler, et al., 1999, 2002; Stein & Heimberg, 2002; Wittchen, 2002).

De hecho, según la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Grant, et al., 2005) el grado de deterioro ocasionado por el TAG en ausencia de otro trastorno psiquiátrico fue mayor que en casi todos los demás trastornos de ansiedad

“puros” (Pánico con y sin agorafobia, fobia social y fobia específica) en las cuatro áreas evaluadas (Deterioro Mental, Desempeño Social, Rol Emocional y Salud Mental), con las únicas excepciones del trastorno de pánico con agorafobia (en Desempeño Social y la escala de salud mental) y del trastorno de pánico sin agorafobia (en el área de Salud Mental).

Asimismo, el deterioro del TAG “puro” fue mayor en comparación con todos los trastornos de personalidad (TP) evaluados en el estudio (trastorno de personalidad por evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo, esquizoide, paranoico, histriónico y antisocial) en casi todas las áreas de funcionamiento, con excepción del Trastorno de Personalidad por evitación (en el área de desempeño social y la de salud mental), y el Trastorno de Personalidad por dependencia (en el área de rol emocional y desempeño social).

Un hallazgo que llama la atención es que el deterioro ocasionado por el TAG “puro” también resultó mayor que el ocasionado por los trastornos por abuso de sustancias en todas las áreas, con excepción del trastorno por uso de cualquier otra droga que no fuera alcohol ni nicotina con respecto al área de salud mental. A diferencia de los trastornos mencionados, el deterioro ocasionado por el TAG “puro” no fue mayor que el ocasionado por los trastornos del estado de ánimo “puros”. En algunos casos incluso, el deterioro causado por

estos fue mayor que el del TAG, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa (Grant, et al., 2005).

En un estudio realizado por Stein y Heimberg (2002), se buscó evaluar el grado de insatisfacción mostrado en diversas áreas de la vida (actividad principal, relaciones familiares, amistades, actividades recreativas e ingresos económicos) por participantes diagnosticados con TAG, en comparación con la insatisfacción experimentada por pacientes con Trastorno de Depresión Mayor (TDM). También se comparó la calidad de vida mostrada por los pacientes con ambos trastornos, medida con la escala de bienestar de McDowell y Newell (1987).

Los resultados mostraron niveles de insatisfacción elevados para cada uno de los dos trastornos de manera independiente con respecto a la actividad principal realizada por los participantes en su vida diaria, así como altos niveles de insatisfacción expresados con respecto a la vida familiar. Los resultados relacionados con las otras áreas de la vida de los pacientes no mostraron resultados concluyentes, es decir, no señalaban grandes puntajes de insatisfacción en relación con la presencia de alguno de los dos trastornos.

En cuanto a los puntajes de bienestar (entendido en el estudio como calidad de vida) característico de cada trastorno, ambos trastornos mostraron una elevada probabilidad de mostrar un bajo bienestar total percibido por los mismos participantes.

Dado que es más común que el TAG se presente en comorbilidad con otros trastornos mentales, y que el grado de deterioro causado por el TAG “puro” es comparable e incluso mayor que el ocasionado por muchos otros trastornos mentales; cuando se presenta el TAG junto con algún otro trastorno acaba resultando aún más perjudicial para los pacientes que el TAG “puro” (Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Ruan, Goldstein, et al, 2005; Hunt, et al., 2002; Wittchen, et al., 1994; Wittchen, 2000). Aún más, cuando el TAG se presenta en comorbilidad con Depresión (EDM o TDM), el deterioro experimentado por los pacientes es mucho mayor que cuando el TAG se presenta en comorbilidad con otros trastornos mentales (Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Ruan, Goldstein, et al., 2005; Bakish., 1999; Wittchen, et al., 2000; Kessler, 1999).



## IV. ETIOLOGÍA

### *Etiología de la ansiedad y del Trastorno por Ansiedad Generalizada*

Durante las últimas tres décadas se ha buscado identificar de manera precisa cuál es el origen de la ansiedad, buscando determinar los factores que contribuyen al desarrollo de sintomatología ansiosa, así como la contribución específica de cada uno de ellos y su probable interacción como facilitador del desarrollo de cuadros clínicos tipificados.

Las investigaciones derivadas de este interés por conocer la etiología de la ansiedad y los trastornos asociados suelen señalar a la carga genética como uno de los factores principales, el cual, según algunos autores, explica aproximadamente de 30% a 40% de la varianza de estos síntomas. (Andrews, Stewart, Allen & Henderson, 1990; Andrews, Stewart, Morris-Yaes, Holt & Henderson, 1990; Hettema, Neale & Kendler, 2001; Jardine, Martin & Henderson, 1984; Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992; Torgersen, 1983; Tyrer, Alexander, Remington & Riley, 1987).

Otros estudios se han realizado evaluando sintomatología ansiosa en gemelos, buscando determinar si efectivamente existe una contribución genética importante con respecto al desarrollo de la ansiedad. Por otro lado, varios autores han propuesto la existencia

de factores genéticos asociados a la presencia de diversos trastornos de ansiedad. (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1995; Scherrer, et al., 2000).

Uno de estos estudios evaluó a mujeres gemelas diagnosticadas con algunos trastornos psiquiátricos, encontrando que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y la depresión mayor parecían estar asociados a un mismo factor genético, al cual denominaron como factor 1, mientras que otro tipo de trastornos de ansiedad como pánico y fobias se asociaron con un factor genético distinto denominado en este estudio como factor 2 (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1995).

A pesar de haber identificado factores distintos asociados con la presencia de síntomas de ansiedad distintos, este estudio señala la posible existencia de vulnerabilidad genética general para desarrollar síntomas de ansiedad y depresión. Esta idea concuerda con otros estudios, los cuales sugieren que parece haber una vulnerabilidad o predisposición genética general relacionada con el desarrollo de ansiedad y depresión más que un factor genético específico que explique la precipitación de trastornos de ansiedad igualmente específicos como el TAG (Andrews, Stewart, Morris-Yates, Holt & Hederson, 1990).

Además de los estudios que evalúan la presencia de sintomatología ansiosa en gemelos, otra línea de investigación dirigida a identificar

la posible contribución “genética” en el desarrollo de sintomatología ansiosa se ha dedicado a evaluar la eventual precipitación de síntomas de ansiedad en padres con este tipo de problemas y en padres sin historia de ansiedad. Los resultados han mostrado que hijos de padres con historia de problemas de ansiedad muestran mayor probabilidad de desarrollar este tipo de problemas que hijos de padres no ansiosos. (Beidel & Turner, 1997; Turner, Beidel & Costello, 1987). Por supuesto, estos resultados podrían deberse no necesariamente a factores genéticos sino a factores ambientales y de aprendizaje.

El primero de estos estudios evaluó a niños entre 7 y 12 años de edad cuyos padres presentaban historia de problemas de ansiedad, así como hijos de padres con historia de síntomas depresivos e hijos de padres sin historia de algunos de estos síntomas (Beidel & Turner, 1997). Los hijos de padres con historia de problemas de ansiedad mostraron mayor probabilidad de desarrollar este tipo de problemas en comparación con los hijos de padres sin sintomatología ansiosa. En cuanto a los resultados mostrados por hijos de padres con síntomas de depresión o síntomas comórbidos, los resultados no fueron tan claros ya que dichos niños mostraban síntomas muy variados y distintos entre sí. Es importante señalar que este estudio no evaluó la presencia de trastornos específicos de ansiedad y depresión, sino sintomatología ansiosa y depresiva en general. Las conclusiones de estos autores concuerdan con la idea de una vulnerabilidad genética de naturaleza más bien general

explicando la aparición o desarrollo de problemas de ansiedad y depresión en general.

De estos hallazgos se ha derivado la propuesta poco estudiada de que el desarrollo de trastornos específicos puede ser el resultado, no tanto de factores genéticos, sino de factores más bien ambientales y de interacción interpersonal (Eley, 1997), sin embargo actualmente no se tiene certeza de que esto ocurra de esta manera.

Considerando la aportación que los factores genéticos representan para el desarrollo de problemas de ansiedad, la idea de estilos de personalidad manifiestos desde etapas tempranas de la vida como factores predisponentes de estados de ansiedad ha aportado algunos hallazgos interesantes.

Algunos autores han propuesto que los problemas de ansiedad expresados tanto en niños como en adultos responden a causas atribuibles a patrones temperamentales específicos, dentro de los cuales la inhibición conductual juega un papel fundamental. Este tipo de temperamento sugerido por Kagan (1989) para explicar el desarrollo de problemas de ansiedad supone patrones de respuesta específicos caracterizados por miedo, reticencia o restricción en el repertorio conductual de una persona al encontrarse en situaciones sociales desconocidas o poco familiares. Varios estudios han encontrado una fuerte asociación entre la manifestación de inhibición conductual en niños y la presencia de trastornos de

ansiedad en padres (Rickman & Davidson, 1994; Rosenbaum, et al., 1991).

## V. INTERACCIÓN FAMILIAR

### *Factores familiares*

La investigación sobre cómo los factores ambientales contribuyen al desarrollo de problemas de ansiedad tanto en la infancia como en etapas posteriores de la vida ha tomado diversos caminos. Se ha propuesto que el modelamiento así como la transmisión de información a través de la comunicación que reciben los hijos por parte de sus padres juegan un papel importante en el desarrollo de estilos de afrontamiento característicos de la ansiedad (Bandura, 1986; Field, 2006; Fisak & Grills-Taquechel, 2007; King et al., 1998; Mineka & Zinbarg, 2006; Muris et al., 2002; Rachman, 1990).

En un estudio, quizá pionero, realizado en 1942 se observó cómo madres que habían vivido experiencias emocionalmente intensas durante la Segunda Guerra Mundial transmitían a sus hijos de manera muy clara el miedo que sentían hacia los ataques aéreos a través de la reacción emocional acompañada por expresiones conductuales específicas, es decir, la reacción de miedo observada por los hijos se aprendía fácilmente (Lewis, 1942).

Más recientemente se observó en participantes no ansiosos, cómo el miedo manifestado por madres hacia objetos potencialmente temidos se transmitía claramente a sus hijos de entre 15 y 20 meses

de edad, provocando en ellos respuestas de miedo y evitación a dichos objetos (Gerull & Rapee, 2002). Como se ha mencionado, el modelamiento y la conducta verbal de los padres también parece explicar parcialmente el desarrollo de la ansiedad en niños (Hadwin, et al., 2006). Estudios realizados por Whaley et al. (1999) y Moore et al. (2004) mostraron que padres ansiosos tendían a expresar comentarios más catastróficos hacia sus hijos en comparación con padres no ansiosos. Asimismo, los padres de niños no ansiosos mostraban más frecuentemente emociones positivas hacia sus hijos en comparación con los padres de niños ansiosos (Suveg, et al., 2005).

Parece ser que además de una posible contribución genética como factor predisponente, el ambiente familiar, con formas de interacción específicas entre los miembros de la familia juegan un papel fundamental para el desarrollo de la psicopatología. Estas interacciones pueden, por un lado proteger al individuo, y por otro representar un factor de riesgo importante para el desarrollo o precipitación de cuadros clínicos tipificados, dependiendo de la calidad y la naturaleza de dichas interacciones (Reppeti, Taylor & Seeman, 2002).

Diversos estudios han mostrado que el ambiente que proveen las familias de alto riesgo se asocia claramente con problemas psicológicos en los hijos. Entre ellos destacan: agresividad, trastornos conductuales, delincuencia, conducta antisocial,

depresión, suicidio y ansiedad evaluada a partir de sintomatología física asociada o a partir de trastornos específicos. Las familias de alto riesgo normalmente se caracterizan por elevados niveles de conflicto en la interacción entre sus miembros, agresión y hostilidad, falta de aceptación, calidez y apoyo (Emery, 1982, 1988; Grych & Fincham, 1990; Jurado, 2002; Kaslow, Deering & Racusia, 1994; Reid & Cristafulli, 1990; Wagner, 1997). Además de estos problemas, la interacción negativa provoca alteraciones fisiológicas específicas que, con una activación sostenida producen estados que contribuyen al desarrollo de padecimientos tanto físicos como psicológicos.

En efecto, la exposición constante o recurrente a situaciones estresantes creadas por las familias de alto riesgo puede ocasionar alteraciones en el eje Hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA), el sistema Serotoninérgico-adreno-medular (SAM) y en el funcionamiento del sistema serotoninérgico. La activación persistente del eje HPA se asocia con deficiencias en el sistema inmunológico, inhibición del crecimiento, retraso en la maduración sexual, daño al hipocampo, deterioro cognitivo y algunos problemas psicológicos entre los cuales destaca la depresión (Chrousos & Gold, 1992).

Con respecto al desarrollo de problemas de ansiedad hay estudios que han mostrado que experiencias tempranas de estimulación dirigidas a los hijos moderan la forma en que éstos afrontan el



estrés. Un estudio realizado con animales mostró que la estimulación y el cuidado emocional y físico en la infancia dado por la madre modulaba las respuestas al estrés en sus crías en etapas tempranas de la vida, y que estos efectos se hacen permanentes en la respuesta del eje HPA (Meaney, Aitken, van Berkel, Bhatnagar & Sapolsky, 1988).

Las experiencias de abuso y la disfunción familiar también se asocian con la precipitación de enfermedades físicas tales como enfermedades cardíacas de tipo isquémico, cáncer, enfermedades del pulmón, fracturas óseas y enfermedades del hígado (Felitti, et al., 1998).

Más específicamente, la presencia de hostilidad en el hogar se asocia con mayor presencia de colesterol de baja densidad de lipoproteínas y con altos niveles de triglicéridos y una proporción mayor de colesterol total en comparación con colesterol de alta densidad, en mujeres (Suárez, Bates & Harralson, 1998). Este efecto también se ha documentado para una mayor probabilidad de desarrollar enfermedad de las coronarias en la edad adulta (Dembroski, et al., 1985).

Los ambientes con este tipo de interacción familiar también se asocian con otro tipo de problemas físicos. Por ejemplo, se ha observado que la carga alostática provocada por situaciones altamente estresantes puede ocasionar, a largo plazo, aceleramiento en el envejecimiento, hipertensión crónica, recuperación

cardiovascular lenta en situaciones estresantes, atrofia hipocampal, algunas disfunciones cognitivas y con disregulación del Sistema Nervioso Paraventricular (McEwen, 1998; Seeman & Robbins, 1994; Seeman, Singer, Horwitz & McEwen, 1997).

### *Interacción familiar y procesamiento emocional*

Además de la precipitación de padecimientos físicos específicos, el ambiente familiar de “alto riesgo” se ha asociado también con otros efectos entre los cuales, el reconocimiento emocional resulta particularmente afectado. Niños que crecieron en ambientes familiares caracterizados por altos niveles de ira y estrés muestran menor habilidad para reconocer emociones en otras personas (Camras, et al., 1988; Duna & Brown, 1994). Esto puede deberse a que familias con altos niveles de afecto negativo son menos propensas a establecer conversaciones acerca de los sentimientos (Dunn & Brown, 1994). Hogares en donde se habla más sobre los sentimientos suelen mostrar un mejor entendimiento emocional por parte de los niños (Dunn, Brown, Slomkowski, Tesla & Youngblade, 1991).

Algunos estudios longitudinales muestran que niños en edad escolar que han sido rechazados por sus padres muestran un mayor riesgo de presentar problemas de conducta y problemas emocionales algunos años después (Hymel, Rubin, Rowden & Le Mare, 1990; Kupersmidt & Patterson, 1991).

### *Problemas conductuales asociados a la calidad de la interacción familiar*

Dentro de los problemas conductuales asociados a la interacción familiar negativa destacan el abuso de sustancias como el alcohol y la nicotina (Widom & White, 1997) y prácticas sexuales de alto riesgo. Normalmente se trata de ambientes caracterizados por relaciones hostiles, distantes e insatisfactorias con los padres (DiBlasio & Benda, 1990; Miller, Forehand & Kotchick, 1990; Small & Luster, 1994).

Además de estas alteraciones, la calidad de la interacción familiar también se ha asociado directamente con la presencia, entre otros, de problemas de ansiedad tanto en la edad adulta como en la infancia. Dentro de esta interacción familiar, se han estudiado diversas variables que parecen contribuir a la aparición o desarrollo de sintomatología ansiosa y de otros síntomas asociados a ella como los depresivos. A continuación algunos ejemplos.

#### *Abuso sexual y físico*

Se ha documentado una fuerte asociación entre experiencias de abuso sexual tempranas y el desarrollo de ansiedad y depresión. Aunque la relación existe por separado para ambos problemas, parece explicar más claramente el desarrollo de ambos en comorbilidad (Levitan, Rector, Sheldon & Goering, 2003). Esta línea de investigación sugiere que no sólo una historia de abuso sexual en

niños se asocia con este tipo de problemas sino que las experiencias de abuso físico también aumentan la probabilidad de desarrollar problemas de ansiedad y depresión. Un estudio que evaluó esta relación entre miembros de tribus estadounidenses de distintas regiones reveló una relación significativa entre el abuso físico infantil y la presencia de los trastornos de ansiedad incluyendo el TAG. Esta relación fue más fuerte con el trastorno por estrés post traumático (TEPT) (Lobby, Orton, Novins, Beals, & the AI-SUPERFP team., 2005).

Para efectos del TAG este hallazgo debe tomarse con cautela ya que la relación con el abuso no se estableció de manera específica con el TAG pues el análisis se combinó con el de pánico y no se describen los resultados por separado para cada trastorno. El estudio también encontró una relación entre abuso sexual en la infancia y la presencia de TEPT en las dos tribus evaluadas, así como síntomas de depresión y de trastorno de pánico en comorbilidad con TAG en una de ellas. La relación entre el abuso infantil y el desarrollo de TEPT también lo han sugerido otros estudios en los que el abuso puede tomar la forma de simple negligencia por parte de los padres y actuar como factor precipitador (Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009).

Otros hallazgos sugieren que las personas que desarrollan trastornos de ansiedad junto con depresión y presentaron una historia de abuso sexual muestran un patrón único de producción

de la “hormona del estrés” ante estresores específicos en el laboratorio (Heim et al., 2000). En esta misma línea se ha encontrado, en mujeres, aquéllas que refieren abuso sexual en la infancia tienen una mayor respuesta del eje HPA ante situaciones estresantes de laboratorio en comparación con mujeres sin historia de abuso. Estas respuestas parecen ser aún más prevalentes en el caso de mujeres con historia de abuso que además muestran síntomas de ansiedad y depresión (Heim et al., 2000; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000). Así, todo apunta hacia una relación entre ambos tipos de abuso y la presencia, no sólo de sintomatología ansiosa y depresiva, sino de trastornos específicos de ansiedad.

