

01921
255



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION Y CATEGORIZACION DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARLEN NICOLETTE ZERMEÑO LEON

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
COMITE DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
DRA. ROCIO QUESADA CASTILLO
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO



MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN 2003

2



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la mujer más fuerte que conozco, a ti mamá, porque la vida no la he afrontado sola...

A mi hermana, por ser tan distinta a mi y completarme en todas la deficiencias que tengo.

A mi familia por ayudarme en diferentes momentos de mi vida.

A mis abuelitos por el bagaje genético y social que aportaron a mi gusto por la psicología.

Mami, gracias por enseñarme que las personas valen por el solo hecho de ser personas.

Papí, gracias por enseñarme a cuestionar y reflexionar hasta mis actos más simples.

A mi tía Tere, porque gracias a ti conocí un tipo de amor más, el de una tía.

A mi amiga de carrera y de un sin fin de vivencias compartidas, a ti Zay, porque logramos vencer una etapa más: la tesis.

A mis compañeras de cubículo: Mariné, Graciela y Flor porque mi tesis fue parte de un proyecto en grupo. Gracias porque fuimos aprendiendo juntas a trabajar en equipo.

A Marcos Verdejo, porque me enseñó a plantar los pies en la tierra a través de la estadística.

A mi Christian, por estar conmigo en todos los momentos alegres y tristes de esta etapa. Gracias por enseñarme una parte de la sensibilidad humana.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A mi alegre amigo Quique, por aligerarme los momentos difíciles y formar parte de mi familia.

A mis amigas Mariana y Andrea porque siempre que doy vuelta a la hoja, aparecen ustedes.

A mis amigos que de una manera muy particular estuvieron conmigo en la travesía de mi tesis, Juan, Xochitl y Adrián.

A Angélica por su relajante empatía y a Joaquín Caso por abrir unos espacios en su apretada agenda y enseñarme estadística.

A Laura Hernández por enseñarme a conocer a los niños y compartir no sólo sus vastos conocimientos de investigación conmigo, sino también muchas experiencias de vida.

A mis sinodales:

*Dr. Samuel Jurado
Mtra. Fayne Esquivel
Dra. Emilia Lucio
Dra. Rocío Quesada*

Por todas sus observaciones y comentarios que me permitieron culminar este trabajo.

El presente estudio se realizó gracias al apoyo de PAPIIT y la UNAM en conjunto con el Hospital Juan N. Navarro como parte de un proyecto de investigación que tiene como objetivo crear un instrumento diagnóstico para los trastornos de ansiedad infantiles.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A mis amigas Mariana y Andrea porque siempre que doy vuelta a la hoja, aparecen ustedes.

A mis amigos que de una manera muy particular estuvieron conmigo en la travesía de mi tesis, Juan, Quique, Xochitl y Adrián.

A Angélica por su relajante empatía y a Joaquín Caso por abrir unos espacios en su apretada agenda y enseñarme estadística.

A Laura Hernández por enseñarme a conocer a los niños y compartir no sólo sus vastos conocimientos de investigación conmigo, sino también muchas experiencias de vida.

A mis sinodales:

*Dr. Samuel Jurado
Mtra. Fayne Esquivel
Dra. Emilia Lucio
Dra. Rocío Quesada*

Por todas sus observaciones y comentarios que me permitieron culminar este trabajo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El hombre es una criatura que se afana toda la vida intentando convencerse de que su existencia no es absurda.

Albert Camus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Índice

Resumen	1
Introducción y objetivos	2
Introducción general	2
Objetivos del trabajo	4
Marco Teórico	
Capítulo 1. Calidad del apego	5
Capítulo 2. Estilos de crianza	19
Capítulo 3. Ansiedad	32
3.1 Ansiedad, miedo y estrés	32
3.2 Ansiedad como un fenómeno multidimensional	34
3.3 Etiología de la Ansiedad	37
3.4 Ansiedad patológica	39
Capítulo 4. Ansiedad en niños	45
4.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad infantil	49
4.2 Etiología de los trastornos de ansiedad	52
Capítulo 5. Trastorno de Ansiedad por Separación	54
5.1 Sintomatología	56
5.2 Etiología	59
5.3 Diagnóstico	61
5.4 Evaluación	62
5.4.1 Métodos de evaluación	64
5.4.2 Entrevista Clínica	64
5.4.3 Escalas de autoinforme	65
5.4.4 Métodos observacionales	67
5.4.5 Medidas exclusivas de TAS	67

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estudios	
Capítulo 6. Estudio 1. Validación y Confiabilidad del Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)	69
6.1 Objetivo	69
6.2 Método	69
6.2.1 Participantes	69
6.2.2 Escenario	72
6.2.3 Diseño experimental	72
6.2.4 Instrumentos	72
6.2.5 Procedimiento	73
6.2.6 Análisis de datos	74
6.3 Resultados	77
6.4 Discusión	84
Capítulo 7. Estudio 2. La crianza, los estilos de vida y el afrontamiento Correlacionan con el Trastorno de Ansiedad por Separación	89
7.1 Objetivo	89
7.2 Método	89
7.2.1 Participantes	89
7.2.2 Instrumentos	89
7.2.3 Procedimiento	90
7.2.4 Análisis de datos	90
7.3 Resultados	91
7.4 Discusión	94
Conclusiones	97
Referencias Bibliográficas	99
Anexos	118

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PAGINACION

DISCONTINUA

Journal of Management Studies, 2011, 44(1), 1–12
DOI: 10.1080/00216992.2010.527000

**EVALUACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD
POR SEPARACIÓN**

Marlen Nicolette Zermeño León

Director de Tesis:

Dra. Laura Hernández Guzmán

Jurado:

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Fayne Esquivel Ancona

Dra. Rocío Quesada Castillo

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

El obstáculo principal en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es cómo medirlos. Uno de los mayores problemas en la psicología clínica infantil es considerar a los niños como adultos en miniatura haciendo a un lado la etapa de desarrollo en la que se encuentran y, subestimando así, su ansiedad. Aunque la evaluación infantil comparte muchos aspectos en común con la evaluación de los adultos, la naturaleza singular de la infancia y sus trastornos necesitan comprenderse a partir de un análisis multisituacional. El trastorno de ansiedad con más incidencia durante la niñez es el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS). El niño reacciona con una ansiedad excesiva ante la separación del hogar y/o de las personas con las que está vinculado. Por lo general, las figuras de vinculación suelen ser los padres y, en especial, la madre con la que generalmente establece sus primeras conductas de apego. El presente estudio tuvo como propósito la creación de un instrumento de evaluación confiable que permita valorar y diagnosticar el TAS en niños y adolescentes mexicanos, con base en los criterios de diagnóstico del DSM-IV (APA, 1994). El instrumento contiene 16 reactivos con tres opciones de respuesta (nada, regular y tanto como te puedas imaginar) agrupados en tres factores: 1) Separación de los padres, 2) Soledad y 3) Ansiedad escolar, con un índice de confiabilidad de .83 que explican en conjunto el 46.7% de la variancia acumulada. Se aplicó a una muestra no aleatoria (N=1681) conformada por niños y adolescentes de escuelas públicas. Los participantes pertenecían de 2do hasta 3ro de secundaria (12 a 16 años). Al realizar el análisis diferencial entre sexos y grupos de edad en relación con los puntajes de ansiedad por separación, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas, así como también entre el grupo de niños y el grupo de adolescentes. En tanto que los niños informan más temores que los adolescentes, las mujeres (en ambos grupos) presentan puntajes mayores que los hombres. Los alcances y limitaciones de los resultados se discuten a la luz de los problemas asociados con el estudio y medición del constructo.

INTRODUCCION

En México la población infantil se estima en más de 34 millones de niños, de los cuales más de 2 millones entre los 3 y 12 años de edad se encuentran afectados por uno o más trastornos psicológicos que requieren ayuda especializada. Los trastornos de desarrollo en la infancia se han convertido en un problema de salud pública (SSA, 2002).

Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la infancia. En México, aproximadamente un 23% de los niños con trastornos psiquiátricos diagnosticados, cumplen con los criterios de algún trastorno de ansiedad (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero, Hernández & Chartt, 1999).

Durante muchos años, las estrategias de tratamiento que han demostrado su eficacia en los adultos, se han aplicado directamente a los niños y adolescentes, aun cuando éstos tengan sus propias maneras de pensar, sentir y comportarse (Ollendick & Hersen, 1998). Aunque la evaluación infantil comparte muchos aspectos en común con la evaluación de los adultos, la naturaleza singular de la infancia y sus trastornos necesita comprenderse a partir de un análisis multisituacional.

Los trastornos de ansiedad con frecuencia se diagnostican de manera equivocada o no se diagnostican (Berenson, 1998; Kearney & Wadiak, 1999) ya que se basan en instrumentos de evaluación creados en su mayoría para adultos, haciendo a un lado la etapa de desarrollo en la que se encuentre la persona evaluado subestimando así, sus emociones de ansiedad.

Unos de los problemas con más incidencia durante la infancia es el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS). Los niños que lo padecen reaccionan con ansiedad excesiva ante la separación de las figuras de apego quienes, por lo general, suelen ser los padres. La importancia de una detección a tiempo y de un diagnóstico confiable del TAS en niños y adolescentes, radica en contar con estrategias de tratamiento eficaces.

Se estima que un 4% de los niños y adolescentes lo padecen. Se distribuyen entre ambos sexos, con un cierto predominio en las niñas y en los niveles socioeconómicos bajos. Si bien, existen instrumentos que cumplen los criterios de validez y confiabilidad en otros idiomas, en México no se cuenta con un instrumento que los cumpla. En consecuencia, el presente estudio tuvo como propósito la construcción de un instrumento para valorar y diagnosticar el Trastorno de Ansiedad por Separación en niños y adolescentes mexicanos, con base en los criterios de diagnóstico del DSM-IV (APA, 1994).

La propuesta de organización del contenido para el presente trabajo es la siguiente. En el primer capítulo se revisa la calidad del apego como pilar principal de las primeras experiencias sociales en del niño y la influencia de ésta durante el desarrollo.

En el capítulo 2 se exponen los estilos de crianza que utilizan los padres en su continua interacción con sus hijos y la repercusión de la crianza inadecuada en la psicopatología infantil.

Posteriormente, en el capítulo 3 se define la ansiedad como un sistema de alarma necesario en la sobrevivencia del ser humano. Del mismo modo, se identifican los posibles factores causales que la convierten en una ansiedad patológica.

En el capítulo 4, se exponen y definen los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de acuerdo con la clasificación del DSM-IV, su prevalencia y comorbilidad. Asimismo, se presenta una posible explicación de la etiología de los mismos.

En el capítulo 5, se define el Trastorno de Ansiedad por Separación, sus síntomas, diagnóstico diferencial, prevalencia y evaluación. Se exponen y discuten los métodos de evaluación existentes para dicho trastorno.

En el capítulo 6, se incluye el procedimiento para obtener el Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación, con los análisis necesarios para someter a prueba su validez y confiabilidad.

En el capítulo 7, se describe el estudio para reconocer los factores de crianza, afrontamiento y estilos de vida que correlacionan con el TAS.

Finalmente se concluye proponiendo una serie de criterios y aspectos adicionales en la elaboración de instrumentos para la medición de ansiedad por separación.

OBJETIVOS DEL PRESENTE TRABAJO

Considerando lo expuesto con anterioridad, se plantean los objetivos que deberán alcanzarse al término del presente trabajo:

- Contar con un instrumento válido y confiable que permita evaluar y diagnosticar el Trastorno de Ansiedad por Separación en niños y adolescentes mexicanos.
- Aportar un instrumento de evaluación con base en las categorías de diagnóstico del DSM-IV con un margen de error mínimo.
- Contar con información acerca de la incidencia del Trastorno de Ansiedad por Separación en niños y adolescentes mexicanos de acuerdo al género y con los temores informados con más frecuencia.
- Aportar información acerca de la correlación que tiene el Trastorno de Ansiedad por Separación con la crianza ejercida por los padres, el estilo de afrontamiento adquirido y el estilo de vida.

CAPITULO 1: CALIDAD DEL APEGO

El ser humano es el resultado del efecto entretreído de sus genes con un cúmulo de experiencias adquiridas desde el vientre materno. Experiencias que determinarán la calidad de sus relaciones interpersonales que comienzan en el contexto familiar. Dependerá de sus experiencias en el contexto familiar su comportamiento en otros contextos y en el futuro.

El contexto familiar es fundamental para la formación del niño ya que es en donde nace y, a su vez, forma parte de una cultura. La familia se ha reconocido como la primera instancia en la que el niño practica y somete a prueba el comportamiento social al proceso mediante el cual la familia moldea en cada uno de sus miembros la conducta, valores, metas y motivos que la cultura a la que pertenece considera apropiados. Se ha llamado socialización (Hernández-Guzmán, 1999).

La socialización cambia de una cultura a otra. La cultura es todo aquello que incluye el aprendizaje de conductas de los miembros de una sociedad en específico, desde el idioma y la religión hasta la comida y el comportamiento social. Cada sociedad dicta sus propias creencias, normas, costumbres y capacidades necesarias para llegar a ser un miembro adaptado a la misma.

Los padres tienden a moldear y fomentar ciertos comportamientos de los hijos según las expectativas que tiene la sociedad hacia los niños. Así, las metas de socialización pueden discrepar de una sociedad a otra (Belsky & Miller, 1978; Johnson & Medinnus, 1974).

La familia, en cualquier tipo de cultura, es el principal agente socializador del niño y, con excepción de ciertas circunstancias, el miembro de la familia que tiene los primeros contactos y atiende al niño en sus necesidades básicas primarias, es la madre. De esta manera, la socialización comienza desde el establecimiento del primer vínculo que se da entre la madre y su bebé.

Si no existiese inicialmente el vínculo o apego madre – hijo, difícilmente podrían sobrevivir los recién nacidos. De hecho, la socialización se considera parte de la adaptación biológica,

y son los individuos más hábiles y eficaces en la interacción social los que tienen mayor probabilidad de sobrevivencia. El recién nacido que logra transmitir con mayor eficacia sus necesidades a sus cuidadores principales tendrá mayores probabilidades de sobrevivencia y bienestar (Hernández-Guzmán, 1999).

John Bowlby a partir de 1958 formuló la Teoría del apego donde explicaba, desde un punto de vista biológico y social, la relación que se establece entre madre e hijo y su impacto directo en el desarrollo emocional temprano del niño. Sus postulados se apoyan en diversas investigaciones con animales y seres humanos.

A partir de esta teoría se ha investigado, en las últimas décadas de los animales sociales, incluyendo al hombre, la manera de alimentar y proteger a sus hijos. Durante esta relación se mezclan muchas conductas filogenéticamente valiosas (como el apego) que permitieron a los hijos pequeños protegerse contra los depredadores.

El estudio del apego se ha realizado desde diversas perspectivas. El psicólogo norteamericano Harry Harlow en 1958 trabajó con un grupo de monos rhesus recién nacidos a quienes les diseñó dos madres sustitutas. Estas dos madres sustitutas estaban confeccionadas de diferentes materiales. Una consistía de un cilindro de alambre y la otra tenía una cubierta de felpa. La madre de alambre tenía un biberón con leche y la madre de felpa no proporcionaba ningún alimento. Desde el punto de vista del condicionamiento clásico, se pensó que las crías desarrollarían una relación estrecha con la madre de alambre ya que de ésta conseguían alimentarse. Pero no fue así, los pequeños monos rhesus pasaron la mayor parte del tiempo abrazados y colgados de la madre de felpa al mismo tiempo que se protegían agarrándose de ella en situaciones amenazantes. Sólo se acercaban a la otra madre para tomar leche. El contacto con algo suave y cómodo tenía más peso que la alimentación para el establecimiento del vínculo del pequeño mono y su "madre artificial" (Davidoff, 1989). En los humanos sucede algo similar, la diferencia estriba en que es más largo el período de contacto constante e intercambio entre la madre y el bebé humanos que en los primates (Jones, 1972).

El apego que se da entre una madre y su bebé tiene entonces una función biológica que es el proteger la vida del infante (Bowlby, 1958). Ya que el infante no tiene las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

capacidades necesarias para cuidarse, alimentarse y enfrentarse a situaciones amenazantes, depende completamente de su madre o de otra persona que lo proteja y cuide en los primeros años.

A lo largo de la evolución la especie humana ha seleccionado conductas benéficas para la supervivencia del niño. Lo que la equipa con sistemas conductuales característicos que la diferencian de otras especies. El vínculo entre la madre y el niño, no se forma rápido, sino que atraviesa por varias fases, según Bowlby (1969).

La primera fase comienza con los primeros contactos que establece el bebé y éstos se dan a través del llanto. Si el recién nacido siente algún malestar, sueño, hambre, calor, frío, incomodidad, etc., se produce una reacción refleja de llanto. Aunque el niño no esté llamando a nadie, el llanto va a tener como efecto que el adulto se acerque y trate de mitigar el malestar del bebé.

Si el adulto le presta atención en sus primeras necesidades, el niño responderá a este cuidado y muy pronto establecerá relaciones con las personas con las que esté en contacto. No quiere decir que en un principio distinga a cada una de estas personas. Poco a poco se despierta un interés por las personas que le brindan más estímulos. Las personas producen estímulos de varios tipos: visuales, auditivos, táctiles, olfativos, etc., y además propician acciones que le interesan al recién nacido. El niño no nace con capacidades especializadas, sino que las va agudizando gracias al contacto continuo con el medio y la interacción con otros (Bowlby, 1973; Delval, 1994).

El infante empieza, en la segunda fase, a reconocer situaciones que se han producido anteriormente en su corta vida, situaciones en las cuales también intervienen otras personas. Puede reconocer cuando le alimentan, cuando le bañan, cuando le cambian el pañal y hasta las posiciones en que se le coloca para cada una de estas acciones, lo cual le permite anticipar lo que va a ocurrir. Asimismo, se inicia un control seguro por parte del niño, quien aprende conductas que tienen como consecuencia la satisfacción de sus necesidades.

La sonrisa social es también una conducta aprendida, ya que va unida a un interés por las personas, y juega un papel importante en las relaciones sociales. La sonrisa aparece como un reflejo, pero hacia las cuatro o seis semanas es cuando empieza a manifestarse como una respuesta a estímulos externos (antes lo es sobre todo a estímulos internos, a la sensación de bienestar, es la denominada sonrisa fisiológica) y va asociándose con estímulos sociales y con la cara humana.

Los adultos refuerzan intensamente la sonrisa fisiológica con gestos de alegría, mimos, expresiones vocales o movimientos dirigidos al niño y éste reconoce entonces situaciones sonriéndole a la sonaja, al muñequito que le compraron sus padres y a las personas (Wolf, 1987).

Así, poco a poco, se va especializando como una conducta de tipo social, y en la medida en la que las personas que rodean al niño, en especial su mamá, sean responsivas a sus acciones y movimientos, se estarán reforzando sus conductas y se estará favoreciendo que se vuelvan a producir y que se conviertan en un elemento esencial de su comunicación social.

La constancia que tiene la madre o el cuidador del niño en las rutinas para su cuidado, alimentación, baño, atención, interacción, arrullo, etc., resulta muy importante para el desarrollo ya que a través de ésta el pequeño aprende a distinguir los sucesos y a interactuar. Aprende a reconocer e interpretar adecuadamente las emociones que muestra el adulto y empiezan sus primeras socializaciones.

En esta interacción madre-hijo hay un emisor y un receptor que participan de manera activa y con una sincronía interpersonal entre ambos. La relación entre la madre y el hijo tiene una influencia recíproca, el intercambio de estímulos entre madre e hijo se da de manera bidireccional. Esto quiere decir que los estímulos maternos tendrán efectos en la conducta del bebé y la respuesta de éste tendrá repercusiones sobre la conducta materna (Bell, 1977; Bell, 1979; Sameroff, Sellar & Zax, 1982).

Un sistema diádico sincronizado donde se muestran las interacciones de la madre (como figura protectora) frente al niño (como cría necesitada de un satisfactor de necesidades físicas, emocionales y sociales) lo han propuesto muchos investigadores (Dunham &

Dunham, 1990; Emde, 1985; Schaffer, 1977; Sroufe & Waters, 1976; Watson, 1972). Dicho sistema esta basado en la habilidad del infante para detectar las probabilidades entre su conducta y las conductas de su madre. La cuidadora, que usualmente está abierta a cualquier insinuación social del bebé, responderá rápidamente de manera positiva a la mayoría de estos sucesos, particularmente si fueron generados por ella (por ej. tocar la cara del bebé, sonrisa del bebé, sonrisa de la madre y risas de ambos).

Cuando este proceso sincronizado comienza, usualmente sólo participa la madre, ya que el niño tiene que aprender a sostener el proceso cooperativo. Si los padres actúan como si su bebé estuviera siguiendo la secuencia de probabilidades condicionales y continúan repitiendo el proceso, serán reforzados por la participación del bebé en éstas transacciones sociales (Emde, 1985; Schaffer, 1977; Sroufe & Waters, 1976).

El intercambio de turnos sincronizado es parte del contexto social generado con el tiempo, a través de la participación continua de la diada (Greenberg & Czinc, 1988; Sroufe, Waters & Matas, 1974). Dependiendo de la calidad contextual, un estímulo, como la sonrisa de la madre, funcionará en diversas ocasiones como un reforzador positivo o negativo, o como un evento insignificante, dependiendo del juicio del bebé para cada estímulo dentro de su contexto histórico. Es así como madre e hijo crean una continuidad en la cual sus contribuciones mutuas a los patrones de contingencia generan un flujo de actividad que no se rompe (Wahler, 1996). López (1984) resume éste sistema en la siguiente tabla 1.

NINO	MADRE
<p>1. Situación del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indefenso y necesitado de la madre. - Preadaptado socialmente - Activo buscador de las figuras sociales. 	<p>1. Situación de la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con capacidad para cuidar y satisfacer al hijo. - Ya socializada - "Sensibilidad especial" para interactuar con el niño
<p>2. Actividades del niño:</p> <p>a) Conductas procuradoras de contacto</p>	<p>2. Actividades de la madre:</p> <p>a) Tendencia al contacto corporal con el</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<p>corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reflejos: prensor de Moro de búsqueda de succión - tendencia al contacto y al abrazo. <p>b) Preferencia sensorial por estímulos sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conducta visual - conducta auditiva. <p>c) Sistemas de señales de comunicación social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestos - llanto - sonrisa. 	<p>niño: caricias, abrazos, mecimientos, etc.</p> <p>b) Conducta "especial" de la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visual - sonora <p>c) Sistemas de comunicación "especiales":</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestuales - verbales
--	--

Tabla 1. Intercambio de turnos sincronizados

Al paso del tiempo, con una constante socialización sincronizada y bilateral, a partir de los cinco o seis meses aproximadamente, el niño forma lazos más estrechos con personas específicas de la familia, en particular con la madre o la persona que le cuida más tiempo y le ofrece más contingencias consistentes (Sroufe & Waters, 1976; Stern, 1977).

Pero, además, aparece la ansiedad por la separación, esto quiere decir que se presentan claras manifestaciones de disgusto cuando se produce una separación. Si la separación se alarga, el infante cae en un estado de ansiedad, de disgusto y de agitación (Heinicke, 1956; Yarrow, 1963).

Se han realizado estudios observacionales donde se registran las conductas de niños que se encuentran en guarderías y hospitales. Uno de ellos, realizado por Heinicke y Westheimer (1966), consistió en observar la conducta típica de 10 niños de uno a dos

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

años que se confiaron a una guardería debido a que sus madres habían ingresado al hospital. La estancia varió de un niño a otro. Se registró su conducta desde el día que ingresaron hasta que salieron y después se les dio seguimiento con visitas a su casa.

Todos mostraron como primera reacción, llanto y no hubo manera de calmarlos, rechazaron a las niñeras y no colaboraron en ninguna actividad. Conforme pasaron los días presentaron conductas ambivalentes hacia las niñeras. Es decir, en ocasiones las rechazaban y en otras se portaban amistosos y llegaban a sentirse ansiosos si la niñera de su preferencia se marchaba. Otros se comportaron la mayor parte del tiempo hostiles, callados y deprimidos. Tanto las separaciones cortas (de horas) como las largas (de meses) que puedan experimentar los niños, conllevan conductas de protesta, desesperación y desapego.

Esta ansiedad de separación no es la única que aparece en los bebés de 7 u 8 meses, también se manifiesta el miedo a los extraños, que anteriormente no se había presentado. Diferentes personas pueden cargar, arrullar, cambiar el pañal a los recién nacidos, éstos responderán igualmente bien. Pero a partir de los siete u ocho meses comenzarán a aparecer reacciones de rechazo hacia las personas desconocidas y tendencia a orientarse hacia las personas conocidas, con las que haya apego, si es que están presentes (Morgan & Ricciuti, 1969; Schaffer & Callender, 1959).

Bowlby asegura que en las relaciones humanas con las figuras de apego, cada sujeto construye un modelo de mundo y de sí mismo y es a partir del éste que actúa, entiende la realidad, predice el futuro y construye sus planes.

Aunque a lo largo de toda la vida la presencia o la ausencia real de una figura de apego varíe, en los primeros años es un factor determinante en el desarrollo de la seguridad. Cuando un infante se siente amenazado busca inmediatamente a su figura de apego para sentirse a salvo (Bowlby, 1973).

El bebé construye esta confianza desde su primera relación con la madre. Es a partir de la responsividad, de la mamá y la atención que la misma dedique a sus necesidades tanto físicas como emocionales, que se logrará cimentar una seguridad en el niño. A través de

las experiencias con ella creará expectativas acerca de su ambiente. Estas serán las bases que le permitirán un desarrollo completo para consolidar sus relaciones futuras con otros (Belsky & Nezworski, 1988; Hernández-Guzmán, 1999; Schneider, 1993; Sroufe, Cooper & De Hart, 1992).

Es bien sabido que las prácticas de crianza comienzan desde la provisión de una base segura a partir de la cual un niño o un adolescente puede hacer salidas al mundo exterior y a la cual puede regresar sabiendo con certeza que se le recibirá bien, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si se siente afligido y tranquilizado si está asustado (Bowlby, 1958).

Los teóricos del apego llegaron, después de varios estudios, al acuerdo de que existe una diferencia entre el apego y las conductas de apego. El apego es el constructo que explica el vínculo que existe entre dos personas y las conductas de apego son las manifestaciones visibles del apego entre las que se encuentra aquellas conductas que favorecen la proximidad y el contacto, como lo son el llanto, la sonrisa, el abrazo, las llamadas, etc. (Ainsworth & Bell, 1970).

La exigencia continua del niño hacia la presencia de su madre no quiere decir que tenga una relación muy buena, precisamente puede ser lo contrario, que el niño se muestra inseguro de la disponibilidad de la figura de apego.

Es en las separaciones cuando mejor se aprecia la calidad del apego. Ainsworth y su colega Witting (1969, citados por Youngblade & Belsky, 1988) diseñaron entonces, un arreglo para estudiar el apego llamado situación extraña que consiste en una sucesión de 7 episodios que se realizan en una habitación desconocida para el niño. Las situaciones son las siguientes: madre-bebé, extraño-madre-bebé, extraño-bebé, madre-bebé, bebé, extraño-bebé y madre-bebé. Se observan las conductas de exploración y de socialización del bebé.

