

01962

13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

24

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS:
VARIABLES INTERACTIVAS FAMILIARES Y
PATRONES DE CRIANZA COMO PREDICTORES
DE RIESGO"

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
PRESENTA:
Y A E L M A M G M O R A

DIRECTOR DE LA TESIS: DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN

- SINODALES: MTRO. ARIEL VITE SIERRA
MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

MEXICO, D. F.

1998

2649411

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiese sido posible sin el invaluable apoyo de la Dra. Laura Hernández Guzmán quien me transmitió gran cantidad de conocimientos acerca de la psicología gracias a su enorme experiencia en investigación y práctica psicológica profesional.

Al H. Jurado:

Mtro. Ariel Vite Sierra

Mtra. Cristina Heredia Ancona

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Fayne Esquivel Ancona.

Por sus observaciones y acertados comentarios.

A Leobardo Durón por su asesoría técnica.

A Rubén Varela y Fabián Martínez por su apoyo y amistad. Muchas gracias!

A la Unidad de Cómputo e Informática de la Facultad por la lectura óptica de las pruebas.

A Paola Berger por haberme ayudado en la aplicación y calificación de las pruebas.

En memoria de mis padres

A mi querido Aby

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	5
ANTECEDENTES	7
1. LA ANSIEDAD	8
1.1 LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS	15
2. LA COMORBILIDAD	28
3. FACTORES DE RIESGO	38
4. PREVENCIÓN PRIMARIA	54
5. MÉTODO	61
5.1 SUJETOS	61
5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	61
5.3 HIPÓTESIS	61
5.4 INSTRUMENTOS	62
5.5 CALIFICACIÓN	65
6. PILOTEO	66
6.1 PROCEDIMIENTO	66
6.2 RESULTADOS	66
7. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	67
8. PROCEDIMIENTO	68
9. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	71
10. RESULTADOS	72
11. CONCLUSIONES	84
12. DISCUSIÓN	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	104

RESUMEN

Con el propósito de detectar variables interactivas familiares y patrones de crianza que predigan el desarrollo de sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad, 490 niños escolares contestaron el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento en su versión infantil (SEVIC niños).

El instrumento explora hábitos de crianza y estilos de vida en relación con sintomatología asociada con la ansiedad; así como variables sociodemográficas.

El presente estudio se realizó en tres primarias públicas de la Ciudad de México, participando en este, alumnos de cuarto y quinto grados de primaria.

Los resultados indicaron que los hábitos de crianza y estilos de vida influyen sobre el desarrollo de trastornos asociados con la ansiedad.

Se encontró que la interacción familiar, las relaciones escolares y en mayor medida el castigo; predicen manifestaciones de ansiedad, depresión y somatización.

Palabras Clave: Ansiedad, depresión, somatización, niños, prevención primaria, hábitos de crianza , estilos de vida.

INTRODUCCIÓN

La incorporación de los descubrimientos científicos y de las técnicas psicológicas modernas en las rutinas diarias mejoran de manera significativa la promoción de la salud, lo mismo que la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Un individuo mentalmente sano tiene la capacidad para enfrentar casi todas las situaciones que se presenten en su vida, puede dar y recibir amor, así como tomar en cuenta los intereses de las otras personas (Holtzman, 1988).

Las aceleradas modificaciones sociales debidas a la industrialización, la urbanización y los cambios económicos han debilitado los tradicionales sistemas de apoyo psicosocial, y disminuido las posibilidades de los individuos, las familias y las comunidades para enfrentar la angustia, la enfermedad y la incapacidad. Pocos de nosotros somos inmunes a los síntomas del estrés en alguna etapa de la vida; se calcula que en cualquier momento hasta un 25.5% de la población sufre depresión, en un grado ligero o moderado, ansiedad y otras señales de trastorno emocional (Holtzman, 1988).

Por otra parte, como apunta el mismo autor (1988), ningún grupo o comunidad humana se encuentra libre de trastornos mentales graves; éstos constituyen una proporción importante de toda la morbilidad observada en los centros de salud de los países desarrollados y en vías de desarrollo, lo mismo entre los niños que en los adultos. Al observar lo anterior queda claro que la dimensión psicosocial de la salud y las enfermedades constituye una gran oportunidad y un reto para la psicología, como disciplina científica, y para los psicólogos interesados en contribuir al mejoramiento de la salud mental.

Según Alarcón (1993), un 33.5% de los estudios epidemiológicos realizados en América Latina provee información respecto de todos los tipos de trastornos mentales, explorados principalmente sobre la base de encuestas comunitarias. Individualmente, el alcoholismo es la condición más estudiada (24%), seguido por la farmacodependencia, la neurosis y la ansiedad con un 17%.

De acuerdo con el concepto epidemiológico que sostiene que las enfermedades se desarrollan a través de una historia natural si no se atienden mediante alguna forma de intervención preventiva o curativa, mientras más temprana sea una intervención, también será más efectiva. Esto tiene importantes implicaciones para la psicología de la salud (Sánchez-Sosa, 1985).

Es evidente que se requieren más investigaciones en el ámbito de la psicología con objeto de efectuar intervenciones eficaces para contribuir al desarrollo de teorías, metodologías y planes preventivos que permitan el mejoramiento de la salud mental en nuestro país. De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization, 1984, en Alarcón, 1993), la producción total de América Latina en el campo general de la investigación en salud equivale apenas al 2.5% de la norteamericana; es la mitad de lo que publica la India, e igual a la de Holanda.

La investigación clínica, aquella centrada en pacientes concretos, con condiciones nosológicas específicas, en escenarios reales, debe orientarse a la solución de problemas claramente definidos. Asimismo, debe aceptar el carácter multidisciplinario y bio-psico-social de la psiquiatría contemporánea, y, por lo tanto, subordinar a los suyos, los objetivos de todas las disciplinas tributarias; esto es, tanto las ciencias biológicas básicas como las ciencias sociales (Alarcón, 1993).

El desarrollo de las investigaciones nos permitiría prevenir, es decir, saber cuáles son los factores de riesgo que desencadenan la enfermedad. Conociendo las causas que originan un padecimiento y los factores sociales que intervienen, pueden elaborarse programas educativos, nuevos estilos de comportamiento e información para que los individuos modifiquen sus estilos de vida con respecto a la enfermedad. De esta manera, Videla (1991) define la prevención como el enfrentamiento de las causas sociales de la enfermedad y la búsqueda de soluciones con el conjunto de la comunidad y su plena participación.

Proyecciones estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization, 1986, en Alarcón, 1993), que involucran las condiciones de salud en América Latina y el Caribe hacia comienzos del siglo XXI, señalan una población de más de 550 millones, con un índice de crecimiento del 2.79% en la última década de este siglo. Esto representará el 65% de la población de todo el continente americano. Diez países tendrán un 70% de su población viviendo en zonas urbanas, y otros cinco, más del 80%, con un total de 414 millones de personas. Habrá un aumento del 13% en el número de gente que viva en ciudades de 2-4 millones de habitantes y el 28% de la población urbana de la región vivirá en ciudades de más de 4 millones de habitantes.

Entre los urgentes problemas de salud que requieren enfrentarse ahora y durante el siglo siguiente por las naciones latinoamericanas se cuentan el alcoholismo y la farmacodependencia; la violencia y las condiciones clínicas que afectan a niños, adolescentes y ancianos. Estas situaciones se ven favorecidas por factores de estrés psicosocial tales como alienación, anomia, desarraigo, frustración y pobreza.

Las migraciones internas en busca de mejor fortuna económica, oportunidades de trabajo o deseo de ascender en la escala social, tanto como las que han sido forzadas por sucesos de tipo político como el terrorismo y la guerrilla, o por desastres naturales o epidemias, constituyen indudablemente otro aspecto de la realidad que tiene motivaciones y repercusiones en la salud mental. La epidemiología clásica nos dice también, que neurosis y psicosis son todavía problemas que permanecen en América Latina, con peculiaridades clínicas y socio-culturales aún no del todo estudiadas en nuestros países (Alarcón, 1993).

Un desajuste psicológico se refleja en la mayoría de las actividades que realiza el sujeto, sean familiares, laborales o escolares. Como respuesta a éstas, el individuo tiende a decrementar su productividad. Este problema puede abordarse

mediante la prevención primaria, que consiste en la adopción de prácticas de crianza e interacción familiar que protejan del deterioro psicológico al individuo, a la familia y a la comunidad.

De acuerdo con la literatura, los estilos de vida del sujeto pueden originar deterioro psicológico; de esta manera puede pensarse que si se efectúan intervenciones tempranas a nivel preventivo o de recuperación, será menor la probabilidad de que se desarrollen las enfermedades.

Según Sánchez-Sosa (1994), el diseño de intervenciones preventivas y educativas no puede darse en ausencia de un conocimiento confiable de los factores de crianza que sirven para elaborar predicciones de cuadros identificados en la práctica clínica o en las clasificaciones del área de la salud psicológica.

En México se ha promovido la idea de que casi todos los problemas de salud están precedidos o relacionados con conductas presentes en la vida del sujeto durante algún tiempo. Algunas veces, ciertos estilos de vida están basados en la ignorancia de cuestiones de salud. En otras, el comportamiento se ve afectado por las condiciones sociales y económicas en que viven los sujetos. También pueden deberse a creencias culturales relacionadas con actitudes pasivas o receptivas con respecto a los servicios de salud proporcionados por el Gobierno, que es calificado en ciertas ocasiones como paternalista (Sánchez-Sosa, 1985).

Entonces, la prevención primaria se aboca a la detección e intervención temprana de las variables que intervienen en el desarrollo de los trastornos. Además, no sólo reduce la incidencia de patología física y psicológica, sino que promueve el bienestar general, la salud, la competencia y efectividad personales (Cowen, 1980).

Resulta muy preocupante el crecimiento tan rápido e indiscriminado del deterioro psicológico en diversas áreas de la salud mental. En la actualidad se sabe que entre un 15% y un 20% de la población mundial, padecerá algún trastorno mental en cierto momento de la vida (Del Bosque, 1996).

Los factores de riesgo para que se desencadene la enfermedad, se refieren a patrones de interacción social y familiar, estilos de vida y situaciones o condiciones desarrollados a lo largo de la vida del individuo. Los niños pueden desarrollar psicopatologías desde muy temprana edad y se ha visto que los factores de riesgo, cuando no se trata de una cuestión orgánica, pueden relacionarse con los estilos de vida y los patrones de crianza familiares.

Se ha visto que el crimen y la delincuencia suelen presentarse con mayor frecuencia entre niños que provienen de un medio familiar disfuncional, que entre aquéllos que han crecido en una familia funcional (Azrin, Naster & Jones, 1973, en Sánchez Sosa, 1985).

Según la literatura, la mayoría de los trastornos psicológicos suelen aparecer en la niñez temprana o en la adolescencia. Los patrones de comportamiento se fijan en etapas tempranas del desarrollo y generalmente se mantienen durante toda la vida.

JUSTIFICACIÓN

La experiencia clínica con población infantil y las entrevistas con los padres, suele reflejar una relación estrecha entre los síntomas de aquéllos y los datos familiares que refieren los segundos acerca de la dinámica familiar, los estilos de vida y los patrones de crianza.

En la mayoría de los casos atendidos suele observarse una amplia variedad de síntomas relacionados con la ansiedad, o bien, una comorbilidad entre el trastorno, o sintoma ansioso, y un diagnóstico previamente establecido. Así, del trato con niños diagnosticados con trastorno por déficit de la atención, con o sin hiperactividad, depresión, enuresis, encopresis, trastornos con múltiples síntomas físicos y trastorno negativista desafiante, entre otros, es posible detectar síntomas asociados con la ansiedad. En muchos casos el diagnóstico original no puede establecerse claramente a causa de la gran semejanza entre los síntomas de ciertos trastornos y debido a la falta de criterios unánimes. Como resultado se da una gran confusión en los diagnósticos que conlleva a mayores complicaciones posteriormente.

Si el paciente, en este caso un niño, se diagnostica inadecuadamente, se verán alterados tanto el pronóstico como el tratamiento y los resultados terapéuticos. El abordaje equivocado de estos factores es signo de que aún no existe un consenso general acerca de las sintomatologías, sus diferencias y similitudes.

Los síntomas y trastornos de ansiedad representan uno de los más referidos a instituciones de salud mental.

Por estas razones resulta importante establecer diferencias o puentes de unión entre las diversas psicopatologías y sintomatologías. Sin embargo, para poder conocer tales similitudes o diferencias, debe primero establecerse, con la ayuda de un instrumento válido y confiable, cuáles son los síntomas de ansiedad que un niño puede presentar y, en una segunda oportunidad, cuáles los hábitos de crianza y factores de riesgo que se asocian con dicho trastorno o sintomatología. Los datos obtenidos mediante las entrevistas clínicas y la terapia de juego con los menores, no arrojan datos suficientemente confiables para establecer generalizaciones.

El trabajo se propone estudiar la correspondencia existente entre los síntomas de ansiedad y ciertos estilos de vida y hábitos de crianza, que podrían representar factores de riesgo en el desarrollo de la sintomatología asociada con tales trastornos.

Esta investigación contribuyó al programa de Prevención Primaria del Posgrado de la Facultad de Psicología. El proyecto se orientó a adaptar el instrumento Inventario Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) para su aplicación en población infantil. Los trabajos elaborados sobre el tema no habían abarcado a los menores en edad escolar y el instrumento mencionado, incluso, no se había modificado desde su versión para adultos y adolescentes.

Por tanto, esta adaptación es un aporte para el desarrollo de instrumentos que permitan predecir los factores de riesgo en el deterioro psicológico, en un momento en que son indispensables las contribuciones serias en materia de prevención primaria en salud mental.

El impacto de la crisis económica en nuestro país sugiere que los problemas de salud irán en aumento debido, entre otras cosas, al impacto económico sufrido por las familias mexicanas. La preocupación que origina la disminución de los recursos económicos, entre otros factores puede precipitar o facilitar tensiones dentro del hogar, que podrían ser causa de malos hábitos de crianza, que a su vez propiciarían el desarrollo de algún trastorno psicológico.

Es probable que se incremente la demanda en materia de asistencia social y de salud, y resultará muy difícil satisfacer a toda la población. En ese sentido, los resultados obtenidos con esta investigación podrían ser de utilidad a mediano o largo plazos, en la elaboración de programas de prevención primaria y secundaria.

ANTECEDENTES

Los problemas de ansiedad en población infantil, son muy frecuentes y representan un problema importante para los especialistas en salud mental (Benjamin, Costello & Warren, 1990; Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Gureje & Omigbodun, 1995; Jalenques & Coudert, 1993; Kashani, Dandoy, Vaidya, Soltys & Reid, 1990; Kazdin & Johnson, 1994; Newman, Moffit, Caspi, Magdol, Silva & Stanton, 1996; Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas & Hernández- Guzmán, 1992.)

Como cualquier trastorno, la angustia es una experiencia dolorosa que afecta al menor y a su familia. El niño que padece de ansiedad o sintomatologías asociadas con ella, es un niño que sufre. Esto afectará tarde o temprano su vida escolar, social, familiar y recreativa, puesto que la ansiedad suele manifestarse mediante conductas de evitación, aislamiento, bajo rendimiento escolar, etc.

Un estudio realizado entre 2047 adolescentes escolares aparentemente sanos, arrojó resultados que demuestran la influencia de las variables interactivas familiares y los patrones de crianza en el desarrollo de episodios de ansiedad severa. Los resultados revelaron diferencias significativas entre sujetos con incidencia alta y baja de episodios agudos de ansiedad severa, respecto de asuntos relativamente específicos de la relación entre, y con los padres. Esto se refiere particularmente a violencia verbal o física en la relación, incluyendo amenazas de separación, así como ciertos estilos de interacción con el individuo. Los resultados mostraron estas variables como factores de riesgo o predictores de la génesis de los episodios de angustia. También arrojaron datos importantes sobre la función paterna como eje del desarrollo de incidentes agudos de ansiedad severa (Sánchez-Sosa & Hernández Guzmán, 1992).

En un trabajo más reciente, efectuado en el estado de Sonora, se investigaron los factores de riesgo existentes en una familia disfuncional, posiblemente asociados con trastornos psicológicos en los menores. Los resultados mostraron una alta proporción de trastornos psicológicos infantiles vinculados con la disfuncionalidad familiar, mismos que resultaron percibidos también por las madres (Barreto, 1996).

Los datos obtenidos tras la aplicación del Inventario Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) a 1772 adolescentes escolares revelaron la importancia de una buena interacción con el padre, en virtud de que una mala relación con éste, o su ausencia, son un factor de riesgo para la salud mental de los jóvenes (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992).

1. LA ANSIEDAD

Mientras que existen múltiples referencias acerca de la depresión y la melancolía en los antiguos libros de medicina, la ansiedad no ha sido necesariamente objeto de estudio por parte de médicos y científicos. De hecho, sus formas más deteriorantes y extremas tardaron en reconocerse como enfermedad, y por lo tanto se investigaron y describieron mucho más tarde que otras formas de neurosis. No obstante, los sacerdotes y teólogos sí especularon sobre ella, argumentando que se originaba del pecado, del miedo a la muerte y del terror de la condenación o maldición. Posteriormente se ha abordado desde diversas perspectivas teóricas, tales como la adaptativa, cognitiva, psicoanalítica, del desarrollo y social (Roth, Noyes & Burrows, 1988).

Según Coderch (1991) suele distinguirse entre ansiedad y angustia, refiriéndose la primera al aspecto puramente psíquico, subjetivamente vivenciado, al estado de inquietud, sentimiento de amenaza y temor indefinido; en tanto que con la segunda se denomina la vivencia somática de la ansiedad, sentida como malestar corporal vago y, muy especialmente, constricción torácica y cardiaca.

Edelman (1992), en cambio, subraya que el término ansiedad es un concepto muy utilizado dentro de la literatura psicológica, aunque sin consenso, y que por tanto puede reflejar diversos criterios, de manera que se emplean indistintamente términos como miedo, fobia, neurosis y ansiedad.

La ansiedad no sólo se presenta en trastornos tales como agorafobia, ataques de pánico, trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos postraumáticos; también se considera un contribuyente importante en las disfunciones sexuales lo mismo que para el origen y desarrollo de las enfermedades, e igualmente influyente en el proceso de la recuperación postoperatoria (Edelman, 1992). Sin embargo, la ansiedad, en sus formas más leves, es una emoción normal, frecuentemente experimentada por todo ser humano.

Hoy en día existen múltiples investigaciones, que han arrojado datos relevantes para el estudio de este tipo de trastornos, los que pueden llegar a incapacitar al individuo en sus esferas familiares, laborales y sociales.

Las clasificaciones que actualmente imperan en el mundo psicológico y psiquiátrico han ayudado a categorizar, reconocer, diagnosticar y presentar pronósticos con base en investigaciones que incluyen la etiología, los factores predisponentes, la morbilidad y comorbilidad, etc. No obstante, el término sigue teniendo diversos significados, dependiendo de las definiciones psicológicas y la teoría que las sustenta.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1975), la ansiedad es aprehensión, tensión e intranquilidad que surge de la anticipación de algún peligro, cuya fuente generalmente se desconoce o es irreconocible.

Con base en la variedad de clasificaciones reseñadas por Ekman, Friesen & Ellsworth (1982, en Edelman, 1992), pueden inferirse cinco emociones básicas: ansiedad (o miedo), felicidad, tristeza, enojo y disgusto. Existen muchas teorías acerca de las emociones, que se han venido describiendo a lo largo de más de un siglo de escritos psicológicos y partiendo de distintas teorías. Sin embargo, lo que queda claro es que las emociones son fenómenos complejos. Así, para entenderla mejor, la ansiedad puede verse como una emoción multidimensional.

Lang (1986; 1971, en Edelman, 1992) y Lang, Rice & Sternbach (1972, en Edelman, 1992), han propuesto que la ansiedad puede comprenderse a partir de tres sistemas principales e independientes de comportamiento, tanto motor, como de expresiones lingüísticas y estados fisiológicos. A pesar de que se trata de sistemas independientes, parece difícil que trabajen de manera aislada. Entre las respuestas más comunes del comportamiento motor se incluyen conductas de evitación, incremento o decremento de gesticulaciones, cambios en la postura, temblores, etc.

El segundo se refiere a los eventos cognitivos o al informe de ellos. Incluye la percepción y evaluación de los estímulos por parte del individuo, lo mismo que estados de ansiedad, miedo, pánico, quejas y preocupaciones, obsesiones, incapacidad para concentrarse e inseguridad.

El componente fisiológico de la ansiedad incluye aumento de la actividad del sistema simpático del sistema nervioso con incremento en la frecuencia cardíaca, en la respiración y en la actividad de las glándulas de sudoración, el tono muscular, etc.

Como la ansiedad, el término emoción tiene diversas definiciones. Leventhal & Mosbach (1983, en Edelman, 1992) y Leventahl & Tomarken (1986, en Edelman, 1992) sugieren una organización práctica para las teorías de las emociones, que se dividen en: a) teorías de reacciones corporales, b) teorías neurales centrales c) teorías neurales, d) teorías cognitivas y e) teorías evolutivas Darwinianas.

a) Esta teoría de James (1884, en Edelman, 1992) y Lange (1885, en Edelman, 1992) supone que el estímulo que evoca la emoción produce actividad autonómica (latidos, sudoración) y cambios en los músculos esqueléticos (expresiones faciales, etc.). Sostiene que la experiencia subjetiva, o emoción, es resultado directo de estos cambios. Según estos autores, ninguna emoción precede la respuesta corporal, sino a la inversa.

b) En 1927, Cannon criticó la teoría James-Lange argumentando que las sensaciones corporales son muy lentas, difusas e insensibles para dar cuenta de toda la gama de experiencias emocionales de un ser humano.

Propuso que la emoción está bajo control del sistema nervioso central, más que del periférico. Su teoría es neuropsicológica y propone que el estímulo llega a la

corteza vía los sistemas subcorticales. Si la naturaleza de los estímulos es emocional, los sistemas subcorticales transmitirán la información a la corteza, provocando la experiencia emocional; dicha información se hará llegar al sistema periférico y se generarán las respuestas corporales.

c) Por otra parte, Scachter & Singer (1962 en Edelman, 1992) apuntaron que los aspectos cognitivos y fisiológicos de la emoción son importantes porque si alguno de ellos está ausente la emoción que se experimenta resulta incompleta. Consideraron que si nos encontramos en un estado de excitación fisiológica, buscaremos el ambiente inmediato para una explicación apropiada. Esta teoría no tuvo mucho éxito.

d) Darwin, a su vez (1873, en Edelman, 1992), sugirió que las emociones incrementan la capacidad de sobrevivencia porque son reacciones apropiadas frente a eventos de emergencia y actúan como señales para futuras acciones o intenciones.

Podemos considerar la ansiedad como un constructo multicomponente, que puede ser conceptualizado de diversas formas de acuerdo con los modelos de la emoción. Ciertas teorías sugieren que existe un componente genético en la ansiedad, quizás por una vulnerabilidad biológica, aunque hay quienes opinan que el ambiente influye en el desarrollo de esta sintomatología.

La literatura antigua contiene algunas referencias de los trastornos mentales, donde sobresale la ansiedad. Melancolía, epilepsia, delirios y locura son reconocidos en los escritos de Hipócrates, aunque no las manifestaciones autonómicas y del comportamiento de estados de severa ansiedad. La histeria se describe con síntomas como el vómito, dolores de cabeza, convulsiones, afecciones menstruales, inhabilidad para tragar o "globus histericus" y dolores en muchas partes del cuerpo. Tal vez muchos de estos síntomas se hayan originado por ansiedad severa y las manifestaciones histéricas hayan sido elaboraciones secundarias.

Durante el siglo XIX, el filósofo danés Sören Kirkegaard (en Roth, Noyes & Burrows, 1988) consideró la ansiedad como parte de la condición humana, originada por la toma de decisiones morales. Para otro filósofo, Heidegger (en Roth y cols., 1988), es consecuencia de la conciencia humana de mortalidad.

Darwin (en Roth y cols., 1988) reveló sus observaciones acerca de la desesperación y la tristeza, que en la actualidad podríamos observar como las diferencias entre ansiedad y depresión. También manifestó su interés acerca de la importancia de promover un lazo en la relación entre madre e hijo, y en las relaciones del individuo dentro de un marco social.

Freud (1926) fue uno de los primeros en plantear el problema de la angustia, a la que definió como algo que sentimos y que, como sentimiento, presenta un franco

carácter displaciente; ante ella, dijo, surgen sensaciones que afectan los órganos respiratorios y el corazón.

En un primer momento de su teoría consideró que la angustia se basaba en un incremento de la excitación, que por un lado producía el carácter displaciente y por otro buscaba el alivio a través de la descarga. En 1926, con la publicación de *Inhibición, síntoma y angustia* rectificó lo anterior y la juzgó como una reacción ante un peligro pulsional, es decir, un exceso de excitación interior que el yo no puede manejar adecuadamente. Reacción que se producirá cada vez que surja tal estado.

De esta manera, los síntomas se crean para librar al yo de la situación de peligro. Si su formación se impide, realmente surge el peligro; esto es, se constituye aquella situación, análoga al nacimiento, en que el yo se encuentra desamparado ante las exigencias instintivas constantes, es decir, la primera y más primitiva de las condiciones de angustia.

De acuerdo con Hall (1991), la angustia es uno de los conceptos más importantes de la teoría psicoanalítica, porque desempeña un papel importante tanto en el desarrollo de la personalidad como en la dinámica del funcionamiento de ésta. Además, nos dice, posee un significado central en la teoría freudiana de la neurosis y la psicosis, lo mismo que en el tratamiento de tales estados patológicos.

La angustia (Hall, 1991), es una experiencia emocional penosa, producida por excitaciones de los órganos internos del cuerpo. Estas se provocan por estímulos internos o externos y son gobernadas por el sistema nervioso autónomo.

El estado de angustia es consciente y cada persona puede distinguirlo de otras experiencias de dolor: depresión, melancolía, o tensiones producidas por el hambre, la sed, el sexo y otras necesidades corporales. Igual que no hay dolor inconsciente, no existe la angustia inconsciente. Aunque no identifiquemos la razón de la angustia, no dejamos de percibir el sentimiento que provoca.

Freud (1926) distinguió tres tipos de angustia: angustia real u objetiva, angustia neurótica y angustia moral.

Para la angustia real, el origen del peligro está en el mundo externo. El prototipo de todas las experiencias traumáticas es el nacimiento. El recién nacido es bombardeado por una estimulación excesiva proveniente del mundo externo. Durante sus primeros años, el niño encuentra muchas situaciones que no puede enfrentar y estas experiencias traumáticas sirven de base para el desarrollo de toda una red de miedos. Cualquier situación de la vida posterior que amenace reducir a una persona a un estado infantil de desvalidez hará revivir la señal de angustia.

En la angustia neurótica la amenaza consiste en una elección objetal instintiva del ello. La persona teme ser dominada por un impulso incontrolable que la lleve a cometer un acto o a tener un pensamiento que la perjudicará. Las formas observables de este tipo de angustia son las fobias y las reacciones de pánico.

Para la angustia moral la fuente de amenaza está en la conciencia del sistema superyoico. Uno tiene miedo de ser castigado por la conciencia moral si hace o piensa algo contrario a las normas del ideal del yo.

El estado de angustia puede tener más de una fuente; pueden mezclarse las angustias neurótica y objetiva, la moral con la objetiva, o la neurótica con la moral. También pueden combinarse las tres.

La única función de la angustia es actuar como una señal de alarma, de modo que cuando aparece en la conciencia el yo puede tomar medidas para enfrentar el peligro.

Para Coderch (1991) la ansiedad es un estado afectivo desagradable, de intensidad variable, caracterizado por inquietud, sensación de amenaza o peligro inminente y, en algunos casos, por respuestas somáticas. Este desorden, dice, se ha definido como un miedo sin objeto: con el miedo el peligro o la situación temida son conocidos, mientras que la ansiedad, se supone, tiene un origen inconsciente, sin que el individuo que la sufre conozca las motivaciones de su estado.

Pavlov (en Roth, y cols., 1988) concluyó que los animales con ciertos tipos de actividad nerviosa son más susceptibles a reaccionar con miedo e inhibición frente a un estímulo amenazante. Aplicó sus conclusiones al área de las neurosis humanas y sugirió que los individuos con un sistema nervioso central "débil e inhibido" tenían mayor predisposición para desarrollar formas mórbidas de ansiedad.

Demostró también que el miedo y la ansiedad se generan en los animales por medio de una conversión del reflejo incondicionado a una respuesta condicionada, que tomaba la forma de inhibición de comportamiento, agitación o excitación. No tardó mucho en reconocer que el proceso inverso de este procedimiento podía eliminar la ansiedad en humanos y animales. De esta manera, Pavlov se convirtió en uno de los fundadores de los tratamientos conductuales de la agorafobia y otros estados de ansiedad, que son actualmente aplicados en todo el mundo.

En la década de los treinta se utilizaba la terapia electroconvulsiva para los desórdenes del estado de ánimo o afectivos. Hacia los años cincuenta se incrementó el uso de antidepresivos, también recomendados para casos de ansiedad; posteriormente se aprovechó la introducción de las benzodiazepinas. (Kramer, 1993).

Después apareció el DSM-III, que incluía criterios diagnósticos para estos trastornos, que tuvo, y sigue teniendo en sus versiones subsecuentes, gran influencia en los ámbitos psicológico y psiquiátrico.

De acuerdo con Kramer (1993), la personalidad premórbida juega un papel muy importante en la causación de la ansiedad y de otras formas de trastornos neuróticos. Esto se refleja, dice, a partir de la exploración detallada de la historia del desarrollo, los patrones de adaptación en el trabajo, en la vida sexual y marital, en las actividades sociales y en las relaciones interpersonales.

En las dimensiones genéticas, agrega, se intercalan el ambiente y los factores psicosociales, y su expresión se ve modificada por las determinantes del aprendizaje y la experiencia. Incluso si son ciertas las teorías genéticas de la ansiedad, acerca de que existe un compromiso biológico o neurofisiológico, esta explicación avalaría la cuestión de los factores de riesgo.

Respecto a los temas faltantes en el estudio de la ansiedad, el autor elabora una reseña en la que menciona los neurotransmisores, los hábitos de crianza y los estilos de vida.

