

01981

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

1  
207



DETECCION CORRELACIONAL ENTRE VARIABLES ASOCIADAS CON EL DESARROLLO FAMILIAR Y LOS SIGNOS PRECOCES DEL DETERIORO PSICOLOGICO INFANTIL. UN APORTE A LA PSICOLOGIA PREVENTIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A

CARLOS ALBERTO BARRETO RIVERO

DIRECTOR DE TESIS

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

México, D.F.

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**"DETECCION CORRELACIONAL ENTRE  
VARIABLES ASOCIADAS CON EL DESARROLLO FAMILIAR Y LOS SIGNOS  
PRECOCES DEL DETERIORO PSICOLOGICO INFANTIL, UN APORTE A  
LA PSICOLOGIA PREVENTIVA"**

**TESIS DOCTORAL  
PRESENTADA POR:  
CARLOS A. BARRETO RIVERO.**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA**

**SINODALES: DR. JORGE CAPPON GOTLIB  
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO  
DRA. SILVIA ROJAS RAMIREZ  
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ**

**Ciudad Universitaria**

**Febrero de 1996.**

A LA FAMILIA VERACRUZANA - MEXICALTANA

A LA FAMILIA SONORENSE

A LA ARMONIA FAMILIAR

## AGRADECIMIENTOS

Son muchos los reconocimientos que dedico al pensar en la gente hermosa que de alguna manera contribuyó en este estudio y lo hicimos realidad. Juntos de la mano caminamos por la senda de Sonora reconociendo sus características más humanas, más relevantes, para poder hablar con sentido, contribuyendo al desarrollo familiar. Agradezco también a aquellos que no fueron al norte pero que con su valioso aporte, desde esta mi "casa formadora", me orientaron y motivaron intelectual y emocionalmente.

Un caluroso abrazo a todos.

# INDICE

|  | Página    |
|--|-----------|
| Resumen. . . . .   | 1         |
| <b>INTRODUCCION . . . . .</b>                                  | <b>2</b>  |
| Antecedentes que posibilitan la propuesta . . . . .            | 4         |
| Sustento teórico . . . . .                                     | 9         |
| Teoría general de sistemas aplicado al grupo familiar. . . . . | 9         |
| La ansiedad en la niñez . . . . .                              | 11        |
| La psicología en la prevención primaria . . . . .              | 15        |
| Propósito de la investigación . . . . .                        | 17        |
| <b>METODO . . . . .</b>  | <b>18</b> |
| Sujetos y muestreo . . . . .                                   | 18        |
| Instrumento . . . . .  | 19        |
| Diseño experimental . . . . .                                  | 21        |
| Procedimiento . . . . .  | 22        |
| Tratamiento estadístico de los datos . . . . .                 | 25        |
| <b>RESULTADOS . . . . .</b>                                    | <b>26</b> |
| <b>DISCUSION . . . . .</b>                                     | <b>30</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .</b>                    | <b>37</b> |
| <b>APENDICE . . . . .</b>                                      | <b>41</b> |

## **RESUMEN**

**ESTE ESTUDIO TRATA DE INVESTIGAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE EXISTEN EN UNA FAMILIA DISFUNCIONAL QUE PUEDEN CAUSAR TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LOS NIÑOS. LA INVESTIGACION FUE REALIZADA EN DIEZ ZONAS, DISTRIBUIDAS ESTRATEGICAMENTE EN EL ESTADO DE SONORA. LA MUESTRA FUE SELECCIONADA AL AZAR SIENDO UN TOTAL DE 754 DE ALUMNOS DE PRIMER AÑO DE SECUNDARIA CON UN PROMEDIO DE EDAD DE 12.5 AÑOS. LA ENCUESTA SE EFECTUO EN DOS SECCIONES. LA PRIMERA PARA MEDIR LOS DESORDENES PSICOLÓGICOS DE LOS NIÑOS; LA SEGUNDA PARA EVALUAR LA INTERACCION FAMILIAR Y PARA OBTENER DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PADRES O TUTORES. LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE HAY UNA ALTA PROPORCION DE NIÑOS CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA DISFUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA; ESTOS TRASTORNOS SON PERCIBIDOS TAMBIEN POR LAS MADRES. PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, FAMILIA DISFUNCIONAL, TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, DISTRIBUIDAS ESTRATEGICAMENTE, SELECCION AL AZAR, INTERACCION FAMILIAR, DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CRIANZA INADECUADA.**

## **ABSTRACT**

**THIS RESEARCH INTENDS TO IDENTIFY THE RISK FACTORS PRESENT IN DISFUNCIONAL FAMILIES THAT CAUSED PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN THEIR CHILDREN. THE STUDY INVOLVED TEN STRATEGICALLY LOCATED TOWNS IN THE STATE OF SONORA, MEXICO. THE SAMPLE RANDOM WAS COMPOSED OF 754 SEVENTH GRADE STUDENTS, WITH AN AVERAGE AGE OF 12.5. A TWO SECTION EVALUATION WAS APPLIED. THE FIRST ONE, TO MEASURE THE PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN CHILDREN; THE SECOND TO EVALUATE FAMILY INTERACTION AND TO OBTAIN DEMOGRAPHIC SOCIAL DATA PARENTS. THE RESULTS SHOW THAT A HIGH RATIO OF CHILDREN WITH ASOCIATED PSYCHOLOGICAL DISORDERS WITH DISFUNCIONALITY IN THE FAMILY; THESE DISORDERS ARE ALSO PERCIEVED BY THE MOTHERS.**

**KEY WORDS: RISK FACTORS, FAMILY DISFUNCTION, PSYCHOLOGICALS DISORDERS STRATEGICAL DISTRIBUTION, RANDOM SELECTION, FAMILY INTERACTION, DEMOGRAPHIC SOCIAL DATA, INADEQUATE UPBRINGING.**

## **INTRODUCCION**

La investigación en psicología clínica ha estado orientada fundamentalmente hacia el paciente individual, en particular en torno al significado intrapsíquico, y por otro lado a las manifestaciones conductuales de su repertorio en función con el ambiente.

En las últimas dos décadas se comenzó a prestar mayor atención a los aspectos interpersonales de la conducta del individuo, en especial su interacción con otros miembros de la familia. Este desplazamiento tiene su paralelo en el desarrollo de la técnica terapéutica de terapia familiar conjunta.

Este cambio de enfoque ha propiciado el estudio de las complejas relaciones existentes entre las pautas específicas de interacción familiar y la personalidad en desarrollo. En el curso de las investigaciones se ha recopilado abundante material clínico, a partir del cual pueden colegirse los distintos tipos de estructura familiar.

Pese a los estudios realizados para comprender las pautas interactivas del individuo, las experiencias clínicas han elaborado hipótesis que adolecen de deficiencias metodológicas. Para evitar posiciones tendenciosas se requiere un método confiable y empíricamente válido a fin de describir la dinámica familiar con más objetividad. Nuestro propósito es el de dilucidar las pautas interactivas o los principios reguladores que surgen de la vida social y las relaciones interpersonales, tomando como modelo a la familia y explorar sus vínculos con problemas de adaptación psicológica.

Las limitaciones clásicas de la familia: falta de metas, objetivos y fines explícitos, la carencia de planificación adecuada, la presión de conflictos económicos, políticos y sociales de su ambiente y los que son propios del sistema, deben visualizarse o clasificarse por la práctica constante de habilidades que faculten al sistema familiar para su evolución permanente, hasta ir logrando un mayor y mejor ajuste.

Esta concepción de la convergencia hacia un mismo fin podría parecer ingeniosa, pero abstracta. Por lo tanto parece necesario presentar la práctica de esta hipótesis de trabajo en base a las limitaciones del sistema familiar. El presente estudio está orientado hacia la prevención y la educación para la salud mental concibiendo a la familia como la célula más importante de la sociedad.

El enfoque familiar se aplica para lograr una visión más amplia, tanto de los problemas como de los recursos y las posibilidades de apoyo y orientación que se puedan utilizar en cada caso.

Es importante también considerar que cuando, desafortunadamente, la familia

no ha respondido a las acciones primarias de la prevención acaban recurriendo a la rehabilitación, con el consiguiente gasto en tiempo, energía y costo. En otros casos, la mayoría no accede a la terapia y su desintegración y/o patología se hace cada vez más evidente.

De la dinámica patológica de la pareja surgen conflictos que pueden tener origen en factores externos y/o factores internos. Detectar conductas inadaptadas e inconvenientes para el buen funcionamiento familiar conduce a observar posibles consecuencias negativas. Tal vez uno de los primeros signos sea cierta falta de comunicación y de interés en la situación de pareja, en los asuntos personales del otro, o en las actividades de sus hijos.

La disfunción familiar causada por conflictos conyugales no resueltos provoca en los hijos perturbaciones emocionales que desencadenan conductas inadaptadas y/o síntomas psicofisiológicos que se mantienen y se refuerzan en el medio ambiente familiar.

La familia es un grupo natural que en el transcurso del tiempo va elaborando pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura estable para desempeñar sus tareas esenciales. Existe una dificultad en la integración familiar como unidad de acción estructurada. Sus miembros no suelen vivenciarse a sí mismos como parte de esta estructura porque el individuo tiende a considerarse como una unidad, un todo en interacción con otras unidades.

Al individuo educado en la cultura occidental es difícil que se le vea más allá del individualismo, por estar confirmado en la autodeterminación individual. Es difícil concebir al individuo como segmento de una unidad social y biológica más vasta (Leñero, 1985).

Esta falacia se aclara en la terapia familiar y se ha propuesto que hasta existen razones para creer que las conexiones de la familia rebasan el nivel puramente comportamental hacia lo fisiológico. En investigaciones sobre familias "psicosomáticas", Minuchin y Cols. (1978) descubrieron indicios de que en ciertas familias, por lo menos, la tensión de los padres se podía medir en la presión arterial y frecuencia cardíaca del hijo que los observa.

En la actualidad no se ha investigado mucho acerca de esta relación que cita Minuchin (1978), apenas hace algunos años se inició el esfuerzo hacia la prevención primaria en salud mental y la búsqueda de causas poco conocidas, que provocan deterioro psicológico. Al encontrar factores de riesgo específicos se pueden implementar programas preventivos primarios tendientes a evitar el surgimiento de acciones adversas a la salud.

Algunos autores en Latinoamérica han contribuido en esta empresa. En esta década surge una serie de estrategias metodológicas (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1991) articulable en forma de modelo, para el análisis de factores de interacción personal, familiar y social, asociados con el deterioro psicológico (Jurado-Cárdenas, 1992).

#### Antecedentes que posibilitan la propuesta

La mayor parte de lo que se conoce sobre investigaciones efectuadas en el grupo familiar proviene de la psicología del desarrollo. Con este enfoque se ha estudiado el desarrollo de la conducta sintomática en sentido psicopatológico, o sobre variables muy generales y poco definidas o delimitadas. Lamentablemente la mayoría de los estudios son correlacionales y basados en datos extraídos sólo de pruebas autoevaluativas. Este criterio metodológico lleva a considerar los factores interactuantes en la familia en función de múltiples variables que guardan una relación mutua e interdependiente y no la conducta aislada en su contexto.

Uno de los primeros estudios que buscó la asociación de la disfunción parental con los efectos producidos en la conducta de los niños encontró que los padres, pertenecientes a la clase media, con poco nivel educativo, menos involucrados en la crianza y más controladores y castigadores tenían hijos descontentos, retraídos e inseguros. Por otro lado concluyó que los padres desorganizados, indolentes e inseguros de sus habilidades parentales tenían hijos con poco autocontrol, autoconfianza, autoestima y eran niños inmaduros. Estos datos se convirtieron en el fundamento teórico del modelo de paternidad autoritativa - autoritaria - permisiva (Baumrind, 1991).

Otro estudio correlacional que detectó asociaciones entre las actitudes parentales con conductas específicas de los niños sugirió que las madres que hacían uso frecuente del castigo físico tendían a tener hijos menos complacientes y mostraban un pobre control de los impulsos que los niños de madres no castigadoras (Power y Chaplerki, 1986). Un estudio longitudinal más reciente respecto a factores etiológicos de aparición temprana de impulsividad en niños mostró que los padres que no respondían o no estimulaban cognoscitivamente se asociaba con inhabilidad de los niños para tolerar frustración y controlar los impulsos. (Olson, 1990).

East (1991) reportó una asociación entre la falta de apoyo emocional de los padres en relación con la agresividad y conducta retraída de los hijos. Bierman y Smoot (1991) encontraron que los castigos físicos de los padres afectaron indirectamente a sus hijos provocándoles relaciones interpersonales conflictivas con sus amigos, produciéndoles problemas. Estos estudios sugieren que, para algunos niños, los problemas de conducta creados y mantenidos en el ambiente familiar por la disciplina ineficaz, contribuiría a la inadaptación social del niño.

Baumrind (1991) concluyó un estudio longitudinal en el que estudió a niños cuando tenían 4, 10 y 15 años. Encontró que los padres que no cumplían debidamente con las necesidades básicas de crianza y no sabían establecer límites adecuados, es decir, padres muy severos que imponen límites rígidos y no se involucran afectivamente o padres que se desprecupan por sus hijos tienden a tener adolescentes con problemas de salud mental y con falta de éxito.

Franz (1991) en un seguimiento de 36 años estudió a niños que había observado Sears en 1957. De los resultados, el dato más claro fue el referente a la carencia de afecto a la edad de cinco años que se asoció con un logro social relativamente bajo a la edad de 41 años (habilidad para mantener relaciones sociales de largo alcance, sólidas y afiliativas).

El estilo de crianza rígido y severo de padres que cometen abuso de autoridad se encuentra relacionado con problemas de ajuste emocional en los niños (Azar, 1989; Wolfe, 1985). Específicamente, los niños de esta población corren el riesgo de tener conductas impulsivas y actuadoras. Burgess (1978) se enfocó en patrones de interacción entre padres e hijos en muestras de familias donde se producían abusos, en familias negligentes y en normales (sin abusos ni negligencia). Los padres que abusaban de sus hijos tenían menos interacción general y la que mantenían era negativa; los padres negligentes fueron considerados los más negativos.

Huxley y Warner (1993) describen un programa llevado a cabo en Boulder, Colorado, con familias disfuncionales en casos de alto riesgo. Los indicadores de riesgo principales eran: abuso de menores; desórdenes psiquiátricos en los padres o retraso mental; violencia manifiesta, problemas de salud en el embarazo (incluyendo abuso de drogas y/o alcohol); historia de abuso sexual en la infancia de los padres. Otros factores de riesgo incluyeron: carencia de un hogar adecuado, de alimentación, o de servicio médico e historia de pérdida de padres a temprana edad.

Se estudiaron dos grupos de 20 familias cada uno. En el primero se estableció un grupo control que no recibió atención terapéutica, pero se les dió asistencia social para supervisión. Al grupo experimental se le aplicó un programa preventivo diseñado para prevenir la disfunción parental en familias de alto riesgo. Los grupos no tenían diferencias significativas cuando comenzó el estudio, ambos se consideraban de alto riesgo con niños de tres años de edad o menos. El tiempo de seguimiento fue de 13 meses para el grupo experimental y de 16 para el grupo control. Se midieron las actitudes de los padres hacia sus hijos en cuatro subáreas: 1) expectativas inapropiadas; 2) Inhabilidad para identificar las necesidades del niño; 3) creencias en el valor del castigo físico y 4) inversión de roles. Otra prueba evaluó el desarrollo del niño, también se tomaron datos de cómo se hacía uso de los servicios para el cuidado de la salud del niño y por último se recogieron datos sobre negligencia y abuso al menor.

Aunque no se encontraron diferencias muy significativas el estudio señala que existió una tendencia a mejorar las actitudes del grupo experimental en las que las relaciones entre padres e hijos se vieron facilitadas por la intervención terapéutica. Durante el seguimiento se comprobó que hubo: 1) mejores respuestas verbales y emocionales de parte de las madres; 2) utilizaron mejor material de juego, más apropiado para el niño; 3) las madres adoptaron una actitud más saludable respecto al castigo físico; 4) se registraron menos episodios de abusos y 5) menos uso de hospitales y servicios de emergencia.

El rol que juega el padre en el desarrollo psicológico de los hijos no se había considerado sino hasta muy recientemente, como generadores de factores de riesgo (Meyer - Kramer, 1980; Parke, 1984).

Se le ha atribuido, en general, poca responsabilidad al padre en cuanto a la educación de los hijos, asignándole a la madre el papel preponderante. Si bien, no se puede soslayar el papel de la madre, son cada vez más los estudios que documentan la participación del padre en la crianza como una variable fundamental para el desarrollo psicológico sano, tanto de los hijos como de las hijas, (Hernández - Guzmán y Sánchez Sosa, 1992).

Dada la importancia del padre como modelo de identificación del hijo y para enmarcar y remarcar la diferenciación psicosexual de la hija (González - Nuñez, 1984), el padre tiene varias funciones operativas propias de su rol que varían de acuerdo al tipo de familia y al de la sociedad que le toque vivir. Estas funciones van desde lo biológico, la de ser proveedor, marcar límites, dar afectos, seguridad, protección, desarrolla la autoestima, ayuda al control de los impulsos y le establece la capacidad de demora tan necesaria para adaptarse a la realidad. El padre es muy importante para la integración interna de la personalidad e influye en forma definitiva en el funcionamiento familiar y condiciona para un mejor desempeño social. (González - Nuñez, 1989).

Oshman (1976) reporta los efectos de la ausencia de padre en jóvenes estudiantes universitarios comparando tres grupos: uno con padre ausente, desde siempre (muerte o divorcio), otro con padre presente y por último con padre sustituto o padrastro. Se quiso determinar si había diferencias significativas entre los grupos estudiados. La variable dependiente fue medida a través de la escala de identidad del YO (EIS) de Rasmussen (1964) que mide el desarrollo psicosocial de acuerdo a las etapas del desarrollo de Erickson (1964). Los resultados obtenidos muestran que la ausencia de padre afecta el desarrollo de la personalidad del hijo mientras que la presencia del padre sustituto disminuye los factores de riesgo más comunes que podrían provocar la ausencia del padre, también sugiere que la calidad de la relación del niño con el padre sustituto es muy importante en el desarrollo de la personalidad y por último las madres que se vuelven a casar tienen más recursos adaptativos y pueden desarrollar y mantener mejores relaciones con sus hijos.