Se ha observado que los niños se mueven con más familiaridad siempre y cuando esté la madre presente. Así también se observó que hay una mayor ocurrencia de conductas como exploración visual, manipulación y locomoción a diferencia de cuando se encuentra

solo o con el extraño. De hecho, se acerca más al extraño cuando se encuentra la madre (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Ainsworth & Wittig, 1969; Bell, 1970; Cox y Campbell, 1968; Maccoby & Feldmann, 1972; Marvin, 1972).

Se ha propuesto una relación directa entre la exploración del mundo que el niño realiza y el apego. El niño ve a la figura materna como una base segura desde la cual puede explorar. Aunque el apego se refiere a mantenerse cerca de la figura materna, la existencia de ese apego es condición para que el niño se aleje de esa figura momentáneamente y explore. Con frecuencia el niño se separa, analiza un objeto o una zona y vuelve a mirar hacia su madre. Si esta continúa allí y establece el contacto visual, continúa la exploración, si no trata de restablecer contacto, vuelve hacia ella o interrumpe la actividad (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Bowlby (1973) postuló que el apego desarrollado en relación con una figura materna se va organizando gradualmente durante la última mitad del primer año de vida.

La primera función del sistema de apego es la supervivencia del niño, pero establecido el vínculo afectivo, la madre se convierte en base de seguridad para explorar su entorno y orientarse hacia otras personas, posibilitando nuevas y necesarias relaciones socio-afectivas, con ello ocurre el proceso progresivo de independencia (Bowlby, 1969).

A través de los datos que se han encontrado en las diferentes aplicaciones de la situación del extraño de Ainsworth, es posible distinguir los distintos tipos de apego:

Los niños con "apego seguro", es decir, niños que muestran conductas positivas hacia la madre tras la separación breve y que Ainsworth denomina apego de tipo B.

Los niños que tienen un "apego ambivalente", de tipo C, que manifiestan no sólo conductas positivas, sino también negativas y de oposición como protestas, pataletas, etc.

Finalmente, los niños que evitan el contacto, tienen un "apego de evitación", de tipo A, que presentan conductas de ignorancia o conductas de evitación de la madre, como desviar la mirada, etcétera.

La separación de un niño y su madre es la mejor situación para identificar el tipo de apego que se ha establecido entre ambos. Es la actitud de un infante en el momento de una separación la que dará las señales necesarias para conocer la interacción madre – hijo.

En estudios de psicología comparada ha sido posible estudiar separaciones más prolongadas. Harlow efectuó dos estudios de este tipo, en uno de ellos se separó de sus madres a cuatro monitos rhesus que contaban entre veinticuatro y treinta semanas de vida, manteniéndolos apartados durante tres semanas. Se realizaron observaciones 3 semanas previas a la separación, durante las tres semanas de separación y las tres semanas siguientes. A lo largo del período de separación los monitos apenas jugaron un poco y los días siguientes al reencuentro entre madre e hijo aumentó notablemente la conducta de aferramiento del bebé y el contacto entre ambos, en contraste con lo ocurrido los días previos a la separación (Seay, Hansen & Harlow, 1962).

En el segundo estudio, se separaron otros 8 monitos rhesus de la madre, cuando contaban con treinta semanas de nacidos. La separación duró dos semanas. Se observaron conductas muy similares en el reencuentro. Cuando las monas rechazaban a sus hijos, estos tenían pataletas intensas, y a menudo se abalanzaban con violencia sobre las madres (Seay & Harlow, 1965).

Estos descubrimientos tienden a corroborar la hipótesis de que uno de los principales factores que influyen sobre el comportamiento de un mono rhesus ante la separación de su madre es el modo en que ésta se comporta hacia él antes y durante el reencuentro (Jensen & Tolman, 1962; Kaufman & Rosenblum, 1967; Preston, Baker & Seay, 1970; Spencer-Booth & Hinde, 1967).

En el estudio hecho por Heinicke y Westheimer en 1966 con 10 niños también se registró la conducta durante y después del reencuentro de los niños con de sus padres. Al ver a la madre por primera vez tras días o semanas de separación los diez niños presentaron, en su totalidad, ciertas muestras de desapego. A pesar de que en ese tipo de situaciones varía el tiempo durante el cual los niños permanecen alejados de sus hogares, la conducta del niño hacia sus padres dependía mucho del tipo de relación que había tenido con ellos antes de la separación y de la actitud de ellos hacia el pequeño, como era calmarlo y darle muestras de seguridad o bien, recurriendo a medidas disciplinarias.

De esta manera se fundamenta la importancia que tiene el tipo de interacción establecido entre la madre y su hijo en la conducta que éste último presente durante y después de una separación.

Ainsworth llevó a cabo con sus colaboradores, un estudio longitudinal en 1971 donde se incluía un informe narrativo de las variadas interacciones entre madres e hijos durante el primer año de vida. Se observaron 23 niños y sus madres en sus casas desde que los niños tenían 3 semanas de vida hasta las 54 semanas. Las visitas consistían en un registro de interacción de 4 horas cuando los bebés tenían 3, 6, 9 y 12 semanas de vida. Los informes narrativos se realizaron en las visitas a las 39, 42, 45 y 48 semanas de vida del niño. En la semana 51, se observó a los niños en una situación del extraño. Con este estudio se pretendió observar las diferentes conductas maternas hacia los hijos en diferentes edades. Se registraron siete categorías:

1. La respuesta de la madre cuando lloraba su hijo: lo ignoraba o lo atendía rápidamente.
2. La respuesta de separación/ reunión: si sonreía o era inexpresiva.
3. La respuesta al contacto físico: su duración y el afecto demostrado, si le hablaba cuando le atendía, la rutina, si era no placentero el momento de atenderlo
4. La respuesta cara a cara: si sonreía o estaba en silencio, o impaciente.
5. Obediencia: la frecuencia de los mandatos, frecuencia de las intervenciones físicas y si lo reforzaba verbalmente.
6. La respuesta del alimento: el tiempo que tardaba, si el niño terminaba de comer, si tomaba en cuenta las preferencias alimenticias del niño, el nivel de sincronización entre el niño y ella.
7. Características de la madre, si era sensible a lo que le pedía el niño, si estaba alerta, lo aceptaba o rechazaba, si era cooperativa, si lo persuadía, cuales eran sus expresiones, si era rígida o perfeccionista.

Este estudio sugirió la necesidad de una responsividad y sensibilidad por parte de la madre que le permita al bebé crear expectativas acerca de su ambiente cotidiano (Booth, Rubin & Rose-Kransor, 1998; Hernández-Guzman, 1999; Schneider, 1993).

La responsividad que tengan los padres a las diversas manifestaciones del niño predirá la imagen que el niño tenga de sí mismo y de su capacidad para comunicarse y para poder influir en las personas que le rodean. El apego ansioso forma una barrera al aprendizaje del niño. El niño que ha logrado establecer un apego seguro, explorará más y, como consecuencia, aprenderá a conocer y a familiarizarse con todo lo que lo rodee en su ambiente (Hernández-Guzmán, 1999).

CONDICIONES DE LA MADRE

Sin embargo, antes, durante y después de la formación del apego entre madre-hijo, se mezclarán múltiples factores que determinarán la complejidad de la formación del niño. Empieza con la relación entre los padres, el embarazo, el parto y posteriormente su grado de actividad, su bienestar o malestar físico, el ambiente inmediato, la clase social, la relación con el papá, etc.

En su expresión más simple, el infante llega a integrarse a un contexto familiar mínimamente compuesto por su madre y/o padre, donde los últimos traen a la interacción con el recién nacido características aún más complejas desde la historia de cada uno de ellos interactuando en la historia de la relación de pareja en ese momento. Obviamente añadido a esto, se entretajan otras influencias proporcionadas por otras personas como hermanos o abuelos que en mayor o menor medida, dan forma a su cúmulo de experiencias (Hernández-Guzmán, 1999).

Antes del nacimiento del bebé y de su concepción, ya se había creado un lazo afectivo entre sus futuros padres. El tipo de relación afectiva que tenía la pareja antes de concebir al niño, es muy importante para el desarrollo del último. Es a partir de ésta cuando se forman las expectativas sobre el bebé, si lo planearon después de una base emocional sólida entre la pareja o si por el contrario no planearon nada y ni siquiera existe un vínculo de confianza y apoyo entre ellos.

Si la futura madre tiene un embarazo no deseado, por la razón que sea, su conducta hacia el hijo no va a ser positiva. Los pensamientos negativos hacia su situación pueden determinar que no mantenga una alimentación adecuada, un régimen de descanso

suficiente, que se encuentre en una situación de tensión. Esto puede afectar de manera desfavorable la salud psicológica del niño.

Se han realizado diversos estudios donde se ha encontrado que además del cuidado obstétrico calificado, la madre debe evitar agresores ambientales. Los agresores ambientales no sólo se refieren a los que ponen en peligro al bienestar físico del futuro bebé como es la nicotina, cafeína, bajo peso, etc., sino también el bienestar psicológico como es la relación que exista con su pareja. El apoyo emocional que le brinde el compañero ayudará a una óptima relación con su bebé (Hernández-Guzmán, 1999).

También la manera en que se haya llevado a cabo el parto es importante para el desarrollo del bebé ya que si el parto es problemático, la actitud negativa de la madre hacia el niño se puede incrementar. Si la madre no tiene un apoyo de su entorno social inmediato, el nacimiento no va a ser más que una fuente de problemas y el niño o niña puede ser visto como el causante de la situación.

El proceso para establecer el vínculo de apego entre la madre y su bebé comienza desde la concepción del niño. Los cuidados que la madre tenga durante el embarazo, el apoyo que perciba de su pareja y el estado emocional en el que ella se encuentre con respecto al bebé, ayudarán en mayor o menor grado a la formación del apego.

Como se ha visto a lo largo del capítulo, es muy importante el establecimiento de un vínculo afectivo madre – hijo para el desarrollo psicológico del ser humano. La madre que forme una sana relación de apego con su bebé propiciará el bienestar físico y psicológico del mismo.

La Teoría del apego de Bowlby ha atraído interés hacia las primeras relaciones del ser humano. Desde su aparición se ha investigado y confirmado en muchas ocasiones. Existen tanto estudios etológicos como psicológicos que coinciden en la importancia que juega la interacción materna con el niño y su cuidado. También coinciden en que la interacción es un factor determinante en el desarrollo integral y la predicción de relaciones satisfactorias futuras del hijo.

La contribución que las investigaciones de Bowlby y Ainsworth hicieron a la psicología infantil es fundamental ya que el reconocimiento del apego como un componente esencial para la salud psicológica del ser humano es un tema ahora indiscutible. Así como también los primeros contactos que tenga la madre con su bebé para el establecimiento de un apego de calidad.

Ahora conocemos que no sólo el papel de la madre es importante, sino también el papel protagónico que tiene el propio niño en la interacción. Se conoce que emite señales asociadas con respuestas fisiológicas de la madre, logrando así una comunicación bidireccional (Donovan, Leavitt & Balling, 1978). También que la madre no es la única con la que el infante forma vínculo afectivo, la participación activa del padre en los cuidados del bebé favorece no sólo la relación madre-hijo, sino también el desarrollo intelectual, afectivo y social del bebé (Hernández-Guzmán, 1999).

El niño que muestra apego seguro no se asusta con la presencia de extraños y permanece tranquilo ante la ausencia de sus padres porque tiene confianza en ellos. Sabe que van a cumplir lo que le prometían y que van a regresar cuando le digan. De esta manera, explorará y pondrá más atención a lo que lo rodea, aprenderá más y formará mejores relaciones que los niños con un apego ansioso.

CAPITULO 2: ESTILOS DE CRIANZA

La eficiencia y seguridad que percibe una persona cuando afronta diversas situaciones a lo largo de su vida, se determina en gran parte por las experiencias adquiridas en su niñez.

Aunque cada niño nace con características propias que determinan en gran medida su desarrollo futuro, las experiencias que el niño adquiera al interactuar diariamente con las personas que le rodean le darán forma a su desarrollo. Por ello, la familia, específicamente los padres, tendrán una influencia significativa sobre el desarrollo infantil y ésta tendrá repercusiones durante toda la vida.

Los padres siempre tendrán influencia sobre el desarrollo de cada hijo de manera inevitable, a menos que el niño por alguna causa no conviva con ellos. Aún así, establecerá una relación con la o las personas que actúen como cuidadores principales. El vínculo socio – afectivo entre, ya sea el padre y/o la madre, o el cuidador principal, y el bebé es el fundamento social de la interacción entre las disposiciones genéticas del bebé y los recursos de afrontamiento y contingencias del sistema familiar (Hernández-Guzmán, 1999; Maccoby, 2000).

Cada bebé humano responde a las personas en su ambiente con un estilo propio como parte de su bagaje genético. Este estilo comienza a moldearse y organizarse mediante la experiencia con los cuidadores principales. Cada una de las interacciones estará mediada por la historia de experiencias anteriores y la forma en que éstas hayan contribuido a cambios biológicos y conductuales. Esto quiere decir, que el infante enfrenta cada nueva interacción, trayendo a la relación una historia personal entretrejida de experiencias y disposiciones genéticas ya moldeadas por ésta (Hernández-Guzmán, 1999).

Los miembros del sistema familiar traen a la relación con el hijo, características personales muy complejas que incluyen la historia de cada uno de ellos, interactuando en la historia de relación entre ellos hasta el momento. Es por todo esto que el sistema familiar se reconoce como la primera instancia en la que el niño practica y somete a prueba el comportamiento social (Hernández- Guzmán, 1999).

Cuando un bebé es el primogénito, el sistema familiar al que ingresa estará compuesto por los padres, de esta manera, la calidad de la relación de la pareja tiene una influencia sobre la relación madre-bebé, padre-bebé y padres-bebé (Hernández-Guzmán, 1999).

La constante presencia de la madre como primera cuidadora del niño, con una relación indiscutiblemente determinante para su desarrollo, hace pensar que la relación con el padre se encuentra en un segundo plano.

En la actualidad es un error pensar que el padre sólo sostiene económicamente a la familia y que no es necesaria su participación activa en la educación de sus hijos. Los estudios sobre el papel del padre indican que éste posee la misma capacidad que la madre para responder a las señales del bebé y proporcionarle los cuidados que necesita (Lamb, 1980; Lamb & Bronson, 1980; Parke, 1978; Parke & Sawin, 1976). Sumado a esto, la actitud favorable de la madre hacia la participación del padre fomenta un mayor involucramiento de éste en la crianza (Beitel & Parke, 1998).

Si el padre establece un apego sano con el bebé y atiende a sus demandas de afecto, el niño mostrará un mayor desarrollo intelectual, afectivo, más independencia y mayor autoestima (Blanchard & Biller, 1971; Palkovitz, 1997).

Se ha observado que un alto grado de afecto paterno estimulará una socialización positiva del niño hacia otros (Radke-Yarrow & Zahn-Waxler, 1986). La ausencia del padre tanto física como en la participación activa de crianza, afecta el desarrollo sano del hijo. La ausencia física del padre aunada a la actitud de la madre en contra de la figura masculina y prácticas de crianza autoritarias que adopta cuando ella afronta sola la crianza de los niños, podría agudizar los problemas (Biller, 1971; Colleta, 1979). Los niños que no conviven con su padre tienen problemas en el desempeño escolar, adaptación psicosocial y de auto-control (Hetherington & Stanley-Hagan, 1986). También existen casos desafortunados en los que la ausencia física del padre es preferible a convivir con un padre violento que abusa de su pareja y/o hijos (Hernández-Guzmán, 1999).

De esta manera, tanto padre como madre y/o cuidadores (que pueden ser otros miembros de la familia) desempeñan un papel fundamental en el proceso de desarrollo del niño y serán el agente socializador responsable de la adquisición o no de conocimientos y

estrategias cognoscitivas, reglas de comportamiento y motivación (Baumrid, 1966; Belsky & Miller, 1978; Brazelton, Koslowski & Main, 1974; Dornbush, Ritter, Leiderman, Roberts, & Fraileigh, 1987; Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990; Goldin, 1969; Volling & Elins, 1998).

Este papel fundamental no sólo lo juegan los padres, desde la familia nuclear hasta abuelos y tíos y otros cuidadores, éstos desempeñan un papel determinante en la formación del afrontamiento del niño. No sólo le presentan situaciones a las que deba responder, sino también actúan como fuente constante de aprobación y aceptación o de crítica, negligencia y reproche. De esta manera, retroinforman al niño con su constante aprobación o rechazo, dándole la oportunidad de poner a prueba sus estrategias de afrontamiento, de imitar a otros miembros de la familia y de refinar las ya adquiridas. Estas estrategias podrán ser defectuosas o adecuadas, y permitirle o no afrontar otras situaciones, o ajustarse a otros contextos (Hernández-Guzmán, 1999).

Dentro de los miembros de la familia, se encuentran los abuelos como los cuidadores principales después del padre o la madre. En países como México, donde la familia suele estar integrada por muchas personas, los abuelos desempeñan un papel fundamental de convivencia cotidiana con el niño. De ellos también aprende a afrontar situaciones en el ambiente cotidiano (Hernández-Guzmán & López-Morales, 1999).

La calidad de la interacción que tenga el infante con los abuelos dependerá de muchas situaciones. En ocasiones la incongruencia que se da entre los valores culturales de los abuelos y los valores adquiridos por los padres, puede ser un impedimento para la creación de un ambiente propiciador de la participación de los abuelos en la crianza infantil (Tam & Detzner, 1998).

En otros casos, en países como México, los abuelos tienden a representar una influencia potencial en el desarrollo infantil. Con su presencia, conforman un eje alrededor del cual toda la familia se configura siguiendo líneas de autoridad que emanan principalmente de los abuelos paternos.

Se ha encontrado que los abuelos ayudan a enfrentar situaciones en las que se necesite de ellos, motivados por la necesidad que tenga la familia (Lavers & Sonuga-Barke, 1997).

La involucración de los abuelos constituye, en sí misma, una estrategia de afrontamiento y, por lo tanto, adaptativa del sistema familiar.

La abuela materna es quien principalmente participa en diversos momentos de transición, generadores de estrés para la familia (Troll, 1980).

De esta manera, la influencia del trato diario con los abuelos a lo largo de la niñez parece repercutir significativa y positivamente a futuro, concretamente en la adolescencia.

Las discrepancias entre la crianza ofrecida por la madre y la de los abuelos pueden surgir como una fuente de conflicto y rechazo al interior de las relaciones familiares, y minar la posible influencia benéfica de la participación de los abuelos en la crianza de sus nietos (Honig & Deters, 1996). Por lo tanto, una condición necesaria para que la co-crianza por parte de abuelos sea generadora de bienestar para los nietos, y en general para la familia, es que exista acuerdo entre los padres y abuelos en relación con las prácticas disciplinarias hacia los nietos.

Deschamps (1979) ha referido que los ambientes familiares más estables son, en muchas ocasiones, producto de la ayuda que brindan los abuelos. También ha referido que el efecto positivo que tienen los abuelos sobre el funcionamiento de los nietos se puede observar en diferentes contextos extrafamiliares, en especial en la relación que tienen con los niños de su misma edad la cual parece ser más estrecha.

El contexto familiar, en especial el mexicano, donde intervienen varios cuidadores como los abuelos, ofrecen al niño la oportunidad de aprender muchos comportamientos eficaces para resolver problemas. La constante interacción con dicho contexto provocará en el infante un aprendizaje de estrategias para afrontar su ambiente y los problemas que éste le pueda presentar diariamente. Este cúmulo de experiencias adquiridas en la niñez, en el momento de someterse a diversas situaciones, moldeará su forma de afrontamiento futuro (Hernández-Guzmán, 1999).

El sistema familiar le hará sentir satisfacción por sus logros o desesperanza por sus fracasos. Bandura (1977) propuso que la autoeficacia, es decir el percibirse a sí mismo eficaz y competente promoviendo cambios en el entorno, es un ingrediente motivacional

básico, no solamente para refinar las habilidades adquiridas, sino para aprender nuevas y actuar con seguridad.

Es la familia que, durante los primeros años de la infancia, está en la posibilidad más ventajosa para impulsar la autoeficacia infantil. De hecho, ya se había señalado que cuando los padres promueven el apego seguro haciéndose previsibles y permitiendo al niño controlar su ambiente, éste será más autosuficiente y competente, y tendrá más oportunidades para aprender y ser aún más competente (Hernández-Guzmán, 1999).

La competencia o habilidad social es una forma más de afrontamiento. La familia se ha reconocido como la primera instancia en la que el niño practica y somete a prueba el comportamiento social (Asher, Renshaw & Hymel, 1982).

Como se mencionó en el capítulo anterior, la responsividad de la madre y el establecimiento de un apego seguro en los primeros meses de edad del bebé, predecirá competencia social como una manera de afrontar el ambiente en el que se desenvuelve el niño (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Cohn, 1990; Hernández-Guzmán, Soto & Soria, 1990; Kennedy & Bakeman, 1984; LaFreniere & Sroufe, 1985).

La importancia del ambiente social familiar radica sobre el desarrollo socio-emocional infantil. El padre, la madre y/u otros cuidadores principales son los agentes que lo facilitan. La expresividad emocional de la familia determina la forma en que el niño utilice sus recursos de expresión emocional, mejorando su competencia social (Boyum & Parke, 1995). Los hallazgos de Carson y Parke (1996) indican que la manifestación recíproca de afecto negativo durante el juego entre los padres y sus hijos promueve la agresividad en los hijos. Además, los niños que interactúan con sus padres expresando afecto negativo comparten menos con sus compañeros, y son objeto de rechazo por parte de éstos. La exploración del efecto combinado y, por separado, del control disciplinario autoritario y la expresión de afecto por parte de cada uno de la pareja de padres permitió aislar, en otro estudio, la contribución de afecto negativo del padre como la que más daño infringe el funcionamiento social infantil (Isley, O'Neil & Parke, 1996).

En general, si la familia evalúa positivamente el comportamiento infantil, es decir muestra aprobación y aceptación, evita el castigo físico, afecto negativo, y la desaprobación,

tenderá a fomentar la competencia social del niño y facilitará que éste reciba mayor aceptación social por parte de otros niños (Winder & Rau, 1962).

Si, por el contrario, la familia es controladora y dominante, ofrece menos oportunidades al niño para aprender y poner en práctica el dominio de las situaciones afectivas. El ambiente familiar de control excesivo con frecuencia responde con desaprobación a las iniciativas de interacción por parte del niño, y se ha mostrado que de él provienen los niños aislados e ignorados por sus compañeros (Roopnarine & Adams, 1987). Ladd y Price (1986) refieren que los padres que perciben la tarea de socializar con sus hijos como una carga, al mismo tiempo que la evitan, reducen las oportunidades de dotarles de habilidades sociales necesarias para afrontar con éxito su entorno social. Se niega a estos niños el dominio de formas de interacción y negociación cada vez más complejas, ya que los padres son los encargados de diseñar encuentros con compañeros fuera del ámbito escolar, lo que ofrece oportunidades para aprenderlas (Ladd & Golter, 1988).

Las prácticas de crianza son las que matizan las relaciones padres-hijos y entre hermanos. Cuando éstas son positivas, promueven la salud psicológica infantil, entendida ésta como la utilización de recursos de afrontamiento del estrés (Shek, Chan & Lee, 1997) orientados hacia la adquisición de habilidades y capacidades de solución de problemas para ajustarse a las demandas sociales y ecológicas. Prediciendo así, la competencia social y adaptación que tenga el niño en las diferentes situaciones a las que se enfrente (Maccoby, 2000).

Del estilo de crianza que adopten los padres dependerá determinadamente en la calidad de la relación que mantengan en un futuro con su hijo y en el inicio y mantenimiento de trastornos afectivos (Burbach & Bourdin, 1986; Gerlisma, Emmelkamp & Arrindel, 1990). Se lo propongan o no, los padres y demás miembros de la familia utilizan de manera predominante un estilo de interacción con el niño, e influyen sobre: a) la forma en que éste interprete el contexto social: dentro y fuera de la familia, y b) su comportamiento y su ajuste personal dentro del contexto familiar y en otros contextos.

Se han propuesto tres estilos de crianza básicos: el autoritario, el permisivo y el de autoridad racional (Baumrind, 1966). Aunque la mayoría de los padres combinan

elementos de los tres estilos de crianza, siempre predomina uno en particular (Baumrind, 1973; Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts & Fraleigh, 1987).

a) Autoritario. La madre o el padre autoritario le da mucha importancia a la obediencia y restringe por lo tanto, la autonomía de su hijo. Cree en una adherencia estricta a sus reglas y no le gusta discutir las con sus hijos, y enfatiza mucho la disciplina. De esta manera, tiende a moldear, controlar y evaluar constantemente la conducta del niño. Usualmente, estos padres tienen bajas calificaciones en medidas de responsividad parental (Grolnick & Ryan, 1989). En éste se incluye poco respeto hacia los hijos, insultos verbales, golpes y abusos con la intención de que las reglas sean acatadas.

b) Permisivo. Este se refiere a aquellos padres que intentan comportarse de manera no punitiva, aceptan los impulsos, deseos y acciones de sus hijos. Tratan de dar explicaciones de las reglas familiares. Permiten que el niño regule sus propias actividades como pueda, no lo guían a resolver situaciones y evitan el control excesivo. La crianza indulgente y negligente también se incluyen dentro de éste estilo (Maccoby & Martin, 1983).

c) Control Firme o autoridad racional. La madre o padre autoritativo, atiende directamente las actividades del niño de una manera racional y orientada. Se ocupa de moldear la conducta del niño con razonamientos. Da y toma el reforzamiento verbal. Hace cumplir su propia perspectiva como adulto, pero reconoce los intereses individuales del niño. Usa la razón, poder y modelamiento (Baumrind, 1966). Establece reglas, pero se ponen a discusión y revisión con base en la situación y los puntos de vista y opiniones del niño, es más democrático. Reconoce la individualidad del niño.

La investigación temprana de Baumrind, confirmada por más estudios recientes, identifica el estilo autoritativo como una llave determinante para la salud psicosocial de niños y adolescentes (Dornbusch, et al., 1987; Kurdek & Fine, 1994; Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991; Slicker, 1998; Steinberg, Elmen & Mount, 1989; Vallejo, 2002).

Donde se ve reflejada la salud psicosocial de los niños es en la escuela, primer contexto con el que se enfrenta el niño después del hogar. Es a través de sus comportamientos en

condiciones escolares donde se puede observar su competencia social con base en el aprendizaje adquirido en el ambiente familiar.

Los datos recolectados de las entrevistas y observaciones hechas por Baumrind (1967) sugieren que los preescolares que mejor socializan y son más independientes se criaron en una familia autoritativa. Más recientemente, los adolescentes que describen a sus padres como autoritativos califican alto en medidas de competencia psicossocial y madurez y bajo en medidas de disfunción psicológica y conductual (Lamborn, et al., 1991; Mantzicopoulos & Oh-Hwang, 1998). Tuvieron una baja probabilidad de sufrir ansiedad y depresión y salieron altos en auto-confianza (Radziszewska, Richardson, Dent & Flay, 1996; Steinberg, Mounts, Lamborn & Dornbusch, 1991). Comparado con padres que usan otros modelos de crianza, los padres autoritativos protegen con más éxito a sus adolescentes del uso de drogas y actividades delictivas y presentaron un fácil involucramiento en la escuela y mejor desempeño académico (Baumrind, 1991; Lamborn, et al., 1991; Steinberg, et al., 1991; Steinberg, Lamborn, Dornbusch & Darling, 1992).