Por otra parte, Kaplan, Sadock & Grebb (1996) manifiestan que los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad han tenido grandes cambios, desde la tercera edición del DSM-III, a consecuencia de los avances en el conocimiento de la biología de la ansiedad. Los resultados son que la palabra neurosis se ha eliminado de la nomenclatura oficial y que las divisiones se han realizado con base en la validez y confiabilidad de los criterios clínicos.

La ansiedad puede ser un componente de muchas patologías médicas y otros trastornos mentales, en especial los depresivos. Es un acompañante normal del crecimiento y de los cambios, de la experimentación de cosas novedosas, y del hallazgo de la propia identidad y sentido de la vida. Por el contrario, la ansiedad patológica es una respuesta inapropiada a un estímulo concreto con base en su intensidad o su duración (Kaplan y cols., 1996).

Parece que todos los seres humanos hemos experimentado ansiedad: se caracteriza por una vaga sensación de aprensión, difusa y desagradable, a menudo acompañada por síntomas autonómicos, como dolor de cabeza, sudoración, palpitaciones, opresión precordial y leves molestias estomacales. La persona también puede sentirse inquieta, como lo indica su incapacidad para permanecer en un mismo sitio durante periodos prolongados (Kaplan y cols., 1996).

La ansiedad y el miedo son signos de alerta que avisan de un peligro inminente y permiten al sujeto tomar las medidas necesarias para hacer frente a la amenaza. Sin embargo, mientras el miedo es una respuesta a una amenaza concreta, conocida, externa y no originada por un conflicto; la ansiedad es una respuesta a una amenaza inespecífica, interna, vaga u originada por algún conflicto. Nos alerta

de peligros externos o internos; es un seguro de vida que nos evita daños, advirtiéndonos para poner en marcha mecanismos que los alejen (Kaplan y cols., 1996).

Kaplan y cols. (1996) apuntan que además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta los procesos del pensamiento, el aprendizaje y la percepción. Tiende a producir confusión y distorsiones en esta última, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, dificultando la concentración, la memoria y alterando la capacidad de relacionar unas cosas con otras, es decir, de hacer asociaciones.

Según Levin & Liebowitz, (1988, en Roth y cols., 1988) existen factores biológicos que intervienen de manera decisiva en los trastornos de ansiedad. Los pacientes que sufren de ataques de pánico presentan distintas manifestaciones somáticas que otros pacientes que sufren de otros tipos de ansiedad ya que su respuesta es fundamentalmente hacia el lactato de sodio, también presentan hipersensibilidad al dióxido de carbono. El locus ceruleus interviene secundario al dióxido de carbono y esa parece ser la fuente de la sintomatología.

Por otra parte, la fobia social parece involucrar mayores secreciones de epinefrina.

Los trastornos obsesivo-compulsivos están asociados a irregularidades serotoninérgicas.

La fobia simple parece ser una respuesta masiva de miedo a algún peligro en individuos que no presentan la hiperactividad autonómica que se observa en la fobia social o ataques de pánico .

Por otra parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1996), establece los siguientes como trastornos de ansiedad del DSM-IV para adultos:

Trastorno por crisis de angustia con agorafobia y sin agorafobia; agorafobia sin historia de crisis de angustia; fobia social; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno por estrés postraumático; trastorno por estrés agudo; trastorno de ansiedad generalizada; trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (incluyendo el trastorno mixto ansiedad-depresión).

1.1 LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS

La expresión de la ansiedad como un síntoma, como síndrome y como trastorno de la niñez se ha reconocido en la comunidad psiquiátrica desde el siglo XIX, sin embargo, continúa habiendo una falta de estudios epidemiológicos al respecto (Weissman & Orvaschel, 1986). Se ha creído que los síntomas de ansiedad en los niños son transitorios e inoocuos y ha existido desacuerdo respecto al criterio diagnóstico de esta condición.

A lo largo del tiempo se ha creído que los miedos y las preocupaciones eran una manifestación normal de la niñez y que desaparecerían en etapas subsecuentes del desarrollo (Lapouse & Monk, 1959, en Benjamin, Costello & Warren , 1990).

Richman, Stevenson & Graham, (1982) encontraron que los miedos manifestados hacia los tres años de edad estaban asociados con el desarrollo de trastornos neuróticos cinco años después. En un estudio realizado por Rutter, Tizard & Whitmore (1970, en Benjamin y cols., 1990) los niños con trastorno emocional a la edad de 11 años estaban más propensos a desarrollar un problema psiquiátrico durante la adolescencia; de este modo se comprueba que la ansiedad y los temores expresados en la infancia no tienen nada de inocuo.

La ansiedad está relacionada con sentimientos psicológicos subjetivos desagradables. Cuando la condición es severa, el sujeto puede sentir la muerte como inminente. Otros síntomas generales incluyen insomnio, pesadillas y problemas de concentración y memoria (Kolvin & Kaplan, 1988).

Las respuestas que reducen la ansiedad, como las conductas de evitación, refuerzan durante los episodios de ansiedad severa. Estas respuestas pueden ser maladaptativas y afectar lo mismo el comportamiento que las relaciones sociales, al extremo de interferir con el funcionamiento normal y cotidiano del niño. Asimismo, éste tiende a anticipar la ocurrencia desagradable (Kolvin & Kaplan, 1988).

La ansiedad tiene dos componentes principales: a) el psicológico, que incluye sentimientos irracionales de miedo, tensión y pánico, y b) el corporal, que comprende manifestaciones autonómicas o somáticas. Muchas de estas últimas tienen su origen en un incremento de la secreción de catecolaminas, que de por sí ya ocurre en la infancia. Esta podría ser la base de la observación clínica de que los niños somatizan sus quejas más que los adultos (Kolvin & Kaplan, 1988).

La ansiedad afecta casi todos los sistemas: el cardiaco, con palpitaciones y taquicardia; el gastrointestinal, con diarrea, vómitos y sensaciones abdominales; el urinario, con frecuencia y urgencia de micción ; el dermatológico, con sudoración; el muscular, con dolores de cabeza y temblores; el autonómico, con sequedad de boca, mareos y desmayos (Kolvin & Kaplan, 1988).

En los niños, tal perturbación puede ser provocada por factores externos específicos que pueden originar fobias situacionales; además, según Eisenberg (1958 en Roth y cols., 1988), la ansiedad puede adquirirse o aprenderse de padres crónicamente ansiosos. Este autor sugiere que en tales casos los niños pueden "contagiarse" de sus padres. Las madres sobreprotectoras, señalan igualmente Berg & McGuire (1974, en Roth y cols., 1988), pueden hacer que sus hijos respondan con ansiedad a cualquier amenaza de separación por parte de ellas.

Quay (1973, en Roth y cols., 1988) enfatiza en su reseña de análisis factoriales que las manifestaciones características de este trastorno son las conductas de evitación, el aislamiento y la ansiedad misma.

La fobia escolar es vista como el paradigma de los trastornos de ansiedad. Consiste en una colección heterogénea de síntomas, que suelen ser somáticos, asociados con un profundo sentimiento de no querer ir a la escuela. Entre otras manifestaciones se incluyen la disminución del apetito, la náusea y, dolores de cabeza y abdominales. Además, el niño se queja sobre algún aspecto de la escuela.

Manifestando tales trastornos (fobia escolar, agorafobia, etc.) los niños pretenden quedarse en casa; esto representa un problema grave en cuanto a la deserción y el atraso en las actividades escolares. Son suficientes las deficiencias educativas de nuestro país, como las de muchos otros (ausentismo de maestros, puentes, paros, etc.), para agravarlas con las faltas de los niños por temor a enfrentar la escuela, los compañeros, la calle, etc.

Pritchard & Graham (1966, en Roth y cols., 1988) encontraron que cuando el trastorno de ansiedad persiste de la adolescencia a la adultez, el adulto suele presentar estados de ansiedad y depresivos en relación con quienes no presentaron síntomas de tales desórdenes cuando niños.

Por otro lado, con respecto a la falta de acuerdos en cuanto a los criterios diagnósticos, no es sino hasta el advenimiento de publicaciones como el DSM-III Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1980) y el ICD-9 (Organización Mundial de la Salud, World Health Organization, 1979), que se comienzan a incorporar sistemáticamente las prácticas metodológicas en cuanto a los trastornos de la ansiedad en la niñez.

De acuerdo con el DSM-III-R, los trastornos de ansiedad en la niñez son:

Trastorno por angustia de separación; trastorno por evitación en la niñez o en la adolescencia; trastorno por ansiedad excesiva; trastorno por angustia con agorafobia; trastorno por angustia sin agorafobia; agorafobia sin historia de

trastorno por angustia; fobia social; fobia simple; trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno por ansiedad generalizada (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987).

Según el DSM-IV, tales perturbaciones son:

Trastorno por angustia de separación; trastorno de ansiedad generalizada; fobia social; fobia específica; trastorno por angustia, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996)

Recientemente se han llevado a cabo estudios con muestras clínicas que refieren patrones familiares de trastornos y patrones de comorbilidad (Angold, Weissman, John, Merikangas, Prusoff, Wickramaratne, Gammon & Warner, 1987; Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Harrington, Fudge, Rutter, Bredenkamp, Groothues & Pridham, 1993; Hoehn-Strauss, 1987, Mattison & Bagnato, 1987; Strauss & Kaufman Kantor, 1988 en Benjamin y cols., 1990).

Las preguntas que para desarrollar esta investigación se hicieron Benjamin y cols. (1990) fueron:

- ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de ansiedad en una muestra prepuberal de niños?
- ¿Cómo influencia la identificación de trastornos de ansiedad la información entre el reporte de los síntomas por parte de los padres y por parte de los niños?
- ¿Cuáles son los patrones de comorbilidad asociados a los trastornos de ansiedad?
- ¿Qué factores de riesgo para los trastornos de ansiedad se pueden identificar?
- ¿Los niños con este trastorno están más deteriorados en cuanto a sus niveles de funcionalidad que aquéllos sin trastornos psiquiátricos, o menos deteriorados que otros niños perturbados?

La muestra estuvo constituida por 789 niños entre 7 y 11 años de edad, residentes de dos zonas de Pittsburgh. En la primera etapa se administró el Child Behavioral Checklist (CBCL: Achenbach & Edelbrock, 1983 en Benjamin y cols., 1990) a los padres de los 789 niños.

Durante la segunda etapa de la investigación se seleccionó a 300 niños para entrevista psiquiátrica. Se escogieron si en la primera etapa habían caído en la escala de altos factores de riesgo. A su vez, cada semana se seleccionaron un número equivalente de niños que habían calificado en la escala de bajo riesgo. Con los niños se utilizó el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello, Edelbrock, Kalas & Klaric, 1982, en Benjamin y cols., 1990).

Como categorías diagnósticas de trastorno de ansiedad incluyeron: ansiedad por separación; fobia simple; ansiedad generalizada; trastorno de evitación, agorafobia

y fobia social. También consideraron trastornos de la conducta, entre ellos el negativista desafiante y el causado por déficit de la atención, con y sin agorafobia. Se omitieron 3 niños que tenían depresión y distimia.

Los resultados indicaron que los trastornos de ansiedad fueron los más comunes de acuerdo a los informes de los padres y de los niños. Ocurrieron casi cuatro veces más que los problemas de conducta.

Hubo muy poca diferencia entre los informes de los padres y los niños, cosa que se ha visto en otras investigaciones que utilizan cuestionarios para niños y para padres por separado (Angold, 1989; Costello, 1989).

Las fobias simples fueron las más comunes entre niños y niñas, de acuerdo con ambos informantes, padres y niños. Los niños con cualquier tipo de trastorno de ansiedad excepto el de evitación, reportaron una o más fobias simples. Sin embargo, estas últimas se declararon muchas veces por sí solas. Los trastornos del comportamiento fueron el doble de frecuentes en los niños con trastorno de ansiedad que en quienes no lo tienen. Se encontró un factor de riesgo para los trastornos depresivos pero fue más significativo en los niños que en las niñas. Sin embargo, los números de casos con comorbilidad fueron pocos: 5 niños con distimia, de los cuales 3 tuvieron también trastornos de ansiedad. El riesgo de depresión fue 6 veces mayor en niños con trastornos de ansiedad que en los demás.

Los estudios clínicos y epidemiológicos que han utilizado entrevistas psiquiátricas estructuradas han cambiado la forma de ver la psicopatología infantil y aclarado el panorama con relación a los síntomas sufridos por los niños en diversas áreas. Gracias a ellos se ha descubierto que la presencia de trastornos de ansiedad incrementa la probabilidad de desórdenes del comportamiento, así como de la depresión. También se ha encontrado que los grupos de menores con trastornos de ansiedad tuvieron una mayor proporción de niñas, provenían de familias normales, tenían desarrollo intelectual y motor normal, pero también mayores repeticiones de año que los niños normales lo mismo que más enfermedad mental en los padres.

Por otra parte, los avances realizados respecto a los trastornos de ansiedad en adultos han despertado gran interés respecto a las mismas perturbaciones en niños. Se ha visto que los trastornos de ésta índole en los menores son muy parecidos a los que desarrollan los adultos (Gittelman & Klein, 1988).

Los trastornos de ansiedad por separación en niños parecen ser los precursores de los ataques de pánico en adultos. Con base en las observaciones de las historias tempranas del desarrollo de adultos con agorafobia, se ha encontrado una estrecha relación entre la ansiedad de separación y la agorafobia o los ataques de pánico Klein & Fink (1962, en Gittelman & Klein, 1988).

Si la angustia de separación tiene implicaciones o predice de algún modo la agorafobia y los ataques de pánico en adultos, bien vale la pena detectar los factores de riesgo, con objeto de prevenir trastornos posteriores a la infancia. Así también se podría hacer una contribución importante sobre los trastornos de ansiedad en niños.

Según Jalenques & Coudert (1993), los estudios epidemiológicos han demostrado que los trastornos de ansiedad son de los más prevalentes durante la niñez. No obstante, los estimados reales de prevalencia requieren evaluarse en la población total en riesgo de esas perturbaciones.

Existen varios factores que complican las medidas de los niños y adolescentes: algunos sujetos nunca buscan tratamiento y quienes lo hacen generalmente representan los casos más deteriorados o pertenecen a los niveles socioeconómicos más altos (Jalenques & Coudert , 1993).

Asimismo, en los casos de trastornos psiquiátricos durante la infancia, la iniciativa de tratamiento o derivación pocas veces pertenece al niño, sino a sus padres, custodios o tutores; el tratamiento o derivación depende entonces, en gran parte, del grado en que los niños o adolescentes se rebelen o se comporten mal en la escuela , o de manera callada o aislada, o irriten quienes estén a su alrededor (Jalenques & Coudert , 1993).

De acuerdo con Jalenques & Coudert (1993), los niños tienden a comportarse mal o a rebelarse más que las niñas cuando sufren psicológicamente. Los que sufren más de un trastorno tienden a ser referidos a expertos en salud mental más que aquéllos que sólo padecen uno.

Existen datos muy importantes acerca de la edad en que los trastornos de ansiedad son más comunes: por ejemplo, la angustia por separación es más frecuente entre los niños que en los adolescentes (Jalenques & Coudert , 1993).

Otro factor sesgado o de prejuicio debe estudiarse : el informante. Acerca de los índices de prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños, los informes frecuentemente no alcanzan un consenso, dependiendo si se hicieron por el niño o por los padres: Los niños refieren mayores índices de prevalencia que los padres (Costello, 1989; Kashani & Orvaschel, 1990; McGee y cols., 1990).

Según Jalenques & Coudert (1993) el deterioro funcional siempre debe señalar la patología. Entre los niños y adolescentes no siempre son patológicos los síntomas de ansiedad; muchos de ellos corresponden al desarrollo normal. Los criterios diagnósticos pueden ayudar a no catalogar como trastornos algunas manifestaciones no patológicas de la ansiedad.

En el estudio clásico de Lapouse & Monk (1958; 1959, en Jalenques & Coudert , 1993) se examinaron la frecuencia e intensidades de una amplia variedad de características infantiles. La muestra consistió en 482 hogares donde vivían niños

de entre 6 y 12 años de edad. Encontraron que éstos tuvieron 43% de prevalencia de "muchos miedos y temores". El 50% de las niñas tuvo más de siete "miedos y temores", mientras que 41% de los niños presentaron "el miedo de que algún familiar se enfermara, accidentara o muriera".

Anderson, Williams, McGee & Silva, (en Costello, 1987) evaluaron a niños de 11 años de edad, en tanto que Costello (1989) estudió una muestra de pacientes pediátricos de siete a 11 años de edad. Los primeros autores hallaron un índice de 17.6% en una muestra de población general. Usando los reportes de dos informantes, la prevalencia disminuyó al 7.35%. El segundo autor encontró un índice de 8.9% para una muestra de pacientes pediátricos.

En una muestra de 150 adolescentes, Kashani & Orvaschel (1988, en Jalenques & Coudert, 1993) encontraron un índice de trastornos de ansiedad del 17.3 %.

Estos mismos autores (1990 en Jalenques & Coudert, 1993) estudiaron 210 niños de 8, 12 y 17 años de edad, evaluándolos con instrumentos estructurados. La ansiedad fue la psicopatología más frecuente en los tres grupos de edades.

Por su parte, McGee, Feehan, Williams, Patridge, Silva & Kelly (1990; en Jalenques & Coudert, 1993) estudiaron la prevalencia de trastornos del DSM-III en 943 niños de 15 años de edad y encontraron un 25.9% para niñas y 18.2% para niños. De acuerdo con los autores, los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad, casi la mitad de los adolescentes, con predominancia femenina, manifestaron alguno y casi la mitad de éstos tuvo un trastorno de ansiedad generalizada.

Anderson, Williams, McGee & Silva (1987, en Jalenques & Coudert, 1993) investigaron la prevalencia de trastornos del DSM-III en 792 niños de once años de edad. Descubrieron un índice de prevalencia del 17.6%, con los trastornos de la conducta y negativista desafiante en primer lugar, seguidos por los de ansiedad y las fobias.

El criterio adicional de deterioro funcional se incluyó en varios estudios; lo que resulta necesario cuando se hacen diagnósticos de acuerdo al DSM-III-R, pues previene a los clínicos de etiquetar inadecuadamente, síntomas de ansiedad que no son patológicos.

Según el DSM-IV, la clasificación de los trastornos de ansiedad es la siguiente:

- Trastorno de ansiedad por separación:

Es un trastorno que se caracteriza por un inapropiado desarrollo y una excesiva ansiedad sobre la figura de apego principal, entonces suele darse la evitación de la escuela. La preocupación puede tomar la forma de rehusar ir al colegio, de miedo o malestar sobre la separación, de quejas repetidas por síntomas físicos

como cefaleas y gastralgias cuando se anticipa la separación, y de pesadillas relacionadas con ésta.

Epidemiología: es más común en niños que en niñas, el inicio suele darse en los años preescolares, pero es más común entre los 7 y 8 años.

Prevalencia: se sitúa entre el 3% y 4% de todos los chicos en edad escolar y en 1% entre los adolescentes.

Factores psicosociales: El niño tiene un miedo desproporcionado a perder a su madre. Las familias tienden a ser humanitarias y a estar muy unidas; a menudo los menores parecen estar mimados y ser objeto de preocupación excesiva de los padres.

Factores externos de estrés: coinciden con el desarrollo del trastorno. Con frecuencia encontramos la muerte de un familiar, enfermedad del niño, cambio en el ambiente o el traslado a un nuevo barrio o a una nueva escuela en las historias de los menores que lo padecen.

Factores de aprendizaje: La ansiedad fóbica puede ser transmitida desde los padres al niño por modelamiento directo. Algunos padres parecen enseñar a sus hijos a ser ansiosos mediante la sobreprotección o exageración de acontecimientos para evitarles de esta manera posibles castigos.

Diagnóstico y características clínicas: preocupación exagerada o persistente sobre la pérdida o el posible daño que pueden sufrir las personas más vinculadas al niño; preocupación exagerada de que una catástrofe provoque la separación de la principal figura a la que se encuentra vinculado el menor; negación o resistencia para ir a la escuela o cualquier otro lugar por el miedo a la separación; negación o resistencia para estar solo o sin la persona con la que este más vinculado; negación o resistencia a dormir fuera de casa o lejos de la persona a la que este más vinculado, pesadillas repetidas sobre el tema de la separación y quejas repetidas de síntomas como cefaleas y gastralgias cuando se anticipa la separación, así como quejas recurrentes de malestar excesivo. La historia de los pacientes puede revelar episodios de separación en la vida del niño, particularmente debidos a enfermedad y hospitalización, a enfermedad de los padres, a pérdida de alguno de ellos o a traslado geográfico.

En muchos casos el trastorno es algún tipo de fobia, aunque éste es sólo uno, por lo general, y no está dirigido a un objeto simbólico particular.

Los miedos mórbidos, las preocupaciones y las rumiaciones son características del trastorno por angustia de separación. A menudo, el desorden se manifiesta cuando se planea un viaje lejos de casa o en el curso de éste.

Los signos premonitorios en los menores comprenden irritabilidad, dificultad para comer y quejas, lo mismo que permanecer solo en una habitación, agarrarse a los padres y seguirlos a todas partes.

Es frecuente que tengan dificultades para dormir y pueden requerir de alguien que permanezca con ellos hasta que se hayan dormido. Las pesadillas y el miedo mórbido son otras expresiones de la ansiedad.

En ocasiones se lamentan porque no se les quiere, experimentan deseos de morir, o se quejan de que se prefiere a los hermanos. Frecuentemente experimentan síntomas gastrointestinales, náuseas, vómitos, además de tener dolores en varias partes del cuerpo, dolores de garganta y síntomas gripales. En los niños mayores se manifiestan típicos síntomas cardiovasculares y respiratorios, palpitaciones, vértigo, debilidad y ahogo.

Curso y pronóstico: las investigaciones indican que muchos niños con trastorno de ansiedad tienen un alto riesgo de padecer un desorden de este tipo en la edad adulta.

Este trastorno es el único contenido en el DSM-IV en la sección de infancia y adolescencia, sin embargo, las categorías diagnósticas siguientes se encuentran descritas en los apartados correspondientes a los trastornos de ansiedad en adultos:

El trastorno de ansiedad por separación se manifiesta de distinta manera de acuerdo con la edad. Los adolescentes que lo sufren manifiestan quejas físicas y evitación escolar; los niños de 5 a 8 años de edad revelan preocupaciones irracionales acerca de seres queridos, mientras que niños entre 9 y 12 años manifiestan estrés en situaciones de separación (Francis, Last & Strauss, 1987, en Jalenques & Coudert, 1993).

- Trastorno por ansiedad generalizada:

Consiste en una preocupación excesiva y persistente, acompañada de gran variedad de síntomas somáticos que causan notables perturbaciones en el funcionamiento social o laboral del sujeto, o bien le causan un intenso malestar.

En los niños, la ansiedad suele hacer referencia al rendimiento o competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados por nadie. También pueden surgir preocupaciones excesivas por eventos catastróficos como terremotos o guerras nucleares. Los menores se muestran perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por excesiva insatisfacción.

Se han reportado más casos de trastornos de ansiedad en niñas que en niños. Sin embargo, parece que ellas no experimentan mayor deterioro funcional que los niños, ni se convierten en pacientes más frecuentemente que éstos.

Epidemiología y prevalencia: Las estimaciones sobre la prevalencia anual del trastorno oscilan entre el 3% y el 8%. Quizá un 50% de los pacientes con este desorden sufren otros trastornos psiquiátricos.

Es difícil determinar la edad de inicio, pues la mayoría de los pacientes afirma que sufre ansiedad desde que es capaz de recordar.

Etiología: No se conoce.

Curso: de carácter crónico con agravamientos en etapas de estrés.

- Fobia social y fobia específica:

Una fobia es un miedo irracional que provoca una evitación consciente del objeto, actividad o situación temida y que provoca un malestar intenso. La reacción fóbica provoca una interrupción en el funcionamiento cotidiano normal del sujeto.

Epidemiología: Las fobias son el trastorno mental más común en los Estados Unidos de Norteamérica. Se estima que de un 5% a un 10% de la población sufre este tipo de trastornos. Las estimaciones menos conservadoras se elevan hasta el 25% de la población.

El malestar asociado a las fobias, en especial cuando no están reconocidas como trastornos mentales, pueden llevar a complicaciones psiquiátricas posteriores, incluyendo otros desórdenes de la ansiedad, un trastorno depresivo mayor y perturbaciones relacionadas con sustancias, en especial con el alcohol.

Edad de inicio: Para la fobia específica el inicio es más frecuente que para las fobias de tipo natural-ambiental. La fobia a la sangre-inyecciones -muerte oscila entre los 5 y 9 años.

La edad de inicio para la fobia social es la adolescencia, aunque es frecuente en edades tan tempranas como los 5 años.

Los miedos y las fobias son bastante comunes en niños. Representan cambios normales en el desarrollo. Las fobias a los animales suelen comenzar a la edad de 5 años, mientras que las fobias sociales comienzan después de la pubertad (Marks & Gelder, 1966 en Jalenques & Coudert, 1993).

Etiología : desconocida.

Factores familiares: en la fobia social se ha visto que los datos psicológicos indican que los padres de personas con una fobia social, eran, como grupo, menos cariñosos, más críticos y más sobreprotectores que otros padres.

Curso y pronóstico: No se sabe con exactitud, sin embargo, se reconoce que el paciente afectado tiene que depender de otras personas en su vida cotidiana y en los niños se ve afectado el rendimiento académico.

- Trastorno por angustia (panic disorder):

La característica esencial del trastorno por angustia es la presencia de crisis de angustia inesperadas, seguidas de la aparición, durante un periodo de 1 mes como mínimo, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones y consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo, relacionado con las crisis. Dependiendo de si reúnen o no los criterios de agorafobia, se diagnosticará un Trastorno de angustia con agorafobia o Trastorno de angustia sin agorafobia. (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

Epidemiología: Según Kaplan & Sadock (1996) los estudios epidemiológicos han informado de una prevalencia que oscila entre el 1.5% y el 3% para el trastorno por crisis de angustia, y entre un 3% y un 4% para las crisis de angustia, sin embargo, se cree que la prevalencia real es mayor de lo que indican las cifras, debido a los diferentes criterios contenidos en los DSM-III, DSMIII-R y DSM-IV.

El único factor social identificado que contribuye al desarrollo de un trastorno por crisis de angustia es una historia reciente de divorcio o separación. Este desorden aparece con más frecuencia en personas jóvenes, alrededor de los 25 años, pero lo mismo que la agorafobia puede presentarse a cualquier edad; existen casos de niños y adolescentes afectados. Este trastorno posiblemente se infradiagnostica en estas poblaciones.

La prevalencia de la agorafobia oscila entre un 0.6% y un 6%.

Etiología: Factores psicosociales: las teorías conductuales postulan que la ansiedad es una respuesta aprendida, bien por imitación de las conductas parentales o a través de un proceso de condicionamiento clásico. Desde este punto de vista, un estímulo nocivo que ocurre en presencia de un estímulo neutro, por ejemplo un trayecto en autobús, puede producir la evitación del estímulo neutro.

En el caso de la agorafobia las teorías psicoanalíticas ponen énfasis en la pérdida de uno de los progenitores en la infancia y una historia de ansiedad por separación. Cuando está solo en sitios públicos, el sujeto revive la ansiedad infantil de sentirse abandonado.

Los pacientes con este trastorno presentan una mayor incidencia de sucesos estresantes, en particular pérdidas durante los meses anteriores al inicio de la primera crisis, cuando se comparan con controles. Además, los pacientes suelen experimentar mayor malestar ante los sucesos estresantes que los sujetos control.

La perturbación está fuertemente relacionada con la separación parental y la muerte de alguno de los progenitores antes de los 17 años.

Los principales síntomas psíquicos son un miedo extremo y una sensación de muerte inminente. Normalmente, los pacientes no son capaces de identificar la fuente de sus miedos. Pueden sentirse confundidos y tener dificultades de concentración. Los signos físicos incluyen taquicardia, palpitaciones, disnea y sudoración. Los pacientes pueden experimentar depresión o fenómenos de despersonalización.

Los síntomas depresivos suelen coexistir con el trastorno por crisis de angustia y con la agorafobia; en algunos pacientes coincide un trastorno depresivo con otro por crisis de angustia. Los estudios han demostrado que el suicidio en estas personas es mayor que en aquéllas que no sufren trastornos mentales. Además de la agorafobia, pueden coexistir otras fobias y un trastorno obsesivo-compulsivo.

Los ataques de pánico parecen ser poco frecuentes antes de la pubertad (Macaulay & Kleinknecht, 1989; Von Korff, Eaton & Keyl., 1985; Vitiello, Behar, Wolfson & McLeer., 1990 en Jalenques & Coudert, 1993).

Todos estos trastornos suelen ser irreconocibles dada su presentación clínica en población infantil; muchos niños y adolescentes llegan a salas de emergencia y a clínicas médicas por los síntomas físicos de ataques de pánico (Jalenques, Lachal & Coudert, 1992 en Jalenques & Coudert, 1993).

- Trastorno obsesivo-compulsivo:

La obsesión es un pensamiento, idea, sentimiento o sensación, intrusivo y recurrente. Una compulsión es un pensamiento o una conducta recurrente, consciente y estereotipada. Las obsesiones incrementan la ansiedad de una persona mientras que el llevar a cabo las compulsiones o rituales la reducen. No obstante, cuando una persona se resiste a realizar la compulsión, la ansiedad aumenta. Puede ser un trastorno muy perturbador, ya que las obsesiones pueden consumir gran cantidad de tiempo e interferir de forma significativa con la rutina normal de una persona, su funcionamiento laboral, actividades sociales o relaciones con amigos o miembros de la familia.

Las obsesiones y compulsiones tienen ciertas características en común: una idea o impulso se introduce de forma persistente en la conciencia de la persona, una sensación de temor ansioso acompaña la manifestación central y con frecuencia lleva a la persona a tomar medidas en contra de la idea inicial o impulso. La obsesión o la compulsión son extrañas al sujeto, o sea, se experimentan como algo ajeno a la experiencia mental de uno mismo, no importa cuán vividas sean, la persona suele reconocerla como algo absurdo e irracional y siente un gran deseo de resistirse a ellas.

La manifestación de las obsesiones y compulsiones es heterogénea tanto en los adultos como en los niños.

