

14
2ej

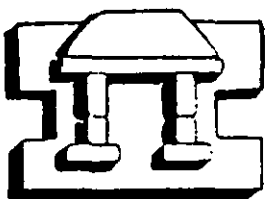


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

ANALISIS DE LA INTERACCION ENTRE LAS
CONDICIONES DE CRIANZA Y EL GRADO DE
ESCOLARIDAD COMO FACTORES PREDISPONENTES
DE EPISODIOS DE ANGUSTIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ROSALINDA ARROYO HERNANDEZ



IZTACALA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. CLAUDIO A. CARPIO RAMIREZ
SINODALES: MTRA. C. ZAIRA VEGA VALERO
LIC. VIRGINIA PACHECO CHAVEZ

270066

LOS REYES IZTACALA,

NOVIEMBRE DE 1999

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

A mi PADRE, Fernando Arroyo, porque gracias a él soy quien soy, por todo lo que me dio, por su sabiduría e infinito amor hacia mí y porque su ausencia siempre me dolerá.

A mi MADRE, Beatriz Hernández, por su fortaleza, y porque de ella aprendí a levantarme cada vez que caí y quien me infundió el deseo constante de superación.

A mis hermanos ADRIANA, FERNANDO y MARYCARMEN porque siempre han sido mi principal fuente de impulso para luchar, y porque estoy segura que un día estaré presente en la culminación de sus estudios.

*A ARTURO, porque tu cariño y apoyo siempre me han acompañado, pero sobre todo, porque te amo
Gracias por nuestro amor...*

A JESÚS GARCÍA por que tu apoyo ha sido fundamental ya que sin tí todo hubiera sido más difícil y por que sé que puedo contar contigo.

*A mis amigos (ellos saben quienes son),
a mis enemigos (también saben quienes son),
a quienes me apoyaron y a quienes me empujaron,
porque gracias a todos ustedes, día con día soy más fuerte.*

*Un especial agradecimiento al MTRO. CLAUDIO CARPIO
por su dedicación a la disciplina y por permitirme aprender de él
y así orientarme en la búsqueda de mi lugar dentro de la práctica psicológica*

*A la MTRA. ZAIRA VEGA
y a la MTRA. VIRGINIA PACHECO
por siempre estar dispuestas a aclarar mis dudas
y por sus valiosos comentarios para el presente trabajo.*

A TODOS, GRACIAS

Rosalinda

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. Lo psicológico: su especificidad analítica.....	8
CAPÍTULO 2. Acerca del desarrollo psicológico.....	14
CAPÍTULO 3. Factores de riesgo psicológico.....	23
CAPÍTULO 4. El caso de la angustia severa.....	25
4.1. Tratamiento médico.....	28
4.2 Tratamiento psiquiátrico.....	30
4.3. Tratamiento psicológico.....	32
CAPÍTULO 5. Epidemiología conductual: prevención vs terapia.....	37
CAPÍTULO 6. Justificación y objetivos.....	41
METODOLOGÍA.....	43
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	47
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXO.....	99

Resumen

Por investigaciones anteriores se conoce que las condiciones de crianza pueden servir como factores predictores del desarrollo de patrones conductuales denominados angustia, no obstante existen otras variables que pueden relacionarse con el desarrollo de tales patrones conductuales. Con el fin de ampliar la información al respecto, en el presente trabajo se analizó el factor escolaridad. Para ello se aplicó el instrumento CRIP-SAC 95, que evalúa las conductas asociadas con la angustia así como las condiciones de crianza, a una muestra de 200 sujetos; 100 universitarios profesores de la E.N.E.P. Iztacala, y 100 no universitarios, trabajadores de la misma institución. En los resultados se encontró que el grado de escolaridad sí correlacionó significativamente con las variables angustia y condiciones de crianza. También se encontró que los universitarios presentan menores niveles de angustia, a la inversa de los no universitarios. Se concluye que el factor escolaridad puede ser considerado como un factor mediador en la aparición de la angustia.

INTRODUCCION

La naturaleza analítica de la ciencia impone como característica fundamental al trabajo de teorización e investigación científica un carácter eminentemente abstractivo, en el cual se aíslan las variables de interés de acuerdo con modelos que si bien consideran en lo conceptual la participación de factores y variables de naturalezas distintas no las incorporan directamente en sus sistemas representacionales.

En contraste, el proceder tecnológico se caracteriza por su naturaleza sintética, conforme a la cual los sistemas de representación, explicación, intervención y alteración buscan la incorporación de las distintas variables que participan en la determinación de los eventos empíricos concretos.

Establecer con claridad la diferencia entre el proceder científico y el tecnológico es fundamental cuando se diseña e instrumenta cualquier investigación, ya que dependiendo de su carácter habrán de determinarse las características metodológicas básicas, tanto en lo referente al método como en lo relativo a los datos y su interpretación.

En el caso concreto de la Psicología, la investigación científica y tecnológica rinden frutos diferentes que es menester ubicar adecuadamente para su mejor apreciación y utilización. Confundir la investigación tecnológica y científica impondría limitaciones severas a los distintos procesos de recolección de evidencia empírica acerca de los hechos disciplinarios de interés.

En particular, si la investigación se orienta a la búsqueda de información de utilidad para la intervención y alteración de problemas socialmente relevantes, ignorar la participación de factores y variables de órdenes no psicológico (vgr. biológico, social, político, económico, etc.) equivaldría a fragmentar de manera incorrecta los fenómenos bajo estudio. En contraste, cuando el interés se concentra en la identificación de variables y relaciones prescritas por algún modelo psicológico, la incorporación de variables no psicológicas conlleva confusiones graves en los niveles de análisis y representación de resultados (Díaz y Carpio, 1996).

Lo anterior es de importancia en el presente trabajo debido a que si bien la investigación que se presenta es de orden psicológico, su carácter tecnológico implica la necesaria consideración de variables no psicológicas cuya incidencia en el problema que aquí se estudia parece innegable.

Específicamente, la emergencia de patrones conductuales disruptores de las funciones habituales de los individuos constituye una cuestión de importancia social directamente derivada de los efectos negativos que tales alteraciones producen en los ámbitos educativos, de salud y económicos, entre muchos otros. En este caso, aunque ciertamente es el comportamiento individual el núcleo originario de muchos de los problemas, es igualmente cierto que el comportamiento individual sólo es comprensible en su evolución histórica matizada por las multideterminaciones sociales, familiares, económicas, educativas, etc. de todo comportamiento humano.

Como se pretende mostrar a lo largo de las siguientes secciones, la especificidad de lo psicológico se establece en el plano de lo analítico, aunque su concreción empírica se entrecruce de modo indisoluble con lo social y lo biológico. Tal entrecruzamiento, sin

embargo no supone que las variables de los distintos órdenes sean tratadas del mismo modo.

Precisamente, en lo que sigue se desglosa la manera en que el trato conceptual y metodológico diferenciado de las variables no psicológicas también es posible en la investigación psicológica que se realiza con propósitos tecnológicos. En este caso, el tratamiento conceptual diferenciado de las variables biológicas, psicológicas y sociales se efectúa ilustrándolo con el problema específico de la angustia.

CAPÍTULO 1

LO PSICOLOGICO:

SU ESPECIFICIDAD ANALITICA

El análisis del comportamiento humano debe su complejidad en buena medida al carácter único e irrepitible de sus eventos (la conducta individual) que se configuran históricamente con base en el conjunto de interacciones previas de los individuos, las cuales están disposicionalmente probabilizadas por las características anatómico-funcionales de los individuos y las características del ambiente físico y social.

El ser humano siempre se está comportando y en su comportamiento entran en juego desde los subsistemas biológicos que lo constituyen como organismo hasta las dimensiones culturales del ambiente social en que se desenvuelve. Por esta razón los ámbitos de análisis desde los cuales puede abordarse el estudio de la conducta humana son tan diversos y numerosos (vgr. físico, químico, económico, político, ético, jurídico, etc.).

Debido a la multiplicidad de niveles de análisis del comportamiento humano, y para evitar confusiones conceptuales y metodológicas en el estudio del comportamiento desde una perspectiva psicológica es necesario delimitar el nivel psicológico de cuando menos los ámbitos de análisis biológico y social porque son éstos dos los niveles que constituyen sus dimensiones limítrofes (Carpio, Pacheco, Flores y Hernández, 1995).

Es indudable que en cualquier acto que realice un individuo se verán involucradas sus características biológicas, en tanto su acción como organismo es parte fundamental de la interacción. Sin embargo el análisis de la acción como conducta biológica poco nos diría de la interacción funcional entre dicha acción y las acciones correlacionadas del ambiente.

El objeto de estudio de la psicología ha sido por mucho tiempo la conducta, entendiéndose como la respuesta del sujeto a los estímulos de su ambiente, lo cual se desvirtuó suponiéndose que el comportamiento psicológico era el movimiento o respuesta de estructuras biológicas, lo que además de reducir la complejidad del comportamiento psicológico presupone que lo biológico es la base que sustenta a lo psicológico y a la que en última instancia se le puede reducir. Aceptar que los datos biológicos son la base de los eventos psicológicos disfraza un malentendido entre el comportamiento biológico y el psicológico así como de las relaciones entre ellos (Kantor y Smith, 1975).

La conducta biológica se refiere únicamente al funcionamiento u operación de funciones de células, tejidos órganos y/o sistemas existentes en el individuo. Tal operación, como respuesta biológica, depende críticamente de los procesos evolutivos y/o maduracionales de los órganos (vgr. para caminar se necesita que las piernas y otras partes del cuerpo tengan un cierto grado de desarrollo mínimo indispensable). En cambio para que tenga lugar el comportamiento psicológico se requiere de una interacción mucho más compleja entre el individuo y una serie de objetos y situaciones, de tal forma que no pueden ser descritos solamente como movimientos, secreciones, etc. (Kantor y Smith, op. cit.).

Es claro que lo anterior no quiere decir que los eventos psicológicos sucedan sin la presencia de actividades biológicas, pues se da por hecho que éstas son partícipes necesarias en cualquier interacción que sostenga el individuo, sin embargo no por eso la operación biológica del organismo determina mecánicamente sus interacciones psicológicas; es decir, las características biológicas posibilitan funciones o morfologías de respuestas específicas comunes a casi todos los organismos de una misma especie mientras la historia individual constituye la dimensión en la que dicha operación se singulariza entre individuos como ajustes diferenciados al medio ambiente, físico o social.

Otro elemento que sustenta la relativa autonomía conceptual de lo psicológico respecto de lo biológico es el hecho de que aún cuando dos organismos comiencen a la par, en la maduración biológica existe un momento en que llega a su plenitud y comienza en detrimento, mientras que en el desarrollo psicológico no necesariamente se detendrá en ese momento pues éste puede continuar por mucho tiempo más antes de ir en descenso (Kantor y Smith, *op. cit.*).

Así podemos delimitar la dimensión biológica de la conducta como la base de la interacción psicológica en tanto la materia prima de las posibles respuestas del individuo, es decir la conducta psicológica es una interacción que se realiza a través de la operación biológica del organismo a los eventos y objetos de estímulos sin determinar una relación invariante entre estos dos componentes interactivos (Carpio, Pacheco, Hernández y Flores, 1993).

Precisamente el concepto de sistema reactivo, el cual se refiere a configuraciones funcionales de la reactividad biológica del organismo en la interacción psicológica,

(Kantor y Smith, 1975, citado en Carpio, Pacheco, Hernández y Flores, op. cit.) nos permite recuperar lo necesario de los factores biológicos para la delimitación de lo psicológico. Sin embargo es menester aclarar que dichos sistemas reactivos no son algo que exista *per se* en el individuo sino que se conforman históricamente de forma tal que son diferentes de un individuo a otro y corresponden al tipo específico de éste con su ambiente, estableciéndose con base en las divisiones normativas que como convenciones conductuales han desarrollado los grupos humanos.

En otras palabras, los sistemas reactivos no se conforman por sí mismos sino que se van configurando a través de la interacción del organismo con el medio ambiente y sus diversas condiciones estimulantes. Un ejemplo de lo anterior sería que el que una persona que fuese muda por una limitación biológica en su aparato fonoarticulador, no quiere decir que no sea capaz de establecer y desarrollar sistemas reactivos lingüísticos equivalentes al oral (como el lenguaje a señas), sin embargo sólo podrá establecerlos si dentro de sus interacciones existen aquellas condiciones interactivas que le permitan desarrollar las habilidades necesarias en este tipo de lenguaje.

Y es aquí donde se aprecia la relevancia de los factores sociales pues son éstos los que moldean las respuestas del sujeto mediante la exposición diaria a los criterios o demandas conductuales impuestos dentro de un grupo social. Tales criterios o demandas conductuales que impone el grupo social al individuo se erigen como expresión de la orientación o modulación del comportamiento individual en el proceso de socialización o humanización del individuo. Evidentemente esto implica que el proceso de desarrollo conductual de los individuos se relaciona con el establecimiento y desarrollo de los sistemas reactivos y competencias conductuales. En consecuencia, la

comprensión del desarrollo conductual de los individuos, y de hecho la comprensión de los procesos de evolución de lo psicológico humano, sólo es posible analizando las condiciones funcionales del ambiente y los criterios de ajuste a cuya luz tales ambientes configuran.

Es innegable que el sujeto desde su nacimiento se encuentra inmerso en el medio ambiente, tomando de éste las características de naturaleza social necesarias e indispensables para interactuar adecuadamente en el, de tal modo que lo que caracteriza la influencia del ambiente no son sus propiedades físico químicas o los parámetros espacio-temporales de los objetos y eventos que en éste acontezcan, sino que sus propiedades funcionales se determinan por la práctica convencional de los grupos respecto a dicho ambiente, (Carpio, Pacheco, Hernández y Flores, 1995).

De esta manera podemos delimitar a los factores biológicos y sociales como los ámbitos limitrofes del análisis del comportamiento psicológico definiéndose a éste como "la interacción que se establece entre el organismo completo y aspectos específicos del medio ambiente, la cual se estructura con base en la historia ontogenética y se modula por factores situacionales, sociales e históricos específicos " (Kantor y Smith, 1975, citado en Carpio, Pacheco, Hernández y Flores, 1995. p.91). Es decir la interacción psicológica comprende al organismo como un todo en el que al responder se involucran -necesariamente- los órganos y sistemas biológicos existentes en él, pero entendiéndose que dicha respuesta se configura con base en la historia individual y no sólo determinadas por las características físico - químicas del objeto estímulo, por ejemplo para emitir la conducta de bailar es necesario contar con las condiciones biológicas necesarias, (tener ambas piernas, buen equilibrio, etc.), pero esta conducta

se conformará de acuerdo a su historia interactiva (vgr. si ha estado expuesto a una situación de aprendizaje) y se modulará por las condiciones sociales en las que se encuentre inmerso (vgr. el tipo de baile que aprenda, etc.)

De lo anterior se desprende la relevancia de la ontogenia en el comportamiento psicológico, siendo esta característica lo que lo distingue de otros tipos de comportamiento (como el biológico y el social) puesto que el comportamiento psicológico se construye a lo largo de la historia de los individuos, lo biológico en la filogenia y lo social en la historia construida de los grupos sociales (Kantor y Smith, 1975; Kantor, 1958).

Dado que el comportamiento psicológico se construye con base en todas las interacciones que el sujeto sostenga, es de suma relevancia el tener una adecuada teoría del desarrollo psicológico que de cuenta de los cambios, adaptaciones y eventos que le acontezcan al individuo, no como una mera descripción de cambios físicos o en términos cuantitativos, sino matizada por los cambios psicológicos, enfatizando los cambios de corte cualitativos, que es lo que se aborda en la siguiente sección.

CAPÍTULO 2

ACERCA DEL DESARROLLO PSICOLOGICO

La ontogenia como dimensión histórica en la que transcurre y evoluciona el comportamiento psicológico constituye el ámbito de análisis del desarrollo psicológico propiamente dicho, dado que es en ésta donde encontraremos la etiología del cualquier comportamiento que deseemos analizar.

De acuerdo con Ribes (1996), el desarrollo psicológico, o comportamental, describe cambios en la organización funcional de la conducta y no debe ser visto como el mero proceso acumulativo de morfologías reactivas, sino como la estructuración funcional de los sistemas reactivos en competencias conductuales desempeñadas en distintos niveles de aptitud funcional. En otras palabras el desarrollo psicológico es una continua estructuración de las competencias y aptitudes comportamentales que deben adecuarse a ciertos criterios o requisitos, creciendo en complejidad.

Desde esta perspectiva una teoría del desarrollo debe abocarse no a estudiar cómo cambian las variables y parámetros en una organización conductual ya existente hacia nuevas formas de organización, sino en cómo las organizaciones conductuales existentes interactúan con nuevas contingencias del medio, de forma tal que permita el cambio hacia nuevas organizaciones, convirtiéndose ésto en el objeto de estudio de una teoría del desarrollo (Ribes, op. cit.).

Tradicionalmente el desarrollo se ha entendido como una acumulación fáctica, en la cual el sujeto va aumentando en cantidad y complejidad sus conductas, lo cual tiene por lo menos tres puntos desfavorables

a) Existen casos en los cuales no puede ser notorio a simple vista el momento de "adquisición" de una respuesta, ya que ocurre sin cambios aparentes en la morfología observable de la conducta, vgr. el escuchar es un tipo de conducta que no está relacionado directamente con un tipo de morfología de respuesta en específico, muchas veces escuchar es algo distinto a hacer algo, de manera que el escuchar no puede ser observable y dado que el desarrollo conductual está relacionado con la observabilidad de las conductas, esa visión del desarrollo no podría explicar esto;

b) El desarrollo se ha entendido como una acumulación cuantitativa de conductas dejando de lado la parte cualitativa, pues el desarrollo como proceso no puede ser visto solamente por el paso del tiempo y los cambios en la variedad y número de conductas potenciales, sino especialmente por el tipo de conductas que se manifiestan y en su transformación ontogenética. Referirse a la cualidad de la conducta es referirse a la organización funcional de la conducta, es decir, reconocer los distintos tipos de conductas que pueden existir dentro de una misma categoría conductual, por ejemplo se puede leer fórmulas algebraicas de distintos modos: se puede leer textualmente, se puede leerla conociendo los símbolos que contiene, o se puede leer traduciéndolos a un lenguaje normal, en los tres casos la lectura del texto es la categoría conductual pero en los tres estamos hablando de distintos tipos cualitativos de conducta;

c) Si reconocemos que existen diferencias cualitativas en las organizaciones conductuales se debe lograr la formulación de una teoría jerárquica de los procesos

conductuales. De manera tal que el desarrollo se conciba como un asunto relacionado con los cambios en la cualidad de la conducta a lo largo de un eje jerárquico de complejidad cualitativa, en el que las conductas particulares se puedan incluir en cualquier nivel de interacción (Ribes, 1996). Es decir las conductas como acciones y respuestas no cambian completamente, lo que se modifica es la forma en que se organizan funcionalmente.