#### *Eventos estresantes dentro de la familia*

Diversos estudios han mostrado que la percepción de estrés intenso en la familia en etapas tempranas de la vida puede contribuir al desarrollo posterior de sintomatología ansiosa y otros problemas asociados. Incluso se ha propuesto que quizá algunos eventos estresantes experimentados durante la etapa gestacional pueden contribuir al desarrollo de problemas de ansiedad. Por ejemplo, un estudio reveló que altos niveles de estrés percibido por la madre en etapa gestacional, problemas en la relación de pareja o cambios de pareja y poca satisfacción marital también en etapa gestacional, parecen predecir la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los hijos a la edad de 15 años, aunque la relación resulta más

fuerte entre estos eventos y los síntomas de ansiedad (Phillips, Hammen, Brennan, Najman, & Bor, 2005).

Otros hallazgos también señalan que el estado de la relación de pareja de la madre se asocia con la presencia de sintomatología ansiosa en los hijos a los 14 años de edad (Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2000). Los hijos de madres que sufrieron dificultades de pareja como separación, divorcio o inicio de nuevas relaciones durante los primeros cinco años de vida de sus hijos mostraban mayor probabilidad de problemas de ansiedad y depresión también a los 14 años de edad. En esta misma línea, y en concordancia con los hallazgos de Najman (1997), hijos de madres solteras no mostraron más problemas de ansiedad y depresión que los de madres con relación estable si ninguno de ellos tenía niveles altos de estrés.

Asimismo, la exposición repetida y crónica a estresores ambientales como violencia y conflicto familiar no permiten una recuperación adecuada después de una activación emocional intensa. Estados crónicos de estrés afectan el desarrollo neurobiológico y crean un sistema hipersensible que afecta la activación, la regulación de las emociones, la reactividad conductual y la regulación cardiovascular (Perry & Polland, 1998).

### *Calidez y crítica*

Dentro de la interacción familiar parece haber características muy específicas que contribuyen al desarrollo de la ansiedad. Una de estas características es el nivel de calidez mostrada por parte de los padres hacia sus hijos. Por ejemplo, las madres de niños ansiosos solían haber mostrado menor calidez durante la interacción con sus hijos independientemente de que la madre misma presente o no problemas de ansiedad (Moore, Whaley, & Sigman, 2004).

Asimismo, mujeres con diagnóstico de pánico con agorafobia dijeron haber tenido, en la niñez, ambientes conflictivos, carentes de calidez y apoyo paterno (Laraia Stuart, Frye, Lydiard & Ballenger, 1994). Además de niveles bajos de calidez de los padres, parece que altos niveles de crítica, se asocian con la presencia de trastornos de ansiedad en niños (Barlow, 2002). Se ha observado que padres de hijos ansiosos les mostraban expresiones emocionales negativas más frecuentes, en comparación con la relación entre los mismos padres y otros hijos que no desarrollaron problemas de ansiedad (Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009).

### *Promoción de autonomía, sobreprotección y control*

Otras variables incluyen las conductas de los padres dirigidas a promover la autonomía en sus hijos, la sobreprotección de éstos y el control que se ejerce sobre ellos. Parece que estas tres variables o

tipos de interacción comparten cualidades que las relacionan de manera sistemática con el desarrollo de problemas de ansiedad en la adolescencia y en la edad adulta como se ejemplifica en los siguientes estudios.

Se ha observado que las madres de niños ansiosos, independientemente de que ellas presenten o no un problema de ansiedad promueven menos la autonomía en sus hijos durante interacciones en las que se buscan acuerdos sobre un conflicto (Barret, Short, & Healy, 2002; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Rapee, 1997). Hallazgos similares señalan que los niños ansiosos y deprimidos tienden a percibir menos apoyo, más conflicto y menos promoción de autonomía, así como menos negociación entre los miembros de la familia en la toma de decisiones; todo esto en comparación con familias de niños sin problemas de ansiedad (Stark, et al., 1990).

De manera similar, las madres de niños con problemas de ansiedad tienden a ser más sobreprotectoras con ellos en comparación con madres de niños sin este tipo de problemas (Messer & Beidel, 1994; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Silverman, Cerny & Nelles, 1998). Estos hallazgos concuerdan con otros que sugieren que altos niveles de sobreprotección y rechazo por parte de los padres se asocian con la presencia de mayor sintomatología ansiosa en los hijos (Muris, Loxton, Neumann, du Plessis, King, & Ollendick, 2005)



Se ha propuesto la posibilidad de que no sólo niveles altos de sobreprotección predisponen al desarrollo de problemas de ansiedad en los niños, sino que niños temperamentamente ansiosos o reactivos moldean la conducta de sus padres de acuerdo a sus necesidades de protección, fomentando estilos de interacción más sobreprotectores (Manassis & Bradley, 1994). A pesar de esto, algunos autores mencionan no haber encontrado diferencias entre sujetos clínicamente ansiosos y controles en cuanto a su percepción de calidez emocional y sobreprotección recibida por sus padres (Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009).

Otra variable asociada con la precipitación de problemas de ansiedad es el control excesivo ejercido por los padres, percibido por los hijos. Algunos estudios señalan que personas clínicamente ansiosas tienden a percibir control excesivo y más rechazo por parte de sus padres, en comparación con personas sin síntomas importantes de ansiedad (Dumas et al., 1995; Greco & Morris, 2002; Hudson & Rapee, 2001; Krohne & Hock, 1991; Leon & Leon, 1990; Messer & Beidel, 1994; Rapee, 1997; Siqueland, et al., 1996; Stark, et al., 1990; Whaley, 1999). El control excesivo no sólo se ha observado en padres de niños ansiosos, sino también en padres ansiosos ellos mismos (Woodruff-Borden, 2002).

Podría ser que altos niveles de control por parte de los padres transfiera el mensaje a los hijos de que no son capaces de manejar situaciones nuevas y difíciles. Esto restringiría las posibilidades de aprendizaje como consecuencia de la falta de oportunidades para

exponerse a dichas situaciones (Hudson & Rapee, 2004) y favorecería el desarrollo de estrategias de evitación.

Algo similar parece ocurrir con la cantidad de participación de las madres en los problemas de sus hijos. Se ha observado que en situaciones difíciles o estresantes las madres de niños ansiosos se involucran demasiado, llegando a percibirse como intrusivas por sus hijos en comparación con las madres de niños no ansiosos. La calidad de la interacción de estas madres a lo largo de tareas específicas resulta más bien negativa en comparación con la interacción establecida entre madres e hijos no ansiosos y parece que este efecto ocurre independientemente de la edad de los hijos (Hudson & Rapee, 2001).

Estos autores proponen que la participación excesiva por parte de los padres evita que los niños confronten situaciones estresantes o novedosas y resuelvan problemas que se les presentan, manteniendo las ideas de amenaza que generan ante éstas situaciones y evitando promover sentimientos de autoeficacia y manteniendo altos niveles de ansiedad en los niños.

Paradójicamente, los padres con problemas de ansiedad suelen ignorar más a sus hijos en su interacción con ellos, los elogian menos y muestran menos acuerdo con ellos (Woodryff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002). Así, el grado de atención y contacto con los hijos podría estar mediado por el estado de ansiedad de los padres.

De acuerdo con Rapee (1997) el rechazo, además del control excesivo se asocian más consistentemente con el desarrollo de algunos trastornos como la fobia social y sintomatología depresiva. También sugiere que el rechazo se asocia más frecuentemente con el desarrollo de depresión que con la presencia de síntomas intensos de ansiedad, mientras el control se asocia más frecuentemente con sintomatología ansiosa. Un estudio que evaluó la percepción de niños ansiosos con hermanos sin este problema, al respecto de la relación con sus padres mostró que los hijos ansiosos reportaron más rechazo de sus padres en comparación con sus hermanos sin problemas de ansiedad (Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009). Otros estudios, sin embargo, no mostraron (en adolescentes ansiosos y no ansiosos) diferencias percibidas respecto de control, libertad, calidez, o amor de los padres (Perry & Millimet, 1977).

Con respecto al grado de rechazo y la sobreprotección la investigación señala que altos niveles de rechazo y, en menor medida, una crianza ansiosa y sobreprotección se asocian con altos niveles de preocupación en niños clínicamente ansiosos (Brown & Whiteside, 2007; Hale, Engels & Meeus, 2006). Estos hallazgos son especialmente relevantes en el contexto del hecho de que la preocupación excesiva y difícil de controlar es el componente principal del TAG.

El control excesivo (principalmente control psicológico) también se ha asociado con la presencia de preocupación en niños y más claramente con puntajes de ansiedad generalizada, el efecto también se asocia con alienación<sup>1</sup> por parte de los padres (Hale, Engels & Meeus, 2006; Muris & Merckelbach, 1998; Rapee, 1997). El caso de la alienación parece presentarse en mujeres más que en hombres (Hale, Engels & Meeus, 2006).

### *Calidad del Apego*

Se ha observado que los niños muestran apego seguro o inseguro de acuerdo al grado de seguridad y confianza que provee la calidad de la relación entre padres e hijos percibida por el hijo. Dentro de los tipos de apego inseguro que se han propuesto el evitativo y el ambivalente se han asociado más frecuentemente con problemas de ansiedad en los hijos (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1973). El evitativo suele ocurrir en niños cuyas madres frecuentemente los rechazan cuando buscan algún contacto con ellas. Es probable que esto lleve a los niños a evitar el contacto con sus cuidadores y busquen manejar el rechazo percibido de alguna manera.

---

<sup>1</sup> Se refiere al tipo de interacción en el que los hijos muestran desagrado o rechazo hacia uno de sus padres, generalmente a partir de comentarios negativos del padre no rechazado con respecto al rechazado, así como falta de empatía o calidez mostrada por el segundo.

Los niños que desarrollan apego ambivalente tienden a tener madres proveedoras de cuidado inconsistente o intrusivo. Estos niños frecuentemente suelen mostrarse ansiosos y enojados hacia sus padres. Algunos estudios señalan que el apego por parte de los padres modera las respuestas de cortisol en la infancia ante situaciones estresantes y podría ocasionar cuadros de enfermedades físicas (Gunnar, Brodersen, Nachmias, Buss & Rigatuso, 1996; Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz & Buss, 1996). Estos autores también señalan que los niños temperamentamente temerosos son especialmente vulnerables al estrés y que un apego inseguro se asocia con cortisol elevado ante situaciones nuevas. Esta reacción funge como predictor de futuros trastornos de ansiedad, entre ellos, el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Los hallazgos que evalúan la calidad de la interacción familiar apoyan la idea de que los factores ambientales no solo explican la presencia o precipitación de trastornos específicos de ansiedad, sino también la presencia de sintomatología ansiosa en general. A pesar de esto, la mayoría de los estudios se han enfocado en tratar de explicar la aparición de problemas de ansiedad y depresión en general, pero ¿qué ocurre específicamente con el TAG?; ¿Es posible que estas variables de interacción familiar expliquen el desarrollo no sólo de sintomatología ansiosa sino del cuadro completo del Trastorno de Ansiedad Generalizada?

Algunos autores mencionan que el abuso infantil, sexual o no, se asocian directamente con el diagnóstico de ansiedad generalizada (Lobby, Orton, Novins, Beals & the AI-SUPERFP team, 2005). Un problema es que el diagnóstico de ansiedad generalizada en este estudio se estableció junto con el trastorno de pánico, por lo que no se tienen datos diferenciados respecto a la relación específica con el TAG. Además, la relación se observó sólo en parte de la población estudiada. Asimismo, la presencia de maltrato infantil antes de los once años de edad se ha asociado directamente con la presencia del diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (Moffit, et al., 2007).

En cuanto a la calidad del apego y su relación directa con el TAG, Warren, Houston, Egeland y Sroufe (1997), encontraron que los adolescentes ansiosos y resistentes (características propias del apego ambivalente) mostraban, cuando eran niños, el doble de probabilidad de desarrollar algún trastorno de ansiedad, entre los cuales se encontraba el trastorno de ansiedad generalizada, en comparación con adolescentes cuyo apego era más bien seguro o evitativo.

Por otra parte Brown y Whiteside (2007) encontraron que niños que desarrollaron apego seguro mostraron menores niveles de preocupación que aquéllos que mostraron un apego evitativo y ambivalente, con resultados estadísticamente significativos sólo para el grupo con apego ambivalente. Por lo tanto aquéllos niños

que muestran apego ambivalente presentan mayor probabilidad de exhibir niveles elevados de ansiedad y preocupación, posiblemente como resultado de la incertidumbre percibida con respecto a la capacidad y disponibilidad para percibir seguridad por parte de sus cuidadores. Esta tendencia parece ser relativamente clara al explicar la presencia de ansiedad generalizada.

Además de estas características relacionadas con la interacción familiar. Se han detectado algunas otras variables directamente relacionadas con la presencia del diagnóstico de TAG. Estas variables suelen ser la presencia de síntomas de ansiedad por parte de la madre, nivel socioeconómico bajo, sintomatología de ansiedad y problemas de conducta de los cinco a los once años de edad (Moffit, Caspi, Harrington, Milne, Melchior, Goldberg, & Poulton, 2007).

Como ya se mencionó, los efectos del ambiente familiar pueden ser distintos para la salud física y mental de los hijos dependiendo de la calidad de dicho ambiente. Un ejemplo de cómo los ambientes familiares positivos contribuyen al mantenimiento de la salud mental y el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos de los hijos, son los hallazgos de un estudio que mostró que niños resilientes al estrés se caracterizaron por no permanecer separados de su cuidador primario durante la infancia y por el establecimiento de relaciones positivas entre ellos y sus padres en edad preescolar y primaria. También se observó un alto sentido de eficacia por parte

de los padres y el empleo de prácticas disciplinarias razonadas y congruentes con la edad de los hijos (Masten, Morison, Pelligrini, & Tellegen, 1990; Rutter, 1990; Werner & Smith, 1982).



## VI. LIMITACIONES DE HALLAZGOS PREVIOS

Dentro de los estudios que evalúan la relación entre estilos interactivos específicos dentro de la familia y la presencia de problemas de ansiedad en los hijos se han observado algunas inconsistencias en los resultados y limitaciones metodológicas. Los estudios rara vez describen las propiedades psicométricas de los instrumentos de captura de datos tales como validez y consistencia interna y corren el riesgo de no ser apropiados (Lobby, Orton, Novins, Beals & the AI-SUPERFP team, 2005). Otros estudios evalúan únicamente la relación entre los hijos y uno de los cuidadores, normalmente la madre. Esta selectividad en cuanto a la recolección de la información puede resultar en conclusiones incompletas o poco articuladas. Es necesario entonces evaluar la calidad de la interacción no solo entre uno de los padres y los hijos, sino entre ambos padres diferencialmente, los niños y sus hermanos.

En ocasiones las comparaciones entre sujetos parecen no ser las más adecuadas. Algunos estudios que evalúan si existen diferencias entre grupos de participantes con y sin diagnóstico o síntomas de ansiedad, respecto a la percepción de la calidad de la interacción con sus padres, parecen dar por hecho que los participantes “control” no presentan este tipo de problemas sin haber realizado evaluaciones cuidadosas previas a la recolección y análisis de los datos, lo cual comprometería la credibilidad de los hallazgos. La evaluación de

algunas variables ha arrojado hallazgos inconsistentes entre estudios como es el caso del control excesivo como predictor de problemas de ansiedad o la presencia de diagnósticos específicos.

Se han observado diferencias en la operacionalización del control como factor asociado con la presencia de ansiedad. En algunos estudios se ha entendido como sobreprotección (Leon & Leon, 1990), mientras en otros como falta de promoción de la independencia (Messer & Beidel, 1994; Stara et al., 1990). Algunos autorreportes se consideran como medida conductual, por ejemplo, en el caso de órdenes dirigidas a los hijos por parte de los padres (Woodruff-Borden, 2002) en contraste con otros que registraron la capacidad para encargarse de tareas específicas mediante técnicas observacionales (Krohne and Hock, 1991).

De estas inconsistencias y de la necesidad por contar con mediciones más objetivas que reduzcan sesgos derivados de diferencias en percepción entre personas, es necesario utilizar instrumentos que empleen componentes conductuales en términos de la frecuencia de estilos de interacción específicos como variables de estudio.

Algunos estudios carecen de control de variables que de acuerdo a la literatura de investigación podrían modificar los resultados, algunas corresponden a características sociodemográficas que parecen por un lado predisponer a la persona al desarrollo de problemas de ansiedad o, por otro lado, interactuar con otra serie de

factores. A pesar de que hay numerosos estudios que ligan la precipitación de problemas de ansiedad con características específicas de interacción familiar, la mayoría aborda esta relación con sintomatología ansiosa en general y muy pocos incluyen diagnósticos formales de cuadros tipificados.

En los escasos estudios que evalúan la calidad de la interacción familiar ligada específicamente con el trastorno de ansiedad generalizada se han observado también inconsistencias en cuanto a la evaluación adecuada de este trastorno. Algunas veces se usan criterios distintos entre estudios para la emisión del diagnóstico. Por ejemplo algunos estudios determinan la presencia de TAG a partir de una duración de la sintomatología de 6 meses (de acuerdo con lo establecido por el DSM-IV) mientras que otros estudios determinan la presencia de TAG a partir de una duración de un mes. Otra limitación es la falta de grupos de comparación que ayuden a contrastar la información obtenida con respecto a la calidad de la interacción familiar en presencia o ausencia de un diagnóstico formal.

Es así que, a partir del nivel de deterioro y sufrimiento que ocasiona el TAG en las diversas áreas del funcionamiento humano, de la gravedad de su interferencia con el desempeño de actividades cotidianas, de la relación entre excesivos niveles de ansiedad y el desarrollo de enfermedades físicas y de la creciente cantidad de personas que presentan este trastorno en el país, sobre todo en la

Ciudad de México, el propósito del presente estudio es examinar la relación predictiva de la interacción familiar con el desarrollo de síntomas que ameriten el diagnóstico de ansiedad generalizada.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participó un total de 62 personas en el presente estudio: 31 pacientes con diagnóstico formal de Ansiedad Generalizada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF), quienes conformaron el grupo "con TAG" y 31 aparentemente sanos reclutados aleatoriamente de población abierta ("sin TAG"). El diagnóstico de los pacientes fue emitido previamente por el psiquiatra a cargo de cada paciente a través de una entrevista estructurada para el diagnóstico de trastornos del eje I de acuerdo a criterios del DSM-IV. Todos los pacientes presentaban TAG y la mayoría de ellos presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y depresión tales como: Fobia Social (FS), Trastorno de Pánico (TP) con agorafobia, Trastorno de pánico sin agorafobia, Trastorno por estrés postraumático (TEPT), Distimia, Depresión Mayor (TDM), entre otros. El diagnóstico de cada paciente se pormenoriza en la tabla 1.

Tabla 1.

<b>Diagnóstico de pacientes del grupo "TAG".</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencias</b>
TAG + TDM	8
TAG	5
TAG + TDM + TP	5
TAG + TP Agorafobia	2
TAG + TP sin Agorafobia	2
TAG + Distimia	1
TAG + FS	1
TAG + TDM + Abuso de sustancias	1
TAG + TDM + T. Dismórfico corporal	1
TAG + TP Agorafobia + Distimia	1
TAG + TDM + Distimia	1
TAG + TP Agorafobia + FS + TDM	1
TAG + TDM + TEPT + FS + Ansiedad por separación	1
TAG + TEPT + TDM	1

TAG=Ansiedad Generalizada, TDM=Depresión Mayor, TP=Trastorno de Pánico, FS=Fobia social, TEPT=Trastorno por estrés postraumático.