Epidemiología: La prevalencia en población general se estima en un 2% y 3%. Estas cifras convierten al trastorno obsesivo compulsivo en el cuarto diagnóstico psiquiátrico más común, después de las fobias, las perturbaciones relacionadas con sustancias y el trastorno depresivo mayor.

La edad de inicio promedio es alrededor de los 20 años, aunque puede comenzar en la adolescencia o en la infancia, y en algunos casos a los dos años (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

Otros estudios refieren que los trastornos obsesivo compulsivos son más frecuentes en niños que en niñas (Hollingsworth, Tangay, Grossman & Pabst, 1980; Last & Strauss, 1989; Rapoport, 1986; Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane & Cheslow, 1989, en Jalenques & Coudert, 1993).

Estos pacientes suelen sufrir otros trastornos mentales tales como el depresivo mayor, fobia social, consumo de alcohol, trastorno por crisis de angustia y de la conducta alimentaria.

Curso y pronóstico: los síntomas se inician de una forma súbita. Entre un 50% y un 70% de estos pacientes empiezan a manifestar síntomas tras algún acontecimiento estresante, como el embarazo, un problema sexual o la muerte de un familiar. El curso acostumbra ser largo, pero muy variable.

Aproximadamente un tercio de los pacientes presentan un trastorno depresivo mayor y el suicidio es un riesgo que no hay que infravalorar. Un pronóstico peor se relaciona con una baja resistencia a las compulsiones, un inicio en la infancia, naturaleza extravagante de las compulsiones, la necesidad de hospitalización, la coexistencia de un trastorno depresivo mayor o creencias delirantes.

Los rituales de lavado, puesta en orden y comprobación son frecuentes en los niños. Hay empobrecimiento gradual del rendimiento académico y fallas en la concentración. Suelen hacer los actos rituales en la casa, lejos de sus compañeros, maestros, etc. (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

- **Trastorno por estrés postraumático:**

Se trata de una situación con repercusión emocional de gran magnitud, que sería traumática para cualquier persona. Estos traumas incluyen experiencias de combate, catástrofes naturales, asaltos, violaciones y accidentes serios. El trastorno consiste en: la reexperimentación del suceso a través de sueños o imágenes, la evitación persistente de cualquier cosa que lo recuerde y respuesta embotada a estos estímulos, un estado de hiperalerta. Los síntomas que se asocian con frecuencia son la depresión, la ansiedad y las alteraciones cognitivas.

Epidemiología: La prevalencia del trastorno está estimada en un 1% a un 3% en la población en general, aunque existiría un 5% a un 15% adicional que presentaría formas subclínicas de la perturbación.

Aunque el trastorno puede aparecer a cualquier edad, es más prevalente entre los adultos jóvenes. No obstante, los niños también pueden presentarlo. Si el suceso estresante se da durante la infancia, es frecuente que se produzca un paro en el desarrollo emocional de la persona.

Las principales características clínicas de este trastorno son la reexperimentación dolorosa del suceso, un patrón de evitación y embotamiento emocional, y una hiperactivación casi constante. Son frecuentes los sentimientos de culpa, rechazo y humillación. Los pacientes también pueden pasar por estados disociativos, y sufrir crisis de angustia. A veces aparecen ilusiones o alucinaciones. La evaluación cognitiva puede registrar alteraciones en la atención y la memoria.

Entre los síntomas asociados cabe citar agresividad, violencia, déficit en control de impulsos, depresión y trastornos relacionados con sustancias.

Curso y pronóstico: En general, los más jóvenes y los más ancianos son las poblaciones que presentan más dificultades.

Presumiblemente, los niños pequeños no disponen todavía de los mecanismos de afrontamiento adecuados para enfrentarse a los "shocks" físicos y emocionales que supone una experiencia traumática (Kaplan & Sadock, 1996; Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

2. LA COMORBILIDAD

Según Newman, Moffit, Caspi, Magdol, Silva & Stanton (1996), la epidemiología debe sostenerse sobre evidencia acumulativa de múltiples estudios, con el objeto de establecer datos acerca de la prevalencia de trastornos mentales en diversas poblaciones.

La comorbilidad entre los trastornos mentales tiene implicaciones muy importantes en cuanto a teorías, métodos e intervenciones (Clark, Watson & Reynolds, 1995, en Newman y cols., 1996).

La observación empírica acerca de que ciertos trastornos tienden a ocurrir en los individuos permite hacer revisiones taxonómicas y de los sistemas diagnósticos, e influir en la forma en que los investigadores identifican los factores de riesgo, seleccionan las muestras, implementan tratamientos y evalúan resultados.

Para la prevención primaria conocer la comorbilidad entre los trastornos mentales significa que los síntomas de una perturbación se utilizan para identificar poblaciones en alto riesgo de desarrollar otro trastorno. Altos índices de comorbilidad requieren que los médicos que evalúan pacientes consideren el completo cuadro diagnóstico y no sólo los síntomas iniciales. La comorbilidad afecta la severidad del deterioro y la eficacia diferencial de los tratamientos específicos para la enfermedad mental (Caron & Rutter, 1991, en Newman y cols., 1996).

En los escenarios clínicos se asume que los individuos buscan tratamiento ya que sus funciones están deterioradas. Sin embargo, los estudios epidemiológicos encuentran índices de trastornos mentales que exceden los índices de uso de servicios psicológicos. Los estimados indican que sólo del 10% al 30% de los casos con trastornos reciben algún tratamiento. Esta disparidad invita a preguntarse si todos o la mayoría de quienes logran un diagnóstico psiquiátrico experimentan un nivel de deterioro que requiere de intervención.

La adultez temprana ha sido hipotetizada como el período de mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad mental (Burke, Burke, Regier & Rae, 1990 en Newman y cols., 1996). Si esto es cierto, la investigación debiera identificar los factores específicos del desarrollo que incrementan el riesgo de trastorno mental, comparado con otras etapas del desarrollo. La prevalencia en el índice entre los adultos jóvenes se infiere a partir de las observaciones de niños y adolescentes, donde estos últimos mostraron los mayores índices de trastornos mentales, en comparación con los grupos de edades más pequeñas. (Cohen, Cohen, Kasen, Velez, Hartmark, Johnson, Rojas, Brook & Struening, 1993; Links, Boyle & Offord, 1989; McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992, en Newman y cols., 1996).

Dado que existe cierta sobreposición en los criterios de los distintos trastornos de ansiedad, los niños fácilmente son diagnosticados de manera diferente.

La patogénesis y los factores de riesgo de cada trastorno de ansiedad están íntimamente relacionados entre sí. Sufrir de alguno puede ser un factor de riesgo para otros desórdenes de ansiedad o depresivos.

En el DSM-III están separadas la depresión y la ansiedad, y hay quienes creen que ésta separación es correcta ; sin embargo, se ha visto que dichas patologías tienen que ver una con la otra. Hay evidencia de que existe comorbilidad respecto a la ansiedad y la depresión en individuos y familias (Leckman; Weissmann & Merikangas; Pauls & Prusoff 1983, en Roth y cols., 1988).

En muchos casos se ha reportado una asociación entre síntomas de ansiedad y depresivos. McGee, Feehan, Williams, Patridge, Silva & Kelly (1990 en Jalenques & Coudert, 1993) encontraron que el 12% de los adolescentes con trastornos de ansiedad sufrían depresión mayor. Otros estudios muestran que el 40% de los niños referidos con episodios de depresión mayor tienen también trastornos de ansiedad, siendo el más común el trastorno de ansiedad por separación (Mitchell, McCauley, Burke & Moss., 1988; Kovacs, Gatsonis, Paulanskas & Richards., 1989 en Jalenques & Coudert, 1993).

Es frecuente la coexistencia de un trastorno depresivo mayor y uno por crisis de angustia. Los investigadores afirman que de un 20.5% a un 90% de todos los pacientes con una perturbación por crisis de angustia presentan episodios de trastorno depresivo mayor (Kaplan & Sadock, 1996).

La relación entre depresión y ansiedad es compleja y aun no está elucidada. Como emociones normales ambas parecen tener bases evolutivas y neurobiológicas independientes, aunque suelen presentarse juntas, particularmente en respuesta a eventos adversos de la vida (Klerman, 1988).

La depresión encubierta es uno de los términos más controversiales encontrados en la literatura psiquiátrica. Lesse (1974) fue el primero en describir y emplear este término.

Este tipo de depresión se refiere a la presentación de síntomas que aparentemente no tienen relación con tal desorden, que, sin embargo, es la causa del problema en el sujeto. Los síntomas pueden ocurrir en distintas formas: aparecer como dolor, anorexia, comportamientos autodestructivos y ataques de pánico o ansiedad.

El término ha sido empleado para diversas condiciones, por lo que varios investigadores creen que es innecesario (Cytrin, Mcnew & Bunney, 1980; en Schwartz & Schwartz , 1993). Argumentan que es poco específico y que ayuda escasamente para elaborar un programa de tratamiento; sin embargo, el término se utiliza en la literatura para describir las relaciones entre factores psicológicos y

médicos, por ejemplo, la medicina psicosomática (Fisch, 1987; Makanjuola & Olaifa, 1987, en Schwartz & Schwartz, 1993), tanto como con adicciones y problemas conductuales.

Entre los múltiples síntomas de la depresión está la ansiedad. Entre un 60 y 70% de la gente que sufre depresión, ha reportado sentir ansiedad e incluso preocupaciones extremas (Klerman, 1988).

Se ha visto que muchos niños entre seis y siete años de edad, y hasta los 12, presentan síntomas de depresión tales como sentimientos de inadecuación, baja autoestima, sentimientos de desamparo, apatía, retardo de conducta y de los procesos del pensamiento, tristeza, hipersensibilidad y problemas de apetito. Sin embargo, más comunes son los problemas de conducta, escolares, fobias y enuresis. Algunos expertos, según Schwartz & Schwartz, (1993) sugieren que muchos de estos síntomas reflejan una depresión y que son efectivamente sus equivalentes, es decir, se trata de una depresión encubierta.

Los equivalentes depresivos pueden incluir fuertes berrinches, desobediencia, haraganería, huir de casa, delincuencia, fobia escolar, rendimiento menor al esperado, susceptibilidad para los accidentes, masoquismo, conductas autodestructivas, aburrimiento, acting out sexual, hiperactividad, agresividad, fracaso escolar, síntomas psicosomáticos (vómitos, dolores de cabeza, dolores abdominales), irritabilidad, arranques de furia, quejarse y llorar, fobias y otros (Kovacs & Beck, 1977, en Schwartz & Schwartz, 1993).

Según Weissman & Warner, 1989 en Schwartz & Schwartz (1993) los niños pueden sufrir ataques de pánico simultáneamente a la depresión.

Se ha visto que los niños pueden sufrir síntomas de depresión similares a los que presentan los adultos. Incluyen estado de ánimo deprimido, reducción de placer ante diversas actividades, trastornos del dormir y de la alimentación, agitación psicomotora o retardo, fatiga, sentimientos de culpa y de desprecio, concentración fallida y dificultades para la toma de decisiones, así como pensamientos relacionados con la muerte (Kennedy , Spence & Hensley, 1989).

Las diversas investigaciones indican que en el desarrollo de depresión infantil intervienen de manera importante las herramientas sociales, así como las relaciones interpersonales (Gotlib & Asarnow, 1979; Helsel & Matson, 1984; Puig-Antich, Lukens, Davies, Goetz, Brennan-Quattrock & Todak., 1985; Sacco & Graves, 1984; Strack & Coyne, 1983; Younggreen & Lewinson, en Kennedy y cols., 1989).

Existe una fuerte relación entre ansiedad y depresión (Reynolds, Anderson & Bartell, 1985 en Kennedy y cols., 1989). A este respecto, Kennedy y cols., (1989) encontraron que los niños que reportaron altos niveles de sintomatología asociada con la depresión tenían una tendencia a menor aserción y mayor sumisión, así como más dificultades sociales en cuanto a técnicas cognitivas y de

comportamiento. Son percibidos de manera poco favorable por sus compañeros y se les categoriza como aislados o rechazados por sus compañeros. Es decir, son juzgados de manera desfavorable y tienden a no ser aceptados.

Los trastornos depresivos parecen ser bastante raros entre los niños, sin embargo, se vuelven más frecuentes durante la adolescencia temprana (Angold, 1988; Fleming & Offord, 1990). Entre niños deprimidos la proporción del sexo es equivalente (Fleming, Offord & Boyle, 1989) y no es sino hasta la adolescencia que la preponderancia femenina, encontrada en los trastornos de depresión adulta, se hace evidente (Kashani, Dandoy, Vaidya, Soltys & Reid, 1987; McGee y cols., 1990, en Harrington, Fudge, Rutter, Bredenkamp, Groothues & Pridham, 1993).

Es común que la depresión en niños ocurra en conjunción con otros desórdenes psiquiátricos infantiles, como trastornos de la conducta y estados de ansiedad (Harrington, 1990; Kolvin & Kapián, 1991 en Harrington y cols., 1993).

Se han realizado numerosas investigaciones para estudiar la relación entre la depresión infantil y la adulta. Los estudios sobre la fenomenología de los desórdenes depresivos a través de la niñez y la adultez han encontrado principalmente que los niños deprimidos tienen síntomas similares a los adultos (Carlson & Kashani, 1988; Mitchell, McCauley & Burke., 1988, Ryan, Puig-Antich & Ambrosini., 1987; en Harrington y cols., 1993).

Estudios longitudinales han encontrado que la depresión infantil o adolescente está asociada con un incremento en la probabilidad de riesgo de tal padecimiento durante la adultez (Harrington, Fudge & Rutter, 1990; Kandel & Davies, 1986; 1990, en Harrington y cols., 1993).

Se sugiere que los desórdenes depresivos en gente joven representan la misma condición psiquiátrica que en la adultez y que la depresión antes de esta etapa es la forma más severa del trastorno. (Puig-Antich, Goetz, & Davies, 1989; Strober, Morrel & Burroughs, 1988; en Harrington y cols., 1993).

La investigación de Fleming, Offord & Boyle (1989) se enfocó a cuatro desórdenes infantiles: desórdenes de la conducta, hiperactividad, desorden emocional (neurosis) y somatización.

Los desórdenes de la conducta con hiperactividad se establecieron con base en los criterios del DSMIII-R sobre desórdenes de la conducta y desorden del déficit de atención con hiperactividad (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980, en Fleming y cols., 1989). El desorden emocional, o neurosis, combinó elementos de las categorías del DSMIII-R, incluyendo desórdenes de ansiedad, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo-compulsivo.

La somatización fue definida a partir del DSMIII-R, incluyendo dos criterios: síntomas somáticos recurrentes sin evidente causa física y la percepción del individuo como enfermo.

Para medir esto se aplicó The Child Behavior Checklist (CBCL; Edelbrock, 1983 en Fleming y cols., 1989) y el Survey Diagnostic Instrument (SDI) que averigua sobre la cronicidad de los síntomas.

También se empleó el instrumento The Ontario Child Health Study (OCHS), (Fleming y cols., 1989) aplicado a 1869 familias, que incluyeron 3249 niños de edades entre los cuatro y dieciséis años. Se administró con el objeto de determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos y problemas médicos crónicos en niños de la Ciudad de Ontario, Canadá. Los datos de los niños de cuatro y cinco años fueron excluidos, puesto que la mayoría de las investigaciones no abarcan edades tan tempranas.

Todos los criterios acerca de la depresión son manejados por el DSI. De acuerdo al DSM-III se diagnóstico la depresión mayor si el niño o adolescente presentaba más de cuatro de los siguientes síntomas :

- pobre apetito o demasiado
- problemas para dormir
- problemas para disfrutar actividades
- sentimientos de inferioridad
- falta de concentración
- intentos de suicidio o ideación suicida
- falta de energía o incapacidad para quedarse sentado

Algunas de estas opciones fueron contestadas por los padres, por los maestros o ambos, e incluso por los mismos niños y jóvenes.

Los resultados indicaron que la prevalencia de depresión en los preadolescentes fue de 0.6%, mientras que en los adolescentes alcanzó 1.8%. Se incrementó la utilización de servicios de salud mental, la comorbilidad, el pobre desempeño escolar y los problemas sociales. No hubo consenso entre los datos brindados por los padres, maestros y los mismos adolescentes, quienes reportaron más síntomas.

Por otra parte, Newman y cols., (1996) recolectaron datos acerca de la salud mental en edades de 11, 13, 15, 18 y 21 años, en una muestra epidemiológica que se valió de pruebas de diagnóstico estandarizadas. Se encontró que los trastornos mentales se incrementaron longitudinalmente de la niñez tardía (18%) hasta la adolescencia tardía (22%) y adultez joven (44%). Casi la mitad de los sujetos de 21 años tuvieron diagnóstico comórbido y la comorbilidad estuvo asociada con severidad en el deterioro. Respecto a los nuevos casos, se encontró que aquéllos

con historias previas de trastornos mentales estuvieron más deteriorados y tendieron a mayores diagnósticos comórbidos.

Las metas de este estudio fueron las de examinar empíricamente la naturaleza y alcance de la enfermedad mental durante el periodo de transición de la adolescencia a la adultez. Las principales cuestiones que se abarcaron fueron: prevalencia, comorbilidad, deterioro funcional debido a trastornos mentales, cambios en la prevalencia desde la temprana adolescencia hasta la adultez joven y la incidencia de nuevos casos que emergen durante esta última etapa. Se estudió en una muestra que se ha seguido longitudinalmente con repetidas mediciones de salud mental desde la infancia hasta los 21 años de edad.

En cuanto a población adulta en los Estados Unidos de Norteamérica se encontró que uno de cada cuatro adultos jóvenes entre 18 y 29 años de edad sufren de algún trastorno mental (Robins & Regier, 1991), cerca del 30 % de sujetos entre 15 y 54 años fueron identificados con un desorden mental y el más alto índice de prevalencia para perturbaciones mentales, un 37% se encontró en sujetos de 15 a 24 años de edad (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshelman, Wittchen & Kendler, 1994, en Newman y cols., 1996).

El estudio reveló que los índices de prevalencia de trastornos mentales en los adultos jóvenes son alarmantes. Estos datos son de gran importancia ya que demuestran que los casos identificados con un diagnóstico funcionan de manera mucho menos eficaz que quienes no presentan ningún trastorno. Los jóvenes adultos con problemas psiquiátricos experimentan numerosos obstáculos en su desarrollo: de acuerdo con autorreportes, sufren interferencia en su trabajo y en sus actividades diarias; según otros informantes, han desarrollado una reputación para el comportamiento desequilibrado y de acuerdo con registros oficiales, tienen una incidencia mayor en cuanto a convicciones criminales, en comparación con adultos psiquiátricos sanos. Tales obstáculos pueden impedir a los jóvenes adultos completar su educación, asegurarse un empleo y crear relaciones satisfactorias.

Asimismo, se encontró que la prevalencia en un periodo de 12 meses de algún trastorno psiquiátrico entre jóvenes de 21 años fue del 40.4%. En otros países se han realizado estudios que también arrojaron datos específicos pero los autores llegan a la conclusión de que a pesar de que los índices varían de acuerdo a cada nación, parece ser que entre el 25% al 40% de los adultos jóvenes en países industrializados, sufre de algún trastorno mental.

Aunque el índice de los desórdenes mentales en la adultez joven es muy alto, tres cuartos de los casos diagnosticados a la edad de 21 años tuvieron historia de perturbaciones mentales durante su niñez o adolescencia. Estos problemas se encuentran en los trastornos del DSM. Sólo una fracción (16.5) de dichos casos tuvo su primera experiencia de enfermedad mental en la adultez. Los autores reconocen el hecho de que en su investigación no se aproximaron a estudiar casos previos a la edad de 10 años. Por lo tanto se puede concluir que

aparentemente la vasta mayoría de adultos jóvenes que presentan enfermedad mental, han tenido previamente problemas psicológicos. Por esta razón, considero de gran importancia estudiar los problemas de la población infantil, con el fin de prevenir enfermedades que se desarrollan o manifiestan durante la adultez.

Los resultados de esta investigación sugieren que la mayoría de los trastornos mentales tienden a ser crónicos, o en el mejor de los casos, remiten por episodios. Parece que la mayoría de los desórdenes mentales en los jóvenes tienen una fase prodrómica durante la niñez o la adolescencia y que el período de riesgo para el inicio de los trastornos es antes de los 18 años. Es posible que los retos del desarrollo y del medio ambiente que confluyen durante la transición de la adolescencia a la adultez, representan la causa del desarrollo de trastornos mentales; no obstante, los altos índices de trastornos previos entre los adultos jóvenes apuntan a la preexistencia de diatesis durante etapas anteriores de la vida. Esta interpretación se confirma a partir del seguimiento de sujetos de 21 años de edad que acentúan la continuidad en las manifestaciones características de trastornos psiquiátricos desde la niñez y la adolescencia. La investigación reveló continuidad homotípica de ansiedad y trastornos del afecto en los adultos jóvenes, así como manifestaciones variadas de sintomatología psiquiátrica entre los casos de jóvenes dependientes al uso de sustancias.

Según los autores, los estudios longitudinales-epidemiológicos sobre la salud mental permiten hacer intervenciones proveyendo información acerca de la continuidad y los cambios en la ocurrencia y desarrollo de los trastornos mentales en la población en general.

Sus resultados indican que para 21 años, sólo el 36% del grupo cohorte escapó al diagnóstico de algún trastorno mental importante. Los autores sugieren enfocarse en el sector más joven de la población. Los resultados longitudinales indican que aunque la prevalencia de desórdenes mentales tiende a presentarse con mayor frecuencia entre los adultos jóvenes, la mayoría de los pacientes que acuden a tratamiento son casos con historias previas de problemas psiquiátricos durante la niñez. Así, los esfuerzos de prevención primaria deben apuntar hacia la población infantil y adolescente y no a la adultez joven, cuando la prevalencia es más alta pero la incidencia de nuevos casos es lo contrario.

La gran mayoría de las investigaciones sobre trastorno por déficit de la atención, se han enfocado en conocer su comorbilidad. Algunos autores han encontrado que los niños que lo padecen son más propensos a tener un trastorno afectivo o de ansiedad que aquéllos de la comunidad (Hinshaw, 1987). Asimismo, son tan propensos a tener síntomas o trastornos como depresión y ansiedad como los niños con otros diagnósticos (Shekim, Kashani, Beck, Cantwell, Martin, Rosenberg & Costello, 1986).

Jensen, Shervete III, Xenakis & Richters (1993), sugieren que los estudios realizados acerca de la comorbilidad de dicho trastorno y de otros tienen las

limitaciones de no haber examinado los factores estresantes de la vida, lo mismo que el entorno familiar, que podrían representar un papel único en el trastorno.

El estudio de estos autores consistió en comparar a niños con trastorno por déficit de la atención, niños con otras perturbaciones y niños en la comunidad para examinar la validez de la nosología del trastorno de déficit de atención. Se evaluó a los menores y se registraron las percepciones de los padres acerca de sus síntomas.

La investigación incluyó 47 niños con trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, 47 de la comunidad y 47 que habían solicitado servicio en una clínica por otro desorden.

Los niños contestaron el Child depression inventory (Kovacs & Beck, 1977, en Jensen y cols., 1993) y el Revised childrens manifest anxiety scale (Reynolds & Richmond, 1987, en Jensen y cols., 1993).

Los padres respondieron The Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983 en Jensen y cols., 1993), así como The Hopkins symptom checklist (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974, en Jensen y cols., 1993). Las madres contestaron The Life Events Record para recolectar información acerca de los eventos estresantes que pudieron haber vivido los niños durante el último año (Coddington, 1972, en Jensen y cols., 1993).

Los resultados obtenidos fueron: 23 de los 47 niños con trastorno por déficit de la atención, es decir, el 48% también recibieron diagnósticos de depresión sola (N=10) o depresión y ansiedad (N=8). El resto de los 24 menores (51.1%) con trastorno por déficit de la atención con hiperactividad no tuvieron otros diagnósticos.

También se encontró que los niños diagnosticados con este trastorno y que tuvieron otro adicional afectivo o de ansiedad, tuvieron significativamente mayores niveles de estrés.

A partir de estos resultados, los autores sugieren que la depresión o los síntomas de ansiedad podrían ser la causa o el resultado del trastorno por déficit de la atención. En algunos casos, la depresión y la ansiedad podrían haber sido no identificadas por el pediatra, o estas perturbaciones pudieron haber sido enmascaradas por el tratamiento de trastorno por déficit de la atención. Así, un niño puede deprimirse por el fracaso crónico en la escuela y en sus relaciones de amistad, o pudo estar ansioso por otras circunstancias de la vida que resultaron el déficit de atención y síntomas de ansiedad. Esto puede observarse en los resultados que obtuvieron los autores sobre los eventos estresantes en la vida y los altos índices de síntomas por parte de las madres de los menores con trastorno por déficit de atención. Es posible que estos niños respondan a la adversidad ambiental y a los eventos traumáticos con una mezcla de trastorno por déficit de la atención, trastornos afectivos y síntomas de ansiedad.

Una aportación importante sería la de delinear los subgrupos de las entidades psiquiátricas, para poder identificar la comorbilidad entre los trastornos y desarrollar estrategias de intervención específicas. Esto facilitaría los tratamientos a nivel médico (dar medicinas) o psicológico, es decir, brindar el apoyo a los padres y a los niños.

El trastorno de déficit de la atención con hiperactividad es heterogéneo y de etiología desconocida. Es uno de los desórdenes más referidos a doctores familiares, pediatras, neurólogos, psicólogos y psiquiatras. Su impacto en la sociedad es enorme en términos de costo, estrés en las familias, en las escuelas y en el potencial para desarrollar conductas criminales y abuso de sustancias (Manuzza, Gittelman-Klein & Horowitz Konig, 1989).

En años recientes se ha encontrado evidencia que sugiere altos niveles de comorbilidad de trastorno de déficit de atención con hiperactividad con otro número de perturbaciones, como las del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y de la conducta, problemas de aprendizaje, personalidad borderline y síndrome de Tourette. De esto puede concluirse que se trata de un trastorno conformado por un grupo de condiciones con distintas etiologías y factores de riesgo, con que diferentes resultados, más que una entidad clínica homogénea.

La comorbilidad sugiere preguntas fundamentales en el sentido de si los trastornos psiquiátricos son discretos y entidades independientes (Hinshaw, 1987). De igual manera, afecta la investigación y la práctica clínica como resultado de su influencia en el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y servicios de asistencia en salud (Maser y Cloninger, 1987, en Biederman, Newcorn & Sprich, 1991).

Los autores examinaron la importancia de la comorbilidad con otros desórdenes en el desarrollo del trastorno con déficit de la atención con hiperactividad. Estudios familiares han demostrado que los trastornos de conducta en niños están asociados a conductas antisociales y alcoholismo por parte de los padres (Biederman, Faraone & Keenan, 1990, en Biederman y cols., 1991).

Muestras epidemiológicas (Anderson, Williams & McGee, 1987, en Biederman y cols., 1991) y clínicas de niños con trastorno por déficit de la atención con hiperactividad han demostrado que una asociación de comorbilidad con dicha perturbación y trastornos de ansiedad es de un 25%. Los investigadores han encontrado altos índices de trastorno por déficit de la atención con hiperactividad en niños de padres con desórdenes por ansiedad, que en niños de grupos de comparación.

Lahey y cols., (1988, en Biederman y cols., 1991), encontraron que niños con un diagnóstico de déficit de atención sin hiperactividad tenían mayores índices de trastorno de ansiedad que los niños con déficit de atención con hiperactividad.

Una investigación reciente (Biederman & Faraone , 1991, en Biederman y cols., 1991) acerca de las interrelaciones familiares en los dos trastornos encontró que existen nexos entre ambos. El estudio reveló que el riesgo para desórdenes de ansiedad entre los familiares de pacientes con trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, fue significativamente mayor que en relación a los parientes de un grupo de comparación. También se encontró que el riesgo para perturbaciones de ansiedad fue significativamente mayor entre los parientes con trastorno por déficit de la atención y de ansiedad, que en los parientes de niños con trastorno de atención con hiperactividad y sin problemas de ansiedad . No se encontró una transmisión no independiente dentro de las familias de trastorno por déficit de atención y trastorno de ansiedad.

Los autores encontraron las siguientes tasas o índices de comorbilidad del trastorno por déficit de la atención: entre 30-50% de desórdenes conductuales y oposicionales, 15-75% para perturbaciones del afecto o estado de ánimo, 25% para trastornos de ansiedad y 10-92% para problemas de aprendizaje.

Otro patrón de comorbilidad es la asociación entre trastornos de ansiedad y por déficit de la atención (Anderson y cols., 1987; Bird, Canino & Rubio-Stipec., 1988; Strauss, Last, Hersen & Kazdin., 1988, en Jalenques & Coudert, 1993).

Los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada son más propensos a tener otro problema por ansiedad, como fobia simple, ataques de pánico, fobia social o trastorno de evitación.

3. FACTORES DE RIESGO

La epidemiología es el estudio de trastornos en poblaciones, lo mismo que la distribución y determinantes de prevalencia de enfermedad en el hombre. La epidemiología explica la distribución de la enfermedad, su incidencia y prevalencia.

Entendiendo la magnitud de una enfermedad o trastorno es decir, sus índices, y los patrones o factores de riesgo para la ocurrencia de una enfermedad, tenemos pistas para conocer cuáles alteraciones pueden originar la no ocurrencia o la prevención de la enfermedad. El propósito de la epidemiología es prevenir el trastorno clínico (Weissman, 1986).

Para muchas perturbaciones sólo una pequeña fracción de personas enfermas busca ayuda; quienes lo hacen pueden representar las más enfermas con muchos trastornos. Por esta razón son importantes los estudios en la comunidad, particularmente en el caso de la ansiedad, cuyos síntomas pueden aparecer en forma de problemas cardíacos y sin llamar la atención del psiquiatra o síntomas incluir aislamiento social y hacer que la persona no acuda a tratamiento.

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido al hogar como la unidad básica dentro de la que se desarrolla el individuo. En ella, que es la fuente primaria de la socialización, aprende cómo funciona su sociedad y desarrolla patrones de conducta que le permiten funcionar de manera efectiva. Muchos de los valores, actitudes, intereses que son parte del comportamiento adulto del individuo, tuvieron sus comienzos y cristalizaron completamente a través de las influencias tempranas del hogar y la familia. Sin embargo, es dentro de esta unidad básica donde una buena parte del conflicto entre el mundo del adolescente y el del adulto tiene lugar, especialmente porque los padres son los adultos con quienes más contacto tienen los jóvenes (Powell, 1992).