Contrario al estilo autoritativo se encuentra el estilo autoritario, el cual es muy común en países hispanoamericanos como el nuestro (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts & Fraleigh, 1987; Steinberg, Mounts, Lamborn & Dornbusch, 1991), aunque en un estudio hecho en México con una comunidad totonaca se encontró que el estilo más frecuente es el autoritativo (Vallejo, 2002). El estilo autoritario se asocia frecuentemente con más consecuencias negativas en niños y adolescentes. Los niños de padres autoritarios son descritos como menos capaces, menos afiliativos con sus compañeros de escuela, más inseguros, más aprehensivos y hostiles (Baumrind, 1971). Un estilo materno de no aceptación, característico de hogares autoritarios, está asociado con un incremento en conductas negativas (Forehand & Noursiainen, 1993). Cuando la conducta de adolescentes con trastornos se compara con la conducta de los adolescentes normales, los primeros perciben la crianza como más sobreprotectora y con menos cuidados (Rey & Plapp, 1990).

Según los informes acerca de las prácticas de crianza desde la perspectiva de los padres, Jones, Rickel & Smith (1980) encontraron una correlación entre alta restrictividad por parte de los padres (característica del estilo de crianza autoritario) y el uso de estrategias poco efectivas para la resolución de problemas sociales en niños. También, la crianza autoritaria

se encuentra asociada negativamente con un buen desempeño académico y con informes de maestros respecto a una mejor adaptación del niño a la escuela (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts & Fraleigh, 1987; Shumow, Vandell & Posner, 1998).

Kaufman y colaboradores (2000) estudiaron la relación entre el estilo de crianza autoritativo y el autoritario y la adaptación socio-emocional en escuelas primarias desde la perspectiva de los padres. Se utilizó una muestra de 1230 padres de familia de una escuela primaria y se les aplicaron diversos instrumentos donde informaron acerca del estilo de crianza que empleaban con sus hijos. Asimismo se recabaron informes de los profesores acerca del rendimiento escolar y conducta de los niños.

Correlacionando los informes de padres y maestros, encontraron que el estilo autoritativo es un predictor significativo para una adaptación saludable y que se relaciona positivamente con competencia social y negativamente con tasas de problemas emocionales y conductuales (hallazgos mantenidos aún después de controlarlos por efectos de género, nivel escolar y etnia).

Por el contrario, se encontró que el estilo autoritario se relaciona negativamente con una adaptación escolar sana y positivamente con problemas de conducta y emocionales.

En un estudio hecho por Dekovic y Janssens, donde investigaron acerca de la competencia social infantil, formaron dos grupos -en una muestra de 112 niños entre los 6 y 12 años- un grupo de niños populares y el otro de los rechazados. Se le preguntó a cada niño el nombre de tres compañeros de clase con quienes le gustaba estar y 3 con quienes no le gustaba estar tanto. Después el nombre de tres compañeros que ayudaban a otros niños en la clase. A estos niños se les observó en interacción con sus padres a la hora de resolver un rompecabezas midiendo el apoyo que les brindaban, ya fuera verbal o con posiciones corporales. También se recabaron informes de los profesores. Se encontraron los estilos de crianza ya mencionados en estudios previos:

Autoritativo / Democrático: daban apoyo, sugerencias, calificaciones positivas de una tarea, proveen información, responsividad, cordialidad, poca demanda y apoyo no verbal (solo las madres) en la interacción con el niño. Animaban al niño a descubrir sus propias soluciones.

Autoritario / Restrictivo: les daban malas calificaciones, prohibiciones, lenguaje no verbal negativo, dirigido, fuertes afirmaciones y restricciones en la tarea. Criticaban lo que hacían y cuando hacían tareas los regañaban sin información, solo que estaba mal y ya (Kuczynski, Kochaska, Radke-Yarrow & Ginius-Brown, 1987).

Los resultados fueron los siguientes: los padres que ejercían un estilo restrictivo y autoritario, tenían unos hijos rechazados por los compañeros y vistos por el profesor como poco sociales. Los que ejercían un estilo democrático y autoritario, presentaban conductas prosociales en su clase, consistente con otros estudios (Eisenberg-Berg & Mussen, 1978; Hoffman & Saltzstein, 1967; Mussen, Harris, Rutherford & Keasey, 1970; Staub, 1979).

Los estilos de crianza afectan directamente a las maneras de afrontar de los hijos. Los resultados de innumerables investigaciones apoyan ésta hipótesis.

La percepción que tenga una persona frente a una situación nueva será predicha por su historia de interacciones, y el éxito o fracaso que haya experimentado desde su niñez. La suma de los éxitos y fracasos obtenidos, será producto del tipo de crianza que haya recibido en su primer contexto.

El proceso de afrontamiento inicia con la crianza y sufre cambios de acuerdo con las demandas de cada nuevo encuentro y de acuerdo con los cambios de la relación persona - ambiente (Lazarus, 1982; Seligman, 1990).

Los niños más competentes provienen de ambientes familiares previsibles y controlables, con reglas de actuación claras y consistentes, y donde predomina la aprobación sobre el rechazo, aun cuando se expongan a situaciones que para otros representen fuentes de ansiedad a evitar (Seligman, 1990).

El primer ambiente al que se enfrenta el niño, después de la familia, es la escuela donde actuará según su historia personal de fracasos y éxitos, de apoyos y rechazos. El ingreso a la escuela es la primera situación que representa cambios drásticos en la vida del niño por lo que puede convertirse en una fuente potencial de ansiedad. Si el niño se encuentra dotado de habilidades y estrategias, adquiridas en el sistema familiar, percibirá controlabe

dicha situación y la afrontará con éxito. De lo contrario, tenderá a utilizar estrategias de afrontamiento defectuosas, como la evitación y la autoexclusión de los intercambios sociales con sus compañeros, y la escuela se convertirá en una fuente de ansiedad.

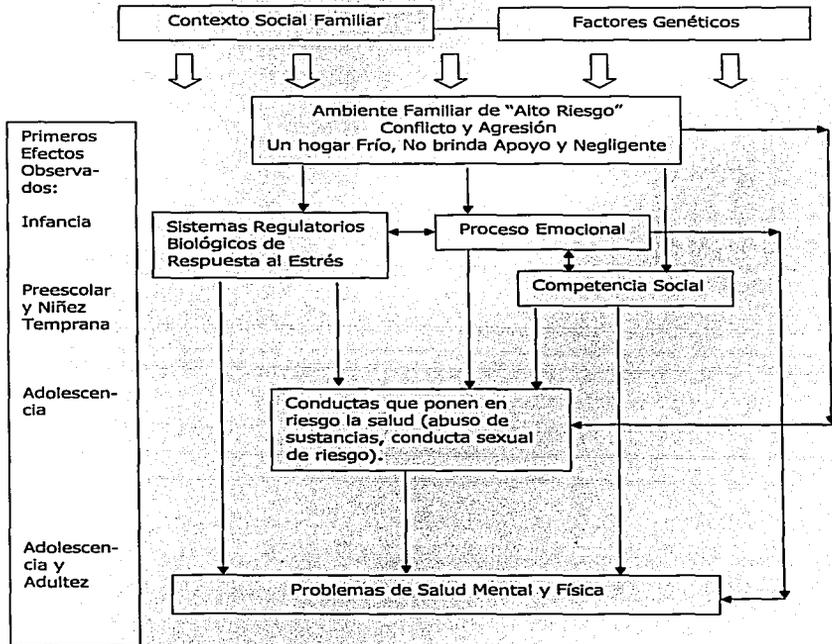


Figura 1. Modelo de familias de "alto riesgo". La línea de tiempo en la parte izquierda proporciona una idea a groso modo de los momentos en el desarrollo donde un efecto del ambiente familiar se puede observar (tomado de Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

El sistema escolar propicia la socialización entre los niños donde cada uno requerirá echar mano de habilidades de negociación y comunicación efectivas para lograr una adaptación socioemocional sana en la escuela (Barth & Parke, 1996). El establecimiento de relaciones exitosas es una capacidad que evolucionará a lo largo del desarrollo del niño, en la interfaz familia-escuela. Dicha evolución dependerá no sólo de la aceptación de los compañeros sino también de la participación en el interjuego social dentro del contexto escolar. Aún en la etapa escolar, la familia seguirá influyendo de manera significativa en el comportamiento infantil y adolescente, presentando situaciones ansiógenas, dotándolo de estrategias de afrontamiento y ayudando a evaluar la interacción con las mismas (Hernández-Guzmán, 1999).

Así, la influencia familiar sobre la competencia social se mantiene hasta la adolescencia y algunas veces, hasta la edad adulta. La influencia de la familia se ve reflejada en las relaciones sociales del adolescente y del adulto mismo en los diferentes contextos (Kerns & Stevens, 1996). La relación bidireccional entre padres e hijos adolescentes, es decir, la influencia mutua durante la interacción, predice el ajuste socioemocional en la adolescencia (O'Connor, Hetherington & Clingempeel, 1997). De la misma manera, la calidad de las interacciones padres-hijo(a) adolescente regula la intensidad de las preocupaciones interpersonales del adolescente, su autocrítica y eficacia personal que influyen sobre su competencia social (Kuperminc, Blatt & Leadbeater, 1997).

Las consecuencias de la interacción intrafamiliar persisten durante el desarrollo de los hijos disminuyendo hacia la adolescencia. A lo largo de la adolescencia, la red de relaciones con diferentes sistemas, en su interfaz con el sistema familiar, modera el ajuste socioemocional del adolescente (O'Connor, Hetherington & Reiss, 1998), y ya no sólo con la interfaz familia-escuela, como ocurre en el caso del niño pequeño.

Repetti, Taylor y Seeman (2002) concluyeron, a partir de lo descrito anteriormente, que existen familias que ellos nombraron "de alto riesgo" donde se adoptan estilos de crianza inadecuados, y se retroinforma constantemente al niño como incompetente, incapaz de predecir y controlar su medio, ni siquiera su propia conducta ante diversas fuentes de ansiedad. Proponen un modelo explicativo donde las interacciones familiares dentro de

una familia de “alto riesgo” juegan un papel determinante en la salud mental y física del ser humano a lo largo del desarrollo (Fig. 1).

Es evidente así, que la interacción intrafamiliar es esencial durante todas las etapas del desarrollo. Las repercusiones de los estilos de crianza, adoptados por los padres, se verán reflejados en todos los sistemas en los cuales el niño y/o adolescente sea partícipe. Como se citó anteriormente, existen numerosos estudios que comprueban los desajustes funcionales en los niños sometidos a un estilo de crianza inadecuado. Por ejemplo, en muchas ocasiones el estilo de crianza autoritario se lleva a conductas extremas por parte de los padres, donde los golpes, insultos y abusos forman parte de la vida cotidiana. El sufrimiento experimentado por el niño acarrea incompetencia social y secuelas a largo plazo, se percibe a sí mismo como incapaz de afrontar con éxito las situaciones ansiógenas ocurridas tanto en la escuela como en casa. De esta manera, los estilos de afrontamiento que adoptará durante su crecimiento serán defectuosos, las situaciones que son percibidas como peligrosas provocarán constantemente conductas inapropiadas que irán formando un repertorio de respuestas psicopatológicas.

Es innegable que la trastornos psicopatológicos empiezan a edad temprana, donde el estrés de los padres, la forma de afrontamiento y las prácticas de crianza resultan ser los ingredientes principales (Hernández-Guzmán, 1999). No es difícil encontrar ansiedad y depresión en infantes provenientes de familias disfuncionales, estos trastornos perduran hasta la edad adulta sino se detectan a tiempo y se establecen cambios efectivos en la interacción intrafamiliar.

CAPITULO 3: ANSIEDAD: DEFINICIÓN Y ETIOLOGIA

3.1 Ansiedad, Miedo y Estrés

Tanto médicos y psicólogos hasta fisiólogos y evolucionistas han estudiado la ansiedad en los últimos tiempos. Se han creado diversas hipótesis explicativas acerca del origen de los trastornos por ansiedad. Sin embargo, los datos sobre las causas que los desencadenan son escasos.

La ansiedad se reconoció como enfermedad mucho después que otros tipos de neurosis y, hasta la fecha, los investigadores continúan discrepando acerca de su definición. La definen según la perspectiva teórica a la que pertenecen (Roth, 1988). Frecuentemente la ansiedad se ha definido como temor, tensión o miedo relacionado con la expectativa de peligro, ya sea interno o externo. La ansiedad puede enfocarse a un objeto, situación o actividad o bien, no se enfoca a nada en particular. Para la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1975), la ansiedad es aprehensión, tensión e intranquilidad que surge de la anticipación de algún peligro, cuya fuente generalmente se desconoce o es irreconocible.

Esta ansiedad que se presenta ante un peligro es una respuesta emocional normal y adaptativa que prepara al organismo para reaccionar ante una situación amenazadora real o imaginaria. Si esta ansiedad remite a estímulos específicos, se habla propiamente de miedo.

Aunque existen teóricos que no distinguen entre miedo y ansiedad, la mayoría considera necesaria una diferenciación entre ambas emociones, ya que los pacientes que experimentan una y otra informan síntomas distintos (Beitman, et al, 1987). Así, se argumenta que el miedo es una emoción natural ante un estímulo tangible, es un motivo para el escape, que apoya la acción de huida, y la ansiedad viene a representar el miedo no resuelto debido al bloqueo de la acción, es decir, a la imposibilidad para escapar. La ansiedad también podría ser un estado de activación no dirigido subsecuente a la percepción de peligro (Epstein, 1972).

Para Kaplan y Sadock (1996) la ansiedad y el miedo son señales de alerta que avisan de un peligro inminente y permiten al sujeto prepararse para enfrentar la amenaza. Sin

embargo, mientras el miedo es una respuesta a una amenaza concreta, conocida, externa y no originada por un conflicto, la ansiedad es una respuesta a una amenaza inespecífica, interna, vaga u originada por algún conflicto.

Dichas posturas indican una diferencia con base en el estímulo que desencadena una u otra emoción.

Es notorio que el miedo se refiere a un estímulo tangible y la ansiedad se refiere a una amenaza vaga, pero ésta última no se encuentra adecuadamente delineada. Aún no se llega a un definición única, sin embargo Barlow ha conseguido dar una explicación más completa de ansiedad y una más comprensible acerca de su diferenciación con el miedo.

Barlow (1988) describe la ansiedad como una estructura cognitivo-afectiva difusa. Es una estructura con un alto afecto negativo, diferentes niveles de activación o excitación, percepciones de pérdida de control en sucesos futuros y poca atención en los conceptos auto-evaluativos. Es difusa debido a que se puede asociar a diversas situaciones y se puede expresar diferente de individuo a individuo y aún, por el mismo individuo en distintos tiempos. El miedo es la emoción básica que pone alerta al sujeto ante peligros externos. Puede verse esta relación en la Figura 2.

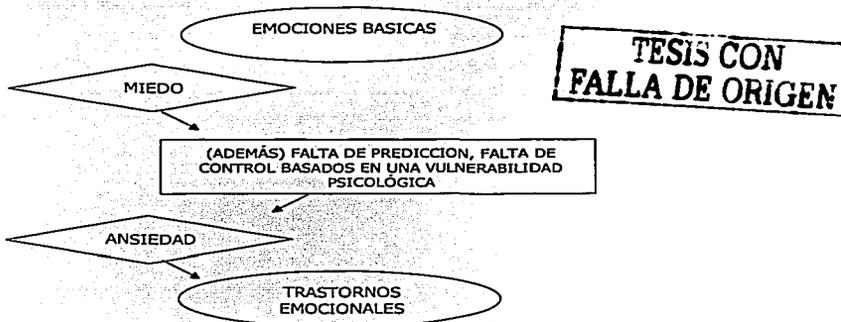


Figura 2. La relación entre miedo (alarma) y ansiedad

Asimismo, frecuentemente se toman como sinónimos estrés y ansiedad, los mismos científicos y teóricos que estudian la ansiedad usan los nombres indistintamente. Debido a este desacuerdo entendido, la distinción entre ambos términos resulta complicada. Después de estudios con individuos estresados severamente (Chesney, 1985; Chesney & Black, 1986) se encontró que estos individuos mostraron poca o casi nada de ansiedad, de hecho, su método de afrontar el estrés parecía caracterizarse por un trabajo arduo, atención continua hacia el logro y notable confianza en sus habilidades para tratar los problemas. Muchos sujetos con trastornos de estrés tienen un exagerado sentido de dominio y control, y enfrentan estímulos estresores aumentando su conducta de afrontamiento y de solución de problemas a pesar de su bienestar físico. Usualmente se encuentran irritables y enojados, aunque también los que sufren de trastornos de ansiedad presentan dichos síntomas (Neff & Blanchard, 1987).

Las personas que desarrollan estrés van a presentar muchos de los síntomas y vulnerabilidades que las personas con ansiedad, y pueden compartir las mismas tendencias de acción, pero con el estrés nunca se perderá la percepción de control (Barlow, 1988).

Todas las características de la ansiedad se han analizado desde diferentes perspectivas con el fin de identificarlas adecuadamente.

3.2 Ansiedad como un fenómeno multidimensional

Se han establecido varios componentes que integran la ansiedad. Lang (1971) y Lang, Rice y Sternbach (1972) propusieron que la ansiedad se compone a partir de tres sistemas de conducta: a) sistema de conducta motora, b) sistema cognitivo y, c) sistema de estados fisiológicos.

El sistema motor incluye conductas de evitación, gesticulaciones, cambios de postura, temblores, etc. El sistema cognitivo se refiere a los procesos cognitivos y al informe verbal de los mismos. Incluye aspectos de percepción y evaluación por parte del individuo con respecto a los estímulos. Puede incluir así, memorias pasadas, pensamientos específicos e imágenes. Lang también estableció que dentro del informe verbal se encuentran informes de preocupaciones, obsesiones, incapacidades de

concentración e inseguridad. El sistema fisiológico se asocia con un aumento en la actividad del sistema simpático nervioso dando como resultado un incremento en la frecuencia cardíaca, en el tono muscular, en la respiración y en la actividad de las glándulas de sudoración.

Evaluaciones posteriores encontraron que este modelo de sistemas no contaba con correlaciones estadísticamente significativas (Borkove, Weerts & Bernstein, 1977), también se concluyó que los tres sistemas podían variar en el tiempo. Es decir que los procesos en la ansiedad no son sincronizados (Hodgson & Rachman, 1974) y los sistemas no se encontraban delimitados, incluyéndose y excluyéndose indistintamente.

A pesar de las múltiples críticas que recibió esta teoría, presentó a la ansiedad no como un solo fenómeno, sino como una emoción multidimensional, de la misma manera que se manejaban otros estados emocionales.

La emoción tiene tantas o más definiciones que la ansiedad. Leventhal y Mosbach (1983), y Leventhal y Tomarken (1986) decidieron dividir las teorías de la emoción que se habían postulado, en cuatro campos: a) teorías de reacción corporal, b) teorías centrales-neurales, c) teorías de activación cognitiva y d) teorías de evolución Darwiniana.

Teorías de reacción corporal: Teoría de James- Lange.

Lang (1884, en Edelman, 1992) y James (1885, en Edelman, 1992), trabajando de manera independiente, supusieron que un estímulo que provoca una emoción produce actividad en el Sistema Nervioso Autónomo (latidos, sudoración) y cambios en los músculos esqueléticos (expresiones faciales, etc.). Sostuvieron que la experiencia subjetiva, o el sentimiento con respecto a una emoción es resultado directo de estos cambios. Ninguna emoción precede a una respuesta corporal, la respuesta corporal ya es en sí una emoción. No temblamos ni nos mareamos porque estemos ansiosos, más bien, estamos ansiosos porque temblamos y nos mareamos.

Esta teoría tiene muy poco alcance explicativo en cuanto a los mecanismos por los cuales el cuerpo sufre cambios cuando percibe un hecho estresante.

Cannon, en 1927, criticó la teoría James-Lange arguyendo que las sensaciones corporales son muy lentas, difusas e insensibles a la rapidez y a la amplia gama de experiencias emocionales humanas. Si la retroalimentación de las sensaciones

corporales crean un sentimiento emocional, como propone James-Lange, entonces se esperaría que los pacientes que no reciben retroalimentación, así como aquellos pacientes que padecen de lesiones en la médula espinal, referirían una disminución en la experiencia emocional. Cannon propuso entonces que la emoción está bajo el control del Sistema Nervioso Central, más que del Periférico. Su teoría neurofisiológica postula que el estímulo llega a la corteza vía los sistemas subcorticales. Si la naturaleza de los estímulos es emocional, los sistemas subcorticales no sólo transmitirán la información a la corteza, le provocará la experiencia emocional, sino también dicha información se hará llegar al sistema periférico y, entonces, se generarán las respuestas corporales. La estructura subcortical particularmente importante en la participación de una emoción era el tálamo.

Se descubrió después que todas estas afirmaciones fisiológicas eran incorrectas, la neurofisiología es más complicada de lo que Cannon originalmente suponía.

Schachter, por su parte ha sugerido que tanto los aspectos cognitivos como los fisiológicos de la emoción son importantes, si alguno de ellos está ausente, la emoción que se experimente resultará incompleta. Schachter y Singer (1962) estudiaron los efectos en las cogniciones de diferentes sujetos a los cuales se les inyectó epinefrina. Se utilizaron tres grupos, al primero se le informó los verdaderos efectos de la droga; al segundo se le informó efectos equivocados y al tercero no se le informó acerca de algún efecto secundario. Luego manipularon el tipo de explicación de los sujetos acerca de su excitación poniendo cómplices en los grupos, los cuales actuaron, para la mitad de los sujetos de manera alegre, y para la otra mitad de manera agresiva. Con base en la conducta observada y los autoinformes, los sujetos no informados se comportaron enojados o alegres dependiendo de la condición en comparación con los sujetos informados. Así, Schachter y Singer propusieron como hipótesis que si se está un estado de excitación fisiológica, se buscará en el ambiente inmediato una explicación adecuada, la cognición actuará de manera determinante en la emoción experimentada. Cuando se repitió el experimento y los resultados no coincidieron (Marshall & Zimbardo, 1979; Maslach, 1979), se criticó esta explicación.

Darwin sugirió que las emociones aumentan la capacidad de sobrevivencia, porque son reacciones apropiadas frente a eventos de emergencia y actúan como señales para futuras acciones o intenciones.

Darwin fue el primer evolucionista que postuló esta teoría, pero muchos científicos posteriores la han apoyado hasta nuestros días. Él afirmó que a lo largo de la evolución de las especies, se ha desarrollado un proceso de selección natural donde los cambios que se presentan en una población permanecen o desaparecen, dependiendo de su eficacia para permitir la sobrevivencia o adaptación. Los organismos favorecidos por este cambio tendrán ventaja sobre los demás y, por lo tanto, se adaptarán al medio. El término adaptativo se puede aplicar a una conducta que promete el mayor número de metas a un organismo—sobrevivencia, crecimiento, reproducción, conservación, dominio.

La teoría Darwiniana explica que las respuestas emocionales evolucionaron debido a que son útiles y adaptativas. En un principio, ciertas respuestas emocionales sirvieron para manejar situaciones a corto plazo. Las respuestas fisiológicas que acompañan a las emociones negativas preparan a las personas para amenazar, pelear con los rivales o huir de situaciones peligrosas (Carlson, 1996). La respuesta emocional se entiende, entonces, como un medio para garantizar la sobrevivencia y preservación del propio linaje. De acuerdo con la evolución, el miedo y la ansiedad forman parte del mecanismo de defensa que protege al organismo de situaciones que ponen su vida en peligro (Hernández – Guzmán, 1999).

3.3 Etiología de la Ansiedad

Las explicaciones más plausibles del miedo y la ansiedad los presentan como una respuesta emocional biológicamente adaptativa ante el peligro, que se modula y transforma por aprendizaje al interactuar y asociarse con los diferentes contextos que enfrenta el ser humano a lo largo de su vida.

Existían concepciones que habían sugerido un punto de vista unidireccional donde la herencia era la única responsable del comportamiento humano, o que el ambiente jugaba el papel determinante. La añeja discusión natura – nurtura, que contraponía las disposiciones heredadas contra la experiencia, es ahora obsoleta, dando paso a posturas más avanzadas del desarrollo que coinciden en un determinismo recíproco, en el que tanto las disposiciones genético – constitucionales como también el ambiente interactúan, para afectarse mutuamente (Hernández- Guzmán, 1999).

También aquí, la perspectiva evolutiva ha ganado terreno y adquirió cada vez mayor fuerza, explicando el desarrollo del comportamiento humano mediante la selección por contingencias. Consistente con un enfoque de las ciencias naturales, el proceso de desarrollo humano se equipara y relaciona con el proceso de la evolución de las especies. La psicología del desarrollo se centra en los cambios en los individuos, ontogenia. Mientras que la evolución de los cambios en las especies, filogenia. Tanto la filogenia como la ontogenia recurren a la selección por contingencias como factor que explica el cambio (Novak, 1998).

Además, de su éxito, las explicaciones que privilegian el determinismo recíproco son las que gozan de mayor aceptación. De acuerdo con esta propuesta, la manifestación de miedo y ansiedad forma inicialmente parte del bagaje biológico del organismo humano en su papel adaptativo, para evolucionar al relacionarse con las circunstancias del medio ambiente, formando así una historia de interacción particular. Este modelo interactivo y dependiente del contexto propone entonces que las diferencias individuales, al entrar en contacto con nuevos contextos, interactúan con éstos de acuerdo con las disposiciones e historia de interacciones de cada individuo en particular. Es una variedad de diferencias individuales la responsable de la determinación de la vulnerabilidad a estresores específicos y a su intensidad (Hernández-Guzmán, 1999). Esto explica por que no toda persona que se expone a una situación o suceso vital considerado por muchos como ansiógeno, presenta ansiedad.

Al interactuar la disposición genética con el ambiente, realimentándolo al mismo tiempo que realimentándose de él, se da lugar al aprendizaje de respuestas emocionales ante estímulos nuevos, carentes ya de relevancia en la historia evolutiva. Según Foa y Kozak (1986), por medio de la experiencia se van formando asociaciones no sólo entre estímulo-respuesta, sino entre estímulo-estímulo. Su modificación terapéutica entrena el aprendizaje de nuevas asociaciones, en las que la percepción y las cogniciones coparticipan. Estas, al mismo tiempo que influyen sobre el comportamiento, éste las confirma o las descalifica. De esta manera, una disposición explicable filogénicamente se transforma, por medio de la experiencia, en comportamiento explicable ontogénicamente. Las contingencias ontogénicas se relacionan con conducta presente adquirida por cadenas causales. Estas cadenas se conforman a partir de la secuencia de eventos ocurridos como parte de la historia conductual de cada individuo.

La asociación que se forma entre las emociones aversivas como disposiciones genéticas y los eventos dados por el ambiente, ocurre a través de la experiencia. Una persona trata de escapar o evitar los objetos y situaciones que las evoquen. Parte del interjuego dinámico y en constante cambio, es que la persona aprende conductas que le permiten aminorar o evitar los efectos aversivos, ya sea del ambiente en el que se desempeña, o de cogniciones y experiencias subjetivas internas. Algunas de estas estrategias le permiten afrontar el miedo y la ansiedad sin poner en riesgo otros ámbitos de su funcionamiento, otras serán disfuncionales.