Todos los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico al inicio del estudio.

La mayoría de ellos accedieron a participar durante la primera sesión de intervención psicológica dentro de la institución, a los demás se les incluyó cuando se encontraban a la mitad de las sesiones programadas dentro de dicha intervención.

Participaron igualmente 31 personas sin diagnóstico de TAG reclutadas de diversos sitios de reunión pública de la zona sur de la Ciudad de México. Para asegurar que ninguno de los participantes del grupo de comparación cubriera los criterios necesarios para la

emisión del diagnóstico de TAG se aplicó una entrevista estructurada a cada uno para diagnosticar trastornos del eje I (*WMH SCID 2000-1*) usando como guía los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). La aplicación de las entrevistas se realizó por parte de un psicólogo capacitado expresamente y bajo supervisión profesional constante. Se aseguró que el formato de la entrevista estructurada aplicada a los participantes del grupo de comparación fuera exactamente el mismo que el empleado por el personal de salud responsable de cada uno de los pacientes dentro del INPRF. Una vez que accedieron a formar parte del estudio, dichos participantes conformaron el grupo denominado "Sin TAG" cuyas características demográficas se describen detalladamente en la tabla 2.

Tabla2.

**Características demográficas de los participantes por grupo.**

<b>Grupo N=62</b>	<b>Género</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>
TAG N=31	H= 11 M= 20	16-44 años Media = 37.03 DE= 13.71 Moda=18 y 54	Ama de casa: 8 (25.8%) Empleado: 7 (22.6%) Profesionista: 4 (12.9%) Autoempleado: 5 (16.1%) Estudiante: 7 (22.6%)
Sin TAG N=31	H= 11 M= 20	20-62 años Media = 34.23 DE= 10.75 Moda=26 y 29	Empleado: 16 (51.6%) Autoempleado: 1 (3.2%) Profesionista: 8 (25.8%) Estudiante: 6 (19.4%)

### Características demográficas por grupo (continuación).

Grupo N=62	Estado Civil	Escolaridad
TAG N=31	Casado: 13 (41.9%)	Secundaria: 6 (19.4%)
	Soltero: 13 (41.9%)	Preparatoria: 12
	Divorciado: 2 (6.5%)	(38.7%)
	Unión libre: 3 (9.7%)	Carrera Técnica: 4
Sin TAG N=31		(12.9%)
		Licenciatura: 7 (22.6%)
		Maestría: 2 (6.5%)
		Primaria: 1 (3.2%)
	Casado: 10 (32.3%)	Secundaria: 5 (16.1%)
	Soltero: 18 (58.1%)	Preparatoria: 8 (25.8%)
	Unión libre: 3 (9.7%)	Carrera Técnica: 4
	(12.9%)	
	Licenciatura: 8 (25.8%)	
	Maestría: 2 (6.5%)	
	Doctorado: 3 (9.7%)	

### *Medición*

La estructura y los detalles de la entrevista estructurada para el diagnóstico de trastornos del eje I (*WMH SCID 2000-1*) aplicada a todos los participantes se encuentra en el anexo "a" del presente documento. Se trata de una guía clínica con preguntas abiertas elaboradas a partir de las categorías diagnósticas del DSM-IV.

Se aplicó el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), el cual consta de 16 reactivos en escala ordinal cuyas opciones de respuesta se puntúan del uno al cinco en donde uno corresponde a "nada común" pasando por "raramente común", "algo común", "común",



hasta “muy común” correspondiente a un valor de 5. El cuestionario evalúa la intensidad, frecuencia y nivel de dificultad para controlar preocupaciones. Mientras mayor sea el puntaje obtenido, mayores son los puntajes de preocupación y dificultad para manejarlos, con excepción de los reactivos uno, tres y once, cuyo formato se encuentra de manera inversa en el cuestionario. La validez convergente del instrumento es adecuada según los hallazgos de Meyer, Miller, Metzger & Borkovec (1990) quienes correlacionaron los puntajes del PSWQ con puntajes del Cuestionario de ansiedad cognitiva y somática (Cognitive somatic anxiety questionnaire), mostrando un valor de  $r = 0.69$ ,  $p < .001$ . En México el instrumento ha mostrado buena consistencia interna en adultos de 31 años o más residentes de la Ciudad de México (Alfa de Cronbach = .823), (Bernado, 2007; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990).

Inventario de ansiedad de Beck (BAI), el cual consta de 21 reactivos de opción múltiple, cuyas opciones de respuesta van de “poco o nada” pasando por “más o menos”, “moderadamente” hasta “severamente”. El inventario evalúa síntomas comunes de ansiedad y posee puntajes de confiabilidad adecuados en población mexicana (alfa=.83,  $p < .001$ ), (Robles, Varela, Jurado, y Páez, 2001).

Los inventarios PSWQ y BAI se aplicaron para corroborar que las entrevistas iniciales a ambos grupos de participantes, y (en su caso) el diagnóstico emitido, se hubiera realizado de manera adecuada.

Sección de Interacción Familiar del *Inventario de Salud, Estilos de vida y Comportamiento* (SEViC) con 66 reactivos que exploran la interacción familiar a través de la frecuencia de conductas específicas. La gran mayoría de las opciones de respuesta están en escala ordinal de cinco opciones, algunos reactivos contienen tres opciones, también en escala ordinal u opciones de respuesta en variables categóricas (nominales).

Las áreas evaluadas se muestran a continuación seguidas por un reactivo muestra para ejemplificarlas.

- **Relación con el padre.** *“En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre es o era”.*
- **Relación con la madre.** *“Mi madre y yo platicábamos como buenos amigos”.*
- **Prácticas protectoras.** *“Cuando yo hacía un esfuerzo especial por hacer algo bien, me lo reconocían”.*
- **Factores vulnerantes.** *“Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.)”.*
- **Interacción con pares.** *“Cuando era chico(a) ¿tuvo algún amigo que fuera muy cercano o íntimo?”.*

El SEViC ha demostrado buena consistencia interna en otros estudios (alfa=0.73,  $p<.001$  y alfa=0.84,  $p<.001$ ) (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993).

### *Variables Sociodemográficas*

Se monitorearon, para explorar su efecto en la medida de lo posible, variables que, de acuerdo a la literatura, podrían afectar los resultados: edad, género, escolaridad, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico.

### *Tipo de estudio*

Se trata de un estudio retrospectivo *casos-control* con comparación entre dos grupos independientes a fin de determinar si los participantes ("Con-TAG" y "Sin TAG") diferían al respecto de las características predominantes de la interacción familiar en la que se habían criado.

### *Procedimiento*

Se acudió inicialmente al módulo de psicofisiología aplicada dentro del área de servicios clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría (INPRF). Durante la primera sesión programada dentro del grupo de terapia, se le explicaba a cada paciente en qué consistía el estudio y se les preguntaba si deseaban participar en el mismo. Aquéllos pacientes que accedían, recibían los tres cuestionarios (el SEViC, el PSWQ y el BAI) y se les explicaba de la manera más detallada posible en qué consistía cada uno, de modo que pudieran contestarlo sin problemas y se les alentaba a preguntar cualquier

duda sobre la aplicación o al estudio, haciendo énfasis en la naturaleza voluntaria de su participación y la ausencia de consecuencias negativas por rehusarse. No había límite de tiempo para contestar los cuestionarios, se les explicaba que no existían respuestas malas ni buenas y se les aseguraba la absoluta confidencialidad de la información por parte de los investigadores. Los dos últimos puntos buscan que los participantes se sintieran cómodos y con plena confianza para contestar de la manera más honesta posible.

Si algún participante presentaba problemas para leer o comprender alguno de los reactivos de cualquiera de los instrumentos se le daba asistencia personal cuidando expresamente no inducir respuesta alguna. Si era necesario, el aplicador leía y explicaba cada reactivo y explicaba a qué se refería éste

Una vez contestados, los cuestionarios se recogían viendo que no hubiera quedado ningún reactivo sin contestar incluyendo los de identificación personal. Después de la aplicación se cotejaban los cuestionarios con el expediente hospitalario de cada paciente con el fin de seleccionar únicamente aquéllos de pacientes cuyo diagnóstico principal fuera el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

El procedimiento para recolectar la información de los participantes del grupo de comparación fue esencialmente el mismo. Inicialmente

se aplicó la entrevista estructurada con el objetivo de asegurar que ninguno cubriera los criterios diagnósticos de TAG. Las entrevistas se realizaron por parte de psicólogos capacitados, cuidando que las condiciones de aplicación fueran cómodas y estables para todas las aplicaciones.

En caso de que efectivamente no se cumpliera el diagnóstico, se procedía a la aplicación de los tres cuestionarios (interacción familiar, preocupación y sintomatología ansiosa) explicando en qué consistía cada uno y detallando las instrucciones para su adecuado llenado. Si durante la entrevista o alguno de los cuestionarios el participante deseaba expresar ideas o emociones sobre algún área específica se le daba la oportunidad de hacerlo y en caso necesario se le ofrecía contención durante la entrevista y/o aplicación o después de éstas. Así, se buscó que ninguno de los participantes se retirara emocional o fisiológicamente activado, es decir, sintiéndose mal al término de la entrevista. Esta medida precautoria se empleó principalmente con los pacientes dentro del INPRF. Al final se les agradecía su participación y se les despedía amablemente.

## RESULTADOS

Se aparearon ambos grupos ("con TAG" y "sin TAG") respecto a edad, género, ocupación, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico de manera que ambos grupos fueran comparables con el fin de eliminar hipótesis alternativas que pudieran explicar las diferencias encontradas (en caso de haberlas) entre ambos grupos con respecto a las variables de estudio.

La comparación inicial mostró que ambos grupos eran similares y homogéneos con respecto a casi todas las variables sociodemográficas, aunque análisis posteriores con el objetivo de determinar ésta homogeneidad entre los grupos a través de la prueba Kruskal-Wallis mostraron algunas diferencias menores. Estos datos sugieren que las diferencias en los puntajes totales de cada uno de los inventarios entre ambos grupos podrían deberse a que éstos no eran idénticos respecto al estado civil y ocupación en relación con los puntajes de la "relación con la madre". Lo mismo ocurrió con la escolaridad respecto a los puntajes de la "relación con el padre", por lo que los hallazgos relativos a estas dos áreas deberán tomarse con cautela.

Posteriormente se determinó si la distribución de los participantes se ajustaba a la normalidad mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Los resultados mostraron que los puntajes de ambos grupos en los inventarios de ansiedad (BAI) y preocupaciones

(PSWQ) así como en todas las áreas evaluadas por el SEViC excepto “factores de crianza vulnerante” e “interacción con pares” no se ajustaban a valores normales, es decir, estas dos últimas áreas fueron las únicas que mostraron una distribución normal. A pesar de esto, se consideró como criterio principal para el análisis de las áreas de interacción familiar el nivel de medición de los reactivos.

A continuación se compararon ambos grupos en cuanto a las áreas evaluadas por la Sección de Interacción Familiar del SEViC en “relación con el padre” y “relación con la madre” a través de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes por tratarse de un estadígrafo que permite determinar diferencias entre los puntajes de ambos grupos (con TAG y “Sin TAG”) con un nivel de medición ordinal y en casos donde la distribución no se ajusta a valores normales. La tabla 3 muestra los resultados con diferencias estadísticamente significativas en puntajes mayores en las dos áreas para el grupo “Sin TAG” ya que mostró puntajes de 35.34 y 35.85 en las áreas “relación con el padre” y “relación con la madre” respectivamente; mientras que el grupo con TAG mostró puntuaciones de 24.83 y 26.31 en estas áreas.

Tabla 3. **Diferencias entre ambos grupos (con TAG y “Sin TAG”) en la “relación con el padre” y la “relación con la madre”.**

Área	Media de rangos				P
	TAG	n	Sin TAG	N	
1. Relación con el padre	<b>24.83</b>	30	<b>35.34</b>	29	<b>.018</b>
2. Relación con la madre	<b>26.31</b>	31	<b>35.85</b>	30	<b>.035</b>

La magnitud de las diferencias entre ambos grupos con respecto a las áreas “relación con el padre” y “relación con la madre” se representa más claramente en las figuras 1 y 1.1, las cuales muestran las distribuciones de los puntajes crudos dentro de cada grupo con respecto a la relación con el padre y la relación con la madre. Los extremos superiores e inferiores de cada figura representados con líneas horizontales muestran los puntajes máximos y mínimos de cada distribución. El límite superior de cada caja representa el cuartil 75 mientras el límite inferior representa el cuartil 25 y la línea horizontal dentro de cada caja muestra la mediana de ambas distribuciones para cada área evaluada.

**Figura 1. Relación con el padre**

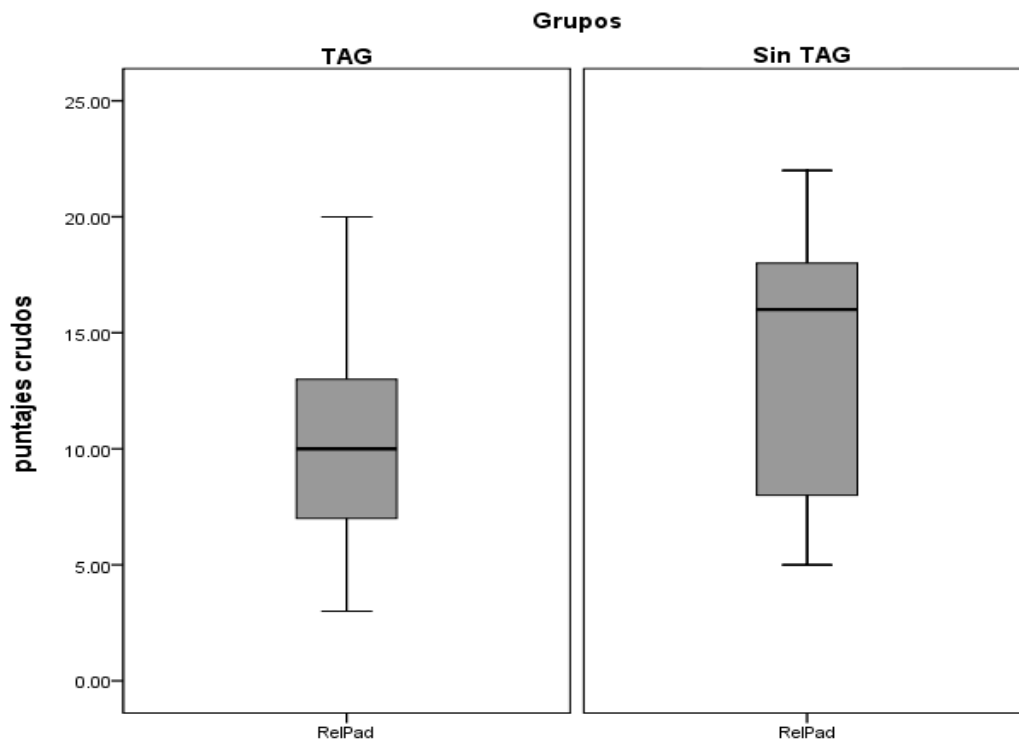
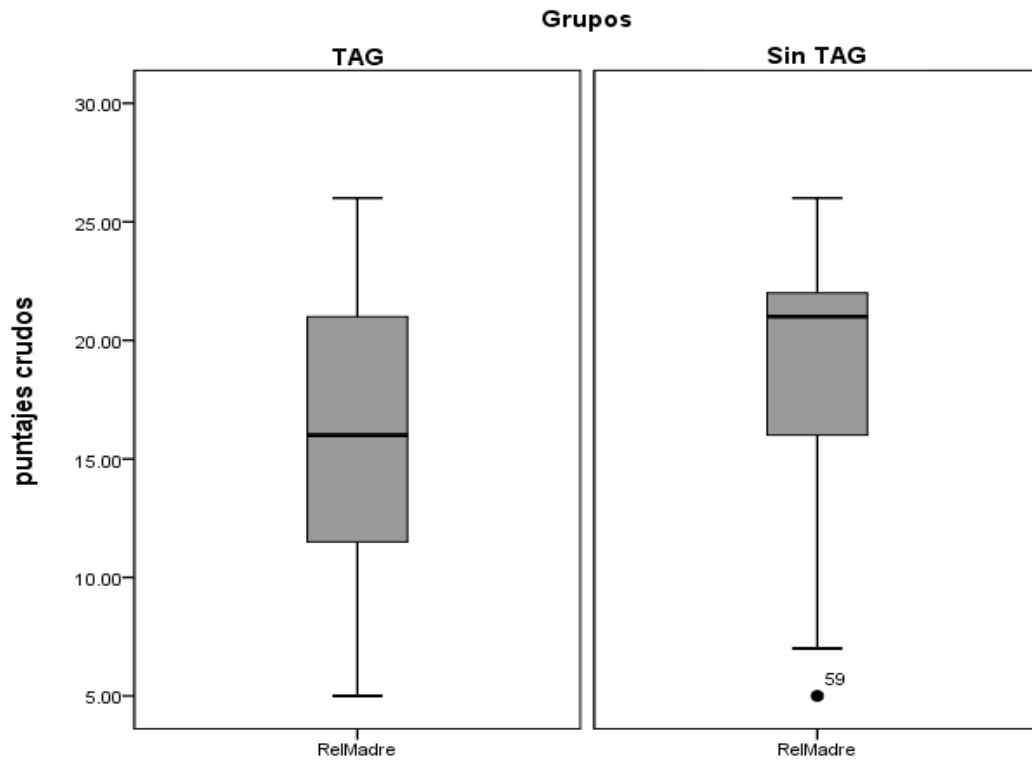




Figura 1.1

## Relación con la madre



De acuerdo con las figuras, mientras la distribución de las puntuaciones de cada grupo se inclina más hacia el extremo superior de la figura, esto significa una mayor calidad de la relación tanto con el padre como con la madre.

Se analizaron las posibles diferencias entre ambos grupos en las áreas “factores de crianza vulnerante” e “interacción con pares” por medio de la prueba t de Student, ya que estas áreas fueron las que se ajustaron a valores poblacionales normales desde un inicio.

Los análisis mostraron puntajes para el grupo con TAG de 5.06 en el área de “factores de crianza vulnerante”, mientras que para el grupo “sin TAG” en ésta misma área el puntaje fue de 2.58, lo cual denota una mayor presencia de factores vulnerantes en la infancia de los actuales pacientes con TAG. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa con una probabilidad asociada de .003.

Con respecto a la calidad de la interacción con los pares el grupo con TAG mostró puntajes más altos (7.51) en comparación con el grupo “Sin TAG” (6.19), con una probabilidad asociada de .005. Estos resultados muestran una mayor calidad en la interacción con los pares dentro del grupo “Sin TAG” ya que la codificación de los puntajes crudos en esta área se realizó de manera invertida.