Existe gran interés por estudiar la razón de que los padres lleven a cabo la educación de distintas maneras a sus hijos y conocer cuáles son los diferentes predictores de crianza (Belsky, 1984, en Grolnick, Weiss, McKenzie & Wrightman, 1996). La crianza debe abordarse como resultado de las características de los padres, del hijo y de las circunstancias familiares.

Según Grolnick y cols. (1996), las investigaciones acerca de los factores de crianza pueden dividirse en tres áreas:

a) los aspectos del contexto parental, que incluyen las circunstancias familiares, tales como niveles de estrés, de apoyo y recursos familiares (Belsky, 1984, en Grolnick y cols., 1996); b) el aspecto social cognitivo, que incluye las creencias de los padres acerca del desarrollo (Goodnow, 1984; Miller, 1988, en Grolnick y cols., 1996), y c) las características del hijo, que incluyen elementos que conciernen al temperamento.

La crianza involucra tiempo y energía y se ha visto que existen algunos otros elementos que pueden afectarla, como la presión económica (Elder y cols., 1985, en Grolnick y cols., 1996) y situaciones familiares difíciles (Patterson y cols., 1989, en Grolnick y cols., 1996). La hostilidad entre la pareja de padres está asociada a mayor uso de castigo al hijo (Dielman y cols., 1977, en Grolnick y cols., 1996).

Se ha visto que diferentes tipos de crianza como los estilos autoritarios, permisivos o medianamente permisivos, están relacionados con una variedad de respuestas en el adolescente, como autocontrol, agresividad y estrés (Baumrind, 1973; Maccoby & Martin, 1983, en Garber, Robinson & Valentiner, 1997). Existe evidencia de que el ambiente familiar puede contribuir al inicio y mantenimiento de trastornos afectivos (Burbach & Bourdin, 1986; Gerlsma, Emmelkamp & Arrindel., 1990, en Garber y cols., 1997); también de que hijos deprimidos perciben a su familias con menor cohesión, menor apoyo, menos democráticas y más conflictivas, en relación con los hijos no deprimidos (Mccaulley & Myers, 1992; Stark, Humphrey, Crook & Lewis, 1990; Walker, Garber & Greene, 1993, en Garber y cols., 1997).

Las madres de adolescentes deprimidos tienden a ser más castigadoras y rechazantes, menos comunicativas y menos afectuosas (Puig- Antich, Lukens, Davies, Goetz, Brennan-Quattroch & Todak, 1985, en Garber y cols., 1997) y demandan mayores estándares de desempeño, pero proveen menos reforzamiento positivo ante los logros de sus hijos, en comparación con las madres de hijos no deprimidos (Cole & Rehm, 1986, en Garber y cols., 1997).

Al hablar de la estructura familiar y de sus conflictos, debemos dar importancia a la relación individual padre-hijo, que representa la base del desarrollo de la personalidad. En particular, cierto tipo de interacciones con los padres contribuye significativamente a formar rasgos de personalidad y conductas durante la adolescencia.

Algunos autores (Blatt, 1974; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Schichman, 1983, en Fichman, Koestner & Zuroff , 1969) proponen que las experiencias tempranas de crianza pueden promover el desarrollo de estilos dependientes o depresivos.

Aunque los tipos depresivos pueden establecerse durante la adolescencia temprana, siguen influyendo el desarrollo posterior en cuanto a vulnerabilidad para los trastornos afectivos y en cuanto al ajuste social y personal.

Blatt (1974, en Fichman y cols., 1996) habla de dos tipos de depresión: la anaclítica, que se caracteriza por sentimientos de desamparo, debilidad y abandono, junto con deseos de ser amado y protegido; y la introyectiva, con intensos sentimientos de inferioridad, culpa y autodescalificación, además de la sensación de no haber cumplido con las expectativas.

Diversos investigadores han tratado de desarrollar predictores para los trastornos psiquiátricos, ya que se ha visto que muchas situaciones o factores pueden traer consecuencias maladaptativas.

En la investigación de psicopatología infantil, los factores de riesgo han sido definidos como aquéllos que, estando presentes, incrementan la posibilidad de que un niño desarrolle un trastorno emocional o del comportamiento, en comparación con otro seleccionado al azar y proveniente de la población en general (Garmezy, 1983, en Kashani y cols., 1990).

Los factores de riesgo han sido utilizados para caracterizar una gama de condiciones sociales y biológicas que podrían más tarde ser la causa, el correlato o incluso la consecuencia del comportamiento (Earls, 1989, en Kashani y cols., 1990).

Entre los factores de riesgo para estudiar la psicopatología infantil, se han incluido factores de riesgo genéticos, y sociales y pertinentes al ambiente familiar (Defries & Plomin, 1978; Langer., 1983, en Kashani y cols., 1990).

La investigación realizada por Kashani y cols., (1990) consistió en una muestra de 100 niños de edades entre los siete y los doce años que estaban en un hospital psiquiátrico. A los menores se les aplicaron cinco pruebas y una a los padres.

Los resultados indicaron que 59 de los niños estuvieron severamente deteriorados; determinación que se hizo a partir de tres informantes. El niño, los padres y el personal del hospital. 41 niños tuvieron menor psicopatología, en virtud de que menos de tres informantes les diagnosticaron un trastorno.

Los tres diagnósticos más comunes para los niños severamente deteriorados fueron: trastorno por déficit de la atención 52%, trastorno de ansiedad 51%, y enuresis 42%; contra 29% de los niños menos dañados.

Los tres diagnósticos que con mayor frecuencia se dieron a los niños menos deteriorados fueron: trastorno negativista desafiante 37%, trastorno por déficit de atención 34% y trastorno de angustia 32%.

Los menores más deteriorados reportaron mayor sentimiento de desesperación, baja autoestima y mayor ansiedad. Se encontró también que los niños tenían temperamento negativo, perfil poco disciplinado y habían sido expuestos a eventos negativos con el riesgo de convertirse en niños perturbados.

De acuerdo con los autores, las investigaciones en factores de riesgo no incluyen la ansiedad como predictor primario de psicopatología, y la severidad de ésta va en la misma dirección que la correspondiente a la psicopatología en general. Es la interacción de temperamento, personalidad y ambiente lo que constituye el posible desarrollo de trastornos.

Para la sociedad occidental, el patrón tipo es una familia compuesta por padres e hijos que viven bajo un mismo techo y mantienen una interacción armoniosa. Cuando la familia se separa de tal esquema (por ejemplo, divorcios, o familias monoparentales), es normal aparezca una gran variedad de problemas en el niño (baja autoestima, mayor riesgo de abuso infantil, mayor tendencia al divorcio, mayor incidencia de problemas mentales). Durante la infancia y la adolescencia, la muerte de alguno de los padres provoca efectos negativos, como un incremento de problemas emocionales futuros, en especial, la susceptibilidad a la depresión y al divorcio (Kaplan & Sadock, 1996).

Coderch (1991) establece que la carencia afectiva es consecuencia de una inadecuada relación entre el niño y sus progenitores, o quienes cumplan con esta función. Dicha relación es motivada, en muchas ocasiones, por la disarmonía existente entre los propios padres. Durante la infancia, esta situación puede dar lugar, a un niño inquieto e inestable.

El sentimiento de falta de afecto por parte de los padres, así como la impresión de ser rechazado por ellos, puede producir en el niño no solamente un estado de ansiedad, sino también un deseo de compensación y venganza, que se manifestará, tal vez, a través de un comportamiento antisocial y delincuente, o bien, en la necesidad de perpetuar la insatisfecha dependencia infantil.

Algunos de los factores que pueden afectar la dinámica familiar y tener consecuencias emocionales sobre el niño son: la ilegitimidad; la pérdida temporal o permanente de los padres, debida a separación, divorcio o muerte; el alcoholismo; las disputas entre los padres, la crianza en instituciones y estancias prolongadas en hospitales.

La ausencia de alguno de los progenitores provoca un sentimiento de inseguridad y priva al niño de una imagen de identificación, lo mismo que de un modelo mediante el cual realizar el aprendizaje de las relaciones interpersonales y la adquisición de hábitos sociales. La privación del amor parental es una de las peores formas de aislamiento a que puede verse sometido un individuo. La motivación consciente para el suicidio más frecuente, en todas las edades, es el sentimiento de soledad, de ser rechazado por los demás, o la pérdida del amor de alguna persona.

Según Jalenques & Coudert, (1993), si los padres han sufrido algún trastorno emocional o psiquiátrico, será mayor la predisposición de los niños a desarrollar un desorden semejante. A su vez, Rosenbaum y cols., (1992, en Jalenques & Coudert, 1993), reportaron altos índices de inhibición en niños de siete años nacidos de padres con agorafobia y ataques de pánico; examinaron los correlatos psiquiátricos de la inhibición conductual en niños de padres con y sin agorafobia y ataques de pánico. Los menores inhibidos presentaron mayor riesgo para trastorno de ansiedad múltiple, de ansiedad generalizada y fóbicos. De acuerdo con Roth (1959, en Roth y cols., 1988), 83% de los pacientes agorafóbicos

experimentaron algún evento de vida estresante o amenazante antes del desarrollo de la enfermedad.

Un bajo nivel socioeconómico tiende a representar mayor riesgo para el desarrollo de trastorno por ansiedad de separación (Last, Hersen, Kazdin, Finkelstein & Strauss., 1987; Velez, Johnson & Cohen., 1989 en Jalenques & Coudert, 1993), mientras que los niños que sufren de perturbación por ansiedad generalizada provienen de clases medias y altas (Last y cols., 1987, en Jalenques & Coudert, 1993).

Las experiencias traumáticas están relacionadas con el desarrollo de síntomas y trastornos de ansiedad en niños. Según Gittelman-Klein & Klein (1980, en Jalenques & Coudert, 1993), la ansiedad de separación ocurre en un 80% de los niños y adolescentes tras la enfermedad o la pérdida de algún ser querido, cambios de escuela o de casa. Muchas situaciones de estrés están implicadas: la muerte de un pariente, el divorcio de los padres, etc.

Un factor determinante entre las familias de niños que sufren de trastornos de ansiedad es que presentan psicopatologías que juegan un papel etiológico en la enfermedad del niño. Así, la patología se presenta inicialmente en los padres, especialmente en la madre; sus dificultades psicológicas influyen en el desarrollo de los trastornos del hijo.

Last y cols., (1987, en Jalenques & Coudert, 1993) compararon el estatus psiquiátrico de las madres de hijos con trastorno de ansiedad, específicamente con ansiedad por separación y trastorno de ansiedad generalizada, con un grupo control. Se encontró una relación específica entre los trastornos de ansiedad en niños y sus madres; 83% de las madres de hijos con ansiedad por separación y trastorno de ansiedad generalizada habían tenido historia de perturbación por angustia. Más de la mitad de las madres (57%) presentaron un trastorno por angustia, al mismo tiempo en que sus hijos sufrieron un trastorno de esta índole.

Por otro lado, Weissman & Orvaschel (1984, en Jalenques & Coudert, 1993) trabajaron con una población entre 6 y 17 años de edad que sufría depresión mayor y con un grupo control. También evaluaron el estatus psiquiátrico de las madres.

Encontraron que la depresión y los ataques de pánico o agorafobia en los padres otorga mayor riesgo de trastorno por angustia y depresión en niños. Sin embargo, una limitación de este estudio es que los diagnósticos de los menores se hicieron a través de la historia familiar y no mediante entrevistas directas con ellos.

En una investigación realizada con 393 niños de una guardería, de la casa de Expósitos, de familias particulares, de hogares de adopción y también en salas de obstetricia, en poblado indígena y en una casa cuna, Spitz (1969) encontró que los efectos de la privación materna pueden producir en el niño estados tales como la depresión anaclítica, eczema. Los índices de desarrollo mental y físico no sólo

fueron superiores en los niños criados por sus madres, sino que el porcentaje de morbilidad y mortalidad fue muy alto en los niños que no habían sido cuidados por ellas. En la guardería, que albergaba entre 40 y 60 niños, las enfermeras enseñaban a las madres a cuidar de sus hijos, si tenían que ausentarse, cuidaba del niño una mujer embarazada dispuesta a aprender el oficio de madre. Mientras la casa de Expósitos, una institución para niños desamparados, era un lugar oscuro y desagradable, donde cada enfermera debía ocuparse de muchos de los pequeños.

En estudios sobre otros factores de riesgo, se sugiere que debe considerarse el castigo físico como un elemento que incrementa la probabilidad de trastornos psicológicos (Straus & Kaufman-Kantor, 1994).

Se ha demostrado que la victimización es un proceso traumante que puede originar déficits interpersonales, tales como sentimientos de desamparo (Straus & Gimpel, 1994, en Straus & Kaufman-Kantor, 1994), baja autoestima y estrategias de autoderrota (Mcgrath, Keita, Strickland & Russo, 1990; Herman, 1992, en Straus & Kaufman-Kantor, 1994). Estas características son consistentes con perfiles psicológicos de depresión (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987, en Straus & Kaufman-Kantor, 1994), alcoholismo (Cox, 1983, en Straus & Kaufman-Kantor, 1994) y abuso intrafamiliar (Hamberger & Hastings, 1986, en Straus & Kaufman-Kantor, 1994).

La hipótesis de Straus & Kaufman-Kantor (1994) fue que a mayor uso de castigo corporal, mayor probabilidad, en otra etapa de la vida, de desarrollar depresión, ideación suicida, abuso de alcohol, asaltos a la mujer y abuso a niños. Posteriormente realizaron una muestra entre 6002 familias y obtuvieron resultados que concordaron con las hipótesis.

La exposición a eventos estresantes en la vida puede exceder la capacidad de un niño para bregar con ellos (Garmezy, Masten & Tellegen., 1984; Gersten, Langner, Eisenberg & Simcha-Fagan., 1977; Rutter, 1983, en Kasen, Cohen, Brook & Hartmark, 1996). Las investigaciones han indicado que esto es cierto para los niños en circunstancias de divorcio de sus padres (Emery, 1982, 1988; Heterington & Camara, 1984, en Kasen y cols., 1996). Comparados con niños de familias intactas, muchos pequeños de padres divorciados parecen tener menor competencia social, más problemas de conducta, mayor estrés psicológico y mayores déficits en cuanto al aprendizaje (Amato & Keith, 1991; Heterington, Cox, M., & Cox, R., 1979; Peterson & Zill, 1983, 1986; Wallerstein & Kelly, 1980, en Kasen y cols., 1996).

Los procesos negativos familiares resultan mayores predictores de un pobre ajuste por parte del niño que la estructura familiar (Baumrind, 1991; Kelly, 1988; O Leary & Emery, 1984, en Kasen y cols., 1996). En tanto, los conflictos intraparentales están asociados a problemas de adaptación en niños de padres casados y divorciados (Camara & Resnick, 1988; Johnston, Campbell & Mayes, 1985; Peterson & Zill, 1986; Reid & Crisafulli, 1990, en Kasen y cols., 1996).

Lazarus & Folkman(1984, en Kasen y cols., 1996), señalan que enfrentar factores estresantes por un largo periodo de tiempo, puede afectar las herramientas cognitivas y conductuales que tienen los niños. Por ello es razonable asumir que la capacidad para afrontar y adaptarse a circunstancias estresantes de la vida, como el divorcio, será mas difícil entre aquellos sujetos con temperamentos difíciles o historias de problemas emocionales o conductuales (Caspi, Elder & Herbener , 1990; Heterington, 1991, Rutter, 1987, en Kasen y cols., 1996).

El propósito de la investigación de Kasen y cols., (1996) fue examinar los efectos del estatus familiar en la trayectoria de temperamento problemático del primero hasta 1 los 10 años de edad y los trastornos psiquiátricos asociados 8 años después, en una muestra de 648 niños. Probar los riesgos con temperamento y adaptación en muestras de familias intactas y divorciadas con objeto de encontrar relaciones que puedan sustentar trastornos futuros desde una perspectiva del desarrollo. El estudio se llevó a cabo en 1975 y luego en 1983.

Los niños que calificaron alto en problemas conductuales están en mayor riesgo de trastorno por déficit de la atención, con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastornos de la conducta y depresión mayor. Los que calificaron alto en inmadurez tienen más riesgo de depresión mayor, y cuatro de estos sujetos, de trastorno de ansiedad por separación.

Los menores que vivían bajo la custodia de sus madres estuvieron tres veces más en riesgo de trastorno de conducta y casi dos veces más en riesgo por trastorno de ansiedad generalizada que aquéllos provenientes de familias intactas; también dos veces más riesgo de trastorno negativista desafiante que los del segundo grupo. Los niños en familias de padrastros o madrastras tuvieron cuatro veces más riesgo de trastorno por déficit de la atención con hiperactividad que los de familias intactas.

Los niños bajo custodia de las madres estuvieron cinco veces más en riesgo de depresión mayor que los de familias intactas. En las niñas esta relación no fue significativa. Comparados con los niños de familias intactas, los que se hallaban bajo custodia materna tuvieron más riesgo de los siguientes diagnósticos: trastornos de conducta, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, depresión mayor. En contraste, los efectos en las niñas bajo custodia materna fueron más modestos y no se encontró significancia en relación a las niñas de familias intactas.

En las familias con padrastros o madrastras, las niñas estuvieron en mayor riesgo de trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, depresión mayor y ansiedad generalizada, mientras los niños mayores tuvieron más riesgo de desarrollar trastornos de conducta. Las implicaciones para intervenciones futuras son importantes. Se sugiere soporte y guía en un nivel profesional para que puedan manejar las situaciones estresantes.

Es fundamental que las escuelas deben estar al pendiente, dado que el acceso a los servicios de salud mental puede ser muy difícil. Debe educarse a los padres para reconocer los síntomas y su necesidad de ayuda.

Por otra parte, estudios sobre algunos otros factores que inciden en los desórdenes mentales de los menores establecen que los niños de familias que abusan del alcohol están en mayor riesgo de desarrollar trastornos que sus compañeros que no se encuentran en esas circunstancias (Whipple & Noble, 1991). Asimismo, los niños cuyas familias experimentan múltiples factores de riesgo, por ejemplo, separación o problemas económicos, están en mayor riesgo de desarrollar problemas mentales que quienes no sufren dichos problemas (Rutter, 1990; Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff, Seifer, Zax & Barocas, 1987; Werner & Smith, 1992, en Rossa, Dumka & Yun Tein, 1996).

Además de las influencias de eventos negativos y prácticas de crianza por parte de los padres, los niños constantemente están influidos por las características del ambiente familiar. Para los que viven en casas con un ambiente sumamente estresante, parecen muy importantes dos características: a) el clima emocional y las características familiares de tratar los problemas, y b) la cohesión familiar, es decir, el lazo emocional entre los miembros de la familia (Olson, Portner & Bell, 1982, en Roosa y cols., 1996), que ha demostrado ser un mediador entre el estrés y el bienestar familiar y se correlaciona con la adaptación y la salud del niño (Clair & Genest, 1987; Farrell & Barnes, 1993; Miller, Epstein, Bishop & Keitner, 1985; Walker, McLaughlin & Greene, 1988, en Roosa y cols., 1996).

Si alguno de los padres ha perdido su empleo, probablemente surja una desintegración de las pautas y estilos de vida que el sujeto ha trazado para sí mismo, lo cual puede ser percibido como catastrófico por algunas personas.

Los autores Roosa y cols., (1996) efectuaron un estudio entre 303 niños de cuarto, quinto y sexto grados; preadolescentes elegidos porque generalmente la trayectoria negativa que los pone en riesgo, no se halla avanzada, factor que hace de los sujetos en esta edad un muy buen grupo para elaborar intervenciones preventivas (Cowen & Work, 1988).

La investigación trató de evaluar los problemas de alcoholismo de la familia, junto con los factores de riesgo. Se estudiaron dos características familiares, la cohesión y la capacidad de la familia para actuar como mediadora en la influencia de problemas de alcoholismo y factores de riesgo para los niños, con el objeto de proporcionar planes preventivos para esta población.

Se aplicaron varios instrumentos: El Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMATS) (Selzer, Vinokur & Van Rooijen , 1975, en Roosa y cols., 1996) para evaluar la magnitud del problema de alcoholismo, el Family Multiple Risk (Roosa y cols. ,1996) para identificar dentro de 16 factores y el Children of alcoholics life events schedule (Roosa, Sandler, Gehring, Beals y Cappo, 1988 en Roosa y cols.,1996) y el Family adaptability and cohesión evaluation scales II (Olson,

Portner & Bell, 1982, en Roosa y cols.,1996) que mide los lazos familiares entre las familias. También se utilizó el Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983, en Roosa y cols.,1996) (los padres contestaron las preguntas de todas las escalas).

Los resultados indicaron que la baja cohesión familiar está relacionada con trastornos de la conducta y depresión; por el otro lado, altos niveles de cohesión familiar están relacionados con mejor adaptación por parte del niño.

Los eventos negativos de la vida se relacionaron con trastornos de la conducta. La cohesión familiar juega un papel muy importante en la adaptación de los niños de padres alcohólicos o bebedores o con aquéllos que experimentan altos índices de eventos negativos.

Con el fin de examinar las diferencias de género respecto a los síntomas de comportamiento se realizaron pruebas a 64 niñas y a 158 niños entre los 4 y 7 años de edad, diagnosticados con trastorno negativista desafiante, problemas de conducta o ambos (Loeber, 1991; White, Moffit, Earls & Robins, 1990, en Webster-Stratton, 1996).

Se correlacionaron variables de los niños, de crianza y familiares, con los reportes de los maestros acerca de cómo externalizan los menores los problemas en la escuela. También se realizaron observaciones independientes sobre la forma en que externalizan dificultades en casa, antes del tratamiento para determinar si existen diferencias de género respecto a los factores de riesgo.

De igual forma se examinaron los datos de un seguimiento conducido entre 1 y 2 años después del tratamiento. Los resultados indicaron diferencias significativas en cuanto al género y los síntomas de las observaciones independientes hechas en casa. Sin embargo, los datos acerca de los síntomas de comportamiento estuvieron influidos por el género del agente reportero.

El único factor de riesgo específico que se encontró fue el de la negatividad del padre, que estuvo correlacionado con el comportamiento de los niños en casa. Respecto a las niñas, los mejores predictores fueron variables sobre el estatus psicológico de los padres y los estilos de crianza.

Los teóricos del desarrollo han sugerido que los niños que comienzan con problemas de conducta en el jardín de niños tienen mayores riesgos de continuar con una trayectoria de tales desórdenes, incluyendo delincuencia, deserción escolar y violencia interpersonal, durante la adolescencia (Loeber, 1991; White y cols., 1990, en Webster-Stratton, 1996).

Por otra parte, se han encontrado correlaciones respecto a la salud mental de los niños. Entre ellas podemos contar la tendencia de los menores en sufrimiento para hacer uso desproporcionado de los servicios de salud, de provenir de clases socioeconómicas bajas, de haber repetido años escolares, de venir comúnmente

de una casa disfuncional o en la cual algún padre está ausente y de tener madres con un alto nivel de estrés psicológico (Bird, Gould, Yager; Costello, Costello & Edelbrock, 1988, Garralda & Bailey, 1989.; Staghezza & Canino, 1989; en Gureje & Omigbodun, 1995).

De acuerdo con Gureje & Omigbodun (1995), la información que se tiene sobre factores de riesgo en psicopatología infantil generalmente ha derivado de estudios realizados en las culturas occidentales. Pero dado que los factores culturales difieren de manera importante entre las sociedades occidentales y africanas, no puede existir una base a priori para suponer que los mismos factores de riesgo operan en ambas culturas, o países. Esto podría justificar el estudio realizado en población infantil mexicana ya que parte de un inventario producido y estudiado en este país, en donde se investigó particularmente la cultura mexicana, la familia, los hábitos de crianza, etc. Así también, esta investigación puede servir para aportar datos en cuanto a la salud mental en otros países en vías de desarrollo.

Según Gureje & Omigbodun (1995), la identificación de los factores de riesgo entre la población infantil puede ayudar a los profesionales en salud mental a detectar la presencia de trastornos psicológicos.

El estudio se realizó en Ibadan, Nigeria en un hospital en el área de consulta externa. En una primera fase se les administró a las madres de los niños entre 7 y 14 años que atendían el hospital, el Child Behaviour Questionnaire (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970, en Gureje & Omigbodun, 1995). Para la segunda fase del estudio se seleccionaron 292 niños con base en los resultados más altos y más bajos de las madres.

Las entrevistas a los niños se realizaron aplicando el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present Episode (K-SADS-P) (Chambers, Puig Antich & Hirsch, 1985, en Gureje & Omigbodun, 1995). Para los reactivos concernientes a los trastornos por déficit de atención, aplicaron el National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello y cols., 1982, en Gureje & Omigbodun, 1995).

También, utilizando información adicional de las madres, los investigadores completaron el Childrens Global Assesment Scale (CGAS) (Shaffer, Gould & Brasic, 1983, en Gureje & Omigbodun, 1995). Además, con el objeto de evaluar su status mental en el momento, se administró a las madres el General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg & Williams, 1988, en Gureje & Omigbodun, 1995).

Se investigó acerca del estatus funcional de los niños que habían recibido un diagnóstico de depresión, trastornos relacionados con la ansiedad, desórdenes de conducta y perturbaciones por déficit de la atención. Se examinaron los factores de riesgo para cada categoría. Estos autores apuntan como trastornos asociados a la ansiedad: ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple y despersonalización.

Los resultados indicaron que 227 de los niños recibieron por lo menos un diagnóstico específico del DSMIII-R.

34 niños presentaron trastornos de conducta; 20, trastornos depresivos, 21 trastornos asociados a la ansiedad y 4 diagnóstico de trastorno por déficit de la atención.

La presencia de trastornos depresivos estuvo asociada a tener una madre sin educación formal, padres separados o divorciados, haber repetido uno o mas años escolares, haber realizado dos o más visitas a la clínica en los seis meses anteriores, vivir con uno de los padres o con ninguno, y pertenecer a la clase socioeconómica baja.

Los desórdenes asociados con la ansiedad estuvieron relacionados con una enfermedad importante o seria, haber realizado dos o más visitas a la clínica en los seis meses anteriores y una madre con altos niveles de estrés psicológico.

En cuanto a los perturbaciones de conducta y de atención, se encontró al estrés psicológico como factor de riesgo maternal.

Se observó que la presencia de trastornos depresivos o de conducta estaban ligados a un deterioro funcional, mientras que los trastornos asociados con la ansiedad no tuvieron relación con ello.

Costello, Costello & Edelbrock (1988, en Gureje & Omigbodun, 1995) realizaron un estudio donde la información para realizar el diagnóstico provenía de los propios menores y no de sus madres. Encontraron que los niños estaban en mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta, mientras los más pequeños podían presentar trastornos de ansiedad.

Los autores Costello y cols., (1988, en Gureje & Omigbodun, 1995) encontraron que los niños de un nivel socioeconómico bajo se hallaban en mayor riesgo de recibir un diagnóstico de depresión. "En un país con altos niveles de privación socioeconómica, la significancia de dicha relación es inmensa". Sugiere que el impacto de la pobreza posiblemente llegue a trastornos físicos. En México sucedería lo mismo.

En lo que respecta a México, para Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán (1992) es importante conocer la incidencia de factores de riesgo en poblaciones aparentemente sanas, con el objeto de que las intervenciones sean lo más adecuadas.

El problema de investigación fue explorar la incidencia de algunos estilos de vida y de interacción caracterizados como factores de riesgo con relación al padre mexicano: su ausencia y su presencia, la calidad de la relación que establece con

sus hijos, dada en términos de confianza y estilos de crianza, según la perspectiva de los adolescentes.

Los sujetos fueron 1772 adolescentes, 924 mujeres y 848 hombres de bachillerato público, con edades entre los 15 y los 18 años.

Se aplicó el SEVIC y se encontró que la ausencia del padre puede considerarse como un factor de riesgo.

En otro estudio, Sánchez-Sosa, Jurado Cárdenas & Hernández Guzmán (1992), detectaron las variables interactivas familiares y patrones de crianza que predicen el desarrollo de episodios de ansiedad severa en una muestra urbana, aparentemente sana, de adolescentes. Se estableció un índice de incidencia de estos episodios, en función del sexo de los sujetos. Éstos fueron 2047 adolescentes escolares, de entre 15 y 18 años.

Se realizó la aplicación de SEVIC, concentrado en la porción del instrumento que explora ansiedad, más específicamente, episodios agudos de angustia severa.

No se administró una variable independiente con el fin de observar su efecto en otras variables dependientes. El diseño fue de grupos contrastados (los datos más altos y los más bajos de crisis de angustia). Fue un estudio correlacional porque se asociaron la incidencia y severidad de los episodios con las variables respecto de los hábitos de crianza.

Para el tratamiento estadístico de los datos se realizó un Pearson entre el reactivo target y cada uno de los valores de los reactivos de la sección de factores de riesgo, y una chi cuadrada evaluando la diferencia entre los valores de estilos de crianza, comparando a los sujetos con altos y bajos índices de episodios de ansiedad severa.

Resultaron diferencias significativas entre sujetos con incidencia alta y baja de episodios agudos de angustia severa, sobre aspectos relativamente específicos de la relación entre, y con los padres; más específicamente, con violencia verbal o física en la relación con los padres, incluyendo amenazas de separación; así como algunos estilos de interacción con el individuo. Los resultados mostraron que estas variables actúan como factores de riesgo o predictores de la génesis de los episodios de angustia. La función paterna juega un papel central en el desarrollo de tales episodios agudos de ansiedad severa.

Los resultados señalaron seis expresiones concretas de los estilos de crianza como predictores del desarrollo de estos problemas: carencia o escasez de muestras de afecto entre los padres; que los padres peleen en presencia de los hijos; que en sus confrontaciones discutan a gritos; que en las contiendas las agresiones terminen en violencia física, que haya amenazas de separación o divorcio y que el estilo de interacción del padre con el hijo se haya caracterizado por darle órdenes en un tono duro u ofensivo.

Encontraron que el problema afecta a más mujeres que hombres, con una diferencia de 16% entre los sexos.