En un estudio llevado a cabo en la ciudad de México donde participaron 1772 adolescentes escolares cuyas edades oscilaron entre 15 y 19 años; se exploró la incidencia de algunos estilos de vida y de interacción caracterizados como factores de riesgo en relación con el padre mexicano: su ausencia y cuando está presente, la calidad de la relación que establece con sus hijos. Se utilizó como instrumento el Inventario de Salud, Estilo de Vida y Comportamiento (SEVIC) desarrollado por Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (1991) Que recolecta información sobre signos de desajuste psicológico y de severidad relativa en términos de frecuencia y por otro lado reporta sobre estilos de vida y crianza.

Los resultados de esta investigación arrojan datos que sugieren la tendencia de las madres de familia de padre ausente a utilizar prácticas autoritarias. Los hijos se encontrarían en peligro de presentar problemas tales como deficiencias en su desarrollo moral e intelectual, baja autoestima, desadaptación social y desajuste emocional.

Aunado al riesgo que conlleva la ausencia de padre, se encontraron relaciones deficientes con el padre en aquellos casos en los que refieren haber vivido la mayor parte del tiempo o todo con éste. Un porcentaje elevado de padres mexicanos tienden a ser autoritarios, mostrando poco interés por hijos e hijas por igual, en proporciones tan altas como es el 42.1% de los casos de hombres y 38% los de mujeres, estableciendo con ellos una comunicación deficiente o inexistente. Es especialmente sobresaliente el que el padre recurra a los golpes significativamente más con sus hijos que con sus hijas. También compara negativamente y da instrucciones en forma ofensiva en mayor proporción al varón. Lo cual no significa que las hijas no se expongan también a prácticas de esta naturaleza.

En general, la literatura ha vinculado al estilo autoritario con autoestima disminuida, falta de motivación, menor desarrollo intelectual y rendimiento académico bajo. Tanto hombres como mujeres en el presente estudio refirieron en proporción alta el estilo autoritario de su propio padre.

En cuanto a la carencia de afecto y apoyo que revelan los adolescentes por parte de su padre, los porcentajes fueron también elevados, y no difieren significativamente entre sexos. La falta de afecto y de apoyo en forma de rechazo por parte del padre también contribuye a deprimir la autoestima. Asimismo, el factor de riesgo que se presentó en mayor proporción en este estudio fue la falta de confianza hacia el padre. Una proporción muy alta de mujeres (69.6%) dijeron sentir mínima confianza o ninguna en su padre. Esta falta de confianza es significativamente mayor que en los hombres; dato que contrasta con el hecho de que el padre tiende a mostrarse más autoritario con los hijos varones que con las hijas, golpeándoles más, comparándoles negativamente y dando instrucciones ofensivamente. A pesar de que en cuanto a comunicación deficiente no se encontraron diferencias significativas, las hijas muestran menos confianza. De cualquier manera, el porcentaje de hombres que

refirieron confianza mínima, o nula hacia el padre también resultó ser muy alto (59.6%). (Hernández Guzmán - Sánchez Sosa, 1992).

En la universidad de Guelph, Canadá, se estudiaron los efectos de las actitudes parentales en relación con la autoestima de los niños. Participaron 126 niños de los cuales 61 eran varones y 65 mujeres, de quinto y sexto año de escuela primaria, en un vecindario de clase media en la ciudad de Ontario.

Los resultados muestran una tendencia a perder más autoestima en los hijos varones que en las mujeres. Los niños percibieron a sus padres como menos promotores de autonomía y las niñas reportaron a sus padres como más protectores. La protección de los padres se relacionó con menor autoestima en niños pero no en niñas. Los niños tratados con mucha protección tienen dificultad para lograr un buen control de sus emociones y ser autosuficientes; estos niños padecen de autoestima baja. El hallazgo de la relación negativa entre control autoritario materno y autoestima en niñas resultó novedoso. (Kawash, Kerr, Clewes, 1984).

Otro estudio que relaciona aspectos de crianza con la autoestima del niño fue efectuado en la universidad de Tennessee por Peterson, Southworth y Peters (1983). Toman en cuenta las actitudes de crianza como variables que contribuyen a la autoestima de niños y adolescentes.

Este estudio se dirigió a sujetos de bajo recursos económicos. Se midieron tres atributos de actitudes maternas: 1) los afectos, que reflejan aceptación y aprobación; 2) la exigencia, definida como una tentativa de control racional caracterizada por una presión de logro y explicación de reglas; y 3) la de castigo, conceptualizada como tener un efecto negativo en la autoestima del niño y se hace uso de fuerza arbitraria o de restricciones.

Los resultados del estudio mostraron que los padres de bajo nivel socioeconómico le dan mucho valor a la obediencia y usan castigo físico más frecuentemente que los padres de clase media. La variable castigo físico mostró relaciones negativas con la autoestima del niño.

También parece indicar que las madres de comportamiento afectuoso alientan a la autoestima positiva de los niños al proveerles una base de seguridad e información de sus valores intrínsecos. Al explicarles los sucesos infunden más confianza, más comprensión, más responsabilidad y con más capacidad para resolver problemas. Por medio de la confianza en los mayores el niño aumenta su autoestima.

La Educación para Padres debe nutrirse de datos de investigación que incluya tanto a la madre como al padre. Ya que el grueso de la investigación sobre estilos de crianza se enfoca principalmente a la actuación materna, Hernández- Guzmán y cols.

(1992), después de revisar exhaustivamente el peso de la contribución del padre en la crianza infantil, concluyeron, por una parte, que la ausencia de padre durante la infancia y niñez afecta diversos aspectos del funcionamiento personal tanto en niños como en niñas y, por otra, que la participación activa del padre en la educación de sus hijos promueve el bienestar psicológico. Basadas en la línea de investigación sobre los factores que facilitan la participación del padre en la crianza, Hernández-Guzmán, Parceroy Rock (1992) investigaron la relación entre la satisfacción marital y la participación del padre en la crianza infantil. Este estudio arrojó datos que indican que la satisfacción marital se relaciona positiva y significativamente con interacciones padre-hijo como ayudarlo a aprender y leer cuentos juntos.

Con el propósito de explorar los factores en la interacción familiar, tanto con el padre como con la madre, que se vinculan con la ocurrencia de episodios de angustia severa en adolescentes, otro estudio (Sánchez-Sosa, Jurado & Hernández-Guzmán, 1992) encontró relaciones significativas entre la incidencia de crisis de angustia en los hijos adolescentes y una historia familiar de violencia verbal y física entre los padres y hacia los hijos.

### **Sustento teórico**

#### **Teoría general de sistemas aplicado al grupo familiar**

La familia es considerada como una unidad vivida a través de la dinámica de sus componentes; altamente compleja, organizada, abierta y con interacciones con su medio, siguiendo un proceso que facilita el desarrollo y la evolución.

De acuerdo a la Teoría General de Sistemas (T.G.S.) si bien el ambiente influye sobre el núcleo familiar, éste, por su propia naturaleza determina aspectos importantes de su propio sistema desarrollando atributos característicos para lograr sus fines. La dinámica familiar va incrementando sus atributos no sólo cuantitativamente, sino cualitativamente, dando origen a una pedagogía sistémica familiar. (Von Bertalanffy, 1968).

En el estudio del sistema familiar se podrá investigar las causas de su disfuncionalidad, dentro de los límites de los sistemas o subsistemas que lo abarcan en el ambiente donde está inmerso, también podremos calcular su mejoría y establecer pronósticos.

Mediante la planeación, considerando a la familia como un sistema interactivo, se concibe a éste en constante búsqueda de equilibrio interno y externo (ecosistémico), eliminando barreras de aislamiento de la unidad familiar con el mundo, creando y favoreciendo la corresponsabilidad con la comunidad y la sociedad a fin de promover el compromiso hacia la complejidad creciente de todo el universo.

**La familia es un sistema organizado, según la T.G.S., porque tiene un proceso de conversión, por el cual los elementos del sistema pueden cambiar de estado. En el proceso de conversión generalmente los recursos se aplican sobre las entradas. Cuando se evalúa la efectividad de un sistema para lograr sus objetivos, las entradas y recursos se tomarán como costos.**

**Los elementos o personas que conforman una familia pueden a su vez ser los recursos de cambio de un proceso pedagógico más amplio, cuando se convierten en elementos activos en la superestructura, comunidad o sociedad.**

**Los sistemas, subsistemas y sus elementos están dotados de atributos o propiedades. Estos pueden ser de "cantidad" o de "calidad". En ocasiones se usan para medir la "efectividad".**

**La identificación de metas y objetivos es de suma importancia porque al evitar la ambigüedad los enunciados se vuelven mejor definidos y más operacionales. Las mediciones de "efectividad" miden el grado en que se satisfacen los objetivos del sistema.**

**La estructura del sistema familiar está sujeta a la naturaleza de los elementos que la conforman. En el proceso pedagógico utilizaremos dos tipos de estructuras familiares: la piramidal o tradicional y la radial o emergente. Como consecuencia del proceso hay pasos intermedios entre una y otra.**

**En la familia tradicional (piramidal) las relaciones son indirectas, con intermediarios, la comunicación entre padres e hijos no es abierta. Así los problemas de desobediencia y rebeldía son producto del autoritarismo y/o de la sobreprotección. En este caso provocan complicación y es difícil planificar hacia la corresponsabilidad y el compromiso.**

**En el sistema radial o emergente las interacciones son directas, tienden a la complejidad creciente del sistema, son planificadas y controladas con sentido y dirección precisa. El sistema familiar puede ser radial o emergente siempre y cuando esté orientado por una planificación controlada hacia el desarrollo del sistema en constante evolución dinámica, hacia la corresponsabilidad y compromiso de cada uno de sus miembros. Los problemas son comprensibles, las soluciones no se confunden o bloquean, por el contrario, se dinamizan gracias a la naturaleza de la apertura y disposición al cambio.**

**Los comportamientos manifestados en la interacción se pueden interpretar como factores de cambios en los estados de sistemas familiares a través del tiempo. Pero dada su importancia, cabe aclarar que estos cambios pueden ser lábiles y pierden fácilmente el equilibrio.**

En la familia el estado de conflicto puede dar paso al estado de equilibrio o armonía, por lo que en lugar de un flujo divergente o de desorden, se puede dar uno convergente o de orden. Pero por la naturaleza misma del sistema abierto, también se podría producir un flujo divergente que provoque un nuevo flujo convergente de armonía. La familia es un sistema, una unidad integradora, compuesta por una multiplicidad de factores que interactúan permanentemente entre sí en un proceso compartido hacia un fin común: la armonía del sistema.

La patología emerge, de una combinación de elementos que interactúan de diversas maneras y que desestabilizan a un organismo que funcionaba previamente de modo aceptable. El surgimiento de una condición patológica requiere de la comprensión de una serie de interacciones que existen entre factores que afectan al individuo. (Hernández Guzmán - Sánchez Sosa, 1991).

Las interacciones no son acción-reacción, ni causa-efecto, sino causa-efecto-causa y acción-reacción-acción. No son cadenas lineales sino circulares que corresponden a interacciones también simultáneas en las otras entidades que componen el sistema. Lo que haga o deje de hacer uno de los miembros de una familia afecta a todos los componentes del sistema. Todos son corresponsables. Por ejemplo: el "chivo emisario o explotorio" es únicamente la visualización simbólica a través de una imagen de todo un sistema no dinámico, disfuncional y viciado.

Si la familia no explica sus fines, sus objetivos y sus metas, no podrá continuar como sistema vivo. Los fines son el resultado de los logros obtenidos, de metas a corto plazo, de objetivos a mediano plazo, revisados periódicamente y reorientados y redirigidos a la consecución de los fines.

La premisa de que la conducta individual se determina y se moldea de manera significativa por las características organizacionales de las familias con la que el individuo ha convivido o convive, es una de las razones más importantes por las que resulta útil enmarcar el estudio del individuo desde el enfoque de la teoría del sistema (Hernández Guzmán - Sánchez Sosa, 1991).

La teoría general del sistema (T.G.S.) es útil para estudiar, a partir de los factores familiares dados por las interacciones de los miembros de la familia, el desarrollo de patrones de comportamientos de alto riesgo. Permite analizar la forma en que el deterioro de la salud mental emerge de las características funcionales de los patrones de interacción familiar. Representa una alternativa al estudio de los problemas clínicos, afectando, por consiguiente, la intervención ya sea ésta preventiva o terapéutica (Hernández Guzmán - Sánchez Sosa, 1991).

### **La ansiedad en la niñez**

Para comenzar trataremos de definir la ansiedad como trastorno de la

personalidad del niño siguiendo a De Ajuriaguerra, (1983) que habla de "neurosis que se desarrolla durante un período de tiempo en respuesta al estrés crónico en la familia".

De Ajuriaguerra cita varias teorías para dar a conocer la etiopatogenia de las neurosis infantiles, desde aquellas que sostienen la importancia de los factores constitucionales hasta las que ponen más énfasis en lo psicológico. Pero admite que casi la mayoría de los autores insisten sobre la influencia del ambiente, o del entorno, cita a Anna Freud que sostiene que la madre puede influir, desviar y determinar el desarrollo psicológico rechazando, pero no siempre sucede que provoca neurosis o psicosis en el niño. También M. Mahler corrobora estas observaciones de Anna Freud. Por lo tanto nos queda la interrogante siguiente: en qué medida las tendencias innatas hacia la normalidad pueden ser desviadas por la influencia del ambiente? En la teoría del aprendizaje Eysenck, (1962) propuso una teoría conductual de la neurosis diciendo que "los síntomas neuróticos son modelos aprendidos de conducta, los cuales, por una u otra razón, resultan inadaptados". Según él los trastornos neuróticos no deben basarse en una "motivación inconsciente"; considera que el síntoma es el resultado de ciertos hábitos adquiridos. También cree que el niño hereda una predisposición general a la neurosis (el "neuroticismo") y una dimensión de su personalidad lo conduce a manifestaciones neuróticas, ya sea hacia el polo de la neurosis de angustia (polo introvertido) o al polo histérico (extrovertido).

La mayor parte de los teóricos del aprendizaje; admiten que la conducta neurótica es un hábito persistente de una conducta inadaptada adquirida por aprendizaje en un organismo fisiológicamente sano. La ansiedad es generalmente el constitutivo central de esta conducta, estando invariablemente presente en las situaciones causales.

La ansiedad se podría definir como un sentimiento de peligro inminente con actitud de espera, provocando un trastorno más o menos profundo; experiencia individual que invade a la persona hasta sus mismas raíces, difícilmente compartible con otro y a la cual damos un carácter de generalidad, a fin de esconderla. Es clásico separar la ansiedad de la angustia, siendo ésta la manifestación corporal, el "angor" con sus manifestaciones constructivas y neurovegetativas. Según esto, se separa el sentido de la experiencia y se le da a uno un valor neurofisiológico y al otro un valor existencial.

Las manifestaciones de la ansiedad comprenden aspectos psicomotores y vegetativos. La mayoría de los niños tienden, desde muy temprano, a mostrar modelos de comportamiento que, más tarde, se convertirán en franca ansiedad, sensibilidad al estrés y reacciones excesivas a los estímulos externos e internos.

Interesa estudiar la ansiedad en su estado agudo, que tiene característica de

episodios con remisión sintomática posterior o que puede organizarse en una forma preneurótica que, pasada la sintomatología aguda, se prolonga por la ansiedad latente.

Cuando sobrevienen estas crisis el niño parece inquieto, desesperado a veces, con los ojos descajados, sudoroso, tembloroso, quejándose de síntomas somáticos, taquicardia, dificultad respiratoria, dolores abdominales, afecciones gastrointestinales, mareos, etc. Generalmente se trata de niños hipersensibles, que viven en una atmósfera de inseguridad, educados de una manera rígida, introvertidos, con poca iniciativa y espontaneidad.

El síndrome hipocondríaco forma parte de la ansiedad siendo un cuadro psicodinámico complejo y diferente según la edad. Esta actitud responde principalmente a la identificación con los padres, hermanos o hermanas enfermas y a la utilización de formas de somatización familiar para hacer frente al estrés. Otros factores pueden ser un "automaternaje" por ausencia de las figuras parentales, la búsqueda de atención para obtener aceptación y aprobación de la familia, una "huída en la enfermedad" para evitar situaciones amenazantes o depresiones, por una necesidad de cambiar una ansiedad indefinida y por la adopción de una forma definida de ansiedad que podría ser curada, y sobre todo, la expiación de sentimientos de culpa en relación con impulsos y acciones hostiles o sexuales (Anthony, 1967).

Generalmente la persona que lo padece es consciente del sentimiento desagradable que posee dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas y el sentir que se está nervioso o asustado.

La ansiedad es normal en el niño que se siente amenazado por la separación de los padres, la pérdida del amor, o simplemente por ser su primer día de clase en la escuela; en el adolescente puede ser en su primer cita, en el adulto cuando se acerca a la vejez, en fin, en cualquier persona que se enfrenta a una enfermedad.

En general la ansiedad conduce a la persona a adoptar ciertas medidas tendientes a reducir la amenaza o hacerla desaparecer. Si la acción neutralizadora es consciente, escogida de manera deliberada, entonces trataremos de controlarla por medio de comportamientos compensatorios en los que obtendremos retroalimentación efectiva. Si los mecanismos son inconscientes entonces se neutraliza por defensas adaptativas del YO que funcionan para reducir un impulso o eliminarlo.

Respecto a los factores desencadenantes han sido descritos por varios autores. Freud hablaba de represión incompleta de los impulsos que amenazan con la pérdida de amor o castración simbólica; Rank divulgó el concepto de trauma de nacimiento o ansiedad sobre la fantasía de separación de la propia madre. Adler consideraba la

ansiedad como el temor a una amenaza al modo de vida de una persona, mientras de Horney la entendía como una consecuencia de una amenaza a la autoimagen, un conflicto entre las necesidades de dependencia y los impulsos hostiles hacia uno de los padres. Sullivan subrayó el vínculo emocional entre la madre y el niño. La ansiedad de la madre se trasmite al niño que vuelve a transmitir a la madre. Tanto Horney como Freud creyeron que la ansiedad se relaciona con el nivel de maduración del niño. Al principio cuando el niño se encuentra muy desamparado y dependiente desde el punto de vista biológico y psicológico, el peligro lo constituye la pérdida de la persona de la que depende. Posteriormente el peligro se encuentra en la pérdida del amor de esa persona.