Dado que el criterio principal para analizar los datos fue el nivel de medición de las escalas, se analizaron estas últimas dos áreas (“factores de crianza vulnerante” y “relación con pares”) para determinar si las diferencias entre los grupos se mantenían con la prueba U de Mann-Whitney, agregando a este análisis las “prácticas protectoras de crianza” de ambos grupos.

Los resultados mostraron nuevamente mayor presencia de factores de crianza vulnerante dentro del grupo con TAG ( 37.02) con respecto al grupo “sin TAG” (25.18) manteniéndose ésta diferencia significativa. Mientras que con respecto a la interacción con pares nuevamente se observaron diferencias significativas entre ambos

grupos reflejando puntajes mayores para el grupo con TAG (37.98) en comparación con el grupo “sin TAG” (25.02). Al igual que en el análisis anterior, estas diferencias resultaron significativa con una probabilidad asociada de .004.

Los resultados con respecto a las prácticas protectoras de crianza mostraron puntajes mayores para el grupo “sin TAG” (36.74) en comparación con el grupo con TAG (22.26) con una probabilidad asociada menor a .001.

Estos resultados se muestran con detalle en la tabla 4.

Tabla 4. **Diferencias entre ambos grupos (“con TAG” y “Sin TAG”) en cada área del SEViC.**

Área	Media de rangos				p
	TAG	n	Sin TAG	n	
1. Prácticas protectoras de crianza	<b>22.26</b>	29	<b>36.74</b>	29	<b>.001</b>
2. Factores de crianza Vulnerante	<b>37.02</b>	30	<b>25.18</b>	29	<b>.009</b>
3. Interacción con pares	<b>37.98</b>	31	<b>25.02</b>	31	<b>.004</b>

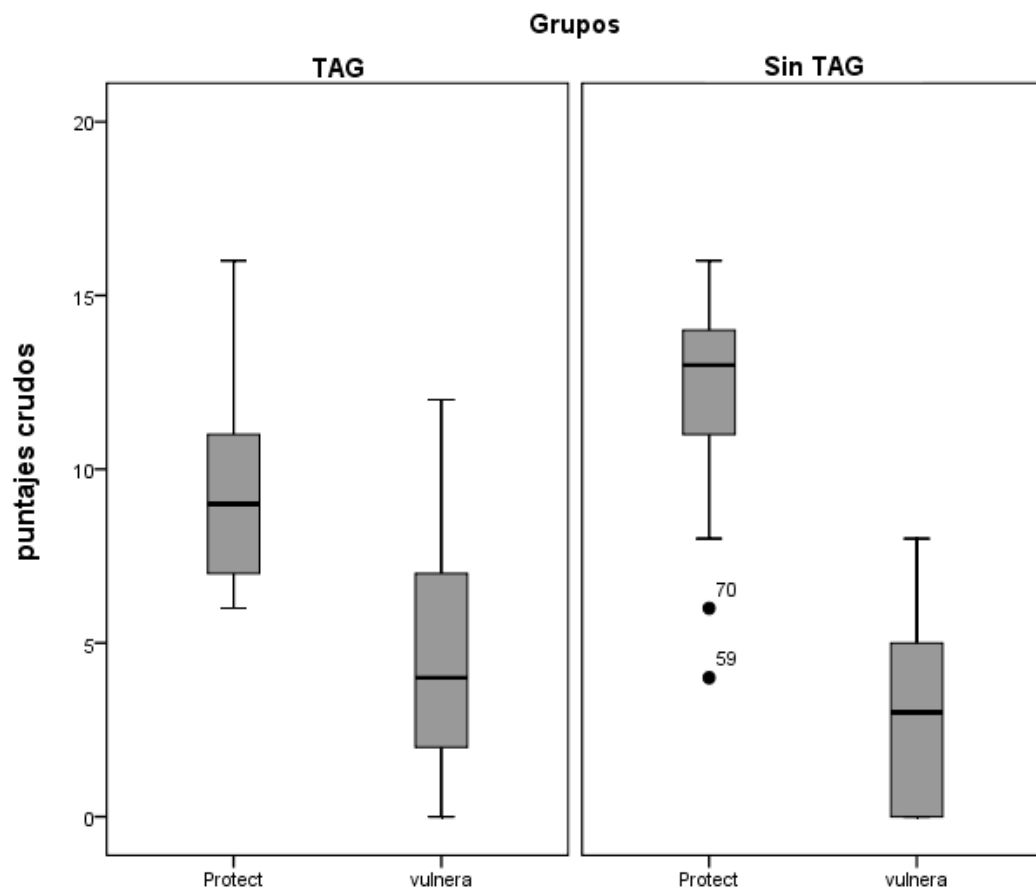
Los números en negrita señalan los puntajes de cada área para ambos grupos y los niveles de significancia asociados.

La tabla muestra las diferencias entre los puntajes de ambos grupos en las prácticas protectoras de crianza, los factores de crianza vulnerante y la interacción con pares en las columnas dos y cuatro. Esos resultados muestran mayor presencia de los factores protectores, menor presencia de factores vulnerantes y mayor

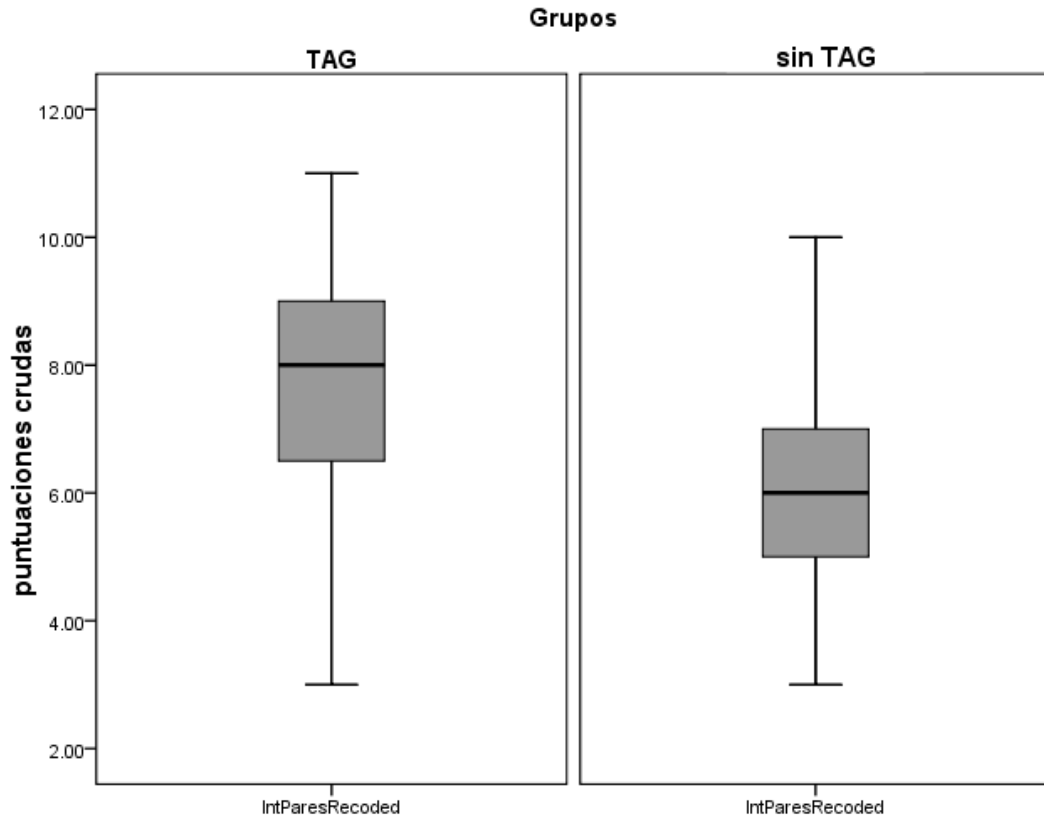
calidad en la interacción con los pares dentro del grupo “Sin TAG” en comparación con el grupo con TAG.

La figura 2 muestra la distribución de los puntajes crudos de ambos grupos con respecto a las áreas “factores protectores de crianza” y “factores de crianza vulnerante”, mientras que la distribución de las puntuaciones crudas de cada grupo con respecto a la “interacción con pares” se muestra en la figura 3.

**Figura 2. Distribución de puntajes crudos en las áreas “factores protectores de crianza” y “factores de crianza vulnerante”**



**Figura 3. Distribución de puntajes crudos en el área “Interacción con pares”**



En las figuras 2 y 3 se observan las distribuciones de los puntajes de cada grupo en las tres áreas, mostrando al igual que en la tabla 4 mayores puntajes en los factores de crianza vulnerante para el grupo con TAG, así como menores factores protectores de crianza y puntajes mayores en la “interacción con pares” denotando menor calidad de interacción en esta área en comparación con el grupo “sin TAG”.

La figura 2 muestra que dos de los participantes dentro del grupo “sin TAG” reportaron puntajes extremadamente bajos en el área de “factores protectores de crianza”, lo cual los ubica fuera de la distribución de su grupo.

Se analizaron las diferencias entre ambos grupos con respecto a algunos reactivos que aparentemente no correspondían a ninguno de los factores, es decir, que parecían no pertenecer a ninguna de las áreas evaluadas por el instrumento de acuerdo a la estructura factorial pero que, de acuerdo con la literatura de investigación, podrían mostrar resultados importantes.

Estos reactivos fueron:

*“cuando mi padre me castigaba usaba castigo físico”*

*“cuando mi madre me castigaba usaba castigo físico”*

*“cuando era chico alguien abusó sexualmente de mí”*

*“durante mi niñez o adolescencia temprana tuve experiencias emocionalmente fuertes o negativas que me angustiaron mucho”.*

Los resultados se muestran en la tabla 5.

Tabla 5 **Diferencias entre los grupos (“con TAG” y “Sin TAG” en los reactivos evaluados por el SEViC.**

Reactivo.	Media de rangos				p
	TAG	n	Sin TAG	n	
Cuando mi padre me castigaba usaba castigo físico	<b>35.10</b>	30	<b>24.72</b>	29	<b>.014</b>
Cuando mi madre me castigaba usaba castigo físico	35.63	31	27.37	31	.061
Cuando era chico(a) alguien abusó sexualmente de mí	<b>36.24</b>	31	<b>26.76</b>	31	<b>.008</b>
Durante mi niñez o adolescencia temprana tuve experiencias emocionalmente fuertes o negativas que me angustiaron mucho	<b>40.63</b>	31	<b>22.37</b>	31	<b>&lt;.001</b>

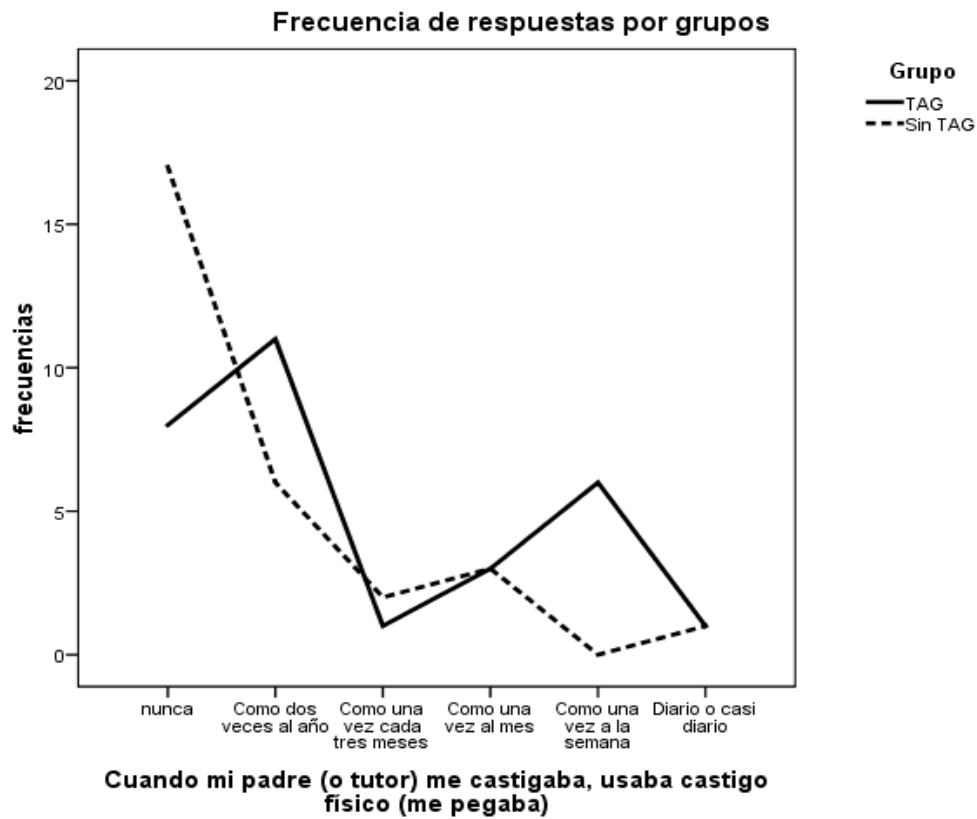
En esta tabla se observan puntajes mayores en cada uno de los cuatro reactivos para los pacientes que conformaron el grupo con TAG con respecto a los puntajes reportados por el grupo “sin TAG”. Esta diferencia resultó significativa para tres de los cuatro reactivos evaluados.

A pesar de que el reactivo “*cuando mi madre me castigaba usaba castigo físico*” no mostró diferencias estadísticamente significativas, esta

diferencia puede representar implicaciones clínicas importantes que se discutirán más adelante.

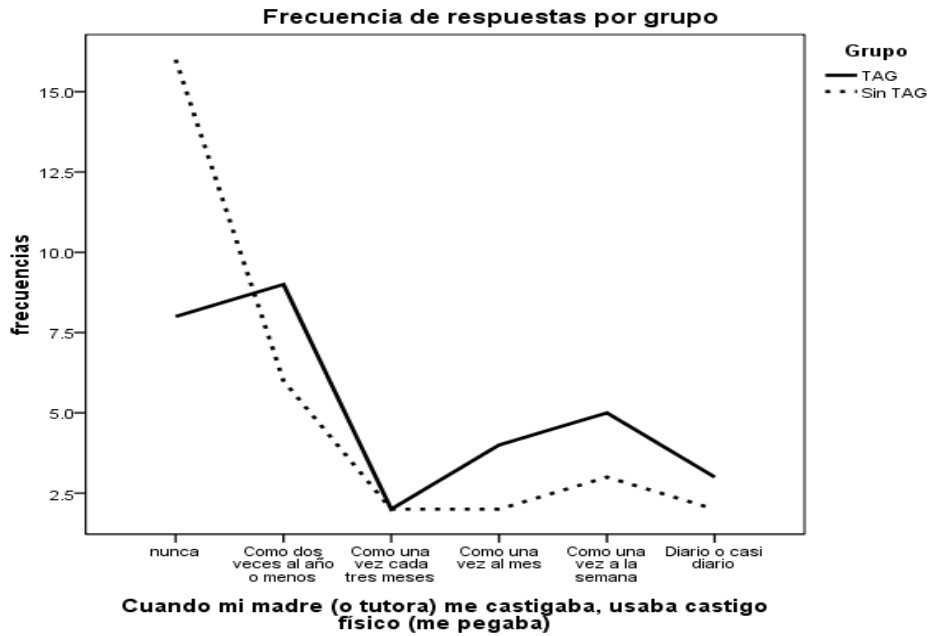
La frecuencia de respuestas para cada una de las opciones dentro de los cuatro reactivos se muestra gráficamente en las figuras 4 a la 4.3.

**Figura 4. Frecuencias de respuestas por grupo en el reactivo “cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba)”**

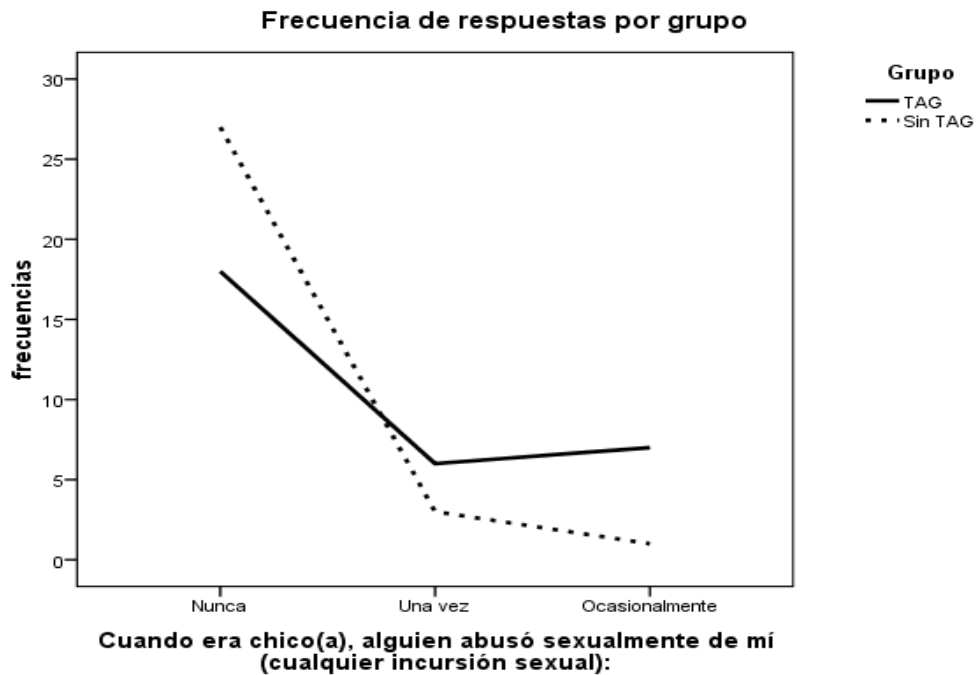




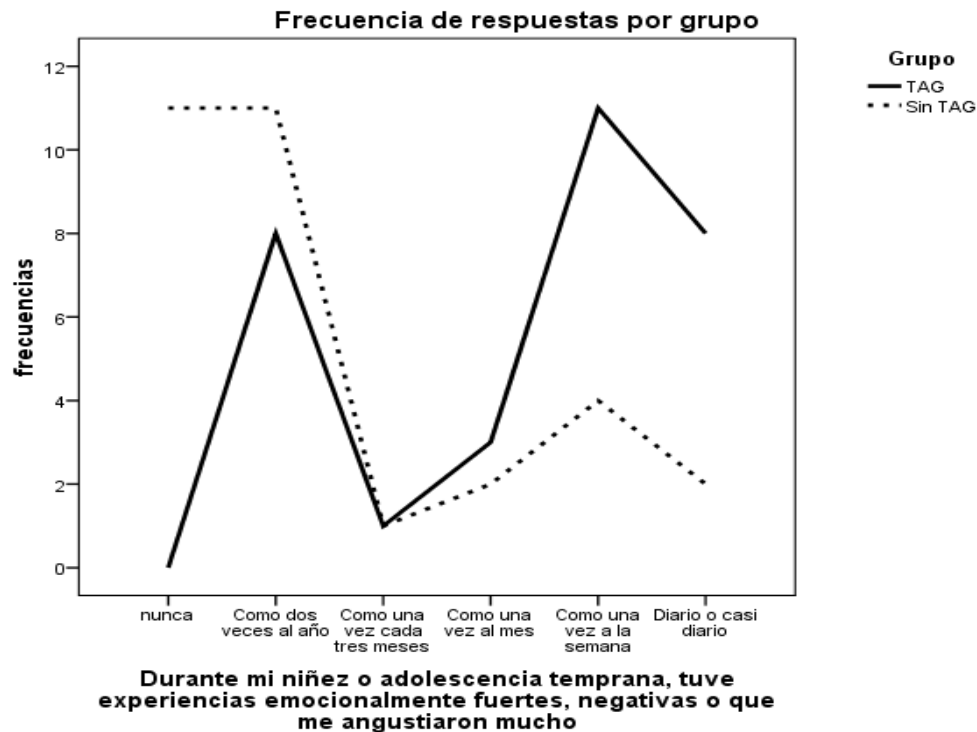
**Figura 4.1 Frecuencias de respuestas por grupo en el reactivo “cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico”**