Según Cowen, (1983, en Sánchez-Sosa y cols., 1992) prácticamente toda la investigación clínica de las últimas dos décadas ha dirigido sus esfuerzos a desarrollar acciones y programas de naturaleza terapéutica. Sólo recientemente se han reorientado esfuerzos hacia una búsqueda sistemática de factores de interacción familiar y social, para delabrar un análisis etiológico de grano más fino sobre las llamadas neurosis o desórdenes de la personalidad.

Según los autores, a pesar de que se han encontrado variables asociadas a la salud o deterioro del individuo, no han sido lo suficientemente estudiadas. Señalan que muchos de los problemas psicológicos son atendidos cuando ya se manifestaron y sugieren prevenirlos mucho antes de que aparezcan los signos de deterioro.

Lindsey, Schoenback, George & Blazer (1989, en Sánchez-Sosa y cols., 1992) analizaron los efectos del divorcio y la muerte de los padres en 3803 sujetos mayores de 18 años, a quienes aplicaron una serie de instrumentos, con historias de por lo menos seis meses de trastornos de ansiedad. Un año después entrevistaron a 2988 de ellos. Encontraron que la muerte del padre no estuvo asociada con ningún trastorno de ansiedad. Sin embargo, las personas cuyas madres murieron o se divorciaron antes de que ellos cumplieran 10 años, mostraron mayor probabilidad de sufrir agorafobia con crisis de angustia, lo mismo ocurrió con aquéllos cuyos padres se separaron o divorciaron. Los autores concluyen que las pérdidas paternas durante la niñez son factores significativos de riesgo para la generación de trastornos de ansiedad.

A su vez, Kashani & Orvaschel (1988, en Sánchez-Sosa y cols., 1992) investigaron acerca de la ocurrencia de pánico y los factores de riesgo, así como la ocurrencia de trastornos de ansiedad. Los resultados indican que el trastorno de ansiedad es el más común entre adolescentes y alumnos, y encontraron una relación significativa entre la ansiedad y la depresión.

Sánchez-Sosa y cols. (1992), se preguntan acerca de las interacciones defectuosas del individuo que pudieran tener una implicación en el área que estudia estos trastornos desde el punto de vista biológico. Dado que resulta difícil convertir los hallazgos de tipo biológico en intervenciones preventivas primarias.

Los mismos autores apuntan que la literatura carece de datos que indiquen la importancia de interacción familiar y crianza sobre estos problemas. Sugieren, asimismo, que un conocimiento sistemático de esa naturaleza permitiría el análisis de componentes o prácticas familiares concretas, lo que posibilitaría el diseño de programas educativos o de promoción de la salud que previnieran el desarrollo de las crisis de angustia, antes de la aparición de sus primeras manifestaciones clínicas.

Se ha visto que existe una relación importante entre el comportamiento parental, el deterioro parental, el desarrollo de la personalidad, los indicadores biológicos y los desórdenes mentales en niños.

Se han registrado mayores avances en el desarrollo de medidas estandarizadas para comprender y medir los trastornos mentales, también en la utilización de estrategias para establecer la estabilidad de tales medidas con el tiempo, así como en el estudio de los factores de riesgo de las perturbaciones y en el desarrollo de procedimientos estadísticos para comprender los factores de riesgo desde un punto de vista prospectivo. (Robins, 1987).

Hernández-Guzmán y Sánchez Sosa (1991), mencionan que durante los últimos años han elaborado instrumentos de detección de factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental. Las versiones más recientes de estos instrumentos ya cuentan con un nivel muy aceptable de validez, confiabilidad y sensibilidad; esto permite suponer que en un futuro no distante se podrá contar con un sistema integral de detección de factores de riesgo en el área.

Estos autores se abocaron a crear un modelo que explore la incidencia de las variables relacionadas con el desarrollo familiar y social sano; permita investigar la incidencia de signos precoces del deterioro de la salud mental o adaptación psicológica en población aparentemente sana e identificar las relaciones entre las variables asociadas con el desarrollo familiar y social, y uno o más de los signos de deterioro de la salud mental. Pretenden fundar bases metodológicamente sólidas para el diseño de intervenciones preventivas, a partir de los factores de riesgo identificados, y efectuar réplicas del presente estudio en diversas poblaciones para asegurar y ampliar la generalidad de los resultados.

El procedimiento consistió en mejorar el SEVIC. El instrumento explora los problemas psicológicos más frecuentes según fuentes diversas, por un lado, y factores familiares del desarrollo que se han asociado con problemas psicológicos, por otro.

Por otra parte, un estudio realizado por Goodyer, Wright & Altham (1990) investigó acerca de los efectos de los logros sociales recientes, las dificultades con las amistades y eventos importantes en relación con la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad o depresivo. Los resultados indicaron que la probabilidad de ser un caso de trastorno de ansiedad o depresivo es dado por los efectos independientes de los eventos de vida y los efectos interactivos de la ausencia de logros recientes sociales con amistades moderadas o pobres. La ausencia de logros sociales (definida como cualquier evento con connotación personal o el deseo de pertenencia social y que puede ser captado por los demás, compañeros, maestros y familiares), que expresa un nivel o grado de eficiencia personal, parece promover el riesgo de trastornos emocionales sólo en la presencia de pobres o moderadas relaciones de amistad.

Se ha visto que muchos niños (probablemente hasta el 50%) expuestos a adversidades crónicas, no desarrollan trastornos emocionales (Rutter, 1979, 1985, en Goodyer y cols., 1990). Esto ha originado que los investigadores se pregunten acerca de los factores sociales que pueden proteger a un niño, frente a la exposición a eventos de vida no deseados, para no desarrollar trastornos psiquiátricos.

Las relaciones cercanas y afectuosas con los padres pueden ser un factor determinante para el desarrollo de autovaloración y eficiencia personal (Garnezy, 1983; Pellegrini, 1985, en Goodyer y cols., 1990). El desarrollo y promoción de la competencia personal a través de las relaciones sociales positivas puede ser un importante mecanismo para el decremento del riesgo de desarrollar psicopatología. La habilidad para hacer amigos y desarrollar relaciones amistosas en la niñez llega a ocurrir como consecuencia de relaciones afectuosas en la familia, que preceden el desarrollo de amistades y proveen las bases para el desarrollo de eficiencia personal (Harter, 1983; Petit, Dodge & Brown, 1988 en Goodyer y cols., 1990).

Las situaciones sociales que producen logros personales pueden originar tanto satisfacción personal como aceptación o reconocimiento social y actuar como factores protectores de situaciones estresantes, confirmando o manteniendo un sentimiento de competencia personal.

Los autores clasificaron a los sujetos de acuerdo a las categorías de ansiedad dominante o depresión dominante: los trastornos de ansiedad dominante se caracterizan por miedo, fobias, obsesiones y síntomas somáticos (dolor de cabeza , dolor abdominal, y otros dolores no especificados). Los trastornos de depresión dominante presentan las siguientes características: marcadas y persistentes formas de miseria y tristeza, acompañadas por uno o más pensamientos negativos (desamparo, desprotección, ideación suicida, y pobreza de pensamiento).

Según Fendrich, Weissman & Warner (1990), existe evidencia considerable de que niños de familias disfuncionales tienen mayor riesgo para desarrollar psicopatología que los niños provenientes de familias estables. Los autores se preguntan acerca de la relación entre factores de riesgo familiares y psicopatología infantil, su nexa con la psicopatología parental y el desarrollo de psicopatología en sus hijos.

Se ha encontrado que el poco cariño, combinado, por ejemplo, con un alto nivel en la sobreprotección, es un factor de riesgo para trastornos psiquiátricos (depresión y ansiedad) en los menores.

Todos los factores de riesgo, exceptuando el poco cariño y la sobreprotección, estuvieron significativamente asociados con por lo menos un diagnóstico psiquiátrico. Los niños expuestos a padres que reportan adaptación marital pobre

estuvieron más propensos a un diagnóstico para toda la vida, que los otros pequeños.

Frente a la presencia de discordia entre padres-hijos, los menores estuvieron más propensos a ser diagnosticados con desórdenes de la conducta. Niños en un ambiente de baja cohesión familiar estuvieron más propensos a ser diagnosticados con depresión mayor y desórdenes de la conducta, así como con trastornos de ansiedad. El divorcio mostró una fuerte asociación con una perturbación de conducta que puede durar toda la vida.

Fendrich y cols. (1990) encontraron que los factores de riesgo están íntimamente relacionados con los resultados en cuanto al diagnóstico. Asimismo, su estudio arrojó datos que sugieren que los factores familiares de riesgo, como la discordia entre los padres y el conflicto entre padres e hijos, un bajo índice de cariño y alta sobreprotección, baja cohesión familiar y divorcio de los padres, fueron más prevalentes entre los hijos de los padres deprimidos que entre los de padres sin depresión. La presencia de estos factores estuvo relacionada con más altos índices de depresión mayor y trastornos de la conducta.

Los trastornos de ansiedad no fueron asociados con los factores de riesgo familiares. La depresión parental como predictor de depresión mayor, trastornos de ansiedad y cualquier diagnóstico, tanto la depresión parental como los factores de riesgo familiares, fueron elementos de trastornos de la conducta. Los factores de riesgo familiares fueron más importantes para los trastornos de conducta que para otros desórdenes.

Los resultados de la investigación sugieren que tanto los conflictos maritales entre padres, como los conflictos entre padres e hijos, son factores de riesgo para la internalización y externalización de trastornos. El efecto mayor del estudio se encontró en el pobre ajuste marital, seguido por la discordia entre padres e hijos y continuado por el divorcio parental.

Los bajos índices de cariño y alta sobreprotección fueron la categoría que tuvo el impacto más adverso. Estos reportes estuvieron asociados a cinco veces más trastornos que en los casos de niños sin padres depresivos.

4. PREVENCIÓN PRIMARIA

Dice Caplan (1993) que la prevención puede conceptualizarse en tres niveles:

La prevención primaria: que busca reducir la incidencia, o tasa de nuevos casos de trastorno que surgen durante un cierto periodo de tiempo, mediante medidas que se centran en segmentos de la población que aún no padecen el trastorno.

La prevención secundaria: que pretende reducir la prevalencia, o tasa de niños enfermos en una población en un momento temporal, por medio del diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz inmediato, para reducir la duración del trastorno establecido.

La prevención terciaria: que trata de mejorar el nivel de funcionamiento habitual en una población de niños que se han recuperado de un trastorno particular.

Los factores de riesgo incluyen varias condiciones biopsicosociales en el niño y en su experiencia vital, que la investigación empírica ha demostrado están regularmente asociadas al aumento de la prevalencia de psicopatología, en comparación con grupos de niños no expuestos a estos factores. Pero aunque la exposición a un factor de riesgo, incluso severo (como tener a ambos padres psicóticos), aumenta la probabilidad de que el niño llegue a enfermar, los estudios empíricos muestran repetidamente que una proporción significativa de la población de niños expuestos se desarrolla de manera sana. Las variables intermedias se introducen para explicar por qué ciertos niños, bajo estos riesgos no llegan a enfermar. La variable intermedia central es una característica del patrón intrapsíquico del niño, que habitualmente es llamada competencia. Sus atributos fundamentales, además de factores constitucionales tales como el nivel de activación, la sensibilidad a estímulos y la capacidad para contrarrestar la fatiga, incluyen el sentimiento de auto-eficacia del menor, esto es, el sentimiento de capacidad para dominar su entorno, y su bagaje de habilidades de resolución de problemas sociales y materiales. Estos aspectos los desarrolla a consecuencia de ser orientado y enseñado por otros significativos, especialmente por miembros de su núcleo familiar y educadores (Caplan, 1993).

Un alto estrés en una población con un alto apoyo no lleva a un incremento de las enfermedades; un alto estrés sólo es perjudicial cuando el apoyo social es bajo.

Uno o varios elementos de acontecimientos específicos o estados continuos que afectan actualmente o han afectado en el pasado a miembros de una población concreta, están asociados con una frecuencia más alta de psicopatología, un sentido reducido de bienestar, una pérdida de la capacidad para estudiar, trabajar, amar o jugar, si lo comparamos con una población similar que no ha sido tan expuesta. Según Caplan (1993), varios investigadores han detectado la lista que incluye desastres naturales como incendios y sismos, problemas propios del embarazo, problemas en el nacimiento, nacimientos prematuros, anomalías

congénitas, accidentes, hospitalización en caso de niños, disputas familiares o separación por muerte o divorcio, enfermedad mental de un pariente, pobreza y deprivación cultural y estigmatización.

La intensidad y duración de tales circunstancias de riesgo parece tener una influencia en el grado en que se verá incrementada la incidencia de psicopatología en la población de riesgo.

Para Materazzi (1991), deben instrumentarse técnicas de prevención que apunten a promover un saber correspondiente con la ciencia y la cultura actuales, y adiestrar metodológicamente para la resolución de problemas.

Dentro del campo médico, el término prevención significa todas aquellas acciones anticipadas que, basadas en el conocimiento de la historia natural de una enfermedad, llevan a evitar su aparición o desarrollo posterior.

En las acciones preventivas intervienen los médicos y la población, así como el contexto en el que está inserto el afectado (grado de deterioro económico, desarrollo histórico de las instituciones, etc.), que ayuda a explicar los problemas de salud en un país o región, y también a entender la conducta de la población frente a la salud y la enfermedad.

La psiquiatría preventiva se entiende como el conjunto de hipótesis y conceptualizaciones teórico-prácticas que se instrumentan con objeto de realizar planes y ejecutar programas en los tres niveles de prevención, en el intento de:

- a) disminuir la frecuencia de los trastornos mentales (prevención primaria),
- b) disminuir el número de personas que padecen trastornos mentales (prevención secundaria), y
- c) disminuir el deterioro que resulta de los trastornos psíquicos (prevención terciaria).

Este concepto es comunitario, pues tiende a reducir el porcentaje de nuevos casos de trastornos mentales en la población. Si bien no permite evitar que se enferme un individuo, sí disminuye el riesgo para la comunidad. Esta postura contrasta, de acuerdo con Materazzi (1991), con la psiquiatría individual, que centra su accionar en una sola persona.

Un plan de prevención primaria tiende a incluir al individuo dentro del grupo donde vive.

Las investigaciones han demostrado que muchos trastornos, como el ocasionado por déficit de la atención, los desórdenes de la conducta y depresión y que son identificados en la niñez o adolescencia, podrían tener consecuencias duraderas en la vida del individuo (Robins & Rutter, 1990; Weiss & Hechtman, 1986, en Kazdin & Johnson, 1994).

Dado que los trastornos que comienzan en la niñez pueden prolongarse a lo largo de otras etapas de la vida, se considera la intervención primaria o temprana como factor determinante no sólo para reducir el sufrimiento de los niños y adolescentes, sino también para prevenir o atenuar las discapacidades o deterioro en la vida adulta.

Los progresos llevados a cabo en los tratamientos han dependido de las características, diagnóstico y curso clínico de los trastornos de la niñez y adolescencia. La psicopatología del desarrollo, el área que se encarga del estudio de tales manifestaciones, ha crecido de manera importante durante la última década (Lewis & Miller, 1990; Walker & Roberts, 1992, en Kazdin & Johnson, 1994).

Según Kazdin & Johnson (1994), el área consiste en el estudio de los trastornos desde una perspectiva del desarrollo, esto es, relacionada con las influencias debidas al crecimiento y la maduración. La psicopatología del desarrollo abarca todo el ciclo de vida, ya que el afecto, la cognición, el comportamiento y la psicopatología pueden variar desde el principio y hasta el fin de la vida. Esta perspectiva se ha enfocado a estudiar la infancia, niñez y adolescencia y ha aportado datos para otras áreas de estudio, como la psicología clínica, la psiquiatría de la niñez y la adolescencia, el trabajo social, la epidemiología y pediatría, entre otras.

Estos autores también han sugerido que para efectuar los tratamientos y las intervenciones indicados y adecuados se requiere de la comprensión de las diversas gamas de trastornos no funcionales, así como del impacto que tiene el desarrollo en la adaptación y maladaptación.

Tanto los niños como los adolescentes pueden llegar a experimentar una serie de problemas que pueden atentar contra su adaptación y, por ende, posibles intervenciones. Muchos de los problemas son reconocidos formalmente en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, otros son comportamientos de riesgo que pueden atentar contra la adaptación, pues colocan a los niños en una posición en que los riesgos de salud mental y física son comunes y tienden a incrementarse.

Las disfunciones clínicas se refieren a los problemas emocionales y conductuales que impiden de manera significativa el funcionamiento en la vida cotidiana. La mayoría de estas disfunciones está codificada en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, como el manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales DSM (Asociación Psiquiátrica Americana).

Entre los problemas más frecuentes referidos al tratamiento clínico en niños están los trastornos de conducta, que también se manifiestan en la escuela. Se ha visto que los problemas que se manejan en las escuelas desde el jardín de niños hasta el sexto grado de bachillerato, son causados por asuntos familiares (Prout, Alexander, Fletcher, Memis & Miller, 1993, en Kazdin & Johnson, 1994). También

se externalizan otros conflictos como trastornos del aprendizaje, divorcio de padres y reacciones de adaptación.

Los comportamientos de riesgo son aquellas actividades en las que intervienen los jóvenes y que aumentan la probabilidad de consecuencias psicológicas, sociales y de salud. La variedad de comportamientos que los ponen en riesgo es muy vasta. Por ejemplo, uso y abuso de sustancias psicoactivas, sexo sin protección, embarazos en la adolescencia, comportamiento antisocial y delincuente, deserción escolar y fugas del hogar (Dryfoos, 1990; Congreso Norteamericano, 1986, 1991., en Kazdin & Johnson, 1994).

Los jóvenes son dependientes de sus padres y familias y, por lo tanto, pueden ser vulnerables al impacto de condiciones ajenas y que están fuera de su control. Muchas de éstas contribuyen al desarrollo de trastornos clínicos y ponen en riesgo el comportamiento del sujeto. También constituyen blancos apropiados de intervención. Entre ellas destacan el pobre cuidado prenatal, por ejemplo la nutrición deficiente o el uso de sustancias durante el embarazo; indigencia; pérdida temprana de los padres; pobreza, maltrato infantil y trastornos psiquiátricos de los padres, como la depresión mayor y el uso y abuso de alcohol. (Hechinger, 1992; Millstein, Petersen & Nightingale, 1993, en Kazdin & Johnson, 1994).

El maltrato infantil incluye el abuso físico, sexual y la negligencia. Según Cicchetti & Carlson (1989), y Wolfe (1987, en Kazdin & Johnson, 1994) el abuso físico puede tener importantes repercusiones en el niño, como deterioro en el desarrollo cognitivo, emocional, conductual, intelectual y académico.

Asimismo, según Kazdin & Johnson, (1994), el divorcio o la crianza por parte de uno solo de los padres, así como los cambios importantes en la vida (problemas económicos, etc.), tienen un impacto sobre la salud mental del niño y el adolescente.

Los cambios en la vida familiar pueden ser condición para riesgos de adaptación en los jóvenes. Los hijos de padres divorciados tienden a tener mayores problemas académicos y conductuales y son vistos con mayor frecuencia por especialistas de la salud mental (Emery, 1988, en Kazdin & Johnson, 1994).

Las conductas disfuncionales generalmente vienen en paquetes. Por ejemplo, los comportamientos en riesgo tales como uso de drogas, problemas conductuales, actos delincuentes y disfunciones académicas, usualmente se presentan juntas (Elliot, Huizinga & Ageton, 1988; Newcomb & Bentler, 1988, en Kazdin & Johnson, 1994).

Estudios epidemiológicos en la comunidad sugieren que los jóvenes que presentan un trastorno psiquiátrico, usualmente presentan otro más (Caron & Rutter, 1991, en Kazdin & Johnson, 1994).

Según Sánchez-Sosa (1985), el concepto principal promovido por los psicólogos en el ámbito del sistema de salud en México es aquél que sostiene que la mayoría de los problemas de salud están precedidos o relacionados con otros comportamientos existentes desde hace algún tiempo.

Algunas veces los estilos de vida están basados en ignorancia acerca de algunos hechos que afectan la salud. Otros comportamientos son producto de condiciones de vida poco saludables en un entorno familiar. Algunos más son producto, o se ven afectados, por el efecto de ciertas creencias culturales que interactúan con una actitud pasiva o receptiva acerca de los servicios de salud que promueve el gobierno percibido como paternalista.

Mientras más temprana sea una intervención, de carácter preventivo o de recuperación, mayor será la probabilidad de evitar daño posterior. Esta es una de las razones por la cual la promoción de la salud institucional, así como la medicina preventiva, deben adoptar un enfoque de prevención primaria, esto es, la intervención en los estilos de vida antes de que el daño sea detectable. Es en tal contexto que la salud mental ocupa un lugar preponderante para el desarrollo de la salud pública. En un sentido, la salud mental trabaja como un prerequisite para el buen funcionamiento, y esto incluye la mayoría de los aspectos de salud física, y se convierte en una plataforma de la que pueden surgir otras manifestaciones del desarrollo del ser humano. Sin salud mental no puede existir educación exitosa ni alta producción laboral y no puede lograrse la estabilidad social ni el desarrollo.

Algunos ejemplos demuestran la necesidad tan grande de la promoción de salud mental y física:

Desintegración familiar: La ausencia de un ambiente familiar sano puede deteriorar la adaptación del individuo a cualquiera de sus actividades (Sánchez.Sosa, 1982, en Sánchez-Sosa, 1985).

Manejo de estrés y ansiedad: existe una relación íntima entre ansiedad y problemas físicos y mentales (Cohen, 1982, en Sánchez-Sosa, 1985).

Desarrollo infantil y prácticas de crianza: Es la relación entre éstas, que proporcionan casi todas las oportunidades para el hijo y los comportamientos que habrá de sostener y mantener el individuo a lo largo de su vida.

La mayoría de los problemas de salud mental se desarrollan en la niñez y adolescencia. En Latinoamérica la educación pocas veces incluye referencias acerca de la importancia de una aplicación sistemática de principios psicológicos para los problemas relacionados con las prácticas de crianza y el desarrollo del niño.

Comportamientos adictivos: Los problemas asociados a comportamientos adictivos son muy frecuentes en países en desarrollo. Algunos de los ejemplos incluyen obesidad, tabaquismo y abuso de alcohol.

Prácticamente todos los problemas de salud tienen un común denominador: son el resultado de prácticas repetidas cotidianamente, en el hogar, el trabajo, la escuela, la sociedad. Cuando un estilo de vida no es congruente con las demandas del entorno, la sociedad o la cultura, somos testigos de un proceso de deterioro que se generaliza progresivamente, y lleva al individuo a problemas de salud mental que pueden afectar sus funciones.

Muchos de los efectos de los programas preventivos están determinados por el tiempo en que se implementa la intervención, es así como la Educación en Salud resulta una opción prometedora para las prácticas en esta materia.

Por otro lado, de acuerdo con Rickel & Allen (1987), los programas en prevención han crecido considerablemente durante los últimos años.

Los niños y adolescentes con problemas emocionales existen en números indeterminados y muchas veces reciben cuidado y tratamientos inadecuados.

La prevención terciaria incluye la reducción de la prevalencia de los trastornos, es decir, la reducción de el numero de personas que ya tienen algún trastorno mental.

La prevención secundaria es proporcionar un buen sistema de salud mental a niveles comunitarios y no simplemente individuales.

La prevención terciaria no se enfoca en la prevalencia. Su objetivo es el índice de nuevos casos, es decir, la incidencia. Se trata de reducir el índice de nuevos casos en la población antes de que se haya manifestado la enfermedad (Caplan, 1964).

La prevención primaria debe aplicarse a la población libre de trastornos.

La epidemiología se interesa por determinar quiénes enferman, cuántas personas se enferman por una u otra enfermedad, por qué la gente se enferma y qué puede hacerse para que la gente no se enferme.

El "riesgo" es un concepto importante dentro de la epidemiología, ya que sabiendo quién está en riesgo pueden lograrse las intervenciones preventivas. Los factores de riesgo pueden dividirse en categorías: los factores predisponentes, los que han ocurrido meses o años antes del surgimiento de los síntomas, y que pueden ser modificables o no modificables.

Aquéllos que se pueden modificar incluyen los eventos que ocurren en la vida temprana del sujeto y que incrementan el riesgo para desarrollar futuros trastornos. Así, el ambiente familiar temprano y la personalidad son dos factores que se pueden alterar a través de la intervención temprana.

Las implicaciones de las investigaciones que se centran en los eventos de la vida facilitan el diseño de programas preventivos. La población puede ser enseñada a anticipar el estrés para evitar sentirse mal. Las intervenciones pueden ser diseñadas para que los sujetos en riesgo de enfermar puedan alterar sus percepciones de los factores de riesgo y decrementar sus estimaciones acerca del impacto de los eventos. Se pueden elaborar programas para enseñar técnicas para enfrentar situaciones difíciles y que ponen en riesgo al individuo (por ejemplo los grupos de apoyo para casos de divorcio).

Los padres deben crear un contexto protector para el desarrollo y crecimiento de sus hijos. Cuando el comportamiento paternal no alcanza el mínimo requerido para el desarrollo saludable y normal del niño, éste se encontrará en riesgo de enfermar. Los trastornos en la relación padres-hijos pueden ser varios, entre ellos el abuso y la negligencia.

5 MÉTODO

5.1 SUJETOS

Participaron en el estudio 490 sujetos; 257 niños y 233 niñas pertenecientes al cuarto y quinto grado de primaria. Las edades de los sujetos fluctuaron entre 9 y 12 años de edad, con una media de 10.5 años.

Se aplicó el instrumento en tres primarias públicas de la Ciudad de México, la primera ubicada en la zona Sur, la segunda ubicada en la zona Occidente y la tercera en la zona Oriente.

La muestra se seleccionó al azar mediante un muestreo probabilístico en el que todos los grupos escolares de cuarto y quinto tuvieron la misma oportunidad de participar. Todas las aplicaciones se realizaron en el turno matutino.

El criterio de selección de las escuelas se basó en aquellas escuelas públicas de diferentes zonas de la Ciudad que fue posible contactar y que estuvieron dispuestas a participar.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de la adaptación del SEVIC en sus reactivos que miden hábitos de crianza y sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad se realizaron los análisis de confiabilidad y validez del instrumento, con el objeto de esclarecer si el SEVIC niños es un instrumento capaz de medir, por un lado, dicha categoría nosológica, y, por otra parte, los hábitos de crianza y estilos de vida. A partir de los datos encontrados se pretenden conocer las variables interactivas familiares y los patrones de crianza que intervienen como factores de riesgo en el desarrollo de sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad en niños escolares.

5.3 HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo: Los hábitos de crianza y estilos de vida intervienen en el desarrollo de sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad.

Ho: Los hábitos de crianza y estilos de vida no tienen relación con la sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad en niños en edad escolar.

Hi: Los hábitos de crianza y estilos de vida correlacionan con los trastornos de ansiedad en niños en edad escolar.

Los hábitos de crianza y estilos de vida son la gama de variables que van desde lo hereditario hasta lo social correlacionadas con un desenvolvimiento normal del individuo (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1991).

Los trastornos de ansiedad se refieren a toda una gama de síntomas y conductas de evitación que van desde lo psicológico hasta reacciones fisiológicas (Asociación Psiquiátrica Americana, DSM III-R, 1988).

5.4 INSTRUMENTO

El inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC, Tercera edición) es un instrumento desarrollado por Sánchez-Sosa y Hernández- Guzmán (1993), como parte del Programa de Prevención Primaria en Salud Mental del Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Contiene un total de 216 reactivos distribuidos en tres secciones. La primera compuesta por 98 reactivos recolecta información sobre signos de desajuste psicológico y su severidad relativa en términos de frecuencia o proporción estimada de ocurrencia, así como su cronicidad.

La siguiente sección está compuesta por 14 reactivos y recolecta información socioeconómica típica (edad, sexo, nivel escolar, lugar de nacimiento).

La última sección del inventario está compuesta por 106 reactivos y recoge información sobre los estilos de vida, interacción o crianza del individuo en variables que van desde la estructura familiar, pasando por su funcionalidad, hasta aspectos específicos de la calidad de la interacción individual y familiar, desde la infancia y hasta el momento de la aplicación del instrumento.

La gran mayoría de las opciones de respuesta de los reactivos son : 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).

Se adoptaron como fuentes para la construcción de reactivos, aquellas que contaran con mayor apoyo en la literatura de investigación especializada. Así, tanto la sección de desajuste psicológico, como la de estilos interactivos, se construyeron con base en las siguientes fuentes:

Una paráfrasis directa, en primera persona del singular, de las descripciones de indicadores clínicos contenidos en los principales sistemas taxonómicos internacionalmente validados como el DSMIII-R; los principales signos de deterioro interactivo familiar o interpersonal, contenidos en las reseñas tradición experimental más serias dentro del área clínica (Kanfer & Goldstein, 1991; Phares, 1988, en Sánchez-Sosa y cols., 1992); y quejas específicas comunes, de tipo psicológico, como parte de la experiencia clínica de los autores a lo largo de once años.

Los reactivos de la selección de estilos de vida e interacción se elaboraron, además, con base en la revisión de la literatura de investigación sobre variables vinculadas consistentemente con problemas psicológicos y en los análisis de investigaciones sobre predictores gruesos o generales ubicados en propuestas

teóricas articuladas y sistematizadas en líneas tales como la Psicología del Desarrollo y la Teoría de Sistemas.

Cada versión sucesiva de los reactivos se sometió a "jueceo" por parte de diez investigadores expertos en la construcción de instrumentos y con experiencia clínica. Si algún reactivo no resultaba juzgado como pertinente o claro por un mínimo de ocho de los diez jueces, se reelaboraba o descartaba.

Se ha piloteado en diversas ocasiones, a lo largo de las cuales ha sufrido modificaciones empíricas resultantes de los análisis pertinentes. La cuarta versión del instrumento arrojó un índice de acuerdo inter-jueces superior al 90%. (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992; Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas, Hernández-Guzmán, 1992).

El instrumento que se utilizó en la presente investigación surgió a partir del SEVIC para adultos. Dado que se trabajó con niños se eliminaron algunos reactivos con el fin de adaptar el instrumento a la edad de los participantes, así como a las manifestaciones patológicas relacionadas con la ansiedad que suelen presentar los niños.

El instrumento que se administró consta de 102 reactivos. Del reactivo 1-44 evalúa síntomas relacionados con la ansiedad; del reactivo 45-102 evalúa hábitos de crianza y variables sociodemográficas.

La construcción de reactivos se fundamentó en la literatura de investigación especializada sobre detección de sintomatología relacionada con los trastornos de ansiedad, epidemiología de dichos trastornos, así como la comorbilidad entre trastornos, fundamentalmente depresión, ansiedad, somatización y trastornos de la conducta. Asimismo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva acerca de prácticas de crianza e interacción familiar.

La gran mayoría de las opciones de respuesta a los reactivos son: a) Siempre o casi siempre; b) A veces y c) Nunca o casi nunca.

Las escalas de cronicidad que evalúa el SEVIC de adultos se omitieron debido a que se pretendió encontrar indicadores clínicos mas no su ocurrencia.

Con relación a los reactivos que evalúan sintomatología asociada a los trastornos de ansiedad, la construcción de los reactivos se realizó de acuerdo a las categorías nosológicas del DSM-IV de trastornos por ansiedad, incluyendo los que pertenecían a los trastornos de la infancia y adolescencia (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

Muchos de los reactivos estaban ya incluidos en el SEVIC adultos, en ese caso se cotejaron con la versión del DSM-IV en sus apartados sobre niñez. Aquellos reactivos que no existían previamente en el SEVIC, tuvieron su origen en la revisión detallada de los cuadros nosológicos del DSM-IV.

Se diseñaron los reactivos con el objeto de recabar datos sobre: dificultades para relacionarse, actitudes desadaptativas, incomodidad subjetiva, preocupaciones irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere en el funcionamiento adecuado, signos observables de trastornos psicósomáticos (Barreto, 1996).

Se realizaron modificaciones sintácticas, semánticas y de peculiaridades lingüísticas con el objeto de poder administrarse en la modalidad de aplicación colectiva. Los estímulos verbales se modificaron debido a la edad de los sujetos participantes. Además de las modificaciones realizadas se eliminaron aquellos reactivos que no habían sido comprendidos en un 20% de los casos.

Mediante el estudio piloto se obtuvo una confiabilidad mediante la prueba Alfa de Cronbach superior al .80 con lo cual el instrumento pudo utilizarse por que se encontraba en condiciones similares al SEVIC original.

Se ha visto que tanto los niños como los adolescentes son capaces de reportar sus estados emocionales de manera válida y confiable a través de entrevistas psiquiátricas y auto-reportes o auto-cuestionarios (Chambers, Puig-Antich, Hirsch, Paez, Ambrosini, Tabrizi & Davies, 1985; Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas & Conover, 1985; Herjanic, Brown y Wheatt, 1975; Hodges, Kline, Stern, Cytryn & McKnew, 1982; Kazdin, French, Unis & Esveldt-Dawson; Kovacs, 1983; Moretti, Fine, Haley & Marriage, 1985 en Angold y cols., 1987).

Según Poznanski, (1985, en Angold y cols., 1987) se ha dado un peso significativo a los estudios que manejan los auto-reportes como técnica para evaluar la depresión en niños.

Según Angold y cols., (1987) se requieren de mayores investigaciones al respecto. Argumentan que si el estado mental del padre o la madre es el determinante de los reportes que den sobre su hijo, entonces es necesario abordar esa información de manera crítica, así como incrementar el peso en la información que da el propio niño. No se sabe con certeza que reportes son más útiles en predecir relaciones etiológicas, sin embargo, parece que los auto-reportes tienden a ser más correctos que aquella información que se obtiene de segundas fuentes como es el caso de la información dada por los padres.

Asimismo, existe evidencia suficiente que sugiere que otros informantes como lo pueden ser los padres o maestros pueden ser relativamente insensibles a la evidencia del deterioro afectivo en los niños (Cytry, Mcnew & Bunney, 1980; Moretti, Fine, Haley & Marriage, 1985; Orvaschel, Weisman, Padian & Lowe, 1981; Poznansky, 1985, en Angold y cols., 1987).

Algunas investigaciones han indicado que niños de diferentes edades reportan mayores síntomas depresivos que los que reportan sus padres sobre ellos. (Edelbrock; Costello, Dulcan, Kalas Y Conover, 1985; Herjanick & Reich, 1982; Herjanick, Welner & Gandhi, 1981; Leon, Kendall & Garber, 1981; Lobovitz &

Handal, 1985; Moretti y cols., 1985; Weissman, Orvaschel y cols., 1981, en Angold y cols., 1987).

Según Edelbrock y cols. (1985, en Angold y cols., 1987) encontraron que los padres tienden a ser menos confiables en los reportes que dan de sus hijos sobre los estados mentales, mientras que los propios niños tienden a ser más confiables, acerca de su propia información. Por otra parte, Moretti y cols. (1985, en Angold y cols., 1987) encontraron que padres con enfermedades psiquiátricas tienden a exagerar los síntomas de sus hijos.

Angold y cols., (1987) encontraron que los niños reportaron mayores síntomas de depresión que los que reportaron sus padres. La información proporcionada por los padres y los niños por separado indica una baja concordancia entre informaciones.

Los padres se mostraron más sensibles a episodios o problemas relacionados con el suicidio que a cualquier otro síntoma.

Según Angold y cols., (1987) la depresión es menos reconocida o admitida por los niños que por las niñas, mientras que los padres son igualmente resistentes o insensibles a la presencia de depresión en sus hijos sin importar el sexo.

Según Kashani & Simonds (1987, en Fleming, Offord & Boyle, 1989) y Velez, Johnson & Cohen, (1989 en Fleming y cols., 1989) el enfoque más común para medir la depresión en niños y adolescentes es el uso de auto-reportes.

El instrumento que desarrollaron Fleming y cols. (1989) (Survey Diagnostic Instrument, SDI) tiene tres opciones de respuesta: nunca o no cierto, a veces o a veces cierto y casi siempre o casi siempre cierto, calificadas en 0, 1, 2.

5.5 CALIFICACIÓN

El SEVIC se califica con valores de 0, 1 y 2, dependiendo de la direccionalidad de los reactivos.

En la primera sección, los reactivos están diseñados de modo que a mayor sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad, mayor el puntaje en la calificación.

Igualmente, en la segunda sección, a mayores hábitos de crianza pobres o deteriorados, mayor la calificación que se obtiene en la prueba.

Las variables sociodemográficas se califican independientemente otorgándoles un valor, sin direccionalidad.

6 PILOTEO

Antes de efectuar las aplicaciones propiamente dichas, se realizó un piloteo con 35 sujetos con el fin de analizar la comprensión por parte de los niños de cada uno de los reactivos. Así, gracias a dicho procedimiento se pudieron afinar la redacción y claridad de los reactivos.

Primeramente se realizó un piloteo con diez niños y posteriormente con los 25 niños restantes. Los niños que participaron pertenecían a una escuela pública y se reunieron en su propia comunidad. Sus edades oscilaron de los siete a los doce años de edad.

6.1 PROCEDIMIENTO

Un aplicador leyó las instrucciones y resolvió con los niños los ejemplos. Posteriormente cada uno de los niños se dio a la tarea de contestar sus opciones en las hojas de respuesta del instrumento. Asimismo, se instruyeron para que en caso de que tuvieran alguna duda, se lo hicieran saber a los aplicadores.

Ante esto los aplicadores registraron aquellas preguntas difíciles de comprender, así como su frecuencia y el por qué no se habían comprendido.

6.2 RESULTADOS

Se calcularon frecuencias de los reactivos no comprendidos y se elaboró un análisis cualitativo de su contenido.

El instrumento original utilizado durante el piloteo, constaba de 132 reactivos; 53 que medían ansiedad, depresión y somatización y 78 que evaluaban hábitos de crianza y variables sociodemográficas.

Después del piloteo, y conforme a los resultados que se obtuvieron de este, se eliminaron treinta de los 132 reactivos. El criterio de exclusión se basó en la frecuencia con la que los niños no comprendían el reactivo (20%).

7. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El análisis de ésta investigación, se llevo a cabo mediante una evaluación transversal en cuanto a los hábitos de crianza y estilos de vida que mide el SEVIC en un grupo de niños de nivel primario de educación.

Se analizaron las frecuencias respecto a las variables que mide el SEVIC a fin de identificar la relación entre dichos hábitos de crianza y estilos de vida y los trastornos de ansiedad, y así determinar los factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo de sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad.

El estudio es exploratorio, correlacional, evaluativo, descriptivo, de campo y transversal.

No se realizó manipulación de variables; sólo existió la asignación de sujetos al azar.

El estudio es descriptivo, porque se describieron las características que presentaron los niños escolares en la prueba.

De campo, ya que se realizó la aplicación en escenarios naturales para los niños, como lo fue su propia escuela.

Transversal, porque se llevo a cabo una sola medición en un solo momento a cada sujeto.

8. PROCEDIMIENTO

Primeramente se solicitaron los permisos correspondientes en las escuelas participantes; tanto los directores como los maestros estaban al tanto de la investigación.

Una vez reunidos los alumnos en el salón de clases, se repartieron a cada uno de los alumnos el cuestionario y un lápiz del número 2 o 2/12.

A cada alumno se le pidió que en el extremo izquierdo del cuestionario, llenaran los siguientes datos: sexo, edad y grupo. Se les indicó que contestarán exclusivamente con lápiz.

Se les indico que no escribieran su nombre ya que el cuestionario es anónimo y confidencial.

Se encuestaron al mismo tiempo a diferentes grupos, habiendo distintos aplicadores en cada salón.

Los aplicadores se reclutaron con base en su interés por participar en el estudio, todos ellos teniendo experiencia en aplicación de instrumentos, debido a que pertenecen a la carrera en psicología en el nivel de licenciatura. Además se les dio capacitación específica del instrumento, la cual consistió en explicar cada uno de los reactivos, los posibles problemas que pudieran surgir en el momento de la aplicación y la manera apropiada de enfrentarlos. Los aplicadores ignoraban los objetivos del estudio.

En todos los casos fue un aplicador quien dio las instrucciones y permaneció en el grupo, contestando las dudas. A su vez, otro aplicador se encargó de supervisar y apoyar a los grupos. Las aplicaciones se realizaron en cada grupo de manera independiente, pero simultáneamente.

Las instrucciones dadas a los alumnos fueron leídas en voz alta por el aplicador y fueron las siguientes:

“Este cuestionario trata de ver cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras para mejorar nuestra salud y la de nuestra familia.

Lo que tú contestes en el cuestionario, nadie lo va a saber . No tienes que escribir tú nombre.

Lo que contestes estará bien, pero se trata de que contestes con la verdad. Esto no es un examen. No hay respuestas buenas ni malas.

Esta investigación se hace para elaborar programas para ayudar a la gente.

Una cosa muy importante es que si tienes alguna pregunta, la hagas con toda confianza. Las respuestas las tienes que escribir directamente en el cuestionario colocando una (x) en la opción que corresponda”

A continuación se le pidió a alguno de los niños participantes leer el primer ejemplo:

Me gusta salir a pasear”

A) Siempre o casi siempre ()

B) A veces ()

C) Nunca o casi nunca ()

A continuación se les pidió que lo contestaran.

Se le pidió a otro niño prosiguiera con la lectura:

Si colocas la cruz (x) en el primer paréntesis quiere decir que te gusta salir a pasear SIEMPRE O CASI SIEMPRE

Si colocas la cruz (x) en el segundo paréntesis quiere decir que te gusta salir a pasear A VECES

Si colocas la cruz (x) en el tercer paréntesis quiere decir que te gusta salir a pasear NUNCA o CASI NUNCA

Después de que todos los niños hubieron contestado, se pidieron tres voluntarios para que nos leyeran en fuerte sus respuestas, dado que los ejemplos no comprometían a nadie.

Las instrucciones continúan:

“Habrá opciones de respuesta que estén invertidas, es decir, que la primera sea: Nunca o casi nunca; la segunda: A veces; la tercera: Siempre o casi siempre. Solo tienes que leer con mucho cuidado y contestar donde tú pienses que es lo correcto”.

A continuación se presenta otro ejemplo:

Me lavo los dientes:

A) Una vez al día

B) Dos veces al día

C) Tres veces al día

Si contestaste la letra a significa que te lavas los dientes una vez al día; si contestaste la letra b significa que te lavas los dientes dos veces al día y si contestaste la letra c significa que te lavas los dientes tres veces al día.

Con el ejemplo dos se continuó el mismo procedimiento que con el ejemplo uno.

Se les indico que si tenían alguna pregunta levantarán la mano y que uno de los aplicadores pasaría a su lugar, también se les invito a no compartir ninguna información con sus compañeros.

En el pizarrón principal del salón de clases, se pegó una gráfica de pastel la cual incluía las opciones de respuesta con su respectivo tamaño. Así, los niños podían ver que la opción Siempre o casi siempre representaba el tamaño más grande de la gráfica, la opción A veces, el tamaño mediano y la opción Nunca o casi nunca el tamaño más pequeño.

Una vez dadas las instrucciones, se les pidió que llenarán el cuestionario trabajando a su propio ritmo y volteando las hojas en cuanto hubieran terminado. Durante la aplicación al surgir preguntas el aplicador se aproximaba al pupitre del niño y le parafraseaba la pregunta, si aun así quedaban dudas se volvía a repetir la pregunta explicando las palabras que no hubieran quedado claras.

No se intervino de otra manera a fin de no contaminar las respuestas de los sujetos.

Al finalizar todos los niños su cuestionario, estos últimos se recolectaron. Ningún niño hubo de salir del salón sin antes finalizar el cuestionario y todos aguardaron a que sus compañeros hubieran concluido con la tarea.

La población que se eligió supone la presencia de sujetos sin patología severa puesto que se trabajo en escuelas públicas primarias constituida por alumnos que caen fuera de la población de " niños con problemas emocionales, mentales o de aprendizaje".

9. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Una vez administradas y calificadas las pruebas, se codificaron los datos con el objeto de realizar los análisis estadísticos pertinentes.

Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa de cómputo Statistics Package for Social Sciences (SPSS).

Para obtener la consistencia interna del instrumento y conocer el grado de exactitud del mismo, se realizó un análisis de reactivos contrastando cada reactivo en los grupos extremos en cuanto al puntaje arrojado en el SEVIC, utilizando la prueba T de Student. Se tomó como criterio de exclusión el puntaje mayor al .05.

Se realizó un análisis de frecuencias con la finalidad de observar la distribución de las calificaciones de cada sujeto, así como la frecuencia de las variables sociodemográficas.

Se obtuvo la confiabilidad a través de la prueba Alfa de Cronbach, previo análisis de frecuencias y porcentajes. Se escogió esta prueba en virtud de que analiza la relación existente entre cada una de las variables que contiene el inventario, con la totalidad de éste.

Para obtener la validez de constructo interna y con el objeto de esclarecer si el instrumento mide lo que dice medir, se desarrolló un análisis factorial de rotación VARIMAX de componentes principales con el fin de detectar posibles grupos de variables que determinen áreas o dimensiones en cuanto a los hábitos de crianza y estilos de vida que mide el SEVIC, así como las dimensiones que conciernen a la sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad.

Se realizó un análisis para obtener los coeficientes de correlación con el fin de conocer la relación existente entre grupos de variables y conocer la correspondencia entre ansiedad y hábitos de crianza.

Se realizó un análisis de regresión múltiple lineal con el objeto de conocer la predictibilidad de las variables.

10. RESULTADOS

Variables sociodemográficas

En cuanto a las variables sociodemográficas de la muestra se encontraron los siguientes datos:

Tres niños (.6%) reportaron tener la edad de siete años; cinco niños (1.0%) la edad de ocho años , cincuenta y ocho niños (11.8%) la edad de nueve años; doscientos diecisiete niños (44.3%) la edad de diez años ; ciento noventa y ocho niños (40.5%) la edad de once años o más .

Los valores extraviados (sujetos que no contestaron un reactivo es específico) para esta pregunta fueron seis (1.2%).

Cinco niños (1.0%) pertenecen al primer grado de primaria; cinco (1.0%) al segundo; dos (.4%) al tercero; doscientos siete (42.2%) al cuarto grado de primaria; mientras que doscientos setenta (55.1%) pertenecen al quinto grado. Los valores extraviados para esta pregunta fueron uno (.2%).

En cuanto al número de hermanos se encontró que cincuenta y siete sujetos (11.6%) tienen cero hermanos o hermanas; ciento setenta y ocho niños (6.3%) tienen un hermano (a); ciento cincuenta y un niños (30.8%) tienen dos hermanos (as); sesenta y cuatro niños (13.1%) tienen tres hermanos (as); treinta y tres niños (6.7%) tienen de cuatro a seis hermanos (as), cinco (1.0%) tienen siete o más hermanos(as) .

Los valores extraviados para esta pregunta fueron dos (.4%).

Se encontró que trescientos treinta y dos (67.8%) de los sujetos viven con ambos padres; ochenta y cinco (17.3%) viven sólo con la madre; cinco (1.0%) viven sólo con el padre; diecinueve viven (3.9%) con el padre y la esposa; trece (2.7%) viven con la madre y el esposo; veintidós (4.5%) viven con abuelos, tíos u otros.

Los valores extraviados para esta pregunta fueron catorce (2.9%).

Cincuenta y un niños (10.4%) no viven con ambos padres debido al divorcio o separación; quince (3.1%) por muerte de alguno de los padres; quince (3.1%) por el trabajo de alguno de los padres; tres (.6%) por la situación económica y veintitrés (4.7%) por otra razón.

Los valores extraviados fueron trescientos ochenta y tres (78.2%).

Noventa y un niños (19.5%) viven en una habitación; ciento sesenta (33.6%) en dos; treinta y cinco (8.0%) en tres; veinte (5.0%) en cuatro; siete (2.3%) en cinco; seis(2.1%) en seis o más.

Los valores extraviados para esta pregunta fueron ciento setenta y uno (29.5%).

En cuanto al número de personas que habitan en la casa, dieciocho niños viven con una persona (4.7%); cinco viven con dos personas (2.0%); cuatro viven con tres personas (1.9%), treinta y seis viven con cuatro personas (8.3%); treinta y siete (8.6%) viven con cinco personas y cuarenta y seis (10.4%) viven con seis o más personas. Los valores extraviados para esta pregunta fueron trescientos cuarenta y cuatro (64.1%).

En cuanto al espacio que hay en la casa, cuatrocientos treinta (87.8%) contestaron que hay mucho espacio en su casa; treinta y seis (7.3%) que están amontonados; dieciocho (3.7%) que están muy amontonados. Los valores extraviados para esta pregunta fueron seis (1.2%).

TABLA 1
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES		PORCENTAJES
SEXO	M	52.4%
	F	47.6%
EDAD	7 años	0.6%
	8 años	1.0%
	9 años	11.8%
	10 años	44.9%
	11 años o +	40.5%
	Valores extraviados	1.2%
NIVEL ESCOLAR	1° Primaria	1.0%
	2° Primaria	1.0%
	3° Primaria	0.4%
	4° Primaria	42.2%
	5° Primaria	55.1%
	Valores extraviados	0.2%
NÚMERO DE HERMANOS	0	11.6%
	1	36.3%
	2	30.8%
	3	13.1%
	4-6	6.7%
	7 o +	1.0%
	Valores extraviados	0.4%

TABLA 1
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES		PORCENTAJES
CONFORMACIÓN DEL HOGAR		
	Viven con ambos padres	67.8%
	Viven con la madre	17.3%
	Viven con el padre	1.0%
	Viven con el padre y la esposa	3.9%
	Viven con la madre y el esposo	2.7%
	Viven con abuelos, tíos u otros	4.5%
	Valores extraviados	2.9%
CAUSAS POR LAS QUE NO VIVEN CON LOS PADRES		
	Divorcio o separación	10.4%
	Muerte	3.1%
	Trabajo	3.1%
	Situación Económica	0.6%
	Otra razón	4.7%
	Valores extraviados	78.2%
NUMERO DE HABITACIONES		
	1 habitación	19.5%
	2 habitaciones	33.6%
	3 habitaciones	8.0%
	4 habitaciones	5.0%
	5 habitaciones	2.3%
	6 habitaciones o +	2.1%
	Valores extraviados	29.5%
NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA CASA		
	1 persona	4.7%
	2 personas	2.0%
	3 personas	1.9%
	4 personas	8.3%
	5 personas	8.6%
	6 personas o +	10.4%
	Valores extraviados	64.1%
ESPACIO EN LA CASA		
	Mucho espacio	87.8%
	Poco espacio	7.3%

	Muy poco espacio	3.7%
	Valores extraviados	1.2%

Confiabilidad

A partir de los análisis realizados a través del método de Alpha de Cronbach se encontró lo siguiente:

PRIMERA SECCIÓN: La primera sección del SEVIC niños se compone de 44 reactivos (R1-R44) que evalúan sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad.

En esta área todos los reactivos discriminaron.

La confiabilidad obtenida para la primera sección del instrumento fue un valor Alpha de: .8535.

SEGUNDA SECCIÓN: La segunda sección del SEVIC niños se compone de 50 reactivos que evalúan hábitos de crianza. Sólo tres reactivos de esta área no discriminaron.

Estos reactivos fueron, el R61 (Mi mamá se emborracha), R65 (Con mi mamá platico como amigos) y R81 (Cuando tengo que hacer algo mi mamá me apoya).

La confiabilidad obtenida para la segunda sección del instrumento fue un valor Alpha de: .6465

En cuanto a la confiabilidad por factores se encontró lo siguiente:

Para la primera sección del instrumento, el factor 1 (Somatización) obtuvo un valor Alpha de: .7571.

Este está compuesto por los siguientes reactivos : R16 , R17, R19, R20, R21, R26 y R41.

El factor 2 (Depresión) obtuvo un valor Alpha de: .6000 y está compuesto por los reactivos R2, R3, R5, R7, R11.

El factor 3 (Agresividad) obtuvo un valor Alpha de : .4400 y está compuesto por los reactivos R24, R39 y R43.

En cuanto a la segunda sección del instrumento, el factor 1 (Interacción familiar) obtuvo un valor Alpha de: .7984 y está compuesto por los reactivos R58, R59, R60, R76, R83, R 85, R86, R88, R93, R97 y R101.

El factor 2 (Castigo) obtuvo un valor Alpha de .6516 y está compuesto por los reactivos R66, R67, R68, R69 y R84.

El factor 3 (Relaciones escolares) obtuvo un valor Alpha de .7693 con los siguientes reactivos: R95, R99 y R100.

TABLA 2

**CARGAS FACTORIALES Y ALPHAS PARA LA PRIMERA SECCIÓN DEL SEVIC NIÑOS
PRIMERA SECCIÓN
ALPHA .8535**

FACTOR 1	
SOMATIZACIÓN ALPHA .7571	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL
R17 Pierdo la vista como si quedara ciego	.72750
R19 Se me borra la vista o veo doble	.69953
R21 Me cuesta trabajo hacer pipi	.54168
R26 Me dan dolores en la espalda	.47392
R16 A ratos no oigo nada, como si perdiera el oído	.46363
R18 Me cuesta trabajo tragar o pasar alimentos	.44573
R20 Me cuesta trabajo caminar	.42299
R41 Me hago pipi en la cama o en cualquier otro lugar que no sea el excusado	.40179
R28 Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o huecos o espacios borrados	.37410

FACTOR 2	
DEPRESIÓN ALPHA .6000	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL
R5 Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror	.68287
R7 A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo	.64011
R2 Me siento triste sin razón	.46407
R3 Siento que no valgo mucho	.42605
R11 Siento que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio	.39298

FACTOR 3	
AGRESIVIDAD ALPHA .4400	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL
R39 Cuando me enojo mucho golpeo	.61111
R43 Soy rebelde y hago berrinches	.59357
R24 Me siento inflado con gases en la barriga	.33507

Nota: Los reactivos se encuentran en orden descendente de acuerdo a sus cargas factoriales

TABLA 2

CARGAS FACTORIALES Y ALPHAS PARA LA SEGUNDA SECCIÓN DEL SEVIC NIÑOS
SEGUNDA SECCIÓN
ALPHA .6465

FACTOR 1	
INTERACCIÓN FAMILIAR ALPHA .7984	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL
R58 Mi papá me quiere	.82288
R60 Mi mamá vive conmigo en la casa	.81841
R85 Cuando mis papás se pelean también se jalan, empujan o golpean	.80702
R83 Mis papás se quieren	.78055
R59 Mi papá se interesa por lo que hago	.76753
R86 Cuando mis papás se pelean lo hacen enfrente de mí o de mis hermanos	.70974
R93 En la escuela saco malas calificaciones	.67065
R97 Estoy contento en la escuela	.59717
R88 A parte de mis papás, hay otros adultos que son importantes para mí	.49143
R101 La escuela me cansa	.47903
R76 Le platico a mi mamá todo lo que hago	.46023

FACTOR 2	
CASTIGO ALPHA .6516	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL
R66 Cuando mi papá se enoja me pega	.80793
R67 Cuando mi mamá se enoja me pega	.65390
R68 Cuando me pegan, me puede seguir doliendo por	.55165
R69 Mi papá dice cosas de mí que quieren decir que soy tonto o inútil o me compara negativamente con otras personas	.45125
R84 Mis papás se pelean	.39275

FACTOR 3	
RELACIONES ESCOLARES ALPHA .7693	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL
R99 Mis compañeros me quieren	.74291
R100 Mis maestros me quieren	.64198
R95 En la escuela yo hago amigos	.58242

Nota: Los reactivos se encuentran en orden descendente de acuerdo a sus cargas factoriales

Validez

Se obtuvo a través de un Análisis Factorial, de componentes principales.

Los resultados mostraron 14 factores para la primera sección, y 13 factores para la segunda sección. Sin embargo, sólo se tomaron en cuenta los tres primeros factores para cada sección, ya que son los que explican más ampliamente la varianza total del instrumento. Esto se observa en los valores Eigen obtenidos.

TABLA 3
ANALISIS FACTORIAL: VALORES EIGEN
OBTENIDOS A TRAVÉS DE EXTRACCIÓN DE
COMPONENTES PRICIPALES

PRIMERA SECCIÓN

VALOR	VALOR EIGEN	VALORES EIGEN ACUMULADOS	VARIANZA ACUMULADA
Factor 1	6. 67101	15.2	15.2
Factor 2	2. 17345	4.9	20.1
Factor 3	1. 92136	4.4	24.5
Factor 4	1. 64881	3.7	28.2

SEGUNDA SECCIÓN

VALOR	VALOR EIGEN	VALORES EIGEN ACUMULADOS	VARIANZA ACUMULADA
Factor 1	9. 14539	20.3	20.3
Factor 2	3. 90379	8.7	29.0
Factor 3	2. 15548	4.8	33.8
Factor 4	1. 70259	3.8	37.6

Correlación

De acuerdo a los coeficientes de correlación obtenidos, se encontró lo siguiente:

El factor depresión correlacionó con el factor de interacción familiar obteniendo una significancia del .016., con el factor castigo obtuvo una significancia del .000 , y con el factor de relaciones escolares correlacionó con .003 de significancia.

El factor agresividad correlacionó con el factor de interacción familiar, obteniéndose un valor de .043., con el factor castigo correlacionó al .000 y con el factor de relaciones escolares al .002.

El factor somatización correlacionó exclusivamente con el factor castigo con una significancia del .000.

TABLA 4
CORRELACIONES OBTENIDAS ENTRE HÁBITOS DE CRIANZA Y
FACTORES ASOCIADOS CON LA ANSIEDAD

	SOMATIZACIÓN	DEPRESIÓN	AGRESIVIDAD
INTERFAM	-.0540 (383) P=.272	-.1194 (383) *P=.016	-.0993 (383) *P=.043
CASTIGO	.02646 (383) *P=.000	.3111 (383) *P=.000	.2248 (383) *P=.000
RELACIONES ESCOLARES	-.0760 (383) P=.099	-.1387 (383) *P=.003	-.1441 (383) *P=.002

Nota: El (*) nos indica una correlación bivariada significativa al .05 entre los factores comparados que son somatiza Vs. Castigo, así como depresión y agresividad Vs interacción familiar, castigo y relaciones escolares

Regresión múltiple

Antes de efectuar el estadístico de la regresión, se realizó una correlación bivariada entre la ansiedad y los tres factores de crianza, para conocer cuál factor predice e influye de manera directa sobre la ansiedad.

El resultado obtenido revela que el factor que predice la ansiedad es el castigo.

A continuación se presentan las tablas con las variables de la ecuación más importantes:

TABLA 5
CORRELACIÓN ENTRE HÁBITOS DE CRIANZA Y FACTORES ASOCIADOS
CON LA ANSIEDAD

	CASTIGO	INTERFAM	RELACESC
ANSIEDAD	.372 P=.000	-.110 P=.015	-.128 P=.006

Nota: La P indica el nivel de significancia obtenido

La correlación múltiple obtenida es de 0.38254.

La correlación múltiple al cuadrado es de 0.14633.

El error estándar de estimación es de 3.87132 .

TABLA 6
VALORES B QUE INTERVIENEN PARA OBTENER LA ECUACIÓN DE LA RECTA

VARIABLE	B
RELACESC	-0.228997
CASTIGO	0.80056
INTERFAM	0.015111
ANSIEDAD	5.304401

Los Valores de esta tabla sirven en la obtención de la ecuación de la recta.