Sin embargo la formulación de una teoría jerárquica debe de tener en cuenta dos aspectos importantes: el que surjan patrones complejos de conducta a partir de procesos simples y que esos procesos simples pueden subordinarse funcionalmente a procesos complejos o pueden funcionar independientemente de ellos.

Una teoría del desarrollo del comportamiento debe abarcar la historia de los eventos psicológicos, convirtiéndose en la rama de la psicología que trate sobre la ontogenia de la conducta, ubicándose en un tipo de análisis diacrónico. Sin embargo al estudiar la evolución histórica de los eventos conductuales, la teoría del desarrollo descansa sobre una teoría de individuación, por lo que hay algunos tópicos que deben desarrollarse, tales como:

La distinción entre individuación y desarrollo, en la que la individuación tenga que ver con las condiciones y progresos que convergen para producir consistencias en los estilos conductuales de una misma persona, los que al ser comparados con los de otra persona son denominados diferencias individuales.

La individuación es resultado del desarrollo, no obstante no son análogos, ya que la individuación se refiere a un resultado del desarrollo en términos de competencias particulares que configuran el desarrollo conductual singular de cada individuo.

Mientras que el desarrollo no sólo se relaciona con la historia particular del sujeto, sino con las condiciones generales que posibilitan la interacción de procesos en el transcurso del tiempo real y los contextos ecológicos y culturales reales. En otras palabras se refiere a escenarios e individuos típicos que permitan la descripción y predicción de procesos.

Sin embargo al fundamentar su poder explicativo en los procesos, la teoría del desarrollo tradicional es restringida ya que al hablar de individuos y escenarios típicos, su línea teórica descansa en la explicación de sucesos particulares con base en situaciones generales y dichas particularidades deben corresponder a criterios preestablecidos de resultados (vgr. a cierta edad cronológica el niño debe ser capaz de...). De esta manera el desarrollo se especifica en la identificación de criterios ecológicos y culturales de efectividad y ajuste, pero su dependencia a criterios de logro o de resultados limita la capacidad de generalización explicativa de las categorías de desarrollo cuando se les compara con las categorías de proceso puro, (Ribes, op. cit.).

Otro punto en consideración es la emergencia de nuevos tipos de organización conductual y la naturaleza progresiva y acumulativa del desarrollo, en esto tienen que ver los cambios cuantitativos vs los cambios cualitativos, ambos cambios pueden suceder al mismo tiempo, lo cual no quiere decir que sean inherentes uno al otro ya que si bien un cambio cualitativo requiere de uno cuantitativo, el cambio cuantitativo no explica por sí mismo la existencia de un cambio cualitativo, dado que la cualidad de la conducta es el indicador de la complejidad, complejidad no como variabilidad en tipos de morfologías de respuesta sino como la diferenciación y especialización creciente en la organización de la conducta y en el caso específico de los humanos, el desplazamiento

del control de las particularidades morfológicas o físico químicas a aquellas relacionadas con la convencionalidad arbitraria de la conducta.

El hecho de que toda teoría del desarrollo requiera de estadios justifica su importancia dentro del desarrollo del comportamiento, pero en nuestro caso nos referiremos a los estadios como necesarios para tratar con los cambios cualitativos en la organización de una conducta mediante el cumplimiento de condiciones interactivas secuenciales, pero entendiéndose los estadios como cambios secuenciales asimétricos en la organización de algunas competencias conductuales, los cuales si bien pueden facilitar cambios generalizados no significa cambios automáticos o cambios masivos u homogéneos (Ribes, op. cit.).

Por otra parte los estadios deben entenderse como organizaciones funcionales, es decir, como inclusiones progresivas que en ciertas ocasiones funcionen como alteraciones de los parámetros típicos de formas menos complejas de organización, es decir una forma compleja puede contener a una más simple o pueden actuar en momentos pertinentes formas menos complejas.

Un último punto se refiere a las dimensiones lógicas de las categorías de desarrollo en contraste con aquellas de la teoría de proceso de tipo causal. Desde esta perspectiva, el desarrollo consiste en una reconstrucción teórica de la conducta presente mediante un análisis de lo sucedido en el tiempo ecológico y/o social y por lo tanto se conceptualiza como una tendencia general en el cambio y organización de la conducta (Ribes, 1996). Los eventos históricos no son causales necesariamente de los procesos conductuales y éstos entendidos como tendencias en la organización de la conducta, tampoco pueden considerarse categorías causales. Si postulamos el

desarrollo como tendencia debemos aceptar que sólo es significativo cuando lo vemos con la referencia de los últimos estadios de la organización de la conducta, a partir de los cuales se realiza la reconstrucción de las organizaciones conductuales anteriores, de manera tal que el desarrollo, como tendencia, es construido mediante la cultura, la crianza o lo social y no puede ser concebido como causalista ya que los criterios sociales respecto a las organizaciones conductuales variaran de un tiempo a otro.

Por otra parte, las categorías del desarrollo están relacionadas con la disponibilidad de conductas respecto a cierto tiempo, así en la medida en que se conciben como factores de disponibilidad o no disponibilidad de nuevas formas de organización conductual o con la adquisición de nuevas competencias conductuales se les circunscribe a jugar un factor de facilitación, interferencia, o probabilizador de conductas.

Por lo tanto el desarrollo puede definirse como la interacción o integración histórica de las competencias conductuales a lo largo del transcurso del tiempo en el que dichas competencias se convierten en las condiciones necesarias para la adquisición o transformación de nuevas competencias.

La teoría del desarrollo del comportamiento debe concebirse de forma diferente a la utilizada para la teorización de los conceptos básicos, y según Ribes (1996), su especificidad como objeto de estudio se relaciona con: a) la transición entre procesos que comprenden una organización conductual progresivamente más compleja y la adquisición secuencial y coordinada de habilidades y b) competencias como resultado implícito de las contingencias culturales sin la intervención de condiciones formales de entrenamiento (transferencia).

En relación al primer punto, al descartar la noción de desarrollo como una mera narración de los cambios de la conducta en el tiempo, se cambia la visión para concebir al desarrollo como "una relación genérica de transición, abstraída, entre aquellos procesos que se sabe regulan las interacciones conductuales" (Ribes, 1996. p.277). Sin embargo al ver al desarrollo como una cadena de transiciones, nos lleva a las siguientes reflexiones:

- El desarrollo debe estar relacionado con la identificación, descripción y estudio experimental de los períodos transicionales, en los que emergen nuevas organizaciones conductuales, con base en las ya existente.
 - Al analizar las transiciones como el surgimiento de nuevos procesos conductuales, a partir de los anteriores, se concibe a los procesos como una forma general de organización de las interacciones conductuales, así el proceso se visualiza no sólo como un curso particular de cambios cuantitativos sino que también se toma en cuenta la relación cualitativa entre dichos cambios. De forma tal que buscar cambios en el desarrollo significa buscar las transiciones de un tipo de organización conductual y sus características cuantitativas a una nueva clase de organización. Por lo tanto los procesos conductuales identificados como competencias particulares, se transforman en factores disposicionales, concebidos como competencias conductuales, las cuales permiten la emergencia de nuevas clases de organización.
 - El desarrollo debe concebirse con direccionalidad al analizar la transiciones, dicha direccionalidad está establecida por los criterios de logro impuestos por la cultura o grupo social de referencia, pues la complejidad progresiva de las organizaciones conductuales (concebida como desarrollo) nos da muestra de la complejidad progresiva
-

de las interacciones conductuales, establecidas y moldeadas por lo social; lo cual es notorio si entendemos la complejidad como el cambio progresivo, tanto cuantitativo como cualitativo, en la organización conductual.

En relación al segundo punto, el análisis del desarrollo se ha visto tradicionalmente como una secuencia de cambios a lo largo del tiempo, es decir longitudinalmente, pero es necesario incluir los cambios sincrónico-horizontales, los cuales se pueden analizar desde dos perspectivas: la molar (análisis de transiciones) y molecular (análisis de las secuencias y coordinaciones sincrónicas).

Por un lado, el análisis molecular se basa en la descripción del contenido de la conducta, dicho contenido puede ser descrito con base en tres criterios

- respuestas: unidades morfológicas que varían en tamaño y composición, que pueden ser medidas en términos de latencia, tasa, magnitud, etc.
- habilidades: agrupamientos funcionales de respuestas, definidas en términos de criterios de logro
- competencias: la organización cualitativa de las habilidades.

Mientras que, por otro lado, en un análisis molecular la visión se centra en la transferencia, definida por la "adquisición" o "emergencia" de nuevas funciones conductuales, transferencia que se ve regulada bajo dos condiciones distintas:

- Cuando la misma respuesta se emite ante un estímulo novedoso que comparte algunas propiedades transmodales con los estímulos ya entrenados
 - Cuando la nueva respuesta comparte algunas propiedades morfológicas con una respuesta ya entrenada bajo un estímulo diferente.
-

El concepto de transferencia abarca no solamente aquellos cambios morfológicos en las contingencias (o niveles funcionales) similares, sino también incluyen los cambios en la organización funcional de la conducta. Delimitada de esta forma la transferencia puede concebirse en una perspectiva horizontal como coordinación (forma tradicional de la transferencia) y en una vertical como secuencia (cambio en la organización funcional de una habilidad, es decir, cambios en la competencia).

La existencia de una teoría del desarrollo del comportamiento se justifica por el hecho de que los procesos que ocurren durante el desarrollo, aún cuando son genéricos a cualquier individuo cuenta con un nivel de generalización reducido gracias a los requisitos de disponibilidad de los sistemas de acción y reacción biológicos así como por los criterios de logro y de comportamiento impuestos por el marco social de referencia.

Por otra parte, dado que desde nuestra perspectiva teórica, los procesos conductuales no emergen espontáneamente, sino que son construidos históricamente, sólo son susceptibles de ser explicados bajo el conocimiento del desarrollo de construcción y mantenimiento de dichos procesos. Por lo tanto, es factible que la ocurrencia de cierto tipo de interacciones probabilicen o medien la aparición de las llamadas conductas anormales, desadaptativas, disfuncionales, etc.

Las interacciones que probabilizan la existencia de ciertos patrones de conductas nocivas, indeseables o peligrosas para el individuo y su grupo, pueden ser denominados con justeza factores de riesgo, tópico que se desarrollará en el siguiente apartado.

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO PSICOLOGICO

Recuperando lo establecido en el anterior apartado, la existencia de una adecuada teoría del desarrollo es necesaria para el correcto análisis del comportamiento pasado a la luz del presente, ya que si asumimos que el comportamiento psicológico se construye a lo largo de la vida del sujeto podemos deducir que los trastornos conductuales que presente en la actualidad serán derivados de sus interacciones pasadas.

La psicología en sus modalidades aplicadas, como son la psicología clínica, social, educativa, etc. se ha dirigido principalmente a la modificación de las conductas que son valoradas como problema ya sea por el propio sujeto o por su grupo social de referencia.

Si embargo, esta tendencia no ha permitido realizar el énfasis suficiente en las condiciones históricas de los llamados trastornos de conducta y se ha remitido a estudiar las manifestaciones de esos trastornos una vez que ya se han presentado.

El estudio de los factores que puedan ser desencadenantes o probabilizadores de algún trastorno, descansa su importancia en el hecho de que fungen como indicadores que señalan qué situaciones deben prevenirse o sobre qué tipo de conductas debe incidirse (Sanchez-Sosa, 1996).

Conocer los factores de riesgo o predictores de los trastornos de conducta permitiría cambiar el enfoque, de uno terapéutico a uno fundamentalmente preventivo, que aborde los problemas antes de su aparición. Este enfoque tiene múltiples ventajas, no sólo de orden personal al ahorrarle al individuo muchos años de malestar, sino a un nivel macrosocial, dado que los problemas personales tienen incidencia en los ámbitos familiares, laborales y sociales. Así el conocer cuáles son los factores de riesgo psicológico es de suma importancia para la planeación e instrumentación de estrategias terapéuticas y preventivas efectivas en los trastornos que padecen los individuos.

Uno de dichos trastornos es el caso de la angustia, el cual ha merecido mucha investigación y trabajo, pues se ha demostrado que problemas tan diversos, como la violencia intrafamiliar, la violencia sexual, el vandalismo, la delincuencia, las conductas adictivas, etc. tienen como factor común la participación de individuos con altos índices de angustia.

Este trastorno a pesar de que ha sido objeto de gran atención por parte de los investigadores, ha recibido el tradicional enfoque causístico, dejando de lado (o por lo menos restándole importancia) los datos de corte histórico. Para demostrar la afirmación anterior realizaremos un breve análisis de los descubrimientos que sobre la angustia se han realizado.

CAPÍTULO 4

EL CASO DE LA ANGUSTIA SEVERA

Los trastornos neuróticos o neurosis según el DSM III R pueden ser definidos como: "un trastorno mental cuya alteración predominante es un síntoma o grupo de síntomas que resulta molesto para el individuo y es reconocido por él como un fenómeno inaceptable y extraño a el mismo, la comprobación de la realidad está esencialmente intacta. La conducta no viola activamente las normas sociales fundamentales (aunque puede estar considerablemente alterada) . La alteración es relativamente duradera o recurrente sin tratamiento y no se limita a una reacción transitoria a los estímulos generadores de estrés. No existe una etiología o factor orgánico demostrable " (Kaplan y Sadock, 1989, p.876).

Los estados neuróticos pueden dividirse en 1) ansiedad generalizada o angustia, 2) pánico y 3) trastornos obsesivo-compulsivos, sin embargo para los fines que el presente trabajo persigue sólo nos ocuparemos del caso de la angustia.

La ansiedad y el temor son "procesos" diferentes que el uso común ha tendido a igualarlos. El temor es una respuesta conductual, fisiológica y perceptual ante una amenaza reconocida (como un perro rabioso o ver un automóvil fuera de control), mientras que la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar, dichos estados frecuentemente van acompañados por

síntomas físicos (palpitaciones, sudoración, etc.) así como de pensamientos anticipatorios o ilógicos sobre las consecuencias que le traerán al sujeto dichos síntomas.

La intensidad de la ansiedad tiene distintos grados que van desde inquietudes menores hasta angustia completa; la duración también varía, puede ir desde algunos segundos hasta horas o incluso días o meses, aunque por lo general se reducen dentro de 10 minutos y rara vez duran más de 30. Existen distintos tipos de ansiedad: si es inesperada se denomina ansiedad espontánea (o si es muy intensa angustia espontánea); cuando se relaciona directamente con alguna situación específica se denomina ansiedad situacional o fóbica (si es extrema, angustia situacional o fóbica); mientras que cuando se presentan los cuadros conductuales por el sólo hecho de tener pensamientos sobre situaciones particulares se le llama ansiedad anticipatoria o angustia anticipatoria (Sarason, 1980).

En general los ataques de angustia severa se caracterizan (según el DSM III R) por respiración entrecortada o sensaciones de asfixia, desvanecimiento, sentimientos inestables o desmayos, palpitaciones o frecuencia cardíaca acelerada (taquicardia), temblor o sacudimiento, sudoración, ahogo, náusea o malestar abdominal, despersonalización o irrealización, entumecimiento o sensaciones de hormigueo, rubores o escalofríos, dolor o malestar en el tórax, temor a morir, temor a volverse loco o a perder el auto control. Para que el cuadro sintomático sea llamado angustia debe de por lo menos presentar 4 de los síntomas mencionados.

Las personas que sufren de angustia generalizada con frecuencia tienen alteraciones del sueño, al acostarse no pueden dormir por lo que se dedican a pensar y

preocuparse, cuando logran dormir su sueño es inquieto y despiertan en forma intermitente. En ocasiones sufren "terrores nocturnos" durante los cuales despiertan en forma súbita y con un miedo intenso, algunas veces recuerdan haber tenido alguna pesadilla, otras no sabe por que está tan asustado, lógicamente al otro día están cansados y sus rendimientos son bajos, (Gelder, Gath y Mayon, 1993).

Algunos sujetos con angustia generalizada presentan ataques de pánico, lo que significa episodios súbitos de ansiedad grave con síntomas físicos marcados y aprensión extrema. Según lo define el DSM III R (APA, 1988), para que un trastorno de ansiedad o angustia generalizada se defina como pánico, deben haberse presentado tres ataques de pánico en un período de tres semanas, en circunstancias distintas a un profundo cansancio físico o en situaciones en que peligre la vida y deben de presentarse por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: disnea (dificultad para respirar); palpitaciones; dolor o malestar pectoral; sensaciones de ahogo o sofoco; mareo, vértigo o sensación de inestabilidad; sensación de irrealidad; parestesias (hormigueo en manos y pies); sensaciones de calor y frío; sudoración; desmayos; temblor o agitación; miedo a morir, a volverse loco o a hacer algo sin control.

Los ataques de pánico son en sí mismos incapacitantes ya que la persona que los padece tiene sentimientos de miedo o terror, supone que está a punto de sucederle una catástrofe de la cual difícilmente saldrá vivo, lo cual lo insta a huir o a pedir ayuda pero a la vez puede sentir horror de que alguien lo vea en ese "lamentable" estado y padecen un dolor sumamente intenso. Dichos ataques pueden comenzar súbitamente o pueden comenzar con síntomas leves de ansiedad, los cuales van subiendo en intensidad, hasta convertirse en pánico. Como ya se mencionó el individuo puede

manifestar conductas de evitación ante algunas situaciones que él asocia con su pánico, sin embargo si esta situación se generaliza, es decir queda fuera del control de las situaciones aversivas específicas se dice que se trata de pánico con agarofobia (McNally, 1990).

Ya sea si es angustia o pánico las personas que presentan los ataques sufren de irritabilidad, dificultad para la concentración, sensibilidad al ruido y una sensación de inquietud o preocupación. La apariencia física también es característica, su cara se ve cansada, puede tener la frente arrugada, su postura es tensa, se muestra inquieto y con frecuencia tembloroso, su piel se ve pálida, la sudoración es frecuente en especial pies, manos y axilas, fácilmente puede echarse a llorar y siente tensión en el cuello y espalda (Gelder, Gath y Mayon, 1993).

De esta manera podemos ver las consecuencias que al individuo le traen estos trastornos, sin embargo estas consecuencias no son sólo para el individuo ya que se extienden a los ámbitos de interacción del sujeto puesto que al sufrir estos trastornos sus actividades normales se alteran de tal modo que afectan su vida tanto productiva (escuela, trabajo) como social y familiar.