**Figura 4.2 Frecuencias de respuestas por grupo en el reactivo “cuando era chico(a) alguien abusó sexualmente de mi”**

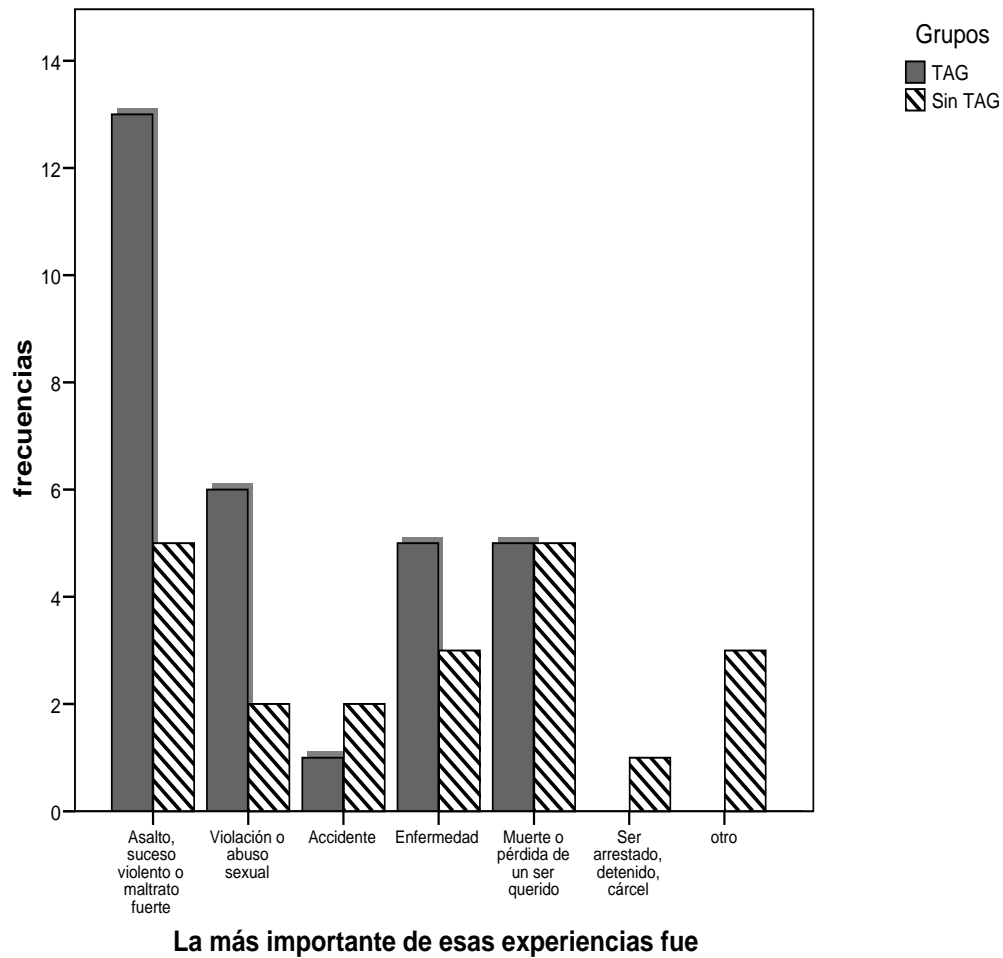


**Figura 4.3 Frecuencias de respuestas por grupo en el reactivo “durante mi niñez o adolescencia temprana tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho”.**



Ya que la diferencia entre ambos grupos resultó significativa respecto al reactivo “durante mi niñez o adolescencia temprana tuve experiencias emocionalmente fuertes o negativas que me angustiaron mucho”, se añadió un análisis de tabulaciones cruzadas para determinar las experiencias emocionales más intensas para cada participante dentro de cada grupo. Los eventos o experiencias emocionales más frecuentes para cada uno de los grupos se muestran en la figura 5.

**Figura 5 Frecuencias de eventos emocionales intensos por grupo**



En esta figura se observa que la categoría de experiencia emocional negativa más frecuente fue “asalto, suceso violento o maltrato fuerte” en el caso de las personas con TAG, seguida por “violación o abuso sexual”, resultando ambas más frecuentes que en el grupo “sin TAG”.

Por otra parte el ser arrestado, detenido o haber estado en la cárcel así como algún otro evento o situación distinta a aquellas sugeridas por el propio instrumento ocurrieron un mayor número de veces en el grupo “sin TAG” que en el grupo con “TAG”.

A pesar de observar éstas diferencias entre ambos grupos, éstas no resultaron estadísticamente significativas.

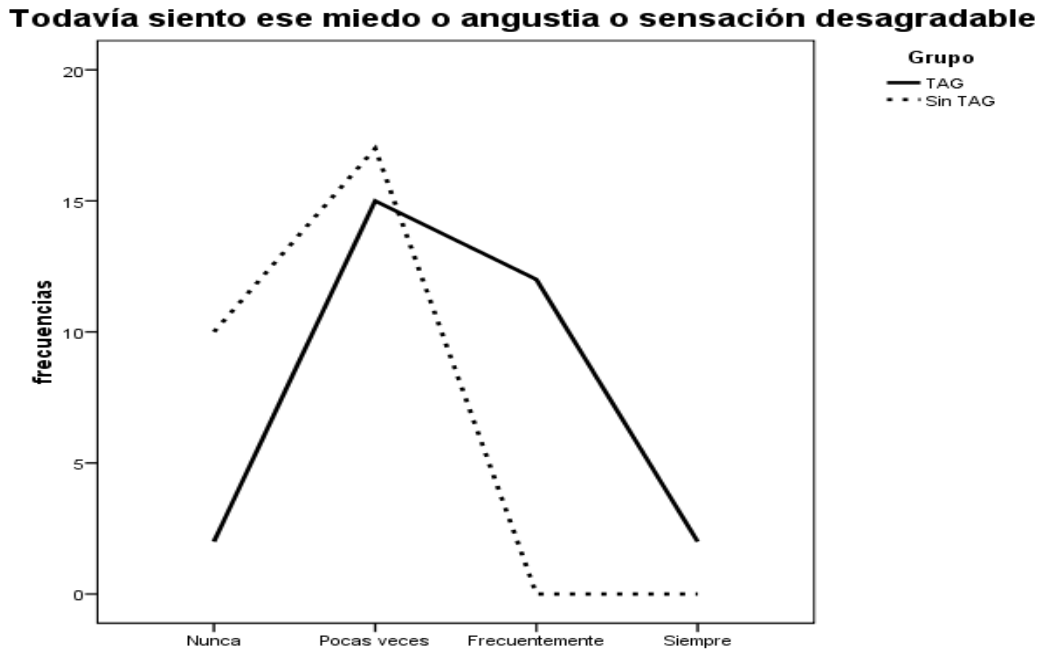
Posteriormente se analizó el reactivo “*todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable*” por medio de la prueba U de Mann-Whitney, ya que la información aportada podía resultar relevante para este estudio.

El análisis mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con probabilidad asociada menor a .001 como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Diferencias entre los grupos (“con TAG” y “Sin TAG”) en cuanto a la sensación de miedo o angustia ( N= 58).			
Reactivo	Media de rangos		p
	TAG	Sin TAG	
<b>Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable</b>	<b>37.47</b>	<b>20.35</b>	<b>&lt;.001</b>

La diferencia entre las frecuencias de respuesta en este reactivo para ambos grupos se muestra gráficamente en la figura 7.

**Figura 6 Frecuencias de respuestas por grupo en el reactivo “todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable”**



En la figura anterior se muestra una mayor tendencia a percibir miedo, angustia o sensación desagradable relacionada con las experiencias estresantes pasadas en el grupo "con TAG" en comparación con el grupo "sin TAG".

Finalmente se compararon los grupos para determinar si existían diferencias entre ellos con respecto a los puntajes de ansiedad somática (BAI) y preocupaciones (PSWQ) a través de la prueba U de Mann-Whitney. Esto se realizó para asegurar que el método empleado para asignar a los participantes del grupo "sin TAG" a dicho grupo se realizó de manera adecuada, por lo cual se

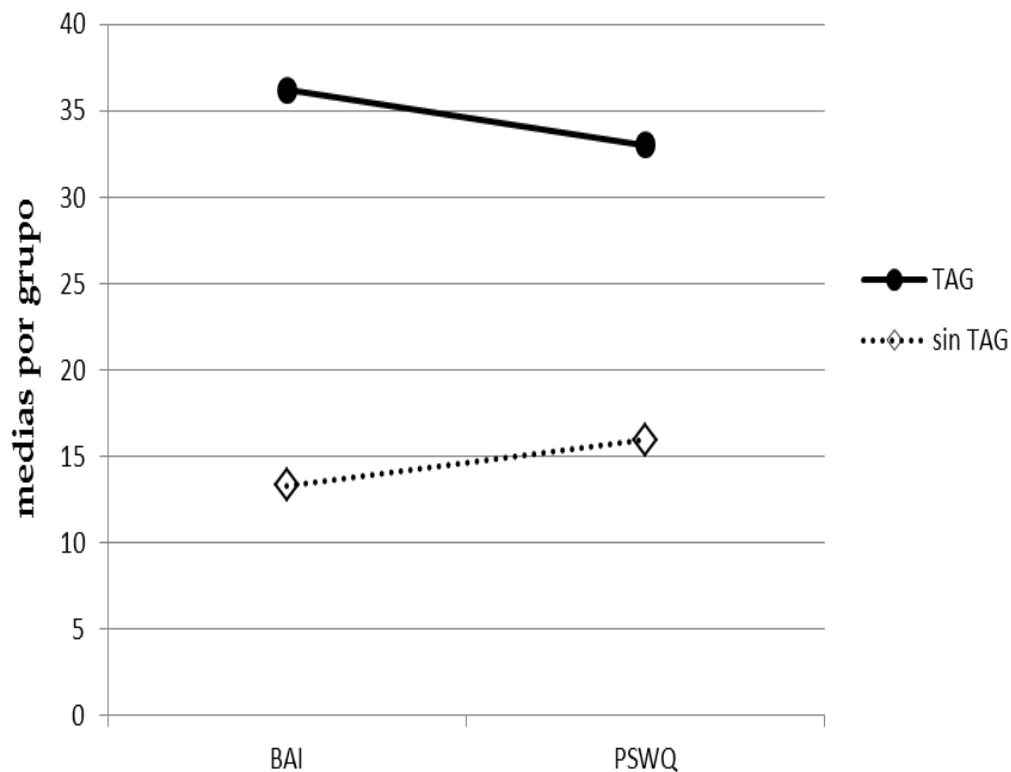
esperaban puntajes mayores en ambos inventarios dentro del grupo con TAG en comparación con el grupo “sin TAG”.

Los resultados de éste análisis mostraron, como se señala en la tabla 7, que los puntajes de ansiedad somática y preocupación expresados por el grupo con TAG fueron significativamente mayores que los puntajes expresados por el grupo “sin TAG”, mostrando puntajes de 36.22 para el grupo con TAG y 13.31 para el grupo “sin TAG” en el Inventario de Ansiedad de Beck, mientras que en el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) los puntajes fueron de 33.02 para el grupo con TAG y 15.93 para el grupo “sin TAG”. La probabilidad asociada a ambos análisis fue menor a .001.

Tabla 7. Diferencias entre los grupos (“con TAG” y “Sin TAG”) en los puntajes de **Ansiedad y preocupaciones** (N= 49).

Inventario	Media de rangos		p
	TAG	Sin TAG	
Inventario de Ansiedad de Beck BAI	36.22	13.31	<.001
Cuestionario de preocupaciones PSWQ	33.02	15.93	<.001

Figura 7. Medias de los puntajes en BAI y PSWQ



La figura 7 muestra las medias obtenidas por cada grupo en ambos cuestionarios (BAI y PSWQ).

Los puntajes obtenidos por cada participante dentro de ambos grupos en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y en el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) se muestran detalladamente en las figuras 8 y 8.1 respectivamente.

Figura 8

Puntajes BAI totales por participante

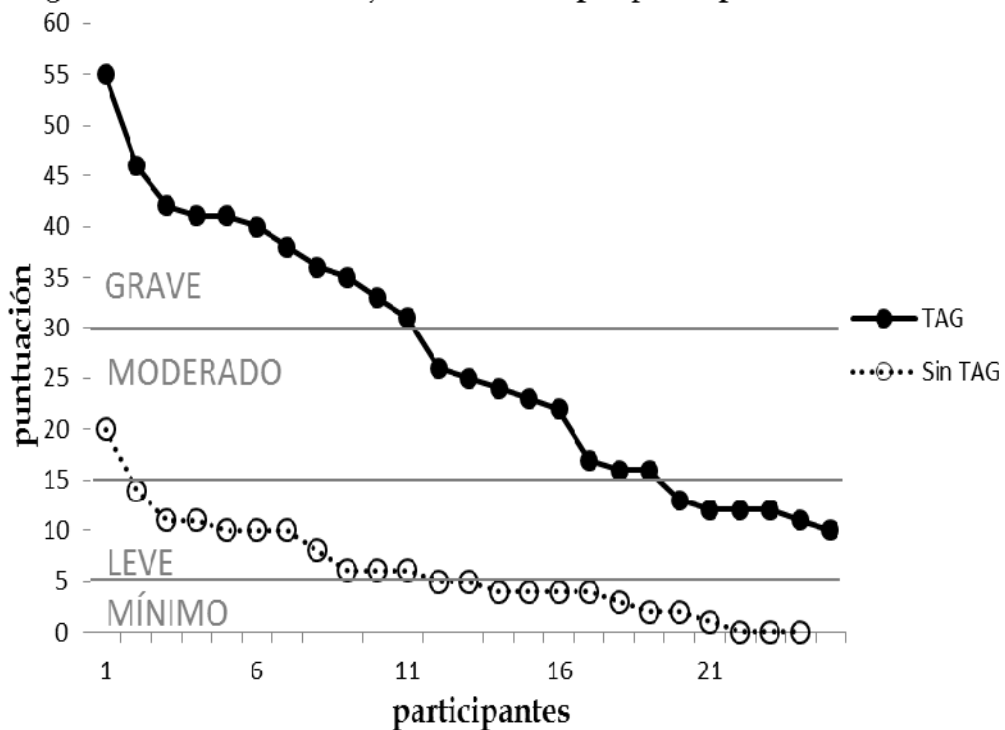
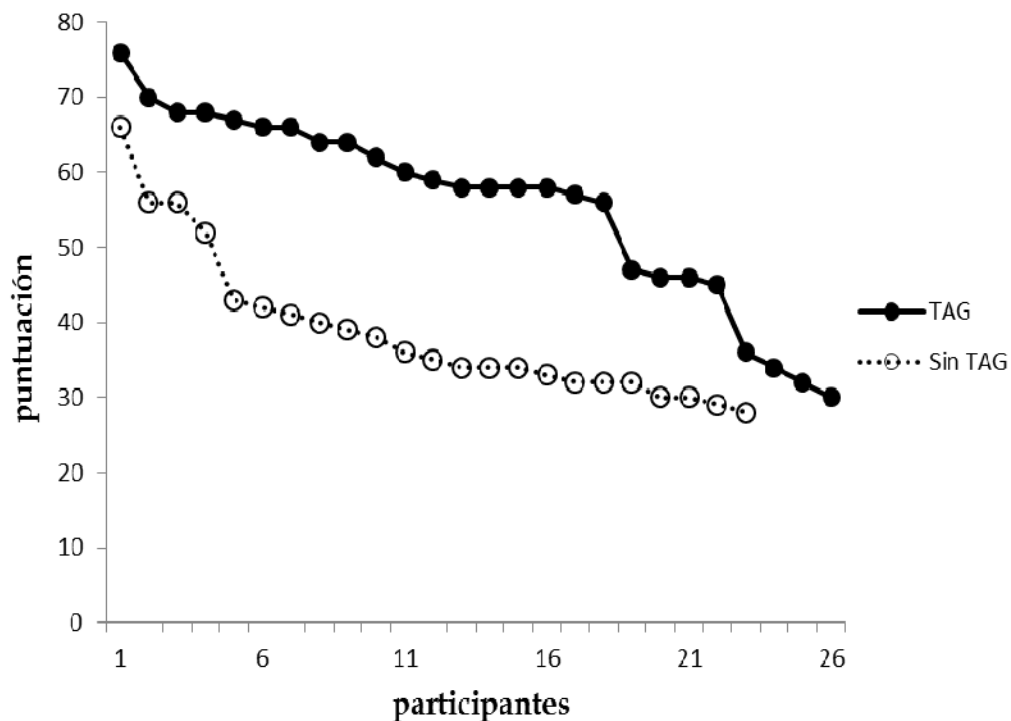


Figura 8.1.