TABLA 7
VALORES BETA

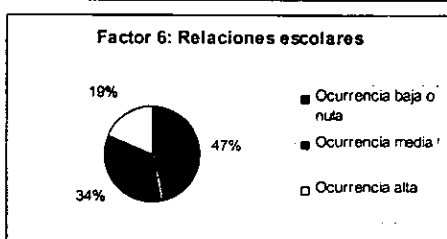
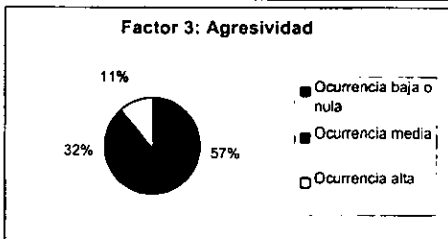
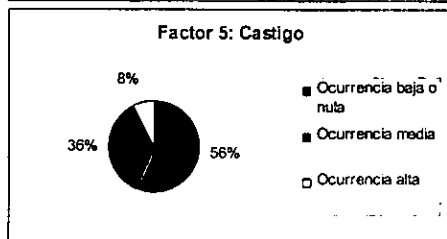
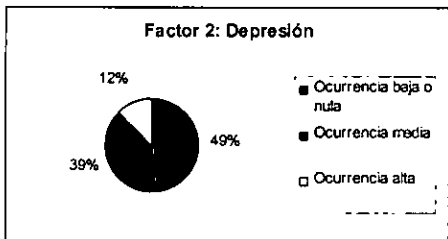
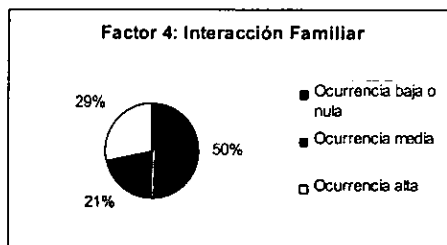
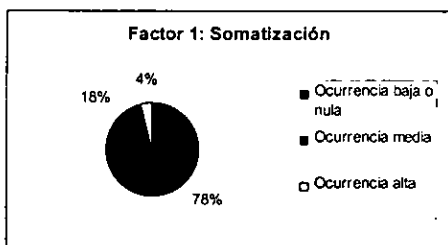
VARIABLE	BETA
RELACESC	-0.106163
CASTIGO	0.364398
INTERFAM	0.025119

TABLA 8
VALORES T

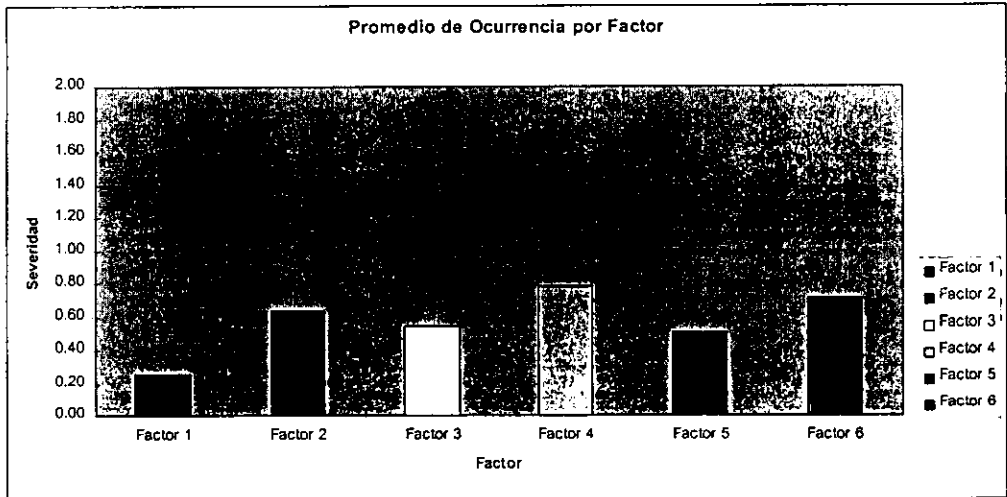
VARIABLE	Valores T	Significancia de T
RELACESC	-1.574	0.1162
CASTIGO	7.572	0
INTERFAM	0.37	0.7119
ANSIEDAD	9.067	0

A continuación, se presentan las tablas 9 y 10. En la primera se presentan los porcentajes obtenidos en cuanto a la ocurrencia de cada una de las variables.

TABLA 9
PORCENTAJE DE OCURRENCIA



La tabla 10 presenta los promedios de ocurrencia de cada factor.



11. CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue encontrar posibles relaciones entre los hábitos de crianza y la sintomatología asociada con trastornos de ansiedad. Para ello, previamente llevamos a cabo los análisis pertinentes de confiabilidad y validez.

Los resultados obtenidos revelan que el SEVIC niños es un instrumento confiable y válido, que permite medir lo mismo la sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad, como los hábitos de crianza y estilos de vida.

Respecto a la confiabilidad del SEVIC niños, los datos indican que, para la primera sección del instrumento, obtuvimos una confiabilidad de .8535, que sugiere una consistencia interna alta. En cuanto a la segunda sección de la prueba, al obtener un Alpha de .6465 conseguimos una consistencia interna moderada y aceptable.

En lo que respecta a la consistencia interna del instrumento vista a través del análisis de reactivos, podemos concluir que éstos tienen un adecuado poder de discriminación, en virtud de que tan sólo tres de ellos no discriminaron.

El análisis factorial indica que las variables se agrupan principalmente en seis factores:

El primero (sección uno), agrupó variables relacionadas con la somatización, lo que corrobora los planteamientos teóricos expuestos previamente, que sugieren que la sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad suele presentarse en diversas formas, incluyendo síntomas somáticos.

Este factor arrojó un valor Alpha de .7571, que indica una confiabilidad moderada.

No hay duda que los síntomas somáticos tienen conexión con diversas patologías, como trastornos de ansiedad, depresión y psicosis; la ansiedad por separación y los ataques de pánico están particularmente relacionados con síntomas somáticos importantes (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996; Last, 1991, Livingston, Taylor & Craawford, 1988, en Bernstein, Massie, Thuras, Perwien, Brochardt & Crosby, 1997).

De acuerdo con Bernstein y cols., (1997), el índice de ausentismo o abstencionismo escolar está íntimamente asociado con la severidad de las somatizaciones, ansiedad y depresión. Faltar a la escuela afecta las relaciones sociales, porque puede convertirse en factor para perder amistades y tener dificultades académicas.

Se ha encontrado que los síntomas somáticos más frecuentes entre los adolescentes que faltan a la escuela son autonómicos, gastrointestinales,

cardíacos, urinarios, dermatológicos y musculares (Kolvin & Kaplan, 1988). Entre los primeros, son comunes los temblores, fríos, calores, dolor en el pecho y posibles desmayos. En el ámbito gastrointestinal, las náuseas y palpitaciones.

En el presente estudio observamos otros síntomas somáticos, que se reflejaron mediante quejas relacionadas con la imposibilidad de oír, ver o caminar, tener visión doble, no poder orinar, dolor en la espalda y enuresis. Estos síntomas abarcarían los relativos a la función urinaria, muscular y autonómica.

En lo relativo a este factor -ahora que algunos otros síntomas han sido identificados- sería interesante, como sugerencia para investigaciones futuras, elaborar un instrumento que incluya reactivos que exploren más síntomas relacionados con la ansiedad a fin de reconocer específicamente a qué patología corresponden y observar si las agrupaciones factoriales se conservan similares, como es el caso de la presente investigación con otras realizadas previamente (Hernández Guzmán & Sánchez Sosa, 1996).

En este estudio las quejas correspondieron al sistema urinario, a la vista y al oído, mientras que en la investigación realizada por los autores antes mencionados (llevada a cabo con adolescentes), se encontró que, en su mayoría, estaban relacionadas con el sistema respiratorio. Sin embargo, queda claro que en ambos estudios se evaluaron aspectos relacionados con la somatización, aun cuando las quejas somáticas se hayan manifestado de diferente manera e involucrado distintos sistemas.

Es de llamar la atención que el factor de somatización sólo haya correlacionado con el factor castigo. A este respecto no encontramos literatura que hiciera mención de estas variables específicas. Sin embargo, a través de la literatura revisada encontramos que la somatización es una manifestación de la ansiedad, o bien, un trastorno comórbido a ella. Por lo tanto, y después de entender la influencia de los hábitos de crianza y estilos de vida sobre la salud mental del niño, inferimos que al haber castigo o presenciario, se da una reacción fisiológica de ansiedad que incluye el aumento de la frecuencia cardíaca, la respiración, sudoración, etc... Por otra parte, la somatización incluye un proceso harto complejo entre el que se encuentra una reacción ante un peligro que el yo no puede manejar adecuadamente.

Desde otro punto de vista, el niño se siente vulnerable porque evidencia que su estructura familiar y la suya propia se tambalean.

Para el desarrollo de una vida libre de patologías es necesario que durante la infancia haya un buen apuntalamiento por parte de los padres y que no se provoquen sentimientos ambiguos que confundan al menor.

El segundo factor (sección uno), agrupó variables relacionadas con la depresión. De acuerdo con la literatura, existe un vínculo estrecho entre el desarrollo de depresión y ansiedad y, en muchos casos, este último trastorno es comórbido al

primero y viceversa (Klerman, 1988; Leckman; Weissman & Merikangas; Pauls & Prusoff, 1983, en Roth, 1988).

El valor Alpha obtenido fue de .6000, lo que indica una confiabilidad moderada y aceptable. Los reactivos agrupados bajo este factor se refieren a sentimientos de tristeza, miedo y autovaloración negativa, así como sentimientos de inadecuación y baja autoestima. Estos resultados complementan los supuestos de otros autores respecto a la relación de ambas patologías (Schwartz & Schwartz, 1993), concretamente como categorías relativas a la ansiedad y la cognición (Hernández Guzmán & Sánchez Sosa, 1996).

El tercer factor (sección uno) agrupó variables relacionadas con la agresividad. La confiabilidad obtenida, de .4400, indica una consistencia interna baja. Sin embargo, la literatura de investigación señala que algunas manifestaciones relacionadas con la ansiedad tendrían que ver con comportamientos desafiantes o agresivos. Específicamente, se ha encontrado que el trastorno negativista desafiante o el ocasionado por déficit de la atención, así como la depresión, tiene un componente muy amplio de ansiedad. Los síntomas incluyen los berrinches, la desobediencia, la agresividad y síntomas somáticos. También se ha visto que la agresividad de los niños puede surgir a raíz de una crianza deficiente o de un comportamiento imitado (Anderson 1987, en Jalenques & Coudert, 1993; Kovacs & Beck, 1977 en Schwartz y cols., 1993).

El factor cuatro (sección dos) agrupó variables relacionadas con la interacción familiar. Obtuvimos una confiabilidad moderada y aceptable de .7984. Éste agrupó reactivos asociados con la dinámica familiar y las formas de relación entre sus miembros. Aquí se encuentran los reactivos referentes a la relación con el padre, con la madre, el trato entre ambos padres (que incluye las manifestaciones de respeto y de hostilidad), las relaciones con otros adultos importantes, así como las escolares y sociales.

Según la literatura, el ambiente familiar influye de manera decisiva en el comportamiento del niño. Se ha visto que las discusiones familiares tienden a magnificar y afectar la manera en que el menor resuelve sus problemas; también, que el estilo de interacción con los padres puede predecir psicopatología o deterioro en la competencia social, en el aprendizaje y en la conducta (Amato y Keith, 1991; Heterington & Cox, 1979; Wallerstein y Kelly ,1980 en Kasen, Cohen, Brook, Hartmak, 1996).

Concretamente, se ha mostrado que mientras los padres sean sensibles a los problemas de sus hijos es menor la probabilidad de que éstos desarrollen trastornos de ansiedad (Dadds, Barret & Rapee, 1996).

Los resultados de este estudio se suman a los de investigaciones previas, realizadas con el mismo instrumento, y coinciden con muchos de sus hallazgos. Por ejemplo:

Sobre la estructura factorial del SEVIC niños, encontramos datos consistentes con otros estudios como Hernández Guzmán & Sánchez Sosa (1996), en que los autores encontraron variables interactivas de los hijos con el padre y con la madre (en población adolescente) que hacen referencia a la relación que establece el niño con el padre y la madre, en forma independiente. Así, los resultados de la presente investigación coinciden con los anteriores en cuanto a que los reactivos agrupados bajo la relación con el padre se refieren a la expresión del afecto, interés y apoyo. Acerca de la relación con la madre, también encontramos variables relativas al interés y afecto que presenta hacia su hijo. A su vez, en ambos estudios se incluyen reactivos referentes al amor que se demuestran los padres entre sí.

Las agrupaciones factoriales son equiparables en ambas investigaciones, en donde queda claro que los estilos de vida incrementarán o decrementarán la posibilidad de desarrollar alguna psicopatología; específicamente, la ansiedad.

El quinto factor (sección dos) agrupó variables relacionadas con el castigo y arrojó una confiabilidad de .6516; moderada y aceptable. Los reactivos agrupados bajo este factor dan cuenta tanto del castigo físico propinado al niño, como del abuso o castigo verbal, producto de comentarios devaluatorios. Asimismo, incluye un reactivo concerniente a las peleas entre los padres.

La literatura sobre violencia intrafamiliar se ha enfocado a los menores que sufren directamente de abuso. Sólo durante la última década los investigadores han puesto mayor atención en los niños testigos de violencia, como quienes presencian abuso de la madre o se hallan expuestos a la agresividad interparental (Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins & Marcus, 1997; Gordis, Margolin & Richard, 1977).

Strauss & Kaufman Kantor (1994) refieren que más del 90% de los padres da nalgadas o utiliza alguna otra forma de castigo corporal. Mediante sus hallazgos, sugieren que los menores sometidos a algún castigo de este tipo podrían tener un índice mayor de riesgo para desarrollar posteriores síntomas depresivos, pensamientos suicidas, abuso de alcohol, abuso a niños y a sus cónyuges. Los autores sugieren una relación consistente entre castigo corporal y problemas de comportamiento en la vida adulta.

De acuerdo con el presente estudio, el castigo resulta ser una variable útil para predecir ansiedad en la población infantil; ante su existencia se incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos tales como los descritos por los autores anteriores. Estos hallazgos extienden los resultados respecto a que el castigo es uno de los factores que dispara la ansiedad, siendo otras de sus causas el rechazo y la separación (Stattin, Magnusson, Olah & Kassin, 1991).

La hostilidad entre la pareja de padres está asociada a mayor uso de castigo contra el hijo. (Dielman, 1977, en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996). En el SEVIC niños encontramos agrupado, bajo el factor de castigo, un elemento

relacionado con la manera en que pelean los padres. La disarmonía entre ellos puede dar lugar a que un niño sea inquieto e inestable (Coderch, 1991) y el sentimiento de falta de afecto por parte de los padres y la impresión de ser rechazado por ellos puede producir ansiedad y sentimientos de venganza reflejada a través de comportamiento antisocial o delincuente.

Según Cicchetti & Carlson, (1989); Wolfe, (1987) en Kazdin & Johnson, (1994) el abuso físico puede originar deterioro cognitivo, emocional, conductual, académico e intelectual. Además, la victimización es un proceso traumante que origina sentimientos de desamparo, (Straus & Gimpel, 1994, en Straus y cols, 1994), baja autoestima (Mcgrath, Keita, Strickland & Russo, 1990, en Straus y cols, 1994) y depresión (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987, en Straus y cols, 1994).

Por todo esto, reitero que la predictibilidad encontrada en el castigo, con respecto a la ansiedad, tiene implicaciones sumamente importantes en cuanto a que puede favorecer la comprensión de la etiología de los trastornos de ansiedad, así como la implementación de programas preventivos de impacto en la sociedad.

Los resultados anteriores se obtuvieron a partir de un análisis de regresión múltiple lineal. De acuerdo con los puntajes Beta obtenidos, el castigo tiene una correlación de .800506 con la ansiedad. Al conseguir un puntaje T y de significancia T, observamos que la significancia es muy alta, dado que es menor al .05 y al .01.

Fisher, Kramer, Hoven, Greenwald, Alegria, Bird, Canino, Connell y Moore (1997) apuntan que existe una clara correspondencia entre historia de abuso físico y psicopatología. El abuso físico es un factor de riesgo para el abuso de comportamiento agresivo crónico (Dodge, Bates & Pettit, 1990; en Flisher y cols., 1997); la violencia parental está asociada con síntomas de estrés postraumático y depresión (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995 en Fisher y cols, 1997), intentos o ideación suicida durante la niñez o la adolescencia (Deykin, Alpert & McNamara, 1985; Shaunese, Cohen, Plummer & Berman, 1993; Stone, 1993 en Fisher y cols., 1997), déficits económicos (Eckenrode, Laird & Doris, 1993, en Fisher y cols., 1997) y escasa habilidad para el lenguaje (Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984; Vondra, Barnett & Cicchetti, 1990, en Fisher y cols., 1997).

Podemos ver, mediante los valores de la regresión múltiple, que el castigo y los factores de relaciones familiares y escolares predicen aproximadamente un 20% de la ansiedad; el 80% restante no puede explicarse a través de ellos. Sin embargo, no hay que olvidar que esta investigación se llevó a cabo con niños de población normal; de ahí se infiere que la predictibilidad sea baja, porque se asume que la mayoría de los niños participantes no son víctimas de castigo en frecuencias elevadas. Asimismo, analizando las frecuencias de los reactivos que componen el factor de castigo, se observa que los porcentajes (aproximadamente un 6%) de respuesta que incluyen un abuso o castigo frecuente son mucho menores que aquellos que comprenden un castigo esporádico.

El factor sexto (sección dos) agrupó variables asociadas a las relaciones escolares, obteniendo un Alpha de .7693, que revela una consistencia interna moderada y aceptable. Las principales líneas de investigación sobre este tema coinciden en apuntar la importancia de las relaciones sociales para la vida sana del niño. Igualmente, los logros académicos apuntan al desarrollo de una buena autoestima (Gotlib & Asarnow, 1979; Helsel & Matson, 1984; Sacco & (Graves, 1984; Strack & Coyne, 1983; en Kennedy, Spence & Hensley, 1989) (Goodyear Wright, Altham, 1990). La competencia personal a través de las relaciones sociales, consecuencia de las relaciones con la familia que en determinado momento podrán ser trasladadas al ambiente escolar, también es importante (Harter, 1983; Petit, Dodge y Brown, 1988 en Goodyear, Wright & Altham, 1990).

La disfuncionalidad psicosocial se presenta en el momento en que el individuo pierde capacidades, ya sea en el ámbito social, intelectual o académico. Como cualquier otra psicopatología, la ansiedad durante la niñez puede afectar negativamente el aspecto de la funcionalidad psicosocial del individuo durante la etapa adulta y repercutir sobre una gama de habilidades como mantener un empleo o continuar una educación. Influye también en mayores índices de utilización de servicios de salud mental, problemas psicológicos más graves, niveles de ansiedad más elevados, uso de antidepresivos y litio; sintomatología depresiva más severa (Last, Hansen & Franco, 1997).

De acuerdo con la literatura, la mayoría de los trastornos suele aparecer en la niñez temprana o en la adolescencia (ahí se halla la importancia de la detección de factores de riesgo y el desarrollo de programas preventivos). Aquello que se establece en etapas tempranas del desarrollo sólo podrá ser erradicado difícilmente y sus daños, sus consecuencias, pueden ser irreversibles. Además, queda claro que las patologías infantiles pueden devenir en trastornos psicopatológicos durante la edad adulta si no son atendidos oportunamente (Kandel & Davies, 1986; en Harrington, Fudge, Rutter, Bredenkamp, Groothues & Pridham, 1993). Es entonces cuando la condición que existía de manera leve se va complicando, hasta convertirse en un padecimiento crónico que puede incluir otras manifestaciones sintomáticas complejas que en el pasado no se habían manifestado. De este modo, la prevención primaria tiene implicaciones sociales fundamentales. A través de ella se aborda a las comunidades sanas a fin de evitar el surgimiento de patologías reconocidas en poblaciones enfermas. Al brindar acceso a prácticas de crianza y de interacción familiar se favorece el desarrollo psicológico del individuo y la comunidad.

Los trastornos mentales tienden a ser crónicos o remiten por episodios; el periodo de riesgo para el inicio de éstos es antes de los 18 años (Newman, Moffitt, Caspi, Magdol, Silva, Stanton, 1996). El índice de desordenes mentales en los adultos jóvenes es muy alto: tres cuartas partes de los casos diagnosticados a la edad de 21 años tiene historia de perturbaciones mentales durante la niñez o adolescencia. Por lo tanto, es prioridad para los profesionistas en salud mental ejercer

prevenciones serias, sustentadas a partir de otras investigaciones y de marcos conceptuales sólidos.

En cuanto al análisis correlacional, observamos que dos de los factores que componen la sección de ansiedad del instrumento correlacionaron significativamente con los tres que conforman la sección de hábitos de crianza y estilos de vida. La depresión y la agresividad del niño están relacionadas con los estilos de vida, incluyendo la interacción familiar, el castigo y las relaciones escolares.

A partir de estos hallazgos confirmamos que cuando un niño es rebasado por sentimientos de tristeza o desesperanza, de rebeldía y enojo, existe alguna práctica de crianza fallida, ya sea en las relaciones con los padres (cómo éstos ponen los límites) o en las relaciones con maestros y amigos

La literatura de investigación ha señalado que en el desarrollo de psicopatologías intervienen múltiples factores, entre ellos: la forma como se desarrolla una persona a partir de una serie de elementos de vida familiar, social y recreativa (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1991). Si esto no se cumple de manera sana, el individuo, en este caso el niño, presentará serios problemas emocionales y de comportamiento, tenderá al deterioro significativo en una serie de dominios y estará en riesgo de desarrollar condiciones comórbidas (Bird, Gould, Straghezza, 1993).

Sánchez Sosa & Hernández Guzmán (1992) y Sánchez Sosa, Hernández Guzmán & Jurado Cárdenas (1992) encontraron que la ausencia del padre es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad, así como la relación con y entre los padres, la violencia física y verbal (específicamente en episodios de angustia severa). Los resultados de la actual investigación extienden estos antecedentes porque con ella hallamos correlaciones significativas entre la interacción familiar y el desarrollo de ansiedad.

Los resultados de Sánchez Sosa y cols., (1992) señalaron seis expresiones concretas de estilos de crianza como predictores de factores de riesgo: carencia o escasez de muestras de afecto entre los padres, que los padres peleen enfrente de los hijos, que discutan a gritos, que exista violencia física durante las peleas, que se den amenazas de separación y que el estilo de interacción del padre con el hijo se caracterice por que el menor reciba órdenes en tono duro u ofensivo. En el SEVIC niños encontramos las mismas variables, además de la relativa al castigo físico propinado al hijo, tanto por parte del padre como de la madre.

En adición, a través de la presente investigación obtuvimos un factor relacionado con la agresividad como manifestación de ansiedad y otro referente a las relaciones escolares vinculado con los estilos de vida.

12. DISCUSIÓN

La temprana aparición de sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad durante la infancia se ha vinculado con altos índices de deserción escolar, baja autoestima, utilización de sustancias psicotrópicas, uso de servicios de salud mental, hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes, intentos suicidas, hostilidad y depresión, malas relaciones sociales y familiares, y desarrollo de patologías comórbidas.

Si bien es cierto que la ansiedad es una manifestación universal, también lo es que cada cultura tiene una forma particular de comprender el desarrollo de los fenómenos patológicos. Normalidad y patología devienen de una idiosincrasia. Tratar de explicar una conducta basándose en lo que establece otra cultura tiene desventajas importantes. Los resultados obtenidos mediante instrumentos elaborados en otros países deben ser vistos con cautela, ya que podrían arrojar datos no del todo confiables, debido a la asimilación de parámetros conceptuales y metodológicos ajenos a nuestra manera de ser.

Aunque existen muchos instrumentos extranjeros que abordan el problema de la ansiedad es conveniente considerar la raíz cultural de los sujetos pues, de lo contrario, se oscurece la comprensión de la sintomatología, del curso y tratamiento de la misma. El SEVIC niños es un instrumento capaz de detectar algunos de los factores que intervienen en el desarrollo de sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad y tiene además la ventaja de haberse estructurado pensando en la población infantil de nuestro país.

Adaptado de un instrumento para adultos, el SEVIC niños fue modificado pensando en las características de los menores de cuarto y quinto años de primaria que asisten a escuelas públicas de la Ciudad de México. Su estructura es muy semejante a la del SEVIC adultos. En ambos instrumentos se obtuvieron factores relativos a la somatización, depresión o aspectos cognitivos y la relación con los padres. De este modo, tenemos la seguridad de estar trabajando bajo un mismo marco conceptual.

Los resultados de esta investigación son muy importantes en dos sentidos:

primero, arrojan información acerca de algunas manifestaciones relativas a la ansiedad en una población infantil que se supone normal;

segundo, muestran que los hábitos de crianza y estilos de vida tienen influencia sobre el desarrollo de sintomatología asociada con los trastornos de ansiedad; específicamente el castigo, que es una conducta que propicia la ansiedad infantil.

Con relación al primer punto: a través de la revisión bibliográfica encontramos que en muchas ocasiones un trastorno de ansiedad puede estar compuesto por sintomatología alterna, o bien, presentarse simultáneamente a otro. En este caso

es posible observar que la ansiedad se manifiesta a través de síntomas depresivos, o bien por síntomas somáticos y agresivos. Esto nos lleva al concepto de comorbilidad, tan poco considerado en ciertos ámbitos de la salud mental de nuestro país y tan importante para la adecuada detección de trastornos y su justa atención.

Cuando no existen criterios diagnósticos compartidos puede caerse en el error de diagnosticar un trastorno por otro e implementar un tratamiento equivocado. El objeto de esta investigación no es el de unificar los criterios nosológicos y diagnósticos de las instituciones psicológicas de México; no obstante, percibir qué síntomas depresivos, somáticos y de agresividad intervienen en la sintomatología de la ansiedad permite abrir, clínicamente, un espectro que se ha caracterizado por su limitación. Es importante que no consideremos a la ansiedad como una entidad separada, sino como el producto de la influencia de muchos factores intrapsíquicos como los estados de ánimo y, por otro lado, la forma de vida y las interacciones con los otros.

En la presente investigación se evalúa la sintomatología asociada y no los trastornos propiamente dichos; esto, suponemos, es doblemente importante porque la detección temprana de los síntomas permite a los expertos en salud mental ayudar en el momento inicial de un padecimiento, cuando el pronóstico se contempla más noblemente.

A partir de los resultados obtenidos sugerimos la elaboración y puesta en marcha de programas de educación para padres y maestros, con el propósito de detectar síntomas indicadores de ansiedad y/o depresión, que pudieran trascender en contenido y tiempo hasta interferir en la vida psicosocial adulta del individuo.

En el caso de la ansiedad, hemos visto cómo los síntomas somáticos influyen de manera importante en el ausentismo escolar, así como en las diversas actividades recreativas del niño, de modo que su pronta identificación permitirá abordar este problema tan importante.

La normalidad o patología debe ser estudiada a lo largo del desarrollo del individuo. No cabe duda que un niño enfermo y sin atención oportuna podrá convertirse en un adulto con limitantes de importancia. Debemos tomar en cuenta que las prácticas parentales proveen al niño o adolescente de oportunidades de aprendizaje y promueven patrones de comportamiento que pudieran persistir durante toda la vida (Hernández Guzmán & Sánchez Sosa, 1996).

Por otra parte, como señalamos en el segundo punto, encontramos que el castigo actúa como predictor de ansiedad. Esto, además de corroborar los sustentos teóricos, puede ayudarnos para desarrollar estrategias de prevención primaria en el ámbito de la violencia intrafamiliar y la salud mental, con el fin de disminuir los índices de castigo corporal y verbal.

El castigo es un problema mundial; sin embargo, es una realidad que los bajos ingresos y las limitadas condiciones de vida en México exacerbaban la agresividad. Los niños que provienen de familias con escasos recursos económicos denotan mayores índices de psicopatología que aquellos con recursos medios y de muestras comunitarias. Donde impera la ignorancia y las condiciones de vida deterioradas, los menores tienden a ser receptores de toda la agresividad y frustración de los padres o familiares adultos. Cabe resaltar la importancia de estos hallazgos, debido a que permiten una mejor comprensión de los factores que desencadenan la ansiedad.

Previamente se han llevado a cabo campañas publicitarias contra los abusos de este tipo hacia los menores, pero sólo se ha puesto énfasis en el hecho aislado del castigo y no en sus consecuencias. Difundir los trastornos que éste provoca representaría una aportación fundamental para nuestra sociedad; particularmente para nuestros niños.

A través de la educación pueden conseguirse cambios: implementar escuelas para padres o programas y campañas publicitarias serviría para que los adultos tomen conciencia del grave problema que representa el abuso físico o verbal.

Si bien el castigo es el factor que predice o incide sobre la ansiedad, no debemos olvidar que las relaciones familiares y escolares también influyen de manera importante sobre este trastorno. Podemos observar esto claramente en las frecuencias obtenidas respecto a la ocurrencia de las variables, donde éstas dos son las que ocurren en mayor medida. Un niño sano es aquel al que se permite establecer contactos sanos con su entorno.

Por otro lado, queremos puntualizar algunos aspectos con respecto a las limitaciones de la presente investigación. Éstas conciernen principalmente a la adaptación del instrumento: comprobamos que si bien es confiable y válido, posee la limitante de su longitud excesiva.

Las aplicaciones resultaron cansadas para los niños, hecho demostrado por la frecuencia de los valores extraviados que obtuvimos al final de la prueba. Los menores se observaron cansados y dispersos, lo que hay que tomar en cuenta debido a que el componente de la fatiga podría haber influido en los resultados. Por esta razón se sugiere hacer la aplicación en dos partes: primero la sección concerniente a la ansiedad y, después, la sección sobre hábitos de crianza.

También se notó que los niños no entendieron las opciones de respuesta poco específicas. Se sugiere omitirlas. Tales opciones son del orden de mencionar *otra razón*.

Explorar el índice de deterioro es una sugerencia más para futuros estudios que incluyan población enferma. Hemos visto que la cronicidad y la severidad son muy importantes para evaluar la sintomatología, puesto que aporta datos acerca de la evolución y duración del trastorno, así como de su magnitud. El presente estudio

intentó evaluarlo a partir de las opciones de respuesta relativas al tiempo o duración del malestar (*siempre o casi siempre, a veces o nunca o casi nunca*); sin embargo, este procedimiento se realizó a partir de una gráfica colocada en el pizarrón. En este sentido desconocemos si la mayoría de los niños la observó y utilizó. Se sugiere incluir un estímulo diferencial en cada instrumento, con objeto de que los menores tengan presente el dibujo y elaboren su respuesta a partir del gráfico adjunto.

Por otro lado, a través de los análisis de frecuencias se obtuvieron porcentajes y promedios con respecto a la ocurrencia del trastorno (en este caso, se observa la severidad de éste) y hábitos de crianza en los cuales se observó lo siguiente:

La muestra se comportó en términos de una población que se supone normal. Esto se puede apreciar en los diferentes promedios de ocurrencia del trastorno presentados para los diferentes factores, en donde éstos se encuentran en niveles bajos de ocurrencia. Los factores más altos fueron, por un lado, "interacción familiar (0.78)" y "relaciones escolares (0.72)", y por otro, "depresión (0.64)". Cabe mencionar que la ocurrencia máxima era de dos puntos.

Es importante detectar o diagnosticar el inicio de trastornos de ansiedad y depresivos; su tratamiento oportuno y temprano puede prevenir el inicio de episodios de depresión, entre otras cosas. Además, los síntomas y trastornos de ansiedad son unos de los más referidos a instituciones de salud mental; sus índices van en aumento y no podemos aventurarnos a pensar que decrementarán sin ninguna intervención. Este instrumento constituye una aportación para el desarrollo de otros que permitan predecir los factores de riesgo en el deterioro psicológico.

Es probable que mientras más temprano detectemos los factores tengamos mejores intervenciones preventivas en el campo de la salud mental. Por eso, es conveniente tomar en cuenta que los problemas pueden emerger en etapas anteriores; esto, para realizar investigaciones con niños pequeños y comparar los resultados entre escolares y preescolares. Así, podríamos conocer la sintomatología más común a esta edad y corroborar si los hábitos de crianza que intervienen son los mismos que con los menores en edad escolar. El SEVIC podría adaptarse para aplicación a los niños más pequeños mediante el uso de dibujos.

La historia psiquiátrica familiar ha demostrado ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas y su omisión como factor de riesgo puede oscurecer o confundir los resultados. Aunque la presente investigación no la incluye, podría utilizarse el SEVIC niños para indagar tal sintomatología y, posiblemente, crear un cuestionario aplicable a los padres, donde se indagaría sobre tal historia.

El SEVIC niños puede emplearse como una medida de factores de riesgo para determinar la manera en que los hábitos de crianza propician sintomatología, o bien, como una medida para detectar sintomatología asociada con la ansiedad.

Como ya mencionamos, con el presente estudio encontramos que el castigo predice la ansiedad; sin embargo, sugerimos hacer investigaciones comparadas entre grupos de niños con el trastorno y sin él, con el propósito de observar la predictibilidad del castigo sobre la ansiedad. Dadas las características de la población participante, se cree que tal predictibilidad aumentará en la medida en que la población esté diagnosticada con trastorno de ansiedad, o algún otro desorden comórbido (como depresión, somatización o trastornos de conducta).

Un último factor cuya investigación sugerimos para futuros proyectos es el relativo a la agresividad, que obtuvo una confiabilidad baja. Dado que los niños participantes provienen de una población normal, habría que corroborar si la agresividad reportada como uno de los factores principales del SEVIC niños es apropiada en términos del desarrollo, o si efectivamente se trata de un componente psicopatológico.

Debemos cuidarnos de categorizar un comportamiento como patológico sin antes averiguar si se erige a partir del curso normal del desarrollo. Así, sería importante investigar acerca de la agresividad con respecto a la ansiedad, ya sea incluyendo otros factores o reactivos, o aplicando el instrumento en otra población.

Las aportaciones de este estudio incluyen las pertenecientes al ámbito de la prevención primaria. Así, se estudió a una población libre de trastornos, que se supone normal. Encontramos factores de riesgo muy claros y específicos que invitan a hacer el mismo tipo de intervenciones oportunas y eficaces con otro tipo de población como por ejemplo: niños que ya sufren de ansiedad o que están recibiendo un diagnóstico el cual se quiere corroborar.

De este modo, a partir del reconocimiento de la existencia de condiciones de vida perjudiciales, el ejercicio del psicólogo profesional cobra mayor importancia. Por un lado, desde el punto de vista preventivo y, por otro, desde el punto de vista terapéutico en donde, a partir del conocimiento de la etiología del trastorno, se puede abordar el problema de manera ética, seria y confiable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aiken, L. R. (1994). *Psychological testing and assessment*. Estados Unidos de Norteamérica: Allyn and Bacon Publishers.
- Aiken, L. R. (1995) *Test psicológicos y evaluación*. Octava edición. México: Prentice Hall Hispanoamericana, 64-73, 87-101, 358, 425-442.
- Alarcón, R. D. (1993). Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina para el siglo XXI. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*; 39(1), 19-31.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIII-R)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)*. México: Masson. 116-122, 401-456.
- American Psychiatric Association (1975). *A Psychiatric Glossary*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression; Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.
- Angold, A. (1989). Structured assessments of psychopathology in children and adolescents en W.C. Thompson (eds.), *The Instruments of Psychiatric Research*. Chichester: John Wiley, 271.
- Angold, A., Weissman, M., John, K., Merikangas, K., Prusoff, B., Wickramaratne, P., Gammon, D., Wamer, V. (1987). Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28(6), 901-915.
- Barreto-Rivero (1996). *Detección Correlacional entre variables asociadas con el desarrollo familiar y los signos precoces del deterioro psicológico infantil: un aporte a la psicología preventiva*. Tesis doctoral en psicología clínica, UNAM.
- Benjamin, R. S., Costello, E., Warren, M. (1990). Anxiety Disorders in a pediatric sample. *Annual Progress in child psychiatry and development*. 408-433.
- Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D., Perwien, A. R., Borchardt, C. M. & Crosby, R. D. (1997). Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 661-668.

- Biederman, J., Newcorn, J., Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hiperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-575.
- Bird, H. R., Gould, M. S., Staghezza, B. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361-368.
- Byrman, A., Cramer, D. (1990). *Quantitative data analysis for social scientists*. Nueva York: Routledge publishers.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventing psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. España: Paidós Ibérica.
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Editorial Herder, 49, 82-94, 107-126.
- Costello, E. J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-855.
- Cowen, E. (1980). Primary Prevention in Mental Health: Past, Present and Future. En R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu and S. S. Farber (Eds.) *Preventive Psychology Theory, Research and Practice*. Nueva York: Pergamon Press, 11-25.
- Cowen, E. L., Work, W.C. (1988). Resilient children, psychological wellnes, and primary prevention. *American journal of community psychology*, 16, 591-604.
- Dadds, M. R., Barret, P. M. Rapee, R. M. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(6), 715-734.
- Del Bosque, J. (1996). Conferencia: La Cronicidad en salud mental y la experiencia hospitalaria dictada en el marco de las jornadas Vulnerabilidad, Asistencia Social y Salud Mental, Instituto Nacional de Salud Mental. México.
- Edelman, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Inglaterra: John Wiley and sons Ltd. (The Wiley Series in Clinical Psychology).
- Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M. & Marcus, S. (1997). Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major U.S. cities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 116-122.

- Fendrich, M., Weissman, M., Warner, V. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26(1), 40-50.
- Fichman, L., Koestner, R., Zuroff, D. (1996). Dependency, self-criticism, and perceptions of inferiority at summer camp: I'm even worse than you think. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(1), 113-126.
- Fleming, J., Offord, D., Boyle, M. (1989). Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario Child Health Study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 647-654.
- Fleming, J., Offord, D. R., Boyle, M. H. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Flisher, A., Kramer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H., Canino, G., Connel, R. & Moore, R. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 123-131.
- Freud, S. (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia en *Obras completas de Sigmund Freud*. España: Biblioteca Nueva, 2833-2883.
- Garber, J., Robinson, N. S., Valentiner, D. (1997). The relation between parenting and adolescent depression: Self-worth as a mediator. *Journal of Adolescent Research*, 12(1), 12-33.
- Garralda, M. E. (1992). A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 759-773.
- Gittelman Klein, R., Klein, D. F. Adult anxiety disorders and childhood separation anxiety en Roth, M., Noyes, R, Jr., Burrows, G. H. (editores). (1988) *Handbook of anxiety. Volume 1. Biological, clinical and cultural perspectives*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.
- Gordis, E. B., Margolin, G., Richard, J. (1997). Marital aggression, observed parental hostility, and child behavior during triadic family interaction. *Journal of Family Psychology*, 11(1), 76-89.
- Goodyer, I., Wright, C., Altham, P. (1990). Recent achievements and adversities in anxious and depressed school age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31(7), 1063-1077.

- Grolnick, W. S., Weiss, L., Mckenzie, L., Wrightman, J. (1996). Contextual, cognitive and adolescent factors associated with parenting in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(1), 33-53.
- Gureje., O., Omigbodun, O. O. (1995). Children with mental disorders in primary care: Functional status and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 310-314.
- Hall, C. S. (1991). *Compendio de psicología freudiana*. México: Paidós, 69-79.
- Harrington, R. C., Fudge, H., Rutter, M .L., Bredenkamp, D., Groothues, C., Pridham, J. (1993). Child and adult depression: A test of continuities with data from a family study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 627-633.
- Hernández Guzmán, L., Sánchez Sosa. J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1 - 2), 83-90.
- Hernández Guzmán, L., Sánchez Sosa. J. J. (1996). Parent child interactions predict anxiety in mexican adolescents. *Adolescence*, 31(124), 955-963.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mcgraw Hill.
- Hinshaw, S. P. (1987). on the distinction between attentional deficits/hiperactivity and conduct problems/agresion in child psychopatology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.
- Holtzman, W. (1988). La psicología y la salud mental. *Revista mexicana de psicología*, 5(2), 159-172.
- Jalenques, I., Coudert, A. J. (1993). Epidemiology of childhood anxiety disorders. *European psychiatry*, 8, 179-191.
- Jensen, P. S., Shervette III, R., Xenakis, S., Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hiperactivity: New findings. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1203-1209.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1996). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta. psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 7° edición. 37-52; 588-627; 1090-1092;1125-1129.
- Kasen, S., Cohen, P., Brook, J., Hartmark, C. (1996). A multiple risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 121-147.

- Kashani, J., Dandoy, A., Vaidya, A. F., Soltys, S., Reid, J. (1990). Risk factors and correlates of severe psychiatric disorders in a sample of inpatient children. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 780-784.
- Kazdin, A. E., Johnson, B. (1994). Advances in psychotherapy for children and adolescents: Interrelations of adjustment, development, and intervention. *Journal of School Psychology*, 32(3), 217-246.
- Kennedy, E., Spence, S. H., Hensley, R. (1989). An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 561-573.
- Keenan, K., Shaw, D. S., Walsh, B., Delliquadri, E. & Giovannelli, J. DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 620-627.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento. México*: Editorial McGraw Hill.
- Klerman, G. L. (1988). Depression and Related Disorders of Mood (Affective Disorders) en A. M. Nicholi, Jr. (eds). *The New Harvard Guide To Psychiatry*. Cambridge: Belknap/Harvard university Press, 309-306.
- Klerman, G. Relationship between anxiety and depression en Roth, M., Noyes, R, Jr. Burrows, G. H. (editores). (1988) *Handbook of anxiety. Volume 1. Biological, clinical and cultural perspectives*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.
- Kline, P. (1993). *Personality: The psychometric view*. Nueva York: Routledge.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Nueva York: Routledge.
- Kolvin, I. y Kaplan, C. Anxiety in childhood en Roth, M., Noyes, R, Jr. Burrows, G. H. (editores). (1988) *Handbook of anxiety. Volume 1. Biological, clinical and cultural perspectives*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.
- Kramer, P. D. (1993). *Listening to Prozac*. Nueva York: Viking, 80-86.
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 645-652.
- Lesse, S. (1974). *Masked Depression*. Nueva York: Jason Aronson.

- Levin, A. P. y Liebowitz, M. R. Biological factors in the description and separation of the anxiety syndromes en Roth, M., Noyes, R, Jr. Burrows, G. H. (editores). (1988) *Handbook of anxiety. Volume 1. Biological, clinical and cultural perspectives*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.
- Lish, J. D., Weissman, M. M., Adams, P. B., Hoven, C. W. & Bird, H. (1995). Family psychiatric screening instrument for epidemiologic studies: pilot testing and validation. *Psychiatry Research*, 57, 169-180.
- Manuzza, S., Gittelman-Klein, R., Horowitz Konig, P. (1989). Hiperactive boys almost grown up, IV: criminality and its relationship to psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1073-1079.
- Materazzi, M. A. (1991) *Salud mental: una propuesta de prevención permanente*. Argentina: Paidós.
- McDonald, L., Billingham, S., Conradm T. & Morgan, A. (1997). Families and Schools Together (FAST): Integrating community development with clinical strategies. *Families in Society*, 78(2), 140-155.
- Newman, D. L., Moffitt, T., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P., Stanton, W. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 552-562.
- Nunnally, J. C. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas. 1° edición, 202-231.
- Nunnally, J. C., Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw Hill. 3° edición.
- Powell, M. (1992). *La psicología de la adolescencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rickel, A. U., Allen, L. (1987). *Preventing maladjustment from infancy through adolescence*. Estados Unidos de Norteamérica: Sage publications.
- Richman, N., Stevenson, J., Graham, P. J. (1982). *Preschool to school: A behavioral study*. Londres: Academic Press.
- Robins, L. N. (1987). Risk factors in childhood disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28(6), 881-883.
- Robins, L. N. y Regier, D. A. (Eds) (1991). *Psychiatric disorders in America : The Epidemiologic Catchment Area Study*. Nueva York: Free Press.

- Roosa, M., Dumka, L., Yun Tein, J. (1996). Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. *American Journal of Community Psychology*, 24(5), 607-623.
- Roth, M., Noyes, R, Jr. Burrows, G. H. (Eds). (1988).*Handbook of anxiety. Volume 1. Biological, clinical and cultural perspectives*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.
- Sánchez-Sosa, Hernández-Guzmán.(1993). *Inventario Salud, Estilos de Vida y Comportamiento* (SEViC). 3° edición.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1985). Psychology and primary prevention in public health: Some implications for developing nations and a progress report. In J. J Sánchez Sosa (Ed) *Health and Clinical Psychology*. Amsterdam : Elsevier Science publishers, pp. 403-409.
- 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.
- 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.
- Schwartz, A., Schwartz, R. M. (1993). *Depression: Theories and treatments. Psychological, biological, and social perspectives*. Nueva York: Columbia University Press.
- Shekim, W. O., Cantwell, D. P., Kashani, J., Beck, N., Martin, J., Rosenberg, J. (1986). Dimensional and categorical approaches to the diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 653-658.
- Spitz, R. A. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de cultura económica.
- Stattin, H., Magnusson, D., Olah, A. & Kassin, H. (1991). Perception of threatening consequences of anxiety provoking situations. *Anxiety Research*, 4(2), 141-166.
- Straus, M., Kaufman Kantor, G. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, 29(115), 543-561.

- Videla, M. (1991). *Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Argentina: Ediciones Cinco, (Colección texto y contexto) 11-31.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early onset conduct problems: Does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 540-551.
- Weissman, M. M & Orvaschel, H. (1986). Epidemiology of anxiety disorders in children: A review. In R. Gittelman (ed.), *Anxiety disorders of childhood*. Nueva York: Guilford Press.
- Weissman, M. Anxiety disorders: an epidemiological perspective en Roth, M., Noyes, R, Jr. Burrows, G. H. (editores). (1988) *Handbook of anxiety. Volume 1. Biological, clinical and cultural perspectives*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.
- Whipple, S. C. , Noble, E. P. (1991). Personality characteristics of alcoholic fathers and their sons. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 331-337.
- Zinzer, O. (1992). *Psicología experimental*. México: Editorial McGraw Hill.

ANEXO 1

SEVIC NIÑOS ORIGINAL

Este cuestionario trata de ver 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 nuestra salud y la de nuestra familia.

Lo que tú contestes en el cuestionario, nadie lo va a saber.

No tienes que escribir tu nombre.

Lo que contestes estará bien, pero se trata de que contestes con la verdad.

Esto no es un examen.

No hay respuestas buenas ni malas.

Esta investigación se hace para elaborar programas para ayudar a la gente.

Una cosa muy importante es que si tienes alguna pregunta, la hagas con toda confianza.

EJEMPLO:

Me gusta salir a pasear:

- a) Siempre o casi siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca o casi nunca ()

Si colocas la cruz (x) en el primer paréntesis quiere decir que:
Te gusta salir a pasear SIEMPRE O CASI SIEMPRE

Si colocas la cruz (x) en el segundo paréntesis quiere decir que:
Te gusta salir a pasear A VECES

Si colocas la cruz (x) en el tercer paréntesis significa que:
Te gusta salir a pasear NUNCA O CASI NUNCA

HABRÁ OPCIONES DE RESPUESTA QUE ESTÉN INVERTIDAS, ES DECIR, QUE LA PRIMERA SEA: NUNCA O CASI NUNCA, LA SEGUNDA: A VECES Y LA TERCERA: SIEMPRE O CASI SIEMPRE.
SOLO TIENES QUE LEER CON MUCHO CUIDADO Y CONTESTAR DONDE TU PIENSES QUE ES LO CORRECTO.

Ejemplo: Me lavo los dientes:

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

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

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

Si contestaste la letra c o tres veces al día querría decir que en un día regular, tú te lavas los dientes tres veces al día. POR FAVOR RECUERDA SOLO USAR LÁPIZ

1. No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
2. Me siento triste sin razón
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
3. Siento que no valgo mucho
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
4. Siento que no me salen las cosas que hago
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
5. Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
6. Me preocupo mucho cuando tengo que hablar frente a gente que no conozco
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
7. A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo
Nunca o casi nunca () a veces () Siempre o casi siempre ()
8. Me dan ganas de quedarme acostado todo el día , aunque haya dormido bien en la noche
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
9. Me duele el estomago, la panza o la barriga
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
10. Me da diarrea
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
11. Siento que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
12. Me dan dolores en el pecho

Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

13. Me duelen los músculos, como si no los pudiera mover
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

14. Hay muchos alimentos que me hacen daño
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

15. Se me va la voz, como si no pudiera hablar
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

16. A ratos no oigo nada, como si perdiera el oído
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

17. Pierdo la vista como si quedara ciego
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

18. Me cuesta trabajo tragar o pasar alimentos
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

19. Se me borra la vista o veo doble
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

20. Me cuesta trabajo caminar
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

21. Me cuesta trabajo hacer pipí
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

22. Me cuesta trabajo dormir
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

23. Me dan ganas de vomitar
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

24. Me siento inflado con gases en la barriga
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

25. Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

26. Me dan dolores en la espalda

- | Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
|---|-------------|----------------------------|
| 27. Me dan dolores de cabeza | | |
| Nunca o casi nunca () | A veces () | Siempre o casi siempre () |
| 28. Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o huecos o espacios borrados | | |
| Nunca o casi nunca () | A veces () | Siempre o casi siempre () |
| 29. Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho | | |
| Nunca o casi nunca () | A veces () | Siempre o casi siempre () |
| 30. No se me antoja comer | | |
| Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
| 31. Me muerdo las uñas | | |
| Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
| 32. Me sudan las palmas de las manos | | |
| Nunca o casi nunca () | A veces () | Siempre o casi siempre () |
| 33. Me chupo el dedo | | |
| Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
| 34. Soy un niño callado, me cuesta relacionarme con mis amigos | | |
| Nunca o casi nunca () | A veces () | Siempre o casi siempre () |
| 35. Me siento mal cuando me dejan mis padres en la escuela o en otro lugar y ellos no se quedan conmigo | | |
| Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
| 36. No puedo dormir sin que haya alguien a mi lado | | |
| Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
| 37. Me cuesta trabajo hablar en la escuela, en la clase o con mis compañeros | | |
| Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
| 38. Cuando me enojo mucho, grito o insulto | | |
| Siempre o casi siempre () | A veces () | Nunca o casi nunca () |
| 39. Cuando me enojo mucho, golpeo | | |

Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

40. La gente que me conoce piensa que soy muy enojón
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

41. Me hago pipí en la cama o en cualquier otro lugar que no sea el excusado
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

42. Me hago popó en la ropa
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

43. Soy rebelde y hago berrinches
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

44. Me chupo el dedo
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

45. Mi edad
7 años() 8 años() 9 años() 10 años() 11 años o más()

46. Sexo
Hombre () Mujer ()

47. Actualmente asisto a:
Primero de primaria () Cuarto de primaria ()
Segundo de primaria () Quinto de primaria ()
Tercero de primaria () Sexto de primaria ()

48. En total tengo:
cero hermanos o hermanas ()
un hermano (a) ()
dos hermanos (as) ()
tres hermanos (as) ()
de cuatro a seis hermanos (as) ()
siete o más hermanos (as) ()

49. Con mis hermanos me llevo:
Muy mal o mal () Regular () Bien o muy bien ()

50. Pienso que mis papás prefieren a alguno de mis hermanos más que a mí:
Casi nunca () Algunas veces () Casi siempre ()

51. Me he criado con:

- mis papás ()
- mi mamá ()
- mi papá ()
- mi papá y su esposa ()
- mi mamá y su esposo()
- abuelos, tíos u otros()
- orfanato, casa hogar u otra ()

SI TUS PADRES VIVEN, PASA A LA PREGUNTA 56

52. Mi papá murió cuando yo tenía
- de uno a dos años ()
 - de tres a cuatro años ()
 - de cinco a seis año ()
 - de siete a ocho años()
 - de nueve a diez años()
 - de diez años o más ()

53. Murió por:
- viejito ()
 - enfermedad ()
 - accidente ()
 - suicidio ()
 - otra ()

54. Mi mamá se murió cuando yo tenía:
- de uno a dos años ()
 - de tres a cuatro años()
 - de cinco a seis años()
 - de siete a ocho años()
 - de nueve a diez años()
 - de diez o más()

55. Murió por:
- viejita ()
 - enfermedad ()
 - accidente ()
 - suicidio ()
 - otra ()

56. No viví con alguno de mis papás porque:
- se separaron o divorciaron ()
 - alguno de mis padres murió ()
 - por el trabajo de alguno de mis padres ()
 - por la situación económica ()
 - otra razón ()

57. Mi papá se emborracha:
- Nunca o casi nunca ()
 - A veces ()
 - Siempre o casi siempre ()

58. Mi papá me quiere:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

59. Mi papá se interesa por lo que hago:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

60. Mi mamá vive conmigo en la casa:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

61. Mi mamá se emborracha:
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

62. Mi mamá me quiere:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

63. Mi mamá muestra interés por lo que hago:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

64. Con mi papá platico como amigos:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

65. Con mi mamá platico como amigos:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

66. Cuando mi papá se enoja conmigo, me pega:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

67. Cuando mi mamá se enoja conmigo, me pega:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

68. Cuando me pega alguno de mis papás me puede seguir doliendo por:
Mucho rato () Me duele un poco () No me duele ()

69. Mi papá dice cosas de mí, que quieren decir que yo soy tonto o inútil, o me compara negativamente con otros:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

70. Mi mamá dice cosas de mí, que quieren decir que yo soy tonto o inútil, o me compara negativamente con otros:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

71. Cuando mi papá me castiga , yo sí me lo merezco:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

72. Cuando mi mamá me castiga , yo sí me lo merezco:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

73. Cuando mi papá me manda a hacer algo, me habla feo y me hace sentir mal :

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

74. Cuando mi mamá me manda a hacer algo, me habla feo y me hace sentir mal :

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

75. Le platico a mi papá todo lo que hago:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

76. Le platico a mi mamá todo lo que hago:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

78. Me dan permiso de escoger a mis propios amigos:

Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

79. Me dan permiso de decidir cómo pasar mi tiempo libre:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

80. Cuando tengo que hacer algo mi papá me apoya:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

81. Cuando tengo que hacer algo mi mamá me apoya:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

82. Cuando yo le echo ganas a algo las otras personas se dan cuenta:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

83. Mis papás se quieren:

Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

84. Mis papás se pelean:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

85. Cuando mis papás se peleaban también se jalaban, empujaban, golpeaban :

Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

86. Cuando mis papás pelean, lo hacen enfrente de mí o de mis hermanos:

Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

88. Aparte de mis papás , hay otros adultos que son importantes para mi:

sí () no ()

89. Si contestaste sí, di cuáles son los adultos más importantes para ti:

un hermano mas grande ()

un tío o tía ()

un abuela o abuela ()

padrastra o madrastra ()
otro ()
un vecino o conocido ()

90. Me han pasado cosas muy malas:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

91. Lo malo que me ha pasado ha sido:
asalto o que me maltraten ()
violación ()
accidente ()
enfermedad ()
muerte o pérdida de un ser querido ()

92. Todavía siento ese miedo:
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

93. En la escuela saco malas calificaciones:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

94. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

95. En la escuela yo hago amigos:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

96. Tiénes algún amigo muy cercano o íntimo?:
sí () no ()

97. Estoy contento en la escuela:
Nunca casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()

98. He pensado en dejar de ir por siempre a la escuela:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

99. Mis compañeros de escuela me quieren:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

100. Mis maestros me quieren:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

101. La escuela me cansa:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

102. En mi casa hay:

Una recamara () dos () tres () cuatro () cinco () seis o
más ()

103. En mi casa vivimos:
una persona () dos () tres () cuatro () cinco () seis o
más ()

104. Siento que en mi casa:
hay mucho espacio para todos () estamos amontonados () estamos
amontonados () muy

SEVIC NIÑOS MODIFICADO

Este cuestionario trata de ver 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 nuestra salud y la de nuestra familia.

Lo que tú contestes en el cuestionario, nadie lo va a saber.

No tienes que escribir tú nombre.

Lo que contestes estará bien, pero se trata de que contestes con la verdad.

Esto no es un examen.

No hay respuestas buenas ni malas.

Esta investigación se hace para elaborar programas para ayudar a la gente .

Una cosa muy importante es que si tienes alguna pregunta, la hagas con toda confianza.

EJEMPLO:

Me gusta salir a pasear:

a) Siempre o casi siempre ()

b) A veces ()

c) Nunca o casi nunca ()

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

Te gusta salir a pasear SIEMPRE O CASI SIEMPRE

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

Te gusta salir a pasear A VECES

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

Te gusta salir a pasear NUNCA O CASI NUNCA

HABRÁ OPCIONES DE RESPUESTA QUE ESTÉN INVERTIDAS, ES DECIR, QUE LA PRIMERA SEA: NUNCA O CASI NUNCA, LA SEGUNDA: A VECES Y LA TERCERA: SIEMPRE O CASI SIEMPRE.

SOLO TIENES QUE LEER CON MUCHO CUIDADO Y CONTESTAR DONDE TU PIENSES QUE ES LO CORRECTO.

Ejemplo: Me lavo los dientes:

a) Una vez al día

b) Dos veces al día

c) Tres veces al día

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

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

Si contestaste la letra c o tres veces al día querría decir que en un día regular, tú te lavas los dientes tres veces al día.
POR FAVOR RECUERDA SOLO USAR LÁPIZ

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

15. Me muerdo las uñas
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
16. Me chupo el dedo
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
17. Cuando me enojo mucho, golpeo
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
18. La gente que me conoce piensa que soy muy enojón
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
19. Me hago pipí en la cama o en cualquier otro lugar que no sea el excusado
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
20. Soy rebelde y hago berrinches
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
21. Me chupo el dedo
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
22. Mi edad
7 años () 8 años () 9 años () 10 años () 11 años o más ()
23. sexo
Hombre () Mujer ()
24. Actualmente asisto a:
Primero de primaria ()
Segundo de primaria ()
Tercero de primaria ()
Cuarto de primaria ()
Quinto de primaria ()
Sexto de primaria ()
25. En total tengo:
cero hermanos o hermanas ()
un hermano o hermana ()
dos hermanos o hermanas ()
tres hermanos o hermanas ()
de cuatro a seis hermanos o hermanas ()
siete o más hermanos o hermanas ()
26. Me he criado con:
mis papás ()
mi mamá ()

- mi papá ()
- mi papá y su esposa ()
- mi mamá y su esposo ()
- abuelos, tíos u otros ()
- orfanato, casa hogar u otra ()

27. Mi papá murió cuando yo tenía:

- de uno a dos años ()
- de tres a cuatro años ()
- de cinco a seis años ()
- de siete a ocho años ()
- de nueve a diez años ()
- de diez años o más ()

28. Murió por:

- viejito () enfermedad () accidente () suicidio () otra ()

29. Mi mamá murió cuando yo tenía:

- de uno a dos años ()
- de tres a cuatro años ()
- de cinco a seis años ()
- de siete a ocho años ()
- de nueve a diez años ()
- de diez años o más ()

30. Murió por:

- viejita () enfermedad () accidente () suicidio () otra ()

31. No viví con alguno de mis padres por:

- se separaron o divorciaron ()
- alguno de mis padres murió ()
- por el trabajo de alguno de mis padres ()
- por la situación económica ()
- otra razón ()

32. Con mis hermanos me llevo:

- Muy mal o mal () Regular () Bien o muy bien ()

33. Mi papá me quiere:

- Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

34. Mi papá se interesa por lo que hago:

- Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()

35. Mi mamá vive conmigo en la casa:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
36. Le platico a mi mamá todo lo que hago
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
37. Cuando mi papá se enoja conmigo me pega:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
38. Cuando mi mamá se enoja conmigo me pega:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
39. Cuando me pega alguno de mis papás me puede seguir doliendo por :
Mucho rato () Me duele un poco () No me duele ()
40. Mi papá dice cosas de mí, que quieren decir que yo soy tonto o inútil o me compara negativamente con otros:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
41. Me dan permiso de escoger a mis propios amigos:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
42. Mis papás se quieren:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
43. Mis papás se pelean:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
44. Cuando mis papás se peleaban también se jalaban, empujaban, golpeaban:
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
45. Cuando mis papás pelean lo hacen enfrente de mí o de mis hermanos
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
46. A parte de mis papás, hay otros adultos que son importantes para mí:
Sí () No ()
47. Si contestaste sí, di cuáles son los adultos más importantes para ti:
Un hermano más grande ()
Un tío o tía ()
Un abuelo o abuela ()
Padrastro o madrastra ()
Otro ()
Un vecino o conocido ()
48. En la escuela saco malas calificaciones :

- Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
49. Tienes algún amigo muy cercano o íntimo:
Sí () No ()
50. Estoy contento en la escuela:
Nunca o casi nunca () A veces () Siempre o casi siempre ()
51. La escuela me cansa:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
52. En la escuela yo hago amigos:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
53. Mis compañeros de escuela me quieren:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
54. Mis maestros me quieren:
Siempre o casi siempre () A veces () Nunca o casi nunca ()
55. En mi casa hay:
una recámara () dos () tres () cuatro () cinco () seis o más ()
56. En mi casa vivimos:
una persona () dos () tres () cuatro () cinco () seis o más ()
57. Siento que en mi casa :
hay mucho espacio para todos ()
estamos amontonado ()
estamos muy amontonados ()