Dadas las teorías clásicas podemos observar un factor común de la ansiedad y es que ésta se organiza a partir del vínculo objetal con su madre. En la actualidad este criterio se ha extendido hacia la relación padre-hijo (a). Se ha afirmado que la rigidez de padres autoritarios, la madre sobreprotectora o padres que confunden con mensajes de doble vínculo, padres ausentes, etc., provocan un monto importante de ansiedad. Los errores en el estilo de crianza producen trastornos emocionales con comienzo de episodios ansiosos cuyo aumento produce susceptibilidad al estrés y genera otros cuadros psicopatológicos asociados. Por ejemplo, si los padres desaprueban o castigan severamente al hijo, porque no satisface las expectativas elevadas que tienen sobre el niño, suscitará gran ansiedad en él y progresivamente desarrollará una conducta rígida y desamasiado escrupulosa. La señal de alerta que provoca este cuadro es el miedo culpable o ansiedad culpable. Los temores también se originan por las amenazas de los padres ante la masturbación o los juegos sexuales con otros niños.

Además de las amenazas que emanan de las relaciones familiares alteradas, hay también múltiples amenazas de la compleja sociedad. Las creencias religiosas se distorcionan para producir ansiedad y culpa, las separaciones de los padres alteran el equilibrio emocional, el padre se aísla en el trabajo, las adicciones están al orden del día, la tecnología de avanzada deshumaniza, la búsqueda del significado de la existencia y la lucha por superar la alienación provoca mucha ansiedad y angustia.

La ansiedad predomina en la infancia, pero aún cuando tiene carácter patológico, no se estructura en forma de neurosis de ansiedad hasta pasado los veinte años de edad. El niño ansioso presenta síntomas, algunos fácilmente observables como los hábitos de morderse las uñas, la succión del pulgar, tics, espasmos, dolores de cabeza, en el pecho, en piernas y brazos, en la espalda, palpitaciones, mareos, miedos y otros más difíciles de observar si no los verbaliza como ser la dificultad de concentrarse, que sienta que la gente lo quiera perjudicar, que tenga poca esperanza de resolver sus problemas, que se sienta triste muchas veces sin razón, que sienta que no vale mucho, etc. La actitud general del ansioso refleja desamparo y temor, casi siempre manifiesta una profunda sensación de tensión. Con mucha dificultad para relajarse se puede quejar de un desasosiego constante. Durante el sueño puede tener

dificultades para conciliarlo, tener pesadillas y en algunos casos puede aparecer sonambulismo (DSM-III-R, 1988).

Los signos asociados a los temas cargados de emoción pueden ser el rubor facial, los suspiros profundos, la contracción espasmódicas de los músculos faciales que rodean boca y ojos, el temblor de la voz, efectos sobre pautas de lenguaje, o movimientos de fricción o arañazos de las manos, también se ve abundante sudoración en las palmas y/o pies y en las axilas aunque haya frío.

La enuresis infantil considerada como una falta de control en la emisión de la orina no es más que un trastorno psicológico y en casos mínimos se considera un problema orgánico. Esta postura es compartida por los autores que tratan la enuresis como un síntoma dentro de una organización psicopatológica que abarca al sistema familiar. (De Ajurlaguerra, 1983).

El papel que tienen los padres en la génesis y mantenimiento de la enuresis podemos verlo desde dos criterios diferentes: como una actitud errónea en la enseñanza del control esfinteriano o como algo más general en el plano de su desarrollo afectivo. En este sentido se subraya la conducta irresponsable de los padres que dificultan el aprendizaje del control efectivo tanto por coaccionar excesivamente al niño como por tratarlo blandamente.

Los padres con antecedentes de enuresis casi siempre actúan con temores o con sobreprotección, al recordar su propia humillación. La intervención inadecuada de los padres, hermanos o familiares pueden producir ansiedad y tensión que retroalimentaría constantemente este síntoma.

En general la ansiedad genera más ansiedad y forma un círculo vicioso que acarrea uno o más síntomas según el caso.

#### **La psicología en la prevención primaria**

La Psicología en los problemas de la salud pública ha estado contribuyendo desde hace poco más de dos décadas debido a los cambios generados en sus teorías, metodologías, al redefinirse nuevos objetivos, instrumentos y metas para ofrecer calidad de vida de la población. Se han creado nuevos modelos y paradigmas intentando reemplazar viejos esquemas, que, sin ser inoperantes resultan insuficientes para dar explicación a los hechos actuales.

El enfoque que le hemos dado a esta contribución se basa en dos premisas fundamentales de la Psicología moderna: la primera se refiere a la personalidad individual en la obtención y conservación de la salud. Dentro de nuestros modelos psicológicos desarrollamos los comportamientos de hacer, de no hacer, de dejar de hacer e incluso el comportamiento de no dejar de hacer. Estos procedimientos

pueden, por una parte, mejorar y mantener la salud y por otro puede predisponer, desencadenar, agravar la misma.

Las principales causas de morbi-mortalidad en los países desarrollados se deben, en gran parte, no a lo que la gente "tiene" sino a lo que hace o deja de hacer. Estos factores de riesgos son comportamientos que en gran medida son conscientes y susceptibles de ser modificados. En nuestro entender decimos que en realidad aprendemos a elegir estar sanos o enfermos. En definitiva nuestra salud o enfermedad se encuentran determinadas por nuestro modo de vida, es decir, por formas particulares de comer, beber, trabajar, descansar, hacer ejercicio, asumir determinados riesgos y otras conductas que son el resultado de experiencias adquiridas a lo largo del tiempo en la comunidad que nos corresponde, en nuestra cultura, con nuestro nivel socioeconómico, nuestro entorno, en nuestra familia.

Ultimamente se ha investigado sobre los determinantes que influyen en el comienzo y desarrollo de una enfermedad y se ha visto que el factor de riesgo de más peso fue el del "estilo de vida" que se relaciona con los trastornos cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, los accidentes de tránsito y las adicciones en un 51% mientras que el factor "influencias ambientales" le sigue con un 20%, en un 19% los factores "biológicos" y en un 10% depende de los servicios de cuidado de la salud. Sin embargo, los costos asociados al estilo de vida se calcularon en un 1.5%, mientras que los dedicados al perfeccionamiento de los sistemas de salud oscilaban entre los 84 y 90%. (Jenkins, 1989).

Esta información nos está dando la pauta que es el individuo el que opta por su salud prescindiendo de la opinión o influencia de los servidores públicos que trabajan para fomentarla o mejorarla. Pero la salud no es sólo un atributo personal, (segunda premisa) es producto de la intervención de varias estructuras especializadas de la sociedad, de la interacción de muchas variables que no son de naturaleza psicológica pero que el desempeño e impacto puede ser modelado a través de intervenciones psicológicas preventivas. Hay que impactar los aspectos psicológicos-subjetivos más profundos para lograr los efectos de cambios que beneficien y promuevan la salud. La determinación de adherencia de los tratamientos o el incremento del desarrollo socio-familiar son dos ejemplos de acciones incluidas en el reto que constituye para la Psicología de hoy, alcanzar una mayor calidad de vida. Otros tantos problemas derivan de las prácticas cotidianas como resultado del estilo de vida del individuo, la familia o la institución.

Cuando un estilo de vida no es congruente con las demandas ambientales, personales y sociales del ser humano, se inicia un proceso de deterioro que progresivamente se generaliza y habitualmente culmina en problemas de salud física o mental que afectan todo su funcionamiento, cerrando así un círculo vicioso que tiende a automantenerse. (Sánchez Sosa, 1986).

La Psicología preventiva, mediante las investigaciones, podría contribuir al campo de la salud definiendo actitudes individuales de los sujetos estudiados en relación con los procesos psicosociales, que se revierten en problemas colectivos compartidos. A partir de esto, se deben formular estrategias de intervención más efectivas con acciones tendientes a lograr los impactos definitivos. Ello implica admitir que las acciones de promoción de salud y prevención no deben limitarse a dar información solamente, sino que es muy necesario la planeación y puesta en marcha de programas educativos prácticos, basados en los resultados de los estudios en esa población y en las teorías actualizadas. La educación para la salud, tradicionalmente informativa, seguirá siendo un error costoso mientras no se descubran los verdaderos resortes motivacionales de los factores de riesgo y se expliquen las interacciones entre sus elementos a niveles macrosociales, microsociales e individuales.

Dentro de esta línea, la Psicología podrá obtener los indicadores de salud que mejoren las condiciones psicosociales asociados a la calidad de vida y a la vez tener en cuenta la importancia de la reducción de patrones insanos del comportamiento.

La Psicología preventiva, en la atención en el primer y segundo nivel de asistencia, puede tener un papel muy importante en lo referente a la reducción de costos en los servicios de salud. Existen numerosos datos en diversos países que nos informan de que una considerable proporción de asistencia en los servicios de consulta externa, son injustificados. También sabemos que la Psicología preventiva no solo reduce el estrés del paciente sino que disminuye los gastos de la farmacología, hace disminuir la estadía hospitalaria y aumentan los indicadores de eficiencia quirúrgica y la convalecencia se logra con eficiencia.

#### **Propósito de la Investigación**

La literatura de investigación indica que existen muchas variables que están presentes en la interacción familiar y que tienen su origen en el estilo de vida de los progenitores, responsables de la crianza, contribuyendo al deterioro psicológico de sus hijos. Los efectos del deterioro se ubican en el contexto familiar, a lo largo del tiempo, afectando y viéndose afectados cada integrante del sistema en mayor o menor medida según sus características personales. Este enfoque propone analizar los factores de riesgo intervinientes para poder anticipar y reducir tanto la patología psicológica como la física y promover la salud mediante la prevención primaria.

La línea de investigación citada anteriormente señala la presencia de los factores de riesgo que anuncian problemas psicológicos que se sugiere cambiar por factores protectores que promueven el bienestar psicológico. Esta propuesta se podría lograr a través de la psicología preventiva con intervenciones directas dirigidas al núcleo familiar mediante Educación para Padres, para informarlos y adiestrarlos en el desempeño de sus roles teniendo como meta un buen estilo de vida para lograr

una dinámica familiar sana.

El presente estudio tiene como principal objetivo detectar algunas condiciones psicosociales de interacción recíproca que pueden propiciar el deterioro de la salud mental en la familia Sonorense. Posteriormente, en base a los hallazgos de la investigación, sugerir la formación de programas preventivos de salud para esta población.

Para lograr los objetivos propuestos se estudió una población urbana, aparentemente sana, en diez entidades del Estado de Sonora. Lo novedoso del estudio es referente a la inclusión de los padres reportando acerca de los hijos (as) y sobre la interacción familiar y estilos de crianza. Los hijos (as) responden a un autorreporte sobre deterioro psicológico, no siendo habitual esta técnica en las investigaciones anteriores.

Con este procedimiento nuevo los aportes aumentan: se corroboran o eliminan datos, se puede apreciar mejor la dinámica familiar desde una perspectiva más integral, resulta sencillo, práctico y más económico, ya que se trata de abarcar más datos en el mismo espacio y tiempo de trabajo.

La información derivada de las variables interacción familiar y estilos de crianza, así como los datos sociodemográficos, se recaba directamente de la fuente de experiencia de los padres que son los actores principales en la dinámica familiar. De este modo se evita que el niño tenga que responder sobre situaciones inherentes a los mayores y distorsione la información.

Se utilizó este instrumento adaptado al procedimiento propuesto logrando detectar variables de naturaleza interactiva dentro de los patrones de crianza, que apuntan hacia el desarrollo de problemas psicológicos en detrimento de la salud mental y física.

## **METODO**

### **Sujetos y muestreo**

Se trata de alumnos del primer año de escuela secundaria. La muestra fue seleccionada al azar, por medio de las listas escolares mediante el procedimiento de elección de números aleatorios. Se escogieron seis escuelas en Hermosillo encuestándose a 214 alumnos que representan un 28.38% del total. En las nueve zonas geográficas restantes se empleó el criterio de distribución y representación de la población sonorense: cuatro del sur y cinco del norte de acuerdo a la densidad de la población y de la importancia de los centros urbanos que concentran a las poblaciones aledañas y más distantes; como ser las de la sierra. En 18 escuelas se encuestaron 540 alumnos.

Participaron en el estudio 754 jóvenes escolares: 384 mujeres y 370 varones; todos ellos alumnos de los planteles de sistema público y privado de secundaria ubicados en diez entidades del estado de Sonora. La muestra, de tipo aleatorio estratificado, se hizo mediante una selección al azar de por lo menos un grupo académico en los estratos: plantel y turno (matutino/vespertino). Las edades de los participantes osciló entre 11 y 15 años, con una media de 12.5. De los 24 planteles correspondieron 584 alumnos al turno matutino y 156 al vespertino, 14 no registraron. Los grupos son mixtos así que el sexo fue aleatorio, al igual que el turno y los tipos de planteles.

Se seleccionaron aleatoriamente 24 planteles, los grupos y los alumnos que formaron la muestra. Se reclutaron tres aplicadores capacitados en trabajo de grupo e interesados en la realización del estudio. En total fueron cuatro: dos para presentar el material y dar las instrucciones y dos más para apoyo. Se dividieron en dos subgrupos para la aplicación de los instrumentos en forma independiente uno del otro, en lugares separados y al mismo tiempo. En un aula se encontraban los alumnos y en otra los padres.

La condición que se estableció fue la de encuestar a los alumnos y a, por lo menos, un padre (o tutor) que estuviera presente. Si no estaba el padre (o tutor) no se le tomaba en cuenta para el estudio. De esta manera hubo que eliminar a muchos alumnos.

El procedimiento en sí fue ensayado en tres ocasiones antes de considerar que estaba estandarizado. Ante la presencia de los sujetos seleccionados se dieron las instrucciones y se condujeron las sesiones de recolección de datos debiendo registrar las respuestas en la hoja de lectura óptica.

Para la realización de este estudio se solicitó la presencia de ambos padres o tutores, por lo que concurrieron un total de 616 madres y 165 padres, cuyas edades oscilaban entre 24 y 70 años con una media de 39.271 y entre 30 y 74 años con una media de 42.806, respectivamente. En algunos casos asistieron los tutores en lugar de los padres.

#### **Instrumento**

Está basado en el Inventario de Salud, Estilo de Vida y Comportamiento (S.E.V.I.C.) desarrollado por Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán (1992), como parte del programa de prevención primaria del posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM. El instrumento que se utilizó fue adaptado a las características de la población sonorenses; habiéndose tenido en cuenta la edad del encuestado, la epidemiología específica a investigar y sus aspectos culturales más relevantes. De esta manera hubo la necesidad de quitar algunos reactivos y agregar otros. El SEVIC de jóvenes alumnos consta de 47 reactivos que recolectan información sobre signos de

desajuste psicológico casi todos en relación con los trastornos por ansiedad. Está diseñado para evaluar la frecuencia o proporción de ocurrencia, así como su cronicidad.

El S.E.VI.C. de padres o tutores tiene dos secciones: una con 43 reactivos que corresponden a los mismos que componen al S.E.VI.C. de los jóvenes pero definidos en tercera persona del singular: si el joven lee "tengo tics" y se evalúa, los padres leen "tiene tics" y lo evalúan. La segunda sección consta de 70 reactivos y se estructuró para recabar datos sobre interacción familiar pasada y actual y sobre aspectos específicos de estilo de vida y crianza. Además se pide información referente a las principales características sociodemográficas de los integrantes: edad, sexo, nivel escolar, lugar de nacimiento, etc.

La gran mayoría de las opciones de respuesta a los reactivos es: a) "nunca o casi nunca" (menos del 20% de las veces); b) "pocas veces" (20% a 40% de las veces); c) "a veces sí, a veces no" (40% a 60% de las veces); d) "frecuentemente" (60% a 80% de las veces); e) "siempre o casi siempre" (más del 80% de las veces).

La construcción de reactivos estuvo fundamentada en la literatura de investigación especializada para detectar los indicadores de desajustes psicológicos así como los estilos interactivos.

En relación a los indicadores clínicos éstos fueron definidos, fundamentalmente, del cuadro nosológico "trastorno por ansiedad" (o neurosis de ansiedad y neurosis fóbica) del DSM III-R, así como los pertenecientes al S.E.VI.C. que se diseñó para recabar datos sobre: dificultades para relacionarse, percepciones distorsionadas del ambiente, actitudes desadaptativas, incomodidad subjetiva, preocupaciones irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere en el funcionamiento adecuado, práctica de actividades objetables por otros y signos observables de trastornos psicósomáticos.

El instrumento modificado fué puesto a prueba en un análisis interjueces obteniéndose una consistencia superior al 80% de los criterios de validación y mediante un estudio piloto se obtuvo la confiabilidad suficiente y necesaria para utilizar el instrumento en este estudio, ya que se encontraba bajo condiciones muy similares al SEVIC original.

Para la evaluación sistemática, utilizada en este estudio, se pretendió lograr un cierto grado de control sobre el proceso de estimular las variables intraindividuales mediante dos aspectos metodológicos: la estandarización y la no intrusión. Para diseñar el conjunto de estímulos estandarizados hubo que hacer pilotes y análisis psicolingüísticos y antropológicos para determinar el valor de estímulo subjetivo idiosincrático que usa el sujeto sonorensé determinado por su cultura. Hubo que hacer modificaciones semánticas en los reactivos originales

construidos para una población de la ciudad de México, con los utilizados en Sonora ya que podían diferir lo suficiente como para hacer que estímulos verbales objetivamente idénticos subjetivamente no fueran comparables.

Los autores del inventario utilizaron como fuentes de validación de contenido durante la construcción de los reactivos, aquéllos que hubieran mostrado una documentación confiable en la literatura de investigación, además de utilizar en su diseño los procedimientos generales aceptados en la construcción de instrumentos de encuesta. Así, la selección de los signos de desajuste psicológico y la de características específicas de los estilos de crianza e interactivos en la familia, se realizó (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1992) con los siguientes criterios:

a) los signos de deterioro adaptativo se basan en una parafrasis directa, en primera persona del singular, de las descripciones taxonómicas de sistemas clasificatorios como el DSM-III-R, con la exclusión de cuadros clínicos que implican una ruptura funcional con la realidad. De esta manera, se incluyen prácticamente todas las descripciones de aquellas categorías clínicas consideradas bajo el rubro de los desórdenes de la personalidad.

b) la sección de estilos de crianza e interacción familiar se basó primordialmente en el análisis de las principales líneas de investigación, que han documentado por medio de resultados creíbles (por su control metodológico de contaminantes) los componentes interpersonales que definen un estilo interactivo (véase, por ejemplo, McDavid y Garwood, 1978).