Puntajes PSWQ totales por participante

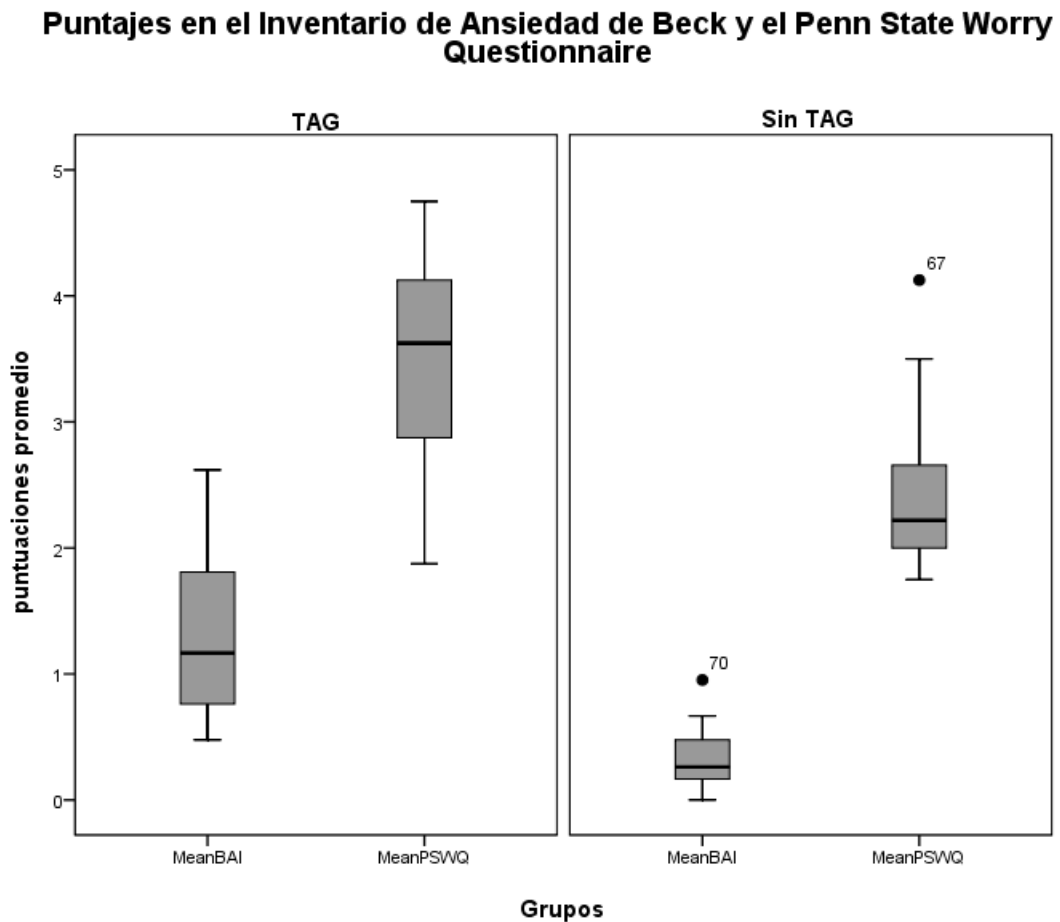




Los puntos negros unidos con líneas sólidas dentro de las figuras representan los puntajes totales en orden descendente de cada paciente actual con TAG en el inventario de ansiedad somática (figura 8) y en el PSWQ (figura 8.1), mientras las líneas punteadas representan las distribuciones de puntajes en orden descendente de los participantes del grupo "Sin TAG" en ambos cuestionarios.

La figura 9 muestra la comparación de ambas distribuciones de acuerdo a las medias de cada grupo.

**Figura 9**



En esta figura los extremos superiores e inferiores de las líneas verticales que cruzan las cajas muestran los puntajes máximos y mínimos de cada distribución. El límite superior de cada caja representa el cuartil 75 mientras el límite inferior representa el cuartil 25 y la línea horizontal dentro de cada caja muestra la media de ambas distribuciones para los puntajes de ansiedad somática y preocupaciones respectivamente.

## DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue explorar de qué manera se relaciona la calidad de la interacción familiar, valorada retrospectivamente, con el eventual desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Los resultados revelaron diferencias notorias en la calidad de la interacción establecida en la infancia y adolescencia temprana por participantes que actualmente están diagnosticados "con TAG" y "Sin TAG". En general la calidad de interacción familiar fue mucho mejor en los no diagnosticados con TAG y que, en efecto, no muestran al presente problemas notorios o graves de ansiedad. En contraste, la calidad de la interacción familiar de actuales pacientes con TAG resultó bastante deteriorada en todas las áreas evaluadas.

Los hallazgos del presente estudio también mostraron que el deterioro en la interacción para los actuales TAG ocurrió en dimensiones relativamente específicas de la interacción familiar y refleja formas características de reaccionar a diversas situaciones estresantes, así como formas distintas de manejar o controlar la ansiedad asociada a esas situaciones. Esto fue especialmente notorio en los niveles de ansiedad somática y preocupación.

Los hallazgos también resultaron consistentes en el área de relación con la madre y el padre donde los individuos "Sin TAG"

informaron mucha mejor relación con sus progenitores que los "con TAG" lo cual denota, en efecto, mucho mejor calidad de interacción entre los miembros "Sin TAG" que entre los "con TAG".

Más específicamente el grupo con Ansiedad Generalizada refirió menores muestras de interés en sus opiniones expresadas por cada padre, menor calidad y frecuencia de comunicación afable entre padres e hijos, mayor frecuencia de juicios o comparaciones negativas emitidas por el padre o la madre hacia ellos, mayor frecuencia e intensidad de instrucciones u órdenes en tono ofensivo o humillante dadas por sus padres sobre tareas domésticas o cotidianas y menor frecuencia de expresiones de cariño o afecto por parte de los padres hacia sus hijos.

Estos hallazgos concuerdan con los de otros estudios en cuanto a una relación relativamente clara entre la calidad de la interacción entre padres e hijos y la presencia de problemas de salud física y psicológica incluyendo la ansiedad y más específicamente la Ansiedad Generalizada (Barret, Short, & Healy, 2002; Brown & Whiteside, 2007; Dumas et al., 1995; Greco & Morris, 2002; Hale, Engels & Meeus, 2006 Hudson & Rapee, 2001; Krohne & Hock, 199; Laraia Stuart, Frye, Lydiard & Ballenger, 1994 Leon & Leon, 1990; Lindhout, Markus, Borst, Hoogendijk, Dingemans, & Boer, 2009; Messer & Beidel, 1994; Moore, Whaley, & Sigman, 2004, Muris & Merckelbach, 1998; Rapee, 1997; Siqueland et al., 1996; Stark et al.,

1990; Whaley, 1999; Woodryff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002).

Los hallazgos que ligan la presencia de TAG con la relación con los padres requieren considerarse en un contexto más amplio. Las variables sociodemográficas de cada grupo de participantes sugieren que la relación con el padre podría verse afectada por la escolaridad de los participantes. De igual manera, las diferencias relativas a la relación con la madre podrían verse afectadas por el estado civil y la ocupación de cada participante. Estas tendencias sólo se observaron en éstas dos áreas.

Respecto a factores protectores y de vulnerabilidad o “vulnerantes”, los primeros fueron más claros en el grupo “Sin TAG”. Esta diferencia se invierte en el caso de los factores vulnerantes, más frecuentes en el grupo con TAG. Además, este grupo informó menor reconocimiento al logro de metas, peor relación con sus hermanos, menos muestras de cariño entre los padres, peor comunicación con otros miembros de la familia, más conflictos entre los padres a veces con gritos, amenazas de separación o divorcio o incluso violencia física. Estas diferencias resultaron significativas a través de todos los análisis estadísticos realizados. Estos hallazgos concuerdan con los de otros estudios en cuanto a la existencia de una relación consistente entre eventos negativos y una calidad de interacción deteriorada entre los miembros de la familia (Repetti, 2002).

Con respecto a la interacción con pares, la calidad de la interacción referida por los pacientes con TAG es menor en comparación con la establecida por el grupo "Sin TAG". En efecto, los "con TAG" informaron haber tenido menos amigos cercanos cuando eran pequeños y en la actualidad y una notoria dificultad para establecer relaciones amistosas con otras personas en comparación con los "Sin TAG".

Algunos autores afirman que el TAG deteriora el funcionamiento de diversas áreas de la vida de las personas (Sanderson & Barlow, 1989). Es posible también que, de haber comorbilidad con otros trastornos, las habilidades sociales necesarias para entablar relaciones con otras personas estén disminuidas en la actualidad, dificultando su establecimiento.

Resulta interesante que incluso el análisis de los reactivos que no formaban parte de las categorías de la estructura factorial de la sección de Interacción Familiar del SEViC arrojó resultados igualmente relevantes y consistentes entre ambos grupos. A continuación algunos ejemplos: Los participantes "con TAG" informaron haber recibido castigo físico por parte de ambos padres con mayor frecuencia que los "Sin TAG". A pesar de que el análisis estadístico no mostró diferencias significativas sobre el castigo físico ejercido por la madre, la existencia de violencia y agresión en la familia se había presentado más frecuentemente en el hogar de los, ahora, pacientes con Ansiedad Generalizada. Cabe señalar que la

diferencia observada en la cantidad de castigo físico recibida del padre y la madre está probablemente enmarcada en un contexto cultural. Es muy probable que en la cultura mexicana sea el padre quien aplique con mayor frecuencia los castigos a los hijos. Esto puede depender también de la estructura familiar; en familias que dependen de padres o madres solteras es muy probable que la aplicación de las consecuencias conductuales, incluyendo los castigos, se encuentre en manos de un solo padre. Sin embargo es necesario fortalecer este hallazgo a partir de investigaciones posteriores que consideren estas variables. (Rabinovich, 2008)

Los resultados relativos a la frecuencia del castigo físico recibido por los padres fortalecen los hallazgos de otros estudios en cuanto una fuerte relación entre las experiencias de abuso infantil y el desarrollo de problemas de ansiedad (Lobby, Orton, Novins, Beals, & the AI-SUPERFP team., 2005; Moffit, Caspi, Harrington, Milne, Melchior, Goldberg, & Poulton, 2007; Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009).

En otro sentido, el análisis del reactivo "*cuando era chico alguien abusó sexualmente de mí*" mostró una historia de abuso sexual muy marcada dentro del grupo "con TAG" en comparación con el grupo "Sin TAG". Las frecuencias de abuso sexual en la infancia fueron de trece personas dentro del grupo "con TAG" mientras que en el grupo "Sin TAG" únicamente cuatro reportaron haber experimentado este tipo de evento. Este hallazgo concuerda con la

literatura de investigación en cuanto a la existencia de una relación consistente entre la historia de abuso sexual y el desarrollo posterior de problemas de ansiedad, específicamente con la precipitación del TAG (Heim et al., 2000; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000; Levitan, Rector, Sheldon & Goering, 2003; Lobby, Orton, Novins, Beals, & the AI-SUPERFP team., 2005).

La frecuencia de eventos o experiencias emocionalmente negativas en general fue claramente mayor dentro del grupo con "TAG" sobre el grupo "Sin TAG". Esto, como en el caso del abuso sexual, implica una clara asociación entre la experiencia de situaciones muy estresantes en la infancia y la posterior precipitación de cuadros clínicos como la ansiedad generalizada. Esta asociación concuerda con la encontrada en otros estudios (Goodyer, Wright & Altham, 1988; Perry & Polland, 1998; Phillips, Hammen, Brennan, Najman, & Bor, 2005; Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2000).

Asimismo el grupo con "TAG" reportó haber vivido asalto, sucesos violentos, o maltrato fuerte con mucha mayor frecuencia que el grupo "Sin TAG" además de reportar una mayor historia de violación o abuso sexual. Para el grupo con "TAG" a estos eventos les siguieron en orden descendente de frecuencias, la experiencia de muerte o pérdida de algún ser querido, así como la presencia de alguna enfermedad; y finalmente el haber experimentado algún accidente.



El grupo "Sin TAG", refirió también experiencias como: asalto, suceso violento o maltrato fuerte (con menos de la mitad de frecuencias que el grupo con "TAG"). La muerte o pérdida de algún ser querido (con la mismas frecuencias que en el grupo con "TAG"), seguidas por alguna enfermedad o algún otro evento no especificado, como accidente. En estos rubros las diferencias entre el tipo de eventos estresantes experimentados en la infancia no resultó estadísticamente significativa.

De acuerdo a la literatura de investigación el análisis de respuestas como *"todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable"* podría aportar información importante con respecto a la capacidad de cada participante para regular sus propias emociones, así como para recuperarse de la experiencia de eventos estresantes. El análisis mostró valores totales mayores dentro del grupo con ansiedad generalizada, denotando una mayor dificultad para regular las emociones así como activación fisiológica ante eventos estresantes. Este hallazgo parece sugerir una mayor facilidad para regular emociones por parte de aquéllos que no presentan TAG. Esto concuerda con autores que señalan que estados estrés crónico afectan el desarrollo neurobiológico y crean un sistema de respuesta al estrés sensible que afecta la activación, la regulación de las emociones, reactividad conductual y la regulación cardiovascular (Perry & Polland, 1998). Aparentemente la exposición constante o recurrente a circunstancias estresantes creadas por familias de alto riesgo pueden ocasionar alteraciones en el eje Hipotalámico-

pituitario-adrenocortical (HPA), modificando de manera importante la respuesta al estrés (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Finalmente, la comparación entre la ansiedad somática y preocupaciones mostrados por el Inventario de ansiedad de Beck y el Penn State Worry Questionnaire entre ambos grupos, reveló que el grupo con "TAG" mostró valores mucho mayores con respecto a los síntomas físicos de ansiedad así como con respecto al grado de preocupación. Los pacientes que conformaron del grupo de ansiedad generalizada presentaban mucho mayor sintomatología física asociada a la ansiedad en comparación con el grupo "Sin TAG", así como niveles mucho mayores de preocupación constantes y mucha mayor dificultad para controlarlas. Aunque era una diferencia esperada, una razón por la que se realizó este análisis fue para corroborar que las entrevistas iniciales empleadas para emitir el diagnóstico, sobre todo del grupo "Sin TAG" se hubieran realizado adecuadamente, es decir, que no hubiera errores en el diagnóstico de modo que el método empleado para asignar a los participantes a cada grupo resultó efectivo.

A guisa de comentario clínico, en cuanto ansiedad somática y preocupación hubo dos participantes "sin TAG" que mostraron puntajes extremos con respecto a los demás puntajes dentro de su distribución. Alrededor de mes y medio antes de la entrevista, uno de ellos había sufrido la pérdida de su padre y tenido problemas laborales. Para el otro participante no se encontraron razones

aparentes durante la entrevista que explicaran sus puntuaciones elevadas en preocupaciones pero sus puntajes en ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck) fueron bastante bajos quizá indicando autorregulación razonable.

El presente estudio fortalece la línea de investigación al respecto de una asociación entre la calidad de la interacción familiar y el posterior desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). De acuerdo a la literatura de investigación, pocos estudios han abordado este campo de manera específica.

A pesar de que hay estudios que investigan esta relación (Brown & Whiteside, 2007; Hale, Engels & Meeus, 2006; Lobby, Orton, Novins, Beals & the AI-SUPERFP team, 2005; Moffit, Caspi, Harrington, Milne, Melchior, Goldberg, & Poulton, 2007; Muris & Merckelbach, 1998; Rapee, 1997; Warren, Houston, Egeland & Sroufe, 1997), estos presentan limitaciones importantes. Algunos de ellos evalúan la presencia de sintomatología característica del TAG sin establecer formalmente un diagnóstico. Asimismo, no muchos estudios han evaluado la calidad de la interacción entre los miembros de la familia de manera específica. Suele evaluarse sólo la interacción entre uno de los padres y los hijos, sin considerar a ambos padres o a los hermanos en caso de haberlos. El presente estudio examinó la interacción no sólo con ambos padres de manera diferencial, sino la interacción entre ellos percibida por los hijos y la relación establecida en la niñez entre los hermanos.

La historia de la interacción con los pares es otro aspecto que no se había evaluado antes en personas con y sin TAG, lo cual representa un hallazgo importante que, al igual que todos los demás mostrados en este estudio deberán continuar analizándose en investigaciones futuras.

Quizá una limitación del presente estudio fue el número de participantes que conformaron cada grupo. Convendría ampliar el número de participantes a fin de facilitar la confiabilidad a gran escala de los hallazgos. De igual modo, este estudio podría adolecer de algunas limitaciones propias de cualquier estudio retrospectivo ya que fundamenta sus hallazgos en puntajes autorreferidos. Se buscó limitar este problema con un instrumento que empleara componentes conductuales evaluados a partir de la frecuencia de su ocurrencia. Al trabajar con frecuencias de conductas específicas se logra mejorar la coherencia entre la percepción de la persona y los hechos tal cual ocurrieron.

De hecho, además de la importancia clínica, estadística y social de los resultados, una contribución adicional del presente estudio probablemente reside en la naturaleza metodológica de la valoración de la calidad de interacción familiar usada ya que ésta se determinó a partir de la frecuencia de ocurrencia de conductas específicas de cada uno de los padres hacia sus hijos. Normalmente los instrumentos de otros estudios no incluyen, en sus escalas, una proporción específica que facilite la identificación de la ocurrencia

(por ejemplo frecuencias o porcentajes), y la naturaleza de los reactivos tiende a ser más evaluativa que conductual (descriptiva) con el riesgo de menores valores de confiabilidad (Lawrence, Barry, Brock, Bunde, Langer, Ro, Fazio, Mulryan, Hunt, Madsen & Dzankovic, 2011; Shipman, Sheldrick, & Perrin, 2011).

Aun así, la presencia de estudios prospectivos similares al de Moffit et al. (2007) que evalúen diversos componentes dentro de la interacción entre los miembros de la familia a lo largo de periodos relativamente largos permitiría fortalecer los hallazgos aquí reportados.

El apareamiento de los grupos en este estudio no pudo realizarse de manera óptima con respecto a la ocupación, la escolaridad y el estado civil. Si bien los hallazgos relativos a la relación del padre y la madre podrían merecer alguna cautela concuerdan con lo propuesto por la mayoría de los autores que han abordado la relación entre la calidad de la interacción familiar y la precipitación o presencia de sintomatología ansiosa.

Aun cuando los resultados son claros, este estudio no examinó la comorbilidad entre el TAG y otros diagnósticos. Sería interesante investigar si controlando esta variable la dirección de los hallazgos se mantiene, es decir, si la existencia de los mismos factores dentro de la crianza se asocia con la presencia de TAG "puro". Esto, si bien interesante, sería un tanto difícil ya que, como han señalado varios

estudios, la presencia de TAG puro es mucho menos frecuente en comparación con la prevalencia de TAG con otros problemas psicológicos entre los cuales destaca la depresión (Bienvenu et al., 1998; Brown & Barlow, 1992; Bruce et al., 2001; Carter et al., 2001; Grant, B. F. et al., 2005; Hunt et al., 2002; Wittchen et al., 1994).

Los hallazgos del presente estudio aportan información adicional al respecto de una posible asociación entre la calidad de la interacción familiar en etapas tempranas de la vida y la presencia del trastorno de ansiedad generalizada.

A pesar de que estos hallazgos concuerdan con la literatura de investigación, resulta de gran importancia realizar estudios metodológicamente sólidos que continúen fortaleciendo esta línea.

A partir de la consistencia de estos hallazgos podrían desarrollarse intervenciones psicológicas para el tratamiento del TAG tanto "puro" como en presencia de otros trastornos y diseñar estrategias preventivas a manera de talleres para padres que los doten de herramientas y habilidades más adecuadas de interacción con sus hijos y reduciendo con el paso del tiempo el desarrollo de problemas de ansiedad específicos en los mismos.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition, revised. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, D. C.
- Anderson D. J., Noyes R., & Crowe R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *The american journal of psychiatry*. 141(4), 572-575.
- Andrews, G., Stewart, G. W., Allen, R., & Henderson, A. S. (1990). The genetics of six neurotic disorders: A twin study. *Journal of affective disorders*. 19, 23-29.
- Andrews, G., Stewart, G. W., Morris-Yates, A., Holt, P., & Henderson, A. S. (1990). Evidence for a general neurotic syndrome. *British journal of psychiatry*. 157, 6-12.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall : Englewood Cliffs, NJ.