Dadas estas consecuencias, los diferentes especialistas de la salud y conducta del hombre se han abocado a tratarla, teniéndose, por lo menos, tres tipos de tratamientos de la angustia: el médico, el psiquiátrico y el psicológico.

4.1 Tratamiento médico

El punto de vista biológico propone que el pánico es un síndrome psiquiátrico discreto que es producto de una enfermedad neuroquímica heredada; según la visión de

este enfoque algunos fármacos como la imiprina y la benzodiazepina bloquean los ataques de pánico (McNally, 1990). Sin embargo el uso de fármacos se utiliza sólo en casos muy marcados, limitándolo a algunas semanas por el riesgo de dependencia que conllevan y que al discontinuar el tratamiento es muy común la recaída (Clark, 1986).

Gorman, Leibowitz, Fryer y Stein (1989) intentan unir la visión biológica y la conductual proponiendo un modelo neuroatómico, buscando con ésto tener un enfoque más integral que genere información que permita explicar la naturaleza del trastorno y así sugerir alternativas de tratamiento. Este modelo considera que las manifestaciones de angustia surgen de la activación en diferentes áreas del sistema nervioso central, lo cual es plasmado en sus componentes; dichos componentes son a) ataques de pánico agudos; b) ansiedad anticipatoria y c) evitación fóbica, los cuales surgen de la activación en el tallo cerebral, el lóbulo límbico y la corteza prefrontal respectivamente. La inervación recíproca de los núcleos de estos tres centros podría explicar la génesis del trastorno y sus fluctuaciones químicas en el tiempo.

El por qué se relacionan los ataques de pánico con el tallo cerebral, según este modelo, se justifica al suponer que los ataques de pánico empiezan con la estimulación de focos en una de las tres áreas del tallo cerebral. Presuponen además la existencia de focos cerebrales hiperexcitables que se activan por toxinas endógenas o por transmisión neural alterado.

En cuanto a la relación entre el lóbulo límbico y la ansiedad anticipatoria se ha argüido que el lóbulo límbico es el centro de muchas emociones básicas como el enojo, la excitación y el miedo. Se considera que el fenómeno kindling podría explicar la

ansiedad generalizada o angustia mediante un proceso en el cual la estimulación repetida de las neuronas límbicas, por descarga del tallo cerebral reducen el umbral para estimulación postsináptica excitatoria en el lóbulo, hasta que la estimulación subpánica es capaz de mantener la ansiedad anticipatoria causada por el kindling.

Por último sobre el componente que relaciona la corteza prefrontal con la evitación fóbica señala que ésta es un fenómeno aprendido que involucra esencialmente una capacidad cognoscitiva consciente por lo que es probable que la descarga del tallo cerebral la interpreten los centro de la corteza prefrontal por ser el área más implicada en el aprendizaje y las emociones complejas.

4.2.- Tratamiento psiquiátrico

Este tipo de tratamiento generalmente es una combinación entre psicoterapia y fármacos, esta visión ha sido muy influida por el modelo médico, así como por el psicoanálisis situando a la conducta denominada anormal bajo el rubro de enfermedad mental, ubicando su etiología como un conflicto interno del sujeto manifestado en forma de conductas anormales como una respuesta del yo a una amenaza interna procedente de las pulsiones instintivas prohibidas, de manera que la angustia es experimentada en la conciencia como dolor mental. El dolor a su vez motiva al yo a desarrollar maniobras defensivas que tienen por objeto controlar las pulsiones para evitar el sufrimiento mental, es decir, la angustia es considerada señal para el yo, tanto de la necesidad de levantar defensas psicológicas, como de que funcionen efectivamente. Si las defensas tienen éxito la ansiedad se disipa o se contiene, pero en función de las defensas utilizadas el individuo puede desarrollar diversos síntomas psiconeuróticos

mediante los cuales las pulsiones alcanzan una expresión parcial, traduciéndose en esos síntomas. (Kaplan y Sadock, 1989).

Según Vega (1990) el carácter predominante del concepto de anormalidad o enfermedad mental es el que predomina en estos enfoques hallándose claras similitudes con el modelo médico al tener tres puntos básicos en común: 1) causalismo y patología, 2) carácter eliminativo de la entidad indeseable y 3) diagnóstico y taxonomía de la patología. Sin embargo sólo partiendo del modelo médico es que es filogenéticamente correcto hablar de salud-enfermedad, lo cual ontogenéticamente se equipara a la dicotomía normal-anormal (que sigue prevaleciendo hasta nuestros días) pero dado que la valoración de normal-anormal es proporcionado por el grupo social de referencia o por algunas características físicas o intrínsecas al sujeto, es dudosa la pertinencia de estos conceptos -así como de los tratamientos derivados de ellas - dentro del marco de la Psicología.

Con lo anterior podemos afirmar que la etiquetación de las conductas obedece a criterios sociales más que científicos, de manera que al llamar al comportamiento como anormal o normal (adaptativo-desadaptativo, funcional-disfuncional, etc.) se olvida que el comportamiento humano no es normal ni anormal es sólo comportamiento.

El catalogar las conductas ocasiona que se realicen teorías y tratamiento ad-hoc, derivados de una visión pragmática, dejando de lado la investigación sistemática de los eventos psicológicos, enfatizando las conductas actuales, descontextualizándolas del proceso histórico en el que la conducta "problema" se ha venido construyendo.

De esta manera el modelo psiquiátrico, desde nuestro punto de vista no es la mejor alternativa para el tratamiento del llamado trastorno de angustia, ya no digamos para encontrar métodos preventivos.

4.3.- *Tratamiento psicológico*

Según el punto de vista psicológico, la etiología de las crisis de angustia se puede explicar con base en la Teoría del Aprendizaje y la Psicología Cognoscitiva.

Los terapeutas conductuales sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida a algún estímulo nocivo. Cuando una situación o estímulo nocivo provocan ansiedad en una persona entonces las evita, lo que logra que la ansiedad disminuya y la persona aprenda a reducirla evitando las situaciones que la provocan. La angustia generalizada puede resultar de un reforzamiento positivo o negativo imprevisible, por lo cual la persona está indecisa acerca de cuáles conductas de evitación serán efectivas para reducir la ansiedad.

También es posible desarrollar la ansiedad en respuesta a un estímulo generalmente positivo o neutral si el mismo se acompaña de un estímulo nocivo o aversivo. Este proceso de condicionamiento se considera responsable de la evitación de situaciones neutrales o benignas en las que una crisis de angustia ha ocurrido (Sarason, 1980)

El auge del análisis experimental de la conducta trajo a escena una gran cantidad de tratamientos abocados a modificar y controlar los episodios de angustia, tomando la psicología cognitiva gran fuerza; este enfoque parte del supuesto de que los pensamientos irracionales son de suma importancia en el desarrollo de la angustia, así

propone realizar una reinterpretación de las cogniciones erróneas, las que provienen de la mala interpretación de la realidad más que de la realidad por sí misma, lográndose el cambio en la conducta en la medida que se modifiquen las cogniciones (Zumaya, 1993). Algunos de esos tratamientos más comunes son la desensibilización sistemática, la terapia racional emotiva, el entrenamiento en auto instrucción, la modificación cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas, (Kazdin, 1989).

Dentro de este marco cognitivo se engloban los trabajos de Donell y McNally (1989) que realizaron su estudio basándose en la hipótesis de la Sensibilidad a la Ansiedad, la cual propone que una persona con alta tasa de sensibilidad a la ansiedad tendría mayor probabilidad de interpretar una acelerada tasa cardiaca como un inminente ataque al corazón mientras que alguien con baja sensibilidad puede interpretar los mismos síntomas como simple fatiga o estrés. Dichos autores realizaron un estudio con el fin de diferenciar las crisis de angustia que surgen de manera imprevisible, de las que se originan por un estímulo o señal externo específico. Con este propósito aplicaron el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad y el Cuestionario de Ataques de Pánico a 425 estudiantes, ubicándolos en 4 grupos: alta sensibilidad con historia de pánico, alta sensibilidad sin historia de pánico, baja sensibilidad con historia de pánico y baja sensibilidad sin historia de pánico, concluyendo que sujetos no clínicos con alta tasa de ansiedad presentan una mayor incidencia de crisis de angustia.

En una investigación subsecuente Donell y McNally (1990) aplicaron el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad junto con una versión modificada del Cuestionario de Ataques de Pánico a 425 estudiantes y confirmaron los hallazgos que afirman que la

presencia de alta sensibilidad a la ansiedad no requiere experiencia con crisis de angustia impredecibles. Estos autores sostienen que existe una sensibilidad a la ansiedad que puede transmitirse por información verbal incorrecta, de manera que las creencias preexistentes acerca de lo dañino de los síntomas de ansiedad podrían constituir factores cognitivos de riesgo para el desarrollo de las crisis de angustia ya que las personas con esa sensibilidad tendrían mayor probabilidad de interpretar catastróficamente ciertas sensaciones corporales.

Clark (1986) concuerda en la participación de la interpretación catastrófica de sensaciones corporales como factores desencadenantes en la presentación de episodios de pánico, puesto que esas interpretaciones suponen mucho más peligrosas a esas sensaciones de lo que realmente son (vgr. interpretar palpitaciones como un posible ataque al corazón), desafortunadamente el tratamiento psicológico se encuentra permeado de ideas dualistas, lo cual es claramente observable al hacer referencia a cogniciones erróneas, asumiendo que son éstas las que controlan el comportamiento humano.

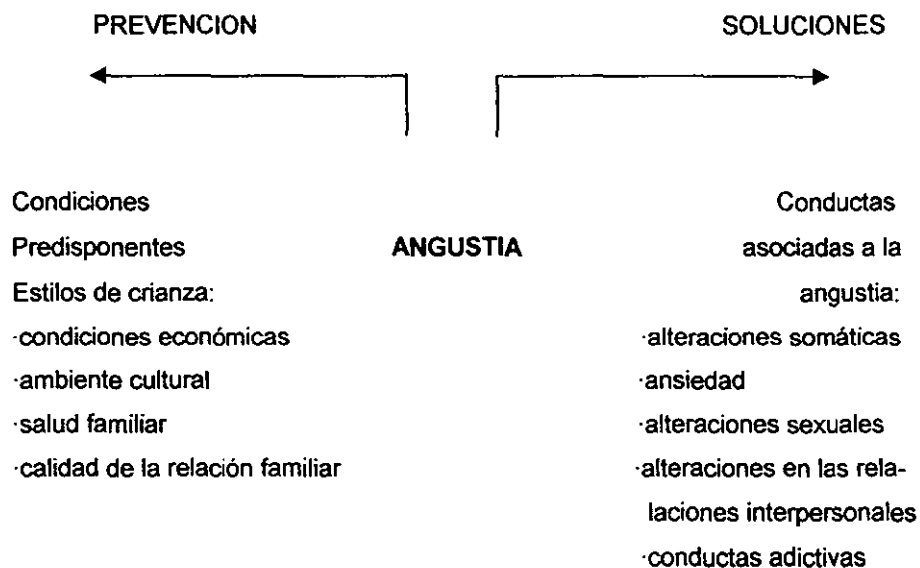
Además el hecho de que los problemas psicológicos se establezcan mediante el grupo social de referencia, ha originado que la Psicología se aboque a estudiar padecimientos que no son sino prácticas ideológicas o comportamientos que se salen de las normas establecidas, tómesese como ejemplo el homosexualismo o la falta de habilidades sociales. Lo anterior ha logrado que el psicólogo se dedique a la creación de técnicas terapéuticas o tratamientos que permitan la solución a las quejas del usuario, convirtiéndose mucha de ésta práctica en quehacer meramente pragmático desvinculado de una base teórica sólida que permita vincular teoría con práctica, (Vega,

1994). Si aceptamos lo anterior podemos afirmar que muchas de las investigaciones teóricas y empíricas que se han realizado sobre la angustia se han caracterizado por la creación de tratamientos ad-hoc, restándole importancia al estudio de las variables que intervienen en la génesis de la angustia.

Según Jurado (1992) la literatura de investigación sobre las condiciones que contribuyen al desarrollo de las crisis de angustia, documenta la participación de variables de diversa naturaleza y nivel en su origen, pero es sesgado a los agentes neurológicos o psicofisiológicos, abocándose en muchos de los casos al efecto que tienen diversos fármacos sobre los sujetos que presentan crisis de angustia. No obstante, todas esas investigaciones no han sido lo suficientemente sistematizadas para conformar un marco sólido que proporcione las bases teóricas y/o metodológicas para el establecimiento de intervenciones primarias preventivas, siendo el enfoque terapéutico lo que ha predominado en el estudio de la angustia, es decir, se han concentrado en modificar la conducta valorada como problema una vez que ya se ha presentado y que el sujeto padece todas las consecuencias que ello le trae.

Desde nuestra perspectiva, modificar este enfoque hacia uno preventivo nos permitiría diseñar programas encaminados a modificar patrones de crianza y hábitos antes de presentarse los cuadros conductuales asociados a la angustia, buscando encontrar los factores que se correlacionen directamente con la ocurrencia de crisis de angustia, para así hallar la forma de modificarlos o atenuarlos en una etapa temprana, siendo esto más viable que tratar de modificar estados o variables que se encuentran más allá de las capacidades de los profesionales de la salud (como el estatus socioeconómico, el lugar donde nació y creció, etc.)

Con el fin de ser más gráficos en la presentación de nuestra propuesta sobre el tratamiento y estudio del caso específico de la angustia se presenta el siguiente esquema:



Resulta prácticamente innecesario enumerar las ventajas de orden económico, social y psicológico que representan los programas preventivos de la angustia severa, particularmente entre las poblaciones con mayor peso actual en la estructura social y productiva (empleados, obreros, profesionistas, etc.), así como entre aquellos cuya relevancia en dicha estructura es potencial, es decir en los grupos de preuniversitarios y universitarios a nivel de pregrado.

Por lo cual en el siguiente apartado nos dedicaremos a examinar los estudios preventivos que de la angustia se han realizado .

CAPÍTULO 5

EPIDEMIOLOGIA CONDUCTUAL:

PREVENCIÓN VS TERAPIA

En la dirección antes señalada, Sánchez Sosa, Jurado y Hernández (1992) aplicaron a una muestra de 2047 jóvenes entre 15 y 18 años de edad el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) que consta de dos secciones. La primera está conformada por 98 reactivos que exploran el deterioro de la salud psicológica en términos de problemas adaptativos frecuentes, tales como dificultades al relacionarse interpersonalmente (tartamudeo, agresividad), percepciones distorsionadas del ambiente (sentir que se le ignora, se le rechaza o se le quiere hacer daño), actitudes desadaptativas hacia sí mismo (uso de drogas, alcohol, etc.), incomodidad subjetiva (tristeza) y deficiencias conductuales entre otros. La segunda sección consta de 106 reactivos que recolectan datos acerca de las variables de interacción familiar y de crianza, tales como la forma en que sus padres le castigaban, la manera de ordenarle, las muestras de cariño que le daban, la confianza que el hijo mostraba a sus padres y a sus hermanos para platicarles algo personal, etc. Los últimos 14 reactivos exploran las principales características sociodemográficas de las personas, en éstas se incluyen aspectos de vivienda, escolares, laborales, religiosos y de vida sexual.

Los criterios para la construcción de los reactivos de cada una de las secciones del inventario son los siguientes: para identificar los signos de deterioro adaptativo se emplearon las descripciones taxonómicas de sistemas clasificatorios como el DSM-III-R, abarcando todas las categorías clínicas consideradas como desórdenes de la personalidad y excluyendo cuadros que implican una ruptura con la realidad. Para la sección de estilos de crianza e interacción familiar se realizó un análisis de las principales líneas de investigación acerca de los componentes interpersonales que definen un estilo interactivo (Mc David y Garwood, 1978).

Los datos que se analizaron fueron los de aquellos reactivos cuyo contenido se dirige hacia el cuadro típico de las crisis de angustia. Dichos reactivos fueron: a) "Hay situaciones que me hacen sentir mucho miedo o terror", b) "Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido", c) "Siento que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio", y d) "A veces siento tanta angustia o miedo, que quisiera salir corriendo". Este último reactivo se seleccionó como reactivo blanco, debido a que es el que mejor denota la desorganización de la conducta y el que muestra más consistencia con el área de ansiedad.

Mediante un análisis estadístico con el coeficiente de Pearson y la chi cuadrada, se encontraron relaciones significativas del reactivo blanco con una serie de 6 reactivos correspondientes a la sección de estilos interactivos y de crianza, los cuales son:

- a) "Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo"
 - b) "Mis padres (naturales o adoptivos) no se mostraban cariño o amor el uno al otro";
 - c) "Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando";
-

d) "Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.)" ;

e) "Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban lo hacían enfrente de mí y de mis hermanos (as)" ;

f) "Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse" .

Dichas correlaciones indicaron que las condiciones de crianza de aquellos individuos que manifestaron episodios de angustia severa, se caracterizan por una serie de expresiones identificadas como predictores del desarrollo de dichas alteraciones.

Tales expresiones son.

- 1) Carencia o escasez de muestras de afecto entre los padres;
- 2) Peleas entre los padres en presencia de los hijos;
- 3) Discusiones de los padres con gritos;
- 4) Confrontaciones de los padres con violencia física;
- 5) Amenaza de divorcio por parte de uno o ambos padres, y;
- 6) Estilos de interacción paterno-infantil caracterizados por órdenes del padre hacia el hijo en tono ofensivo.

Sánchez-Sosa señala que estas características de la crianza, se engloban a su vez en estilos más generales que implican que el niño no se sienta en confianza con sus padres para comunicarles asuntos muy personales y por tanto no sientan apoyo de su parte, especialmente del padre.

En lo que se refiere al aspecto epidemiológico, se encontró que del total de la muestra, el 7.7 % de los jóvenes presentan episodios de agudos de ansiedad severa

frecuentemente o casi siempre y de éstos el 58% fueron del sexo femenino y el 42 % del masculino.

Considerando que las características de la población estudiada incluyen sólo a jóvenes estudiantes de bachillerato, surge la necesidad de realizar nuevas investigaciones en las que se consideren otro tipo de variables que puedan correlacionarse con la presencia de alteraciones psicológicas como son el nivel socioeconómico, el nivel cultural, las creencias paternas acerca de la crianza y la paternidad, las creencias sobre el desarrollo infantil y los antecedentes familiares de los padres (Bonfenbrener, 1980; Mc Guillucudy-De Lisy, 1980; Ribes, Díaz, Rodríguez y Landa, 1990; Pedersen, 1981).

CAPÍTULO 6

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

En relación con los episodios de angustia, es conocido que el afrontamiento que los individuos pueden hacer de las situaciones aversivas, amenazantes o asociadas a lesiones está directamente influida por la capacidad de éstos para sustituir lingüísticamente los elementos que las conforman.