A lo largo de varias versiones sucesivas del cuestionario, se fueron refinando los reactivos al respecto de su claridad y pertinencia hasta lograrse un grado de consistencia interjueces no menor a 80%. La consistencia de la pertenencia de los reactivos a áreas generales de agrupación de reactivos, con base en el análisis de las respuestas de una muestra de 3700 adolescentes, arrojó valores Alfa de Cronbach que oscilan entre .68 y .80.

### **Diseño experimental**

El dato estadístico de la edad media de los jóvenes escolares es de 12.5 años y para la población se considera como un parámetro estimativo que contiene características de la niñez (efectos retrospectivos) y de la adolescencia (posibilidades prospectivas). Esta estimación se sale del objetivo realístico de la estadística por lo que se espera que éste no se desvíe de su parámetro.

El diseño usado no es estrictamente experimental porque se ha establecido una relación de concomitancia, en la que los dos fenómenos tienden a ocurrir, o no ocurrir, juntos; por consiguiente hay pocas bases para inferir necesariamente una relación causa-efecto entre las variables.

El tipo de estrategia empleada para el control activo de las variables es el de la evaluación sistemática de encuesta mediante la entrevista dirigida en forma escrita. Los estímulos utilizados para la evaluación sistemática se conciben como desencadenadores de respuestas más que como instrumento para la manipulación de respuestas. Se supone que los atributos que miden son inherentes a los sujetos mismos y son meros productos de la situación de la administración. Se pretendió mantener las mismas condiciones de prueba, en forma constante en todos los sujetos. En la medida en que los reactivos de la prueba sean constantes, cualquier variación entre las respuestas de los sujetos se puede atribuir a las propias características de la población en estudio.

El diseño utilizado podría describirse como de dos grupos contrastados siendo éste de tipo multivariado más complejo, incorporando diferentes variables independientes y dependientes en un solo estudio. Por ser diseño multivariado requiere de un análisis más complejo que los análisis bivariados, de modo que se imponen demandas crecientes en el tratamiento estadístico de los datos.

La evaluación sistemática controlada hace posible desencadenar las respuestas y medirlas con precisión; pero sólo permite inferencias relativas a correlaciones, no "causas", y puede influir al mismo fenómeno que se está estudiando (Scott & Wertheimer, 1981).

En la contrastación se extrajo del banco computarizado inicial de los datos totales de la muestra, los valores más altos y los más bajos en las variables seleccionadas del grupo de síntomas diversos. Al final se efectuó la contrastación de los dos grupos mediante un estudio de carácter correlacional en la búsqueda de una asociación que diera cuenta de: a) la incidencia de factores que conforman síntomas significativos y b) aquellas variables en las que los sujetos pudieran diferir respecto a la interacción familiar y los estilos de crianza.

En suma: el objetivo de este estudio sistemático multivariado es el de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un corte transversal, en un momento dado.

### **Procedimiento**

Una vez reunidos los sujetos en el salón de clase se entregaron los cuestionarios y las hojas de respuesta así como un lápiz No. 2 o 2 1/2. Se encuestaron al mismo tiempo a los padres o tutores y a sus hijos en diferentes aulas, con instructores especiales para cada caso.

En el encabezado de esta hoja para los alumnos se pidió llenar la clave con tres dígitos y la de los padres con cuatro, agregándose un 2 cuando era madre (o tutora)

y un 3 cuando era padre (o tutor). De esta manera se puede identificar a los padres y a sus correspondientes hijos sin necesidad de pedir nombres y así se estableció el anonimato. La siguiente clasificación fue la de la edad, luego sexo, turno (matutino = 1; vespertino = 2), plantel (del 1 al 24); para identificar su lugar de origen y el grupo a que pertenecía.

Las instrucciones dadas a los alumnos fue la siguiente:

"Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadísticos y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS**, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso. **RELLENANDO COMPLETAMENTE EL CIRCULITO CORRESPONDIENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS** como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

Este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. **NO ESCRIBA NI HAGA MARCAS EN ESTE CUESTIONARIO.**

Ejemplo:

En un día normal yo como:

- a - una comida
- b - dos comidas
- c - tres comidas
- d - cuatro comidas
- e - cinco comidas
- f - seis comidas o más

(En la hoja de respuestas)

a b  d e f

Esto significaría que en un día regular, come tres veces".

Las instrucciones dadas a los padres fue:

"Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadísticos y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS**, por favor consteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas emplean con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso. **RELLENANDO COMPLETAMENTE EL CIRCULITO CORRESPONDIENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS** como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

La primera parte de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. Favor de responder evaluando a su hijo/a. La segunda parte tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. **NO ESCRIBA NI HAGA MARCAS EN ESTE CUESTIONARIO.**

Ejemplo:

En un día normal yo como:

- a - una comida
- b - dos comidas
- c - tres comidas
- d - cuatro comidas
- e - cinco comidas
- f - seis comidas o más

(En la hoja de respuestas)

a b ● d e f

Esto significaría que en un día regular, come tres veces".

Después de dar las directivas necesarias para realizar la encuesta no se intervino más, salvo en caso excepcional en el que se preguntaba sobre dudas. Los encuestadores debían parafrasear textualmente el reactivo citado por el sujeto a fin de no contaminar y condicionar la respuesta.

Cuando finalizó la encuesta se recogió ordenadamente, no sin antes checar los datos iniciales y si requería pedirles que rellenaran los círculos para ser bien leídos por la computadora. Se les agradecía formalmente su cooperación en este estudio.

Para evitar situaciones que contaminaran el estudio se dispuso la recolección de datos dentro del período escolar 1993-94, para mantener las mismas condiciones académico-administrativas. El tiempo que transcurrió entre el comienzo y el final de esta etapa no superó los seis meses proyectados para su realización.

La población que se eligió supone la presencia de sujetos sin patología severa puesto que se está trabajando en escuelas secundarias de alumnos normales, es decir, con jóvenes que fueron seleccionados y que caen fuera de la población de "especiales o con trastornos de conducta", como lo serían alumnos de escuelas de educación especial.

Se tomaron precauciones respecto a citar a los padres en horarios que facilitó su asistencia. Se convino citar a treinta alumnos para asegurar que se iba a tener una muestra representativa de por lo menos veinte alumnos y padres por encuesta.

#### **Tratamiento estadístico de los datos**

En los análisis estadísticos se hizo: 1) Un análisis de distribución de frecuencia de los 47 reactivos contestados por jóvenes, las madres y los padres.

2) Una prueba de Chi Cuadrada para evaluar la diferencia entre los valores-síntomas encontrados entre los jóvenes en relación con los reportados por las madres y los padres.

3) Una estimación del coeficiente de correlación de Pearson entre los valores-síntomas dados por los jóvenes y los correspondientes a madres y padres.

4) Una prueba de Chi Cuadrada para evaluar la distancia probabilística entre los reactivos blanco ("target") y los valores de posibles factores de riesgo o predictores de la interacción familiar y estilos de crianza.

5) Una estimación del coeficiente de correlación de Pearson entre los reactivos blanco ("target") y los valores de posibles factores de riesgo o predictores de la crianza.

6) Un análisis factorial de los reactivos considerados como significativos de más riesgo.

Cuando se calculó la Chi Cuadrada para buscar asociaciones entre valores de interacción familiar y estilos de crianza dado por las madres con los síntomas de los

hijos se computó en matrices de seis categorías, para los primeros:

1) "nunca"; 2) "casi nunca"; 3) "pocas veces"; 4) "a veces sí a veces no"; 5) "frecuentemente" y 6) "siempre o casi siempre". Luego para los jóvenes se dividió en dos grupos extremos: 1) "nunca" y 2) "siempre" que incluyó a las dos primeras y a las dos últimas. De esta forma se separó en dos grupos a los sujetos: "sin trastornos" y "con trastornos". Se quiso comprobar, más adelante, para asegurar la significancia estadística, haciendo Chi Cuadrada de matrices de dos por dos para separar también la interacción familiar en extremos "buenos" y "malos" pero el programa computarizado acusó que al eliminar la tendencia central (3 y 4), como un gran porcentaje de la población de madres se ubican en el punto medio, se perdió por completo la varianza. Ante esta situación se agrupó en tablas de tres por tres.

## RESULTADOS

A través de los análisis estadísticos efectuados se seleccionaron cinco reactivos que se consideran característicos de trastorno de ansiedad para la población de jóvenes estudiantes de escuela secundaria en Sonora. Esta selección se efectuó en base a los datos obtenidos mediante autorreporte de los niños, y al reporte de las madres evaluando a sus hijos con los mismos reactivos. Al comparar los resultados de ambas muestras la correlación en base al análisis de Pearson fue altamente significativa ( $p < .0001$ ). También se hizo un análisis factorial que corroboró el resultado obtenido. Se estableció la siguiente clasificación para agruparlos de acuerdo al criterio psicopatológico:

### REACTIVOS SELECCIONADOS ESTADISTICOS

---

| Reacciones fisiológicas                  | r Pearson | significancia |
|--|-----------|---------------|
| Dolores de cabeza .....                  | .36       | .0000         |
| Dolores en el abdomen .....              | .76       | .0000         |
| <b>Respuestas cognitivas-conductual</b>  |           |               |
| No me puedo concentrar.....              | .96       | .0000         |
| Hay cosas que me hacen sentir miedo..... | .78       | .0000         |
| Tengo pesadillas.....                    | .73       | .0000         |

---

Al comparar los reactivos de los padres hombres con los hijos no se obtuvo significancia estadística por lo que se decidió eliminarlos del estudio en la etapa posterior. Probablemente influyó el número de participantes (165) y la forma de observar a su hijo/a.

Los resultados mostraron una discrepancia significativa con los datos reportados por los hijos y madres, que coincidieron en las respuestas, y lo que éstos reportaron respecto a sus hijos. Se concluyó que no conocían aspectos personales de éstos, como lo estaban demostrando las madres.

Los reactivos significativos de trastorno psicológico correlacionaron también con los de interacción familiar y estilos de crianza pero en un grado menor ( $p < .05$ ), probablemente debido a que fueron evaluados por otra persona (la madre). Es decir, mientras los jóvenes contestaron los reactivos de trastorno psicológico (y sus valores son los que se ponen a prueba), las madres contestaron sobre interacción familiar y esto se realizó bajo criterios diferentes, propios a dos generaciones distintas.

Los cinco reactivos correlacionaron significativamente con nueve reactivos correspondientes a la segunda sección del inventario sobre estilos de vida y crianza. La prueba Chi cuadrada determinó las diferencias entre los sujetos que padecen de trastornos de ansiedad y los que no los padecen, en función de los determinantes comportamentales:

- a) Hacer comparaciones y poner apelativos:  $X^2 = 19.75$ .
- b) Experiencias negativas en infancia materna:  $X^2 = 18.26$ .
- c) Expresión de sentimientos:  $X^2 = 23.18$ .
- d) Hacer comparaciones y poner apelativos:  $X^2 = 18.45$ .
- e) Mis hijos se enferman:  $X^2 = 19.87$ .
- f) Experiencias negativas en infancia materna:  $X^2 = 24.15$ .
- g) Mala administración y problemas económicos:  $X^2 = 34.23$ .
- h) Mis hijos se enferman:  $X^2 = 20.35$ .
- i) Miedo y angustia ante experiencias infantiles:  $X^2 = 19.23$ .

Las gráficas que a continuación se muestran corresponde a las distribuciones

porcentuales de los niños contrastados en función de características específicas del estido de crianza de sus padres.

En la ordenada se muestra el porcentaje de niños que refirieron padecer actualmente de síntomas relacionados con episodios de ansiedad; en la frecuencia con que sus madres reportan tener un tipo específico de interacción en la familia. Los símbolos de cada punto de dato en la gráfica (círculo o cuadro), unidos por una línea, representan a los sujetos contrastados en términos de la frecuencia con que aparece el trastorno de ansiedad en el niño. La denominación "con trastorno" círculo correspondiente a los sujetos que refieren sufrir algún síntoma que corresponde al cuadro de ansiedad "frecuentemente" o "siempre o casi siempre". La denominación "sin trastornos" (cuadro) muestra a los que refirieron no sufrir trastorno "nunca o casi nunca" o "pocas veces".

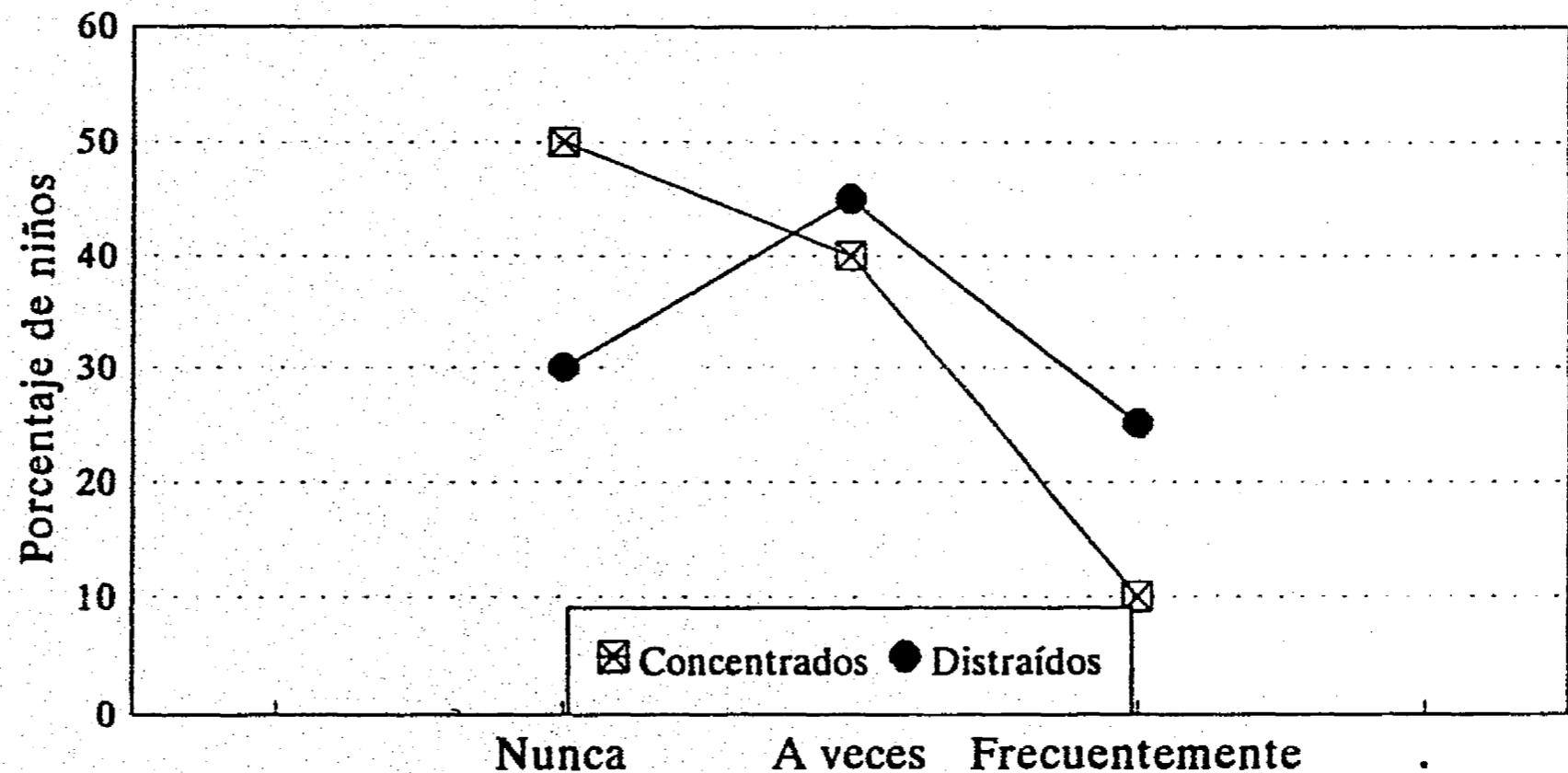
En términos de incidencia, los niños con trastorno significa que experimentan síntomas de ansiedad por lo menos en un 60% de las veces, mientras que sin trastorno la frecuencia baja al 40% o menos.

En la gráfica 1 se muestra la diferencia porcentual en los niños según sufran o no de trastorno de ansiedad, en este caso, caracterizado por la falta de concentración. Este trastorno se relaciona con los enunciados maternos de decirle "tonto" o "inútil" o comparando negativamente con otros. De los resultados obtenidos observamos que los niños distraídos tienen un porcentaje del 30% cuando no hay enunciados y los concentrados tienen el 50%, mientras que cuando esta actitud materna aparece frecuentemente los niños distraídos pasan al 25% y los niños concentrados a un 10%.

En la gráfica 2 las diferencias porcentuales son respecto al trastorno ansioso de tener miedo generalizado y este se relaciona con experiencias emocionalmente fuertes de la madre en la niñez que la angustian mucho y todavía siente este miedo o angustia. De los resultados observamos que cuando la madre sufrió maltrato los niños miedosos tienen un 50% de frecuencia y los no temerosos un 42%. En el caso de experiencias de enfermedad los niños con miedo son el 30% y los sin miedo un 28% mientras que en la experiencia de muerte los niños con miedo tienen un 20% y los sin miedo un 23%.

La gráfica 3 muestra resultados para las diferencias entre niños con y sin trastornos de ansiedad en relación a lo reportado por las madres en el sentido de la expresión de sentimientos en la familia. La ansiedad se manifiesta cuando hay situaciones o cosas que lo hacen sentir mucho miedo o temor al niño. Mientras que el 57% de niños con trastornos se asocian con la expresión de sentimientos un 70% pertenecen a familias que expresan sentimientos. En el otro extremo cuando no se expresan abiertamente los niños que reportan miedo son el 21.5% mientras que los niños temerosos llegan a un 13%.