3.4 Ansiedad patológica

Cuando el ser humano aprende conductas efectivas para desarrollar estrategias de afrontamiento que aminoran los efectos aversivos, la ansiedad y el miedo siguen jugando un papel adaptativo y normal en la vida cotidiana. Cuando dichas estrategias son disfuncionales, las consecuencias de experimentar ansiedad son un verdadero problema psicológico.

Cuando la evitación o el escape a una situación amenazante son imposibles, otros signos conductuales aparecen, incluyendo manos sudorosas, llanto, comerse las uñas, chuparse el dedo y habla titubeante (Barrios & Hartmann, 1988; Kendall, et al, 1992). La tendencia a exagerar algunas situaciones y acelerar nuestro cuerpo para enfrentar dichas amenazas, altera de manera nociva el funcionamiento normal del organismo. Los síntomas de ansiedad incapacitan y perturban (como un bloqueo o un desmayo).

Cuando el funcionamiento de una persona se ve afectado a tal grado, se habla propiamente de ansiedad patológica, donde la respuesta ansiosa se torna extrema y fuera de proporción con respecto a la amenaza real que plantea un determinado estímulo ambiental interno o externo. De hecho, podrá sentir miedo simplemente con hablar o pensar acerca de una situación peligrosa—o imaginándola (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

No siendo un peligro real sino la interpretación o exageración del mismo, la experiencia de ansiedad es inapropiada para iniciar una acción para resolverlo. Si el peligro es inexistente o exagerado, el individuo no tiene manera de evitarlo, y empieza a tener reacciones automáticas en el cuerpo incapaz de controlarlas. Entre otras están: temblor de ojos, náuseas, tos, espasmos bronquiales y vómitos, que son interpretados

de manera catastrófica reforzando así la respuesta ansiosa y comenzando entonces, un círculo auto-pertetuator.

La ansiedad patológica muestra cuatro tipos de síntomas: cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos (Beck, Emery & Greenberg, 1985), mostrados en la siguiente Tablas 2, 3, 4 y 5.

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

Síntomas Cognitivos de Trastornos de Ansiedad

1. Sensorial – Perceptual

- No poder recordar cosas importantes
- "Mente": confusa, obnubilada, mareada, brumosa.
- Los objetos parecen distantes y borrosos.
- El ambiente parece diferente/ irreal
- Sentimiento de irrealidad
- Inseguridad
- Estado de alerta

2. Dificultades en el pensamiento

- Confuso
- Incapaz de controlar el pensamiento
- Dificultad de concentración
- Distrainimiento
- Bloqueo
- Dificultad al razonar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Pérdida de objetividad y perspectiva

3. Conceptual

- Distorsión cognitiva
- Miedo a perder el control
- Miedo no ser capaz de enfrentar
- Miedo a heridas físicas o la muerte
- Miedo a un trastorno mental
- Miedo a evaluaciones negativas
- Imágenes visuales atemorizantes
- Ideaciones temerosas repetitivas

Tabla 2. Síntomas cognitivos

Síntomas afectivos	
Impaciente	Temeroso
Inquieto	Asustado
Nervioso	Espantado
Tenso	Alarmado
Ansioso	Aterrorizado

Tabla 3. Síntomas afectivos

Síntomas conductuales	
Inhibición	Evitación
Inmovilidad tónica	Escape
Hiperventilación	Inquietud
Poca fluidez al hablar	
Falta de coordinación	

Tabla 4. Síntomas conductuales

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Síntomas de acuerdo a los sistemas psicológicos

<i>Cardiovascular</i>	
Palpitaciones Aumento de la frecuencia cardiaca Aumento de la presión sanguínea Desmayos (p)	Disminución de la presión sanguínea (p) Disminución del ritmo de pulsaciones (p)
<i>Respiratorio</i>	
Respiración acelerada Dificultad al respirar Falta de aire Presión en el pecho	Jadeo Nudo en la garganta Sensación de asfixia Espasmo bronquial (p)
<i>Neuromuscular</i>	
Aumento en los reflejos Reacción de shock Temblor en el ojo Insomnio Espasmo Temblores Rigidez Movimientos involuntarios	Caminar de un lado para otro Parálisis facial irregular Debilitación generalizada Piernas temblorosas Movimientos no coordinados
<i>Gastrointestinal</i>	
Dolor abdominal (p) Pérdida del apetito Repulsión hacia la comida Nauseas (p)	Sensación de ardor en el pecho (p) Malestar abdominal Vómito (p)
<i>Tracto Urinario</i>	
Presión al orinar (p)	

**TESTS CON
FALLA DE ORIGEN**

Orinar frecuente (p)	
<i>Piel</i>	
Enrojecimiento facial Palidez facial Sudoración localizada (palmas de las manos)	Sudoración generalizada Comezón

Tabla 5. Síntomas Físicos

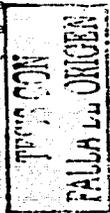
Como se observa en las tablas, son muchos los sistemas que intervienen en una respuesta ansiosa fuera de control. Sin embargo, los tipos de síntomas varían de acuerdo con la naturaleza del problema y la forma en que se perciba e interprete.

La percepción influye de manera determinante en las respuestas emocionales al afrontar un problema, la respuesta ansiosa no se considera como un estímulo ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una "transacción", influido tanto por la percepción y evaluación del individuo como por el entorno (Folkman, 1984; Lazarus, Kanner & Folkman, 1980; Michenbaum, 1988)

La influencia bidireccional constante entre el ser humano y su entorno se da desde los primeros años de vida. Las situaciones estresantes naturales hacen su aparición cuando el hombre nace y es, a través del aprendizaje de conductas en los diferentes contextos de su vida como moldeará sus estrategias de afrontamiento.

Inicialmente, la incomodidad, el dolor y los sonidos agudos y repentinos provocan inquietud en un bebé e incluso pueden inducir el llanto, la tensión muscular y los movimientos difusos. El ruido y las situaciones asociadas con él; los cambios repentinos en la iluminación y los movimientos abruptos e inesperados; la aproximación de un objeto; la altura. Estas situaciones suelen provocar temor, en particular, durante el primer, segundo y tercer años de vida (Bowlby, 1973).

Estos miedos naturales en los bebés y niños se convertirán en situaciones más o menos ansiosas de acuerdo con la experiencia adquirida a lo largo de su desarrollo en el contexto familiar. La ansiedad es un acompañante normal del crecimiento y de los



ANSIEDAD: DEFINICION Y ETIOLOGIA

cambios, de la experimentación de cosas novedosas, y del hallazgo de la propia identidad y sentido de la vida. Sin embargo, cuando el aprendizaje de estrategias no es el adecuado, la ansiedad puede convertirse en el componente esencial de muchas patologías médicas y otros trastornos mentales dependiendo de su intensidad y su duración.

CAPITULO 4: ANSIEDAD EN NIÑOS

Los trastornos psicopatológicos en la niñez son más comunes de lo que se pensaba. Gracias al estudio continuo de investigadores y científicos de la conducta, se ha logrado cada vez más, poner de manifiesto que la psicopatología infantil presenta una preocupación social importante y de frecuente ocurrencia.

A pesar de que la mayoría de los niños experimentan muchos miedos transitorios y asociados a una determinada edad que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo, los trastornos por ansiedad se encuentran entre los primeros problemas de salud mental que afectan a niños y adolescentes hoy en día. La importancia de tratar con los trastornos de ansiedad se ha acentuado debido a hallazgos recientes que sugieren que los niños que sufren de ansiedad, en su vida adulta continuarán sufriendo de síntomas de ansiedad (Last, Phillips, & Statfield, 1987).

Los síntomas asociados con la ansiedad en niños son parecidos a los encontrados en los adultos, incluyen manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas. Un análisis topográfico de la ansiedad infantil permite distinguirlas (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001):

- a) Psicofisiológicas. El denominador común es el notable aumento de la activación vegetativa, que se refleja principalmente en:
- Respuestas electrodérmicas: el aumento de actividad de las glándulas sudoríparas se manifiesta, sobre todo, en unas palmadas de las manos sudorosas, húmedas o pegajosas, produciendo un incremento de la conductancia de la piel.
 - Respuestas cardiovasculares: el aumento de las contracciones cardíacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitaciones) eleva la presión arterial y la tasa del pulso. Los cambios en el flujo sanguíneo varían la coloración de la piel (enrojecimiento o palidez) y la temperatura (calor o frío súbitos). Por ejemplo, la vasoconstricción periférica desplaza sangre desde las extremidades a los músculos principales, disminuyendo la temperatura periférica, que es percibida como manos y pies fríos.



- Otras respuestas: aumento del tono muscular, que puede producir movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión en diversas zonas del cuerpo; incremento de la tasa respiratoria, que se percibe como sensaciones de ahogo, acompañadas, a veces, de suspiros, etc.
- b) Motoras. El comportamiento motor infantil se dirige a impedir, posponer o interrumpir la interacción con los estímulos desencadenantes:
- Respuestas de evitación activa: el niño lleva a cabo a una acción que obvia la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad.
 - Respuestas de evitación pasiva: el niño deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten.
 - Respuestas de escape: el niño se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social.
 - Respuestas motoras alteradas: si las condiciones fuerzan al niño a mantenerse en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal (voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc.) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, etc.).
- c) Cognitivas. Pensamientos o imágenes mentales relacionados con la situación fóbica:
- Percepción de estímulos amenazadores: el perro tiene un aspecto muy fiero, la oscuridad es peligrosa, etc.
 - Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento: soy miedoso, no me atrevo, etc.
 - Preocupación por las reacciones somáticas: ¿y si me desmayo?, ¿y si me mareo?, ¿y si vomito?, ¿y si me orino?, etc.
 - Rumiações de escape / evitación: no pienso ir al dentista, en el recreo me marcho a casa, etc.
 - Expectativas de daño: el gato me arañará, me va a doler la inyección, etc.

La ansiedad infantil llega a ser una preocupación cuando es severa o su duración contrasta negativamente con el niño o con aquellas personas dentro de la familia o red

social (Kendall, Howard & Epps, 1988). Para considerarse como ansiedad patológica infantil se requieren dos condiciones:

- a) Que resulte desproporcionada a las demandas de la situación. En unos casos, los objetos temidos no constituyen ninguna amenaza objetiva para el bienestar biopsicosocial del sujeto, de modo que el miedo es irracional.
- b) Que su elevada intensidad lo convierta en un comportamiento desadaptativo. El niño sufre enormemente en la situación temida, como, por ejemplo, separarse de los padres, y se produce un deterioro en su adaptación familiar, escolar o social.

Resulta común la incapacidad percibida por los niños afectados con trastornos de ansiedad. El componente cognitivo juega un papel importante en esta percepción, los pensamientos ansiosos incluyen "¿Qué me va pasar ahora?" o "¡Parezco un tonto!". Este tipo de razonamientos son distorsionados ya que no concuerdan con la magnitud del hecho real.

Desde una perspectiva cognitiva, los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, sin tomar en consideración los componentes de la situación, experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las efectivas de las que no lo son y, por último, suelen ser lentos en la toma de decisiones. Por ello, no es infrecuente la adopción de la evitación como una estrategia de afrontamiento (Echeburúa, 1998).

Asimismo, las preocupaciones excesivas o no realistas, percibidas como incontrolables, constituyen el sesgo cognitivo global más nuclear de los trastornos de ansiedad. La atención excesiva del niño a sus propias reacciones y a sus propios pensamientos contribuye a desarrollar y mantener la ansiedad. Esta focalización atencional interfiere negativamente con la implicación en conductas activas y aumenta la probabilidad de atribuciones internas e intensifica las reacciones emocionales de temor. La ejecución de las conductas en estas circunstancias puede ser insatisfactoria y, de este modo, realimentar el esquema cognitivo anticipado (Echeburúa, 1998).

Como se había descrito anteriormente, todos estos estilos de afrontamiento ansiosos provienen de un aprendizaje continuo en el seno familiar. Muchos estudios sugieren que las fuentes de riesgo familiar que lo favorecen es tener un padre enfermo, un padre con un trastorno de ansiedad (Radke-Yarrow, Nottlemann, Belmont & Welsh, 1993; Sahakian & Charlesworth, 1997) o un padre con antecedentes de ansiedad (Capps, Sigman, Sena, Henker & Whalen, 1996; Goldstein, Wickramaratne, Horwath & Weissman, 1997; Last, Hersen, Kazdin, Francis & Grubb, 1987; Mufson, Weissman & Warner, 1992; Shear & Mammen, 1997).

Es evidente que la interacción que tenga un padre que sufra de algún trastorno psicopatológico con su hijo será completamente diferente a la de un padre que no presente trastorno alguno. En muchas de las veces, los padres deprimidos o ansiosos se muestran negligentes o poco afectuosos con sus hijos, propiciando algún trastorno de ansiedad en los mismos (Gerlsma, Emmelkamp & Arrindell, 1990; Rapee, 1997).

No obstante, también existe evidencia de que la sobreprotección y el control excesivo percibido en los hijos por parte de los padres, han mostrado asociaciones significativas con la presencia de síntomas de ansiedad (Muris & Merckelbach, 1998) y trastornos de ansiedad clínicos (Siqueland, Kendall & Steinberg, 1996) en niños.

También se han considerado a través de la literatura como factores de alto riesgo los antecedentes de la madre, cuando presenta, por ejemplo, antecedentes de maltrato o bien una psicopatología depresiva entre otros, no contará con las habilidades para brindar y atender las necesidades psicológicas y físicas del hijo (Belsky & Nezworski, 1988; McClure, Brennan, Hammen & Le Brocque, 2001). Stevenson-Hinde y Shouldice (1995) encontraron en un estudio con madres de niños ansiosos, que los auto-informes de éstas mostraban síntomas de depresión, de ansiedad y de poca satisfacción en sus matrimonios en comparación con madres de niños seguros. Así, los trastornos depresivos en las madres y los padres han mostrado tener patrones de interacción con sus hijos muy diferentes a aquellos que no los tienen (Jacob & Johnson, 2001).

Durante la adolescencia, las interacciones inadecuadas entre padre/madre- hijo se vuelven muy frecuentes, la baja calidad en las relaciones con la familia de origen se han asociado

con ansiedad. Las conductas específicas en los estilos de crianza que manejan los padres de adolescentes, contribuyen de manera significativa en del desarrollo de ansiedad (Harris & Howard, 1987; Krohne & Hock, 1991; Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1996).

Los trastornos de ansiedad son las condiciones más comunes, en un rango de 20 a 75% aproximadamente en jóvenes con depresión (Kovacs & Devlin, 1998). Existen numerosos estudios que sugieren la comorbilidad entre los patrones de depresión y ansiedad aunque ésta no quiere decir que los síntomas de ambos diagnósticos sucedan al mismo tiempo, puede ser que un trastorno depresivo se desarrolle antes o después de los patrones clásicos de un trastorno de ansiedad (Avenevoli, Stolar, Li, Derker & Merikangas, 2001).

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD INFANTIL

Por mucho tiempo, ninguno de los científicos de la conducta se ponía de acuerdo en los criterios de diagnóstico para los trastornos de ansiedad en niños. Es hasta la tercera edición del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que se han tenido grandes cambios a consecuencia de los avances en el conocimiento de la biología de la ansiedad. Uno de ellos es que la palabra neurosis se eliminó de la nomenclatura oficial y que las divisiones se realizaron con base en la validez y confiabilidad de los criterios clínicos.

Los estudios clínicos y epidemiológicos que se han utilizado para el DSM-III-R, se basaron en entrevistas psiquiátricas estructuradas que cambiaron la forma de ver la psicopatología infantil y que aclararon el panorama con relación a los síntomas sufridos por los niños en diversas áreas. Gracias a esto, se pone atención en la probabilidad de desórdenes del comportamiento, así como la depresión, presentes en el diagnóstico de trastornos de ansiedad.

El criterio adicional del deterioro funcional necesario en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, se incluyó en el DSM-III-R después de que los clínicos etiquetaban inadecuadamente síntomas de ansiedad que no eran patológicos.

Después de la edición del DSM-III-R salió el DSM-IV, con algunos cambios en los criterios de diagnóstico. La clasificación de los trastornos de ansiedad en niños, según ésta edición, es la siguiente:

- Fobia específica
- Trastorno por angustia con o sin agorafobia
- Ansiedad generalizada
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Fobia social
- Trastorno de estrés postraumático

Trastorno de ansiedad por separación

Los niños con frecuencia muestran síntomas de ansiedad cuando sus padres se alejan temporalmente de ellos. Esta situación es patológica cuando la ansiedad es excesiva e incontrolable cada vez que ocurre una separación de los miembros de la familia. El niño que lo sufre trata de evitar a toda costa separarse de sus padres, por lo que rechaza invitaciones a quedarse dormir en casa de sus amigos, ir de campamento e inclusive ir a la escuela. Muestra dificultades para conciliar el sueño y tiene pesadillas que giran alrededor de la separación de sus figuras de apego.

Fobia específica

Se refiere al miedo persistente e irracional a un objeto específico o evento que provoca una evitación consciente del mismo. La reacción fóbica provoca una interrupción en el funcionamiento cotidiano normal del sujeto. Las fobias se caracterizan como un miedo extremo hacia objetos o situaciones que en realidad no son amenazantes. Las fobias son comunes en la infancia y se dan con más frecuencia en las niñas que en los niños.

Trastorno por angustia con o sin agorafobia

La característica esencial del trastorno por angustia es la presencia de crisis de angustia inesperadas y recurrentes. Las crisis de angustia son periodos de miedo o terror intenso acompañado de síntomas físicos y cognitivos. Los síntomas físicos incluyen taquicardia y dolor de pecho, sudoración y temblor, dificultad para respirar, mareos, cambios de temperatura corporal, pérdida de sensibilidad y dolor de estómago. Los síntomas cognitivos incluyen preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis

de angustia y por sus posibles implicaciones y consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo, relacionado con las crisis. Dependiendo de si reúnen o no los criterios de agorafobia, se diagnosticará con o sin ésta.

Ansiedad generalizada

Consiste en una preocupación excesiva y persistente que no se enfoca a ninguna situación u objeto en particular, acompañada de gran variedad de síntomas somáticos que causan notables perturbaciones en el funcionamiento social o laboral del sujeto, o bien le causan un intenso malestar. En los niños, la ansiedad suele hacer referencia al rendimiento o competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados por nadie. También pueden surgir preocupaciones excesivas por eventos catastróficos como terremotos o guerras.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Los sujetos que presentan este trastorno generalmente muestran dos tipos de síntomas clínicos: obsesiones y compulsiones. Las obsesiones se refieren a pensamientos persistentes, intrusivos y no deseados que la persona no puede controlar. Estos pensamientos pueden consistir en palabras o ideas que no tienen ningún sentido aparente para la persona que los experimenta. Las compulsiones consisten en conductas que se repiten excesivamente para aliviar el estrés asociado con los pensamientos aversivos. Las compulsiones más comunes en niños son lavar o limpiar, verificar, contar y repetir.

Fobia social

Los niños y adolescentes con fobia social con frecuencia temen y evitan eventos relacionados con la escuela como hablar en público, clases de educación física, actividades extraescolares y nuevas interacciones sociales. Les causa temor y evitan situaciones que los expongan a un posible escrutinio de los demás y que les provoque miedo a hacer algo o actuar de cierta manera que pueda ser embarazosa. La mayor de las veces comienza en la adolescencia, aunque también incide en edades tempranas.

Trastorno de estrés postraumático

Los niños que han experimentado algún evento excesivamente estresante que con frecuencia se considera como no necesario, fuera del rango de experiencias humanas

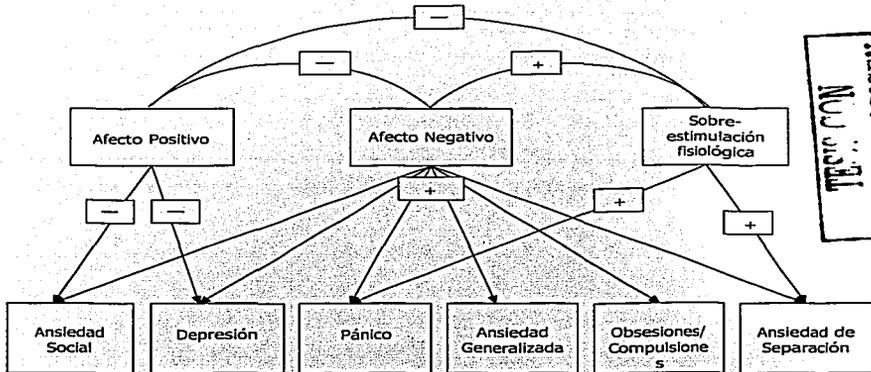
normales, es muy probable que sufran de estrés postraumático. En muchos de los casos, el niño ha interactuado en una situación donde existe una amenaza directa a sí mismo o a otra persona (ser víctima de un disparo, ver a alguien morir en un accidente automovilístico, abuso sexual). La reacción incluye miedo intenso, inseguridad y horror. Los niños y adolescentes con TPET reviven el evento traumático a través de pensamientos intrusivos, recuerdos y sueños.

Es prácticamente imposible encontrar un trastorno de ansiedad único debido a la correlación tan estrecha que existe entre todos. La clasificación se utiliza para diagnosticar de acuerdo a la mayoría de síntomas presentes, un trastorno dominante, no obstante, los síntomas se comparten con otros.

ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La etiología de cada uno de los trastornos aún se desconoce, sin embargo, existen modelos explicativos acerca del origen de los trastornos de ansiedad. Barlow & Chorpita (1998) retomaron el modelo tripartita de emoción que sugiere (Clark & Watson, 1991, en Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000) un factor general, afecto negativo (NA), que se comparte con ansiedad y depresión, y dos factores específicos, sobre-estimulación fisiológica (PH), común en trastornos de ansiedad, y (bajo) afecto positivo (PA), común en depresión.

Barlow considera que la psicopatología infantil opera a diferentes niveles, conceptualización relacionada con los modelos neurobiológicos de la emoción que identifican a los sistemas cerebrales específicos (el sistema de inhibición conductual, el sistema de activación conductual y el sistema "lucha/escape") como subsistemas de acuerdo a los niveles emocionales. El modelo evalúa relaciones entre los factores del modelo tripartita de Clark y Watson y las dimensiones de la ansiedad del DSM-IV (véase fig. 2). El modelo consiste en las siguientes relaciones: (1) NA (Afecto Negativo) presenta una relación positiva con todos los trastornos de ansiedad y con depresión, (2) PA presenta una relación negativa con depresión y con fobia social y (3) PH presenta una relación positiva con trastorno de pánico y con trastorno de ansiedad por separación (Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000; Chorpita, 2002).



TEXTO CON
 FALLA DE ORIGEN

Fig. 3. Influencias de la Sobre-estimulación fisiológica, Afecto Negativo y Afecto Positivo en trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (tomado de Chorpita, Plummer & Moffitt, 2000).

Este modelo arroja luz a la explicación acerca del desarrollo de la ansiedad y de los trastornos depresivos. Por ejemplo, el afecto negativo y el afecto positivo podrían predecir con cierta fuerza la aparición en el futuro de una patología afectiva. Si estas variables se miden con precisión podrían instrumentarse intervenciones que evitaran los mecanismos por los cuales estos riesgos conllevan a una disfunción. El modelo permite un mayor entendimiento de la comorbilidad entre los trastornos afectivos y ofrece una base teórica sobre la alta co-ocurrencia de ansiedad y depresión en niños. Asimismo, al comprenderse mejor las dimensiones esenciales del afecto y sobre-estimulación relacionados con la ansiedad y, los trastornos depresivos se abre la posibilidad de un mayor entendimiento también, de las causas para clasificar estos síndromes (Chorpita, 2002).

De esta manera, el modelo tripartita, al proporcionar una explicación capaz de comprender el curso, cronicidad y comorbilidad de los trastornos de ansiedad en niños, también contribuye a la creación de mejores instrumentos de evaluación de los mismos. Es importante conocer a fondo, a través de una continua investigación, los factores de riesgo presentes en la aparición y el curso de la ansiedad patológica, para así tener la posibilidad real de desarrollar mejores técnicas terapéuticas y medidas de prevención.

CAPITULO 5: TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

El trastorno de ansiedad por separación se refiere a la ansiedad desproporcionada que experimenta un niño cuando se separa de manera real o supuesta de sus figuras de apego, especialmente de la madre. También se define como una preocupación excesiva acerca de los peligros potenciales que interfieran con la integridad familiar y envuelve un fuerte deseo por parte del niño a estar reunido con los miembros de su familia a un grado tal que conlleva reacciones poco usuales (Gittelman & Klein, 1984). Los componentes conductuales, cognitivos y emocionales característicos de este trastorno, lo hacen uno de los más frecuentes en la niñez.

Este tipo de ansiedad constituye un sistema de protección en los primeros años de vida del niño, las conductas que manifiesta son comunes en las etapas iniciales del desarrollo, sin embargo, se diagnostica como trastorno de ansiedad por separación (TAS) cuando dichas conductas adquieren un carácter patológico.

Se ha sugerido que su origen podría explicarse por la ocurrencia de un suceso estresor, como una o más separaciones reales en la vida del niño. Sin embargo, los datos de la investigación más reciente señalan que quien sufre de ansiedad por separación no necesariamente tuvo que experimentar una separación real (Bandelow, et al., 2001). En contraste, parece haber más antecedentes de ansiedad de separación en la infancia en pacientes con trastorno de pánico y agorafobia.

Una actitud muy frecuente en los niños padecen dicho trastorno es el rechazo a ir a la escuela, muchos lloran, gritan y patean cuando su madre los va a dejar, ha provocado la tendencia a emplear el término trastorno de ansiedad por separación (TAS) como sinónimo de fobia escolar. Sin embargo, no son trastornos sinónimos. En cualquier caso, las ausencias constantes en la escuela o la falta de actividades sociales traen como consecuencia retraso escolar, retraimiento social, apatía y tristeza. Estas conductas pueden estar altamente relacionadas con el temor a la separación por lo que en muchas ocasiones la ansiedad por separación se confunde con fobia escolar. Aunque la fobia escolar está presente en un 30-35 por 100 diagnosticados con ansiedad de separación

(Last, Francis, Hersen, Kazdin & Strauss, 1987; Last & Strauss, 1990; Ollendick y Mayer, 1984) se trata de dos problemas distintos (Last, Francis, Hersen, Kazdin & Strauss, 1987; Lee & Miltenberger, 1996; Martin, Cabrol, Bouvard, Lepine & Mouren-Simeoni, 1999).

El diagnóstico diferencial entre los dos trastornos se puede distinguir fácilmente, si el niño manifiesta conductas de ansiedad sólo cuando se separa de la madre para ir al colegio, se trata de una fobia escolar. Si las conductas de ansiedad emergen ante cualquier tipo de separación (ir a la escuela, salir de excursión, pasar la noche con un amigo, etc), se trata de ansiedad de separación (King, 2001; Phelps, Cox & Bajorek, 1992).