- Bakish, D. (1999). The patient with comorbid depression and anxiety: the unmet need. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 20-24.
- Barlow, D. H. (2002). Origins of apprehension, anxiety disorders, and related disorders. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 252-291). New York: Guilford Press.
- Barrett, P., Shortt, A., & Healy, L. (2002). Do parent and child behaviors differentiate families whose children have obsessive compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 597-607.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Bernardo, G. (2007). Validación de dos escalas de preocupación en adultos de la Ciudad de México (tesis de licenciatura), Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Bienvenue O. J., Nestadt G., & Eaton W. W. (1998). Characterizing generalized anxiety: Temporal and symptomatic thresholds.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: volume 2. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Brown, A. M. & Whiteside, S. P. (2007). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Anxiety disorders*, 22, 263-272.



- Brown T. A., & Barlow D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of consulting and clinical Psychology, 60*, 835-844.
- Bruce S. E., Machan J. T., Dyck I., & Keller M.B. (2001). Infrequency of "pure" GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression & Anxiety, 14*, 219-225.
- Camras, L. A., Ribordy, S., Hill, J., Martino, S., Spaccarelli, S., & Stefani, R. (1988). Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Developmental Psychology, 24*, 776-781.
- Caraveo-Anduaga J. J., Colmenares B. E., & Saldívar H. G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental, 22*, 62-67. (Número Especial).
- Carter R. M., Wittchen H. U., Pfister H., & Kessler R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression & Anxiety, 13*, 78-88.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioral homeostasis. *Journal of the American Medical Association, 267*, 1244-1252.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & O'Leary, T. A. (1993). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, NY: Graywind.

- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behavior Research and Therapy*, 27, 397-402.
- Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Williams, R. B., Haney, T. L., & Blumenthal, J. A. (1985). Components of Type A, hostility, and anger in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- DiBlasio, F. A., & Benda, B. B. (1990). Adolescent sexual behavior: Multivariate analysis of a social learning model. *Journal of Adolescent Research*, 5, 449-466.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rheaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J. M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 253-261.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., & Serketich, W. J. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104-113.
- Dunn, J., & Brown, J. (1994). Affect expression in the family, children's understanding of emotions, and their interactions with others. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 120-137.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C., & Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*, 62, 1352-1366.

- Eley, T. C. (1997). General genes: A new theme in developmental psychopathology. *Current directions in psychological science*, 6, 90-95.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.
- Emery, R. E. (1988). *Marriage, divorce, and children's adjustment*. Newbury Park, CA: Sage.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Apitz, A. M., Edwards, et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Field, A. P. (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review*, 26, 857-875.
- Fisak, B., Grills-Taquechel, & A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 213-231.
- Gerull, F. C., & Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behavior in toddlers. *Behavior Research and Therapy*, 40, 279-287.

- Goodyer, I. M., Wright, C., & Altham, P. M. E. (1988). Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 29, 651-667.
- Gould, R. A., & Otto, M. W. (1996). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Phobia and Generalized Anxiety Disorder. En M. H., Pollack, M. W. Otto & J. F. Rosenbaum (Eds). *Challenges of clinical practice: Pharmacologic and Psychosocial Strategies*, (pp.113-140). New York, Guilford Press.
- Grant B., Hasin D. S., Stinson F. S., Dawson D. A., Ruan W. J., Goldstein R. B., Smith S. M., Saha T., & Huang B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 259-267.
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.
- Gunnar, M. R., Brodersen, L., Nachmias, M., Buss, K., & Rigatuso, J. (1996). Stress reactivity and attachment security. *Developmental Psychobiology*, 29, 191-204.

- Hadwin JA, Garner M, & Pérez-Olivas, G. (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: a review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review, 26*, 876–894.
- Hale, W., Engels, R. & Meeus, W. (2006). Adolescent's perceptions of parenting behaviours and its relationship to adolescent Generalized Anxiety Disorder symptoms. *Journal of adolescence, 29*, 407-417.
- Heim C., Newport D. J., Heit S., Graham Y. P., Wilcox M., Bonsall .R, Miller A. H., & Nemeroff C. B. 2000. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the american medical association, 284*(5), 592–597.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry 158*: 1568–1578.
- Hudson, J. & Rapee, R. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 51-76). New York: Guilford Press.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behavior research and therapy, 39*, 1411-1427.

- Hunt, C., Issakidis, C., & Andrews G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32, 649-659.
- Hunt, C., Slade, T. & Andrews G. (2004). Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder comorbidity in the National Survey of Mental Health and Well-being. *Depression & Anxiety*, 20, 23-31.
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L., & Le Mare, L. (1990). Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development*, 61, 2004-2021.
- Jurado, S. (2002). Génesis, sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D.F. (tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American psychologist*, 44, 668-674.
- Kaslow, M. H., Deering, C. G., & Racusia, G. R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychological Review*, 14, 39-59.
- Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B., & Charney, D. S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical implications. *Society of Biological Psychiatry*, 48, 778-790.

- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments?. *Archives of general psychiatry*, 49, 716-722.
- Kendler, K. S., Walters, E. E. Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression and alcoholism. *Archives of general psychiatry*, 52, 374-38.
- Kessler, R. C. (2000). The epidemiology of pure and co-morbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. *Acta psychiatrica scandinavica*, 102, 7-13.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Dewit, D. J., Ustun, T. B., Wang, P. S. & Wittchen, H. U. (2002). Distinguishing generalized anxiety disorder from major depression: prevalence and impairment from current pure and co-morbid disorders in the U. S. and Ontario. *International journal of methods in psychiatric research*, 11, 99-111.
- Kessler, R. C., Dupont, R. L., Berglund, P. A. & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and co-morbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American journal of Psychiatry*, 156, 1915-1923.
- Kessler, R. C., Dupont, R., Wittchen, H. U. & Berglund, P. (2000). Impairment in generalized anxiety disorder (letter). *American journal of Psychiatry*, 157, 2061.

- King, N. J., Eleonora, G., & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of childhood phobias : current status of Rachman's three pathways theory. *Behavior Research and Therapy*, 36, 297-309.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety research*, 4, 109-124.
- Kupersmidt, J. B., & Patterson, C. J. (1991). Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported behavior problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 427-449.
- Laraia, M. T., Stuart, G. W., Frye, L. H., Lydiard, R. B., & Ballenger, J. C. (1994). Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 1-17.
- Lawrence, E., Barry, R. A., Brock, R. L., Bunde, M., Langer, A., Ro, E., Fazio, E., Mulryan, L., Hunt, S., Madsen, L. & Dzankovic, S. (2011). The Relationship Quality Interview: Evidence of reliability, convergent and divergent validity, and incremental utility. *Psychological Assessment*, 23(1), 44-63.
- Leon, C. A. & Leon, A. (1990). Panic disorder and parental bonding. *Psychiatric annals*, 20, 503-508.
- Levitan, R., Rector, N. A., Sheldon, T., & Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: issues of co-morbidity and specificity. *Depression and anxiety*, 17, 34-42.



- Lewis, A. (1942). Incidence of neurosis in England under war conditions. *Lancet*, 2, 175-183.
- Lindhout, I. E., Markus, M., Borst, S. R., Hoogendijk, T. H. G., Dingemans, P. M., & Boer, F. (2009). Childrearing style in families of anxiety-disordered children: between-family and within-family differences. *Child psychiatry & human development*, 40(2), 197-121.
- Lobby, A., Orton, H., Novins, D., Beals, S., & the AI-SUPERFP team. (2005). Childhood physical and sexual abuse and subsequent depressive and anxiety disorders for two American Indian tribes. *Psychological medicine*, 35, 329-340.
- Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- Masten, A., Morison, P., Pelligrini, D., & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 236-256). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *En. Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires.* (pp.125-133). New York: Oxford University Press.

- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- Mc Lean, P. D. & Woody, S. R. (2001). Generalized Anxiety Disorder. En. P. D., McLean & S. R., Woody (Eds.). *Anxiety Disorders in Adults*. (pp. 242-266). New York, Oxford University Press.
- Meaney, M. J., Aitken, D. H., van Berkel, C. H., Bhatnagar, S., & Sapolsky, R. M. (1988). Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science*, 239, 766-768.
- Medina-Mora M. E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E., & Zambrano J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 35, 1773-1783.
- Mennin D. S., Heimberg R. G. & Turk C. L. (2004). Clinical presentation and Diagnostic Features. En. R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S., Mennin (Eds.). *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice*.
- Messer, S. C., & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.

- Meyer, T. J., Miller, M., L., Metzger, R., L. & Borkovec, T., D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behavior, research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Miller, K. S., Forehand, R., & Kotchick, B. A. (1999). Adolescent sexual behavior in two ethnic minority samples: The role of family variables. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 85-98.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders : it's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10-26.
- Moffit, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D. & Poulton R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological medicine*, 37, 441-452.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 471-476.
- Muris, P., Loxton, H., Neumann, A., du Plessis, M., King, N. & Ollendick, T. (2005). DSM-defined anxiety disorders symptoms in South African youths: Their assessment and relationship with perceived parental rearing behaviors. *Behavior, Research and Therapy*, 44, 883-89.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behavior and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 1199-1206.

- Muris, P., Merckelbach, H., Jong, P. J., & Ollendick, T. H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children : a critique of the non-associative account. *Behavior, Research and Therapy*, 40, 185-195
- Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. H., & Buss, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child Development*, 67, 508-522.
- Najman, J. M., Behrens, B. C., Andersen, M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Williams, G. M. (1997). Impact of family type and family quality on child behavior problems. A longitudinal study. *Journal of American academy of child and adolescent Psychiatry*, 36, 1-9.
- Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. *Stress in Children*, 7, 33-51.
- Perry, N. W. & Millimet, C. R. (1977). Child-rearing antecedents of low and high anxiety eighth-grade children. En: C. D. Spielberg & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety*, 4, 189-204. New York, Wiley.
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M., & Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of abnormal child Psychology*, 33(1), 13-24.
- Rabinovich, E. P. (2008). Commentary: How far is Brazil from Africa? *Culture & Psychology*, 14(1), 145-152.

- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in behavior Research and Therapy*, 12, 1-30.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Reid, R. J., & Crisafulli, A. (1990). Marital discord and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 105-117.
- Repetti, R. L., Taylor, E. S. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and pshysical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330-366.
- Rickman, M., & Davidson, R. (1994). Personality and behavior in parents of temperamentally inhibited or uninhibited children. *Developmental Psychology*, 30, 346-354.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfield, D. R., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J., Snidman, N., & Reznick, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioral

inhibition and anxiety disorders: results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatric Research*, 25, 49–65.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, (pp. 181–215). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Sanderson, W. C., & Barlow, D.H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-II-R generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 588-591.

Scherrer, J. F., True, W. R., Xian, H., Lyos, M. J. Eisen, S. A., Goldberg, J., Lin, N. & Tsuang, M. T. (2000). Evidence for genetic influences common and specific to symptoms of generalized anxiety and panic. *Journal of affective disorders*, 57, 25-35.

Seeman, T. E., & Robbins, R. J. (1994). Aging and hypothalamic-pituitary-adrenal response to challenge in humans. *Endocrinology Review*, 15, 233–260.

Seeman, T. E., Singer, B., Horwitz, R., & McEwen, B. S. (1997). The price of adaptation–allostatic load and its health consequences: MacArthur studies of successful aging. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2259–2268.

Shipman, D. L., Sheldrick, R. C. & Perrin, E. C. (2011). Quality of life in adolescents with autism spectrum disorders: Reliability and

validity of self-reports. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(2), 85-89.

Silverman, W. K., Cerny, J. A., & Nelles, W. B. (1988). The familial influence in anxiety disorders: studies on the offspring of patients with anxiety disorders. En: B. Lahey, & A. Kazdin, (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. Vol. 11 (pp.223-248). New York: Plenum Press.

Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.

Small, S. A., & Luster, T. (1994). Adolescent sexual activity: An ecological risk-factor approach. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 181-192.

Spence, S. H., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. O., & Williams, G. M. (2000). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 457-469.

Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.

Stein M. B., & Heimberg R. G. (2002). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major

depressive disorder in a community sample. *Journal of affective disorders*, 79, 161-166.

Suarez, E. C., Bates, M. P., & Harralson, T. L. (1998). The relation of hostility to lipids and lipoproteins in women: Evidence for the role of antagonistic hostility. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 59-63.

Suveg, C., Zeman, J., Flannery-Schroeder, E., & Cassano, M. (2005). Emotion socialization in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 145-155.

Thompson, R. A. (2004). Development in the First Years of Life. En: E. F. Zigler, D. G. Singer, & S. J. Bishop-Josef (Eds.), *Children's play: the roots of reading* (pp. 15-31). Washington, DC: National Center for Infants, Toddlers and Families.

Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of general psychiatry*. 40, 1085-1089.

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

Tyrer, P., Alexander, J., Remington, M. & Riley, P. (1987). Relationship between neurotic symptoms and neurotic diagnosis: a longitudinal study. *Journals of affective disorders*, 13, 13-21.

Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246-298.



- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R. & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The british journal of psychiatry*, 194, 392-398.
- Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Whaley, S. E., Pinto, A., Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Widom, C. S., & White, H. R. (1997). Problem behaviors in abused and neglected children grown up: Prevalence and co-occurrence of substance abuse, crime, and violence. *Criminal Behavior and Mental Health*, 7, 287-310.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized Anxiety Disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and

comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 319-328.

Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28, 109-126.

Wittchen, H. U., Zhao S., Kessler R. C., & Eaton W. W. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.

Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.

# ANEXOS

## ANEXO A

**WMH SCID 2000-1****ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS  
TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV (VERSIÓN BREVE)**

**Estudio:** \_\_\_\_\_ **Lugar:** \_\_\_\_\_

**Entrevistado (a):** \_\_\_\_\_ **Entrevistado (a) No.:** \_\_\_\_\_

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Entrevistador No.:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_ **Fecha de la**  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Entrevista:** \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Hora comienzo entrevista:**  
**Finalización:**

**Tiempo empleado en Notas,**

**Evaluación:****Contactos (intentos de localizar al entrevistado):**

**Editado y revisado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

El desarrollo del SCID fue posible en parte al contrato NIMH #278-83-0007 (DB) y la beca NIMH # 1 RO1 MH40511.

Agradecimientos a: Primero, Michael B., Spitzer, Robert L., Gibbon, Miriam, y Williams,

Janet, B.W. : "Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV –

Edición paciente (SCID-I/P, Versión 2.0, revisión 9/98)  
Biometrics Research Department  
New York State Research Institute  
722 West 168th Street  
New York, New York 10032  
© 1998 Biometrics Research Department

## SCID 2000

### INTRODUCCIÓN

Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_ de ESCUELA / AGENCIA / NOMBRE PROYECTO. Gracias por participar en esta entrevista. Voy a hacerle varias preguntas sobre sus experiencias. También voy a referirme a la entrevista que hizo \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_. Algunas de las preguntas pueden ser similares, pero no intente lo recordar que dijo anteriormente. Lo que debe intentar hacer es responder a cada pregunta honestamente.

Puede rehusar responder a cualquier pregunta o terminar la entrevista cuando usted lo desee. La información que nos de será confidencial. Le voy a preguntar sobre problemas o dificultades que haya podido tener y haré algunas anotaciones mientras tanto. También voy a grabar esta entrevista. Este casete se utilizará con fines de control de calidad.

¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?

### DATOS DEMOGRÁFICOS

GENERO: 1 hombre  
2 mujer

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

FDN: \_\_\_\_\_  
día \*\* mes año

EDAD: \_\_\_\_\_

Vive usted en (dirección)?

SI NO: ¿Cuál es su dirección en estos momentos?

¿Está casado/a?

SI NO: ¿Lo ha estado alguna vez?

ESTADO CIVIL (más reciente):  
1 casado o viviendo con alguien como si estuviera casado  
2 viudo  
3 divorciado o matrimonio anulado  
4 Separado  
5 Soltero/a

¿Tiene hijos? (¿Cuántos años tienen?)

SI AFIRMATIVO: ¿Cuántos hijos tiene?

¿Dónde vive usted?

\_\_\_\_\_

¿Con quién vive?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS**

(EL REGISTRO DE CURVA VITAL DE LA PAG X DE LA VISIÓN GENERAL PUEDE UTILIZARSE PARA ANOTAR UNA HISTORIA PSICOPATOLÓGICA COMPLICADA Y TRATAMIENTOS U OTROS ACONTECIMIENTOS VITALES)

¿Alguna vez ha consultado a alguien por problemas emocionales o psiquiátricos?

---

---

SI AFIRMATIVO: ¿Podría decirme (con sus propias palabras) cómo era eso?

---

SI NO: ¿Alguna vez ha tenido algún problema emocional o psiquiátrico que no comentó con un médico o algún profesional parecido?

Tratamiento para problemas emocionales  
Con un médico o profesional de salud  
1 SI                      2 NO

SI NO: ¿Hubo alguna vez en que usted, o alguna otra persona, pensó que debería ver a alguien por la manera como se sentía o actuaba?

---

---

---

Alguna vez ha tomado medicamentos (para problemas emocionales o psicológicos)?

---

En pocas palabras, ¿podría decirme cómo era?

¿Algún tratamiento para drogas o alcohol?

¿Alguna vez ha estado en un hospital para tratamiento de problemas emocionales o psiquiátricos?

Numero de hospitalizaciones previas  
(No incluir traslados)

0

1

2

SI AFIRMATIVO: ¿Para que fue? (¿Cuántas veces?)

3

4

5(o más)

SI DA UNA RESPUESTA INADECUADA,  
CONTINUE PREGUNTANDO:

Por ej., ¿No había alguna otra cosa? Las personas generalmente no van al hospital (psiquiátrico) solo porque estén (sus propias palabras).

Ahora, piense en los últimos 12 meses, es decir desde MES AÑO, ¿Cuándo se sintió peor?

---

(En pocas palabras, ¿Puede decirme como se sentía?)

---

Y ¿cuándo se ha sentido mejor en los últimos 12 meses?

---

(¿Cómo era eso?)

---

### PSICOPATOLOGIA DURANTE EL ÚLTIMO MES

Ahora quisiera preguntarle acerca del último mes. ¿Cómo le han ido las cosas?

¿Le ha ocurrido alguna cosa que haya sido especialmente difícil para usted?

---



---

¿Cómo ha sido su estado de ánimo?

---

¿Está tomando algún medicamento o vitaminas?

---



---

¿Cuánto alcohol ha estado tomando (en el último mes)?

---

¿Ha estado tomando alguna droga (en

el último mes)?