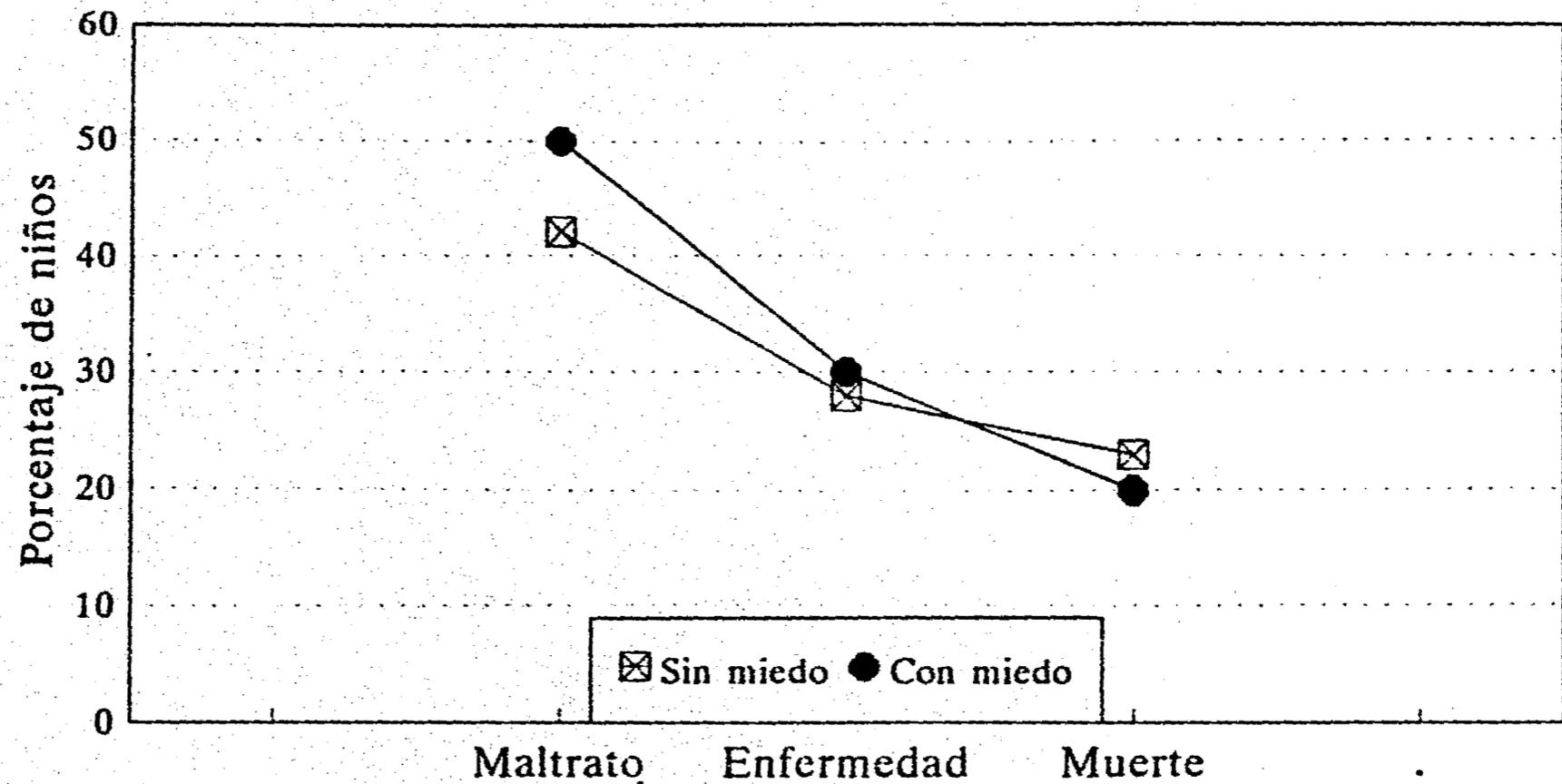
# Trastorno de ansiedad del niño y enunciados maternos de "tonto" o "inútil" o comparando negativamente con otros



|              |  |    |    |    |
|--------------|--|----|----|----|
| Concentrados |  | 50 | 40 | 10 |
| Distraídos   |  | 30 | 45 | 25 |

# Trastornos de ansiedad del niño

y "experiencias emocionalmente fuertes de la madre en la niñez que la angustiaron mucho y todavía siente ese miedo o angustia"



|           |    |    |    |
|-----------|----|----|----|
| Sin miedo | 42 | 28 | 23 |
| Con miedo | 50 | 30 | 20 |

Figura 2

# Trastorno de ansiedad del niño y expresión de sentimientos en la familia según la madre

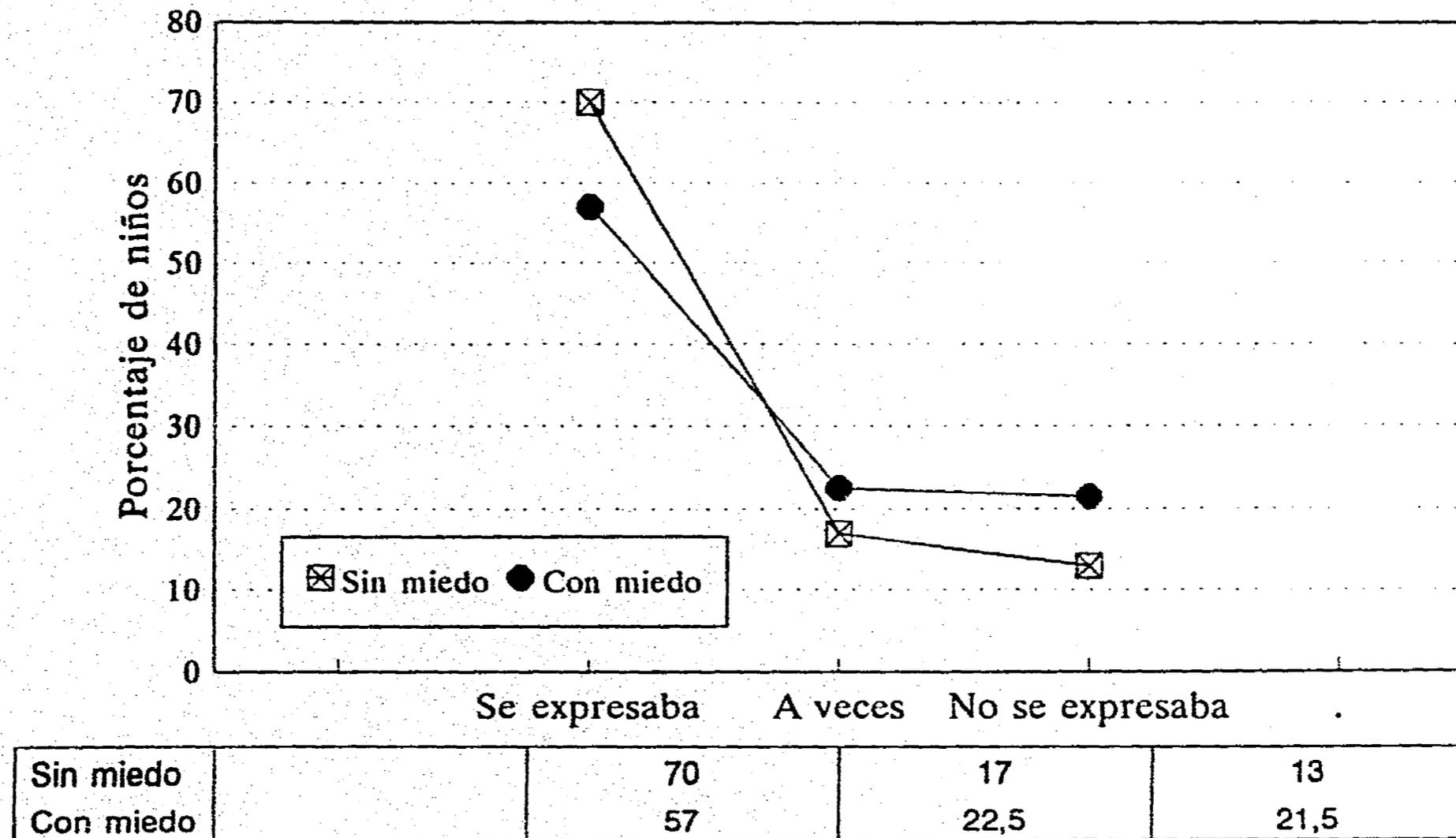


Figura 3

La gráfica 4 presenta resultados de distribuciones porcentuales en relación con actitudes maternas de enojo, enunciados negativos y compara con otros asociándose a trastornos emocionales como el dolor abdominal reportado por los niños y las madres. Estos resultados muestran que los niños con trastorno de ansiedad se mantienen en un 38% cuando la madre no se enoja ni le dice "tonto" o "inútil" o lo compara negativamente, mientras que en el grupo de sin trastorno el porcentaje asciende al 46%. En el extremo opuesto los trastornos presentan un 27% y los sin trastorno un 19%.

En la gráfica 5 muestra los resultados de las distribuciones para las diferencias entre niños con dolor abdominal y los que no acusan dolor abdominal, en relación con actitudes de la madre frente al hecho de que sus hijos se enfermen. Cuando este hecho "nunca" sucede o sucede "pocas veces" los niños con trastorno se mantienen en un 34% mientras que los que no acusan dolor son 45% en "frecuentemente" la frecuencia baja hasta en un 8% y un 5% respectivamente. En este caso donde mejor se ve la diferencia es en caso donde los valores se separan en 58% para los con trastorno y en 50% para los sin trastorno. Es probable que aquí hubo tendencias a la deseabilidad de aprobación social.

La gráfica 6 muestra los resultados de las diferencias entre niños con dolor abdominal y sin dolor abdominal en relación con experiencias emocionalmente fuertes de la madre en la niñez que la angustiaron mucho y todavía siente ese miedo o angustia. En el caso del maltrato, los niños con dolor abdominal tienen un 50% de frecuencia de aparición mientras que los que no reportan dolor un 46% en la experiencia de enfermedades los que tienen dolor y los que no reportan dolor coinciden en un 29%; finalmente en la experiencia de muerte los que acusan dolor tienen un 21%, frente a un 25%, de los que no reportan dolor.

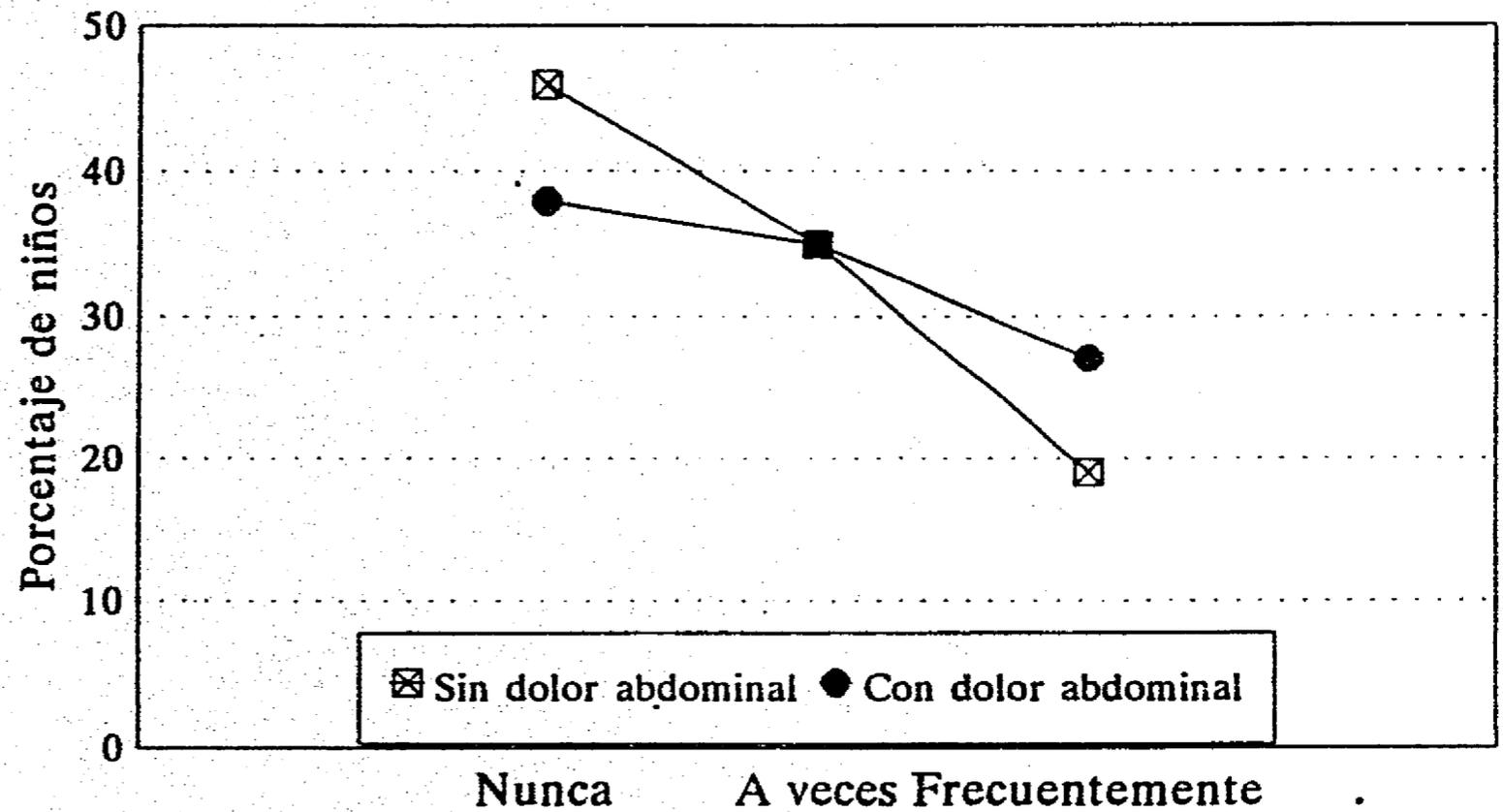
En la gráfica 7 muestra los resultados de las diferencias entre niños con y sin trastorno de ansiedad en función a la actitud materna frente a la enfermedad de sus hijos. En el hecho de que se enfermen poco o que haya probabilidad baja los niños que reportan padecer de dolor de cabeza en el 24%, mientras que los sin dolor de cabeza son el 48%. Cuando la madre reporta que sus hijos se enferman mucho los niños con dolor de cabeza se mantienen en un 28% mientras que los que no lo reportan aparecen con un 17%.

En la figura 8 se muestra los resultados para las diferencias entre niños que reportan dolor de cabeza y los que no lo padecen en relación al hecho de que no se administran bien y tienen problemas con compromisos económicos en el núcleo familiar. Cuando siempre se administran bien los valores de los niños que acusan dolor son del 27% mientras que los que no lo padecen es del 50%; en el extremo "nunca" los valores son del 26% y del 13% respectivamente.

La figura 9 muestra resultados de las diferencias entre niños con y sin

# Trastorno de ansiedad del niño

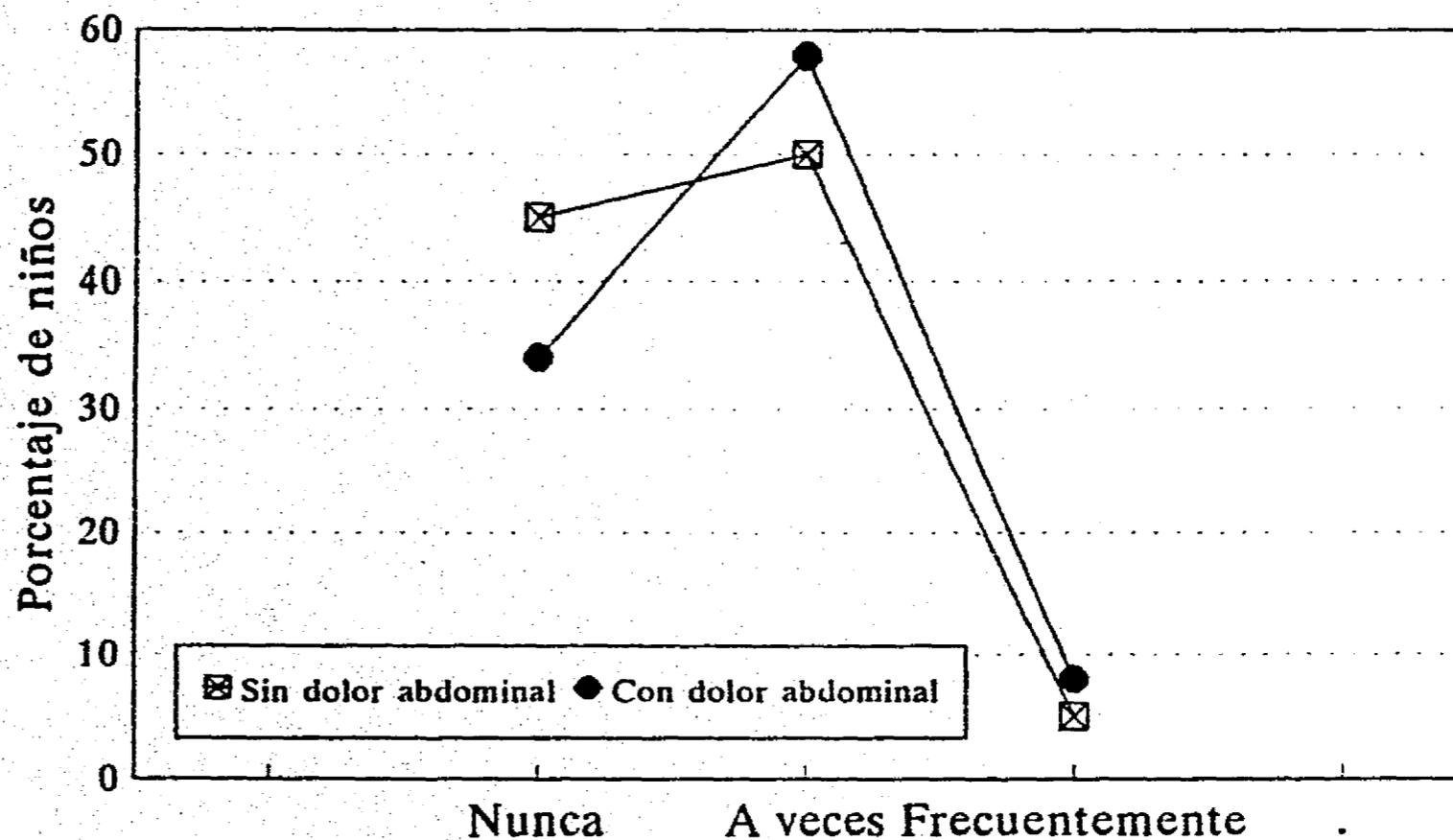
## y "cuando me enojo digo cosas a mis hijos como que "tonto" o "inútil" o los comparo negativamente con otros



|                     |  |    |    |    |
|---------------------|--|----|----|----|
| Sin dolor abdominal |  | 46 | 35 | 19 |
| Con dolor abdominal |  | 38 | 35 | 27 |