El miedo de ir al colegio es frecuente en la ansiedad por separación, pero también lo es en otros trastornos de ansiedad en la infancia como en la ansiedad excesiva o en el trastorno de evitación, y en la depresión. El trastorno disocial también incluye ausentarse de la escuela, pero no es la separación la que explica el ausentismo escolar, en éste el niño prefiere permanecer también fuera de casa. Otro trastorno que se relaciona con la negativa de ir a la escuela es la fobia social, misma que se diferencia del TAS en que el niño evita situaciones sociales por temor a sentirse humillado o avergonzado. Así, el rechazo escolar como conducta tiene escaso valor psicopatológico por sí solo, y es por ello que el diagnóstico debe realizarse con cuidado.

Al parecer, una de las diferencias radica en la incidencia del TAS en niños de menor edad y de nivel socioeconómico más bajo y co-ocurre en menor medida con otros trastornos como la fobia específica y los fenómenos de pánico (Last, Francis, Hersen, Kazdin, & Strauss, 1987).

De acuerdo al DSM-IV, se diagnostica cuando la ansiedad es exagerada para el nivel de desarrollo (más de 6 años de edad) y cuando se ha prolongado durante un período de por lo menos 4 semanas. Los síntomas deben haber iniciado antes de los 18 años y repercutido en malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, académico o en otros contextos importantes para la actividad de la persona. No se considera trastorno de ansiedad por separación cuando la ansiedad aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia

u otro trastorno psicótico, o si la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia en adolescentes y adultos explica mejor la ansiedad.

El malestar que presentan los niños y adolescentes con TAS es excesivo y recurrente, y se describe frecuentemente como renuencia o rechazo a salir de casa sin que la figura de apego le acompañe, ya sea para cumplir con obligaciones, por ejemplo ir a la escuela, o para realizar otras actividades, por ejemplo, recreativas con coetáneos.

SINTOMATOLOGÍA

Cuando la sintomatología es extrema, quienes padecen el TAS muestran sufrimiento excesivo al permanecer solos en una habitación e intentan aferrarse o evitar separarse, incluso a pocos metros o escasos minutos, a la figura de apego. Suelen presentar también dificultad para conciliar el sueño, y propensión a despertar durante la noche y pretender dormir cerca de la figura de apego.

Pueden llegar a presentar pesadillas referentes precisamente a los temores relativos a la separación. Estando solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden experimentar percepciones inusuales (p. Ej. ver personas que dan vueltas por su habitación, criaturas monstruosas que intentan agarrarlos, sienten que unos ojos les miran atentamente), pero éstos desaparecen al presentarse la figura de apego. Es por ello que no es posible confundir estas percepciones con las alucinaciones propias de los trastornos psicóticos.

Respuestas conductuales

Dentro de las manifestaciones conductuales se encuentra la renuencia o rechazo a salir de casa, generalmente se presenta la negativa a ir a la escuela. Cuando estos niños están muy alterados ante la perspectiva de una separación, muestran llanto, cólera y, en ocasiones, golpean a quien esté provocando la separación. También, se ha observado que algunos niños con este trastorno requieren constantemente la atención de la figura de apego, son exigentes e intrusos, y actúan como la situación lo demande para mantener la

cercanía con esta persona (Kendall, Chansky, Kane, Kim, Kotlander, Ronan, Sessa & Siqueland, 1992).

Respuestas cognitivas

Beck, Emery & Greenberg (1985), Bögels y Zigterman (2000), Wright y Borden (1991) han distinguido dos tipos de cogniciones disfuncionales asociadas con el TAS: (a) Las que sobreestiman el peligro de separarse de la figura de apego. Dentro de éstas se encuentra la preocupación y el miedo a que la figura de apego tenga un accidente o contraiga enfermedades, muera, o sea objeto de alguna agresión y desaparezca para siempre de la vida del paciente. (b) Las que subestiman la capacidad propia para funcionar independientemente de la figura de apego, que incluyen pensamientos que reflejan dependencia de los seres queridos, indefensión e incapacidad para enfrentar los problemas y resolverlos.

Cuando los niños con ansiedad por separación enfrentan situaciones problemáticas que implican la separación, presentan un estilo de afrontamiento de evitación, en comparación con los niños que padecen el trastorno desafiante oposicional, quienes prefieren soluciones agresivas (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996). Las interpretaciones amenazantes de las situaciones ambiguas también caracterizan al TAS (Chorpita, Albano & Barlow, 1996).

Es común que en la Ciudad de México, como en cualquier área metropolitana donde existen grandes riesgos como accidentes automovilísticos y altos índices de delincuencia, los niños experimenten un estado de preocupación constante por lo que pueda sucederle a su familia. Sin embargo, los tintes dramáticos que envuelven la separación de un niño que sufre este trastorno, lo convierten en un grave problema que interfiere en las actividades cotidianas no solo del infante sino de toda la familia.

Debe señalarse que la población general de niños no clínica presenta síntomas similares a los que presenta la población clínica, considerados normales. Sería erróneo diagnosticar ansiedad de separación a un infante que tenga miedo de que puedan asaltar, secuestrar o matar a sus padres cuando escucha continuamente sobre personas que lo han padecido.

La diferencia radica en la frecuencia con la que se presenta, y en la intensidad del sufrimiento que provoca la preocupación.

Respuestas fisiológicas

Asimismo, los niños con TAS presentan quejas psicósomáticas tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos. Incluso, los niños mayores que lo padecen manifiestan síntomas cardiovasculares, tales como palpitaciones, vértigo y sensación de desmayo. Tienen aspectos muy similares al trastorno de pánico y a la agorafobia ya que presenta evitación fóbica, interpretaciones catastróficas y síntomas de pánico, sin embargo, no se trata precisamente de ataques de pánico, sino de características relativas a trastornos de ansiedad, tal como el TAS (Día, 2001; Bandelow, et al., 2001; Slattery, et al, 2002; Last, Perrin, Hersen & Kazdin 1992). De hecho, se ha sugerido que la ansiedad por separación en la niñez o adolescencia predice los ataques de pánico y la agorafobia en la edad adulta (Miller, Boyer & Rodoletz, 1990) o la depresión (Pulg-Antich & Rabinovich, 1986).

Los tres tipos de respuestas se conjuntan, formando la sintomatología de la ansiedad por separaciones, las interpretaciones y pensamientos catastróficos que tienen, activan su sistema nervioso autónomo, que provoca los síntomas de ansiedad los cuales, a su vez, sirven como reforzamiento de las interpretaciones catastróficas. El ciclo entonces se convierte en "auto-perpetuador" (Día, 2001).

Estos síntomas físicos van acompañados, así, de berrinches y súplicas para que no se ausenten y después se convierten en apatía, tristeza y retraimiento cuando se ausentan. Llegan a quejarse de que nadie les quiere, o de que nadie les cuida, y que otros desearían que estuvieran muertos.

Es frecuente que exista un estado de ánimo deprimido que puede persistir a lo largo del tiempo, justificando un diagnóstico adicional de trastorno distímico o de trastorno depresivo mayor. Se ha encontrado co-morbilidad (52%) con sintomatología depresiva, por lo que se debe evaluar la presencia de síntomas depresivos (Lee & Miltenberger, 1996).

Diferentes estudios epidemiológicos indican una prevalencia de 4 a 5% en niños y adolescentes. El TAS se inicia entre los 6 y 7 años, antes de ésta edad los niños tienden a experimentar el miedo ante la ausencia real de los padres y sería difícil determinar que sus cogniciones apuntan a un temor patológico. En la adolescencia su prevalencia es menor ya que los jóvenes lo niegan, causa por la cual, los síntomas son poco evidentes (DSM-IV). Se puede observar en la frecuencia de actividades limitadas e independientes, y en la negativa de salir de casa.

Después de los 18 años ya no se diagnostica ansiedad de separación, es un trastorno clasificado en "Trastornos de la infancia, niñez o adolescencia" bajo los criterios del DSM-IV y el CIE-10. La incidencia de ansiedad de separación durante la niñez en pacientes adultos diagnosticados con crisis de angustia es alta (Battaglia, et al., 1995; Balon, Yeragani & Pohl, 1989; Lipsitz, et al., 1994; Silvoe, Manicavasagar, O'Connell & Blaszczyński, 1993).

En los sujetos de más edad, el trastorno limita a veces su capacidad para afrontar cambios de circunstancias (p.ej., cambio de domicilio, casarse). Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos (Manicavasagar & Silove, 1997). En poblaciones clínicas el trastorno parece ser igualmente frecuente en varones que en mujeres. En poblaciones epidemiológicas el trastorno es más frecuente en mujeres (Bowen, Offord & Boyle, 1990)

ETIOLOGÍA

Relaciones con los padres

Una línea de investigación ha vinculado la historia familiar de trastornos psiquiátricos con la aparición del trastorno de ansiedad por separación (Martín, Cabrol, Bouvard, Lepine & Mouren-Simeoni, 1999). Last, Hersen, Kazdin, Finkelstein & Strauss (1987), en un estudio realizado con madres, encontraron que el 83% de las madres de niños con ansiedad por separación referían haber sufrido ellas mismas en su vida, por lo menos, un trastorno de

ansiedad, y 57% presentaban, en el momento del estudio, trastorno de ansiedad. La explicación a estos resultados es que los padres ansiosos tienden a agravar los síntomas de sus hijos al transmitirles su propio miedo ante la separación, no obstante podría haber otras explicaciones alternativas. Por lo que este tipo de estudios arroja escasa luz sobre los factores familiares que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos por ansiedad.

Existen otras concepciones con perspectivas más avanzadas sobre el desarrollo de la psicopatología que lo atribuyen a una multicausalidad en la que participan sucesos ambientales, predisposiciones biológicas y respuestas cognitivas en interacción con los estilos de crianza que proporcionan los padres o cuidadores principales, como factor de más peso. Los trastornos de ansiedad no son una excepción, se ha documentado el papel que desempeña la crianza sobre el desarrollo del niño. La retroinformación negativa, el rechazo y la hostilidad de los padres hacia sus hijos parecen explicar la ansiedad infantil.

Por otro lado, cuando se adquiere una conducta disfuncional, los padres tienden a exacerbarla ya que en ocasiones reafirman los miedos y sobreprotegen al niño ansioso (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996); en otras situaciones, las demandas de atención y cercanía por parte del niño aumentan el estrés de sus padres, por lo que no son raros los conflictos al interior de la familia causados por los síntomas de estos niños.

El retraimiento social que acompaña al TAS afecta las relaciones con los iguales y, en general, con los demás. La falta de interacción social propia de la participación activa en las actividades escolares y sociales obstaculiza el refinamiento de las habilidades sociales ya adquiridas y el desarrollo de nuevas (Hernández-Guzmán, González & López, 2002), lo que puede afectar las relaciones futuras con los iguales.

Estatus socioeconómico

Aparentemente, el TAS, en comparación con la fobia escolar, es más frecuente en las niñas más pequeñas de nivel socioeconómico bajo (Last, et al., 1987), por lo que incluso algunos autores han sugerido que éste último es un factor de riesgo para la ansiedad de separación (Bird, Gould, Yager, Staghezza & Canino, 1989). Los estudios epidemiológicos

sobre trastornos de ansiedad concuerdan en que son más mujeres que hombres, quienes los presentan (Bourdon, et al, 1988; Vogel & Vernberg, 1993).

DIAGNOSTICO

Es el único trastorno contenido en el DSM-IV dentro de la sección de trastornos de la infancia y adolescencia. Los criterios de diagnóstico para TAS se muestran en la Tabla 6.

*Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Ansiedad de separación
(DSM - IV, 1994)*

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. Ej., extraviarse o ser secuestrado)
 4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
 5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
 6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa

TESTICION
FALLA DE ORIGEN

7. Pesadillas repetidas con temática de separación
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad

La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

EVALUACION

Una evaluación diagnóstica incluye la historia clínica del niño, padres y otras personas informadas (maestros, familiares), Tabla 6 (Masi, Mucci & Millepiedi, 2001)

Tabla 6. Evaluación diagnóstica del TAS

Historia familiar y personal
 Psicopatología
 Sintomatología
 Severidad
 Desajuste funcional
 Comorbilidad
 Temperamento
 Calidad de apego
 Funcionalidad familiar

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Los objetivos de la evaluación incluyen la identificación de la o las figuras de apego, de las circunstancias específicas en las que se dan las separaciones, de la intensidad del malestar asociado con la separación, del nivel de disfuncionalidad producto del trastorno y de los contextos académico, social, recreativo, etc., manifestaciones conductuales y cognitivas

asociadas con el trastorno. Además, debe incluir la presencia de sintomatología depresiva. La aplicación de tratamientos requiere también conocer las relaciones familiares y la interacción con los padres y los miembros de la familia que conviven con el niño.

Según el DSM-IV se diagnostica TAS cuando la ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo y ésta, por consecuencia, debe interferir de manera importante con el funcionamiento personal y social. El niño se ve afectado en su desempeño escolar, en sus relaciones con otros niños y con su propia familia.

El trastorno de ansiedad por separación es difícil que aparezca como único diagnóstico, en diversas ocasiones incluye uno o varios de los trastornos. De esta manera, es importante contar con instrumentos de medición válidos y confiables que permitan un diagnóstico preciso con la finalidad de conocer las conductas y pensamientos relativos al temor intenso que presentan los niños que lo sufren.

La entrevista clínica es la principal fuente de información para diagnosticarlo y se debe completar con cuestionarios, observaciones de la conducta y descripciones del problema por parte de los familiares y maestros de ser posible. La evaluación debe incluir información acerca de las fuentes de ansiedad en casa y en la escuela, el estado de ánimo que refleja cuando no se encuentra con su madre y los pensamientos que desencadenan la preocupación de separarsele.

Estos últimos son muy importantes, las cogniciones amenazantes y catastróficas características de éste trastorno dan la pauta necesaria para una mejor comprensión de la esencia del mismo y del desarrollo de un tratamiento efectivo (Rachman, 1993; Kendall & Chansky, 1991; Bögels & Zigterman, 1999).

Para la evaluación en niños debe tomarse en cuenta el desarrollo psicológico e intelectual de los mismos. El formato de presentación para evaluar debe ser atractivo para el niño y sencillo de entender. No todos los niños tienen el mismo grado de comprensión para cada pregunta diseñada con el propósito de explorar la presencia o no del trastorno, ni las opciones para responder.

Métodos de evaluación

El TAS, a diferencia de otros trastornos de ansiedad que se presentan en los niños, no cuenta con muchos instrumentos de diagnóstico propios. Es en las escalas que evalúan ansiedad en general o trastornos psiquiátricos, donde se encuentran algunos reactivos propios de ansiedad por separación. Sólo existen dos escalas que lo diagnostican.

Entrevista Clínica

La Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA; Kovacs, 1997) es una entrevista semiestructurada compuesta por 69 reactivos con base en los criterios del DSM-IV que evalúan 5 áreas: síntomas y signos (historia clínica), estado mental (respuestas a pruebas específicas), observaciones conductuales (signos evidentes durante la entrevista), impresiones clínicas (percepción del entrevistador acerca del paciente) y situaciones específicas durante el desarrollo.

Es una escala con respuestas tipo Likert de 0 (ausencia del síntoma) a 8 (síntoma severo). Diagnostica depresión, ansiedad, problemas cognitivos, problemas en el funcionamiento neurovegetativo, problemas de conducta y dificultades en el desarrollo.

Cuestionarios Dominic-R (para niños blancos) y el Terry (para niños afro-americanos) (Valla, Bergeron, Bidaut-Russell, Georges & Gaudet, 1997) consiste en un cuestionario completamente estructurado bajo los criterios del DSM-IV, compuesto por dibujos que evalúan las cogniciones presentes en niños de 6 a 11 años con trastornos psiquiátricos, entre ellos el TAS. Los dibujos se refieren a un niño llamado Dominic quien enfrenta situaciones solo, sin sus padres o amigos. Los estímulos visuales complementan las descripciones de los síntomas. Existe también una versión para padres.

La escala Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents and Parents (DISCAP; Holland & Dadds, 1995) se basa en los criterios del DSM-IV. Discrimina entre niños que presentan trastornos de ansiedad y niños que no los presentan (Johnson, Barrett, Dadds, Fox & Shortt, 1999).

Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA; Angold, Cox, Prendergast, Rutter & Simonoff, 1995). Evalúa 30 trastornos diferentes, la relación con la familia, compañeros y rendimiento académico. Se divide en tres secciones: introducción (una revisión general del problema actual), revisión detallada de síntomas y porcentajes de incapacidad. Su aplicación se realiza en sujetos entre los 9 y 17 años. Incluye el Trastorno de Ansiedad por Separación.

Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Kessler, Andrews, Mroczek, Utsun & Wittchen, 1997). Es una entrevista estructurada de diagnóstico desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y por la U. S. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA). En un inicio, se diseñó para estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos. Permite la evaluación de los síntomas, síndromes, y diagnósticos de 48 trastornos psiquiátricos (sin contar los subtipos de trastornos mayores).

NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan & Schwab-Stone, 2000). Es un instrumento de diagnóstico para niños entre 9 y 17 años, que incluye 30 trastornos psiquiátricos basados en los criterios del DSM-IV y ICD-10. Se divide en tres módulos, en el primero se evalúa síntomas durante 4 semanas anteriores a la aplicación, durante los últimos 12 meses en el segundo y un módulo opcional para síntomas presentes a lo largo de toda la vida del sujeto. Existen dos versiones: para padres y para niños, así como también una versión en español realizada en Puerto Rico (Ribera, et al., 1996).

Escalas de Auto-informe

The Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978; 1985). es una medida de autoinforme para niños que presentan ansiedad misma que se compone de 37 preguntas que evalúan ansiedad en general.

Contiene una escala de mentira (Lie Scale) que sirve como un indicador de la deseabilidad social. Dicho instrumento no discrimina entre niños con trastornos de ansiedad y niños con trastorno de hiperactividad (Perrin & Last, 1992).

Existe también Revised Children's Manifest Anxiety Scale-Parents (RCMAS-P) versión para los padres. Se elaboró con los mismos reactivos del RCMAS cambiando el "yo" por "mi hijo", de esta manera los padres informan acerca de la ocurrencia de síntomas de ansiedad en sus hijos (Kendall, 1994).

El RCMAS es una evaluación creada a partir de modificaciones a un cuestionario para adultos y no abarca todos los criterios del DSM-IV para trastornos de ansiedad (Stallings & March, 1995).

La versión corregida del Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R; Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999b) se compone de 66 reactivos que miden los síntomas de los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social, crisis de angustia, obsesivo-compulsivo, estrés posttraumático, fobia específica). Sus reactivos se crearon a partir de los criterios del DSM-IV, calificados en una escala de frecuencia de 0 a 3. Discrimina entre niños ansiosos y niños no ansiosos. No se encontró publicación alguna que documente la existencia de una versión en español psicométricamente viable para población hispanoamericana.

La escala Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R; Ollendick, 1983) se compone de 80 reactivos que evalúan la intensidad, frecuencia y contenido de los miedos que presentan los niños. Tiene tres opciones de respuesta para cada reactivo. Discrimina entre fobias escolares y fobias no escolares. Es una escala creada a partir de modificaciones a un cuestionario para adultos y no cubre todos los criterios de ansiedad que define el DSM-IV (Stallings & March, 1995).

The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberger, 1973) es una escala que mide la ansiedad en general en los niños. Consta de 20 reactivos que evalúan los síntomas crónicos de ansiedad en la niñez. Las respuestas se refieren a la frecuencia con la que aparecen los síntomas y se presentan con escala de respuesta tipo Likert. No discrimina entre trastornos de ansiedad y otros trastornos (Perrin & Last, 1992).

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March, 1997). Por medio de 39 reactivos que se contestan en una escala de 4 opciones tipo Likert evalúa cuatro trastornos por ansiedad en niños (de 8 a 19 años): ansiedad generalizada, fobia social,

mutismo selectivo y trastorno de ansiedad por separación. No se encontró publicación alguna que documente la existencia de una versión en español psicométricamente viable para población hispanoamericana.

The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for children (CPNI; Coolidge, 1988; Coolidge, et al., 1990) contiene 200 reactivos que se contestan en una escala de 4 opciones tipo Likert. Evalúa 12 trastornos de personalidad según los criterios del Eje II y el apéndice B del DSM-IV, la disfunción neuropsicológica, y mide algunos diagnósticos del Eje I, que incluye la Ansiedad por Separación. Se diseñó para contestarse por uno de los padres, cuidador o maestro que esté íntimamente relacionado con la conducta del niño. Una de las principales dificultades que enfrenta la validación del CPNI es la validez discriminante y concurrente con otras mediciones clínicas.

Escala de Ansiedad para niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, Spence, 1997). Evalúa los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por ansiedad de separación, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y miedo al daño físico.

Métodos Observacionales

Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1996) es una entrevista semi-estructurada diseñada para evaluar trastornos de ansiedad en niños y jóvenes entre los 6 y 17 años. Esta creado bajo los criterios del DSM-IV y durante la aplicación el entrevistador funge también como observador. Existen dos versiones, una para padres y otra para los niños con el mismo contenido. Evalúa ansiedad por separación, fobia social, fobia específica y ansiedad generalizada. Las respuestas son dicotómicas: Si o No.

Instrumentos que miden el Trastorno de Asiedad por Separación

Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI; Silove, et al, 1993) es una escala de auto-informe retrospectivo que consta de 15 reactivos referentes a la ansiedad de separación antes de los 18 años en una escala con tres opciones tipo Likert. Su aplicación es en

adultos. Se informa una alta consistencia, una buena estructura factorial y confiabilidad test-retest.

Separation Anxiety Test (SAT; Hansburg, 1980) es una prueba proyectiva, diseñada para evaluar las reacciones que tienen los niños frente a una situación de separación y pérdida en los dibujos. La prueba original se compone de 12 dibujos representando la separación entre un niño y un cuidador en contextos diferentes. Seis de los dibujos representan separaciones diarias moderadas y seis describen separaciones severas. Existen estudios que informan su pobre sustento empírico (Kroger, 1986).

Los instrumentos de diagnóstico, tanto para los trastornos de ansiedad como para el TAS en específico, son adaptaciones de instrumentos de evaluación creados en su inicio para adultos. No toman en cuenta las etapas de desarrollo del niño. Los dos últimos mencionados que miden específicamente ansiedad por separación, el primero se aplica a adultos que hacen una retrospectiva de sus conductas cuando eran niños, concepto que no es muy confiable debido al tiempo transcurrido entre la niñez y el momento de su aplicación. La segunda escala no cuenta con validez y confiabilidad a causa de su pobre sustento empírico.

Si bien, algunos de los instrumentos citados cuentan con datos de investigación que apoyan su construcción, no existen instrumentos capaces de clasificar y diagnosticar los trastornos de ansiedad, en especial el TAS, en población mexicana.

La importancia de contar con una escala de valoración confiable que presente un diagnóstico más sistemático del trastorno de ansiedad por separación, radica en la realización de estrategias terapéuticas eficaces que conduzcan a la solución del problema. Estrategias de tratamiento que incluyan una perspectiva global y conjunta de los factores que contribuyen a su ocurrencia.

CAPITULO 6

Estudio 1. Validez y confiabilidad del Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS).

Con el propósito de contar con un instrumento válido y confiable que permita la valoración y diagnóstico de la ansiedad por separación en niños y adolescentes mexicanos, se creó el Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación con base en las categorías diagnósticas propuestas por el DSM- IV (APA, 1994), con un margen de error mínimo.

Propósitos: (1) someter a prueba la validez y confiabilidad del instrumento (TAS), (2) con la finalidad de conocer la prevalencia del trastorno en niños y adolescentes mexicanos en población general, se obtuvieron datos referentes a la ocurrencia de éste y (3) se investigó la diferencia entre sexos entre los grupos de edad, en cuanto a la sintomatología, así como los síntomas informados con más frecuencia.

METODO

Participantes

Participantes de Población General

Se trabajó con 1681 participantes, 859 mujeres y 822 hombres de entre 7 y 16 años de edad, con una media de 10 años que aceptaron participar en el estudio. De ellos, mil cuatrocientos doce niños provenientes de cinco escuelas primarias públicas y 269 adolescentes provenientes de una escuela secundaria pública ubicadas en diversas zonas geográficas de la Ciudad de México.

Características de la Población (N=1681)		
Edad	Frecuencia	%
7	112	6.7
8	246	14.6
9	283	16.8
10	295	17.5
11	313	18.6
12	164	9.8
13	124	7.4
14	70	4.2
15	51	3.0
16	23	1.4
TOTAL =	1681	100%

Sexo	Frecuencia	%
Hombres	822	48.9
Mujeres	859	51.1
TOTAL =	1681	100%

Tabla 7. Características de la población general

Zona Geográfica	Plantel	Participantes
Norte	Primaria pública	389
Sur	Primaria pública	516
Sur	Secundaria pública	269
Centro	Primaria pública	160
Oriente	Primaria pública	347

Tabla 8. Distribución geográfica de las escuelas

Participantes Clínicos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se trabajó con 112 pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro: 46 diagnosticados con ansiedad, 49 con conducta y 17 con depresión (Anexo1). Detectados del diagnóstico proporcionado por el personal psiquiátrico.

Criterios de inclusión:

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

Criterios de exclusión:

- Cualquier tipo de diagnóstico psiquiátrico referentes a retardo en el desarrollo o daño cerebral
- Aquéllos cuyos padres no dieran su consentimiento para que el niño participara en la investigación.

Características de la Población (N=112)		
Edad	Frecuencia	%
6	13	11.6
7	19	17
8	23	20.5
9	15	13.4
10	11	9.8
11	12	10.7
12	13	11.6
13	6	5.4
TOTAL =	112	100%

Sexo	Frecuencia	%
Hombres	63	56.3
Mujeres	49	48.8
TOTAL =	112	100%

Tabla 9. Características de la población clínica

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

Tabla 10. Distribución de los grupos de contraste de la muestra clínica.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Escenario

La aplicación en las escuelas públicas se realizó en las aulas correspondientes a los diferentes grados y grupos escolares de manera grupal.

La aplicación en el escenario clínico se realizó en el área de admisiones del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro de manera individual en forma de entrevista.

Materiales

Los materiales empleados para las aplicaciones individual y grupal fueron:

- Hojas de lectura óptica (dos por cada participante)
- Lápices de 2 o 2 ½
- Goma, sacapuntas y regla
- Calcomanías de diversos personajes
- Carta de consentimiento informado

Diseño Experimental

La presente investigación es un estudio transversal descriptivo correlacional, dado su propósito de describir variables y relaciones entre las mismas en un momento determinado. El diseño utilizado no es estrictamente experimental en el sentido de haber manipulado una variable independiente a fin de observar su efecto en una o más variable(s) dependiente(s). El diseño es "*ex post-facto*" por que los hechos y las variables ya habían ocurrido, observando sus características y relaciones tal y como se han dado en su contexto natural (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

Instrumentos

- Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, compuesto por 16 reactivos (confiabilizar y validar dicho instrumento es uno de los objetivos de la presente investigación) (Anexo 2).

- Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997) compuesta por 44 reactivos en 6 factores: Factor 1 "Síntomas Físicos", Factor 2 "Ansiedad de Separación", Factor 3 "Fobia Específica", Factor 4 "Evaluación Positiva", Factor 5 "Fobia Social" y Factor 6 "Trastorno Obsesivo-Compulsivo", en escala tipo Likert de tres puntos (nunca, a veces, muchas veces que se califican con 1, 2 y 3, respectivamente) con un alfa de Cronbach = .9077 (Anexo 3).