El afrontamiento supone la valoración de X evento como potencialmente peligroso para el bienestar del propio sujeto, dicho peligro puede ser real (vgr. estar enfermo de cáncer) o no (vgr. imaginar que padece un accidente), sin embargo sólo puede prepararse para enfrentar lo que ya se conoce y según Varela (1990) ésto demuestra que el afrontamiento se encuentra en relación directa con la capacidad del sujeto como ser lingüístico. Es decir al momento de hacer frente a algún problema, el individuo recupera de su historia ontogenética la información que le permita valorar la situación y así encontrar la forma más funcional de enfrentar la situación. Así, se afirma que el individuo no puede afrontar lo que no conoce, en esos casos el sujeto responde en la llamada forma "instintiva" o en relación a otras variables que medien la conducta.

La habilidad de sustitución lingüística es, a su vez, promovida por el entrenamiento directo que encuentra en la educación formalizada su ámbito natural de ocurrencia (Varela, op. cit.).

En particular, la educación universitaria representa el punto culminante de la promoción de las habilidades lingüísticas dentro de los sistemas formalizados de educación. Por esta razón, y con el propósito de atender la necesaria ampliación del elenco de variables consideradas en el estudio de las relaciones entre condiciones de crianza y ocurrencia de episodios de angustia en jóvenes y adultos, en el presente estudio se compararán directamente las correlaciones entre estas variables.

La presente investigación se diseñó con el propósito general de ampliar la información vinculada a la variable escolaridad como un potencial mediador de los efectos que las condiciones de crianza tienen sobre la manifestación de cuadros de angustia, y con ello de ubicar de manera más justa la interpretación de los resultados previamente obtenidos con estudiantes.

Específicamente, el objetivo del presente estudio se dirige a determinar si existen diferencias en los patrones de angustia en dos muestras de adultos con distinto nivel de entrenamiento educativo formal (universitarios y no universitarios).

correspondiente en la hoja de respuestas como se muestra en el ejemplo mas adelante. Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto no te preocupes por puntajes ni calificaciones. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. Recuerda que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para ti mismo(a) o para otras personas y familias. Si tienes alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La primera parte del cuestionario contiene información general de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida, la segunda parte tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. No escribas ni hagas marcas en este cuestionario..."

METODO

Sujetos

Participaron voluntariamente 215 sujetos adultos, 100 universitarios (31 mujeres y 69 hombres) y 100 no universitarios (46 mujeres y 54 hombres). El rango de edad fue de 31 a 40 años. La muestra total fue aleatoria estratificada, obtenida con base en la lista de académicos y trabajadores que laboran en la ENEP Iztacala, la cual fue proporcionada por el Departamento de Planeación e Información Operativa de la Institución.

Diseño

Este estudio se enmarcó en lo que se denomina estudios ex post facto, y particularmente los estudios de campo (Kelingner, 1981). Las características de estos diseños es que las variables de interés ya ocurrieron y el investigador se limita a observarlas e identificar entre ellas posibles relaciones (causales o no).

En particular estos diseños son utilizados cuando se pretende establecer relaciones entre variables mediante la observaciones o mediciones en grupos en los que las variables están presentes con valores diversos. En la presente investigación, las variables de interés son las condiciones de crianza y el grado de escolaridad, variables que se correlacionarán con el índice o frecuencia de episodios de angustia obtenidos mediante la primera parte de nuestro instrumento.

Instrumentos.

El instrumento empleado fue la Escala de Condiciones de Crianza y Riesgo Psicológico (CRIPS-SAC-95) el cual consta de dos secciones y siete reactivos iniciales que exploran las principales características sociodemográficas de las personas, en éstos se incluyeron edad, sexo, estado civil, escolaridad, salario y tipo de vivienda. La primera sección se compone de 100 reactivos extraídos del Inventario Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC), elaborado por Sánchez Sosa y Hernández Guzmán (1994), que valoran la salud del individuo en términos de problemas adaptativos frecuentes, tales como dificultades al relacionarse interpersonalmente (tartamudeo, agresividad), percepciones distorsionadas del ambiente (sentir que se le ignora, se le rechaza o se le quiere hacer daño), actitudes desadaptativas hacia sí mismo (uso de drogas, alcohol), incomodidad subjetiva (tristeza) y deficiencias conductuales entre otros. La segunda sección consta de 122 reactivos, preguntas que evalúan la historia del individuo considerando las condiciones económicas, sociales y culturales bajo las cuales creció, así como los estilos particulares de interacción que predominaban en su familia (comunicación, toma de decisiones, solución de problemas, creencias paternas, relaciones afectivas). El instrumento se presenta completo en el anexo 1.

Análisis estadístico.

Se utilizaron alfas de Cronbach para evaluar la confiabilidad del CRIPSAC-95. Análisis de Varianza y la T de student para contrastar las diferentes características de las muestras estudiadas.

Procedimiento.

A los sujetos seleccionados se les localizó y se solicitó su participación voluntaria, dándoles una breve explicación del objetivo del estudio y proporcionándoles un cuadernillo de preguntas con su respectiva hoja de respuesta. Todos los cuadernillos tuvieron una hoja anexa de instrucciones que describía con detalle el objetivo de la investigación y la forma de responder a las preguntas haciendo uso de las hojas de respuesta.

Dicha hoja de instrucciones, decía lo siguiente:

"Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escribas tu nombre ni hagas anotaciones que te puedan identificar. Esta identificación se usará exclusivamente con fines de análisis estadísticos y para diseñar programas preventivos y de ayuda. No hay respuestas buenas ni malas, por favor contesta las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

La mayoría de las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoge la opción que mejor refleje tu propio caso, rellenando completamente el circulito

correspondiente en la hoja de respuestas como se muestra en el ejemplo mas adelante. Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto no te preocupes por puntajes ni calificaciones. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. Recuerda que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para ti mismo(a) o para otras personas y familias. Si tienes alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La primera parte del cuestionario contiene información general de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida, la segunda parte tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. No escribas ni hagas marcas en este cuestionario..."

RESULTADOS Y ANÁLISIS

La exposición de los resultados obtenidos se organiza en tres apartados generales: en el primero se exponen los resultados obtenidos en la primera parte del instrumento, es decir, los relativos a los ítems que exploran conductas vinculadas a patrones de angustia; En el segundo apartado se describen los datos obtenidos en la segunda parte del CRIP-SAC-95, es decir, los relativos a las condiciones durante la infancia; En el tercer apartado se describen las correlaciones entre los datos obtenidos en las dos secciones del instrumento.

PRIMERA SECCIÓN:

CONDUCTAS VINCULADAS CON ANGUSTIA

Con el propósito de estimar la consistencia métrica del instrumento aplicado, en primera instancia se realizó un análisis descriptivo de las muestras. En seguida, se analizó la primera parte del CRIP-SAC utilizando el alfa de Cronbach a fin de evaluar su confiabilidad. Finalmente se contrastaron los puntajes totales de las subescalas de la primera parte del instrumento aplicado: ansiedad, conductas adictivas, alteraciones somáticas, alteraciones de la conducta sexual y deficiencias en las relaciones interpersonales, con las dos muestras (universitarios vs no universitarios).

Características de las muestras

El promedio de la muestra total con respecto a edad fue de 2,485 con una desviación estándar de 0.940, es decir entre 31 a 40 años. Para el caso de la variable

ingresos percibidos su promedio fue de 2,700 con una desviación estándar de 1.160, es decir de cuatro pero menos de siete salarios mínimos. Con respecto al estado civil, el 90% eran casados y el 10% restante solteros. Finalmente el tipo de vivienda es mayoritariamente propia.

Propiedades métricas del CRIP-SAC

En el análisis de confiabilidad de la primera parte del CRIP-SAC, un primer examen mostró un alfa de Cronbach de 0.7761. Después de revisar las correlaciones de cada ítem con respecto al puntaje total puntajes, se eliminaron los reactivos 24, 27, 28, 10, 11, 34, 66, 68, 9, 23, 25, 35,42 y 90 por sus valores bajos. Finalmente el alfa de Cronbach obtenida para el instrumento en su conjunto fue de .8348, lo cual representa una confiabilidad aceptable. En la tabla 1 se presenta el alfa de Cronbach obtenida por subescala (ansiedad, conductas adictivas, alteraciones somáticas, alteraciones de la conducta sexual y deficiencias en las relaciones interpersonales).

Subescala	Alfa estandarizado
Ansiedad	.6493
Alteraciones de la conducta sexual	.7485
Deficiencias en las relaciones interpersonales	.7830
Alteraciones somáticas	.6989
Conductas adictivas	.2432

Tabla 1. Alfas para cada subescala

A continuación se presentan los ítems que quedaron incluidos en cada una de las subescalas de la sección dirigida a evaluar las conductas asociadas a episodios de angustia.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 8.- Tengo tics (por ejemplo: parpadeo, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos, etc.).
- 17.- Me siento demasiado acelerado(a) u optimista sin razón
- 18.- Siento que hay gente que me quiere perjudicar o hacer daño
- 19.- No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente
- 20.- Tengo dificultades para dormir
- 21.- Me siento triste sin razón
- 22.- Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche
- 26.- Me enfrento a situaciones que me hacen sentir mucho miedo o terror
- 37.- Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido
- 40.- Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o espacios borrados
- 43.- Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado(a) sexualmente aunque tenga ganas de estarlo

SUBESCALA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

-
- 12.- Tomo anfetaminas u otros estimulantes
 - 13.- Fumo o consumo marihuana
 - 14.- Uso "crack" (rocas) o cocaína
 - 15.- Huelo o inhala thinner, cemento o solventes
 - 16.- Tomo pastillas para dormir o para los nervios

SUBESCALA DE ALTERACIONES SOMÁTICAS

- 29.- Me dan ganas de vomitar
- 30.- Me dan dolores de estómago
- 31.- Me da diarrea
- 32.- Me siento inflado con gases en el estómago
- 33.- Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies
- 36.- Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio
- 38.- Me dan dolores de pecho
- 39.- Me dan mareos
- 41.- Siento debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover

SUBESCALA DE ALTERACIONES EN LA CONDUCTA SEXUAL

- 48.- Mi pareja me parece sexualmente atractiva
 - 49.- Me atraen sexualmente otros adultos del sexo opuesto
 - 50.- Me atraen sexualmente otros adultos de mi mismo sexo
 - 51.- Me atraen sexualmente niños(as) del sexo opuesto
 - 52.- Me atraen sexualmente niños(as) de mi mismo sexo
-

-
- 53.- Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales
- 54.- Me gusta causarle dolor a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales
- 55.- La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) me causa angustia 97.-
Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con otra persona
- 98.- La satisfacción que obtengo en mi vida sexual es

SUBESCALA DE RELACIONES INTERPERSONALES

- 59.- Siento que mi pareja me ignora o me maltrata
- 60.- Peleo con mi pareja
- 61.- Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.)
- 62.- Cuando nos peleamos, el enojo nos dura
- 63.- Esas peleas se terminan generalmente cuando
- 64.- La satisfacción que tengo con mi matrimonio o unión libre es
- 65.- He pensado en separarme o divorciarme
- 67.- Cuando me enojo mucho, grito o insulto
- 69.- Cuando me enojo puedo controlar mi enojo
- 70.- En opinión de la gente que me conoce soy muy agresivo
- 91.- Mis relaciones con mis jefes de trabajo son
- 92.- Cuando en el trabajo yo soy el que supervisa o da las órdenes, mis relaciones con mis subordinados son
- 93.- Mi trabajo me produce mucho estrés, desgaste o cansancio
-

ANÁLISIS COMPARATIVO DE UNIVERSITARIOS VS NO UNIVERSITARIOS

Diferencias en los puntajes totales de la escala

Por otra parte, se aplicó la prueba "t", para determinar si existían diferencias significativas en el puntaje total del CRIP-SAC y sus diferentes subescalas entre las muestras de adultos universitarios y adultos no universitarios.

Se encontró que en el puntaje total de la escala si hubo diferencias significativas ($t = 5.61$ con $p = .001$), siendo, en términos generales, **más bajos los puntajes en la muestra de adultos no-universitarios.**

Diferencias en los puntajes por subescala

Considerando de manera independiente las distintas subescalas del CRIP-SAC, en todas se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras. Los valores específicos de t y p para cada caso están representados en la tabla 2.

Ansiedad $t = 2,04$ con $p = 0,043$	Alteraciones somáticas $T = 2,12$ con $p = 0.035$
Conductas adictivas $T = 2,89$ con $p = 0,004$	Conducta sexual $t = 3,88$ con $p = 0.001$
Relaciones interpersonales $T = 4,93$ con $p = ,000$	

Tabla 2. Puntajes de t y p para cada subescala

Diferencias intra-género entre muestras

En un análisis más detallado se consideró conveniente identificar de manera independiente las diferencias por sexo, es decir, hombre-hombre y mujer-mujer.

a) Hombres

En el caso de los hombres, universitarios vs no universitarios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo en las subescalas conductas adictivas, conducta sexual y relaciones interpersonales; dichas diferencias están ilustradas en la tabla 3.

Conductas adictivas:.....	t = 2,75 con p =0,007
Conducta sexual:.....	t = 2,98 con p =0,003
Relaciones interpersonales:.....	t = 4,82 con p =0,001.

Tabla 3. Diferencias significativas obtenidas en subescalas

En las subescalas de alteraciones somáticas y ansiedad no hubo diferencias significativas entre los hombres de ambas muestras.

b) Mujeres

Para el caso de las mujeres (universitarias vs no universitarias) en todas las subescalas se encontraron diferencias significativas, como puede observarse en la tabla 4:

Alteraciones somáticas:.....	t =4.97 con p= 0.001
Ansiedad:.....	t =2,26 con p =0.027
Conductas adictivas:.....	t =2.00 con p =0.049
Conducta sexual:.....	t =4.17 con p =0.001
Relaciones interpersonales:.....	t = 1,94 con p = 0.056

Tabla 4. Diferencias significativas obtenidas en las subescalas, para el caso de las mujeres (universitarias y no universitarias)

Comparación más/menos entre muestras

Del análisis anterior se desprende la siguiente pregunta ¿cuál de las dos muestras, presenta *más alteraciones somáticas, ansiedad, alteraciones en la conducta sexual y alteraciones en las relaciones interpersonales?* Para responder tal cuestión se obtuvieron cuatro rangos a partir de los puntajes totales para cada subescala, los cuales se muestran en la tabla 5.

Alteraciones Somáticas. Puntajes		Ansiedad	
24-33	Siempre	33-43	Siempre
34-37	Casi siempre	44-46	Casi siempre
38-40	Casi nunca	47-50	Casi nunca
41-45	Nunca	51-55	Nunca

Alteraciones en la Conducta sexual. Puntajes		Alteraciones en las Relaciones Interpersonales	
15-43	Siempre	15-48	Siempre
44-45	Casi siempre	49-52	Casi siempre
46-47	Casi nunca	53-55	Casi nunca
48-49	Nunca	56-59	Nunca

Tabla 5. Rangos por subescala.

* NOTA: La subescala de Conductas Adictivas es eliminada del presente análisis debido al reducido número de ítems confiables que finalmente quedaron incluidos en el instrumento.

Para identificar la existencia de alteraciones en las diferentes subescalas se obtuvieron de manera independiente los promedios de los puntajes en cada una de ellas por cada muestra y por género.

Universitarios (hombres y mujeres):

- a) En la subescala de alteraciones somáticas su promedio es 38 lo cual los sitúa en que casi nunca presentan alteraciones somáticas;
- b) En la subescala de ansiedad su promedio es 46.50 y los sitúa en que casi siempre presentan ansiedad;

-
- c) En la subescala de alteraciones en la conducta sexual su promedio es de 45.09 y los sitúa en que casi siempre presentan alteraciones sexuales;
- d) Por último, en las alteraciones en las relaciones interpersonales su promedio fue 51.98, o sea que casi siempre presentan alteraciones en sus relaciones interpersonales.

No universitarios (hombres y mujeres)

Por su parte, los no universitarios obtuvieron los siguientes puntajes en cada subescala:

- a) En la subescala de alteraciones somáticas su promedio fue 36.02 lo cual los sitúa en que casi siempre presentan alteraciones somáticas;
- b) En la subescala de ansiedad su promedio es de 44.98 y los sitúa que casi siempre presentan ansiedad.;
- c) En la subescala de alteraciones en la conducta sexual su promedio es de 41.71 y los sitúa en que siempre presentan alteraciones sexuales;
- d) En la subescala de alteraciones en las relaciones interpersonales su promedio fue de 45.32, es decir, siempre presentan alteraciones en sus relaciones interpersonales.

Hombres universitarios

Considerando a los hombres universitarios por separado los puntajes obtenidos fueron:

- a) En la subescala de alteraciones somáticas su promedio es de 36,377, lo cual los sitúa en casi siempre presentan alteraciones somáticas,
-

-
- b) En la subescala de ansiedad su promedio es de 46,667 situándolos en casi nunca presentan ansiedad;
 - c) En la subescala de relaciones interpersonales su promedio fue de 52,594 situándolos en que casi nunca presentan alteraciones en sus relaciones interpersonales;
 - d) En la subescala de conducta sexual su promedio fue de 44,565, es decir, casi siempre presentan alteraciones en su conducta sexual.

Hombres no universitarios

Considerando a los hombres no universitarios por separado los puntajes obtenidos fueron:

- a) En la subescala de alteraciones somáticas su promedio es de 36,570, lo cual los sitúa en casi siempre presentan alteraciones somáticas,
- b) En la subescala de ansiedad su promedio es de 45.852 situándolos en casi nunca presentan ansiedad;
- c) En la subescala de relaciones interpersonales su promedio fue de 44.981 situándolos en que siempre presentan alteraciones en sus relaciones interpersonales;
- d) En la subescala de conducta sexual su promedio fue de 40,611, es decir, que siempre presentan alteraciones en su conducta sexual.

Mujeres universitarias

Con respecto a las mujeres universitarias se obtuvieron los siguientes puntajes:

- a) En la subescala de alteraciones somáticas su promedio es de 40.161, lo cual los sitúa en casi nunca presentan alteraciones somáticas,
-

b) En la subescala de ansiedad su promedio es de 46.097, situándolos en que casi siempre presentan ansiedad;

c) En la subescala de relaciones interpersonales su promedio fue de 50,613 situándolos en que casi siempre presentan alteraciones en sus relaciones interpersonales;

d) En la subescala de conducta sexual su promedio fue de 46.258, es decir, que casi nunca presentan alteraciones en su conducta sexual.

Mujeres no universitarias

Con respecto a las mujeres no universitarias se obtuvieron los siguientes puntajes:

a) En la subescala de alteraciones somáticas su promedio es de 35.370, lo cual los sitúa en casi siempre presentan alteraciones somáticas,

b) En la subescala de ansiedad su promedio es de 43.957, situándolos en que casi siempre presentan ansiedad;

c) En la subescala de relaciones interpersonales su promedio fue de 45.717 situándolos en que siempre presentan alteraciones en sus relaciones interpersonales;

d) En la subescala de conducta sexual su promedio fue de 43, es decir, siempre presentan alteraciones en su conducta sexual.

Una síntesis general de los resultados se presenta en la tabla 6.

Subescalas	Universitarios	No Universitarios
Alteraciones somáticas	Casi Nunca	Casi siempre
Ansiedad	Siempre	Casi siempre

Alteraciones en la conducta sexual	Casi siempre	Siempre
Alteraciones en las relaciones interpersonales	Casi siempre	Siempre

Tabla 6. Puntajes obtenidos en las diferentes subescalas por muestra (universitarios y no universitarios)

Subescalas	Universitarios Hombre	Mujer	No Hombre	Universitarios Mujer
Alteraciones somáticas	Casi siempre	Casi nunca	Casi siempre	casi siempre
Ansiedad	Casi nunca	Casi siempre	casi nunca	casi siempre
Alteraciones en la conducta sexual	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	Siempre
Alteraciones en las relaciones interpersonales	Casi siempre	Casi nunca	Siempre	Siempre

Tabla 7. Puntajes obtenidos en las diferentes subescalas por género.

ANÁLISIS POR TIPO DE FORMACIÓN

Para conocer las diferencias en los patrones de angustia observados en función del tipo de formación profesional específica, se obtuvieron los promedios de los puntajes por cada subescala y por carrera. Una revisión general muestra que no hay diferencias significativas entre las subescalas y las carreras, siendo los odontólogos quienes presentan menores puntajes en las distintas subescalas que avalúan los

patrones de angustia , siendo los médicos los que presentan puntajes más altos. (véase tabla 8), sin embargo para confirmar esta apreciación se realizó un análisis de varianza de una forma.

Muestras/ Subescalas	Psicólogos	Biólogos	Médicos	Odontólogos	Enfermeras
Alteraciones Somáticas	34.73 casi siempre	39.07 casi nunca	36.97 casi siempre	39.35 casi nunca	39.55 casi nunca
Ansiedad	45.80 casi siempre	42.26 siempre	46.34 casi siempre	46.64 casi nunca	47.66 casi nunca
Alteraciones en la conducta sexual	46.66 casi nunca	44.46 casi siempre	45.34 casi siempre	44.28 casi siempre	44.22 casi siempre
Alteraciones en las relaciones interpersonales	53.13 casi nunca	51.06 casi siempre	52.74 casi nunca	56.78 nunca	49.55 casi siempre

Tabla 8: Promedios obtenidos por subescala en las diferentes carreras.

Los análisis de varianza de un factor encontrados son:

la subescala de alteraciones somáticas	F = 2,2071 p = ,0744
la subescala de ansiedad	F= ,4377 p = ,7810
la subescala de alteraciones en la conducta sexual	F = 2,4119 p = ,0547
la subescala de alteraciones en las relaciones interpersonales	F = 8089 p= ,5227

Tabla 9. Análisis de varianza

Por los valores de F obtenidos, se tiene que no hay diferencias significativas entre ninguna de las subescalas en función de las distintas formaciones profesionales.

SEGUNDA SECCIÓN:

CONDICIONES DURANTE LA CRIANZA

Propiedades métricas del CRIP-SAC

Considerando el análisis de confiabilidad de la segunda parte del CRIP-SAC, un primer examen mostró un alfa de Cronbach de 0.9392. Después de revisar las correlaciones de cada ítem con respecto al puntaje total, se eliminó el reactivo 155 por su valor bajo. Finalmente el alfa de Cronbach obtenida para el instrumento en su conjunto fue de .9413, lo cual representa una confiabilidad muy aceptable. En la tabla 10 se presenta el alfa de Cronbach obtenida por subescala (*ambiente cultural familiar ACF, condiciones económicas durante la infancia CEDI, calidad de la relación familiar CRF y salud familiar SF*).

Subescala	Alfa estandarizado
Ambiente Cultural Familiar	.9226
Calidad de la Relación Familiar	.9320
Condiciones Económicas durante la Infancia	.8716
Salud Familiar	.7751

Tabla 10. Alfas para cada subescala

Los ítems que finalmente quedaron incluidos en cada subescala fueron:

SUBESCALA DE CONDICIONES ECONÓMICAS DURANTE LA INFANCIA

- 107.- El salario de mi(s) padres permitía satisfacer las necesidades de la casa
- 108.- El gasto familiar regularmente lo aportaba
- 109.- La casa en la que viví de niño era
- 110.- La construcción de la casa en la que viví de niño era
- 111.- Los servicios públicos (drenaje, electricidad, pavimentación, transporte, mercados, etc.) de la colonia en la que viví de niño eran
- 112.- En la casa en la que viví de niño había problemas por la falta de servicios (drenaje, electricidad, agua potable, teléfono, etc.)
- 113.- Los aparatos electrónicos y electrodomésticos (televisión, radio, licuadora, plancha, etc.) que había en la casa eran
- 114.- El número de personas que habitaban la casa era de
- 115.- Por el número de personas que vivíamos en la casa, las habitaciones (cocina, baño, sala, comedor, recamaras) resultaban insuficientes
- 116.- En casa contábamos con recámara propia
- 117.- Además de mis hermanos, en mi casa vivían
- 118.- Mi familia me daba el dinero suficiente para satisfacer mis gustos y necesidades (ropa, calzado, libros, diversiones, etc.)
- 119.- La situación económica de mi familia me hacía sentir
-

120.- La situación económica de mi familia provocaba que yo tuviera problemas para establecer amistades o relaciones con otras personas

SUBESCALA DE AMBIENTE CULTURAL FAMILIAR

122.- La situación económica de mi familia permitió que tuviera yo contacto con fuentes de cultura y conocimiento que orientaron mi vocación actual

123.- En educación escolar mi padre llegó hasta

124.- En educación escolar mi madre llegó hasta

125.- Yo asistía con mis padres a eventos culturales y/o recreativos (teatro, cine, conciertos, museos, etc.)

126.- Mis padres me enseñaban a entender y disfrutar el arte y la cultura

127.- Mis padres asistían a eventos culturales (cine, teatro, exposiciones, conciertos, conferencias, etc.) que luego comentaban conmigo

128.- Los amigos de mis padres comentaban conmigo sus intereses culturales o artísticos

129.- La educación de mis padres favoreció que yo tuviera contacto con fuentes de cultura y conocimiento que orientaron mi vocación actual

SUBESCALA DE SALUD FAMILIAR

132.- Cuando yo era niño mi padre tomaba mucho alcohol

133.- Cuando yo era niño mi madre tomaba mucho alcohol

134. - Mi padre usaba drogas (marihuana, cocaína, crack, thinner, o alguna otra) 135.-

Mi madre usaba drogas (marihuana, cocaína, crack, thinner, o alguna otra)

SUBESCALA DE CALIDAD DE LA RELACIÓN FAMILIAR

- 136.- Ante situaciones conflictivas mi padre reaccionaba
- 137.- Ante situaciones conflictivas mi madre reaccionaba
- 138.- Las relaciones afectivas que había en la familia eran
- 139.- La calidad de comunicación que había en la familia era
- 140.- De niño, la calidad de mi comunicación con mi padre era
- 141.- De niño, la calidad de mi comunicación con mi madre era
- 142.- De niño, la calidad de mi comunicación con otros familiares era
- 143.- Cuando era niño, la frecuencia con la que me comunicaba con mi madre era 144.-
Cuando era niño, la frecuencia con la que me comunicaba con mi padre era 145.-
Cuando era niño, la frecuencia con la que me comunicaba con otros familiares era
- 146.- En mi familia la comunicación era
- 147.- Cuando mis padres tenían algún problema lo comentaban con el resto de la familia, incluyéndome a mí
- 148.- Mis padres consideraban las opiniones de los hijos para la toma de decisiones en la casa
- 149.- Las actividades de la familia (recreación, cultura, trabajo, limpieza de la casa, etc.) eran acordadas entre todos
- 150.- Mis dudas acerca de la sexualidad las comentaba con mi familia
- 151.- Mis dudas acerca de las drogas, el alcohol, o el tabaco las comentaba libremente con mi familia
-

152.- Mis dudas acerca de las relaciones afectivas (amor, cariño, amistad) las comentaba libremente con mi familia

153.- Mi padre comentaba conmigo cómo le iba en el trabajo

154.- Mi madre comentaba conmigo cómo le iba en el trabajo

156.- La autoridad en mi familia estaba a cargo de

224.- Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro 225.-

Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando

226.- Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (empujones, golpes, etc.)

227.- Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mi y/o mis hermanos (as)

228.- Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse, o divorciarse

ANÁLISIS COMPARATIVO DE UNIVERSITARIOS VS NO UNIVERSITARIOS

a) Diferencias en los puntajes por subescala

Considerando de manera independiente las distintas subescalas del CRIP-SAC, se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras, exceptuando en salud familiar. Los valores específicos de t y p para cada caso son los siguientes:

Ambiente cultural familiar	$t = 7.53$ con $p = 0,001$
Condiciones económicas durante la infancia	$t = 7.08$ con $p = 0,001$
Calidad de la relación familiar	$t = 2,36$ con $p = 0,019$
Salud familiar	$t = 1.66$ con $p = 0.098$

Tabla 11. Valores obtenidos de t y p para cada subescala

b) Diferencias intra-género entre muestras

En un análisis más detallado se consideró conveniente identificar de manera independiente las diferencias por sexo, es decir, hombre-hombre y mujer-mujer.

Hombres

En el caso de los hombres, universitarios vs no universitarios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas, las cuales pueden observarse en la tabla 12:

Ambiente cultural familiar	t = 5,33 con p = ,000
Condiciones económicas durante la infancia	t = 3,96 con p = ,000
Calidad de la relación familiar	t = -1,95 con p = ,054
Salud familiar	t = 3,77 con p = ,000

Tabla 12. Valores obtenidos de t y p para cada subescala

Mujeres

Para el caso de las mujeres (universitarias vs no universitarias) solo se encontraron diferencias significativas en tres de las subescalas (ver tabla 13):

Ambiente cultural familiar	t = 5,68 con p = 0,000
Condiciones económicas durante la infancia	t = 8,48 con p = 0,001

Calidad de la relación familiar	t =5,34 con p=0,000
Salud familiar	t = ,66 con p = ,510

Tabla 13. Valores obtenidos de t y p para cada subescala

d) Comparación más/menos entre muestras

Del análisis anterior se desprende la siguiente pregunta ¿cuál de las dos muestras, presenta mejores condiciones de crianza?. Para responder tal cuestión se obtuvieron cinco rangos a partir de los puntajes totales para cada subescala, los cuales se muestran en la tabla 14.

Ambiente cultural familiar Puntajes		Condiciones económicas durante la infancia	
4-10	Muy mal ambiente familiar	15-30	Muy mal ambiente familiar
11-14	Mal ambiente	31-35	Mal ambiente
15-16	Regular ambiente	36-40	Regular ambiente
17-25	Buen ambiente	41-44	Buen ambiente
26-34	Muy buen ambiente	45-54	Muy buen ambiente

Calidad de la relación familiar Puntajes		Salud familiar	
26-65	Muy mal ambiente familiar	2-17	Muy mala salud familiar
66-76	Mal ambiente	18-19	Mala salud
77-86	Regular ambiente	20-21	Regular salud
87-99	Buen ambiente	22-23	Buena salud
100-113	Muy buen ambiente	24-48	Muy buena salud

Tabla 14. Rangos por subescala.

Para identificar la existencia de alteraciones en las diferentes subescalas se obtuvieron de manera independiente los promedios de los puntajes en cada una de ellas por cada muestra y por género.

Universitarios (hombres y mujeres):

- a) En la subescala de ambiente cultural familiar su promedio es 21.14 lo cual los sitúa en un buen ambiente familiar;
- b) En la subescala de condiciones económicas durante la infancia su promedio es 41.57 y los sitúa en una buena condición económica durante la infancia;
- c) En la subescala de calidad de la relación familiar su promedio es 83.62 y los sitúa en una regular calidad de relaciones familiares
- d) Por último, en la salud familiar su promedio fue 18.45, o sea que tienen un mal ambiente familiar

No-universitarios (hombres y mujeres)

Por su parte, los no universitarios obtuvieron los siguientes puntajes en cada subescala:

- a) En la subescala de ambiente cultural familiar su promedio es 13.31 lo cual los sitúa en un mal ambiente familiar;
 - b) En la subescala de condiciones económicas durante la infancia su promedio es 33.99 y los sitúa en una mala condición económica durante la infancia;
-

-
- c) En la subescala de calidad de la relación familiar su promedio es 77.60 y los sitúa en una regular calidad de relaciones familiares
- d) Por último, en la salud familiar su promedio fue 17.42, o sea que tienen muy mal ambiente familiar

Hombres universitarios

Considerando a los hombres universitarios por separado los puntajes obtenidos fueron:

- a) En la subescala de ambiente cultural familiar su promedio es 20,551 lo cual los sitúa en un buen ambiente familiar;
- b) En la subescala de condiciones económicas durante la infancia su promedio es 39,913 y los sitúa en una regular condición económica durante la infancia;
- c) En la subescala de calidad de la relación familiar su promedio es 76,638 y los sitúa en una regular calidad de relaciones familiares
- d) Por último, en la salud familiar su promedio fue 18,652, o sea que tienen mal ambiente familiar

Hombres no universitarios

Considerando a los hombres no universitarios por separado los puntajes obtenidos fueron:

- a) En la subescala de ambiente cultural familiar su promedio es 13,03 lo cual los sitúa en un mal ambiente familiar;
-

-
- b) En la subescala de condiciones económicas durante la infancia su promedio es 33,944 y los sitúa en una mala condición económica durante la infancia;
 - c) En la subescala de calidad de la relación familiar su promedio es 81,167 y los sitúa en una regular calidad de relaciones familiares
 - d) Por último, en la salud familiar su promedio fue 17,833, o sea que tienen mal ambiente familiar

Mujeres universitarias

Con respecto a las mujeres universitarias se obtuvieron los siguientes puntajes:

- a) En la subescala de ambiente cultural familiar su promedio es 22,452 lo cual los sitúa en un buen ambiente familiar;
- b) En la subescala de condiciones económicas durante la infancia su promedio es 45,258 y los sitúa en muy buena condición económica durante la infancia;
- c) En la subescala de calidad de la relación familiar su promedio es 99,161 y los sitúa en una buena calidad de relaciones familiares
- d) Por último, en la salud familiar su promedio fue 18,000 o sea que tienen mal ambiente familiar

Mujeres no universitarias

Con respecto a las mujeres no universitarias se obtuvieron los siguientes puntajes:

- a) En la subescala de ambiente cultural familiar su promedio es 13,630 lo cual los sitúa en un mal ambiente familiar;
-

- b) En la subescala de condiciones económicas durante la infancia su promedio es 34,043 y los sitúa en una mala condición económica durante la infancia;
- c) En la subescala de calidad de la relación familiar su promedio es 73,413 y los sitúa en una mala calidad de relaciones familiares
- d) Por último, en la salud familiar su promedio fue 16,935, o sea que tienen muy mal ambiente familiar

Una representación matricial de los resultados se presenta en la tabla 15.

Subescalas	Universitarios	No Universitarios
Ambiente cultural familiar	Buen ambiente familiar	Mal ambiente familiar
Condiciones económicas durante la infancia	Buena condición	Mala condición económica
Calidad de la relación familiar	Regular calidad	Regular calidad
Salud familiar	Mala salud familiar	Muy mala salud familiar

Tabla 15. Puntajes obtenidos en las diferentes sub-escalas por muestra (universitarios y no universitarios)

Subescalas	Universitarios		No	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ambiente Cultural Familiar	Buen ambiente familiar	Buen ambiente familiar	Mal ambiente familiar	mal ambiente familiar
Condiciones Económicas Durante la Infancia	Regular condición	Muy buena condición	Mala condición económica	mala condición
Calidad de la Relación Familiar	Regular calidad	Buena calidad	Regular calidad	mala calidad
Salud Familiar	Mala salud familiar	Mala salud familiar	Mala salud familiar	Muy mala salud familiar

Tabla 16. Puntajes obtenidos en las diferentes subescalas por género

ANÁLISIS POR TIPO DE FORMACIÓN

Para conocer las diferencias en los patrones de angustia observados en función del tipo de formación profesional específica, se obtuvieron los promedios de los puntajes por cada subescala y por carrera. Una revisión general muestra que no hay diferencias significativas en tres de las subescalas y las carreras, siendo en la subescala de calidad de la relación familiar en donde solo se encontraron diferencias significativas ($F = 3.50$ con $p = .01$), los psicólogos son los que presentaron mayor puntaje. (véase tabla 17).

Subescalas	Psicólogos	Biólogos	Médicos	Odontólogos	Enfermeras
Ambiente cultural familiar	22,733 Buen ambiente	20,867 Buen ambiente	21,372 Buen ambiente	19,857 Buen ambiente	21,556 Buen ambiente
Condiciones económicas durante la infancia	43,333 Buena Condición	40,533 Regular Condición	41,047 Buena Condición	42,000 Buena Condición	41,778 Buena Condición
Calidad de la relación familiar	96,733 Buen Calidad	77,933 Regular Calidad	84,907 Regular Calidad	77,071 Regular Calidad	78,778 Regular Calidad
Salud familiar	18,867 Mala salud	18,133 Mala salud	18,326 Mala salud	18,643 Mala salud	18,333 Mala salud

Tabla 17: Promedios obtenidos por subescala en las diferentes carreras.

Los análisis de varianza de un factor encontrados se muestran en la tabla 18:

Subescala Ambiente Cultural Familiar	F = .1944 p=,94
Subescala Condiciones Económicas Durante la infancia	F = .2652 p=,89
Subescala Calidad de la Relación Familiar	F = 3.50 p=,01
Subescala Salud Familiar	F = .8356 p=,50

Tabla 18. Análisis de varianza

Por los valores de F obtenidos, se concluye que solo hay diferencias significativas entre el tipo de formación y el puntaje obtenido en la subescala de calidad de la relación familiar, siendo la diferencia entre los psicólogos vs odontólogos y biólogos.

TERCERA SECCION:

CORRELACIONES GENERALES

Con el fin de conocer si existe o no algún tipo de relación entre la existencia de episodios de angustia y las condiciones de crianza que las muestras estudiadas, se correlacionaron los puntajes totales que cada una de las muestras obtuvo en cada sección del instrumento. Esto es, se correlacionaron los puntajes totales obtenidos en la sección que evalúa los comportamientos asociados a episodios de angustia con la sección que evalúa las condiciones que existieron durante su infancia.

Una vez realizado el análisis se encontró que de las muestras totales (universitarios vs no universitarios), sólo los universitarios obtuvieron una correlación

moderada entre ambas variables, obteniendo una $r = .3835$ y una $p = .001$. (ver tabla 19).

De los resultados anteriores, se desprendió la pregunta siguiente ¿cuál de las submuestras que conforman el grupo de universitarios correlaciona significativamente las variables angustia - condiciones de crianza?. Para responder a esta interrogante se analizaron los puntajes totales obtenidos en cada uno de las secciones del instrumento para cada una de las submuestras.

En los resultados obtenidos se encontró que de los 5 grupos: psicólogos, biólogos, médicos, enfermeras y odontólogos, sólo los médicos correlacionan moderadamente ambas variables, hallándose un valor de $r = .3810$, con una $p = .012$. El valor de r y p para cada submuestra puede ser observado en la tabla 19.

GRUPO	PUNTAJE TOTAL DE ANGUSTIA - PUNTAJE TOTAL DE CRIANZA
UNIVERSITARIOS	$r = .3835$ (gl 100) $p = .001$
NO UNIVERSITARIOS	$r = -.0894$ (gl 100) $p = .376$
PSICÓLOGOS	$r = .4010$ (gl 15) $P = .138$
BIOLÓGOS	$R = .4874$ (gl 15) $P = .065$
MÉDICOS	$R = .3810$ (gl 43) $P = .012$
ENFERMERAS	$R = .4755$ (gl 9) $P = .196$
ODONTÓLOGOS	$R = .4233$ (gl 14) $P = .132$

Tabla 19.- En ella se muestran las correlaciones entre los puntajes obtenidos en la sección de angustia con los puntaje obtenidos en la sección de condiciones de crianza.

Al realizarse un análisis más fino se considero pertinente realizar correlaciones entre todas las subescalas, es decir se correlacionó una subescala con todas las restantes, esto se realizó para ambas muestras, (así como de aquellas submuestras que conformaron la muestra de universitarios).

GRUPO DE UNIVERSITARIOS

La subescala de alteraciones somáticas, se correlaciona significativamente con las subescalas de ansiedad y la de Calidad de la Relación Familiar, siendo en Ansiedad moderadamente bajo (.4053) y en Calidad la correlación es baja (.2423).

En lo que respecta a la subescala de Ansiedad, este grupo correlaciono significativamente en cuatro de la seis subescalas: Alteración de la Conducta Sexual,(baja negativa, -.2276); Alteración en las relaciones Interpersonales (baja moderada negativa, -.2756); Ambiente Cultural Familiar (baja negativa, -.2228) y Salud Familiar, (moderadamente baja, .3349).

La subescala de Alteraciones de la Conducta Sexual correlacionó significativamente sólo con las subescalas de Calidad de la Relación Familiar (baja con .2181) y Salud Familiar (moderada baja con .3189).

En la subescala de Alteraciones en las Relaciones Interpersonales se encontraron correlaciones significativas con Ambiente Cultural Familiar (moderada alta, .2658); Calidad de la Relación Familiar (moderada alta, .2846) y con Salud Familiar (moderada alta negativa, -.3758).

Para la subescala de Ambiente Cultural Familiar se correlacionó altamente con las Condiciones Económicas durante la Infancia (.7365) y moderadamente alta con Calidad de la Relación Familiar (.5812).

En la subescala de Condiciones Económicas durante la Infancia correlacionó altamente con la Calidad de la Relación Familiar (.7318).

Por último la subescala de Calidad de la Relación Familiar no correlacionó con ninguna de las demás subescalas.

GRUPO DE NO UNIVERSITARIOS

En el caso de la subescala de alteraciones somáticas sólo se obtuvieron correlaciones significativas entre ésta y la ansiedad siendo dicha correlación moderadamente alta (.6993)

Para la subescala de Ansiedad ésta sólo correlacionó con la subescala de Ambiente Cultural Familiar aunque en términos moderadamente bajos y negativos (-.4609).

En la subescala de Alteraciones de la Conducta Sexual se encontraron correlaciones significativas con las subescalas de Alteraciones de las Relaciones Interpersonales (alta, .7923) y de Condiciones Económicas durante la Infancia (moderada baja, .3772).

Para la subescala Alteraciones en las Relaciones Interpersonales sólo se encontró correlación con Ambiente Cultural Familiar, aunque es moderadamente baja y negativa (-.3029).

La subescala de Ambiente Cultural Familiar se correlacionó moderadamente bajo con Condiciones Económicas durante la Infancia (.4802) y moderadamente alto con Calidad de la Relación familiar (.5444).

En el caso de la subescala Condiciones Económicas durante la Infancia sólo se correlacionó, moderadamente bajo, con la subescala Calidad de la Relación Familiar (.4064).

Por último la subescala de Calidad de la Relación Familiar, se correlacionó moderadamente bajo (.4520) con Salud Familiar.

En lo que respecta a los subgrupos que conformaron la muestra de Universitarios se encontró:

PSICOLOGOS

Para la subescala de Alteraciones Somáticas, se encontraron correlaciones significativas con cuatro de las siete subescalas: muy alto (.9338) con Alteraciones en la Conducta Sexual, bajo (.1602) con Alteraciones en las Relaciones Interpersonales; y moderadamente alto tanto con Condiciones Económicas durante la Infancia como con Calidad de la Relación Familiar (.5723 y .6430, respectivamente).

En la subescala de Ansiedad se encontró correlación alta negativa (-.7705) con Condiciones Económicas durante la Infancia, correlación moderadamente alta negativa (-.6511) con Calidad de la Relación Familiar y correlación alta con Salud Familiar (.7809).

Para Alteraciones en la Conducta Sexual se halló correlación alta con tres de las subescalas: Ambiente Cultural Familiar (.7723), Condiciones Económicas durante la Infancia (.7554) y Calidad de la Relación Familiar (.7554).

La subescala de Alteraciones en las Relaciones Interpersonales sólo correlacionó moderadamente alto con la subescala de Calidad de la Relación Familiar (.6699).

En Ambiente Cultural Familiar se encontró correlación alta (.8748) con Condiciones Económicas durante la Infancia y moderadamente alta (.5541) con Calidad de la Relación Familiar.

La subescala de Condiciones Económicas durante la Infancia sólo correlaciono altamente con Calidad de la Relación Familiar (.8672).

Por último, no se hallaron correlaciones significativas para la subescala de Calidad de la Relación Familiar.

BIOLOGOS

Para la subescala de Alteraciones Somáticas se encontró que correlacionaba en un nivel alto (.7841) con Ansiedad y moderadamente alto (.5172) con Calidad de la Relación Familiar.

En la subescala de Ansiedad sólo se halló correlación moderadamente alta (.5981) con Condiciones Económicas durante la Infancia.

Con respecto a la subescala de Alteraciones de la Conducta Sexual únicamente se encontró correlación con Condiciones Económicas durante la Infancia, siendo moderadamente alta pero negativamente (-.5590).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La subescala de Ambiente Cultural Familiar se obtuvieron correlaciones moderadamente altas con Condiciones Económicas durante la Infancia y con Calidad de la Relación Familiar (.6882 y .6983, respectivamente).

Para la subescala de Condiciones Económicas durante la Infancia sólo se correlacionó moderadamente alto (.7393) con Calidad de la Relación Familiar.

No se hallaron correlaciones significativas para las subescalas de Alteraciones en las Relaciones Interpersonales y Calidad de la Relación Familiar-

MEDICOS

En lo que respecta a las Alteraciones Somáticas sólo se encontró correlación moderadamente baja con la subescala de Ansiedad (.4949).

En la subescala de Ansiedad se encontraron correlaciones moderadamente altas pero negativas con las subescalas Alteraciones en la Conducta Sexual (-.3501), Alteraciones en las Relaciones Interpersonales (-.3760) y Ambiente Cultural Familiar (-.3047) y moderadamente baja con Salud Familiar (.4537).

Para la subescala de Alteraciones en las Relaciones Interpersonales únicamente se halló una correlación moderadamente baja negativa (-.4266) con Salud Familiar.

Con respecto a la subescala de Ambiente Cultural Familiar se obtuvo una correlación alta con Condiciones Económicas durante la Infancia (.7272) y moderadamente alta (.5562) con Calidad de la Relación Familiar.

La subescala de Condiciones Económicas únicamente correlacionó con Calidad de la Relación Familiar, dicha correlación obtuvo un puntaje alto (.7745).

Las subescalas de Alteraciones en la Conducta Sexual y Calidad de la Relación Familiar no obtuvieron correlaciones significativas.

ODONTOLOGOS

Para este grupo sólo se hallaron correlaciones en dos subescalas: a) Ambiente Cultural Familiar que correlacionó con Condiciones Económicas durante la Infancia (moderadamente alta, .6874) y con Calidad de la Relación Familiar (moderadamente alta, .6920); y b) Condiciones Económicas durante la Infancia (moderadamente alta, .6352).

Para las subescalas restantes no se hallaron correlaciones.

ENFERMERAS

En este subgrupo nuevamente sólo se encontraron correlaciones en dos subescalas:

La subescala de Ambiente Cultural Familiar correlacionó moderadamente alta con Condiciones Económicas durante la Infancia y con Calidad de la Relación Familiar (.7189 y .6856, respectivamente).

La subescala de Condiciones Económicas durante la Infancia sólo correlacionó en un nivel alto (.7535) con Calidad de la Relación Familiar.

No se obtuvieron correlaciones significativas para ninguna de las demás subescalas.

En términos generales puede decirse que el subgrupo de psicólogos es aquella que obtuvo mayor número de correlaciones significativas.

Tabla 20.-Se muestran las correlaciones generales entre las subescalas

Subescalas	GRUPO	Ansiedad	Alteración En la Conducta Sexual	Alteración En las Relaciones Interpersonales	Ambiente Cultural Familiar	Condiciones Económicas Durante la Infancia	Calidad de La Relación Familiar	Salud Familiar
ALTERACIONES SOMATICAS	UNIVER.	.4053 *	.0539	-.2108	.1457	.4027	.2423 *	.1333
	NO UNIVER.	.6993 *	-.0376	.0130	-.2299	-.2335 *	-.0629	.0372
	PSIC.	-.1324	.9338 *	.1602 *	.4831	.5273 *	.6430 *	-.1641
	BIOL.	.7841 *	.1197	-.2895	.0250	.4905	.5172 *	.4001
	MÉDICOS	.4949 *	.0653	-.2455	.1825	.4248	.2886	.1672
	ODON.	.4026	.2326	-.1573	-.0266	.3178	.3180	.2497
	ENFER.	.7140 *	.1578	-.2578	-.0336	.4083	.4169	.2585
Ansiedad	UNIVER.		-.2276 *	-.2756 *	-.2228 *	.0381	-.0349	.3349 *
	NO UNIVER.		-.1191	.1138	-.4609 *	-.100	-.0828	-.0014
	PSIC.		-.3165	-.3115	-.6703	-.7705 *	-.6511 *	.7809 *
	BIOL.		-.3375	-.4026	-.0998	.5981 *	.4843	.4506

	MÉDICOS			-3501 *	-3760 *	-3047 *	.0082	-.0462	.4537 *
	ODON.			-.0030	-.1364	.1019	.4930	.3066	.0606
	ENFER			-.2805	-.4710	-.1709	.5029	.4397	.4811
ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SEXUAL	UNIVER.				-.1004	.0731	-.0847	.2181 *	.3139 *
	NO UNIVER.				.7923 *	-.0053	.3772 *	.0274	-.0376
	PSIC.				.2709	.7223 *	.7669 *	.7554 *	-.1169 *
	BIOL.				-.2050	-.2011	-.5590 *	-.1638	.2006
	MÉDICOS				-.1217	.0550	-.1094	.2262	.2837
	ODON.				-.1635	-.0194	-.1635	-.1561	.4928
	ENFER				-.2229	-.2266	-.5458	-.1577	.2505
ALTERACIONES EN LAS RELACIONES	UNIVER.					.2658 *	.1092	.2846 *	-.3758 *
	NO UNIVER.					-.3029 *	.1545	-.0698	-.0251
						-.2159	.2709	.6699 *	-.4870

INTER- PERSO- NALES	PSIC.				.4166	.0445	.1427	-.4397
	BIOL				.1836	.0844	.2886	-.4266 *
	MÉDICOS				.4020	.1583	.1976	-.3080
	ODON.				.5158	.1299	.1719	-.4423
AMBIEN TE CULTU RAL FAMI- LIAR	UNIVER.					.7365 *	.5812 *	.0215
	NO					.4802 *	.5444 *	.0750
	UNIVER.					.8748 *	.5541 *	-.2086
	PSIC.					.6882 *	.6983 *	.1028
	BIOL.					.7272 *	.5562 *	.0276
	MÉDICOS					.6874 *	.6920 *	.0218
	ODON.					.7189 *	.6856 *	.0582
CONDI CIONES	UNIVER.						.7318 *	.1516
	NO						.4064 *	-.1283

DISCUSION

Para iniciar nuestro análisis, comenzamos por preguntarnos ¿existen diferencias significativas entre las muestras consideradas (universitarios vs no universitarios) en términos de las subescalas que evaluaban las conductas vinculadas con angustia?. Para responder a esta cuestión podemos afirmar que, en relación a los puntajes totales de la primera sección del instrumento, sí existen diferencias significativas, observándose los puntajes más bajos en la muestra de no universitarios, es decir los no universitarios presentaron menores niveles de angustia.

Sin embargo, al preguntamos cuál de las dos muestras obtuvo mayores puntajes en cada una de las subescalas, es decir, conocer quiénes presentan superiores niveles de angustia, se encontró que éstos fueron los no universitarios. Ya que obtuvieron que siempre presentan alteraciones en la conducta sexual y alteraciones en las relaciones interpersonales, así como que casi siempre presentan alteraciones somáticas y ansiedad. Esto en comparación con los universitarios, pues ellos manifiestan tener casi nunca alteraciones somáticas y casi siempre ansiedad, alteraciones en la conducta sexual y alteraciones en las relaciones interpersonales. Lo que significa que en términos de la aparición de conductas vinculadas con la angustia, los no universitarios son quienes presentan mayores niveles de angustia.

Además, al revisar de manera independiente los niveles que ambas muestras presentan, en cada una de las subescalas, se encontraron diferencias significativas en todas ellas.

Es decir, en este análisis pareciera que el factor escolaridad, y con ello la promoción de adecuadas habilidades lingüísticas, (Varela, 1990) si es capaz de mediar la aparición de cuadros conductuales de angustia. Esto dado que existen por lo menos dos formas de afrontar las situaciones aversivas, una es mediante el contacto físico o situacional con los eventos amenazantes y otra mediante el desligamiento de las condiciones presentes en la situación, haciendo uso de habilidades de tipo lingüístico que faciliten o posibiliten el afrontamiento de dicha situación.

Revisando los puntajes obtenidos al realizar las correlaciones por género podemos observar que, en el caso de los hombres de ambas muestras, se obtuvieron correlaciones significativas en tres de las subescalas (conductas adictivas, alteraciones en la conducta sexual y alteraciones en las relaciones interpersonales), mientras que para las mujeres de ambas muestras, se hallaron diferencias significativas en todas las subescalas.

Con el fin de conocer si la ocurrencia de los episodios de angustia se daba en función del género, se revisaron las correlaciones mujer no universitaria – mujer universitaria, encontrándose que la mujer no universitaria es quien presenta los más altos niveles de angustia. Dado que obtienen que casi siempre presentan alteraciones somáticas y ansiedad, así como que siempre padecen alteraciones en la conducta sexual y en las relaciones interpersonales. Mientras que por otro lado, las mujeres universitarias, casi nunca presentan alteraciones somáticas y alteraciones en las relaciones interpersonales, al igual que casi siempre manifiestan alteraciones en la conducta sexual y ansiedad.

Realizando el mismo análisis para los hombres universitarios vs no universitarios, se encontró que, nuevamente, es en la muestra de no universitarios (hombres) quienes presentan mayores puntajes. Es decir los hombres no universitarios casi siempre presentan alteraciones somáticas y ansiedad así como que siempre presentan alteraciones en las relaciones interpersonales y en la conducta sexual. En tanto que los hombres universitarios, casi nunca presentan ansiedad y alteraciones en la conducta sexual y casi siempre manifiestan alteraciones somáticas y alteraciones en las relaciones interpersonales.

De esta manera observamos dos aspectos: 1) que independientemente a que género pertenezcan, son los no universitarios quienes obtienen los puntajes más altos, por lo tanto es posible que el grado de escolaridad sea un potencial mediador de la aparición de las conductas asociadas a angustia. Y 2) que las mujeres en comparación con los hombres son quienes presentan una mayor tendencia a la presentación de los cuadros de angustia, tendencia que también es observada en el trabajo de Sánchez Sosa y col (1982), en el cual encontraron que, analizando la muestra que presentó cuadros de angustia el 58% fueron del sexo femenino y el 42 % del masculino.

Regresando a nuestros datos, al analizar la muestra total de universitarios (hombres y mujeres) podemos decir que los hombres universitarios presentaron un rango de casi siempre en dos de las cuatro subescalas (alteraciones somáticas y alteraciones en las relaciones interpersonales), aunque casi nunca presentan alteraciones en la conducta sexual y ansiedad; mientras que, en comparación, las mujeres obtuvieron en la subescala de alteraciones en la conducta sexual y de ansiedad

un puntaje de casi siempre y en la subescala de alteraciones somáticas y alteraciones en las relaciones interpersonales obtuvieron puntajes de casi nunca.

De esta manera se puede observar que los puntajes de cada género son inversos, es decir en las áreas en que los hombres manifiestan alteraciones las mujeres no los presentan y viceversa, probablemente ésto deba su explicación a las diferencias en los estilos de crianza, dado que el tipo de habilidades, competencias y criterios de logro que tenga el sujetos, serán impuestos en función de convenciones sociales y una de esas convenciones es el tipo de rol sexual que se asume que cada género debe llevar.

Con estos datos podemos decir que el factor género es importante en el estudio que de la angustia se haga, pudiendo encontrar (probablemente) la génesis de esta tendencia en los estilos de crianza y especialmente en la educación que tradicionalmente se les imparte a los niños dependiendo del género al que pertenezcan, vgr. las niñas más fácilmente lloran y se deprimen, los niños no lloran, a las niñas se les permite dar rienda suelta a sus sentimientos, etc. En otras palabras los padres pueden comportarse y educar diferencialmente al considerar el rol sexual que supone debe asumir su hijo (Mc Guillicudy-DeLisi; 1980)

Si embargo estas diferencias intra-género no son halladas en la muestra de no universitarios dado que los puntajes obtenidos en cada subescala fueron iguales para ambos géneros, aparte de que son muy altos, es decir, ambos géneros casi siempre presentan alteraciones somáticas y ansiedad así como que siempre presentan alteraciones sexuales y alteraciones en las relaciones interpersonales. Puesto que las variables que introducimos fueron nivel de escolaridad y condiciones de crianza, hasta

este momento pareciera que realmente estas variables modulan la aparición de mayores o menores niveles de angustia.

El siguiente análisis se realizó exclusivamente con la muestra de universitarios, el cual fue con el fin de conocer si existían diferencias significativas de la aparición de la angustia en función de las diferentes formaciones profesionales, del que se infiere que no existen dichas diferencias. En términos de los puntajes se encontró que fueron los médicos quienes presentan mayores puntajes siendo los odontólogos los que poseen los puntajes más bajos; en otras palabras los médicos presentan mayor angustia lo cual puede deber su justificación a las características propias de su disciplina.

En lo que respecta a la segunda parte de los resultados obtenidos observamos que, excepto en la subescala de salud familiar, sí existen diferencias significativas entre ambas muestras, en términos de las subescalas que conforman la sección dirigida a evaluar las condiciones de crianza.

Al analizar por separado a cada una de las muestras, se observa que los universitarios presentan mejores condiciones de crianza, pues obtuvieron un puntaje de buen ambiente cultural y buenas condiciones económicas, regular calidad de la relación familiar aunque mala salud familiar. En cambio los no universitarios, como era predecible, presentan malas condiciones de crianza, esto es mal ambiente familiar, malas condiciones económicas, muy mala salud familiar y regular calidad de la relación familiar.

Al relacionar estos datos con los obtenidos en la sección de angustia observamos que los no universitarios presentan mayores niveles de angustia y tienen muy malas condiciones de crianza; a la inversa de los universitarios que presentan

menores niveles de angustia aunque un buen ambiente familiar. Lo cual es acorde con lo que se esperaba al seguir la línea del trabajo de Sánchez Sosa y col. (1992) en el que concluyen que las deficientes condiciones de crianza se encuentran altamente correlacionadas con la aparición de la angustia.

Revisando las correlaciones de género en la muestra de universitarios, las mujeres presentan puntajes ligeramente mejores en comparación con los hombres de su mismo grupo es decir ellas tienen muy buenas condiciones económicas, buen ambiente cultural familiar y buena calidad de la relación familiar aunque mala salud familiar mientras que ellos tienen buen ambiente cultural, regulares condiciones económicas, regular calidad de la relación familiar y mala salud familiar.

Sin embargo, recordando los puntajes de género en la parte dirigida a evaluar la angustia, sabemos que las mujeres universitarias presentan altos niveles de angustia, pero en la sección dedicada a evaluar condiciones de crianza obtienen niveles altos, es decir a pesar de tener buenas condiciones de crianza durante su niñez presentan gran nivel de angustia, lo cual es contradictorio con lo hallado por Sánchez Sosa y col. (op. cit.) dado que en su trabajo afirman que las malas condiciones de crianza se correlacionaban significativamente con la aparición de cuadros conductuales de angustia, lo que es discrepante a lo encontrado en nuestros datos. El porque de esta discrepancia no puede atribuirse al grado de instrucción escolarizada ya que se partía del supuesto de que a mayor nivel de escolaridad menor angustia, pero si puede deber su explicación a los roles sexuales ya descritos, así como a la tendencia encontrada en las mujeres a presentar mayores niveles de angustia.

En cambio, al comparar entre hombres y mujeres no universitarios se observa que son los hombres quienes tienen puntajes ligeramente mejores en sus condiciones de crianza, aún cuando siguen siendo bajos, es decir presentan regular calidad de la relación familiar y mala salud familiar, ambiente familiar y condición económica. Mientras que las mujeres no universitarias, son quienes presentan los más bajos puntajes en todas las subescalas, traduciéndose en muy malas condiciones de crianza.

Sobre la formación profesional sólo se hallaron diferencias significativas en la subescala de calidad de la relación familiar, siendo la diferencia entre los psicólogos vs odontólogos y biólogos. En otras palabras, de los estilos de crianza sólo la calidad de la relación familiar se correlaciona con la formación y eso sólo en los psicólogos.

Al analizar las correlaciones generales nos preguntamos ¿en la muestra de universitarios existe correlación entre las subescalas de condiciones de crianza y las vinculadas con la angustia?. A esta pregunta podemos contestar que sí existe correlación entre la muestra y ambas variables. En otras palabras si existe relación significativa entre las variables que observamos y por lo tanto nuestro instrumento si fue sensible a la medición de las variables estudiadas.

Al resolver la misma interrogante pero para la muestra de no universitarios podemos concluir que no existe una correlación significativa. Es decir en los no universitarios no se hallaron relaciones significativas entre los estilos de crianza y los episodios de angustia, lo cual nos sugiere que en el caso de los no universitarios, es necesario implementar nuevas variables o condiciones que nos permitan observar con mayor énfasis las correlaciones entre angustia-condiciones de crianza.

En lo que respecta al grupo de universitarios, que es en el que se encontró la correlación significativa, sólo el subgrupo de médicos obtuvieron una correlación moderada, es decir únicamente los médicos obtuvieron correlaciones significativas entre ambas variables y si recordamos sus puntajes en la sección que evaluaba la angustia, ya sabemos que este subgrupo presentó los mayores niveles de angustia, aunque manifiesta regulares condiciones de crianza. Lo cual nos hace pensar que la correlación entre estas dos variables sólo es observable, cuándo ya es explícita la existencia de alteraciones conductuales, denominados angustia.

A MODO DE CONCLUSIÓN Y SÍNTESIS

Recapitulando, podemos concluir que en términos generales son los no universitarios quienes presentan mayores niveles de angustia y son quienes presentan deficientes condiciones de crianza, a la inversa de los universitarios puesto que ellos presentan menores niveles de angustia y buenas condiciones de crianza.

De manera que, además de comprobar la correlación existente entre las malas condiciones de crianza y la aparición de la angustia, se corroboró que el grado de escolaridad puede ser un eficaz mediador de la aparición de los cuadros de angustia.

Así, podemos afirmar que el estudio del grado de escolaridad es importante en la investigación teórica y aplicada que de la angustia y condiciones de crianza se hagan. Justificando su importancia en el hecho de que pareciera que el factor escolaridad le proporciona a los universitarios habilidades y competencias diferentes de los no universitarios, habilidades capaces de mediar la aparición de los episodios de angustia.

Por otra parte, también se observó una ligera tendencia en las mujeres universitarias hacia la mayor presentación de cuadros de angustia, tendencia igualmente encontrada en el trabajo de Sánchez Sosa y col. y por consiguiente se puede deducir que el factor género sea una variable importante en el estudio de la angustia, el cual puede ser aprovechado en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- A.P.A. (1988) DSM-III.R, Barcelona: Masson.

 - 2.-BRONFENBRENER, U. (1980) "Interpersonal structures as contexts of human development". En: The ecology of humano. Experiments by nature and design. Cambridge, Harvard University Press.

 - 3.- CARPIO, C., PACHECO, V., HERNÁNDEZ, R. Y FLORES, C. (1995) "Creencias, Criterios y Desarrollo Psicológico". Acta Comportamental. V. 3, num. 1.

 - 4.-CLARK, M.D. (1986) "A cognitive approach to panic" Behavior Research and Therapy. 24., 461-470.

 - 5.- DONELL, D.C. Y MCNALLY, J.R. (1989) "Anxiety sensitivity and history panic as predictors of response to hiperventilation" Behavior and Therapy. 27, 325-332.

 - 6.- DÍAZ Y CARPIO (1996) "Criterios para la aplicación del conocimiento psicológico". En: Sanchez-Sosa, J.J. Carpio, R. C. y Diaz, G. E. (compiladores) Aplicaciones del conocimiento psicológico. México, U.N.A.M.

 - 7.- DONELL, D.C. Y MCNALLY, J.R. (1990) "Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population" Behavior and Therapy. 28, 83-85.
-

-
- 8.- GELDER, M. GATH, D. Y MAYON, R. (1993) Psiquiatría México: Mc Graw- Hill.
- 9.- GORMAN, M.J., LEIBOWITZ, R.M., FYER, J.A. Y STEIN, J. (1989) "A neuroanatomical hypothesis for panic disorder" American Journal of Psychiatry. 146, 148-161.
- 10.- JURADO, C. S. (1992) Episodios agudos de angustia severa en adolescentes escolares: un análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar México, Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- 11.- KAPLAN, I. H. Y SADOCK, B. (1989) Tratado de psiquiatría México: Salvat.
- 12.- KANTOR, J.R. (1958) Psicología Interconductual México: Trillas.
- 13.- KANTOR, J.R. Y SMITH, N. (1975) The Science of Psychology: An interbehavioral survey. Chicago, Principal Press.
- 14.- KAZDIN, A. (1992) Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Manual Moderno.
- 15.- MCDAVID, J.W. Y GARWOOD, S.G. (1978) Understanding Children: Promoting Human Growth. Lexington, Mass: D.C. Heath & Co.
-

16.- MC GILLICUDY-DE LISI, A. (1980) "The relationship between parent's beliefs about development and family constellation, socioeconomic status, and parent's teaching strategies". En: Laosa, L.M. y Siegel, I. (Eds.) Families as Learning Environments for Children. New York, Plenum Press.

17.- MCNALLY, J.R. (1990) "Psychological approaches to panic disorder: a review." Psychological Bulletin. 108, 403-419.

18.- OBREGÓN, S.F, FIMBRES, B.M, IRIGOYEN,M.J.J. (1992) Fundamentos de Psicología Interconductual de J.R. Kantor. México : Universidad de Sonora,

19.- PEDERSEN, F. (1981) "The father's influences views in a familiar context". En: Lamb, M. (Ed.) The role of the father in child development. USA, John Wiley and Sons.

20.- RIBES, E., DÍAZ, E., RODRÍGUEZ, M.L. Y LANDA, P. (1990) "El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento". En: Ribes, E. Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano. México, Trillas.

21.- RIBES, E. (1996) "Reflexiones sobre la naturaleza de una teoría del desarrollo de comportamiento y su aplicación". En: Bijou, S.W. y Ribes, E. (compiladores) El desarrollo del comportamiento, Universidad De Guadalajara. Fondo para la modernización de la educación superior.

22.- SÁNCHEZ-SOSA, J.J., JURADO, S. Y HERNÁNDEZ, L. (1992) "Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predicciones en la crianza y la interacción familiar" Revista Mexicana de Psicología. 9, 101-116.

23.- SANCHEZ-SOSA, J.J., (1996) "El enfoque conductual en la investigación epidemiológica" . En: Sanchez-Sosa, J.J. Carpio, R. C. y Díaz, G. E. (compiladores) Aplicaciones del conocimiento psicológico. México, U.N.A.M.

24.- SARASON, G.I. (1980), Psicología anormal. México: Trillas.

25.- VEGA, V, Z. (1990) Análisis histórico conceptual de la dicotomía normal-anormal : una propuesta alternativa. México, U.N.A.M. E.N.E.P. Iztacala, Tesis de Licenciatura.

26.- VARELA, B.J. (1990) El aprendizaje de las habilidades de afrontamiento: Estudio-Diagnóstico. Tesis de Maestría en Modificación de Conducta, UNAM, Iztacala.

27.- ZUMAYA, L. M. (1993) "Bases teóricas de las psicoterapias cognoscitivo-conductuales" . Salud mental 16, 39 – 43.

ANEXO

ESCALA CRIP – SAC – 95

Condiciones de Crianza y Riesgo Psicológico

Elaborado Por:

María Aldana Rueda

Claudio Carpio Ramírez

Juan José Sánchez Sosa

Confiabilización:

C. Zaira Vega Valero

CRIP - SAC - 95**ESCALA SAC-95:
CONDICIONES DE CRIANZA Y RIESGO PSICOLÓGICO**

Este cuestionario evalúa cómo algunos problemas de salud pueden deberse a las cosas que hacemos todos los días o que nos han pasado a lo largo de nuestra vida. También busca maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es anónimo, no escriba su nombre ni haga anotaciones que lo identifiquen. La información se usará exclusivamente con fines estadísticos y para diseñar programas preventivos y de ayuda. Por favor conteste las preguntas con toda franqueza. Procure no dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas comienzan con una parte escrita seguida de varias opciones para escoger. Por favor elija la opción que mejor refleje su propia experiencia, tachando en la hoja de respuestas el paréntesis correspondiente, como se muestra en el ejemplo. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por ello no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

La primera parte del cuestionario indaga acerca de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida, la segunda contiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza conteste con la verdad.

1) Mi edad es:

- (a) De 22 a 30 años
- (b) De 31 a 40 años
- (c) De 41 a 50 años
- (d) De 51 a 60 años
- (e) Más de 60 años

2) Sexo:

- (a) Masculino
- (b) Femenino

3) Mi estado civil:

- (a) Solterota
- (b) Casada
- (c) Unión libre
- (d) Separada o divorciada
- (e) Viuda

4) En mi educación escolar llegué hasta:

- (a) Nunca fui a la escuela
- (b) Primaria
- (c) Secundaria
- (d) Bachillerato o carrera técnica
- (e) Licenciatura
- (f) Posgrado

5) Mensualmente gano aproximadamente en salarios mínimos:

- (a) Uno o menos (NS 550 ó menos)
- (b) Más de uno pero menos de cuatro (NS 551 a NS 2,200)
- (c) Más de cuatro pero menos de siete (NS 2,201 a NS 3,850)
- (d) Más de siete pero menos de diez (NS 3,851 a NS 5,500)
- (e) Más de diez (Más de NS 5,500)

6) La casa en la que vivo actualmente es:

- (a) Rentada
- (b) Prestada
- (c) Propia
- (d) Compartida con el resto de la familia

PRIMERA SECCION

7) En comparación con mi peso ideal estoy:

- (a) Muy por debajo de él
- (b) Por debajo de él
- (c) En él
- (d) Por arriba de él
- (e) Muy por arriba de él

8) Tengo tics (por ejemplo: parpadeo, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos, etc.):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

9) Hablo tartamudeando (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

10) Tomo bebidas alcohólicas:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

11) Fumo (cigarros de tabaco):

- (a) Dos o mas cajetillas al día
- (b) De una a dos cajetillas al día
- (c) Entre diez cigarros y una cajetilla al día
- (d) De uno a diez cigarros al día
- (e) No fumo

12) Tomo anfetaminas u otros estimulantes:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

13) Fumo o consumo marihuana:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

14) Uso "crack" (rocas) o cocaína:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

15) Huelo o inhala thinner, cemento o solventes:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

16) Tomo pastillas para dormir o para los nervios:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

17) Me siento demasiado acelerado(a) u optimista sin razón:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

18) Siento que hay gente que me quiere perjudicar o hacer daño:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

19) No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

20) Tengo dificultades para dormir:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

21) Me siento triste sin razón:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

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

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

23) Siento que no valgo mucho:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

24) Siento que soy un triunfador:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

25) Tengo poca esperanza de resolver mis problemas:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

26) Me enfrento a situaciones que me hacen sentir mucho miedo o terror:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

27) Me preocupo mucho cuando tengo que hablar ante gente que no conozco:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

28) Me enfrento a situaciones que me provocan tanta angustia o miedo que quisiera salir corriendo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

29) Me dan ganas de vomitar:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

30) Me dan dolores en el estómago:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

31) Me da diarrea :

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

32) Me siento inflado con gases en el estómago:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

33) Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

34) Me dan dolores en la espalda:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

35) Me dan dolores de cabeza:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

36) Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

37) Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

38) Me dan dolores en el pecho:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

39) Me dan mareos:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

40) Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o espacios borrados:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

41) Siento debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

42) Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

43) Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado(a) sexualmente aunque tenga ganas de estarlo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

SI ES HOMBRE, POR FAVOR SÁLTESE LAS PREGUNTAS 44 A 47 Y PASE A LA PREGUNTA 48, SI ES MUJER CONTINÚE CONTESTANDO TODAS LAS PREGUNTAS.

44) Tengo dolores cuando menstrúo o tengo la regla:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

45) Mis períodos menstruales o reglas son irregulares:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

46) Tengo demasiado sangrado menstrual:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

47) Durante mi(s) embarazo(s) he tenido vómitos:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

48) Mi pareja me parece sexualmente atractiva:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

49) Me atraen sexualmente otros adultos del sexo opuesto:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

50) Me atraen sexualmente otros adultos de mi mismo sexo:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

51) Me atraen sexualmente niños(as) del sexo opuesto:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

52) Me atraen sexualmente niños(as) de mi mismo sexo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

53) Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

54) Me gusta causarle dolor a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

55) La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) me causa angustia:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

56) Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

57) Me despierto gritando, con mucho miedo o terror:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

58) Soy sonámbulo(a), camino o hablo dormido(a):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

SI NO TIENE PAREJA, SÁLTESE LAS PREGUNTAS 59 A 65 Y PASE A LA PREGUNTA 66.

59) Siento que mi pareja me ignora o me maltrata:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

60) Peleo con mi pareja:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

61) Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

62) Cuando peleamos, el enojo nos dura:

- (a) Minutos
- (b) Horas
- (c) Días
- (d) Semanas
- (e) Meses

63) Esas peleas se terminan generalmente cuando:

- (a) Mi pareja gana
- (b) Yo gano
- (c) Dejamos el asunto de lado hasta que se nos olvida
- (d) Mi pareja y yo platicamos y llegamos a un acuerdo
- (e) Hacemos lo que recomienda alguien que respetamos

64) La satisfacción que tengo con mi matrimonio o unión libre es:

- (a) Mucha
- (b) Regular
- (c) Poca
- (d) Muy poca
- (e) Nula

65) He pensado en separarme o divorciarme:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

66) Para corregir o disciplinar a mis hijos (o a otros niños), les pego (manazos, cinturonzos, pellizcos, etc.):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

67) Cuando me enojo mucho, grito o insulto:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

68) Cuando me enojo mucho, empujo o golpeo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

69) Cuando me enojo puedo controlar lo que hago:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

70) En opinión de la gente que me conoce soy muy agresivo:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

Duración Aproximada de Condiciones

71) ¿Le han molestado algunos de los problemas que ha señalado hasta ahora, durante un tiempo que le parezca importante?

- (a) Sí (b) No

Si respondió "sí", marque cuánto tiempo le han molestado dichos problemas. Deje en blanco los que no se apliquen a usted. Si respondió "no", pase a la pregunta número 86.

72) He tenido problemas por mi falta o exceso de peso durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

73) He tenido tics o tartamudez durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

74) He abusado del alcohol durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

75) He usado drogas durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

76) La sensación de que me quieren hacer daño o perjudicar me ha durado:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

77) He estado acelerado(a), u optimista durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

78) Me he sentido nervioso(a) o angustiado(a) durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

79) Me he sentido triste sin razón durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

80) He tenido malestares o enfermedades físicas durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

81) He tenido problemas sexuales durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

82) He tenido problemas con el sueño (al dormir), durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

83) He tenido problemas con mi pareja durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

84) He tenido problemas por mi agresividad durante:

- (a) Una semana a un mes
- (b) De dos a cinco meses
- (c) De seis meses a un año
- (d) De uno a cuatro años
- (e) Cinco años o más

85) Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:

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

86) Actualmente practico un deporte o actividad física:

- (a) Diariamente
- (b) Dos o tres veces a la semana
- (c) Una vez a la semana
- (d) Ocasionalmente
- (e) Realmente no practico ninguno

87) ¿Actualmente tiene amigo(s) que considere cercanos o íntimos?

- (a) Sí
- (b) No

88) Me siento satisfecho con mi presente trabajo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

89) He pensado en dejar mi trabajo actual:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

90) Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son:

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

91) Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son:

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

92) Cuando en el trabajo yo soy el que supervisa o da las órdenes, mis relaciones con mis subordinados son:

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

93) Mi trabajo me produce mucho estrés, desgaste o cansancio:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

94) Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los:

- (a) Antes de los 10 años
- (b) De 11 a 14 años
- (c) De 15 a 17 años
- (d) De 18 años en adelante
- (e) No he tenido relaciones

95) Tuve mi primera eyaculación/orgasmo como a los:

- (a) Antes de los 10 años
- (b) De 11 a 14 años
- (c) De 15 a 17 años
- (d) De 18 años en adelante
- (e) No he tenido

96) La situación en la que sucedió fue:

- (a) Yo solo(a)
- (b) Con mi novio(a)
- (c) Con un(a) pariente
- (d) Con mi esposa(a)
- (e) Con un extraño(a) o desconocido(a)

97) Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con otra persona:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

98) La satisfacción que obtengo en mi vida sexual es:

- (a) Mucha
- (b) Regular
- (c) Poca
- (d) Muy poca
- (e) Nula

SI NO ES USTED CASADO(A) NI VIVE EN UNIÓN LIBRE, SÁLTESE LAS PREGUNTAS 99 A 102 Y PASE A LA PREGUNTA 103.

99) Tuve relaciones sexuales antes del matrimonio (o de juntarnos):

- (a) Sí
- (b) No

100) La decisión de casarnos o vivir juntos fue:

- (a) Principalmente mía
- (b) Por embarazo
- (c) Por razones de dinero
- (d) Ambos lo decidimos por igual
- (e) Principalmente de mi pareja

101) He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio (o mi unión libre):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

102) En cuanto a las condiciones actuales de vida de mi familia pienso que:

- (a) Nos sobra espacio
- (b) Tenemos suficiente espacio para todos
- (c) Estamos un poco amontonados
- (d) Estamos amontonados
- (e) Estamos muy amontonados

103) Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión, origen o nacionalidad:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

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

- (a) El trabajo o la escuela
- (b) El vecindario o el barrio
- (c) Los lugares donde hago compras
- (d) Reuniones sociales
- (e) Otro lugar o situación

105) Mi religión es la:

- (a) Católica
- (b) Judía
- (c) Protestante
- (d) Otra
- (e) Ninguna

106) Soy:

- a) Muy religioso
- b) Religioso
- c) Poco religioso
- d) Muy poco religioso
- e) Nada religioso

SEGUNDA SECCION

Las preguntas que siguen se refieren a sus condiciones de vida durante su infancia, es decir, cuando Usted tenía entre 0 y 14 años de edad. Por favor conteste pensando en cómo eran las cosas en ese entonces y no ahora.

107) El salario de mi (s) padres permitía satisfacer las necesidades de la casa:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

108) El gasto familiar regularmente lo aportaba:

- (a) Sólo mi padre
- (b) Sólo mi madre
- (c) Mi padre y mi madre
- (d) Algún otro familiar
- (e) Mis padres y algún otro familiar (hermanos, tíos, etc)
- (f) Alguno de mis padres y otro familiar (hermanos, tíos, etc)

109) La casa en la que viví de niño era:

- (a) Rentada
- (b) Prestada
- (c) Propia
- (d) Compartida con el resto de la familia

110) La construcción de la casa en la que viví de niño era:

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

111) Los servicios públicos (drenaje, electricidad, pavimentación, transporte, mercados, etc.) de la colonia en la que viví de niño eran:

- (a) Muy malos
- (b) Malos
- (c) Regulares
- (d) Buenos
- (e) Muy buenos

112) En la casa en la que vivi de niño había problemas por la falta de servicios (drenaje, electricidad, agua potable, teléfono, etc.):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

113) Los aparatos electrónicos y electrodomésticos (televisión, radio, licuadora, plancha, etc.) que había en la casa eran:

- (a) Excesivos
- (b) Suficientes
- (c) Pocos
- (d) Muy pocos
- (e) No había

114) El número de personas que habitaban la casa era de:

- (a) Menos de 4 personas
- (b) 4 a 6 personas
- (c) 7 a 9 personas
- (d) 10 a 12 personas
- (e) Más de 12 personas

115) Por el número de personas que vivíamos en la casa, las habitaciones (cocina, baño, sala, comedor, recámaras) resultaban insuficientes:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

116) En casa contábamos con recámara propia:

- (a) Nadie
- (b) Sólo mis padres
- (c) Sólo yo
- (d) Mis padres y yo
- (e) Mis padres y algunos hermanos (sin contarme yo)
- (f) Todos

117) Además de mis hermanos, en mi casa vivían:

- (a) Sólo mi padre
- (b) Sólo mi madre
- (c) Mi padre y mi madre
- (d) Algún otro familiar
- (e) Mis padres y algún otro familiar

118) Mi familia me daba el dinero suficiente para satisfacer mis gustos y necesidades (ropa, calzado, libros, diversiones, etc.)

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

119) La situación económica de mi familia me hacía sentir:

- (a) Muy insatisfecho
- (b) Insatisfecho
- (c) Poco satisfecho
- (d) Satisfecho
- (e) Muy satisfecho

120) La situación económica de mi familia provocaba que yo tuviera problemas para establecer amistades o relaciones con otras personas:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

121) La situación económica de mi familia me orilló a que empezara a fumar, beber o usar drogas:

- (a) Totalmente
- (b) En gran medida
- (c) Poco
- (d) Muy poco
- (e) Nada

122) La situación económica de mi familia permitió que tuviera yo contacto con fuentes de cultura y conocimiento que orientaron mi vocación actual:

- (a) Totalmente
- (b) En gran medida
- (c) Poco
- (d) Muy poco
- (e) Nada

123) En educación escolar mi padre llegó hasta:

- (a) No fue a la escuela
- (b) Primaria
- (c) Secundaria
- (d) Bachillerato o carrera técnica
- (e) Carrera profesional o posgrado

124) En educación escolar mi madre llegó hasta:

- (a) No fue a la escuela
- (b) Primaria
- (c) Secundaria
- (d) Bachillerato o carrera técnica
- (e) Carrera profesional o posgrado

125) Yo asistía con mis padres a eventos culturales y/o recreativos (teatro, cine, conciertos, museos, etc.):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

126) Mis padres me enseñaban a entender y disfrutar el arte y la cultura:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

127) Mis padres asistían a eventos culturales (cine, teatro, exposiciones, conciertos, conferencias, etc.) que luego comentaban conmigo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

128) Los amigos de mis padres comentaban conmigo sus intereses culturales o artísticos:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

129) La educación de mis padres favoreció que yo tuviera contacto con fuentes de cultura y conocimiento que orientaron mi vocación actual:

- (a) Totalmente
- (b) En gran medida
- (c) Poco
- (d) Muy poco
- (e) Nada

130) Cuando yo era niño mi padre enfermaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

131) Cuando yo era niño mi madre enfermaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

132) Cuando yo era niño mi padre tomaba mucho alcohol:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

133) Cuando yo era niño mi madre tomaba mucho alcohol:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

134) Mi padre usaba drogas (marihuana, cocaína, crack, thinner, o alguna otra):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

135) Mi madre usaba drogas (marihuana, cocaína, crack, thinner, o alguna otra):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

136) Ante situaciones conflictivas mi padre reaccionaba:

- (a) Con tranquilidad
- (b) Con violencia verbal
- (c) Con violencia física
- (d) Con violencia verbal y física
- (e) Con temor
- (f) Las rehuía

137) Ante situaciones conflictivas mi madre reaccionaba:

- (a) Con tranquilidad
- (b) Con violencia verbal
- (c) Con violencia física
- (d) Con violencia verbal y física
- (e) Con temor
- (f) Las rehuía

138) Las relaciones afectivas que había en la familia eran:

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

139) La calidad de la comunicación que había en la familia era:

- (a) Muy mala
- (b) Mala
- (c) A veces buena y a veces mala
- (d) Buena
- (e) Muy buena

140) De niño, la calidad de mi comunicación con mi madre era:

- (a) Muy mala
- (b) Mala
- (c) A veces buena y a veces mala
- (d) Buena
- (e) Muy buena

141) De niño, la calidad de mi comunicación con mi padre era:

- (a) Muy mala
- (b) Mala
- (c) A veces buena y a veces mala
- (d) Buena
- (e) Muy buena

142) De niño, la calidad de mi comunicación con otros familiares era:

- (a) Muy mala
- (b) Mala
- (c) A veces buena y a veces mala
- (d) Buena
- (e) Muy buena

143) Cuando era niño, la frecuencia con la que me comunicaba con mi madre era :

- (a) Nula
- (b) Escasa
- (c) Regular
- (d) Muy frecuente
- (e) Continua

144) Cuando era niño, la frecuencia con la que me comunicaba con mi padre era:

- (a) Nula
- (b) Escasa
- (c) Regular
- (d) Muy frecuente
- (e) Continua

145) Cuando era niño, la frecuencia con la que me comunicaba con otros familiares era:

- (a) Nula
- (b) Escasa
- (c) Regular
- (d) Muy frecuente
- (e) Continua

146) En mi familia la comunicación era:

- (a) Nula
- (b) Escasa
- (c) Regular
- (d) Muy frecuente
- (e) Continua

147) Cuando mis padres tenían algún problema lo comentaban con el resto de la familia, incluyéndome a mí:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

148) Mis padres consideraban las opiniones de los hijos para la toma de decisiones en la casa:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

149) Las actividades de la familia (recreación, cultura, trabajo, limpieza de la casa, etc.) eran acordadas entre todos:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

150) Mis dudas acerca de la sexualidad las comentaba con mi familia:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

151) Mis dudas acerca de las drogas, el alcohol o el tabaco las comentaba libremente con mi familia:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

152) Mis dudas acerca de las relaciones afectivas (amor, cariño, amistad) las comentaba libremente con mi familia:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

153) Mi padre comentaba conmigo cómo le iba en el trabajo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

154) Mi madre comentaba conmigo cómo le iba en el trabajo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) Pocas veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

155) En la familia los asuntos importantes los comunicaba:

- (a) Mi padre
- (b) Mi madre
- (c) Mi padre y mi madre
- (d) Alguno de mis hermanos
- (e) Nadie

156) La autoridad en mi familia estaba a cargo de:

- (a) Sólo mi padre
- (b) Sólo mi madre
- (c) Mi padre y mi madre
- (d) Alguno de los hijos u otro familiar
- (e) Mis padres y algún otro familiar

157) En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) era:

- (a) Muy mala
- (b) Mala
- (c) A veces mala y a veces buena
- (d) Buena
- (e) Muy buena

158) De niño(a) me crié principalmente con:

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

159) Cuando yo era niño, otro(s) adulto(s) que era(n) importante(s) para mí, aparte de mis padres:

- (a) Un hermano mayor o hermana mayor
- (b) Un tío o una tía
- (c) Un abuelo o abuela
- (d) Otro familiar o conocido
- (e) Ninguno

160) Mi padre decidía libremente cómo realizar su trabajo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) siempre

161) Mi madre decidía libremente cómo realizar su trabajo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

162) El respeto y reconocimiento ganado por mi padre en su trabajo era:

- (a) Muy bajo
- (b) Bajo
- (c) Regular
- (d) Alto
- (e) Muy alto

163) El respeto y reconocimiento ganado por mi madre en su trabajo era:

- (a) Muy bajo
- (b) Bajo
- (c) Regular
- (d) Alto
- (e) Muy alto

164) La capacidad de mi padre para resolver los problemas en su trabajo era:

- (a) Nula
- (b) Muy poca
- (c) Poca
- (d) Regular
- (e) Mucha

165) La capacidad de mi madre para resolver los problemas en su trabajo era:

- (a) Nula
- (b) Muy poca
- (c) Poca
- (d) Regular
- (e) Mucha

166) Ante el nivel jerárquico de mi padre en su trabajo, yo me sentía:

- (a) Muy insatisfecho
- (b) Insatisfecho
- (c) Poco satisfecho
- (d) Satisfecho
- (e) Muy satisfecho

167) Ante el nivel jerárquico de mi madre en su trabajo, personalmente me sentía:

- (a) Muy insatisfecho
- (b) Insatisfecho
- (c) Poco satisfecho
- (d) Satisfecho
- (e) Muy satisfecho

168) La distribución de autoridad en mi familia me parecía:

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

169) Las decisiones en asuntos importantes las tomaba:

- (a) Sólo mi padre
- (b) Sólo mi madre
- (c) Mi padre y mi madre
- (d) Alguno de los hijos u otro familiar
- (e) Mis padres y algún otro familiar

170) Mi padre creía que los hijos:

- (a) Crecen mejor solos que con ayuda de los padres
- (b) Crecen igual con o sin ayuda de los padres
- (c) Crecen mejor con la ayuda del padre, sin ser indispensable
- (d) Necesitan la ayuda del padre para crecer
- (e) Dependen totalmente de la ayuda del padre para crecer

171) Mi madre creía que los hijos:

- (a) Crecen mejor solos que con ayuda de los padres
- (b) Crecen igual con o sin ayuda de los padres
- (c) Crecen mejor con la ayuda del padre, sin ser indispensable
- (d) Necesitan la ayuda del padre para crecer
- (e) Dependen totalmente de la ayuda del padre para crecer

172) Mi padre me trataba como amigo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

173) Mi madre me trataba como amigo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

174) Mi padre justificaba las órdenes que me daba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

175) Mi madre justificaba las órdenes que me daba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

176) Las órdenes que me daba mi padre eran fáciles de cumplir:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

177) Las órdenes que me daba mi madre eran fáciles de cumplir:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

178) Mi padre me enseñaba con calma cómo hacer las cosas antes de ordenármelas:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

179) Mi madre me enseñaba con calma cómo hacer las cosas antes de ordenármelas:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

180) Mi padre sabía qué cosas podía yo hacer y cuáles no:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

181) Mi madre sabía qué cosas podía yo hacer y cuáles no:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

182) Mi padre se preocupaba por preparar situaciones para que yo aprendiera nuevas cosas:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

183) Mi madre se preocupaba por preparar situaciones para que yo aprendiera nuevas cosas:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

184) Mi padre conocía mis intereses y necesidades en la escuela, con la familia y con mis amigos:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

185) Mi madre conocía mis intereses y necesidades en la escuela, con la familia y con mis amigos:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

186) Mi padre me decía lo que esperaba de mí en la escuela, en la familia y con mis amigos:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

187) Mi madre decía lo que esperaba de mí en la escuela, en la familia y con mis amigos:

- (a) Nada
- (b) Muy poco
- (c) Poco
- (d) Regular
- (e) Mucho

188) Mi padre me informaba si mi comportamiento era como él deseaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

189) Mi madre me informaba si mi comportamiento era como ella deseaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

190) Mi padre me premiaba si me portaba como él esperaba, y me castigaba si no lo hacía:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

191) Mi madre me premiaba si me portaba como ella esperaba, y me castigaba si no lo hacía:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

192) Cuando yo era niño(a) mi madre mostraba interés en mis opiniones:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

193) Cuando yo era niño(a) mi padre mostraba interés en mis opiniones:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

194) Mi padre y yo platicábamos como buenos amigos:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

195) Mi madre y yo platicábamos como buenos(as) amigos(as):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

196) Cuando mi padre me castigaba, me golpeaba (con las manos o con algún objeto):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

197) Cuando mi madre me castigaba, me golpeaba (con las manos o con algún objeto):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

198) El dolor físico producido por el castigo (de mi madre o padre) duraba:

- (a) Minutos
- (b) Horas
- (c) Días
- (d) Semanas
- (e) Meses

199) Mi padre decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

200) Mi madre decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

201) Cuando mi padre me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

202) Cuando mi madre me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

203) Se me permitía escoger a mis propios amigos(as):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

204) Se me permitía decidir cómo pasar mi tiempo libre:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

205) Mi padre me mostraba su afecto o cariño:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

206) Mi madre me mostraba su afecto o cariño:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

207) Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi padre me apoyaba o me reconfortaba:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

208) Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre me apoyaba o me reconfortaba:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

209) De chico yo me enfermaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

210) Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, mis padres me lo reconocían:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

211) Yo estaba de acuerdo con lo que mi madre esperaba de mi comportamiento:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

212) Yo estaba de acuerdo con lo que mi padre esperaba de mi comportamiento:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

213) Yo sentía que me comportaba como mi padre deseaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

214) Yo sentía que mi comportamiento era lo que mi madre esperaba de mí:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

215) Yo me sentía a gusto cuando me portaba como mi padre deseaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

216) Yo me sentía a gusto cuando me portaba como mi madre deseaba:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

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

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

218) Cuando mi padre me castigaba era porque me lo merecía:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

219) Cuando mi madre me castigaba era porque me lo merecía:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

220) Yo tenía confianza con mi padre como para platicarle algo muy personal de mí mismo(a):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

221) Yo tenía confianza con mi madre como para platicarle algo muy personal de mí mismo(a):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

222) Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, dolorosas o que me angustiaron mucho:

- (a) Demasiadas
- (b) Muchas
- (c) Pocas
- (d) Muy pocas
- (e) Ninguna

223) Todavía siento el miedo, angustia o sensación desagradable producido por esas experiencias:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

224) Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro:

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

225) Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando:

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

226) Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (empujones, golpes, etc):

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre

227) Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Pocas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

228) *Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse:*

- (a) Nunca
- (b) Casi nunca
- (c) A veces
- (d) Casi siempre
- (e) Siempre