Figura 4

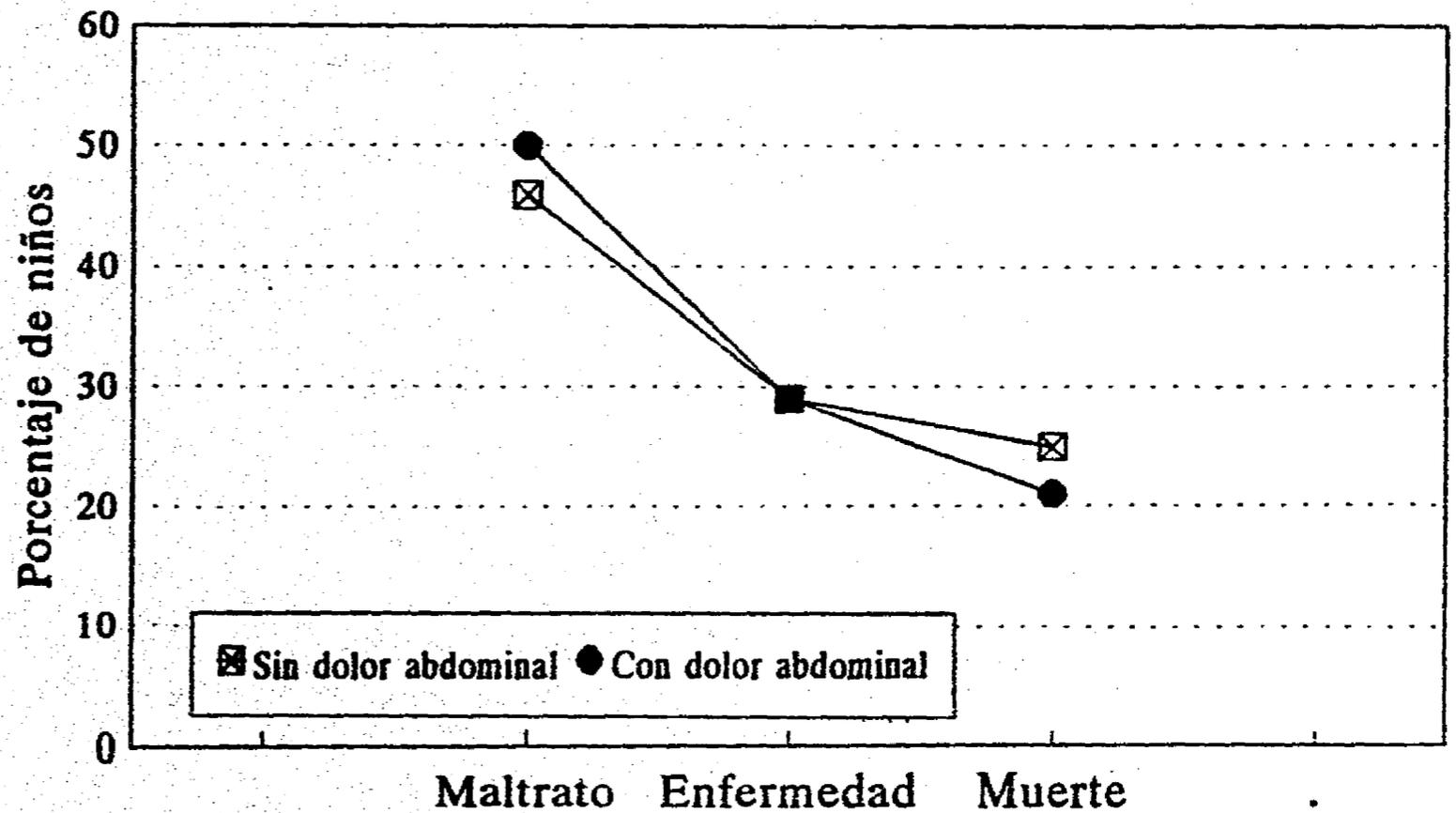
# Trastorno de ansiedad del niño y "mis hijos se enferman"



|                     |  |    |    |   |
|---------------------|--|----|----|---|
| Sin dolor abdominal |  | 45 | 50 | 5 |
| Con dolor abdominal |  | 34 | 58 | 8 |

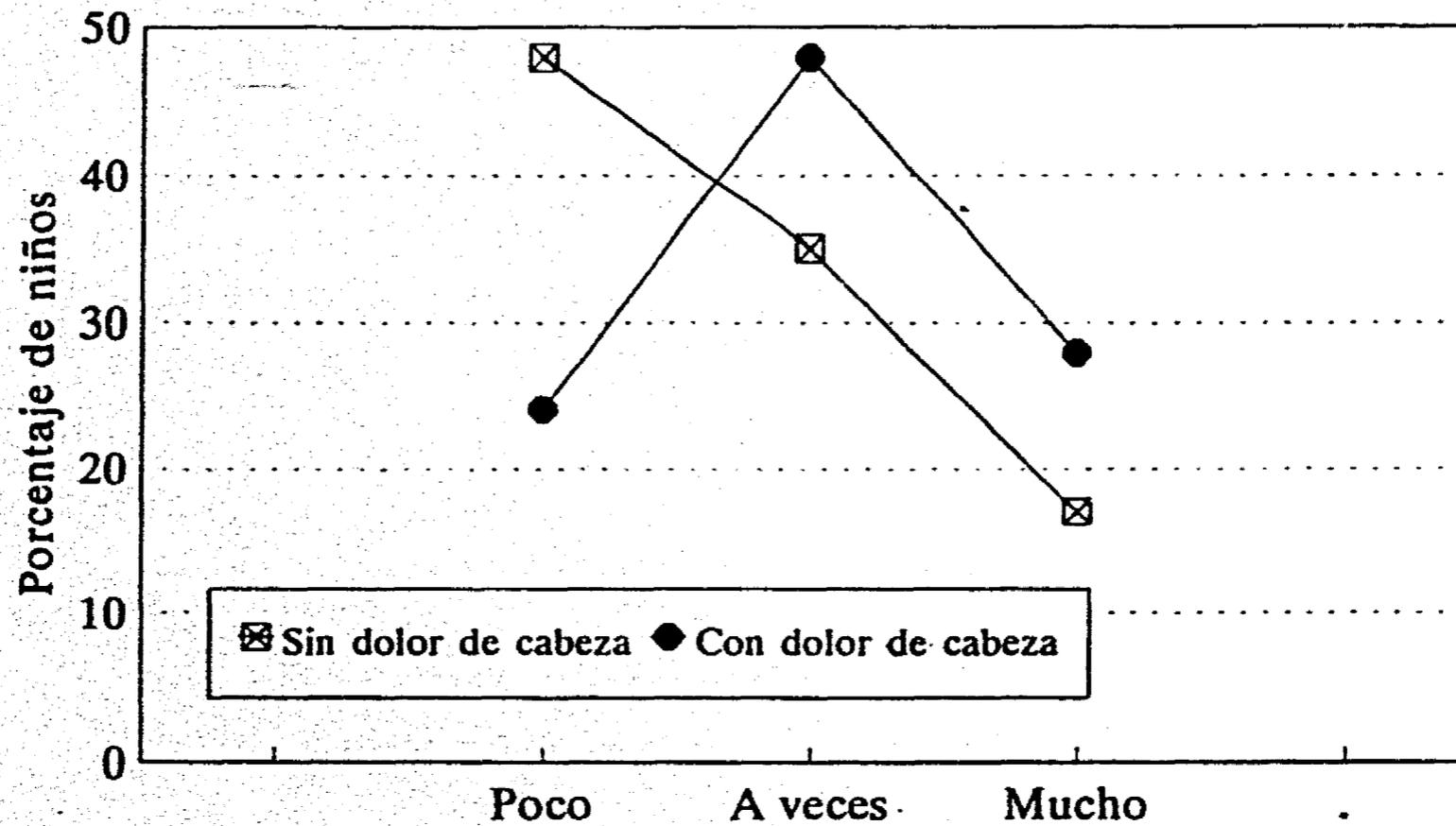
# Trastorno de ansiedad del niño

y "experiencias emocionalmente fuertes de la madre en la niñez que la angustiaron mucho y todavía siente ese miedo o angustia"



|                     |  |    |    |    |
|---------------------|--|----|----|----|
| Sin dolor abdominal |  | 46 | 29 | 25 |
| Con dolor abdominal |  | 50 | 29 | 21 |

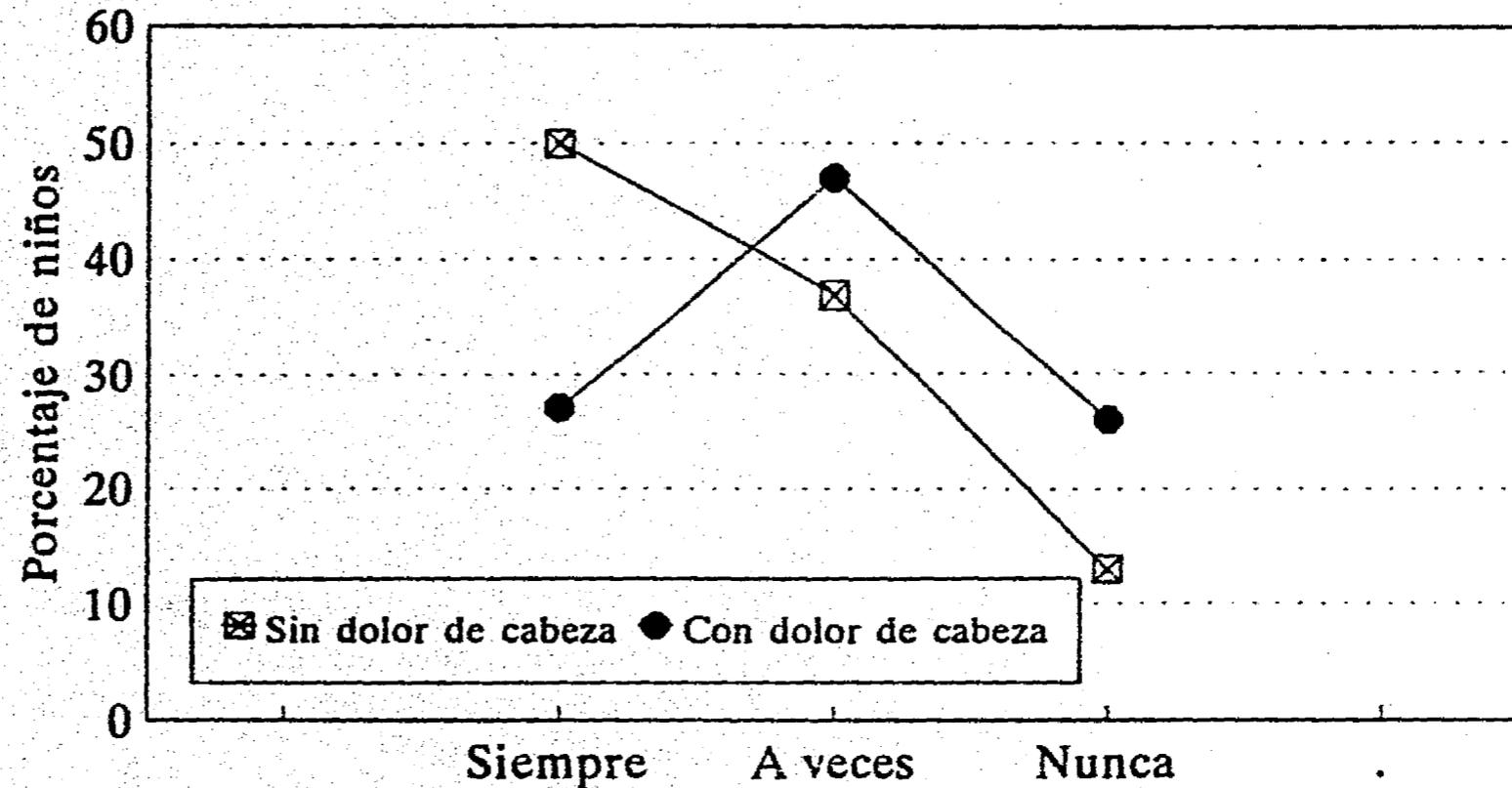
# Trastorno de ansiedad del niño y "mis hijos se enferman"



|                     |  |    |    |    |
|---------------------|--|----|----|----|
| Sin dolor de cabeza |  | 48 | 35 | 17 |
| Con dolor de cabeza |  | 24 | 48 | 28 |

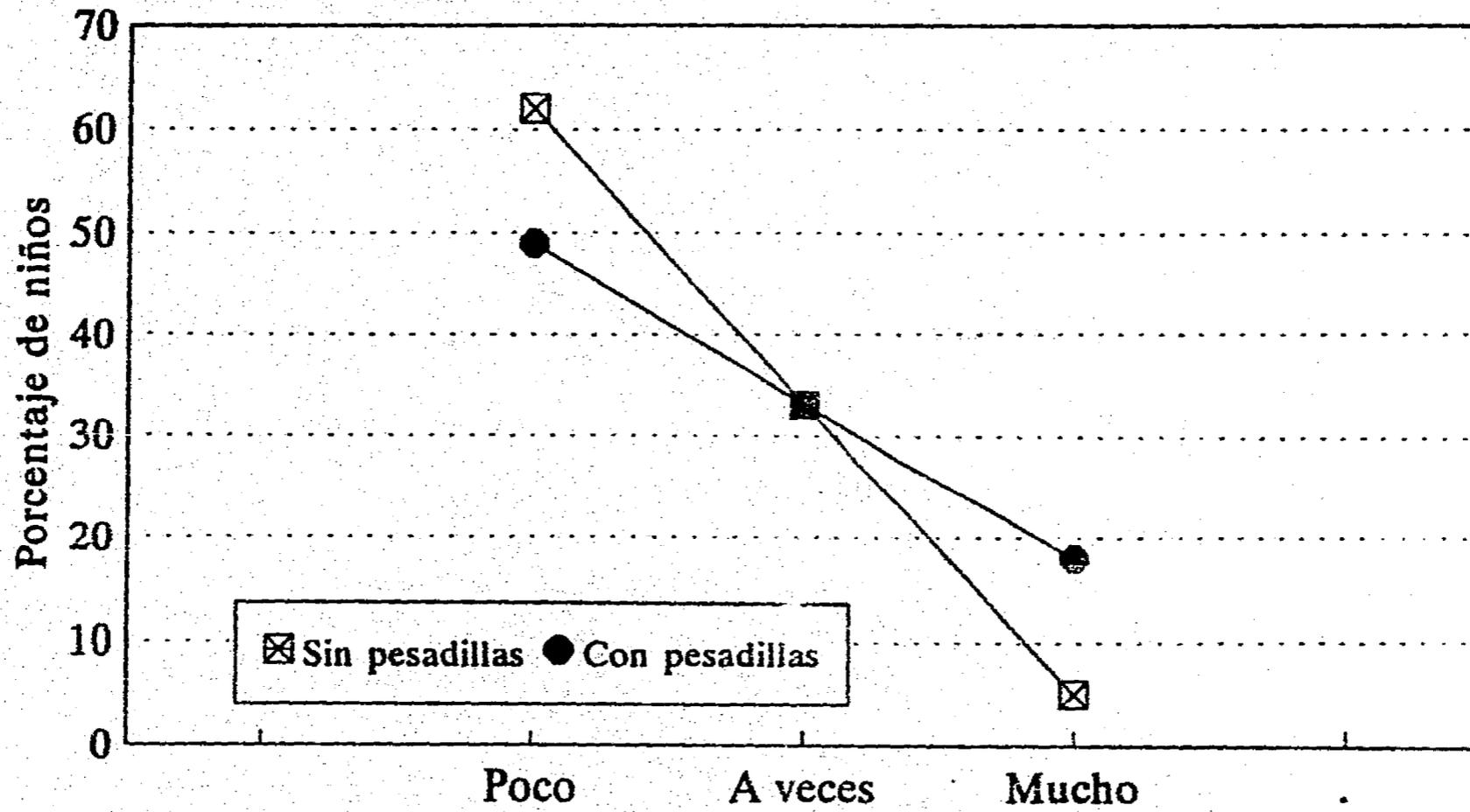
Figura 7

# Trastorno de ansiedad del niño y "no nos administramos bien y tenemos problemas con los compromisos económicos"



|                     |    |    |    |
|---------------------|----|----|----|
| Sin dolor de cabeza | 50 | 37 | 13 |
| Con dolor de cabeza | 27 | 47 | 26 |

# Trastorno de ansiedad del niño y miedo y angustias de experiencias de la infancia materna



|                |  |    |    |    |
|----------------|--|----|----|----|
| Sin pesadillas |  | 62 | 33 | 5  |
| Con pesadillas |  | 49 | 33 | 18 |

Figura 9

pesadillas. En relación a los miedos y angustias que reportan las madres de sus experiencias en la infancia. Cuando existe poca o ninguna angustia los niños que reportan sufrir pesadillas son el 49% y los que no la tienen un 62% en el extremo de sentir mucho miedo o angustia los que tienen pesadillas se mantienen en un 18% y los que no la padecen en un 5%.

Además de estos resultados se dieron otros con significancias en correlaciones y se establecieron diferencias de grupos contrastados que mostraron la tendencia a señalar relaciones en la interacción padres-hijos. algunos de ellos se refieren "al uso del castigo físico"; "peleas y discusiones de los padres"; "muestra de afecto y ternura" (r-); "plática con los hijos como amigos" (r-); "confianza para platicar intimidades", entre otros. Estos reactivos, como los analizados, se consideran factores de riesgo dentro de los estilos de crianza en la niñez para el estado de Sonora.

Del total de 754 alumnos encuestados 237 (31.81%) reportaron tener frecuentemente o siempre o casi siempre alguno de los síntomas del cuadro de trastorno de ansiedad. La diferencia entre sexo fue del 12% siendo para las niñas la mayor incidencia (56%) y para los varones un porcentaje menor (44%).

## **DISCUSION**

El principal propósito de este estudio fue el de analizar algunas condiciones que sobre deterioro psicológico en el núcleo familiar se presentan en Sonora. Para el logro de los objetivos se exploró la incidencia de los factores de riesgo, en una población aparentemente sana, vinculados con la presencia de síntomas precoces que anuncian trastornos de ansiedad.