Procedimiento

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

Posteriormente, se aplicó la totalidad de reactivos que conforman el Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación. En la aplicación participaron 5 pasantes de psicología y una maestra en psicología. El entrenamiento en el procedimiento de aplicación se realizó en una sola sesión de aproximadamente dos horas. Esta consistió en establecer la uniformidad de los procedimientos para la aplicación, la revisión de cada uno de los instrumentos, la formulación de las instrucciones, materiales de aplicación, los límites de tiempo, las instrucciones orales, las demostraciones previas, la forma de manejar las dudas de los examinados, el tono de la voz, las pausas, la expresión del rostro y las actividades relacionadas con la aplicación.

Participantes de Población General

En las escuelas, una vez acordados los permisos y horarios de la aplicación, se envió una circular a los padres de familia (Anexo 4) pidiendo su aprobación para que su hijo(a) participara en la investigación contestando los instrumentos.

Se asignaron pares al azar para cada grupo escolar, uno de ellos leía las preguntas y el otro escribía las opciones de respuesta en el pizarrón y resolvía las posibles dudas que

surgieran. En las aplicaciones grupales se explicaba como contestar en las hojas ópticas y posteriormente se leían las instrucciones en voz alta. A continuación se leía, también en voz alta, cada reactivo de los instrumentos llamando la atención al número de cada pregunta y su localización en la hoja óptica.

Al terminar, el aplicador pedía a los participantes que revisaran que todos los reactivos estuvieran contestados. En caso contrario el segundo aplicador repetía las preguntas faltantes. Se pedía a los niños que acomodaran las hojas ópticas una detrás de la otra y las entregarán al aplicador. Finalmente se les daba las gracias por haber participado y se le entregaba una calcomanía a cada uno(a).

Una vez a la semana todos los aplicadores se reunían para discutir los problemas y peculiaridades que se hubiesen presentado con la finalidad de evitar posibles problemas en las siguientes aplicaciones.

Participantes Clínicos

En el Hospital Psiquiátrico al salir de la consulta en el área de admisiones, las enfermeras referían a los pacientes con los aplicadores. Antes de la aplicación firmaban los padres de familia una carta de consentimiento informado (Anexo 5).

Los aplicadores trabajaron también por pares siguiendo el mismo procedimiento, sólo que en forma de entrevista individual empleando representaciones gráficas en aquellos casos donde el niño (a) tuviera dificultades para comprender las opciones de respuesta (Anexo 6).

Análisis de los Datos

Se elaboró una base de datos para la muestra de población general y otra para la muestra de población clínica, para realizar los análisis estadísticos pertinentes. Los datos se analizaron empleando el Programa SPSS 10.0 para Windows, realizándose los siguientes análisis estadísticos:

Estadísticos descriptivos: análisis de frecuencias y análisis descriptivo de cada uno de los reactivos para identificar aquellos reactivos con más de 75% de respuesta en una sola opción, en cuyo caso se considera como una constante en la población más que como una variable.

Propósito 1.

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

El procedimiento de validación fue el siguiente:

La **validez de constructo** es la que determina si el instrumento mide realmente lo que pretende medir. Se pone a prueba la existencia de relaciones entre las variables y se determina si el constructo queda bien representado en cuanto a las dimensiones que lo constituyen.

Para comprobarla se corrió un análisis factorial.

La **validez concurrente** es aquella que determina si el instrumento se comporta de manera semejante a otro que mide la misma variable.

Para corroborarla se correlacionó con la Escala de Ansiedad para Niños de Spence - Spence Children's Anxiety Scale, SCAS- (Spence, 1997) que caracteriza los principales síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y miedo al daño físico.

La **validez discriminante** es la encargada de comprobar si el instrumento es capaz de discriminar entre diferentes grupos, en este caso entre población general y población clínica.

Para comprobarla, debido a que la muestra de población psiquiátrica fue la muestra de población general se hizo equivalente en tamaño al azar con respecto a la muestra de población psiquiátrica. Se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes, y se realizó la siguiente comparación: población general vs población clínica diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico.

Propósito 2.

Para cumplir con el objetivo de conocer la **prevalencia** del TAS en la población general, se calculo el punto de corte a partir de los criterios diagnósticos que indica el DSM-IV y se obtuvo el porcentaje por sexo.

Propósito 3.

Con la finalidad de conocer la diferencia por sexo, se compararon a través de pruebas t de Student para muestras independientes con el Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación. Esta comparación se hizo para niños y adolescentes. Los sujetos se asignaron de la siguiente manera: 7-11 años en el grupo de niños y de 12-16 años en el grupo de adolescentes. Se agruparon así debido a que diversos estudios informan que la edad promedio en la que se presentan síntomas de maduración física (menarca en mujeres y cambio de voz en hombres) y por lo tanto, cambios psicológicos en ambos sexos, es alrededor de los 12 años (Benjet & Hernández-Guzmán, 2002; Brooks-Gunn, Warren, Rosso & Garguilo, 1987; Martín, 1996).

Asimismo, se comparó entre la proporción de niños y niñas que se encontraron arriba del punto de corte.

RESULTADOS

Análisis de Resultados

Análisis Descriptivo

Análisis de Frecuencias

Se efectuó un análisis de frecuencias para cada reactivo para identificar la distribución de las puntuaciones en las categorías de respuesta para cada una de las muestras con el objetivo de identificar cuáles son las situaciones que los niños y adolescentes manifiestan como más (tanto como te puedas imaginar), más o menos (regular) y nada aterradoras (nada) (Anexo 7).

Media y desviación estándar

En los análisis descriptivos se pidieron los valores de la media y desviación estándar para cada reactivo, tanto para la muestra de población general como para la muestra clínica. Estas se presentan para identificar la dispersión de las puntuaciones con respecto a la media (Anexo8).

Propósito 1.

Validez

Validez de Constructo

En el Análisis Factorial la rotación de componentes convergió, después de 5 iteraciones, en 3 factores. Los 16 reactivos obtuvieron una carga factorial igual o mayor a .387 para cada factor. La varianza total explicada fue de 46.786%, el método de extracción empleado fue de análisis de componentes principales y rotación Varimax con normalización Kaiser. Los factores, reactivos y cargas factoriales se muestran en la tabla 12.

Factor	Dimensión	No.	Reactivo	Carga Factorial
1	Separación de los padres	3	Me da miedo que me puedan asaltar o raptar cuando salgo a la calle	.776
		4	Al salir a la calle, me da miedo que me atropellen o que me ocurra algún accidente	.754
		6	Me da miedo perderme en la calle y que no vuelva a ver a mi familia	.722
		1	Cuando sale mi mamá o mi papá fuera de casa, me da miedo que ya no regresen	.682
		11	Me siento triste cuando no estoy con mi mamá	.568
		2	Cuando mi mamá o mi papá me dejan en la escuela, me preocupa que ya no regresen por mi	.560
		5	mi	.505
		12	Me da miedo salir solo(a) a la calle	.472
			Lloro cuando mi mamá me deja solo en alguna parte	
		2	Soledad	14
16	Siento temor cuando estoy solo(a) en casa			.680
10	Sueño con monstruos que me persiguen			.585
15	¿Despierto asustado?			.482
9	Sueño que ya no vuelvo a ver a mis papás			.387
3	Escolar	7	Me siento triste cuando estoy en la escuela	.728
		8	Me siento enojado(a) cuando estoy en la escuela	.700
		13	Grito y pataleo cuando me va a dejar mi mamá a la escuela	.669

Tabla 12. Matriz de factores del Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación para niños y adolescentes

TRASTORNO CON FALLA DE ORIGEN

Intercorrelación de los factores del TAS

**CON
FALLA DE ORIGEN**

Las correlaciones entre el puntaje total del instrumento y sus factores proporcionan información estadísticamente significativa con respecto a la relación entre cada factor y el puntaje total del Instrumento. Tabla 13.

Ansiedad de Separación Factores		Correlación: Total Ansiedad de Separación
1	Separación de los padres	.910**
2	Soledad	.813**
3	Escolar	.429**

**Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)

Tabla 13. Correlación entre el Instrumento Diagnóstico de Ansiedad por Separación y sus factores.

Validez Concurrente

Se correlacionó el SCAS con el Instrumento Diagnóstico de Ansiedad por Separación para niños y adolescentes por medio de una Correlación de Pearson, por puntajes totales y después por factores.

Los resultados de la correlación total entre ambos instrumentos, los factores correspondientes a ansiedad de separación contra el total y el factor 2 del SCAS correspondiente a la ansiedad de separación, se muestran en la tabla 14.

Ansiedad de Separación		Correlaciones SCAS	Factor 2 SCAS Ansiedad de Separación
Total		.722**	.610**
Factores	Separación de los padres	.608**	.570**
	Soledad	.668**	.500**
	Escolar	.313**	.209**

**Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)

Tabla 14. Correlaciones entre Instrumento Diagnóstico por Trastorno de Ansiedad de Separación y SCAS.

Validez discriminante

Se comparó a 112 seleccionados al azar de la muestra de población general ($M= 28.69$, $DE= 6.70$) y 112 sujetos diagnosticados psiquiátricamente con algún trastorno ($M=30.66$, $DE= 6.85$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t = -1.962$, $sig. = <.047$.

Factor	Dimensión	Población	Media	DE	t
1	Separación de los padres	General	15.88	4.13	-9.242*
		Psiquiátrica	21.51	4.94	
2	Soledad	General	8.60	2.53	-1.312
		Psiquiátrica	9.05	2.66	
3	Ansiedad Escolar	General	4.30	1.55	-1.698
		Psiquiátrica	4.65	1.52	

* $p < .001$

Tabla 15. Diferencias por población para el Instrumento Diagnóstico de Ansiedad por Separación para niños y adolescentes

Confiabilidad

A través del método de Alpha de Cronbach resulto una confiabilidad de .8325. La tabla 1 muestra la confiabilidad de cada uno de los factores del instrumento, el cual se resolvió en tres factores: separación de los padres, soledad y ansiedad escolar.

Factor	Dimensión	Confiabilidad	No. de Reactivos
1	Separación de los padres	.8226	1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12
2	Soledad	.6117	9, 10, 14, 15, 16,
3	Ansiedad Escolar	.5509	7, 8, 13

Tabla 11. Confiabilidad por factor a través del Alpha de Cronbach.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

*Propósito 2.***Prevalencia total**

Se estableció con un punto de corte calculado a partir de los criterios diagnósticos para la ansiedad por separación que indica el DSM-IV (APA, 1994). Se encontró que el 28.19% de la población general cumplen con el diagnóstico. De los cuales el 7.97% son hombres y el 20.22% son mujeres.

*Propósito 3.***Diferencias por sexo**

Para cada grupo de edad se realizó una prueba t con el Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación para muestras independientes primero por puntaje total y posteriormente por factores, considerando el sexo de los sujetos como variable independiente y a la puntuación total del instrumento y sus factores como variables dependientes. Se realizó con los participantes de población general.

NIÑOS

El análisis se realizó con 1249 sujetos con edades entre 7- 11 años, de los cuales 600 eran del sexo masculino (M=26.76, DE= 6.35) y 649 del sexo femenino (M=31.33, DE= 6.33). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t=12.746$, $sig.=<.000$.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres factores del instrumento donde las niñas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los niños (Anexo 3): Factor 1 "Separación de los padres" $t=12.246$, $sig.=.001$; Factor 2 "Soledad" $t=10.285$, $sig.=.001$; Factor 3 "Ansiedad Escolar" $t= 3.273$, $sig.=.001$.

ADOLESCENTES

El análisis con la puntuación total en el grupo de adolescentes se realizó con 432 sujetos con edades entre 12- 16 años de los cuales 222 eran hombres (M= 25.22, DE= 4.68) y

210 mujeres ($M=28.36$, $DE= 5.50$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa resultando una $t=6.406$, $sig.=.001$.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 2 de los factores del instrumento donde las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres (Anexo 4): Factor 1 "Separación de los padres" $t=5.918$, $sig.=.001$; Factor 2 "Soledad" $t=5.336$, $sig.=.001$. En el factor 3 no se encontraron diferencias significativas.

Diferencias por sexo arriba del punto de corte

A partir del punto de corte se compararon, a través de pruebas t, la proporción de niñas y niños que se encontraban arriba del mismo. Esto se realizó para el grupo de niños y para el grupo de adolescentes considerando el sexo de los sujetos como variable independiente y a la puntuación total del instrumento como variable dependiente.

NIÑOS

El análisis se realizó con 411 sujetos con edades entre 7- 11 años, de los cuales 117 eran del sexo masculino ($M= 36.32$, $DE= 2.82$) y 294 del sexo femenino ($M= 36.94$, $DE= 3.14$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa, $t=1.965$, $sig.=<.05$.

ADOLESCENTES

El análisis con la puntuación total en el grupo de adolescentes se realizó con 63 sujetos con edades entre 12- 16 años de los cuales 17 eran hombres ($M= 34.76$, $DE= 1.71$) y 46 mujeres ($M= 36.07$, $DE= 3.06$). La diferencia entre las medias de ambos grupos mostró ser estadísticamente significativa resultando una $t=2.120$, $sig.=.04$.

Síntomas más frecuentes

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

No.	Reactivo	Factor	Porcentaje Muestra
1	Cuando sale tu mamá o tu papá fuera de casa, te da miedo que ya no regresen	1	44.5%
3	Te da miedo que te puedan asaltar o raptar cuando sales a la calle	1	50.5%
4	Al salir a la calle te da miedo que te atropellen o que te ocurra algún accidente	1	42.8%
6	Te da miedo perderte en la calle y que no vuelvas a ver a tu familia	1	51.2%

Tabla 18. Muestra los síntomas más frecuentes en la muestra de población general de niños y adolescentes.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en torno al instrumento destacan su viabilidad psicométrica. Su sencilla y rápida administración, la discriminación de sus reactivos, su composición factorial y los índices de confiabilidad y validez observados permiten recomendarlo en próximas aplicaciones.

El objetivo principal del presente trabajo fue someter a prueba la viabilidad psicométrica (confiabilidad y validez) del instrumento Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) dirigido a niños y adolescentes.

Se logró el primer propósito. El análisis de los resultados observados de la aplicación del instrumento en niños y adolescentes proporciona el soporte necesario para su utilización. El instrumento explica un 46.7% de la varianza acumulada, cuenta con una confiabilidad de .83 y en el análisis factorial se obtuvieron 3 factores con 16 reactivos, con una carga factorial mayor o igual a .38. Esto permite señalar que el instrumento diagnóstico del TAS realmente evalúa de manera adecuada al constructo a partir de los factores: Separación de los padres (factor principal), soledad y escolar. Según el DSM-IV (1994) los síntomas característicos del TAS giran alrededor del pensamiento referente a la separación de los padres y provocan malestar significativo en el niño que se ve reflejado no sólo en la convivencia familiar, sino también dentro de la esfera escolar (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Bögels & Zigterman, 1999; Kendall, Chansky, Kane, Kim, Kotlander, Ronan, Sessa & Siqueland, 1992; Wright & Borden, 1991).

Se encontró también que el instrumento cuenta con validez concurrente, la correlación con el SCAS (Spence, 1997), uno de los instrumentos de evaluación más utilizado en los estudios sobre ansiedad infantil, es alta. Asimismo, el factor 2 del SCAS que mide la ansiedad por separación, también correlacionó significativamente alto con el Instrumento Diagnóstico del TAS. Estas correlaciones positivas significativas comprueban que el instrumento se comporta de manera semejante a otro que mide la misma variable, lo que quiere decir que el instrumento realmente mide lo que pretende medir.

Si bien las estructuras factoriales obtenidas y las correlaciones con el SCAS confirman la validez del instrumento, en este caso, los alcances de dicho estudio pretendieron llegar mas lejos. La capacidad de discriminar entre un grupo de personas que se sabe poseen la variable en cantidad máxima y un grupo que la posee en cantidad mínima, que distinga entre unos y otros y dé un mínimo de falsos positivos, es el principal propósito de un instrumento diagnóstico. Para el TAS diferenciar entre una población clínica diagnosticada con ansiedad o algún otro trastorno y la población general fue uno de los objetivos.

Las diferencias entre los grupos resultaron estadísticamente significativos. El instrumento discrimina entre población general y población diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico. El primer factor "Separación de los padres", que es realmente el indicativo de TAS, mostró una diferencia significativa entre ambas poblaciones, mientras que en los otros dos factores no fue así. En este punto es importante mencionar que el diagnóstico asignado en el hospital psiquiátrico fue uno de los principales problemas de la investigación ya que en la primera cita se diagnosticaba al niño sin evaluaciones posteriores y, en muchas ocasiones, se tomaba algún síntoma (por ejemplo, "Inquieto") o situación (por ejemplo, violencia intrafamiliar) como diagnóstico.

Asimismo, la mayoría de los pacientes que eran referidos debido a problemas escolares se les diagnosticaba hiperactividad o déficit de la atención sin tomar en cuenta otras posibles causas de su comportamiento en la escuela. En una primera consulta no es posible evaluar de manera global un problema psiquiátrico y diagnosticar trastornos como la hiperactividad y el déficit de atención, dejando a un lado la ansiedad (Biederman, Faraone & Keenan, 1990; Lahey, et al., 1994) y otros problemas de conducta asociados.

Todas estas situaciones sumadas a una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad (Bird, Gould, Staghezza, 1993; Last, et al., 1987; Pruis, Lahey, Thyer & Christ, 1990) y entre éstos y los trastornos de depresión (King, Ollendick & Gullone, 1991; Brady & Kendall, 1992) y/o de conducta (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; Last, et al., 1987), se vieron reflejadas en la baja coincidencia de diagnósticos.

No obstante, el instrumento es capaz de discriminar entre una población clínica de una población normal, punto muy importante que confirma la validez del mismo. En un futuro,

se deberán realizar estudios en los que la validez discriminante sea el propósito principal para, así, conseguir una cobertura de aplicación mayor en poblaciones clínicas. La eficacia de un instrumento de diagnóstico para identificar el problema infantil real, es una parte muy importante en la validación del mismo ya que en ella radica la selección de una estrategia apropiada de tratamiento (Marsh & Graham, 2001).

El segundo objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de la ansiedad por separación en población general mexicana y se encontró que 28 niños de cada 100, aproximadamente, presentan los criterios de diagnóstico suficientes del trastorno de ansiedad por separación, un porcentaje muy alto. Esto concuerda con otros estudios que indican que la incidencia del TAS durante la niñez es alta (Silove, Manicavasagar, O'Connell & Blaszczyński, 1993). Los datos como éstos, producto de investigaciones, deben utilizarse como base para los programas de prevención y las líneas de investigación que orienten hacia las causas reales de este alto porcentaje en población mexicana que lo presenta.

No sólo el trastorno de ansiedad por separación se presenta en un alto porcentaje en los niños, estudios epidemiológicos (Jalenques & Coudert, 1993) han demostrado que todos los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en la niñez.

Los hallazgos del presente estudio también concuerdan con diversos estudios epidemiológicos que informan que los trastornos de ansiedad, así como la ansiedad por separación, son más frecuentes en mujeres que en varones (Craske, 1997; Craske, 1999; Bourdon, et al, 1988; Bowen, Offord & Boyle, 1990; Poulton, Milne, Craske & Menzies, 2001; Vogel & Vernberg, 1993). En la población general estudiada, el porcentaje de mujeres que informó más miedos y preocupaciones relacionados con la separación de los padres, fue mucho mayor que el de varones. Esto se encontró tanto en niños como en adolescentes. Una posible razón de por qué las niñas informan más miedos y estrés que los niños es el conjunto de factores temperamentales biológicos y los estilos de crianza que reciben. Desde la infancia los niños y niñas reciben un tratamiento diferente por parte de sus padres de acuerdo con los estereotipos sexuales. Por ello, los estilos de afrontamiento suelen ser muy diferentes, mientras que las niñas pueden externalizar sus preocupaciones, se educa a los niños para no hacerlo (Craske, 1997; Scharf, 2001).

A su vez, el grupo de adolescentes presentó puntuaciones más bajas que el grupo de niños, hallazgo consistente con lo informado en el DSM-IV, el cual establece que durante la adolescencia su prevalencia es menor ya que los jóvenes lo niegan y, por lo tanto, los síntomas son poco evidentes. Otra posible explicación es que en muchas ocasiones la ansiedad por separación es un antecedente de otros trastornos de ansiedad (por ejemplo trastorno de pánico) en edades más avanzadas (Battaglia, et al., 1995; Balón, Yeragani & Pohl, 1989; Lipsitz, et al., 1994; Silvoe, Manicavasagar, O'Connell & Blaszczyński, 1993). Se sugiere que en estudios subsiguientes se investigue longitudinalmente el desarrollo del TAS para poder detectar si efectivamente, como sugieren estos autores, se convierte en pánico o simplemente desaparece.

Adicional a los análisis para conocer la prevalencia del trastorno en la población mexicana, se obtuvieron los cuatro síntomas informados con más frecuencia. Éstos se relacionan con la separación de los padres, primer factor de la escala. Los que muestran mayor porcentaje fueron: el miedo a perderse en la calle y no volver a ver a la familia, y el miedo a ser asaltados o raptados al salir a la calle. Lo cual es consistente con la sintomatología propia del TAS. De hecho, la literatura de investigación lo distingue claramente de la fobia escolar.

La explicación de la causa por la cual estos síntomas fueran los que representarían las situaciones más atemorizantes, posiblemente se deba a que en ellos radica la idea principal de la separación. Los cuatro integran una parte importante del factor 1, el factor dominante de toda la escala. Representan los dos tipos de cogniciones disfuncionales principales asociadas con el TAS, propuestas por Beck, Emery y Greenberg (1985), Bögels y Zigterman (1999), y Wright y Borden (1991): (a) a aquéllas que sobreestiman el peligro de separarse de la figura de apego. Dentro de éstas se encuentra la preocupación y el miedo a que la figura de apego tenga un accidente o contraiga enfermedades, muera, o sea objeto de alguna agresión y desaparezca para siempre de la vida del paciente. (b) Las que subestiman la capacidad propia para funcionar independientemente de la figura de apego, que incluyen pensamientos que reflejan dependencia de los seres queridos, indefensión e incapacidad para enfrentar los problemas y resolverlos. Dichas cogniciones frecuentemente ocurren en la niñez, sin embargo, continúan hasta la adolescencia, aunque en esta etapa no sean muy evidentes.

Es importante destacar que los resultados derivados de la aplicación del instrumento de evaluación del TAS, tanto en niños como en adolescentes, proporcionan alternativas sólidas para superar las dificultades y limitaciones asociadas con su definición, naturaleza, configuración y medición.

Dada la relevancia de contar con investigaciones que permitan respaldar propuestas de medición del trastorno, resulta inconcebible derivar instrumentos de una simple interpretación conceptual, práctica que en la actualidad resulta común. No obstante, el reconocer componentes evaluativos, afectivos, cognitivos, conductuales, sociales y contextuales (discutidos en el capítulo 5) en la elaboración de instrumentos para la medición de la ansiedad por separación, permite crear conexiones con modelos explicativos más amplios que conllevan a la comprensión cabal del trastorno.

CAPITULO 7:

Estudio 2. La crianza, los estilos de vida y el afrontamiento correlacionan con el TAS

Con el propósito de investigar si existen factores presentes en la crianza, en los estilos de vida y en el afrontamiento que se relacionen con síntomas del Trastorno de Ansiedad por Separación, se propuso el siguiente estudio.

METODO

Participantes

Se trabajó con los mismos del primer estudio, 1681 participantes de población general, 859 mujeres y 822 hombres de entre 7 y 16 años de edad, con una media de 10 años.

Instrumentos

- Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) (versión infantil) (Mam-Gmora, 1998). Escala de interacción familiar compuesta por 53 reactivos distribuidos en 2 escalas: Síntomas Físicos (compuesta por 20 reactivos distribuidos en 5 factores: Factor 1 "Somatización I", Factor 2 "Síntomas Físicos", Factor 3 "Agresividad", Factor 4 "Somatización II" y Factor 5 "Depresión") y Estilos de Vida (compuesta por 18 reactivos distribuidos en 5 factores: Factor 1 "Interacción Papá", Factor 2 "Interacción Familiar Negativa", Factor 3 "Amistades Sociales", Factor 4 "Relaciones Escolares" y Factor 5 "Castigo"). Los reactivos se califican con 1, 2 y 3 dependiendo de su direccionalidad y las variables sociodemográficas se califican otorgándoles un valor sin direccionalidad. Alpha de Cronbach = .7579 para la primera escala y de .7272 para la segunda escala.
- Instrumento de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos (versión infantil) (Ortega, 1994 adaptado por López, 2000). Compuesto por 47 reactivos distribuidos en 10 factores: Factor 1 "Aceptación", Factor 2 "Rechazo", Factor 3 "Ejecución Orientada", Factor 4 "Castigo", Factor 5 "Control Firme", Factor

6 "Falta de Autonomía", Factor 7 "Preferencia hacia el sujeto", Factor 8 "Falta de Límites", Factor 9 "Castigo Explicado", Factor 10 "Sobreprotección". Los reactivos se califican con 1, 2 y 3. Alpha de Cronbach = .8856.

- Instrumento de Medición de los Estilos de Afrontamiento (versión infantil) (Hernández-Guzmán, en prensa). Compuesto por 12 reactivos distribuidos en 4 factores: Factor 1 "Afrontamiento Activo", Factor 2 "Afrontamiento Emocional", Factor 3 "Afrontamiento de Evitación" y Factor 4 "Afrontamiento Pasivo". Los reactivos se califican con 1, 2 y 3. Alpha de Cronbach = .6680.
- Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, compuesto por 16 reactivos (confiabilizar y validar dicho instrumento es uno de los objetivos de la presente investigación) (Anexo 2).

Procedimiento

La aplicación de todos los instrumentos anteriormente mencionados, tanto los del primer estudio como los de éste, fue al mismo tiempo. La finalidad de separar un estudio de otro radica en los diferentes objetivos planteados para cada uno. Así, para una clara comprensión de los análisis de datos se citan los instrumentos considerados necesarios para su realización.

Análisis de los Datos

Para conocer que variables presentes en la crianza, en el estilo de vida del niño y en la manera de afrontar se relacionan con los síntomas del trastorno por ansiedad de separación, se llevaron a cabo análisis de correlación entre el Instrumento Diagnóstico por Ansiedad de Separación y los instrumentos : Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos, el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) Síntomas físicos y Estilos de vida, y el Instrumento de Medición de los Estilos de Afrontamiento (versión infantil). Se utilizó la misma base de datos creada para la muestra de población general empleando el Programa SPSS 10.0 para Windows.

RESULTADOS**Análisis de Resultados****Correlaciones**

Se aplicó la prueba de Correlación de Pearson, con el objetivo de investigar si existen relaciones entre el Trastorno de Ansiedad por Separación, y la interacción padres- hijo, la percepción infantil de los estilos de crianza maternos y el afrontamiento.

	TAS
Afrontamiento	-.392**
Afrontamiento Activo	-.223**
Afrontamiento Emocional	-.342**
Afrontamiento de Evitación	.152**
Afrontamiento Pasivo	.296**

**p<0.01

Tabla 14. Muestra la correlación de Pearson con el Instrumento de Medición de los Estilos de Afrontamiento por puntaje total y puntaje de factores

Se aplicó la prueba de correlación de Pearson entre los resultados de la aplicación del Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación y el Inventario de

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Salud, Estilos de Vida y Comportamiento: Escala de síntomas físicos y Escala de estilos de vida (Tabla 15).