### **FUNCIONAMIENTO SOCIAL ACTUAL**

¿Qué ha hecho en su tiempo libre?

¿Con quién pasa su tiempo libre?

¿Qué es lo que más le preocupa?

#### CIDI SC 26.

+ Usted (también) mencionó en la entrevista anterior que tuvo ...

... un periodo en su vida en que se preocupaba mucho más por las cosas que otras personas que tenían los mismos problemas que usted. (?)

1	2	3
NO	SI, pero no en los últimos 6 meses	Si, en los últimos 6 meses

? ¿Alguna vez ha tenido ...

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 6 meses?

#### CIDI SC 26a.

+ Usted en la entrevista anterior (también) mencionó haber tenido ....

... un periodo en su vida en que estaba mucho más nervioso/a o ansioso/a que la mayoría de las personas con los mismos problemas que usted. (?)

1	2	3
NO	Si, pero no en los últimos 6 meses	Si, en los últimos 6 meses

? ¿Alguna vez ha tenido ...

- SALTO

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 6 meses?

---



---



CIDI SC 26b.

+ Usted en la entrevista anterior (también) mencionó haber tenido ....

. . . un periodo de seis meses o más en que se encontraba ansioso/a y preocupado/a la mayoría de los días. (?)

1 2 3

? ¿Alguna vez ha tenido...

¿Le ha ocurrido esto durante los últimos 6 meses?

NO Si, pero Si, en los  
no en los últimos  
últimos 6 6  
meses meses

- SALTO

**\*TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA \* (SOLO ACTUAL)**

**CRITERIOS PARA TR. DE ANSIEDAD GENERALIZADO**

\*SI PREGUNTA DE EVALUACIÓN INICIAL/ CRIBAJE CIDI #26 = 3

Usted me ha comentado que durante los últimos 6 meses, usted ha sido un "una persona que se preocupa mucho", es decir cuando uno se preocupa más por las cosas que otras personas con el mismo problema.

\*SI PREGUNTA EVALUACIÓN INICIAL/CRIBAJE CIDI #26a = 3

Usted ha mencionado que durante los últimos 6 meses, estaba mucho más nervioso o ansioso que otras personas con los mismos problemas que usted.

\*SI PREGUNTA EVALUACIÓN INICIAL/CRIBAJE CIDI #26b = 3

Usted ha mencionado que durante los últimos 6 meses o más tuvo un periodo en que usted estuvo ansioso y preocupado la mayoría de los días.

\*SI OTRO, PASE A NOTAS AL FINAL DE LA ENTREVISTA

¿Se preocupa también por las cosas malas que puedan ocurrir?

A. Ansiedad excesiva y preocupación (aprensión anticipatoria), que ocurre la mayoría de los días durante al menos seis meses, acerca de una serie de acontecimientos o actividades (tales como trabajo

SI AFIRMATIVO: ¿ Acerca de que cosas se preocupa? (¿En qué medida se preocupa acerca de [SUCEOS O ACTIVIDADES ]?)

Durante los últimos seis meses, es decir desde MES AÑO, ¿usted diría que ha estado preocupado la mayoría de los días?

o actividades escolares).

EJEMPLOS:

---

---

---

Cuando se preocupa de esta manera, ¿encuentra que es difícil controlarse?

B. La persona encuentra difícil controlar la preocupación.

DESCRIBIR:

---

¿Cuándo empezó esta ansiedad?

---

---

F(2). No tiene lugar exclusivamente durante el curso del Trastorno de Estado de Ánimo, Trastorno Psicótico, o un trastorno del desarrollo.

COMPARAR RESPUESTA DE INICIO DE TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO.

Ahora le preguntaré acerca de síntomas que a menudo ocurren cuando se está nervioso/a.

Pensando en estos periodos en los últimos seis meses en que se sentía nervioso/a o ansioso/a . . .

C. La ansiedad y la preocupación están asociados con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas presentes durante la mayoría de los días durante los últimos seis meses):

ANOTAR PALABRAS DE R DEBAJO:

. . . ¿con frecuencia se ha sentido físicamente inquieto/a?

(1) Inquietud o estar con los nervios de punta.

---

---

. . . ¿con frecuencia se ha sentido estar con los nervios de punta?

. . . ¿con frecuencia se cansa rápidamente?

(2) Cansarse fácilmente

---

---

. . . ¿tiene problemas para concentrarse o su mente se queda en blanco?

(3) dificultades para concentrarse o quedarse en blanco

---

---

. . . ¿con frecuencia está irritable?

(3) Irritabilidad

---

---

. . . ¿con frecuencia tiene los músculos tensos?

(4) Tensión muscular

---

---

. . . ¿con frecuencia tiene problemas para dormir o permanecer dormido?

(6) dificultades con el sueño (dificultad durmiendo o permaneciendo dormido, o inquietud e insatisfacción en el dormir)

---

CODIGO BASADO EN INFORMACIÓN PREVIA.

D. El foco de la ansiedad y la preocupación no están reducidos a las características de otro Trastorno del Eje I, ej., la ansiedad o preocupación no es debido al tr. de angustia (como en Tr. de angustia), sentirse avergonzado en público (como en Fobia Social), ser contaminado (como en tr. Obsesivo Compulsivo), estar lejos de casa o de familiares próximos (como en tr. de ansiedad de separación), ganar peso (como en la Anorexia Nerviosa), tener múltiples quejas físicas (como en trastorno por somatización), o por tener una enfermedad grave (como en Hipocondría), y la ansiedad o preocupación no ocurren exclusivamente durante un trastorno por estrés postraumáticos.

SI NO QUEDA CLARO: ¿Qué efecto tiene la ansiedad, preocupación, o (SÍNTOMAS FÍSICOS) en su vida? (¿Ha sido difícil para ti en el trabajo o estar con tus amigos?)

E. La ansiedad, preocupación, o los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o una dificultad de funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas

ANOTAR ASPECTOS DE LA DIFICULTAD:

---



---



---

Justo antes de que empezara a tener ansiedad, ¿estaba tomando alguna droga, cafeína, pastillas para adelgazar, u otros medicamentos?

(¿Cuánto café, té, o bebidas con cafeína bebe al día?)

Justo antes de que estos problemas empezaran, ¿estaba físicamente enfermo?

SI AFIRMATIVO: ¿Qué le dijo el médico?

F. No debidas a efectos fisiológicos de la sustancia (por ej., una droga de uso/consumo, medicamento) o una enfermedad, GMC

---

---

---

DESCRIBIR:

---

---

---

---

---

SI HAY ALGÚN INDICIO QUE LA ANSIEDAD PUEDE SER SECUNDARIA (I.E., UNA CONSECUENCIA DIRECTA FISIOLÓGICA DE UNA GMC O SUSTANCIAS), PASE A \*GMC/ SUBSTANCE,\* F. 38 Y VOLVER A EVALUAR "1" O "3".

Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: hiper- e hipotiroidismo, hipoglucemia, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, enfermedades cardíacas, arritmias, embolia pulmonar, enfermedad crónica obstructiva pulmonar, pneumonia, hiperventilación, deficiencia de B-12, porfiria, SNC neoplasmas, disfunción vestibular, encefalitis.

Las sustancias etiológicas incluyen: intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (por ej., cocaína, anfetaminas, cafeína) o cannabis, alucinógenos, PCP, o alcohol o abstinencia de depresores del sistema nervioso central (por ej., alcohol, sedantes, hipnóticos) o de cocaína.

## ANEXO B

### PSWQ

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

En el formato junto a cada pregunta, anote el número de la escala que se presenta a continuación, que mejor describa la forma en que la pregunta lo representa a usted de forma típica o característica.

1	2	3	4	5
Para nada común		Algo común		Muy común

- \_\_\_ 1. Si me falta tiempo para realizar todas mis actividades, no me preocupo por ello.
- \_\_\_ 2. Mis preocupaciones me abruma
- \_\_\_ 3. Tiendo a no preocuparme por las cosas
- \_\_\_ 4. Me preocupo por muchas cosas
- \_\_\_ 5. Sé que no debería preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo.
- \_\_\_ 6. Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho.
- \_\_\_ 7. Siempre estoy preocupándome por algo.
- \_\_\_ 8. Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones.
- \_\_\_ 9. Tan pronto como termino una tarea empiezo a preocuparme por todo lo demás que tengo que hacer.
- \_\_\_ 10. Se preocupa por todo.
- \_\_\_ 11. Cuando ya no hay nada más que yo pueda hacer por algo que me preocupa, dejo de preocuparme por ello.
- \_\_\_ 12. He sido un preocupón toda mi vida.
- \_\_\_ 13. Me doy cuenta que me he estado preocupando por las cosas.
- \_\_\_ 14. Una vez que empiezo a preocuparme, no me puedo detener.
- \_\_\_ 15. Estoy preocupado todo el tiempo.
- \_\_\_ 16. Me preocupo por las cosas hasta que las termino de hacer.

## ANEXO C

# INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

### INSTRUCCIONES:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

### SÍNTOMA

- |     |   |             |             |               |             |
|-----|---|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1.  | Entumecimiento, hormigueo.                  | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2.  | Sentir oleadas de calor (bochorno).         | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3.  | Debilitamiento de las piernas.              | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4.  | Dificultad para relajarse.                  | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5.  | Miedo a que pase lo peor.                   | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6.  | Sensación de mareo.                         | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7.  | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8.  | Inseguridad.                                | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 9.  | Terror.                                     | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 10. | Nerviosismo.                                | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |

11.	Sensación de ahogo.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
12.	Manos temblorosas.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente



## ANEXO D

### CUESTIONARIO DE SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO SEGUNDA SECCIÓN

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y desempeño académico y profesional. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadísticos y para diseñar programas preventivos o de ayuda que puedan servirle para aumentar su propio bienestar. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que las instrucciones le indiquen lo contrario. Si siente que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, conteste en la opción de “nunca”, eso no le pasa.

Las preguntas tienen varias opciones de respuesta, por favor escoja la que mejor refleje su propio caso, **encerrando en un círculo o subrayando la opción que elija**. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste **con la verdad**. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a), o para otras personas y/o familias. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le orientaremos.

Este cuestionario contiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde:

*con toda confianza, conteste con la verdad.*

POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS QUE SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN

Su nombre: \_\_\_\_\_

Su número de Expediente: \_\_\_\_\_

Su ocupación: \_\_\_\_\_

Su estado Civil (sea o no formal): \_\_\_\_\_

Su edad: \_\_\_\_\_

Su sexo: (Fem.) (Masc.)

Teléfono: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

### PRIMERA SECCIÓN

A continuación se le preguntarán algunos aspectos sobre su vida familiar y crianza, por favor trate de recordar lo mejor posible las condiciones y costumbres en su familia.

1. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:

- a) Muy mala
- b) Mala
- c) Regular
- d) Buena
- e) Muy buena

2. Si ya no vive con su familia de origen (madre y/o padre) ¿desde cuándo?

- A) Hace menos de un año
- B) De uno a dos años
- C) De tres a cuatro años
- D) De cinco a seis años
- E) Siete años o más

3. Sobre las condiciones socio-económicas de mi familia, de cuando yo era chico(a) (como de 6 a 14 años de edad), podría decirse que:

- A) Han mejorado mucho
- B) Han mejorado
- C) Se han deteriorado
- D) Se han deteriorado mucho
- E) Permanecen igual

4. En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:

- A) En asistencia social o beneficencia

- B) Clase trabajadora
- C) Clase media baja
- D) Clase media
- E) Clase media alta
- F) Clase alta

5. En total tengo:

- A) Un hermano(a)
- B) Dos hermanos(as)
- C) Tres hermanos(as)
- D) Cuatro a seis hermanos(as)
- E) Más de siete hermanos(as)
- F) Soy hijo(a) único(a)

6. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es:

- A) Primero
- B) Segundo
- C) Tercero
- D) Cuarto
- E) Quinto o posterior
- F) Último

7. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:

- A) Muy mala
- B) Mala
- C) Regular
- D) Buena
- E) Muy buena

8. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié (viví) principalmente con:

- a) Mis padres naturales
- b) Con mi padre
- c) Con mi madre
- d) Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
- e) Padres adoptivos u otros parientes o familiares
- f) En un orfanato, casa hogar u otra institución

9. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:

- a) Separación o divorcio de mis padres
- b) Muerte de algunos de mis padres
- c) Por el trabajo de alguno de mis padres
- d) Por alguna otra razón
- e) Siempre he vivido con ellos

10. La edad que tenía cuando alguno de mis padres dejó de vivir conmigo era:

- a) De cero a 5 años
- b) De 6 a 11 años
- c) De 12 años a 17 años
- d) De 18 años en adelante
- e) Siempre han vivido o vivieron conmigo

11. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

- A) Ninguno
- B) Primaria
- C) Secundaria
- D) Comercio o técnico
- E) Bachillerato
- F) Profesional o superior

12. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre

13. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- a) Muy buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

14. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre o (tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre

15. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos.
- f) Nunca

16. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

17. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

18. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

19. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).

- d) Siempre.
20. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
21. Mi padre (o tutor) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
22. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
23. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):
- A) Ninguno
  - B) Primaria
  - C) Secundaria
  - D) Comercio o técnico
  - E) Bachillerato
  - F) Profesional o superior
24. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
25. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):
- a) Muy buena
  - b) Buena
  - c) Regular

- d) Mala
- e) Muy mala

26. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre o (tutora) mostraba interés en mis opiniones:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

27. Mi madre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos(as):

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

28. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

29. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

30. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

31. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
32. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
33. Mi Madre (o tutora) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
34. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
35. En casa criticaban a mis amigos(as):
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
36. Mis padres (o tutores) me presionaban para que tuviera actividades en mi tiempo libre:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
37. De chico(a) yo me enfermaba:
- a) Nunca.



- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
38. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
39. Cuando me iba mal en mis calificaciones, tenía problemas en casa:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
40. Mis padres se mostraban cariño o amor el uno al otro:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
41. Mis padres se peleaban discutiendo o gritando:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
42. Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
43. Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.

44. Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse, o divorciarse:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
45. Cuando era chico(a), a parte de mis padres, había otro(s) adultos(s) importantes para mí:
- a) Si, y fue positivo para mí
  - b) Si, y fue negativo para mí
  - c) No, no eran importantes
46. Sí respondió "sí" (A o B), señale al más importante de acuerdo con su respuesta anterior:
- a) Un hermano(a) mayor
  - b) Un tío(a)
  - c) Abuelo(a)
  - d) Padrastro o madrastra
  - e) Otro pariente
  - f) Un(a) vecino(a) o conocido(a)
47. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:
- a) Diario o casi diario
  - b) Como una vez a la semana
  - c) Como una vez al mes
  - d) Como una vez cada tres meses
  - e) Como dos veces al año
  - f) Nunca
48. La más importante de esas experiencias fue:
- a) Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
  - b) Violación o abuso sexual
  - c) Accidente
  - d) Enfermedad (mía o de alguien cercano)
  - e) Muerte o pérdida de un ser querido
  - f) Ser arrestado, detenido, cárcel

49. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
50. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí (cualquier incursión sexual):
- a) Nunca
  - b) Una vez
  - c) Ocasionalmente
  - d) Frecuentemente
51. La persona que abusó de mí fue:
- a) Nadie
  - b) Desconocido
  - c) Amigo o pariente lejano
  - d) Amigo o pariente que vivía en la misma casa
  - e) Padraastro o madrastra
  - f) Alguno de mis padres
52. Cuando era chico(a) ¿tuvo algún amigo que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?
- a) Sí, tuve varios
  - b) Si, tuve uno o dos
  - c) No, ninguno en quien confiara
53. Actualmente, ¿tiene amigo(a)(os)(as) que considere cercano(s)(as) o íntimos(as)?
- A) Sí, tengo varios
  - B) Si, tengo uno o dos
  - C) No, ninguno en quien confíe
54. Actualmente, sacar una mala calificación o no entender algo, representa un gran conflicto:
- a) Nunca.
  - b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
  - c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
  - d) Siempre.
55. Actualmente practico algún deporte o actividad física aproximadamente:
- A)Diariamente

- B) Dos o tres veces por semana
- C) Una vez a la semana
- D) Una vez cada quince días
- E) Una vez al mes o menos
- F) Realmente no practico ninguno

56. Además de la escuela, tengo otras actividades recreativas (artísticas, deportivas, pasatiempos, etc):

- A) Una vez a la semana o más
- B) Una vez cada quince días
- C) Una vez al mes
- D) Una vez cada dos meses
- E) Una vez cada seis meses
- F) Una vez al año o menos

57. Yo hago amistades:

- A) Con mucha dificultad
- B) Con dificultad
- C) Ni fácil ni difícilmente
- D) Con facilidad
- E) Con mucha facilidad

58. Además de estudiar:

- A) Realmente sólo estudio
- B) Me dedico al hogar, o me hago cargo de otra persona
- C) Trabajo y me gusta, no interfiere con mis estudios
- D) Trabajo y me gusta, pero interfiere con mis estudios
- E) Trabajo y no me gusta, pero no interfiere con mis estudios
- F) Trabajo y no me gusta, además interfiere con mis estudios

59. Lo que más me molesta de mi trabajo es: (Si contestó en la pregunta anterior de las opciones B a F, si no, pase a la siguiente pregunta).

- A) Mis compañeros(as)
- B) Mis jefe(s)

- C) Mis subordinados
- D) Me queda muy lejos
- E) Me cansa demasiado o me estresa
- F) Me pagan muy poco

60. Considera que hay algo en la escuela que le moleste (o le pueda molestar en un futuro):

- A) Si
- B) No

61. Lo que más me molesta de la escuela (o me podría molestar) es: (señale la más importante)

- A) Los compañeros(as)
- B) Los profesores(as)
- C) Me queda muy lejos
- D) Me canso demasiado, me estresa
- E) No aprender o entender lo suficiente
- F) Las materias que implican manipulación de cuerpos

62. Tengo hijos(as):

- A) Ninguno
- B) Uno
- C) Tres
- D) Cuatro
- E) Cinco o más

63. Hubiera preferido tener mis hijos en otro momento de mi vida:

- A) Sí, pero no lo lamento
- B) Sí, y lo lamento
- C) No, estoy bien con mis hijo(s)
- D) No los tengo, pero pienso tenerlos posteriormente
- E) No los tengo y no pienso tener ninguno

64. Si no pudiera terminar la carrera:

- A) Sería tan terrible que no puedo imaginarlo
- B) Sería algo muy malo en mi vida
- C) Sería malo pero podría hacer otra cosa
- D) No pasaría nada

65. Actualmente vivo:

- A) Con mis padres
- B) Con otros parientes
- C) Con amigos o conocidos
- D) Solo(a)
- E) Con mi pareja y/o mis hijos(as)

66. En cuanto a mis condiciones de vida actuales pienso que:

- A) Nos sobra espacio
- B) Tenemos suficiente espacio para todos
- C) Estamos un poco amontonados
- D) Estamos amontonados
- E) Estamos muy amontonados