Estos factores de riesgo se refieren a algunas condiciones psicosociales presentes en la familia sonorenses que son expresiones habituales del estilo de vida y de crianza que predicen problemas como los encontrados:

a) Cuando se enojan con los hijos los etiquetan o comparan negativamente; b) transmiten miedo y angustia derivado de experiencias fuertes de la infancia; c) expresan miedos cuando sus hijos se enferman; d) no se permite la libre expresión de los sentimientos y la ternura; e) se usa el castigo físico en lugar de platicar como amigos; f) no otorgan confianza a los hijos para platicar intimidades y g) propician peleas y discusiones fuertes delante de ellos.

El acercamiento de los padres con sus hijos mediante la comunicación adecuada y la expresión de afectos libre y espontánea es una condición necesaria para el crecimiento y desarrollo emocional, moral y social futuro. Si estas condiciones no se establecen en forma armónica se corre el peligro de presentar perturbaciones emocionales que promueven conflictos intra e interpersonales futuros.

Los resultados de este estudio describen el perfil de riesgo presente en la interacción familiar en función del estilo de vida de sus integrantes y del tipo de crianza que prevalece en esta sociedad. Se da a conocer también la calidad de la relación de madres-hijos en la que aparecen patrones de conducta tendientes a la sobreprotección por la presencia del miedo y la angustia ante sucesos no controlables, al autoritarismo negando libertades e impidiendo la confianza y la intimidad. Los hijos acusan trastornos que van desde la falta de concentración, dolores, miedos y temores, pesadillas hasta irritabilidad; se trata de aspectos que provocan un monto importante de ansiedad, que a esta edad permanece indefinida y sólo se estructura más adelante; aunque aquí se pueden observar síntomas, algunos más definidos que otros.

Aunque la mayoría de los autores afirma que la etiopatogenia desencadenante de los trastornos de ansiedad deriva de los vínculos familiares, en relación, sobre todo, con los padres como consecuencia de los errores en el estilo de crianza, se han analizado los factores de riesgo externos que afectan el desarrollo psicológico del niño como ser: amenazas de una sociedad compleja con alta tecnología que descontrola emocionalmente, las creencias religiosas que distorsionan la realidad y alteran estados emocionales, los conflictos socioeconómicos, la amenaza de desempleo, la comunicación en masa deshumanizada, las adicciones, etc.

Si bien es cierto que la crianza ineficaz es fuente de trastornos en la infancia, los factores externos participan directa o indirectamente en la génesis de síntomas precoces.

Otro aspecto a tener en cuenta es el referente al circuito de retroalimentación que se produce cuando los padres transmiten ansiedad a sus hijos y éstos la devuelven hacia sus padres como función de un sistema interactivo en busca de equilibrio. Al suceder este proceso de conversión entonces todos los miembros son corresponsables. Por ejemplo se puede dar el caso que los niños distraídos rindan poco académicamente y sus padres adopten medidas autoritarias rígidas, el niño aumentará su ansiedad, su tensión y rendirá menos con lo cual provocará nuevas actitudes exigentes y así sucesivamente. Por lo tanto se trata de ver a la familia como un sistema cuyos miembros interactúan en una relación consistente y duradera, estructurados en base a un patrón de conducta que organiza un todo. De acuerdo a la teoría sistémica la posición reduccionista causa-efecto presupone relaciones lineales que se contraponen a la posición circular que es característica de los sistemas abiertos en constante intercambio de energía y esto permite el crecimiento del sistema.

El porcentaje de concurrencia fue muy superior en las madres (78.87%) que en los padres (21.13%). La invitación a participar era para la pareja, pero este objetivo se cumplió en un 13.25% de los casos, dándose por lo general la presencia de madres o padres solos, o tutores que los representaban. La pobre participación

del padre y las pocas coincidencias en las observaciones sobre sus hijos, respecto a lo que ellos reportaban, es un factor a tener en cuenta para observar la falta de intervención en la crianza, que podría ser percibido por los hijos como falta de interés o de aceptación incondicional.

La estrategia de reporte recíproco (padres diciendo de sus hijos y de sí mismos e hijos autorreportando) pudo confirmar la importancia de la madre en el cuidado de sus hijos. Por otra parte dejó en evidencia la poca participación del padre en la crianza. Por último, aunque los hijos no reportaron sobre interacción familiar, dado que se convino abstenerse de hacerlos intervenir por su corta edad, poca experiencia y porque eran demasiados reactivos a contestar ante lo que se reaccionaría con poca tolerancia y concentración, se estableció una buena correlación entre los aspectos familiares y los psicológicos del joven. Quedaría por estudiar la opción de que contesten la sección 2 correspondiente a los padres.

Las principales líneas de investigación que tratan este aspecto coinciden en señalar la importancia que se le atribuye al padre en la formación y desarrollo psicológico sano de sus hijos, influyendo en lo emocional más que la propia madre. La conducta desadaptativa parece asociarse más consistentemente con el rechazo del padre que con el de la madre. La ausencia o poca participación del padre podría estar propiciando factores de riesgo que afectan la salud psicológica del niño (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991). Los hijos estarían en peligro de presentar problemas en su desarrollo moral e intelectual, baja autoestima, desadaptación social y desajuste emocional.

Los resultados también muestran el déficit presentado en los afectos y demostraciones de ternura. Este hecho podría percibirse como rechazo o no aceptación y contribuye a disminuir la autoestima. La falta de confianza para platicar intimidades se podría suponer como falta de confianza hacia los padres y percibirlos distanciados, con poco apoyo.

Los sujetos con trastornos de ansiedad que tuvieron porcentajes elevados en las sintomatologías encontradas, presentaron baja autoestima por las características psicopatológicas descritas. Los niños tempranamente tienden a mostrar modelos de comportamientos basados en los juicios que ellos elaboran sobre sí mismos, con carencias de valor y autoaceptación que más tarde se puede convertir en franca ansiedad. Por lo general son niños hipersensibles a los estímulos estresantes pudiendo llegar a padecer de ansiedad aguda.

En el estudio aparecen reacciones psicofisiológicas con la presencia de dolores de cabeza y de abdomen y pesadillas que podríamos incluirlas en el síndrome hipocondríaco, siendo una posible etiología la ausencia de la figura paterna o la búsqueda de atención y aprobación para evitar situaciones amenazantes en la familia (como las descritas) o caer en la depresión (Anthony, 1967).

La frecuencia de ocurrencia de trastornos de ansiedad es más alta en la muestra de alumnos de secundaria (31.81%) que la de adolescentes del estudio efectuado en México por Jurado-Cadenas, (1991) en relación a la incidencia de episodios de angustia severa (7.7%).

Las diferencias encontradas entre sexo dan un porcentaje un poco más alto para los adolescentes que para los niños (de un 4%), lo que indica que la relación se mantiene estable para las dos muestras.

La literatura de investigación que relaciona estos dos cuadros indica que la ansiedad podría preceder al padecimiento de las crisis agudas de angustia. De hecho los resultados muestran cierta similitud en los factores de riesgo desencadenantes que coincide con el punto de vista de Donnel y McNally (1989, 1990) y de Gross y Eifert (1990) en el sentido de que los pensamientos intrusivos mantienen la ansiedad generalizada al preocuparse por eventos menores; mientras que preocuparse de eventos mayores lo sería de las crisis de pánico. La sensibilidad sería mayor en el caso de la angustia severa que tendría su origen en factores cognoscitivos propios del ansioso. Aunque estos hallazgos fueron reportados al estudiarse la sensibilidad a la ansiedad y otros atributos parece concordar con la asociación propuesta en este estudio en el sentido de otorgarle continuidad a la ansiedad pudiendo presentarse, en ciertos casos, episodios agudos de angustia severa en la adolescencia. Para comprobar esta hipótesis sería conveniente hacer un estudio longitudinal de la muestra para determinar si se cumple esta asociación manteniéndose los factores comunes de riesgo psicológico.

De acuerdo a lo expresado en las principales investigaciones de las ciencias del comportamiento, la mayoría de los problemas de salud mental tiene su origen en la niñez temprana. En esta etapa la influencia de la interacción familiar es determinante para el comportamiento posterior.

Prácticamente todos los problemas de comportamiento tienen un común denominador; se derivan principalmente de las prácticas comunes del vivir cotidiano, en la casa, el trabajo, la escuela, las reuniones sociales, etc., es decir, del estilo de vida del individuo, la familia o la institución. Cuando un estilo de vida no es congruente culmina en problemas de salud física o mental que afectan todo su funcionamiento, cerrando así un círculo vicioso que tiende a automantenerse (Sánchez-Sosa, 1986).

La psicología preventiva, actualmente incluida dentro de la Psicología de la Salud para atender los aspectos epidemiológicos, deberá recabar información acerca de las variables relacionadas con el deterioro psicológico para estar en posibilidad de diseñar, conducir y evaluar programas preventivos que disminuyan la probabilidad de dicho deterioro.

En la mayoría de los programas de prevención se hace énfasis en el cuidado físico, estimulación temprana y cuidados del niño. Un programa de disciplina se deberá incluir tempranamente para precisar límites, educar en la tolerancia a la frustración y a la espera o en otras situaciones que demandan atención.

La necesidad de programas dirigidos a poblaciones de alto riesgo existe. Estos programas deben ser comprensibles para los padres provenientes de diversos niveles educativos y socioeconómicos. Deberán, además, ser fáciles de impartir y asimilar y ser ejecutados con eficiencia.

Se han evaluado distintos programas preventivos y casi todos se han caracterizado por presentar dificultades como los siguientes: al alentar a los padres a ser tiernos, responsables y a permanecer involucrados con sus hijos se consigue poco resultado. Esta situación indica que los encargados de la educación de los padres asumen que informando y persuadiendo aparecerá una buena relación padres-hijos. Se ha creído que el castigo es aversivo y no se investiga más. Tal vez se debería averiguar qué tanto castigo o medidas disciplinarias son necesarias. Más allá del aprendizaje los padres deben tomar decisiones, respecto a sus hijos, con firmeza y determinación. Mucho se habla de los comportamientos infantiles y poco de los padres quienes permanecen en la población de alto riesgo con creencias populares basadas en el sentido común.

En un entrenamiento para mejorar el funcionamiento familiar se puede esperar que se logren los objetivos a largo plazo para que se muestren cambios significativos. No en todos los casos se llegan a cumplir las metas; por ejemplo, en familias que están en tratamiento algún tiempo prolongado y mejoran rápidamente se "gradúan" con la creencia de que pueden mantener su funcionalidad. Las familias que se les dificulta el adiestramiento necesitan más de un programa de intervención temprana para consolidar su aprendizaje. Existen fallas incontrollables e inadvertidas en el diseño y ejecución de los programas que deberán revisarse continuamente a la luz de las necesidades de la población.

Basados en la premisa de que los padres probablemente contribuyan a desarrollar problemas psicológicos en los niños Kendziora y O'Leary (1993) estudiaron los programas preventivos analizando sus posibilidades y limitaciones. Mostraron la dificultad de logros por la incidencia de factores no controlables como: las creencias populares, mitos, actitudes arraigadas y las propias experiencias anteriores de los padres. Aún antes de ser padres ya tienen ideas de cómo se deben comportar con los hijos. Recomiendan comenzar el entrenamiento con padres que tienen hijos en edad preescolar o menos. La aplicación de estos programas sería dirigido a: prevenir problemas en niños por medio de un temprano entrenamiento de los padres; diseñar programas preventivos a costo moderado y extender los programas a los centros de atención del niño (guarderías, kinder, educación preescolar).

Existen pocos programas preventivos para preparar a los jóvenes para mejorar el desempeño de sus roles de futuros padres y de cómo afrontar las responsabilidades en su vida adulta. Este estudio pretende iniciar un esfuerzo hacia esta dirección.

En otro aspecto, el enfoque interaccional puede conducir hacia algunos cuestionamientos acerca de esta distinción usual entre etiología y etiopatogenia de la ansiedad, con mayor énfasis en la etiología que es especialmente común en la investigación y en el trabajo preventivo de la salud. El presente trabajo en investigación familiar siguió a muchos otros y ha involucrado un cambio tal en el punto de vista y énfasis sobre los problemas de comportamiento. De investigar una etiología original y la causación lineal de los problemas se orientó hacia una preocupación mayor sobre la causalidad circular implicando vueltas de retroalimentación y la correspondiente importancia de los refuerzos para mantener vigente el problema o empeorarlo. La evidencia recogida desde esta perspectiva sugiere que de la manera en que el problema comienza generalmente es menos importante que las causas por las cuales el problema persiste o se desarrolla. Es totalmente posible que tal orientación pueda resultar también de alta relevancia para una nueva concepción de la salud mental, pero no se lo puede postular simplemente *a priori*.

En el presente estudio se detectó los factores de riesgo al deterioro psicológico precoz, que provienen de la dinámica familiar sonorense. Las posibilidades reales de que una intervención preventiva primaria por parte del psicólogo (aún en programas a gran escala) son factibles de ser puesta en práctica para generar cambios en dichos factores de riesgo y aumentar los factores protectores. La estrategia más adecuada sería la escuela para padres con programas continuos y sistemáticos utilizando recursos tecnológicos tales como audiovisuales e información didáctica y pedagógica. Esta escuela más que informativa sería formativa ya que estaría diseñada para otro aspecto es el de la coordinación con instituciones de educación para lograr la asistencia masiva y organizada y establecer pautas de seguimiento y registro de datos para investigaciones en esta área.

La mayoría de los beneficios potenciales directos del tipo de trabajo propuesto aquí son más bien obvios o simplemente están implicados en la temprana discusión de su racionalidad -tal trabajo puede conducir alteraciones significativas y avances en el entendimiento de trastornos específicos que son importantes por su incidencia o generalidad. A su vez, un mejor entendimiento podría llevar a mejoras en la prevención y tratamiento, individual y más ampliamente. No vale la pena, de todas maneras, que la relación entre un mayor entendimiento y la importancia práctica sea apta para ser más compleja e impredecible. Por ejemplo: el descubrimiento de algún modelo de interacción que predisponga a las personas hacia un cierto sufrimiento podría ser más aplicable y, por lo tanto, importante (más que algunos hallazgos más finos). La cuestión general de la economía de la salud y de su control en el más amplio sentido está implicada aquí casi de la misma manera que la salud pública en

general. Si se vieran varios factores de riesgo como involucrados en el surgimiento y curso de cualquier padecimiento, los problemas de sus costos y su control puede, correspondientemente, ser atacado de varias maneras, centralizándose una sobre otra o en varios de los factores. No hay mejor manera intrínseca, el enfoque elegido dependerá del conocimiento existente, evaluaciones de la importancia del problema, y el contexto social dado que incluye tanto los refuerzos materiales posibles y los modos preferidos de pensar y actuar con respecto a la prevención.

Una limitante del presente estudio fue el uso frecuente de las respuestas ubicadas en el rango de la tendencia central. Este efecto no permitió establecer cálculos de varianza con valores extremos. Tanto las madres como los niños tendieron a dar respuestas de deseabilidad social, pese a que se hizo énfasis en el anonimato. Otra limitante se derivó de la poca participación voluntaria de los padres que al final quedaron fuera del análisis estadístico. De todas formas se recabó información importante para las conclusiones. Por último, los datos sociodemográficos no se registraron ya que no hubo correlación con los reactivos y no aparecen asociaciones a tener en cuenta.

Se sugiere que se continúen las investigaciones tendientes a detectar factores de riesgo en la familia mexicana para incluir las informaciones pertinentes a la formación de programas preventivos primarios en salud mental para poblaciones de alto y bajo riesgo de todo el país, adecuándolos a las zonas geográficas de similar idiosincracia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Third Edition-Revised) (DSM-III-R) Washington, D.C.
- Anthony, W. (1969). Psicología de la Educación, Madrid.
- A.P.A. (1978) DSM-III-R, Barcelona: Masson.
- Azar, M. (1989). Mental health of Iranian high school and college students. Psychological-Reports; Vol. 64 (1) 19-22.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. Journal of Early Adolescence; Vol. 11 (1) 56-95.
- Bierman, K. (1993). Characteristics of aggressive rejected, aggressive (non rejected), and rejected (nonaggressive) boys. Child development; Vol. 64 (1) 139-151.
- Bierman, K. & Smoot, D. (1991). Linking family characteristics with poor peer relations: The mediating role of conduct problems. Journal of Abnormal Child psychology; Vol. 19 (3), 341-356.
- Burgess, R. & Conger, R. (1978). Family interaction in abusive, neglectful, and normal families. Child development; Vol. 49 (4), 1163-1173.
- Cowen, E. (1980). Primary prevention in mental health: past present and future. In R. D.
- De Ajuriaguerra, J. (1983). "Manual de Psiquiatría Infantil": Masson - Barcelona.
- Donell, C. & McNally, R. (1990). Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population. Behaviour research and therapy; Vol. 28 (1), 83-85.
- Donell, C. & McNally, R. (1989). Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. Behaviour research and therapy, Vol. 27 (4). 325-332.
- East, L. (1991). The parent child relationships of withdraw, aggressive, and sociable children: child and parent perspectives. Merrill palmer quarterly; Vol. 37 (3), 425-443.
- Erickson, M. (1964). Child Psychopathology: Assesment, Etiology, and

- Treatment, Englewood Cliffs, New York-1964.
- Evans, R. I. (1984) Psychologists in health promotion: Their unique contribution. Trabajo leído en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, Septiembre.
- Eysenck, H. J. (1962). "Behavior Therapy and the Neuroses": Pergamon, Londres.
- Franz, C. (1991). Childhood antecedents of conventional social accomplishment in midlife adults: A 36-year prospective study. Journal of personality and social psychology; Vol. 60 (4) 586-595.
- González-Núñez, J.J. (1964). Conducta Antisocial; Raíces y manifestaciones: la función del padre. Ed. ALETHEIA 4. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social (IIPCS), 23-25.
- González-Núñez, J.J. (1989). La función integradora del padre. Revista Mexicana de Psicología, 6(2), 189-193.
- Gross, R.P. & Eifert, H.G. (1990) Components of Generalized anxiety, the role of Intrusive Thoughts vs. Worry. Behavior research and therapy, 28, 421-428.
- Hernández-Guzmán, L. y Sanchez-Sosa, J. J. (1991). "Prevención Primaria del Deterioro Psicológico: Factores de Riesgo y Análisis etiológico a través de un Modelo Interactivo": Revista Mexicana de Psicología, 8, 83-90, México, D. F.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Encalada, L. (1988). Evaluación del manual: "El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre". Revista Mexicana de Psicología, 5(1), 88-92.
- Hernández-Guzmán, L., Soto-Padilla, M.E. & Soria-Trujano, R. (1990). Separaciones breves entre madre e hijo: Ansiedad afrontamiento y factores relacionados. Revista Mexicana de Psicología, 7(1-2), 45-49.
- Huxley, P. & Warner, R. (1993). Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases. American journal of orthopsychiatry; Vol. 63 (4). 582-588.
- Jenkins, J. (1989). The experience of anger in chronic illness: A preliminary investigation. International journal of psychiatry in medicine; Vol. 19 (3), 299-309.
- Jenkins, J. (1989). Class diversity in shelter life. Social work; Vol. 34 (6), 491-495.

- Jurado, S. (1992) Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes Escolares: Análisis Etiológico de Predictores en la Crianza y la Interacción Familiar. Tesis de Maestría en Psicobiología, UNAM, México.
- Kawash, G. (1990). Self-esteem in early adolescence as a function of position within Olson's circumplex model of marital and family systems. Social behavior and personality; Vol. 18 (2), 189-196.
- Kendziora, K. & O'Leary, S. (1993). Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. Advances in clinical child psychology; Vol. 15, 175-206.
- Lefiero, O.L. (1985). Investigación de la familia en México. Ediciones del Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES).
- Masselam, S. (1990). Parent-adolescent communication, family functioning, and school performance. Adolescence; Vol. 25 (99), 725-737.
- Mc David, J.W. & Garwood, S.G. (1978) Understanding Children Promoting Human Growth. Lexington, Mass: D.C. Heath & Co. 241-274.
- Meyer, E. (1980). A follow-up study on adolescent psychiatric inpatients: social class, diagnoses, and course of illness. Acta paedopsychiátrica; Vol. 45 (6), 337-344.
- Minuchin, S. (1977). Familia Y Terapia Familiar. Granica, Barcelona.
- Oshman, H. (1976). Father absence: Effects of stepfathers upon psychosocial development in males. Developmental psychology; Vol. 12 (5), 479-480.
- Parke, R. (1984). Bridging the gap: Parent child play interaction and peer interactive competence. Child development; Vol. 55 (4), 1265-1277.
- Peterson, W. & Cromwell, R. (1983). A clarification of multisystem-multimethod assessment: Reductionism versus wholism. Family process; Vol. 22 (2), 173-177.
- Power, T. (1986). Quantifying family process: Issues in the analysis of interaction sequences. Family process; Vol. 25 (1), 89-105.
- Rasmussen, V. (1964). Child Psychology. London, Gyldendal.
- Sánchez-Sosa, J.J. (1982). Behavior analysis in marriage counseling: A methodological review of the research literature. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 8, 149-156.

Sánchez-Sosa, J.J. (1984). La adherencia al tratamiento: Un enfoque preventivo. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, Septiembre.

Sánchez-Sosa, J.J. & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. Revista Mexicana de Psicología, 9(1), 27-34.

Sánchez-Sosa, J.J. Jurado-Cárdenas, S. & Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. Revista Mexicana de Psicología, 9(2), 101-116.

Sears, R.R. (1957). Fathers of child rearing. Evanston, Ill. Peterson.

Von Bertalanffy, L. (1968). General Systems Theory. New York: George Braziller.

Wolfe, D. (1985). Children of battered women: The relation of child behavior to family violence and maternal stress. Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 53 (5), 657-665.

**APENDICE**

Inventario de

**SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO**

**(S.E.V.I.C.-MODIFICADO)**

## Inventario de

### SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO (SEVIC)

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS**, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso, **RELLENANDO COMPLETAMENTE EL CIRCULITO CORRESPONDIENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS** como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza preguntémos y con mucho gusto le orientaremos.

La primera parte de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que un joven puede tener en distintos momentos de su vida. La segunda parte tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. **NO ESCRIBA NI HAGA MARCAS EN ESTE CUESTIONARIO.**

#### Ejemplo:

En un día normal yo como:

- a - una comida
- b - dos comidas
- c - tres comidas
- d - cuatro comidas
- e - cinco comidas
- f - seis comidas o más

(En la hoja de respuestas)

a   b      d   e   f

Esto significaría que en un día regular, come tres veces.

SEVIC PARA ADULTOS  
(PADRES EVALUANDO A SU HIJO/A)

01

PRIMERA PARTE

1. Tiene tics (por ejemplo: parpadeo, jalones de cuello, encoge los hombros, gestos con la cara, etc.):
  - a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  
2. Tartamudea al hablar (por ejemplo: repite o estira sonidos o silabas al hablar):
  - a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca
  
3. Se siente demasiado acelerado(a) u optimista sin razón:
  - a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca
  
4. Siente que hay gente que lo quiere perjudicar o hacerle daño:
  - a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  
5. No se puede concentrar o se distrae fácilmente:
  - a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

## 6. Tiene dificultad para dormir:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

## 7. Se siente triste sin razón:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

## 8. Le dan ganas de quedarse acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

## 9. Siente que no vale mucho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

## 10. Siente que es triunfador:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

11. Tiene pocas esperanzas de resolver sus problemas:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

12. Hay situaciones o cosas que le hacen sentir mucho miedo o terror:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

13. Se preocupa mucho cuando tiene que hablar ante gente que no conoce:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

14. A veces siente angustia o miedo, que quisiera salir corriendo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

15. Le dan ganas de vomitar:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

16. Le dan dolores en el abdomen (el estómago, la panza o la barriga):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

17. Le da diarrea (chorro o chorrillo):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

18. Se siente inflado, con gases en la barriga:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

19. Le dan dolores en las manos y brazos, o en las piernas y los pies:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

20. Le dan dolores en la espalda:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

21. Le dan dolores de cabeza:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

22. Siente que le está faltando el aire aunque no esté haciendo ejercicio:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

23. Siente palpitaciones, como si el corazón le latiera muy fuerte o rápido:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

24. Le dan dolores en el pecho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

25. Le dan mareos:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

26. Se le olvidan las cosas, la memoria le falla como si tuviera lagunas o huecos, o espacios borrados:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

27. Siente debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

28. Tiene pesadillas o sueño que lo asustan mucho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

29. Se despierta gritando, con mucho miedo o terror:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

30. Es sonámbulo(a), camina dormido(a):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

31. Cuando se enoja mucho, grita o insulta:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% a 40% del tiempo)
- f - Nunca

32. Cuando se enoja mucho, empuja o golpea:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

33. La gente que le conoce piensa que es muy agresivo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

34. Se orina en la cama, o en cualquier lugar:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

35. Defeca (se hace popó) en la ropa:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

36. Tiene asma o bronquitis:

- a - Nunca
- b - Casi nunca ( menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

37. Padece de algún tipo de alergia:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

38. Tiene falta de apetito:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

39. Es rebelde y hace berrinches:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

40. Se muerde las uñas:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

41. Le sudan las palmas de las manos:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

42. Se chupa el dedo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

43. Es un(a) niño(a) callado(a), le cuesta relacionarse con sus amiguitos(as):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

44. Mi edad:

- a - De 15 a 20 años
- b - De 21 a 30 años
- c - De 31 a 40 años
- d - De 40 a 50 años
- e - De 50 a 60 años
- f - Más de 60 años

45. Mi sexo:

- a - Masculino
- b - Femenino

46. Mi estado civil:

- a - Soltero(a)
- b - Casado(a)
- c - Unión libre
- d - Separado(a) o divorciado(a)
- e - Viudo(a)

47. Si es casado(a) o vive en unión libre, ¿desde cuándo?:

- a - Hace menos de un año
- b - De uno de dos años
- c - De dos a tres años
- d - De tres a cinco años
- e - Cinco años o más

48. En mi educación escolar llegué hasta:

- a - Nunca fui a la escuela
- b - Primaria
- c - Secundaria
- d - Secundaria o técnico
- e - Bachillerato
- f - Profesional o superior

49. Mi lugar de nacimiento es:

- a - Distrito Federal
- b - Interior de la República
- c - Extranjero

50. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como:

- a - En asistencia social o beneficencia
- b - Clase trabajadora
- c - Clase media-baja
- d - Clase media
- e - Clase media-alta
- f - Clase alta

51. 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

52. He vivido en la Ciudad de \_\_\_\_\_, Sonora, durante:

- a - Menos de un año
- b - De uno a cinco años
- c - De seis a diez años
- d - Diez a veinte años
- e - Más de veinte años

53. En total tengo:

- a - Cero hermanos(as)
- b - Un hermano(a)
- c - Dos hermanos(as)
- d - Tres hermanos(as)
- e - De cuatro a seis hermanos(as)
- f - Siete o más hermanos(as)

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

- a - Primero(a)
- b - Segundo(a)
- c - Tercero(a)
- d - Cuarto(a)
- e - Quinto(a) o posterior
- f - Ultimo(a)

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

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

56. Pienso que mis padres preferían a alguno(s) de mis hermanos(as) más que a mí:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (de 20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

57. En general, la manera 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

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

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

59. Con mis hijos platico como buenos amigos:

- a - 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 - Una vez al año o menos

60. Cuando castigo a mis hijos uso el castigo físico (les pego):
- a - 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 - Una vez al año o menos
61. Cuando me enojo digo cosas (a mis hijos) como que "tonto" (a) o "inútil", o los comparo negativamente con otros(as):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca
62. Cuando les mando hacer algo, se los digo de modo duro u ofensivo:
- a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
63. Mis hijos me tienen confianza como para platicarme algo muy personal de ellos(as):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca
64. Les permito escoger a sus propios amigos(as)
- a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre ( más de 80% del tiempo)

65. Les permito decidir cómo pasar su tiempo libre:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

66. Les muestro afecto o ternura:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

67. Cuando mis hijos se enfrentan a una situación nueva o difícil, yo los apoyo y los reconforto:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

68. Mis hijos se enferman:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

69. Cuando mis hijos hacen un esfuerzo especial para hacer algo bien, yo lo reconozco y se los hago saber:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

70. Mi esposo(a) y yo mostramos ternura o amor el uno al otro; frente a los niños:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

71. Mi esposo(a) y yo nos peleamos (peleabamos) discutiendo o gritando en presencia de los niños:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

72. Cuando peleamos (peleabamos) también usamos violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- c - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- e - Casi nunca (60% a 80% de las veces)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)

73. Cuando peleamos (peleabamos) amenazamos con dejarnos, separarnos o divorciarnos:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- c - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- e - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)

74. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- c - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- e - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)

75. La más importante de esas experiencias fue:

- a - Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
- b - Violación
- c - Accidente
- d - Enfermedad
- e - Muerte o pérdida de un ser querido
- f - Cárcel

76. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

77. En la escuela o trabajo yo hacía (hago) amistades:

- a - Con mucha dificultad
- b - Con dificultad
- c - Ni fácil ni difícilmente
- d - Con facilidad
- e - Con mucha facilidad

78. ¿Tuvo algún amigo(a) que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?

- a - Si
- b - No

79. Actualmente, ¿tiene amigo(s) que considere cercano(s) o íntimo(s)?

- a - Si
- b - No

80. Actualmente:

- a - Trabajo
- b - Estoy desempleado
- c - Soy estudiante
- d - Me dedico al hogar

81. Mensualmente gano aproximadamente en salarios mínimos:

- a - Uno o menos
- b - Dos a tres
- c - Cuatro a cinco
- d - Seis a siete
- e - Ocho a nueve
- f - Diez o más

82. ¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos dos años?

- a - Ninguno
- b - uno
- c - dos
- d - tres
- e - cuatro o más

83. Me siento satisfecho con mi presente trabajo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

84. He pensado en dejar este trabajo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

85. Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran),  
(cómo se lleva o llevaba con ellos):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regular
- d - Buenas
- e - Muy buenas

86. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (o eran):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regular
- d - Buenas
- e - Muy buenas

87. Cuando en el trabajo yo soy quien supervisa o da las órdenes, mis relaciones con mis subordinados son (por ejemplo qué tanto se quejan o quejaban de mí):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

88. Este trabajo me produce mucho estrés, desgaste o cansancio:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

89. En nuestra familia, lloramos cuando sentimos tristeza o enojo, sin apenarnos:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

90. La ternura tiene un segundo lugar en nuestra familia:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

91. Ayudamos en los quehaceres de la casa, aunque no los pidan:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

92. No nos administramos bien y tenemos problemas con los compromisos económicos:
- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f - Nunca
93. Podemos expresar nuestros sentimientos en la familia sin temor a que nos rechacen:
- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí; a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f - Nunca
94. Cada quien tiene una obligación en la casa:
- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f - Nunca
95. Somos capaces de querernos y expresarlo francamente entre nosotros:
- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - f - Nunca
96. Algunos de nosotros no respondemos con ternura:
- a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

97. Las tareas familiares no se reparten de igual manera entre todos los de la casa:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

98. Nos juntamos y tomamos decisiones entre todos según los problemas:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

99. Podemos expresar ternura entre nosotros:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (20% a 40% del tiempo)
- f - Nunca

100. Podemos tomar decisiones para resolver problemas familiares, aunque haya dudas:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

101. Cuando tenemos que tomar una decisión buscamos todas las formas posibles en lugar de decidir sin pensar:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

102 Siempre cumplimos con el quehacer que nos corresponde en la casa:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

103 Tengo (número)... hijos(as):

- a - Ninguno
- b - Uno
- c - Dos
- d - Tres
- e - Cuatro
- f - Cinco o más

104 Hubiera preferido tener a mi(s) hijo(s) en otro momento de mi vida:

- a - Sí
- b - No

105 Actualmente vivo:

- a - Con mis padres (naturales o adoptivos)
- b - Con otros parientes
- c - Con amigos o conocidos
- d - Solo(a)
- e - Con mi pareja y/o mis hijos

106 Actualmente vivo en:

- a - Casa propia
- b - Casa rentada
- c - Departamento o condominio propio
- d - Departamento rentado
- e - En ningún lugar en particular (donde puedo)
- f - Otro lugar

107 El número de recámaras en mi vivienda actual es:

- a - Una
- b - Dos
- c - Tres
- d - Cuatro
- e - Cinco
- f - Seis o más

108 El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:

- a - Una
- b - Dos
- c - Tres
- d - Cuatro
- e - Cinco
- f - Seis o más

109 En cuanto a mis (nuestras) 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

110 Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión, origen o nacimiento:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

111 Esto me ha pasado en (marque el más importante):

- a - El trabajo o la escuela
- b - El vecindario o barrio
- c - Los lugares donde hago compras
- d - Reuniones sociales
- e - Hoteles o restaurantes
- f - Otro lugar o situaciones

112 Mi religión es la:

- a - Católica
- b - Judía
- c - Protestante
- d - Islámica
- e - Otra
- f - Ninguna

113 Soy:

- a - Nada religioso(a)
- b - Un poco religioso(a)
- c - Medianamente religioso(a)
- d - Religioso(a)
- e - Muy religioso(a)

## Inventario de

### SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO (SEVIC)

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso, RELLENANDO COMPLETAMENTE EL CIRCULITO CORRESPONDIENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

Este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. NO ESCRIBA NI HAGA MARCAS EN ESTE CUESTIONARIO.

#### Ejemplo:

En un día normal yo como:

a - una comida

b - dos comidas

c - tres comidas

d - cuatro comidas

e - cinco comidas

f - seis comidas o más

(En la hoja de respuestas)

a b  d e f

Esto significaría que en un día regular, come tres veces.

## SEVIC PARA NIÑOS

1. Tengo tics (por ejemplo: parpadeo, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos con la cara, etc.):
  - a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  
2. Tartamudeo al hablar (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):
  - a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca
  
3. Me siento demasiado acelerado(a) u optimista sin razón:
  - a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
  - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - f - Nunca
  
4. Siento que hay gente que me quiere perjudicar o hacerme daño:
  - a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
  
5. No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente:
  - a - Nunca
  - b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
  - c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
  - d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
  - e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
  - f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

## 6. Tengo dificultades para dormir:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

## 7 - Me siento triste sin razón:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

## 8. Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

## 9. Siento que no valgo mucho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

## 10. Siento que soy un triunfador:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

11. Tengo poca esperanza de resolver mis problemas:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

12. Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

13. Me preocupo mucho cuando tengo que hablar ante gente que no conozco:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

14. A veces siento tanta angustia o miedo, que quisiera salir corriendo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

15. Me dan ganas de vomitar:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

16. Me dan dolores en el abdomen (el estómago, la panza o la barriga):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

17. Me da diarrea (chorro o chorrillo):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

18. Me siento inflado, con gases en la barriga:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

19. Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

20. Me dan dolores en la espalda:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

21. Me dan dolores de cabeza:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

22. Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

23. Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido:

- a - Siempre o casi siempre ( más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

24. Me dan dolores en el pecho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

25. Me dan mareos:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

26. Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o huecos, o espacios borrados:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

27. Siento debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

28. Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

29. Me despierto gritando, con mucho miedo o terror:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

30. Soy sonámbulo(a), camino dormido(a):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

31. Cuando me enojo mucho, grito o insulto:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

32. Cuando me enojo mucho, empujo o golpeo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

33. La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

34. Me orino en la cama, o en cualquier lugar:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

35. Defeco (me hago popó) en la ropa:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

36. Tengo asma o bronquitis:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

37. Padezco de algún tipo de alergia:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

38. Tengo falta de apetito:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

39. Soy rebelde y hago berrinches:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

40. Me muerdo las uñas:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

41. Me sudan las palmas de las manos:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

42. Me chupo el dedo:

- a - Siempre o casi siempre (más del 80% de tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- f - Nunca

43. Soy un(a) niño(a) callado(a), me cuesta relacionarme con mis amiguitos(as):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

44. Mi edad:

- a - De 10 a 11 años
- b - De 11 a 12 años
- c - De 12 a 13 años
- d - De 13 a 14 años
- e - De 14 a 15 años
- f - Más de 15 años

45. En total tengo:

- a - Cero hermanos(as)
- b - Un hermano(a)
- c - Dos hermanos(as)
- d - Tres hermanos(as)
- e - De cuatro a seis hermanos(as)
- f - Siete o más hermanos(as)

46. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es, soy el(la):

- a - Primero(a)
- b - Segundo(a)
- c - Tercero(a)
- d - Cuarto(a)
- e - Quinto(a) o posterior
- f - Ultimo

47. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (mayor) es (número de años) mayor que yo:

- a - Uno
- b - Dos
- c - Tres
- d - Cuatro
- e - Cinco
- f - Seis o más