	TAS
SEVIC Síntomas Físicos	.316**
Somatización	.257**
Síntomas Físicos	.216**
Agresividad	.127**
Somatización II	.187**
Depresión	.329**

	TAS
SEVIC Estilos de Vida	.035**
Interacción Papá	.048**
Interacción Familiar Negativa	.058**
Amistades Sociales	-.060**
Relaciones Escolares	.089**
Castigo	.057**

**p<0.01

Tabla 15. Muestra la correlación de Pearson con los factores que componen el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). Escalas síntomas físicos y estilos de vida por puntaje total y puntaje de factores.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se aplicó la prueba de correlación de Pearson entre Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación y el Instrumento de Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza maternos (Tabla 16).

	TAS
Estilos de Crianza	—
Aceptación	-.055*
Rechazo	.061*
Ejecución Orientada	-.061*
Castigo	.123**
Control Firme	.090**
Falta de Autonomía	.141**
Preferencia al sujeto	—
Falta de límites	—
Castigo II	-.064**
Sobreprotección	-.097**

**p<0.01

*p<0.05

Tabla 16. Muestra la correlación de Pearson con el instrumento Estilos de Crianza versión para niños, por puntaje total y puntaje de factores.

DISCUSIÓN

Con la finalidad de reconocer los componentes evaluativos, afectivos, cognitivos, conductuales, sociales y contextuales que nos den luz en el camino hacia la comprensión cabal de la ansiedad por separación, el segundo estudio tuvo como propósito investigar los elementos presentes en la crianza, en los estilos de vida y en el afrontamiento que se relacionen con los síntomas presentes en el Trastorno de Ansiedad por Separación.

Los resultados de este segundo estudio indican que sí existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad por separación y los síntomas físicos, estilos de afrontamiento y estilos de crianza. Estos resultados son coherentes con las tendencias presentadas por estudios anteriores (Bandelow, et al., 2001; Dia, 2001; Last, Perrin, Hersen & Kazdin 1992; Slattery, 2002). Los niños con TAS presentan quejas psicósomáticas tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos. Incluso, los niños mayores que lo padecen manifiestan síntomas cardiovasculares, tales como palpitaciones, vértigo y sensación de desmayo. Asimismo los estilos de crianza utilizados por los padres relacionan altamente con el TAS (Martin, Cabrol, Bouvard, Lepine & Mouren-Simeoni, 1999). Es frecuente encontrar una historia familiar de trastornos psiquiátricos en la aparición del TAS (Last, Hersen, Kazdin, Finkelstein & Strauss, 1987), los padres ansiosos tienden a agravar los síntomas de sus hijos transmitiéndoles su propio miedo ante la separación. La crianza desempeña un papel importante en el desarrollo del niño, la continua retroinformación negativa, rechazo y hostilidad por parte de los padres, parecen explicar la ansiedad infantil. Los estilos de afrontamiento que adquieren los niños afectan la manera de percibir las situaciones ansiógenas, lo que exacerba el miedo y provoca conductas disfuncionales.

Las correlaciones registradas en el presente estudio resultaron consistentes con las investigaciones mencionadas. La correlación con Síntomas Físicos fue muy alta, a su vez, las correlaciones con el instrumento de Afrontamiento son estadísticamente significativas en sentido negativo, esto quiere decir que a mayor puntuación en TAS menor puntuación en los estilos de afrontamiento. Los síntomas de ansiedad por separación se ven relacionados con un pobre afrontamiento activo y emocional. En menor escala, también

los factores del Instrumento de Estilos de Crianza mostraron correlaciones estadísticamente significativas con los síntomas del TAS.

No obstante la importancia que presenta el análisis anterior, sólo permite inferir la co-ocurrencia entre las variables y no informa en cuanto al grado de influencia de éstas. En estudios futuros se proponen análisis que permitan calcular la predicción del TAS a partir de la crianza, afrontamiento y estilos de vida.

Los modelos explicativos de los trastornos de ansiedad encuentran sus fundamentos en ciertos elementos presentes en el desarrollo infantil, elementos que no se encuentran aislados, sino que interactúan constantemente y se retro-informan mutuamente. Las prácticas de crianza, la forma de afrontamiento y el estilo de vida de cada individuo son los ingredientes principales en la aparición de trastornos psicopatológicos (Hernández-Guzmán, 1999), en el caso de este estudio, de la ansiedad por separación. La multicausalidad en la etiología del desarrollo de trastornos psiquiátricos ha dado auge a la utilización de la regresión múltiple como herramienta esencial en las investigaciones. Se debe recordar que las metas básicas de la ciencia son la explicación y la predicción de los fenómenos, mientras mejor se explique la ocurrencia de un trastorno se podrán predecir sus causas. El poder predictivo de la regresión múltiple tiene su base en el hecho de que las variables independientes en su conjunto explican mejor la aparición del trastorno que cada una por sí sola. Por consiguiente, se sugiere que en estudios futuros se someta a prueba modelos explicativos de los factores que influyen sobre la aparición del TAS en los niños y adolescentes.

LIMITACIONES

Tanto el primer estudio como el segundo presentaron limitaciones en el método y procedimiento. En la validación concurrente del TAS, la muestra psiquiátrica utilizada no fue lo suficientemente grande para aplicar análisis de diferenciación con la muestra general. Uno de los problemas que se presentaron fue el tipo de diagnóstico asignado, donde la mayoría de los niños que asistían a consulta en el Hospital eran remitidos con trastorno de hiperactividad. El porcentaje de niños diagnosticados con trastornos de

ansiedad fue muy bajo, aunque posiblemente muchos de estos niños presentaban también ansiedad. En consecuencia, en el momento de comparar las dos muestras, no se encontraron diferencias entre unos y otros.

Asimismo, el total de la muestra clínica fue menor en comparación con el total de la muestra de población general. Aunque los análisis de discriminación fueron significativos, son necesarios estudios posteriores donde el tamaño de la muestra clínica permita contrastar entre diferentes trastornos para poder determinar la capacidad del instrumento para discriminar la ansiedad por separación entre otros trastornos psiquiátricos.

CONCLUSION

Los problemas de evaluación que se registran en nuestro país, son muy graves, problemas que no sólo afectan el diagnóstico de trastornos psicológicos, sino que también repercuten de manera inevitable en la creación de programas de intervención.

El problema inicia desde la vieja suposición de que los síntomas de una psicopatología infantil son idénticos a los de un adulto. Bajo esta suposición, los instrumentos de evaluación y diagnóstico suelen crearse a partir de adaptaciones hechas de mediciones validadas en población adulta. Consecuentemente, las intervenciones clínicas no se encaminan a la resolución de los síntomas presentes en los niños. Con frecuencia se pierden en diferentes líneas terapéuticas basadas en interpretaciones y conceptos poco acertados que no tienen fundamento en la investigación sobre el desarrollo del niño.

Dicho problema también se presenta en las intervenciones terapéuticas del TAS. La confusión en el diagnóstico con otros trastornos, da lugar a terapias poco eficientes, consecuencia de las escasas mediciones que existen en nuestro país. Los instrumentos que miden ansiedad contienen sólo algunos reactivos que evalúan sus síntomas, sin llegar a una categorización y un diagnóstico reales.

El presente trabajo representa un esfuerzo al estudio de la medición del Trastorno de Ansiedad por Separación, en el cual es necesario sumar a las propiedades psicométricas registradas, la ventaja de contar con un instrumento validado en población mexicana que permita medirlo, caracterizarlo y compararlo durante el tránsito de la niñez a la adolescencia. Entre los descritos en el capítulo 5, no se identifican instrumentos confiables utilizados en población mexicana. Por ello, el instrumento propuesto representa una alternativa sólida y confiable para estos fines.

Se conforma de una estructura factorial respaldada por índices de confiabilidad y validez aceptables. Se origina de un sustento teórico basado en investigaciones que involucran tanto variables personales como variables del entorno del individuo. Corrobora el carácter multidimensional del trastorno. Permite realizar comparaciones en etapas específicas del

desarrollo y referentes al sexo. Se administra en poco tiempo debido al reducido número de reactivos que lo conforman.

Las aportaciones del presente trabajo sientan las bases para la elaboración de programas de intervención que consideren, entre otros elementos, el control de variables relacionadas con los principales dominios de la influencia de niños y adolescentes (tales como la crianza, los estilos de vida, síntomas físicos y estilos de afrontamiento), el entrenamiento en habilidades específicas para evaluar su nivel de competencia, el establecimiento de estándares adecuados que permitan disminuir los síntomas y emplear estilos de afrontamiento exitosos.

Recomendaciones para estudios futuros

La propuesta del Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación para niños y adolescentes se presenta como una alternativa válida y confiable en la medición del trastorno en población mexicana. En estudios subsiguientes, con el propósito de rebasar los alcances de evaluación tradicionales, se proponen estudios con muestras clínicas mayores. Asimismo, se sugiere realizar estudios de regresión múltiple en muestras clínicas y de población general para una mejor comprensión de los factores que predicen su ocurrencia.

Con la finalidad de una mejor evaluación del TAS, se propone crear instrumentos dirigidos a los padres y maestros, con base en los factores encontrados en el segundo estudio. Buscar los factores de riesgo presentes en la crianza y afrontamiento, específicamente para la ansiedad por separación. De esta manera, se da pauta a mejores propuestas de intervención terapéutica donde todos los factores que se asocian con la ocurrencia del TAS se ataquen mediante intervenciones preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ainsworth, M.D. & Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-old in a strange situation. *Child Development*, 41,49-67.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange-situation behavior of one-year-old. En H.R. Schaffer (Ed.), *The Origins of human social relations*. (pp. 112-125). London: Academic Press.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behaviour of one-year-old in a strange situation. En B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour*. (Vol. 4). London: Methuen.
- American Psychiatric Association (1975). *A Psychiatric Glossary*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 4th ed.)*. México, D. F.: Masson, S. A.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from a general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69- 76.
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E. & Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Asher, S. B., Renshaw, P.S. & Hymel, S. (1982). Peer relations and the development of social skills. En S. G. Moore & C. R. Cooper (Eds.), *The young child*. (Vol. 3). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Derker, L. & Merikangas, K.R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective High-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49, 1071-1081.
- Balon, R., Yerangani, V.K. & Pohl, R. (1989). Higher frequency of separation anxiety in panic disorder patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1351-1367.

- Bandelow, B., Alvarez-Tichauer, G., Späth, C., Brooks, A., Hajak, G., Bleich, S. & Rüther, E. (2001). Separation anxiety and actual separation experiences during childhood in patients with panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(10), 948-952.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Barth, J. M. & Parke, R. D. (1996). The impact of the family on children's early school social adjustment. A. J. Sameroff, & M. M. Haith, (Eds.), *The five to seven year shift: The age of reason and responsibility*. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. (pp. 329-361). Chicago, IL, USA: University of Chicago Press.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press
- Barlow, D. & Chorpita, B. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103.
- Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. En A. Pick (Ed.), *Minnesota symposia on child psychology*. (Vol. 7). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R. & Ryan, S. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203
- Barrios, B. A. & Hartmann, D.P. (1988). Fears and anxieties. En E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorder*. (2nd ed). (pp. 196-264). New York: Guilford Press
- Battaglia, M., Bertella, S., Politi, E., Bernardeschi, L., Perna, G., Gabriele, A. & Bellodi, L. (1995). Age at onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1362-1364.

- Beck, A. T., Emery G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. USA: Basic Books.
- Beitel, A. H. & Parke, R. D. (1998). Paternal involvement in infancy: The role of maternal and paternal attitudes. *Journal of Family Psychology, 12*(2), 268-288.
- Beitman, B. D., Lamberti, J. W., Mukerji, V., De Rosear, L., Basha, I. & Schmidt, L. (1987). Panic disorder in chest pain patients with angiographically normal coronary arteries: A pilot study. *Psychosomatics, 28*, 480-484.
- Bell, R. Q. (1977). Socialization findings re-examined. En. R. Q. Bell & R. V. Harper (Eds.), *Child effects on adults*. NJ: Erlbaum
- Bell, R.Q. (1979). Parent, child, and reciprocal influences. *American Psychologist, 34* (10), 821-826.
- Bell, S. M. (1970). The Development of the concept of object as related to infant-mother attachment. *Child Development, 41*, 1171-1190.
- Belsky, B. & Miller, W. (1978). Child-rearing practices reported by schoolchildren in Bavaria. *The Journal of Social Psychology, 117*, 13-18.
- Belsky, J. & Nezworski, T. (1988). *Clinical implications of attachment*. London: Lawrence Erlbaum.
- Benjet, C. & Hernández-Guzmán, L. (2002). A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(6), 429-442.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. & Chartt-León, R. (1999). Validez y Confiabilidad de la CES-D en Peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología, 16* (1), 175- 185.
- Berenson, C.K. (1998). Frequently missed diagnoses in adolescent psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America, 2*(4), 917-926.
- Biederman, J., Newcorn, J., Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry, 148* (85), 564- 575.
- Billler, H. B. (1971). Fathering and female sexual development. *Medical Aspects of Human Sexuality, 5*(11), 126-138.
- Bird, H. R., Gould, M. S., Staghezza, B. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 361-368.

- Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B. & Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850.
- Blanchard, R. W. & Biller, H. B. (1971). Father availability and academic performance among third-grade boys. *Developmental Psychology*, 4(3), 301-305.
- Booth, C.L., Rubin, K.R. & Rose-Krasnor (1998). Perceptions of emotional support from mother and friend in middle childhood: Links with social-emotional support from mother and preschool attachment security. *Child Development*, 69 (2), 427-442.
- Bögels, S. M. & Zigterman D. (2000). Disfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 205-211.
- Borkovec, T. D., Weerts, T. C. & Bernstein, D. A. (1977). Assessment of anxiety. In A. R. Cimínero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assessment*. New York: Wiley.
- Bourdon, K., Boyd, J., Rae, D., Burns, B., Thompson, J. & Locke, B. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Boyum, L. A. & Parke, R. D. (1995). The role of family emotional expressiveness in the development of children's social competence. *Journal of Marriage and the Family*, 57(3), 593-608.
- Bowen, R. C., Offord, D. R. & Boyle, M. H. (1990). The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: results from the Ontario Child Health Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 753-758.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-73.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. (Vol. 1). *Attachment*. Londres: Hogart.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. (Vol. 2). *Separation: anxiety and anger*. Londres: Hogart.
- Brady, E. U. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B. & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. En Lewis, M. & Rosenblum, L. A. (Eds.). *The effect of the infant on its caregiver*. New York: Wiley.
- Brooks-Gunn, J., Warren, M. Rosso, J. & Gargiulo, J. (1987). Validity of self-report measures of girls' pubertal status. *Child Development*, 58, 829-841.

- Burbach, D.J. & Bourdin, C. M. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 133-153.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lang theory of emotion: A critical examination and an alternative theory. En R.J. Edelman (Ed.), *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. Inglaterra: John Wiley and Sons.
- Capps, L., Sigman, M., Sena, R., Henker, B. & Whalen, C. (1996). Fear, anxiety, and perceived control in children of agoraphobic parents. *Journal of Child Psychology*, 37, 445-452. Harris, I.D. &
- Carlson, N. R. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. Estados Unidos: Prentice-Hall.
- Carson, J. L. & Parke, R. D. (1996). Reciprocal negative affect in parent-child interactions and children's peer competency. *Child Development*, 67(5), 2217-2226.
- Chesney, M. A. (1985). Anger and hostility: Future implications for behavioral medicine. En M. A. Chesney & R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Washington, D.C.: Hemisphere
- Chesney, M. A. & Black, G.W. (1986). Hypertension: Biobehavioral influences and their implications for treatment. En T.H. Schmidt, T.M. Dembroski, & G. Blumchen (Eds.), *Biological and psychological factors in cardiovascular disease*. Berlin: Springer-Verlag
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (2), 177-190.
- Chorpita, B. F., Albano, A.M. & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170-176.
- Chorpita, B. F., Plummer, M. C. & Moffitt, C. E. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to child anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (3), 299-310.
- Cohn, D.A. (1990). Child-Mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development*, 61, 152-162.
- Colleta, N. D. (1979). The impact of divorce: father absence or poverty? *Journal of Divorce*, 3, 27-35.
- Coolidge, F. L. (1988). *Children's Coolidge Axis II Inventory*. Washington, DC: U.S. Copyright TXU.
- Coolidge, F.L., Philbrick, P.B., Wooley, M.J., Bunting, E. K., Hyman, J.N. & Stager, M.A. (1990). The KCATI: Development of an inventory for the assessment of personality disorders in children. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 6, 225-232.

- Cox, F. N. & Campbell, D. (1968). Young children in a new situation with and without their mothers. *Child Development*, 39, 123-132.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Colorado, USA: Westview Press.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (2), 1240-1312
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. México: Trillas
- Dekovic, M. & Janssens, J. (1992). Parents' child-rearing style and child's sociometric status. *Developmental Psychology*, 28 (5), 925-932.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. España, Madrid: Siglo XXI editores.
- Deschamps, J. P. (1979). El niño educado por sus abuelos. *Embarazo y maternidad en la adolescente*. Barcelona: Herder.
- Dia, D.A. (2001). Cognitive-behavioral therapy with a six-year old boy with separation anxiety disorder: a case study. *Health & Social Work*, 26(2), 125-129.
- Donovan, W. L., Leavitt, L. A. & Balling, J. D. (1978). Maternal physiological response to infant signals. *Psychophysiology*, 15(1), 68-74.
- Dunham, P. & Dunham, F. (1990). Effects of mother-infant social interactions on infants' subsequent contingency task performance. *Child Development*, 61, 785-793.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D.F. & Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244-1257.
- Echeburúa, E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Eisenberg-Berg, N. & Mussen, P.H. (1978). Empathy and moral development in adolescence. *Developmental Psychology*, 14, 185-186.
- Emde, R. (1985). The affective self: Continuities and transformations from infancy. En J. Call, E. Galenson & R. Tyson (Eds.), *Frontiers in Infant Psychiatry-II*. New York: Basic Books.
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*, (2), 291 - 337. New York: Academic Press.

- Field, T., Healy, B., Goldstein, S. & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26(1), 7-14.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing and fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Forehand, R. & Nousiainen, S. (1993). Maternal and paternal parenting: Critical dimensions in adolescent functioning. *Journal of Family Psychology*, 7, 213-221.
- Gerisma, C., Emmelkamp, P.M. & Arrindel, W. A. (1990). Anxiety, depression and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Gittelman, R. & Klein, D. F. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobia disorders. *Psychopathology*, 17, 56-65.
- Goldin, P. C. (1969). A review of children's reports of parent behaviors. *Psychological Bulletin*, 71(3), 222-236.
- Goldstein, R.B., Wickramaratne, P.J., Horwath, E. & Weissman, M.M. (1997). Familial aggregation and phenomenology of 'early-onset (at or before age 20 years) panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 271- 278.
- Greenberg, M. & Cznic, K. (1988). Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development*, 59, 554-570.
- Grolnick, W.S. & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81(2), 143-154.
- Hansburg, H.G. (1980). *Adolescent separation anxiety: A method for the study of adolescent separation problems*. New York: Krieger.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Harris, I. D. & Howard, K.I.(1987). Correlates of depression and anger in adolescence. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 4(3), 199-203.
- Heinicke, C. (1956). Some Effects of Departing Two-years-old Children from their Parents: A Comparative Study. *Human Relations*, 9, 105-176.
- Heinicke, C. & Westheimer, I. (1966). *Brief separations*. London: Longmans.
- Hernández - Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Hernández-Guzmán, L. (En prensa). *Instrumento de Medición de los Estilos de Afrontamiento (versión infantil)*. Facultad de Psicología, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., González, S. & López, F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(4), 471-783.
- Hernández-Guzmán, L. & López-Morales, E. G. (1999). Los abuelos: un recurso ignorado en la valoración, diagnóstico e intervención psicológicos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (2), 281-290.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J.J. (1996). Parent-child interactions predict anxiety in Mexican adolescents. *Adolescence*, 31(141), 955-1004.
- Hernández-Guzmán, L., Soto, M. E. & Soria, R. (1990). Separaciones breves entre madre e hijo: Ansiedad, afrontamiento y factores relacionados. *Revista Mexicana de Psicología*, 7(1-2), 45-49.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hetherington, E.M. & Stanley-Hagan, M. (1986). Divorced fathers: stress, coping and adjustment. En M. E. Lamb (Ed.), *The father's role: applied perspectives* (pp. 103-134). New York: Wiley.
- Hodgson, R. & Rachman, S. (1974). Desynchrony in measures of fear. *Behavior Research and Therapy*, 12, 319-326.
- Hoffman, M.L. & Saltzstein, H.D. (1967). Parent discipline and the child's moral development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 45-57.
- Holland, D. & Dadds, M. (1995). *Diagnostic Interview Schedule for children, adolescents and parents*. Brisbane, Australia: Griffith University Press.
- Honig, A. S. & Deters, K. (1996). Grandmothers and mothers: An intergenerational comparison of childrearing practices with pre-schoolers. *Early Development and Parenting*, 5, 47-55.
- Isley, S., O'Neil, R. & Parke, R.D. (1996). The relation of parental affect and control behaviors to children's classroom acceptance: A concurrent and predictive analysis. *Early Education and Development*, 7(1), 7-23.
- Jacob, T. & Johnson, S. (2001). Sequential interactions in the parent-child communications of depressed fathers and depressed mothers. *Journal of Family Psychology*, 15 (1), 38-52.

- Jalenques, I. & Coudert, A. J. (1993). Epidemiology of childhood anxiety disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: New findings. *American Journal of Psychiatry*, 8, 179-191.
- Jensen, G. D. & Tolman, C. W. (1962). Mother-infant relationship in the monkey, Macaca nemestrina: The effect of brief separation and mother-infant specificity. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 55, 131-136.
- Johnson, S., Barrett, P.M., Dadds, M.R., Fox, T.L. & Shortt, A.L. (1999). The diagnostic interview schedule for children, adolescents, and parents: Initial reliability and validity data. *Behaviour Change*, 16, 155-164.
- Johnson, R.C. & Medinnus, G. R. (1974). *The family and its influence on development*. London: Wiley & Sons.
- Jones, J. N. (1972). Comparative aspects of mother-child contact. En J.N. Blurton (Ed.), *Ethological studies of child behaviour*. (pp. 305-328). London: Cambridge.
- Jones, D.C., Rickel, A.U. & Smith, R.L. (1980). Maternal child-rearing practices and social problem-solving strategies among preschoolers. *Developmental Psychology*, 16, 56-63.
- Kaufmann, D., Gesten, E., Santa Lucia, R. C., Salcedo, O., Rendina-Gobioff, G. & Gadd, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: The parents perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 231-245.
- Kaufman, I. C. & Rosenblum, L. A. (1967). Depression in infant monkeys separated from their mothers. *Science*, 155, 1030-1035.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1996). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica* (7ª ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kearney, C.A. & Wadiak, D. (1999). Anxiety disorders. En S. D. Netherton & D. Holmes (Eds.), *Child & adolescent psychological disorders: A comprehensive textbook*. Oxford textbooks in clinical psychology (pp. 282-303). New York: Oxford University Press.
- Kendall, P. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C. & Chansky, T. E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167-185.
- Kendall, P., Chansky, T.E., Kane, M.T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronana, K.R., Sessa, F.M. & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth. Cognitive-Behavioral Interventions*. USA: Allyn and Bacon.
- Kendall, P., Howard, B. & Epps, J. (1988). The anxious child: Cognitive-behavioral treatment strategies. *Behavior Modification*, 12, 281-310.

- Kennedy, J. H. & Bakeman, R. (1984). The early mother-infant relationship and social competence with peers and adults at three years. *Journal of Psychology*, 116, 23-24.
- Kerns, D. A. & Stevens, A. C. (1996). Parent-child attachment in late adolescence: Links to social relations and personality. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(3), 323-342.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Mroczek, D., Utsun, T.B. & Wittchen, H.U. (1997). The World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDISF). *International Journal of Methods of Psychiatry Research*, 7, 171-185.
- King, N. J. & Bernstein, G.A. (2001). School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 197-205.
- King, N. J., Ollendick, T. H. & Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents.: Relations between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 11, 441-459.
- Kovacs, M. (1997). *The Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA): Current and Lifetime (ISCA-C & L) and Current and Interim (ISCA-C & I) Versions*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1, 47-63.
- Kroger, J. (1986). Factor structure of the Hansburg separation anxiety test. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 605-611.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4(2), 109-124.
- Kuczynski, L., Kochauska, G., Radke-Yarrow, M. & Girmius-Brown, O. (1987). A developmental interpretation of young children's non-compliance. *Developmental Psychology*, 23, 799-806.
- Kuperminc, G. P., Blatt, S. J. & Leadbeater, B. J. (1997). Relatedness, self-definition, and early adolescent adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 21(3), 301-320.
- Kurdek, L. A. & Fine, M. A. (1994). Family acceptance and family control as predictors of adjustment in young adolescents: Linear, curvilinear or interactive affects? *Child Development*, 65, 1137-1146.
- Ladd, G. W. & Golter, B.S. (1988). Parents' management of preschooler's peer relations. Is it related to children's social competence?. *Developmental Psychology*, 24(1), 109-117.
- Ladd, G. W. & Price, J. M. (1986). Promoting children's cognitive and social competence: The relation between parents' perceptions of task difficulty and children's perceived and actual competence. *Child Development*, 57, 446-160.

LaFreniere, P.J. & Sroufe, L. A. (1985). Profiles of peer competence in the preschool: Interrelations between measures, influence of social ecology, and relation to attachment history. *Developmental Psychology*, 21(1), 56-69.

Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G., Barkley, R., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdik, L., Frick, PM, Ollendick, P., Perez, D., Hart, E., Waldman, I. & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.

Lamb, M. E. (1980). The father's role in the facilitation of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 1(3), 140-149

Lamb, M. E. & Bronson, S.K. (1980). Fathers in the context of family influences: Past, present and future. *School Psychology Review*, 9(4), 336-353.

Lamborn, S.D., Mounts, N.S., Steinberg, L. & Dornbusch, S.M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.

Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley

Lang, P.J., Rice, D.G. & Sternbach, R.A. (1972). The psychophysiology of emotion. En N.S. Greenfield & R. A. Sternback (Eds.), *Handbook of Psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart & Winston

Last, C. G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A. E. & Strauss, C. (1987). Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144(5), 653-657.

Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Finkelstein, R. & Strauss, C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics of patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 527-531.

Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Francis, G. & Grubb, H.J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1580-1583.

Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.

Last, C. G., Phillips, J. E. & Statfield, A. (1987). Childhood anxiety disorders and their children. *Childhood Psychiatry and Human Development*, 18, 103-112.

- Last, C.G. & Strauss, C.C. (1990). School phobia. In B.B. Lahey and A.E. Kasdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. (Pp. 193-222). New York: Plenum.
- Lavers, C. A. & Sonuga-Barke, E. J. S. (1997). Annotation: On the grandmother's role in the adjustment and maladjustment of grandchildren. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 38, 747-753.
- Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relation between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- Lazarus, R.S., Kanner, A.D. & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. En R. Plutchik & H. Kellermann (Eds.), *Emotions: Theory, research, and experience. Theories of emotion*. (Vol. 1). (pp. 189-217). New York: Academic Press.
- Lee, M. I. & Miltenberger, R. G. (1996). School refusal behavior: Classification, assessment and treatment issues. *Education & Treatment of Children*, 19(4), 474-486.
- Leventhal, H. & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. En P.J. Woodridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper & R. C. Leonard (Eds.), *Behavioural Science and Nursing Theory*. St. Louis: C.V. Mosby
- Leventhal, H. & Tomarken, A. J. (1986). Emotion: Today's problems. *Annual Review of Psychology*, 37, 565-610.
- Lipsitz, J.D., Martin, L.Y., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Liebowitz, M. R. & Klein, D.F. (1994). Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 927-929.
- López, F. (1984). Psicología evolutiva. (Vol. 2.). *El apego*. Madrid: Alianza.
- López, V. R. M. (2000). *Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología. Facultad de Psicología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maccoby, E. E. & Feldmann, S. S. (1972). Mother-attachment and stranger-reactions in the third year of life. *Monographs of The Society for Research In Child Development*, 37 (1).
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed.). (pp. 1-101). New York: Wiley
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children. *Annual Reviews of Psychology*, 51, 1-27.
- Mam-Gmora, Y. (1998). *Trastornos de ansiedad en niños: variables interactivas familiares y patrones de crianza como predictores de riesgo. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología*. Facultad de Psicología, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Manicavasagar, V. & Silove, D. (1997). Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 299-303.
- Mantzicopoulos, P.Y. & Oh-Hwang, Y. (1998). The relationship of psychosocial maturity to parenting quality and intellectual ability for American and Korean adolescents. *Contemporary Educational Psychology*, 23, 195-206.
- March, J.S. (1997). *Manual for the Multidimensional Anxiety Scale for Children*. Toronto, Ontario: Multihealth Systems.
- Marsh, E. J. & Graham, S.A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. España, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Marshall, B.D. & Zimbardo, P. G. (1979). Affective consequences of inadequately explained physiological arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 970-988.
- Martin, K. A. (1996). *Puberty, sexuality and the self: Girls and boys at adolescence*. New York: Routledge
- Martin, C., Cabrol, S., Bouvard, M.P., Lepine J.P. & Mouren-Simeoni, M.C. (1999). Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 916-22.
- Marvin, R. S. (1972). Attachment and communicative behavior in two, three and four-year-old children. En J. Bowlby (Ed.), *Attachment and loss*. (Vol. 2), Londres: Hogart.
- Maslach, C. (1979). Negative emotional biasing of unexplained arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 953-969.
- Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., et al. (2000). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(2), 139-151.
- McClure, E.B., Brennan, P. A., Hammen, C. & Le Brocq, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 1-10.
- Meichenbaum, D. (1988). *Stress inoculation training*. England: Pergamon Books
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo & M.A. Simón, (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. España, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Morgan, G. A. & Ricciuti, H. N. (1969). Infants. Responses to strangers during the first year. En B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour*. (Vol. 4). London: Methuen.

- Mufson, L., Weissman, M.M. & Warner, V. (1992). Depression and anxiety in parents and children: A direct interview study. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 1-13.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 1199-1206.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. & Mayer, B. (1999b). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Mussen, P.H., Harris, S., Rutherford, E. & Keasey, C.B. (1970). Honesty and altruism among preadolescents. *Developmental Psychology*, 3, 169-194.
- Neff, D.F. & Blanchard, E. B. (1987). A multi-component treatment for Irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 18, 72-83.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24 (2), 181 - 196.
- O'Connor, T. G., Hetherington, E. M. & Clingempeel, W. G. (1997). Systems and bi-directional influences in families. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(4), 491-504.
- O'Connor, T. G., Hetherington, E. M. & Reiss, D. (1998). Family systems and adolescent development: Shared and nonshared risk and protective factors in nondivorced and remarried families. *Development and Psychopathology*, 10(2), 353-375.
- Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, T.H. & Hersen, M. (1998). *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum.
- Ollendick, T. H. & Mayer, J.A. (1985). School phobia. En S. M. Turner (Ed.), *Behavioral treatment of anxiety disorders* (pp. 367-411). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Palkovitz, R. (1997). Reconstructing involvement: Expanding conceptualizations of men's caring in contemporary families. En A. J. Hawkins & D. C. Dollahite (Eds.), *Generative fathering: beyond deficit perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parke, R. D. (1978). The father's role in infancy: A re-evaluation. *Birth and the Family Journal*, 5(4), 211-213.
- Parke, R. D. & Sawin, D. B. (1976). The father's role in infancy: A re-evaluation. *Family Coordinator*, 25(4), 365-371.

- Perrin, S. & Last, C.G. (1992). Do childhood anxiety measures measure anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567-578.
- Pneips, L., Cox, D. & Bajorek, E. (1992). School phobia and separation anxiety: diagnostic and treatment comparisons. *Psychology in the Schools*, 29, 384-394.
- Poulton, R., Milne, B. J., Craske, M. G. & Menzies, R. G. (2001). A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1395-1410.
- Preston, D. G., Baker, R. P. & Seay, B. (1970). Mother-infant separation in the rhesus monkey. *Development Psychology*, 3, 298-306.
- Pruis, A., Lahey, B. B., Thyer, B.A. & Christ, M. A. (1990). Separation anxiety disorder and overanxious disorder: How do they differ? *Phobia Practice and Research Journal*, 3, 51-59.
- Puig-Antich, J. & Rabinovich, H. (1986). *Relationship between affective and anxiety disorders of childhood*. En R. Gittelman (Dir.), New York: Guilford Press.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Radke-Yarrow, M., Nottlemann, E., Belmont, B. & Welsh, J.D. (1993). Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 683-655.
- Radke-Yarrow, M. & Zahn-Waxler, C. (1986). The role of familial factors in the development of prosocial behavior: research findings and questions. En P. Olweus, J. Block, & M. Radke-Yarrow (Eds.), *Development of antisocial and prosocial behavior: Research, theories and issues* (pp. 207-233). San Diego, CA: Academic Press.
- Radziszewska, B., Richardson, J.L., Dent, C.W. & Flay, B.R. (1996). Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender and SES differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 289-305.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47- 68.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T.E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Rey, J.M. & Plapp, J.M. (1990). Quality of perceived parenting in oppositional and conduct disordered adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 382-385.
- Reynolds, C.R. & Richmond, B.O. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.

- Reynolds, C.R., & Richmond, B.O.(1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ribera, J.C., Canino, G.J., Rubio-Stipec, M., Bravo, M. Bird, H. R., Freeman, D., Shrout, P., Bauermeister, J., Alegria, M., Woodbury, M., Heurtas, S. & Guevara, L.M. (1996). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.1) in Spanish: Reliability in a Hispanic population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 195-204.
- Robertson, J. & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courier of the International Children's Center Paris*, 2, 131-142.
- Roopnarine, J. L. & Adams, G. R. (1987). The interactional teaching patterns of mothers and fathers with their popular, moderately popular, or unpopular children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1), 125-136.
- Roth, M. (1988). Biological, clinical and cultural perspectives. En M. Roth, R. Noyes, & G. H. Burrows, (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol.1). (pp. 1-45). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Sameroff, A.J., Sellar, R. & Zax, M. (1982). Early development of children at a risk for emotional disorder. *Monographs of The Society for Research In Child Development*, 47(7), 199-208.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.
- Slicker, E.K. (1998). Relationship of parenting style to behavioral adjustment in graduating high school seniors. *Journal of Youth and Adolescence*, 127, 345-372.
- Schaffer, H. R. (1977). *Mothering*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Schaffer, H. R. & Callender, W. M. (1959). Psychological Effects of hospitalization in Infancy. *Pediatrics*, 24, 528-539.
- Schachter, S. & Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotion state. *Psychological Review*, 69, 379-397.
- Scharf, M. (2001). A "natural experiment" in childrearing ecologies and adolescents attachment and separation representations. *Child Development*, 72 (1), 236-251.
- Scher, A. & Mayseless, O. (2000). Mothers of anxious/ambivalent infants: maternal characteristics and child-care context. *Child Development*, 71 (6), 1629-1639.
- Schneider, B. H. (1993). *Children's social competence in context. The contributions of family, school and culture*. Canada: Pergamon Press.
- Seay, B., Hansen, E. & Harlow, H. F. (1962). Mother-infant separation in monkeys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 123-132.

Seay, B. & Harlow, H. F. (1965). Maternal separation in the rhesus Monkey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 140, 434-441.

Secretaría de Salud (SSA). (2002). *Programa específico de psicopatología infantil y de la adolescencia*.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M. K. & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.

Shek, D. T. L., Chan, L. K. & Lee, T. Y. (1997). Parenting styles, parent-adolescent conflict and psychological well-being of adolescents with low academic achievement in Hong Kong. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 9(4), 233-247.

Shear, M. K. & Mammen, O. (1997). Anxiety disorders of primal care: a perspective of lifespan. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (2),

Shumow, L., Vandell, D.L. & Posner, J. K. (1998). Harsh, firm and permissive parenting in low-income families. *Journal of Family Issues*, 19, 483-507.

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

Silove, D., Manicavasagar, V., O'Connell, D. & Blaszczynski, A. (1993). Reported early separation anxiety symptoms in patients with panic and generalized anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 489-494.

Silove, D., Manicavasagar, V., O'Connell, D., Blaszczynski, A., Wagner, R. & Henry J. (1993). The development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 377-88.

Silverman, W. K. & Albano, A. M. (1996). *Anxiety disorders interview schedule for children*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Slattery, M. J., Klein, D. F., Mannuzza, S., Moulton, J. L., Pine, D.S. & Klane, R. G. (2002). Relationship between separation anxiety disorder, parental panic-disorder and atopic disorders in children: a controlled high-risk study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 947-954.

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms in children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.

Spencer-Booth, Y. & Hinde, R. A. (1967). The Effects of separating rhesus monkey infants from their mothers for six days. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 7, 179-197.

Spielberger, C.D.(1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- SPSS Inc. (2001). *SPSS for Windows: Statistic Program Sciences Socials*. USA: SPSS Inc.
- Sroufe, L. A., Cooper, R. G. & De Hart, G.B., Jr. (1992). *Child Development its nature and course* (2nd ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Sroufe, L. A. & Waters, E. (1976). The ontogenesis of smiling and laughter: A perspective on the organization of development in infancy. *Psychological Review*, 83, 173-189.
- Sroufe, L. A., Waters, E. & Matas, L. (1974). Contextual determinants of infant affective response. En M. Lewis. & L. Rosenblum, (Eds.), *The Origins of Fear Wiley*. New York: Wiley.
- Stallings, P. & March, J.S. (1995). Assessment. En J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 125-147). New York: Guilford.
- Stevenson-Hinde, J. & Shouldice, A. (1995). Maternal interactions and self-reports related to attachment classifications at 4.5 years. *Child Development*, 66, 583-596.
- Staub, E. (1979). *Positive social behavior and morality: Socialization and development*. (Vol. 2). San Diego, CA: Academic Press.
- Steinberg, L., Elmen, J.D. & Mount, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.
- Steinberg, L., Lamborn, S.D., Dornbusch, S.M. & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement and encouragement to succeed. *Child Development*, 63, 1266 – 1281.
- Steinberg, L., Mounst, N.S., Lamborn, S.D. & Dornbusch, S.M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19-36.
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge: Harvard University Press.
- Tam, V. C. W. & Detzner, D. F. (1998). Grandparents as a family resource in Chinese-American families Perceptions of the middle generation. En Hernández - Guzmán, L. & López - Guzmán, E. (Eds.), *Los abuelos: Un Recurso Ignorado en la Valoración, Diagnóstico e Intervención Psicológicos*. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(2), 281-290.
- Troll, L. E. (1980). Grandparenting. En L. W. Poon (Ed.), *Aging in the 1980's*. Washington D. C. : American Psychological Association
- Valla, J.P., Bergeron L., Bidaut-Russell M., ST-Georges M. & Gaudet N. (1997). Reliability of the Dominic-R: a young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 717-724.

- Vallejo, A. (2002). *Estilos de paternidad y conflictos de autoridad entre padres y adolescentes totonacas en el medio rural*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vogel, J. M. & Vernberg, E. M. (1993). Task force report: part 1. Children's psychological responses to stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 464-484.
- Volling, B. L. & Elins, J. L. (1998). Family relationships and children's emotional adjustment as correlates of maternal and parental differential treatment: A replication with toddler and preschool sibling. *Child Development*, 69(6), 1640-1656.
- Wahler, R.G.(1996) Chaos and Order in the Parenting of Aggressive Children. Personal Narratives as Guidelines. En C. F. Ferrus & T. Grisso (Eds.), Understanding aggressive behavior in children. (Vol. 794). (pp. 153-168). *Annals of the New York Academy of Sciences*. New York, NY: The New York Academy of Sciences.
- Watson, J.S. (1972). Smiling, cooing and "the game". *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 323-340.
- Winder, C. & Rau, L. (1962). Parental attitudes associated social deviance in preadolescent boys. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 64, 418-424.
- Wolf, P.H. (1987). *The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wright, J. H. & Borden, J. (1991). Cognitive therapy of depression and anxiety. *Psychiatric Annals*, 21, 425-428.
- Yarrow, L. J. (1963). Research in dimensions of early maternal care. *Merrill-Palmer Quarterly*, 9, 101-114.
- Youngblade, L. & Belsky, J. (1988). *Social and emotional consequences of child maltreatment*. New York: Plenum Press.

ANEXOS

ANEXO 1

Anexo 1. Muestra las características de la población clínica indicando la distribución según la edad y el sexo.

CATEGORÍA DIAGNOSTICA				
	ANSIEDAD	CONDUCTA	DEPRESIÓN	Total
Edad 6	3	7	3	13
7	8	8	3	19
8	9	13	1	23
9	5	7	3	15
10	5	4	2	11
11	6	4	2	12
12	7	5	1	13
13	3	1	2	6
	46	49	17	112

CATEGORÍA DIAGNOSTICA				
	ANSIEDAD	CONDUCTA	DEPRESIÓN	Total
Sexo Masculino	18	33	12	63
Femenino	28	16	5	49
	46	49	17	112

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)

Para dicho instrumento, con base en los criterios del DSM-IV, se elaboraron 16 reactivos acerca de los síntomas que se presentan en la ansiedad de separación. La definición de ansiedad de separación se manejó como los síntomas característicos del trastorno que percibe el niño cuando se separa de las figuras de apego.

El instrumento mide, por lo tanto, ciertos pensamientos, sentimientos y conductas que presenta el niño cuando se separa de sus padres. La escala consta de 16 afirmaciones con 3 opciones de respuesta.

1. Nada
2. Regular
3. Tanto como te puedas imaginar

Dimensión	Definición	No. de Reactivos
Separación de los padres	Se refiere a los síntomas que percibe el niño cuando se separa de los padres.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12
Soledad	Son situaciones donde el niño se encuentra solo, ninguna figura de apego está presente.	9, 10, 14, 15, 16,
Ansiedad Escolar	Se refiere a sentimientos negativos que experimenta el niño cuando está en la escuela.	7, 8, 13

Calificación

El Instrumento Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación se califica con valores de 1, 2 y 3 con la misma dirección en cada uno de los reactivos que lo integran. Los reactivos están diseñados de modo que a mayor sintomatología asociada con el trastorno de ansiedad de separación, mayor puntaje en la calificación.

ANEXO 3

Escala de Ansiedad para Niños de Spence Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con que frecuencia te suceden las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas o malas.

1. Me preocupo por todo.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
2. Me da miedo la oscuridad
Nunca () A veces () Muchas veces ()
3. Cuando tengo un problema siento mariposas en el estómago.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
4. Siento temor
Nunca () A veces () Muchas veces ()
5. Siento temor cuando estoy solo (a) en casa
Nunca () A veces () Muchas veces ()
6. Me da miedo presentar un examen.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
9. Tengo miedo de equivocarme frente de la gente.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna.
Nunca () A veces () Muchas veces ()
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).
Nunca () A veces () Muchas veces ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

15. Antes de ir a la escuela me siento nervioso y con miedo.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
16. Soy bueno en los deportes.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
17. Me dan miedo los perros.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
18. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
19. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
20. De repente empiezo a temblar sin razón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
21. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
22. Me asusta ir al doctor o al dentista.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
23. Cuando tengo un problema me siento nervioso (a).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
24. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
25. Soy un buen niño (a).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
26. Tengo que pensar en cosas (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
27. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
28. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
29. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
30. Me siento feliz.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()

31. De repente me siento muy asustado (a) sin razón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
32. Me dan miedo los insectos o las arañas.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
33. De repente me siento mareado (a) sin razón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
34. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
35. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
36. Me preocupa sentirme asustado (a) de repente sin que haya nada que temer.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
37. Me gusta como soy.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
38. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
39. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden).
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
40. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
41. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
42. Me siento orgulloso (a) de mi trabajo en la escuela.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
43. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.
 Nunca () A veces () Muchas veces ()
44. Hay alguna otra cosa que realmente te dé miedo?
 Nunca () A veces () Muchas veces ()

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 4

Circular a los Padres de Familia

ESCUELA PRIMARIA "NOMBRE DE LA ESCUELA"

Estimados Padres de Familia:

Nuestra institución siempre al servicio de la niñez, se preocupa por aumentar en los niños y niñas la capacidad de lograr la madurez en cada etapa de su vida. Es por esto que solicitamos su cooperación y autorización para la aplicación de cuestionarios sobre el tema "Trastornos por Ansiedad en Niños y Adolescentes". Estos cuestionarios serán aplicados por pasantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dichas respuestas serán confidenciales, ya que forman parte de un estudio realizado por la UNAM.

Agradeciendo de antemano su apoyo para la realización de dichos cuestionarios.

Atentamente

"Nombre del Director(a)"

Escuela Primaria "Nombre de la Escuela"

ANEXO 5

Carta de Consentimiento Informado

HOSPITAL "NOMBRE DEL HOSPITAL"

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo (a) _____ participe en el Proyecto de Investigación que bajo el título "Evaluación y categorización de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes" se va a realizar en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en colaboración con la Facultad de Psicología de la UNAM.

Estoy enterado (a), de que en esta investigación mi hijo (a) no corre riesgo mayor al de los estudios clínicos habituales y de que no se le harán maniobras que pongan en peligro su vida o modifiquen su estado de salud.

se me ha informado que el estudio consistirá en una entrevista de aproximadamente 60m minutos para la aplicación de un cuestionario cuyo contenido es confidencial y empleado exclusivamente para fines de la investigación y/o beneficio de su atención clínica.

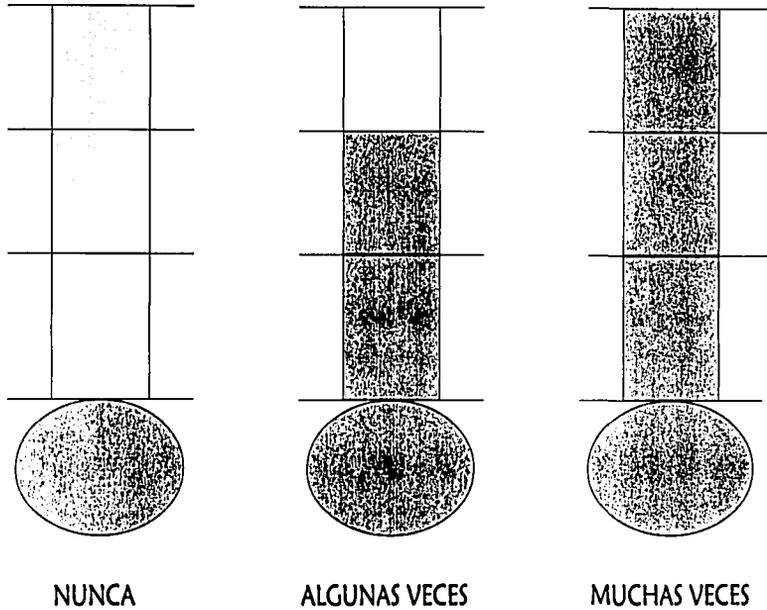
Madre o Tutor : Firma _____
Nombre

Testigos

Testigos

ANEXO 6

Representaciones gráficas de las opciones de respuesta de los instrumentos aplicados en la presente investigación.



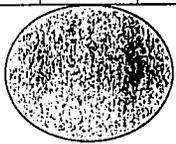
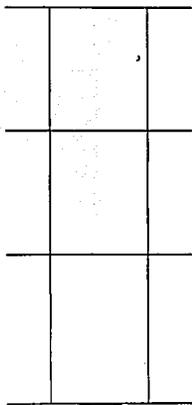
NUNCA

ALGUNAS VECES

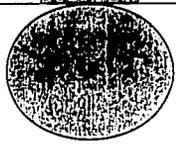
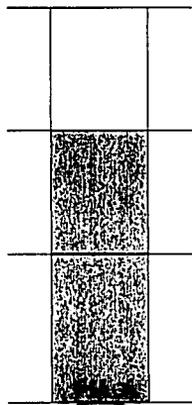
MUCHAS VECES

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

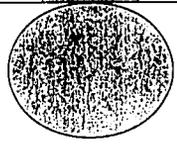
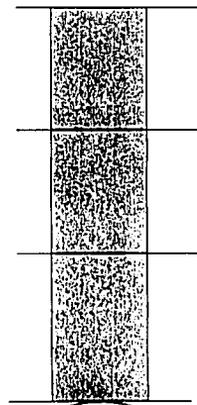
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



NADA



REGULAR



TANTO COMO
TE IMAGINES

ANEXO 7

Muestra la frecuencia de respuestas en cada uno de los reactivos del TAS aplicados en la muestra de población general. Las tres opciones de respuesta son: nada, regular y tanto como te puedas imaginar.

NO.	REACTIVOS	OPCIONES		
		NADA	REGULAR	TANTO...
1	Cuando sale tu mamá o tu papá fuera de casa, te da miedo que ya no regresen	462	471	748
2	Cuando tu mamá o tu papá te dejan en la escuela, te da miedo que ya no regresen por ti	774	493	414
3	Te da miedo que te puedan asaltar o raptar cuando sales a la calle	361	471	849
4	Al salir a la calle te da miedo que te atropellen o que te ocurra algún accidente	409	552	720
5	Te da miedo salir solo(a) a la calle	947	442	292
6	Te da miedo perderte en la calle y que no vuelvas a ver a tu familia	410	411	860
7	Te sientes triste cuando estas en la escuela	1033	475	173
8	Te sientes enojado(a) cuando estas en la escuela	1050	481	150
9	Sueñas que ya no vuelvas a ver a tus papas	809	457	415
10	Sueñas con monstruos que te persiguen	840	448	393
11	Te sientes triste cuando no estas con tu mamá	610	653	418
12	Lloras cuando tu mamá te deja solo en alguna parte	1006	382	293
13	Gritas y patealeas cuando te va a dejar tu mamá a la escuela	1386	200	95
14	Te da miedo la oscuridad	865	548	268
15	Despiertas asustado	826	597	258
16	Sientes temor cuando estoy solo(a) en casa	723	645	313

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Muestra la frecuencia de respuestas en cada uno de los reactivos del TAS aplicados en la muestra de población psiquiátrica. Las tres opciones de respuesta son: nada, regular y tanto como te puedas imaginar.

NO.	REACTIVOS	OPCIONES		
		NADA	REGULAR	TANTO...
1	Cuando sale tu mamá o tu papá fuera de casa, te da miedo que ya no regresen	33	27	52
2	Cuando tu mamá o tu papá te dejan en la escuela, te da miedo que ya no regresen por ti	40	36	36
3	Te da miedo que te puedan asaltar o raptar cuando sales a la calle	19	37	56
4	Al salir a la calle te da miedo que te atropellen o que te ocurra algún accidente	26	34	52
5	Te da miedo salir solo(a) a la calle	49	32	31
6	Te da miedo perderte en la calle y que no vuelvas a ver a tu familia	19	28	65
7	Te sientes triste cuando estas en la escuela	54	43	15
8	Te sientes enojado(a) cuando estas en la escuela	52	37	23
9	Sueñas que ya no vuelves a ver a tus papas	49	39	24
10	Sueñas con monstruos que te persiguen	48	34	30
11	Te sientes triste cuando no estas con tu mamá	24	54	34
12	Lloras cuando tu mamá te deja solo en alguna parte	48	36	28
13	Gritas y pateales cuando te va a dejar tu mamá a la escuela	92	11	9
14	Te da miedo la oscuridad	47	33	32
15	Despiertas asustado	54	42	16
16	Sientes temor cuando estoy solo(a) en casa	42	38	32

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 8

Muestra la media y la desviación estándar en cada uno de los reactivos del TAS aplicados en la muestra de población general (N=1681).

REACTIVOS		MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
1	Cuando sale tu mamá o tu papá fuera de casa, te da miedo que ya no regresen	2.17	.83
2	Cuando tu mamá o tu papá te dejan en la escuela, te da miedo que ya no regresen por ti	1.79	.81
3	Te da miedo que te puedan asaltar o raptar cuando sales a la calle	2.29	.80
4	Al salir a la calle te da miedo que te atropellen o que te ocurra algún accidente	2.19	.80
5	Te da miedo salir solo(a) a la calle	1.61	.77
6	Te da miedo perderte en la calle y que no vuelvas a ver a tu familia	2.27	.83
7	Te sientes triste cuando estas en la escuela	1.49	.68
8	Te sientes enojado(a) cuando estas en la escuela	1.46	.65
9	Sueñas que ya no vuelves a ver a tus papas	1.77	.82
10	Sueñas con monstruos que te persiguen	1.73	.81
11	Te sientes triste cuando no estas con tu mamá	1.89	.77
12	Lloras cuando tu mamá te deja solo en alguna parte	1.58	.77
13	Gritas y pataleas cuando te va a dejar tu mamá a la escuela	1.23	.54
14	Te da miedo la oscuridad	1.64	.74
15	Despiertas asustado	1.66	.73
16	Sientes temor cuando estoy solo(a) en casa	1.76	.75

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Muestra la media y la desviación estándar en cada uno de los reactivos del TAS aplicados en la muestra de población psiquiátrica (N=112).

	REACTIVOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
1	Cuando sale tu mamá o tu papá fuera de casa, te da miedo que ya no regresen	2.17	.86
2	Cuando tu mamá o tu papá te dejan en la escuela, te da miedo que ya no regresen por ti	1.96	.83
3	Te da miedo que te puedan asaltar o raptar cuando sales a la calle	2.33	.75
4	Al salir a la calle te da miedo que te atropellen o que te ocurra algún accidente	2.23	.81
5	Te da miedo salir solo(a) a la calle	1.84	.83
6	Te da miedo perderte en la calle y que no vuelvas a ver a tu familia	2.41	.77
7	Te sientes triste cuando estas en la escuela	1.65	.71
8	Te sientes enojado(a) cuando estas en la escuela	1.74	.78
9	Sueñas que ya no vuelves a ver a tus papas	1.78	.78
10	Sueñas con monstruos que te persiguen	1.84	.82
11	Te sientes triste cuando no estas con tu mamá	2.09	.72
12	Lloras cuando tu mamá te deja solo en alguna parte	1.82	.81
13	Gritas y pateas cuando te va a dejar tu mamá a la escuela	1.26	.60
14	Te da miedo la oscuridad	1.87	.83
15	Despiertas asustado	1.65	.72
16	Sientes temor cuando estoy solo(a) en casa	1.91	.81

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN