

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**EL PERFIL PSICOLÓGICO Y ESTILOS DE CRIANZA EN MUJERES
HOMOSEXUALES**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

MARTHA GARCÍA CAMACHO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES:

LIC. LETICIA MA. GPE. BUSTOS DE LA TIJERA

MTRA. ALMA MIREIA LOPEZ ARCE CORIA

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO

CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F.

2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPÍTULO I. Homosexualidad

Definición

Los roles sexuales

Generalidades

CAPÍTULO II. Ansiedad

Características

Sintomatología

Instrumental Disponible

El Inventario de la Ansiedad de Beck (BAI)

CAPÍTULO III. Depresión

Características

Sintomatología

Tipos de depresión

Modelos Teóricos

Depresión y Lesbianismo

Instrumental Disponible

Diagnóstico

Instrumental Disponible

El Inventario de Depresión

CAPÍTULO IV. Asertividad

Antecedentes

Características

Efectos de las variables: Género, Salud y Escolaridad

Instrumental Disponible

Inventario de asertividad de Gambrill y Richey

CAPÍTULO V. ESTILOS DE CRIANZA

Estilo de Crianza

Interacción

Teorías

Enfoques del Desarrollo

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento

CAPÍTULO VI. AUTOCONCEPTO

Definición

Autoconcepto y Autoestima

Familia y autoconcepto

Homosexualidad y Autoconcepto

La Escala Tennessee de Fitts

RESULTADOS

METODOLOGÍA

DISCUSIÓN

REFERENCIAS

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su caricia constante en bendiciones de una vida hermosa.

A mis padres Lupita, y Ricardo que me dieron la vida, y a Eleazar que Dios lo tenga en su Gloria, por sus grandes esfuerzos, y desvelos que hicieron de mi, una mejor persona, infinitas gracias Papá y Mamá.

A mis hermanos Sergio, Mireyita, Jorge A. y sobrinos Sergio I, Sergio II, y Jorge E., por ser los mejores regalos que la vida me pudo dar.

A mi compañero de vida Pepe, y a sus maravillosos padres Carmelita y José.

A la Lic. Natalia Galán por su gran colaboración, esfuerzo, asesoría y dedicación para la realización de este proyecto.

A mi abuelita Leoni; a mis tías, Rosario, Lola, Josefina, Malena y tío José Luis; a mis primos, Rosario, Adriana, Miguelito, Oscar, Kari, y Angi, infinitas gracias por su grata presencia en mi vida.

A mis amigos: Diana Cabrera, Gaby Espinoza, Conchita Velázquez Q.E.P.D, Leda Sosa, Amalia Nava, Claudia Rigalt, Cristina González, Juan Palomares, Nora Gavira, Minerva Medel, Noemí Mendoza, Luis Martínez, Ángel Escobar, Iván Serrato, Iván Ojeda, José Antonio Solís, Adrian Baca, Raymundo Hernández y Marcos Medrano, por ser en parte cómplices, apoyo, inspiración y modelo a seguir; compartiendo momentos especiales llenos de risas y otros tantos de llanto.

A Paulina Martínez, Magalli Piña, Fabiola García por facilitarme el acceso a la comunidad Musas de Metal Grupo de mujeres Gay A.C. y a cada una de las participantes por responder de buena voluntad cada uno de los cuestionarios.

A la Lic. Lorena Martínez por su gran apoyo y entusiasmo al inicio del proyecto.

A mis profesores inolvidables, Humberto Cardoso Buenrostro, por su ejemplo a seguir, Ángel Galicia Hernández por su alegría a la vida y José A. Nava Q.E.P.D. por creer en mí.

A la **Facultad de Psicología** por sus grandiosos maestros que me inspiraron a continuar y no ceder ante la derrota.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por todas sus bondades y herramientas para la vida que me sigue brindando, para servir a los demás.

Saber dar Gracias es una señal de salud espiritual

Alejandro Jodorowsky

RESUMEN

La sexualidad ha sido abordada y explicada desde diferentes ámbitos disciplinares: biología, psicología, sociología, entre otros. Su conceptualización no es unívoca, designa en términos generales ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran el cuerpo, pero también designa relaciones sociales, ideas, moralidades, discursos y significados socialmente construidos; su estudio se inicia, al menos para México, muy recientemente y poco se ha dado cuenta de los significados en torno a la sexualidad y su construcción cultural en relación con lo masculino y lo femenino dentro de relaciones de poder inequitativas y su vínculo con eventos como la violencia.

Por lo que se realizó una investigación en una población de mujeres homosexuales, (no clínica) en su ambiente de convivencia social, con el objetivo de detectar necesidades emocionales a través de la aplicación de los siguientes inventarios: Inventario de Beck de Ansiedad, Inventario de Beck de Depresión, Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC, que incluye estilos de crianza), teniendo como grupo control a mujeres que se asumieran como heterosexuales previamente a la aplicación de dichos inventarios.

INTRODUCCIÓN

El estatus de la homosexualidad ante la medicina y la psicología ha cambiado radicalmente en los últimos 30 años. Durante el siglo pasado la homosexualidad fue considerada un problema médico y su investigación se centró en la búsqueda de rasgos anatómicos u hormonales que explicaran su etiología. Debido a que la investigación en el área de la medicina tuvo poco éxito, la investigación desvió su rumbo hacia la genética, y aunque existen algunos indicios de que la homosexualidad pudiera tener algún componente genético, la evidencia en este campo aún no es contundente. La psicología por su parte se ha enfocado en estudiar los factores tanto internos como externos que pudieran estar repercutiendo en la elección de la preferencia sexual. Sin embargo, en la actualidad no se ha encontrado una explicación sobre las causas que generan la preferencia sexual.

Los avances de la investigación han logrado que la estigmatización de la homosexualidad se disminuya y se ha eliminado el criterio de “patología”, al menos en el plano científico, inclusive algunos defensores de los homosexuales han propuesto que esta orientación es de carácter “natural”.

El presente trabajo busca explorar los estilos de crianza y precisar los rasgos psicológicos del lesbianismo, con el propósito de generar información que pudiera enriquecer las líneas de investigación sobre la homosexualidad. Para tal efecto, se llevo a cabo una investigación en mujeres lesbianas y heterosexuales de la Ciudad de México, la muestra total se compuso de 88 mujeres, divididas en dos grupos (

44 mujeres heterosexuales y 44 mujeres homosexuales), en dónde se tomo como grupo control a las mujeres heterosexuales. Ambos grupos tuvieron un rango de edad de 18 a 45 años.

Se busco encontrar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Qué estilos de crianza tienen diferencia significativa entre los grupos?

¿Presentan estas mujeres síntomas relacionados con: Depresión, Ansiedad, o falta de Asertividad?

¿Existen diferencias en la presencia de síntomas de Depresión, Ansiedad o falta de Asertividad entre los grupos?

El desarrollo del presente trabajo incluyen seis capítulos, en el primero se expone una descripción de las características propias a la visión de una sexualidad “diferente”, así como una revisión acerca de la evolución en la concepción de la homosexualidad, la cual se deriva de las construcciones socioculturales.

El capítulo segundo, se dedicó a la descripción de la ansiedad, sus características y sintomatología, los instrumentos que la psicología ha diseñado para su medición y la descripción del instrumento psicológico que se aplicó en la investigación empírica. En el tercer capítulo se analiza la depresión, con un enfoque a la interrelación con la situación lésbico-gay; su sintomatología, cómo se genera el diagnóstico, los diferentes test que se han elaborado y concluye con la descripción del inventario de depresión utilizado en esta tesis. En el cuarto capítulo se hace una revisión del concepto de asertividad, y se describe de manera sucinta el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey administrado en la investigación de campo. En el quinto capítulo, se analizan los estilos de crianza, cómo se da la dinámica de los mismos, las diferentes teorías que han desarrollado el concepto y

su desarrollo, y se describe el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento. Finalmente en el sexto apartado se describen los rasgos del autoconcepto, su definición, la relación homosexualidad- autoconcepto y se describe la Escala Tennessee de Fitts, empleada en la investigación empírica.

Posterior al sustento teórico, se procedió a explicar la metodología, los resultados obtenidos de la aplicación de los diferentes instrumentos psicológicos, así como, la discusión de los resultados y las conclusiones finales.

El presente trabajo mostró algunas de las diferencias del perfil psicológico que presentan las mujeres homosexuales y las heterosexuales. Se puede observar que no existen diferencias entre estos grupos cuando se habla de rasgos de ansiedad o problemas con el manejo de la asertividad. Sin embargo, se nota una mayor tendencia depresiva y estilos de crianza más negativos en las mujeres homosexuales que en las heterosexuales.

Los resultados que se derivan del presente trabajo únicamente deben ser tomados con información complementaria, pues ninguna de las variables que se analizaron pueden ser tomadas como predictivas de la condición homosexual o heterosexual.

CAPÍTULO I. HOMOSEXUALIDAD

Durante mucho tiempo, el discurso psiquiátrico se centró en diagnosticar la homosexualidad, en buscar características físicas, de comportamiento o de pensamiento en contraposición a la “heterosexualidad obligatoria”.

De la Espriella (2007) cita que existen dos hechos fundamentales que se toman como una aceptación de la homosexualidad por parte del colectivo psiquiátrico y psicológico:

1. La *American Psychiatric Association* (APA) retiró la homosexualidad de la lista de trastornos psíquicos (DSM) en 1973; esta decisión ha tenido consecuencias en todo el mundo.

En 1987 se excluyó, también, la categoría diagnóstica de homosexualidad egodistónica (DSMIII-R).

2. El Comité Directivo (*The Board of Trustees*) de la *American Psychiatric Association* aprobó una declaración de posición sobre “Terapias enfocadas sobre intentos de cambiar la orientación sexual (terapias reparativas o de conversión)”, por parte de su Comisión de Psicoterapia por Psiquiatras (COPP), en 1998, aduciendo que desde 1973 la homosexualidad, en sí misma, no es un trastorno mental; se reveló, además, la base de las terapias reparativas en creencias religiosas y su falta de rigor científico.

En este capítulo se aclaran algunas de las confusiones y la nueva visión que tiene la homosexualidad en la sociedad contemporánea.

Definición

Se habla de la conducta homosexual como un fenómeno inherente a la sexualidad sin connotar anormalidad o psicopatología. Se presenta en la naturaleza, en casi todas las especies de vertebrados y sin embargo, se enfrenta a la discriminación derivada de la construcción socio-cultural. No obstante, la propuesta es integradora, lo natural no es excluyente, ya que considera como esenciales tanto los determinantes psicológicos como socio-culturales.

La homosexualidad se puede definir como la atracción preferencial a relacionarse afectiva y eróticamente con personas del propio sexo. Para clasificar de forma estricta a una persona como homosexual se requiere que presente deseo preferencial hacia personas del mismo sexo, haya tenido conductas homosexuales manifiestas (en ausencia o con dominio claro sobre la conducta heterosexual) y se identifique como homosexual. La orientación homosexual exclusiva en los mamíferos superiores es poco usual, pero conductas homosexuales se dan con frecuencia en todas las especies de mamíferos, dependiendo de ciertos determinantes situacionales (Kirkpatrick, 2000; Muscarella, 2000). Incluso, dentro de la especie humana, la orientación homosexual exclusiva es poco frecuente, cuando las conductas homosexuales no lo son, especialmente en los varones.

Tradicionalmente la homosexualidad se ha entendido como el hecho de tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Esta definición hoy es considerada incompleta e incluso en determinados casos incorrecta, y aunque es

cierto que éstas suceden en la mayoría de quienes se definen homosexuales, no se puede afirmar que esto sea en esencia lo que constituye la homosexualidad.

La homosexualidad, al igual que la heterosexualidad o la bisexualidad, son alternativas o tipos de orientación del deseo sexual. Como tales, hacen referencia al tipo de estímulos hacia los que la persona se siente atraída sexualmente, hacia los que dirigirá su deseo sexual y con los que con toda probabilidad tendrá o deseará tener sus conductas sexuales (Soriano, 2002).

En la literatura consultada diversos investigadores (Álvarez, 1997; Ardila, 1998; Guía Sexual Moderna, 1977; Katchodorin, 1983; Riesenfeld, 2006 y Soriano, 1999) sugieren que la palabra *Homosexualidad* comprende la relación erótico afectiva establecida entre personas del mismo sexo o género anatomofisiológico cuyo fin no está dirigido a la reproducción; mientras que la palabra *Lesbianismo* se refiere a la relación erótico afectiva entre mujeres.

En una investigación realizada por Barrientos y Cuautle (2008) los resultados respecto a la definición de los términos homosexualidad y lesbianismo, también contemplan otros aspectos que no son incluidos en ella o que existen pero no son vistos con profundidad. Para definir la palabra Lesbianismo la muestra total arrojó palabras similares que varían sólo en la jerarquía, es decir en la importancia que se les atribuye para definir la palabra estímulo; asignaron como principal definidora "Mujer", lo cual refleja la claridad del significado en el uso de este término, que surge desde las mujeres homosexuales para autodenominarse. Otras palabras obtenidas como definidoras para este concepto son los términos "Amor", "Pareja" y

“Sexualidad”, aunque esta última con menor importancia que las dos primeras, las cuales coinciden con la definición de “Lesbianismo” citada en el párrafo anterior (Barrientos y Cuautle, 2008).

Según la teoría de la selección natural propuesta por Darwin (2010), la naturaleza favorece la variabilidad dentro de las especies, de forma tal que las presiones del medio benefician a los individuos con características convenientes a las circunstancias de un tiempo y espacio determinados. En esa misma teoría, la selección sexual sugiere que las especies con reproducción sexual poseen atributos que les auxilian en la competencia intra e intersexual para la adecuación reproductiva y propone que los individuos con características desfavorables mueren sin llegar a reproducirse, con lo cual los atributos no deseados se eliminan eventualmente de la especie. Sin embargo, al estudiar la conducta sexual en humanos y animales se han descubierto patrones que sugieren que la competencia sexual no siempre es con el fin de lograr la reproducción.

El sexo puede ocurrir cuando se alcanzan niveles suficientes de motivación para conseguir una recompensa sexual, o cuando hay predicción de ésta a través de estímulos condicionados; lo cual lleva a los individuos a tomar decisiones basadas en el valor incentivo de los estímulos en la pareja. Esto se confirma al observar que en humanos y en animales no todos los machos compiten por hembras ni todas las hembras compiten por machos. De hecho, pareciera que en cada población animal existe una proporción constante de individuos con preferencia de pareja hacia individuos del mismo sexo, es decir, que muestran comportamiento homosexual (Bagemihl, 1999).

Los estudios en animales han aportado información relevante para el entendimiento del cerebro en general y de cómo se forman las bases neurales de la preferencia de pareja. Ésta es el resultado de la actividad de circuitos cerebrales involucrados en diversas tareas como la motivación sexual, la recompensa, la predicción de estímulos condicionados, y en la toma de decisiones basada en el valor incentivo de los estímulos en la pareja (Coria-Avila, et al, 2008). Se sabe además, que los circuitos cerebrales que modulan la preferencia de pareja no son fijos e inflexibles; sino que pueden modificarse críticamente durante ciertos periodos perinatales cuando las hormonas fluctúan, y también a lo largo de la vida mediante la experiencia.

La expresión de comportamiento homosexual puede ser muy sutil o explícita, lo cual depende de que exista motivación sexual hacia un individuo del mismo sexo. Dicha motivación puede ser temporal o permanente y ocurre como resultado de la combinación de actividad de circuitos nerviosos formados en el periodo perinatal, y aquellos circuitos formados por el aprendizaje en periodos posteriores.

El comportamiento homosexual ocurre en la naturaleza más veces de las que es posible apreciar y menos veces de las que se cree observarlo. Este puede definirse a partir del comportamiento sexual, el cual ocurre como movimientos, pausas y posturas, orientadas directamente hacia la interacción sexual con un individuo, o indirectamente cuando estímulos no sexuales han ganado un valor sexual a través del condicionamiento; y por lo tanto producen un estado de motivación sexual. Así, en un contexto puramente evolutivo la interacción sexual se enfoca en el apareamiento y la reproducción, pero analizado desde un contexto

neurobiológico se desglosa en lo que ocurre antes, durante y después de la cópula; abarcando las fases apetitivas, precopulatorias, copulatorias o consumatorias y poscopulatorias, lo cual permite evaluar algunas de las bases emocionales del sexo (véase, Figura 1).



Figura1. Fases del comportamiento sexual en humanos (Pfaus Kippin y Coria-Avila G, 2003)

En un análisis estricto, cualquier comportamiento apetitivo, precopulatorio, en individuos del mismo sexo debe clasificarse como comportamiento homosexual. Por ejemplo, una rata macho que aprieta una palanca para obtener acceso a un macho más veces que la palanca de acceso a una hembra, puede ser análogo de un hombre dando flores a otro hombre en vez de darlas a una mujer (respuesta instrumental). Ese comportamiento refleja un nivel apetitivo del comportamiento y pudiera indicar motivación homosexual, sobre todo si la preferencia es recurrente. Sin embargo, cuando una rata hembra monta a otra hembra, el comportamiento puede ser análogo al de dos mujeres bailando juntas sensualmente para ganar la atención de los varones, y no necesariamente preferencia homosexual; sobre todo si el interés por la hembra siempre ocurre antes del encuentro con el macho.

Por lo tanto, la recurrencia y consecuencias del comportamiento son importantes para poder clasificar el comportamiento como homosexual.

De acuerdo a LeVay (1991), parte del hipotálamo anterior de los hombres homosexuales tiene la forma anatómica típica de las mujeres. En su estudio, el núcleo intersticial 3 del hipotálamo anterior (INAH 3), que es mayor en hombres que mujeres, tenía el doble de tamaño en hombres heterosexuales que en hombres homosexuales. Con esto se llegó a proponer que los homosexuales y heterosexuales difieren en los mecanismos neuronales que regulan la conducta sexual. Sin embargo, una crítica a este estudio fue el uso de cerebros de hombres catalogados homosexuales al haber muerto a causa del virus VIH/SIDA por contagio homosexual. Asimismo, se catalogó por eliminación a la otra población masculina como heterosexual, sin conocer previamente su conducta. Dada la

posibilidad de que la presencia del virus destruyera cuerpos neuronales, se criticó la posibilidad de un error en el cálculo del tamaño del INAH3 de los homosexuales, (Byne, et al, 2001).

De cualquier forma, los datos muestran correlaciones, no causalidad. Es tan probable que la conducta pueda afectar la densidad neuronal de una región del cerebro, como que la densidad neuronal regional pueda afectar a la conducta. Es decir, se desconoce si el dimorfismo sexual observado en el INAH 3 es una causa de la homosexualidad o el resultado de ella. En estudios similares y contemporáneos también se reportó la presencia de otras estructuras dimórficas como la comisura anterior, pero no se replicaron hallazgos del INAH3 (Allen y Gorski, 1991).

En el mejor de los casos, los datos de LeVay (1991) sugieren que de manera general el hipotálamo de los humanos también es sexualmente dimórfico.

Los roles sexuales

Uno de los más grandes problemas de la homosexualidad radica en la forma en que las sociedades simbolizan al cuerpo sexuado y sus usos para articular y ordenar las relaciones sociales.

Un varón desarrolla la identidad y el rol masculinos mediante tres negaciones que debe probar constantemente: que no es un bebé, que no es una mujer y que no es homosexual (Badinter, 1992). La homofobia en los varones sirve como un medio

para hacer manifiesto lo que no se es (homosexual), afirmando así lo que sí se es (masculino). En el desarrollo del rol masculino los varones pasan por tres fases: la primera es la evitación de la femineidad, durante la cual el niño aprende una serie de reglas sociales, que establecen el parámetro de “masculinidad”. La segunda etapa, que se superpone a la primera, ocurre antes y durante la adolescencia y consiste en una serie de guías, basadas principalmente en características físicas como la rudeza, la agresión y el éxito en los deportes. En la tercera fase, a la noción de masculinidad se le agrega el desarrollo de algún tipo de actividad laboral. Décadas atrás el rol masculino se basaba en la fuerza física y el honor, mientras que ahora se fundamenta en el éxito, el dinero, el trabajo y la admiración de los demás. Los hombres demuestran constantemente que se apegan al rol masculino al exponerse al peligro o a condiciones que los pueden lesionar (alcoholismo, accidentes, violencia, etc.), demostrando así su valentía y virilidad, o bien, violentando o venciendo a otros para evidenciar su supremacía (niños, mujeres y varones que no se apegan al estereotipo masculino) así, la autodestrucción y la agresividad son los medios privilegiados para demostrar que se cumple con el estereotipo masculino (Badinter, 1992).

En el caso de las mujeres, el desarrollo de la identidad y el rol femeninos se logra siendo un ser para los otros, de los otros y realizado en los otros, es decir, radica fundamentalmente en realizar un papel maternal ya sea como hijas, esposas o madres. En la niñez existe poca presión social para que las mujeres se adhieran al estereotipo de género, por lo que es común ver a niñas que desarrollan juegos considerados masculinos, mientras que en la adolescencia existe menos tolerancia a que desarrollen actividades masculinas, además de que el

desempeño deportivo y la excelencia académica son menos valorados en ellas. En esta etapa de la vida, el interés de ellas comienza a enfocarse en las actividades relacionadas con el atractivo sexual, el noviazgo y los planes para el matrimonio. Otra característica del rol femenino tradicional en las mujeres es la dependencia (Lagarde, 1996).

A partir de la identidad y el rol de género, un individuo no aplica solamente los estereotipos de género a sí mismo, sino que también los aplica al resto de las personas con las que interactúa (y en general a su ambiente) al tiempo que los demás los aplican al individuo. Por ejemplo, un varón espera que los otros varones sean masculinos y espera de sí mismo un comportamiento masculino, de igual manera, los demás esperan que este varón adopte conductas consideradas masculinas. Se trata de una competencia social que se asigna en función de los estereotipos de género, es decir, se espera que el individuo sea capaz de desarrollar determinadas capacidades o habilidades porque nació macho o hembra, al tiempo que el individuo acepta esas expectativas porque también considera que solamente es capaz de desarrollar esas capacidades o habilidades (Bourdieu, 1996).

Generalidades

Para las personas nacidas en las décadas de 1960 y 1970, cuya adolescencia coincidió por tanto con la liberación gay. No sólo les tocó este fenómeno, sino también, la revolución sexual, las grandes protestas estudiantiles y el movimiento hippie, con su exploración al amor libre, los estados alterados y la filosofía oriental.

Todo ello contribuyó a promover una gran apertura en las ideas y las costumbres. La creencia casi mística en la paz y la amistad, que hoy parece tan ingenua, por no decir simple, fue en realidad el comienzo de la tolerancia. Es así como la gente joven de esa generación de transición aunque no entendiera muy bien a los homosexuales, por lo menos estaba dispuesta a dejarlos vivir en paz.

El gran cambio se dio en la generación nacida después del año 1980, aproximadamente, que ya creció con una visión radicalmente distinta a la homosexualidad. A los jóvenes urbanos y globalizados les parece no sólo normal, sino incluso atractiva la idea de la homosexualidad o la bisexualidad, tienen amigos homosexuales, van a antros y tanto los gay como las lesbianas no sienten vergüenza alguna, no ven la necesidad de ocultarse, y hasta les aburre el tema. Es más, para algunos de ellos ni siquiera es tema.

En muchos países ya, los homosexuales han conquistado derechos civiles plenos, protecciones contra la discriminación y una aceptación social ampliamente mayoritaria, revirtiendo una homofobia milenaria sólo treinta años después de que iniciara el movimiento de liberación gay (Castañeda, 2006)

El estatus de la homosexualidad ante la medicina y la psicología ha cambiado radicalmente en los últimos treinta años. Durante todo el siglo XX, la homosexualidad fue considerada un problema médico y su investigación, lógicamente, se centro en buscar algún rasgo anatómico, químico u hormonal que explicara su etiología. Nunca se halló una diferencia física entre heterosexuales y homosexuales, estos últimos resultaron no estar enfermos, y en la medicina se

abandonó la búsqueda de los agentes etiogénicos. Hoy la investigación ha desviado su rumbo hacia la genética, y aunque existan indicios de que la homosexualidad pudiera tener algún componente genético, ya no se la supone patológica.

Lo mismo sucedió con la larga búsqueda, de características psicológicas que marcaran la orientación sexual. Docenas de investigaciones llegaron siempre a la misma conclusión: no existen diferencias significativas entre salud mental ni la estructura de la personalidad, ni las dinámicas de la familia de origen ni las experiencias infantiles de las personas homosexuales y heterosexuales. Asimismo, las encuestas de Alfred Kinsey (1948) en los años cincuentas mostraron que un alto porcentaje de la población heterosexual adulta había tenido experiencias homosexuales, y que la mayoría de la gente no es ni exclusivamente heterosexual, ni exclusivamente homosexual. Investigaciones más recientes han arrojado que al menos una tercera parte de las personas heterosexuales han tenido deseos y fantasías homosexuales, (Karama et al, 2002; Ponseti et al, 2009; Benagiano, Carrara y Filippi, 2012) mientras que la misma proporción de homosexuales han tenido deseos y fantasías con personas del otro sexo. Por todo ello está quedando cada vez más claro que la orientación sexual no se sitúa en los extremos, sino en un continuo matizado y cambiante.

Todas las líneas de investigación convergieron para que las principales asociaciones psicológicas, psiquiátricas, y médicas del mundo dejaran de clasificar a la homosexualidad como patología: la *American Psychiatric Association* en 1973, la *American Psychological Association* en 1975, la Organización Mundial de la

Salud en 1992, así como los principales institutos psicoanalíticos. En el manual diagnóstico de la *American Psychiatric Association*, la homosexualidad en sí ya no se considera un problema psicológico, a menos que sea “egodistónica”, es decir, no aceptada por la persona.

Desde los años setenta del siglo pasado han proliferado las investigaciones longitudinales, que siguen la evolución de las personas a través de muchos años. Todos estos enfoques nuevos han contribuido a la normalización de la homosexualidad al ir disipando los viejos mitos que tanto contribuían a la homofobia (Castañeda 2006)

La homosexualidad no tiene una única causa o conjunto de causas que invariablemente la determine en todos los casos. Seguramente se puede ser homosexual, al igual que heterosexual o bisexual, por diversas razones, y el que influyan unas u otras causas o en mayor o menor medida, dependerá de las características particulares de cada persona.

CAPÍTULO II. ANSIEDAD

Enfrentar la ansiedad es algo que la mayoría de la gente probablemente ha tratado en algún momento de sus vidas. Estar nervioso y nerviosa por algo es una reacción natural, sobre todo en un mundo de pleitos, de divorcio, amenazas terroristas, y paranoia general, también hay preocupación por el estatus social y su lugar en la jerarquía social, que a veces puede agravar la ansiedad social en la parte superior de la ansiedad normal. Esta multitud de factores hace que el tratamiento contra la ansiedad sea mucho más difícil en la sociedad moderna, aunque la mayoría de la gente inevitablemente aprende a adaptarse, para otros, hacer frente a la ansiedad y tener que lidiar con la ansiedad social puede convertirse en una menor actividad productiva.

Características

El DSMIV-TR (2010) define la Ansiedad como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

La ansiedad es un miedo exagerado o innecesario, comúnmente relacionado más con “daño” mental que físico, donde –como ya enunciamos-- el paciente confunde lo que es posible con lo que es probable (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Para Beck (1985), el término “ansiedad” proviene del latín “*anxius*”, que se refería

a una condición de agitación.

Cuando una persona tiene ansiedad, experimenta determinadas situaciones como:

- a) Un estado emocional subjetivo de desagrado.
- b) Caracterizado por sentimientos subjetivos desagradables.
- c) Tensión o nerviosismo.
- d) Síntomas fisiológicos tales como la palpitación cardíaca, náusea o mareo.

La ansiedad es un estado emocional subjetivo adaptativo en el ser humano, que lo hace responder ante la presencia de un peligro y realizar conductas para reducirla y prevenirla.

Pero, hay que considerar que, en un momento en que la ansiedad no es causada por un peligro real actual sino por una distorsión cognitiva, entonces esta ansiedad no será adaptativa. Visto así, esta situación se catalogaría o encasillaría como *inapropiada*, ya que en realidad, no habría un motivo cierto para padecerla.

El DSMIV-TR (2010) define las crisis de angustia como una situación presente en los diferentes trastornos de ansiedad.

Para Ellis (1998) la ansiedad implica un conjunto de sensaciones molestas, con tendencias a la acción. En esta situación, estas impresiones y propensiones le permiten al individuo darse cuenta de que ocurren o pueden sobrevenir hechos

desagradables (esto, obviamente, en contra de sus deseos) y que, aparte, le advierten -supuestamente a tiempo- al sujeto, que tendría que estar preparado para hacer algo al respecto y hacerle frente al problema que sobrevendrá.

La ansiedad puede entenderse como:

Una reacción –o movimiento de resistencia “a algo” que nos afectara en nuestra vida normal-- que puede ser adaptativa o de defensa, sobre todo, ante un escenario nuevo o inesperado, registrado –o, identificado-- esto por un estado de defensa. Ante una situación nueva o inesperada, definida –o, determinada-- por un estado de mayor alerta y activaciones, tanto biológica, como psicológica y social (Heinze, 2010).

Los desórdenes de ansiedad son muy habituales, indudablemente pudiera ser el desorden mental más común (Andrews, 2003). Algunos individuos exhiben su primer episodio de ansiedad o depresión cuando son adolescentes, y donde comúnmente se presenta más es en las mujeres (Contreras, et al, 2003).

Para Ellis (2001) la ansiedad aparece cuando el sujeto desea algo y ve que es probable que esta posibilidad no se llegue a obtener, o bien, que corre el peligro de experimentar alguna cosa y que sencillamente no desea hacerlo; que está negado a llevarlo a cabo, de vivirlo. Entonces, hay ansiedad adaptativa y ansiedad anómala.

La ansiedad sana o adaptativa preserva la vida, puede entenderse como vigilancia

o preocupación y es benéfica para la supervivencia.

Para Ellis, el individuo experimenta y advierte la ansiedad cuando quiere ser feliz, con una adecuada vida óptima, y de no sufrir dolor, se ve amenazado. Esto ayuda al sujeto a manejar situaciones difíciles. La ansiedad anómala: es a la que nos referimos en otros párrafos de este texto.

La ansiedad en sí, está instaurada en miedos racionales, reales, que se originan cuando la persona enfrenta u observa alguna situación que puede ser mala, destructiva o perjudicial, dirigido esto hacia las necesidades básicas del individuo en general. La ansiedad malsana o pánico, básicamente, le hace perder el control y, por tanto, afrontar mal los problemas ante los que se encuentra.

Por lo anterior, la ansiedad adopta diversas formas que nos pueden resultar antagónicas: de pánico, terror, horror, fobias, temblores y estados de shock. Este tipo de ansiedad está basada en miedos irracionales, ya que las cosas que teme el sujeto que ocurran son, en un determinado caso, realmente muy poco factibles de ocurrir. Estos miedos están fundados, concretamente, en sobre-generalizaciones.

El estrés psicosocial implica uno de los factores que predisponen al individuo a desarrollar trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión (Contreras, 2003).

La teoría de la personalidad de ansiedad elevada, estudia los rasgos

compartidos entre las personas que presentan ansiedad elevada. Dentro de estos rasgos vemos lo siguiente:

1. Un alto nivel de creatividad.
 2. Un pensamiento rígido.
 3. Una necesidad excesiva de aprobación.
 4. Expectativas elevadas respecto de uno mismo.
 5. Perfeccionismo.
 6. Ser una persona activa, competente y fiable.
 7. Tener una necesidad excesiva de mantener el control.
 8. Supresión de algunos o de todos los sentimientos negativos y
 9. La tendencia a no prestar atención a las necesidades físicas del cuerpo.
- (Peurifoy, 2000).

La teoría de la respuesta de huida y lucha, manifiesta la ansiedad como el resultado del funcionamiento del sistema nervioso simpático, que pasma o detiene cualquier acción o movimiento que no sea esencial, con objeto de dar una respuesta de escape o de afrontamiento ante una amenaza física externa (Cairney, Wade y Kurdyak, et al, 2007).

Cuando esta respuesta es activada, son liberadas grandes cantidades de adrenalina (epinefrina) y otros neurotransmisores que dan como efecto los síntomas de la ansiedad (Peurifoy, 2000).

En cuanto a Dodson Curve (Andrews, 2003), su modelo de ansiedad muestra la

prioridad que tiene la percepción y la valoración que el individuo hace acerca de los síntomas de ansiedad, que presenta para el incremento o disminución de la misma. Toma en cuenta una serie de situaciones, ya sea un evento adverso vivido por la persona (como por ejemplo la ruptura amorosa), la valoración e interpretación que el sujeto hace ante la aparición del mismo evaluando también la situación, los síntomas de ansiedad, la forma de afrontamiento, el rasgo de ansiedad de la persona y los tres factores de vulnerabilidad: neuroticismo, locus de control y estilo defensivo.

Sintomatología

La crisis de angustia es determinada por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, esto en ausencia de peligro real que se vincula de por lo menos 4 de los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos.

Estos síntomas se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos de la siguiente forma:

1. Miedo a morir.
2. Perder el control.
3. Parestesias.
4. Escalofríos o sofocaciones.
5. Desrealización o despersonalización.
6. Inestabilidad.
7. Mareo o desmayo.
8. Náuseas molestias abdominales.

9. Opresión o malestar torácico, sensación de atragantarse.
10. Sensación de ahogo o falta de aliento.
11. Temblores o sacudidas.
12. Sudoración.
13. Palpitaciones o elevación de la tasa cardiaca.

Para poder hacer un diagnóstico diferencial es necesario mencionar de acuerdo con el DSMIV TR (2010) los trastornos de ansiedad, son los siguientes:

- Agorafobia.
- Trastorno de angustia sin agorafobia.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad no especificado

Los síntomas de la ansiedad pueden observarse en el área cognoscitiva, afectiva, conductual, y fisiológica.

Beck (1985), explica que dentro de la clasificación de los síntomas de ansiedad,

hay síntomas del sistema fisiológico, como: Palpitaciones, elevación del ritmo cardiaco, incremento en la presión sanguínea, sensación de desmayo, desmayo, decremento en la presión sanguínea, decremento de pulso, respiración agitada, dificultad para respirar, presión en el pecho, rigidez en los músculos, sensación de debilidad, dolor abdominal, pérdida del apetito, náuseas y vómito.

Dentro de los síntomas afectivos, el sujeto con ansiedad se percibe:

1. Impaciente.
2. Nervioso.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Asustado.
6. Temeroso.

Dentro de los síntomas cognoscitivos el sujeto se encuentra:

1. Hipervigilante.
2. Tiene un sentimiento de "irrealidad" del medio.
3. Los objetos los ve distantes o borrosos.
4. No puede recordar cosas importantes.
5. Se siente confundido.
6. No puede controlar sus pensamientos.
7. No se puede concentrar.
8. Hay distracción.

9. Se le presenta bloqueo.
10. Tiene dificultad para razonar.
11. Presenta pérdida de la objetividad y perspectiva.
12. Hay distorsión cognitiva.
13. Miedo a perder el control.
14. Hay sensación de no poder afrontar el problema.
15. Existe el miedo de daño o muerte.
16. Miedo de desorden mental.
17. Evaluaciones negativas.
18. El sujeto tiene imágenes visuales atemorizantes.
19. Ideación atemorizante receptiva.

Los síntomas característicos de la ansiedad, de acuerdo con Ellis (1998), son:

Síntomas respiratorios y pectorales: Falta de respiración, respiración acelerada o superficial, jadeo, presión en el pecho, nudo en la garganta, sensaciones de ahogo, tartamudeo.

Reacción cutánea: Sudor, picores, escalofríos, sonrojos.

Reacciones de la presión: Pulso acelerado, palpitaciones, desfallecimiento o desmayos, aumentos y descensos de la presión sanguínea.

Síntomas intestinales: Pérdida del apetito, náuseas, molestias y dolor intestinal, vómitos.

Síntomas musculares: Temblores, parpadeo involuntario, tics nerviosos, sobresaltos, dar vueltas de un lado a otro, flaqueo en las piernas, rigidez, insomnio.

Ante una amenaza, los síntomas de la ansiedad, pueden verse enfocados a tres objetivos:

- a) Movilizarse.
- b) Inhibirse.
- c) Desmovilizarse.

Movilizarse

La movilización se refiere a esa preparación que el individuo hace para la acción. Cognitivamente la persona está hipervigilante de cualquier estímulo que considere amenazante. Además el individuo tendrá pensamientos recurrentes, en cuanto a experiencias peligrosas que haya tenido en el pasado, presente o futuro. El sujeto sentirá desde tensión hasta terror y habrá un incremento en sus movimientos, aunque el sujeto se encuentre sentado (moverá manos, pies, y se verán incrementos en la actividad del sistema simpático como aceleración del ritmo cardíaco o sudor).

Inhibirse

En esta respuesta, cognoscitivamente hay un bloqueo en la persona en diferentes funciones. Habrá interferencia al recordar información vital (p.ej. el discurso que estaba a punto de dar, los nombres de las personas o una respuesta de un examen oral). También se presenta dificultad en la concentración, objetividad, razonamiento e inclusive, puede pensar que está a punto de desmayarse. Conductualmente el individuo siente una rigidez, tanto facial como en el cuerpo y se pueden presentar movimientos torpes.

Desmovilizarse

La respuesta de desmovilización, que puede dar el individuo al presentar la ansiedad, manifiesta los siguientes síntomas: Existe un sentimiento de debilidad y sensación de desmayo, hay un decremento en la presión sanguínea y del ritmo cardíaco, que podría dar como resultado un desmayo.

Encuestas que se realizaron recientemente en 17 países muestran que las personas que cursan con un trastorno de ansiedad o depresivo tienen consistentemente cerca de cuatro veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa que quienes cursan con algún otro padecimiento físico comórbido, como diabetes (OR¹= 3.8 ; IC² 95%= 3.5–4.2), enfermedad respiratoria (OR= 3.9 ; IC 95%= 3.6–4.3), enfermedad del corazón (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.7–4.3) o artritis (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.5–4.4). Adicionalmente, los autores hallaron que la combinación de trastornos físicos y mentales genera mayor discapacidad que cuando los trastornos ocurren por separado. Por ejemplo, las personas que padecían trastornos mentales y diabetes al mismo tiempo tuvieron un riesgo aproximadamente nueve veces mayor de discapacidad que quienes no tuvieron ningún trastorno (OR= 8.8; IC 95%=6.9–11.1), y siete veces mayor para quienes padecieron comorbilidad psiquiátrica y enfermedad del corazón (OR= 6.9; IC 95%= 5.7–8.4) (Wagner et al, 2012)

Matud y Aguilera (2009) hacen referencia a que las investigaciones sobre las diferencias de género en salud mental generalmente muestran que los niveles de menor morbilidad psiquiátrica son mayores en las mujeres que en los hombres,

¹ OR= Odds Ratio= Razón de momios; En términos formales, se define como la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo de que ocurra en otro.

² IC= Índice de confianza.

siendo una de las variables explicativas de tales diferencias los roles sociales diferenciados en función del sexo. La ideología de los roles sexuales se refiere a las creencias respecto a qué roles son los adecuados para mujeres y hombres. Esto es relevante desde el punto de vista psicológico porque se asocia con la definición de sí-mismo, con las interacciones entre hombres y mujeres y con las relaciones sociales.

La mayoría de las sociedades considera que mujeres y hombres son diferentes y deben ocupar roles distintos, por lo que los socializan de forma distinta. La masculinidad y la feminidad se refieren a las diferencias en rasgos, conductas e intereses que la sociedad ha asignado a cada uno de los géneros.

Las teorías clásicas sobre las diferencias entre mujeres y hombres en roles de género y en tipificación sexual planteaban que tales diferencias eran normales y saludables, ya que reflejaban las normas sociales sobre la conducta apropiada para cada sexo.

Además, recientemente se ha reconocido que la inversión en los ideales de género puede ser estresante para hombres y mujeres porque se trata de ideales impuestos socialmente, dificultan la autorregulación y están relacionados con la representación externa de la autovalía.

Pese a ello, la evidencia empírica no es concluyente, habiéndose realizado la mayoría de estudios sobre roles sexuales y salud con muestras anglosajonas, por lo que se desconoce si tal relación se da también en otras culturas.

Instrumental disponible

Calleja (2011) realizó un inventario de escalas para la medición de la angustia, al respecto cita las siguientes:

Questionario de ansiedad cognoscitivo-somática.

Escala de ansiedad.

Escala de estrés cotidiano social.

Escala de ocurrencia del estrés.

Escala de percepción de los eventos estresantes.

Escala de preocupación-emocionalidad.

Escala de reajuste social.

Listado de síntomas o efectos psicofisiológicos del estrés.

Escala de síntomas (SRT) [de malestar psicológico].

Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Escalas de salud mental del SWS.

Lista de verificación de adjetivos de estrés y activación.

Índice de sensibilidad a la ansiedad.

Índice de estrés [laboral].

Escala de ansiedad y depresión en el hospital (HAD).

Questionario de estrés [para niños].

Escala Youth Self Report (YSR) de problemas internalizados y externalizados.

Inventario de la ansiedad de Beck (BAI)

De este arsenal de pruebas se seleccionó para el estudio el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), pues es uno de los instrumentos más utilizados, debido a que cuenta con elevada validez y confiabilidad, además de sus ventajas de auto-aplicación y extensión.

El BAI fue construido para medir aquellos síntomas de la ansiedad que son mínimamente compartidos con los de la depresión tales como aquellos síntomas medidos por la versión revisada del Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck y Steer, 1993).

El BAI requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado cuando es auto administrado. La administración oral generalmente es de 10 minutos. Consiste en 21 afirmaciones descriptivas de ansiedad las cuales están clasificadas en una escala de 4 puntos con la siguiente correspondencia: “Para nada” (0 puntos); “Un poco, no me molestó mucho”(1); “Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” (2); y Severamente; casi no podía soportarlo” (3). Los reactivos incluyen “Entumecimiento o picazón”, “Calor”, “Piernas temblorosas”, “Incapacidad para relajarse”, “Miedo de que pase lo peor “Mareo o ligero de cascos”, “Corazón acelerado”, “Inestable”, “Aterrorizado”, “Nervioso”, “Sentimiento de ahogo”, “Manos temblorosas”, “Temblor”, “Miedo de perder el control”, “Dificultades para respirar”, “Miedo de morir”, “Asustado”, “Ingestión o incomodidad en el abdomen”, “Ligero”, “Sonrojo”, “Sudando (no debido al calor)”.

La calificación total es la suma de las calificaciones dadas por el examinado para los 21 síntomas. Cada síntoma está evaluado en una escala de 4 puntos con un rango de 0-3. LA calificación máxima es de 63 puntos.

Las calificaciones totales del BAI las cuales corresponden a aquellas de la versión revisada del BDI, son recomendadas para reportar la intensidad de la ansiedad como la reportan los pacientes.

Una calificación total de 0-9 puntos se considera que refleja un nivel normal de ansiedad: de 10-18 puntos indican de poca ansiedad a ansiedad moderada; calificaciones totales de 19-29 reflejan ansiedad moderada a ansiedad severa; de 30 -63 puntos reflejan ansiedad severa. Sin embargo, aún no se ha hecho la investigación necesaria en cuanto a la especificación de éstos rangos de calificaciones. Alguna información sugiere que las calificaciones totales del BAI para las mujeres con ansiedad patológica pueden estar en promedio de 4 puntos más altas que aquellas para los hombres con patologías de ansiedad.

Consistencia Interna

Con una muestra diagnóstica mixta de 160 pacientes no hospitalizados, Beck , Epstein (1988) reportaron que el BAI tenía una consistencia interna alta, (Fydrich et al, 1992) encontró un nivel poco más alto de consistencia interna elevando el alfa de .80 a .60 en 40 pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad del DSMIII-R. El uso más apropiado para el BAI es aquel con pacientes no hospitalizados adultos de 17 años de edad o más.

CAPÍTULO III. DEPRESIÓN

A pesar de los avances innegables en el conocimiento de las dimensiones, etiología y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México.

Sólo la atención decidida, organizada e inteligente de la sociedad en su conjunto permitirá hacer frente a este problema y limitar su impacto al mínimo posible (Wagner, 2012). En el presente capítulo se revisa en forma somera la magnitud del problema y su impacto social, las características, sintomatología y el instrumental disponible para su medición y diagnóstico.

Características

En el DSM IV TR la depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica importante es la alteración del humor.

La depresión como tal, fue definida por Beck (1967) como una alteración específica del estado de ánimo, un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación, deseos regresivos y de autocastigo, trastornos vegetativos y cambios en el nivel de actividad.

De igual forma, Kiesler (1999) define a la depresión como aquel trastorno biológico, psicológico y ambiental que envuelve actividad psicológica y biológica dependiente del estado de ánimo y que propicia que los individuos normales

tengan días “tristes” (Beck, 1967) por lo que no debe diagnosticarse este estado de ánimo normal como un trastorno de ánimo (SDM IV TR).

Un episodio depresivo mayor tiene una determinada duración (mínimo de dos semanas), en donde la persona puede manifestar al menos 5 de los siguientes síntomas (haciendo una marcada diferencia entre su situación actual y aquella previa a la depresión):

- Estado de ánimo depresivo casi todo el día, que podría ser a diario (o bien que otros lo observen).
- Disminución en el interés y la capacidad en casi todas las actividades casi todo el día.
- Pérdida o aumento de peso.
- Pérdida del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor (debe ser percibido por los demás).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiada casi a diario.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte (McCullough, 2000).

Estos síntomas depresivos comentados antes, causan deterioro en el área social, laboral, familiar y otros espacios de la vida de la persona. Los síntomas depresivos no deben ser efecto de una droga o de una enfermedad, no deben cumplir con los

criterios de un episodio mixto ni tampoco deben ser explicados por la presencia de un duelo. Si estos fueran los casos, la duración de este estado depresivo sería mayor a dos meses para ser diagnosticado como tal (Borges et al, 2008).

Sintomatología

Las personas deprimidas experimentan por lo menos uno de los siguientes síntomas (incluyendo forzosamente tristeza y pérdida de interés) durante por lo menos dos semanas, casi todos los días y a lo largo de todo el día (Gil-Rivas et al, 2003).

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo, de culpa, inutilidad ("*no sé hacer nada*"), minusvalía ("*no valgo nada*"), pobreza ("*no tengo nada*"), futilidad ("*es inútil hacer algo*") o de impotencia.
- Sentimientos de culpa y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual o el comer.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.

- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Tipos de Depresión.

Así como en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos depresivos más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. Variando en cada uno de ellos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas.

Depresión severa o trastorno depresivo mayor

Es visible por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Es un episodio depresivo incapacitante que puede ocurrir sólo una o varias veces en el curso de la vida.

Distimia

Es un tipo de depresión menos grave, contiene síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Trastorno Bipolar

Éste no es tan común como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar al paciente a graves problemas y situaciones embarazosas (McCullough, 2000).

Manía

Sus manifestaciones van de la gran euforia o una fuerte irritabilidad, hasta la falta de sueño; el sujeto tiene ideas de grandeza, por eso habla mucho y tiene movimientos y pensamientos sumamente acelerados. Aparte tiene el aumento del deseo sexual – con una energía excesivamente incrementada. Eso propicia que tenga un deterioro de juicio, que lo hace comportarse y/o reaccionar en forma inconveniente, sobre todo, en escenarios sociales.

Por ello, estos síntomas se enumeran de la siguiente manera:

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.

- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

Beck (1967) insistía en la importancia del tratamiento de la depresión, pues era el trastorno psiquiátrico más común en esos años. Hoy en día el trastorno depresivo mayor tiene una probabilidad de ocurrencia en las mujeres del 10% al 25% y del 5% al 12% en hombres (DSM IV- TR), puede iniciar a cualquier edad, pero la edad promedio en la que se presenta es al inicio de los 30 años.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP; Medina-Mora, Borges, Muñoz, Benje, Jaimes, Bautista, Velázquez, Guiot, Zambrano, Casanova & Aguilar-Gaxiola, 2003) en México cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo) y estas, ocupan el quinto lugar de enfermedades que provocan muerte prematura. Así mismo, se sabe que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos y que el 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón y el 1.5% presenta distimia con una tasa de 2.6 varones por cada mujer.

Aún se desconoce su causa primaria, sin embargo, las investigaciones científicas indican que en la mayoría de los casos existe una predisposición genética a la depresión, que tiende a producir una deficiencia de los neurotransmisores, éstos

son unas sustancias producidas por el cerebro mismo y tienen como objetivo principal la generación, regulación y modulación de las múltiples funciones del sistema nervioso, incluyendo por supuesto el estado anímico de las personas.

Con frecuencia los episodios de trastornos depresivo mayor se presentan después de un estrés psicosocial grave o muy problemático, como por ejemplo el divorcio o la muerte de un ser querido. Las drogas y las enfermedades médicas crónicas pueden contribuir a principiar un trastorno depresivo mayor (DSM IV TR, 2010). Antes esto fue denominado “depresión reactiva o exógena” (Contreras, 2003).

El modelo neuropsicológico explica la depresión como el resultado del cambio en los niveles de los neurotransmisores: serotonina, adrenalina y la noradrenalina. La depresión causada por estos cambios sin tener un suceso desencadenante aparente es conocida como depresión endógena (Contreras, 2003). Dentro de la orientación cognitivo conductual, hay diversas teorías que explican la aparición de la depresión en los sujetos.

Modelos Teóricos

Teoría de la desesperanza o indefensión aprendida (Seligman et al, 1981).

La teoría de la desesperanza aprendida o indefensión aprendida, propone la depresión como causa del aprendizaje que tiene un individuo, esto al evaluar sus posibilidades de respuestas inadecuadas o insuficientes para cambiar la situación aversiva externa. Ante esta valoración, el sujeto prescinde la emisión de

respuesta, dando como resultado que no responda.

Teoría Cognitiva de Beck (1967)

Beck (1967) explica la depresión partiendo de los esquemas cognoscitivos idiosincráticos que muestra el paciente, y que pueden ser activados por tensiones sobre determinados puntos en los que el paciente es vulnerable o bien por tensiones abrumadoras inespecíficas.

Estos individuos pueden estar deprimidos o también tener una predisposición a la depresión. Cuando se activan estos patrones cognoscitivos en el individuo, se presentan en el pensamiento del sujeto y causan fenómenos afectivos y de motivación característicos de la depresión como tal.

El individuo con tendencia a la depresión, tiene pensamientos de alto nivel que incluyen juicios, valoraciones de pruebas y considerar las explicaciones posibles para un suceso y también tiene pensamientos de forma inferior. Esta forma inferior de pensamiento es relativamente rápida y no lleva incluido ningún proceso lógico complicado. Pero, el paciente “da por hecho” que estos pensamientos son verdaderos antes de comprobarlos.

Esta situación lo hace propenso a la depresión. El sujeto deprimido presenta un predominio de pensamiento deductivo sobre el inductivo, lo que lo lleva a descifrar la realidad de manera distorsionada.

Entonces, el paciente describe las situaciones más comunes que posiblemente desarrollen síntomas depresivos en el sujeto expuesto a la depresión:

- No lograr alcanzar una meta determinada que se hayan propuesto.
- Ser excluido de un grupo.
- Ser rechazado por una persona.
- Ser criticado.
- No recibir la aprobación, estímulo u orientación que esperaba.

Considerando sucesos como estos, el individuo presenta pensamientos automáticos distorsionados. Inconscientemente utiliza desviaciones cognitivas como la sobregeneralización, catastrofización, inferencia arbitraria, entre otros, que sirven de “lentes” (su manera de apreciar las situaciones y cosas) para mirar al mundo de forma “depresiva”, privación, autorreproche o sentimiento de inferioridad, que al final todo lo llevan a continuamente autocastigarse. Este tipo de interpretación de la realidad se repite constantemente al sentir sucesos no deseados (Ormel et al, 2008).

Diagnóstico de la depresión

Para determinar o diagnosticar el trastorno depresivo mayor, episodio único, el DSMIV TR plantea que se cumplan los siguientes criterios:

- Presencia de un único episodio depresivo mayor que no sea explicado por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno

esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado.

- Que anteriormente no haya habido un episodio maníaco, mixto o un hipomaniaco, mientras que para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, se consideran los siguientes criterios:
- Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (un intervalo de 2 meses entre ellos) que no se expliquen mejor por la presencia de un trastorno equizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia.
- Que nunca haya tenido un episodio maníaco, mixto o hipomaniaco.

Mientras que para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se consideran los siguientes criterios:

- Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (un intervalo de 2 meses entre ellos) que no expliquen mejor la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia.
- Que nunca haya tenido un episodio maníaco, mixto o hipomaniaco.

Síntomas de la depresión dividido en cuatro áreas:

Considerando la teoría de la depresión de Beck (1967), los síntomas de la misma pueden dividirse en cuatro términos: manifestaciones emocionales, cognoscitivas, motivacionales, físicas y neurovegetativas.

Manifestaciones emocionales: Hacen referencia a cambios en el sentimiento o la conducta del sujeto; dentro de estas variaciones se presenta lo siguiente:

- a) Ánimo abatido reportado por el paciente como una queja de “tristeza” o de “no poder aguantarlo más”.
- b) Sentimientos negativos hacia sí mismo, en forma de autoreproches, por no haber logrado sus estándares irracionales de exigencia.
- c) Insatisfacción con lo que sucede en el medio que le rodea.
- d) Indiferencia efectiva que lo conduce al aislamiento.
- e) Pérdida del sentido del humor.
- f) Presencia de llanto (McCullough, 2000).

Manifestaciones cognoscitivas: Dentro de las manifestaciones cognoscitivas se encuentran las distorsiones sobre sí mismo, sobre sus experiencias y sobre el futuro. La forma en que se manifiesta es cuando el individuo presenta baja valoración de sí mismo, autoacusaciones y autocríticas constantes, previsiones negativas para el futuro que lo conducen a pensar que la situación solamente podría empeorar. El paciente tiene dificultad para tomar decisiones, y presenta distorsiones en su imagen corporal; el sujeto puede llegar a pensar que se ve mal, que está envejeciendo o que no resulta atractivo para las personas, sea del sexo opuesto o del mismo sexo. Esta situación se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (Gil-Rivas et al, 2003).

Manifestaciones motivacionales: En esto, se presenta demora de la voluntad, sobre todo en aquellas actividades que requieren un determinado tipo de esfuerzo

y que no serían reforzantes de manera inmediata. El paciente señala tener deseos de evasión, escape y aislamiento y es común que se imagine a sí mismo en un lugar lejos, donde pudiera relajarse y no tuviera que realizar ninguna actividad. Aquí se aprecia un aumento de la dependencia, por la que el sujeto puede pedir ayuda para realizar actividades donde no sea necesaria una determinada ayuda.

Manifestaciones físicas y neurovegetativas: Estas manifestaciones de la depresión son:

1. Disminución de la libido.
2. Fatiga.
3. Pérdida del apetito.
4. Trastornos de sueño.

Desde que se presentan los síntomas depresivos en los pacientes, este problema puede clasificarse como leve, moderada e intensa. Las características de cada nivel de depresión según Beck (1967) son los siguientes:

Depresión leve

Una depresión leve puede estar encubierta. En este tipo de situación, los síntomas son crónicos y de larga duración, pero no inhabilitan la vida diaria de la persona que la padece. El paciente que la soporta –y sobrelleva-- está irritable, de mal humor y/o apático. Cuando una persona presenta una depresión de este nivel, se siente abatido y triste aunque este sentimiento pueda variar durante el día. Se manifiesta de la siguiente manera:

- El individuo puede reír cuando alguien le cuenta un chiste, a pesar que los mismos ya no les parecen “tan” chistosos.
- Se siente decepcionado de sí mismo y no disfruta igual lo que solía disfrutar o hacer, del mismo modo busca actividades que requieren menor esfuerzo de su parte y que lo refuercen de manera inmediata.
- El sujeto manifiesta no sentir el mismo grado de amor por las personas a las que ama, aunque llegan a sentirse dependientes de ellos al desear que los acompañen para realizar actividades de las que ellos son totalmente capaces de realizar por sí mismos.
- Presentan una tendencia a llorar; y este llanto es más común en las mujeres que en los hombres deprimidos.
- El paciente comienza a compararse con otras personas y concluye que él o ella es inferior.
- Ve el futuro de una manera pesimista y se culpa o se crítica cuando no cumple sus objetivos o sus pensamientos de tipo “yo debería”.
- Cuando surge algún instante de elección, tiene temor de tomar una decisión equivocada y busca a otra persona para que la tome. Una mujer en esta etapa puede llegar a pensar que no es atractiva, inclusive que está o se ve fea.
- El paciente ya no tiene un deseo de hacer las cosas de manera espontánea, evita hacer las actividades que le parecen difíciles e, inclusive, tiene deseos de morir.
- No disfruta igual de sus comidas ni tiene tanta hambre como antes.
- Se despierta antes de que suene el reloj.

- Su apetito sexual se ve disminuido.
- Se siente cansado continuamente, aunque si descansa, siente que ha recuperado cierta energía.

Depresión moderada

Un sujeto con depresión moderada es menos probable que un chiste le provoque risa; entonces aprecia las cosas con seriedad excesiva. Por las mañanas el sentimiento de tristeza es mayor y fluctúa durante el día, aunque siente desagrado en forma continua hacia sí mismo.

1. Se siente aburrido la mayor parte del tiempo; se harta con facilidad, y ya no disfruta lo que antes le gustaba.
2. El sujeto con depresión moderada se porta indiferente con los demás y llora sin una razón aparente. Por ejemplo, una mujer con depresión moderada deja de preocuparse por su aspecto físico; ya no se arregla con un determinado o el mismo esmero con que antes lo hacía. Ahora comienza a dudar de su atractivo físico, piensa que cada vez se ve más fea y ello le preocupa.
3. Este tipo de paciente, ve sus errores demasiado grandes y se siente incapaz de hacer las tareas que antes ejecutaba con facilidad.
4. Tiene una visión muy pesimista de su futuro, por ello le cuesta trabajo tomar decisiones en casi todas las áreas.
5. Si se fuerza en hacer las cosas, el individuo puede lograrlas a pesar de no sentirse motivado para ello.
6. Continuamente el paciente piensa en la forma cómo evitaría sus

responsabilidades y el contacto social.

7. Aunque, puede correr riesgos innecesarios hasta con intenciones suicidas.
8. El paciente con depresión moderada casi no tiene hambre y duerme hasta 12 horas al día o bien, se despierta 2 horas antes de que suene su reloj.
9. A pesar de ello, se siente cansado por llevar a cabo un tanto cuanto esfuerzo físico como intelectual.

Depresión intensa

Una depresión intensa presenta síntomas incapacitantes para el paciente, que interfieren seriamente en su habilidad para dormir, comer, trabajar o bien, disfrutar de actividades que antes le eran agradables (Bleichmar, 1999). El sujeto con depresión intensa, presenta una serie de características alarmantes como:

1. Siente que no tiene esperanza y que es sumamente desdichado.
2. Se siente intranquilo por esta situación.
3. Se odia a sí mismo y nada le produce satisfacción.
4. Llega a aislarse de las personas y en ocasiones, aunque lo deseé ya no puede soltar en llanto; esta característica es conocida como “depresión seca”.
5. El paciente no se puede reír, p.ej., cuando se hace una broma o se cuenta un chiste y no encuentra el lado chusco del mismo, y por ende ni de las demás cosas.
6. Al grado de que puede sentirse lastimado inclusive con un chiste, que lo puede tomar a burla.

7. Se menosprecia y, aparte, se acusa constantemente.
8. Afirma que el sujeto es una carga para los demás.
9. La persona no ve esperanza en su futuro, se culpa por casi todo lo que le ocurre y, aparte, es incapaz de tomar decisiones, sobre todo favorables.
10. Se siente realmente feo físicamente.

Entonces, el individuo con depresión intensa manifiesta una dilación completa de la voluntad y es frecuente que alguien tenga que obligarlo a salir de la cama, vestirse, comer, etcétera. Hasta desearía que alguien más hiciera las cosas por él.

Tiene deseos suicidas intensos que pueden resultar pasivos (p.ej. dicen “me gustaría estar muerto”) o, el contrario, activo (p.ej. “desearía matarme”).

El individuo duerme sólo un promedio de 5 horas diarias y todo el tiempo afirma no haber dormido nada. Por ello, en forma constante, tiene un cansancio severo –sin un sueño reparador--; entonces se siente demasiado cansado para llevar a cabo la actividad que sea. Inclusive, puede llegar a pensar que tiene una enfermedad de nivel incurable (Blechmar, 1999).

Depresión y lesbianismo

Acerca de si la depresión se presenta más en lesbianas que en mujeres heterosexuales se han encontrado resultados contradictorios o no conclusivos.

Ayala y Coleman (2000) encontraron que factores como: el soporte familiar-social, el apoyo/soporte de los amigos, el status de la relación y la satisfacción que les da la relación afectan significativamente los niveles de depresión en las lesbianas, mientras que Oetjin y Rothdu (2000) encontraron que el único predictor significativo de depresión fue la falta de apoyo social de los amigos.

Matthews et al, (2002) encontraron que la depresión tanto en lesbianas como en una muestra de mujeres heterosexuales se debía a:

Eventos traumáticos pasados como el abuso físico y sexual y a la calidad de los estilos de afrontamiento; pero las lesbianas reportaron tasas más altas de abuso sexual en la infancia (30%) que las mujeres heterosexuales (16%).

El otro hallazgo importante fue que las lesbianas reportaron una tasa más alta de ideación suicida (50%) que las mujeres heterosexuales (38 %).

Además las lesbianas entre 15 y 29 años tienen el doble de probabilidad que las mujeres heterosexuales de cometer intentos suicidas.

Con los resultados de estudio citado, se puede concluir que el apoyo familiar, el apoyo de los amigos, el estado de la relación, la satisfacción en la relación, las historias de los traumas son algunas de las variables identificadas como causas de la depresión en las lesbianas.

Además, la falta de soporte de parte de la familia de origen fue descrita como una

fuente primaria de depresión en el grupo de lesbianas (Ayala y Coleman, 2000).

Al respecto, McDaniel et al (2001) y Russell (2003) examinaron una muestra de gays y lesbianas en términos de factores de riesgo de suicidio (p.e aislamiento, soledad y depresión) y encontraron que estos factores son más altos entre la muestra gay/lesbianas que entre la muestra heterosexual y se aplicó el CSRLI = *College Students Reasons for Living Inventory*; en el que se encontró que los estudiantes gay, lesbianas y bisexuales estaban más deprimidos, solos y tenían menos razones para vivir que los estudiantes del grupo control.

Instrumental disponible

Calleja (2011) documenta los siguientes instrumentos útiles para la valoración de la depresión, disponibles en México:

- Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor.
- Escala de depresión.
- Escala de depresión para adolescentes mexicanos (EDAM).
- Lista de adjetivos de depresión.
- Inventario de depresión de Beck (BDI).
- Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para peri-púberes.
- Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para adolescentes.
- Escala de depresión para niños (CES-D).

- Escala de depresión en adolescentes.

Entre estas se seleccionó el Inventario de Depresión de Beck, pues es uno de los instrumentos más utilizados, además de que ha demostrado tener validez y confiabilidad en población mexicana.

Inventario de depresión de Beck (BDI)

En el Manual del Inventario de Depresión (Beck, Steer,1993), se indica que el inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente.

Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprende el Inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener 63.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que en un reactivo se hayan marcado dos respuestas, se contabiliza la más alta. Se debe tener cuidado con el reactivo que se refiere a la pérdida de peso (No. 19), ya que si la persona indica que está tratando de bajar de peso, su valor será de "0" .

Las puntuaciones del 0 al 9 son consideradas dentro del rango mínimo de depresión: de 10 a 16 indican una depresión leve; de 17 a 29 una depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa. Las puntuaciones mayores a 15 ya

deben ser tratadas como depresivas.

Se debe tener mucho cuidado, ya que la puntuación total proporciona un estimado de la severidad total de la depresión. Es muy importante ponerle mucha atención al contenido del reactivo, en especial a los que se refieren al suicidio.

Las actitudes y síntomas valuados en la escala son: Estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de libido.

Los primeros catorce apartados se refieren a síntomas afecto-cognoscitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y somáticos, que pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación y aire, y sin distractores. Su duración no debe pasar de 15 minutos. Su aplicación puede ser también oral.

Existen traducciones de este inventario al chino, Castellano, Francés, Alemán, Suizo, Árabe, y Persa.

Características Psicométricas

Validez de Contenido

Moran y Lambert (1983) compararon el contenido del Inventario de Depresión de Beck ya revisado contra los desórdenes afectivos del DSM III y concluyeron que el primero reflejaba sólo seis de los nueve criterios del segundo. Beck (1967^a) comenta que no consideró conveniente incluir reactivos que hablaran de un incremento en el apetito y en el sueño así como de agitación (síntomas que aparecen en el DSM III) porque éstos están con frecuencia presentes en adultos normales, y su inclusión ocasionaría un rango alto de positivos falsos.

Validez Discriminante

Varios estudios han indicado que el Inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También puede discriminar entre desórdenes distímicos y de depresión mayor (Steer, Beck, Brown & Berchick, 1987).

Validez de Constructo

Ha habido muchos estudios en relación con la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) encontraron que la Escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el inventario.

Validez Concurrente

Beck, Steer y Garbin (1988) encontraron con la ecuación de Pearson, producto - momento, que las correlaciones entre el Inventario de Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos era de 60.

Validez Factorial

Este Inventario ha sido analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Beck, Steer, y Garbin, 1988). El número de factores extraídos depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas. Así también, el método de extracción es crucial para definir la estructura factorial.

Jurado et al (1998) reportan que la versión 1993 del BDI se tradujo al español y se sometió a validación de 10 jueces expertos en depresión y psicometría. El análisis de consistencia interna arrojó un valor α de .87. Todos los reactivos mostraron capacidad discriminativa (obtenida mediante el contraste del 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos). Se obtuvieron normas mexicanas para cada submuestra mediante el procedimiento de rango percentilar. La validez concurrente entre el BDI y la escala Zung con pacientes con diagnóstico de depresión fue de $r = 0.70$, y con estudiantes de bachillerato fue de $r = .65$ (Jurado et al, 1998).

CAPÍTULO IV. ASERTIVIDAD

Para Carrobles (1979), la asertividad es la habilidad para exponer de manera apropiada y directa, en un momento determinado (de índole personal o social), las creencias y sensaciones tanto positivas como negativas. Navarro Rodríguez (2000) lo define como un conjunto de principios y derechos que hacen a un modelo de vida personal enfocado a lograr el éxito en la comunicación humana. Su esencia radica en la habilidad para transmitir y recibir mensajes haciéndolo de forma honesta, respetuosa y oportuna. Posee relación directa con el saber decir, con el control emocional y con el lenguaje corporal. Por lo tanto, en la asertividad intervienen variables comunicacionales lingüísticas así como otros factores paralingüísticos (contacto visual, gestos, entonación, etc.).

En tanto que, para varios autores la conducta asertiva debería definirse en términos de la eficacia en una situación, más que en términos de su topografía (Argyle, 1981, 1984; Kelly, 1982; Linehan, 1984), si bien resulta controvertido pensar una conducta en términos de sus resultados según otros investigadores (Arkowitz, 1981; Shroeder y Rakos, 1983).

Caballo (1993) considera como equivalentes la denominación de "asertividad" o "habilidades sociales" y por ende al "entrenamiento asertivo" o "entrenamiento en habilidades sociales". En tanto, otros autores manifiestan que la noción habilidades sociales resulta más extensa y no se agota en la asertividad (Del Prette y Del Prette, 1999). Una revisión de estudios efectuados por Falcone (2000) sugieren que la empatía también es una habilidad social, y que en algunos

contextos resulta más adecuada que el término asertividad. Aun cuando la asertividad y la empatía se complementan en varias situaciones sociales.

La definición propuesta por Caballo (1986) reúne ambos aspectos de la conducta asertiva (tanto el proceso como el resultado de la acción): la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

En esta clasificación entran las siguientes capacidades (Caballo, 1991): iniciar y mantener conversaciones; hablar en grupo; expresar amor, afecto o desagrado; defender los propios derechos; solicitar favores; rechazar pedidos; hacer y aceptar cumplidos; expresar las opiniones (acuerdos o desacuerdos); manifestar justificadamente cuando la persona se siente molesta, enfadada; saber dar disculpas o reconocer el desconocimiento; saber enfrentar las críticas y solicitar modificaciones en el comportamiento a otro.

A continuación se presenta un estudio sobre la asertividad, sus características, valoración y se describe el instrumento administrado en esta investigación: el Inventario de la Asertividad de Gambrill y Richey.

Antecedentes

El concepto de asertividad, originalmente, aparece en Estados Unidos dentro del contexto clínico de la psicología, a fines de la década de los 40 e inicios de los años 50 del siglo pasado. A partir de esas fechas, tres teóricos, Andrew Salter, Joseph y Arnold Lazarus han desarrollado diversos conceptos del aprendizaje asertivo que surgen directa o indirectamente, de la perspectiva pavloviana (Rodríguez y Serralde, 1991).

Ya, a finales de la década de los 50 del siglo XX, en 1958, inspirado en el trabajo de Salter, Joseph Wolpe dio inicio a un movimiento, en donde intervinieron un importante número de investigadores y clínicos provenientes de varias formaciones teóricas.

La conducta asertiva emerge como ese aspecto de la libertad emocional que se refiere a la defensa de los propios derechos (Rodríguez y Serralde, 1991). Esto supone:

1. Reconocer los propios derechos.
2. Hacer algo al respecto para poder ejercerlos.
3. Hacerlo dentro del marco de la lucha por la libertad emocional.

Por lo anterior, quien no sabe defender sus derechos tiene poca libertad, se siente incomodo y temeroso y, en su limitación de libertad, puede mostrarse a veces “rencoroso y desagradable”, con estallidos fuera de tono. Lazarus, asimismo,

considera que parte de la declaración (o, reconocimiento) de los derechos, supone el reconocimiento de los derechos de los demás y el respeto a los mismos (Fernsterheim y Baer, 1976; Rodríguez y Serralde, 1991).

La década de los ochentas se caracterizó por la falta de una escuela de pensamiento dominante en esta área y por el libre albedrío de los terapeutas de utilizar los enfoques de su preferencia. Inclusive, varios de los movimientos orientados hacia la investigación e intervención sobre desempeño interpersonal dieron también arranque a considerar las denominaciones “entrenamiento de habilidades sociales”, “entrenamiento asertivo”, por una parte, y el de “habilidades sociales” y “asertividad” por otra, como equivalentes (Del Prette y Del Prette, 2002).

En la actualidad, los modelos teóricos que abordan el tema de la asertividad siguen siendo los mismos, aunque aparece un apogeo en investigaciones enfocadas en la utilización de instrumentos para la medición de la asertividad y en la implementación del entrenamiento asertivo (Flores y Díaz-Loving, 2002).

La asertividad ha sido definida de varias maneras:

1. Desde el punto de vista etimológico, proviene del latín assertio-tionis, que es la acción o efecto de afirmar una cosa (Diccionario de la Lengua Española, 2002; Diccionario Enciclopédico Grijalbo, 1986). Por ello, asertividad significa afirmación de la propia personalidad, confianza en sí mismo, autoestima, aplomo, fe gozosa en el triunfo de la justicia y la verdad, vitalidad pujante, comunicación

segura y eficiente (Rodríguez y Serralde, 1991).

2. Esto es, como ser humano, cada quien tiene el derecho de los demás. También se tiene el derecho de dar a conocer las propias necesidades, de decir no y de sentirse satisfecho de las propias decisiones.

3. Por lo tanto, la asertividad es el derecho fundamental de expresarse tomando en cuenta una serie de factores: como los derechos de los demás, de dar a conocer las propias necesidades, de negarse y de sentirse satisfecho de las decisiones personales que se tomen (Davison, 1999).

A continuación, se mencionan diferentes definiciones de asertividad:

Wolpe (1969) utilizó la palabra aserción para referirse a la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos en situaciones sociales. Este autor definió la conducta asertiva como la expresión apropiada de cualquier emoción diferente de la ansiedad hacia otra persona.

Gambrill (1975) señala que la conducta asertiva (o habilidad social) se define como la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y para no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros.

Entre las respuestas asertivas, Gambrill (1975) enuncia lo siguiente:

- a) Rechazar peticiones.
- b) Responder a las críticas.
- c) Aceptar cumplidos.

- d) Iniciar y mantener conversaciones.
- e) Halagar a otros.
- f) Terminar interacciones desagradables.
- g) Pedir un cambio de la conducta de otra persona.
- h) Expresar desacuerdo.
- i) Resistir interrupciones.
- j) Ofrecer disculpas.

Kelly (2000) dice que existen dos tipos de respuestas asertivas: la oposición asertiva y la aceptación asertiva.

La oposición asertiva tiene que ver con aquellas competencias que una persona puede poner en juego a manera de evitar que otros bloqueen su conducta dirigida a un objetivo. Aportan al cliente con una serie de procedimientos socialmente adecuados para que el antagonista cambie su conducta poco razonable, ya sea:

- a) Para expresar sentimientos.
- b) Mostrar desacuerdos.
- c) Hacer o formular peticiones.

La aceptación asertiva, en cambio, se refiere a la habilidad de un individuo para transmitir calidez y expresar cumplidos u opiniones a los demás cuando la conducta de éstos lo justifica. La aceptación asertiva lleva a las personas a modificar su conducta respecto a los demás, reforzando activa y directamente sus aspectos positivos y dado a que mucha gente aprecia las expresiones de reconocimiento, es probable que, a sus ojos, aumente el propio valor de

reforzamiento del cliente, considerando esta capacidad de respuesta (Kelly,2000).

La asertividad hace referencia a aquella conducta interpersonal que implica un estilo de relación determinado, que no es pasivo ni agresivo. Esto podría definirse como el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de esa persona de forma directa, firme, no violenta y sincera, a la vez que se respeta plenamente a los interlocutores (López, Iriarte y González, 2004).

La asertividad se define como la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, opiniones, tanto positivas como negativas, así como también, incluye la capacidad de establecer límites de manera honesta y oportuna, respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social. De igual forma, como la capacidad de poder expresar deseos, creencias, necesidades y opiniones: también como la habilidad del individuo para poder hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana, estas características están implícitas en una vida sexual satisfactoria (Sánchez, 2005).

La asertividad: es una forma de transmitir nuestros sentimientos de manera positiva e inofensivamente. La comunicación asertiva es un mensaje directo referente a nuestras necesidades y deseos ofrecidos a las personas adecuadas y debería contribuir a prevenir los malos entendidos y a corregirlos (Kukulu, 2006).

La falta de asertividad se debe a una carencia de conocimiento acerca de los derechos personales y profesionales, a una preocupación por lo que otros pensarán acerca del comportamiento emitido y a la ansiedad debida a una falta de

confianza y a una pobre autoestima (Kukulu, 2006).

Modelo cognitivo

Considerando este modelo, el desempeño social es mediado por habilidades sociocognitivas aprendidas en la interacción del niño con su ambiente social. La competencia sociocognitiva, en este caso se refiere a la capacidad de “organizar cogniciones y comportamientos en un curso integrado de acción dirigido a los objetivos sociales o interpersonales culturalmente aceptados, evaluando y modificando continuamente el comportamiento dirigido al objetivo, de modo que se pueda maximizar la probabilidad de alcanzarlo (Hidalgo y Abarca, 1999; Del Prette & Del Prette, 2002).

Aparte de la posibilidad de estrategias de acciones adecuadas a diferentes demandas interpersonales en el repertorio comportamental, el individuo debe ser capaz de seleccionarlas y evaluarlas con base en los valores culturales asociados con esas demandas. Las fallas o deficiencias en esas habilidades pueden resultar en desenvolvimiento social equivocado, con posible consecuencia negativa (Hidalgo y Abarca, 1999; Del Prette y Del Prette, 2002).

Efectos de las variables género, edad y escolaridad

Se ha observado que tanto el género del sujeto, como en ocasiones en los estudios experimentales, el género del modelo, tienen efectos e interactúan con la conducta asertiva.

La asertividad se ha tratado más como una característica masculina porque la sociedad promueve a edad temprana a los hombres para que sean asertivos (Mendoza-Denton, Park y O'Connor, 2008). A las mujeres se les estimula a que sean sensibles, sumisas y a que cooperen, más no a que practiquen la asertividad (Davison, 1999; Hidalgo y Abarca, 1999). Estas diferencias respecto a la práctica de la asertividad comienzan desde la infancia, donde se observa que los roles del varón difieren considerablemente de los de la mujer, originando, de esta manera, problemas específicos de asertividad para la mujer (Rodríguez y Serralde, 1991).

Tannen (2001), en su obra *Different Words Different Worlds*, destaca estas diferencias, señalando que los estímulos que reciben las niñas son muy distintos de los que se ofrecen a los niños.

Las mujeres, las niñas, aprenden a aceptar y a transigir, a dedicarse a juegos en los que todas tienen el mismo papel y lograr alguna apariencia de liderazgo estableciendo alianzas en su grupo; esto es: trabajo en equipo.

En contraste, Tannen señala que los niños varones participan en juegos de competencias en los que privan los conflictos. Los niños pelean por trepar una colina o a la cúspide de alguna jerarquía que ellos mismos establecieron. Habitualmente, los más fuertes y agresivos son los que dan las órdenes; sin embargo, los demás compiten con los líderes por el primer puesto (Davison, 1999). Al respecto, también puede ser trabajo de grupo, pero hay conflicto por tener y obtener el liderazgo.

Los hombres usualmente se describen a sí mismos como más asertivos que las mujeres; incluso:

- a) Los hombres son evaluados con atributos tales como la asertividad, dominancia y competencia.
- b) Las mujeres con características –podríamos decir negativas-- tales como la sumisión, dependencia, incompetencia y excitabilidad (Flores, 1994; Villavicencio, 2003; Mendoza-Denton, Park y O'Connor, 2008).

De igual forma, para los hombres, el predictor más significativo de la satisfacción vital es la asertividad; mientras que para las mujeres, son las emociones positivas.

Las mujeres parecen comportarse de forma más habilidosa en la expresión de sentimientos positivos (Gambrill & Richey 1975; Caballo, 1993; López, Concha Iriarte y Rodríguez 2004); pero los hombres experimentan menos dificultad para expresar sentimientos negativos y hacer peticiones, y son más asertivos en situaciones laborales.

En las investigaciones de Mendoza-Denton, Park y O'Connor (2008), se determinó que las personas piensan que los hombres son más asertivos en situaciones laborales, competitivas y deportivas a comparación que las mujeres, las cuales son más asertivas en situaciones relativas al hogar y a la vida de pareja.

Por lo tanto, las mujeres son más asertivas en situaciones relativas al hogar y a la vida de pareja. Y, por ello, en el final de esta primera década del siglo XXI, aún se siguen manteniendo los estereotipos que definen a la mujer y al hombre como

tradicionales, obstaculizando así el desarrollo de la conducta asertiva en el género femenino.

El contexto interpersonal (personal, laboral) tiene un impacto en el tipo de efectos de género observados; como ejemplo podríamos decir que algunos estudios encontraron lo siguiente:

- a) Los varones reportan mayor inclinación a usar la asertividad en situaciones públicas (por ejemplo, cuestionar públicamente a una persona de mayor estatus) que las mujeres.
- b) En el caso de las mujeres, éstas reportan mayor decisión para usar la asertividad en escenarios interpersonales, en comparación con los hombres (Smith-Jentsch, Salas & Baker, 1996).
- c) Como tercer comentario a este subpunto, la falta de asertividad en las mujeres ha sido mantenida porque las mismas mujeres tienen miedo a responder asertivamente, debido a que dicha conducta es considerada inapropiada a las normas (reglas escritas y no escritas) (Flores, 1994; Villavicencio, 2003).

Por lo común, los roles tradicionales de la mujer establecen que la mujer ideal debe actuar de forma no asertiva, esto es que sea pasiva; que no intervenga en la toma de decisiones.

Por lo anterior, Davison (1999) recalcó que las expectativas tradicionales sobre el comportamiento femenino son un obstáculo para que las mujeres sean más

asertivas, ya que las mujeres asertivas comúnmente son vistas como menos amigables y agradables que las mujeres inasertivas (Flores, 1994; Davison, 1999; Villavicencio, 2003). O'Donohue y Krasner (1995) señalan que una mujer que encaja en el estereotipo femenino, está orientada hacia la búsqueda de protección y seguridad y cumplimiento de sus deseos a través de los logros de las demás personas.

Para concluir, en este apartado, se destaca que el comportamiento asertivo puede variar dependiendo de la relación que exista entre las personas involucradas. El doctor Bernar Querin, realizó un estudio que descubrió que los sujetos son más capaces de ser asertivos con un amigo que con un extraño. En términos generales, es más fácil ser asertivo con un compañero que con un grupo de ellos, así como un amigo que con un extraño (Davison, 1999).

En resumen, los sujetos que tienen una actitud conservadora hacia el papel de la mujer en la sociedad devalúan la aserción en modelos de mujeres, mientras que los que tienen una actitud liberal son influenciados por el género del modelo (Flores, 1994; Villavicencio, 2003). De igual forma, el comportamiento asertivo es altamente influenciado por el tipo de relación que existe entre las personas que interactúan entre sí independientemente de su género.

Asertividad y su relación con el autoconcepto, locus de control y la orientación al logro:

En lo que respecta al autoconcepto, se observa que:

- a) las personas que son asertivas indirectas y las personas no asertivas tienen un autoconcepto cargado a lo social y emocional. Son amables, alegres, calmados.
- b) A diferencia, las personas que son asertivas en situaciones cotidianas, tienen una percepción instrumental de sí mismos al percibirse como puntuales, honestos y trabajadores (Flores, 1994; Flores y Díaz 2002).

Otras variables relacionadas a la asertividad son la estructura familiar, los rasgos de la personalidad y la autoestima. De igual forma, las creencias personales, emociones y conductas influencia a la asertividad ya que moldean el contexto en el que ésta se desarrolla (Kukulu, 2006).

La conducta asertiva se ha asociado con la autoestima y la autoconfianza porque los individuos que se sienten competentes y seguros de sí mismos, interactúan más natural y sinceramente en el transcurso del desarrollo de las relaciones que establecen (Sanz et al 2003). Asimismo, los individuos con una alta autoestima se comportan de forma más sensible, positiva, tolerante e independiente en sus relaciones con otros individuos; así como también aceptan con mayor facilidad a los demás (Karagözoglu, 2008).

De esto que las investigaciones al respecto señalen que la persona asertiva tiene una alta autoestima (Flores, 1994; Flores y Díaz Loving 2002).

En lo que respecta a lo comentado en el párrafo anterior, para Fernsterheim y Baer (1976) la asertividad es autoestima, ya que afirman que si se tiene duda si

sobre se fue asertivo en un acto específico habrá que preguntarse si aumentó el respeto propio por poco que fuera. Ellos parten del supuesto de lo que una persona hace sirve como base para el concepto de sí mismo, por lo tanto cuanto más se defiendan los derechos y se actúe de modo que se respete a sí mismo mayor será la autoestima (Karagözoglu, 2008).

Entonces, los individuos asertivos defienden sus propios derechos, hacen peticiones a los demás, rechazan peticiones a los demás, aceptan cumplidos y son capaces de expresar honesta y directamente sus sentimientos; con lo cual la vida de los individuos es más sencilla y al incrementarse la autoestima, y bien, por ello aseguran que están satisfechos con sus vidas (Karagözoglu, 2008).

Instrumental disponible

En México, de acuerdo con la investigación y recopilación de escalas psicosociales efectuada por Nazira Calleja (2011) se tienen los siguientes instrumentos para su valoración:

Escala multidimensional de asertividad para empleados.

Escala multidimensional de asertividad para estudiantes.

Medida de rasgos asertivos (MERA).

Escala de asertividad en niños y adolescentes de Michelson y Wood.

Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

Inventario de asertividad de Gambrill y Richey

Gambrill y Richey (1975) desarrollaron un instrumento, principalmente con fines de investigación, aplicable a población general e incluyeron reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas y se engloban en ocho categorías. Se utilizó este instrumento por su validez para la población que se estudió.

- 1) Rechazar peticiones.
- 2) Admitir limitaciones personales.
- 3) Iniciar contactos sociales.
- 4) Expresar sentimientos positivos.
- 5) Afrontar la crítica de los demás.
- 6) Discrepar de sus opiniones.
- 7) Realizar conductas asertivas en lugares públicos.
- 8) Expresar sentimientos negativos.

Los 40 reactivos del inventario, al ser contestados en dos ocasiones de manera independiente, constituyen dos subescalas:

Grado de incomodidad (GI), evalúa el malestar subjetivo que la persona experimentaría en las situaciones descritas según la puntuación que va de 1 a 5 (1= nada: 5= demasiado).

Probabilidad de respuesta (PR) evalúa la probabilidad de que la persona lleve a

cabo la conducta descrita, referida en aun escala de 1 a 5 (1= siempre; 5= nunca).

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en ambos indicadores (Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta) según las autoras configuran cuatro grupos posibles:

1. "Asertivos", personas con GI bajo y PR alta, que serían las propiamente asertivas, pues no experimentan incomodidad y actúan asertivamente.

2. "No asertivos", personas con GI alto y PR baja; es decir persona que manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conductas asertivas, sin actuar asertivamente.

3. "Actores ansiosos", personas con GI alto y PR alta. Serían personas que despliegan conductas asertivas pero que experimentan altos niveles de ansiedad.

4. "Indiferentes", personas con GI bajo y PR baja. No actúan asertivamente pero tampoco experimentan ansiedad.

Gambrill y Richey consideraron que la distinción entre el grado de incomodidad y la probabilidad de respuesta es importante en tanto que las diferentes combinaciones de estos factores podrían indicar la necesidad de procedimientos de cambio conductual distintos. También señalaron entre las implicaciones

clínicas de los resultados obtenidos, que el puntaje en la subescala de Grado de Incomodidad parece ser un buen indicador para identificar a los candidatos potenciales a recibir entrenamiento asertivo, (Mendez, 1995).

Características Psicométricas

Confiabilidad

El Inventario obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.87 para la escala de GI y de 0.81 para la de PR. Respecto a la del grupo terapéutico, los datos apoyaron la validez del inventario. Se observó, después del tratamiento, una reducción significativa de la media del indicador GI (107.7 comparado con 82.0, $t=3.67$, $p<.002$) y también un aumento del indicador PR (104.8 comparado con 87.9, $t= 2.39$, $p<.05$). Esta reducción no se observó en el grupo control que no recibió entrenamiento asertivo.

Como ha podido apreciarse, el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey posee una estructura interna homogénea y consistente. El coeficiente alfa es de (0.924) similar al de Carrasco, Clemente y Llavona (0.915) (1989). Esto señala que las calificaciones de los reactivos se relacionan de manera recíproca, independientemente de su contenido. A partir de esto puede suponerse que los reactivos miden una variable común, asertividad. Al comprobar que este instrumento es capaz de proporcionar medidas consistentes, se habrá la posibilidad de relacionar los puntajes del inventario con otras variables o mediciones con un buen grado de confianza, (Méndez, 1995).

CAPÍTULO V. ESTILOS DE CRIANZA

La crianza se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo. En la literatura de investigación los componentes del clima o estilo parental identificados son: las conductas generales espontáneas de tipo emocional (gestos, tono de voz, explosiones, etc.), las prácticas con un fin de socialización específico (ejemplo, el logro académico) y el sistema de valores y las creencias de los padres respecto a la socialización de los hijos. Existen datos científicos sólidamente respaldados que sugieren que los ambientes de crianza tienen efectos importantes sobre una variedad de desenlaces que incluyen, desde variaciones en el contexto del funcionamiento adaptativo, el desarrollo psicológico saludable y el éxito en la escuela, hasta desenlaces psicopatológicos, tales como uso y abuso de drogas, comportamiento agresivo y problemas de ansiedad en niños y adolescentes, (Márquez-Caraveo et al; 2007).

Se ha encontrado que la conducta de los padres es uno de los factores ambientales más importantes. En este sentido no se puede afirmar tajantemente que hay padres autoritarios o afectuosos, sino que su conducta oscila a lo largo de varias dimensiones, es decir, pueden ser afectuosos y dominantes a la vez, o afectuosos y permisivos; pueden rechazar a sus hijos y controlarlos, o rechazarlos y ser permisivos; y en ocasiones rechazar y en otras aceptar a los hijos. La conducta del niño no depende simplemente de un aspecto de la conducta y de la personalidad de sus padres, sino de la combinación de conductas, actitudes etc., (Becker, 1964; Schaefer, 1961; Sears, Maccoby y Levin, 1957).

La persona, desde su nacimiento, entra en interacción continua con su ambiente. Éste se encuentra formado, principalmente, durante las primeras etapas del ciclo vital, por el sistema familiar en primera instancia, y el escolar posteriormente. Durante estas etapas también juegan un papel, aunque no predominante, otros sistemas como el de la salud y el de los pares, va adquiriendo relevancia a lo largo del desarrollo infantil, de tal manera que al llegar a la adolescencia su influencia e importancia son equiparables a las del sistema familiar, (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

Durante muchos años parece haberse supuesto que la prevención primaria en salud mental era tarea poco menos que imposible debido a que se enfrentaban problemas cuyas causas específicas eran poco conocidas. Prácticamente toda la investigación clínica de las últimas dos décadas ha dirigido sus esfuerzos a desarrollar acciones y programas de naturaleza terapéutica.

Sólo, algunos investigadores han reorientado esfuerzos hacia una búsqueda sistemática de factores de interacción familiar y social buscando un análisis etiológico de grano más fino de las llamadas neurosis o desórdenes de la personalidad, (Cowen, 1983).

Los resultados publicados en la literatura de investigación señalan, en general, la existencia de variables que van desde lo hereditario hasta lo social, asociadas con un desenvolvimiento normal del individuo o con su deterioro. Estas variables relativamente gruesas, sin embargo, aún no reciben un seguimiento sistemático

acerca de cómo la carencia o ausencia de valores específicos de ellas propician trastornos psicológicos.

Si un estudio documenta, por ejemplo, que tal o cual disposición hereditaria parece preceder reiteradamente el inicio de alguna adicción, la intervención profesional del psicólogo difícilmente podría modificar las variables biológicas o hereditarias en cuestión, a fin de reducir el riesgo y contribuir a la prevención del problema. En el mismo sentido, si se detecta que factores tales como el sexo, el nivel socioeconómico, el lugar de radicación o el nivel educativo, se asocian sistemáticamente con incidencias mayores de una adicción, las posibilidades reales de que una intervención profesional del psicólogo (aún en programas a gran escala) generen un cambio en el peso de dichos factores de riesgo resultan mínimas, (Sánchez-Sosa; Jurado-Cárdenas; Hernández-Guzmán. 1992).

En el caso anterior podría argüirse, sin embargo, que el valor de la detección de factores de riesgo hereditario o sociológico sirven para circunscribir poblaciones de “alto riesgo” y hacerlas objeto de intervenciones preventivas. Aún en esta hipótesis, las intervenciones preventivas tendrían que ser de tal naturaleza que incidieran en factores al alcance real del individuo, su familia, o la comunidad. Es mucho más realista esperar que un individuo o su familia ajusten sus prácticas de interacción cotidiana, a suponer que puedan cambiar fácilmente de estatus educativo, socioeconómico, o mudarse de ciudad; ya no se diga alterar sus características genéticas, (Sánchez-Sosa; Jurado-Cárdenas; Hernández-Guzmán, 1992).

Estilo de crianza

Davidoff (1979) conceptúa la crianza, basándola en el papel de los progenitores como agentes de socialización. Esto es, la manera de guiar o desalentar a los hijos hacia conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas. De acuerdo con esto, podría hablarse del estilo que predominantemente adopten los padres al asumir el papel de conductores de desarrollo personal de sus hijos. En este sentido, estilo de crianza se referiría a un modo, manera o costumbre particular de promover o desalentar conductas, valores, metas y motivaciones en los hijos.

Durante la niñez existen factores que se involucran en el crecimiento y potencial del adulto, se ve implícito el desarrollo físico, los cuidados en la infancia, el tipo de relaciones sociales, el nivel educativo, las necesidades afectivas cubiertas o no y las características biológicas. Muchos de estos factores están determinados por tipo de crianza que los padres creen es el adecuado para el niño, (Schaeffer, 1979)

En el ciclo vital hay muchos factores que intervienen en la formación de la personalidad de un individuo, siendo la familia el primer y más activo agente socializante que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de los individuos, (Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala, 1990). La familia es el medio más importante para un adecuado desarrollo del niño.

Interacción

En las investigaciones que se han hecho sobre la familia, se ha encontrado que se relaciona con identidad, autonomía, independencia intelectual y emocional, socialización, solución de conflictos, hábitos, costumbres, comportamientos, actitudes, ideologías y conductas normales, (Roosa y Beals, 1990; Gómez, Sos, Randall y Vaquero, 1991)

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

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

Las familias de alto riesgo normalmente se caracterizan por elevados niveles de conflicto en la interacción entre sus miembros, agresión y hostilidad, falta de aceptación, calidez y apoyo (Emery, 1998; Grych y Fincham, 1990; Kaslow, Deering y Racusia, 1994; Reid y Cristafulli, 1990; Wagner, 1997).

Interacción familiar y procesamiento emocional

Niños que crecieron en ambientes familiares caracterizados por altos niveles de ira y estrés muestran menor habilidad para reconocer emociones en otras personas (Camras, et al, 1988; Duna y Brown,1994). Esto puede deberse a que familias con altos niveles de afecto negativo son menos propensas a establecer conversaciones acerca de los sentimientos (Dune y Brown, 1994).

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

Problemas conductuales asociados a la calidad de la interacción familiar

Dentro de los problemas conductuales asociados a la interacción familiar negativa destacan el abuso de sustancias como el alcohol y la nicotina (Widom y White, 1997) y prácticas sexuales de alto riesgo. Normalmente se trata de ambientes caracterizados por relaciones hostiles, distantes e insatisfactorias con los padres (DiBlasio y Benda, 1991; Miller, Forehand y Kotchick, 1990).

Abuso Sexual y físico.

Se ha documentado una fuerte asociación entre experiencias de abuso sexual tempranas y el desarrollo de ansiedad y depresión (Levitan, Rector, Sheldon y Goering, 2003). Aunque esta línea de investigación sugiere que no sólo una historia de abuso sexual en niños se asocia con éste tipo de problemas sino que

las experiencias de abuso físico también aumentan la probabilidad de desarrollar problemas de ansiedad y depresión.

Otros hallazgos sugieren que las personas que desarrollan trastornos de ansiedad junto con depresión y presentaron una historia de abuso sexual muestran un patrón único de producción de la hormona del estrés ante estresores específicos (Heim et al, 2000). Así, todo apunta hacia una relación entre ambos tipos de abuso y la presencia, no sólo de sintomatología ansiosa y depresiva, sino de trastornos específicos de ansiedad.

En éste contexto resulta interesante el análisis de ciertos reactivos del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (Hernández y Sánchez Sosa, 1990), como es el caso del reactivo: “ Cuando era chico alguien abusó sexualmente de mi” mostró una historia de abuso sexual muy marcada dentro del grupo con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en comparación con el grupo sin presencia de TAG.

Este hallazgo concuerda con la literatura de investigación en cuanto a la existencia de una relación consistente entre la historia de abuso sexual y el desarrollo posterior de problemas de ansiedad, específicamente con la precipitación del TAG. (Heim et al, 2000; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000; Lobby, Orton, Novins, Beals, 2005).

Es necesario acotar que algunos autores mencionan que el abuso infantil, sexual, se asocia directamente con el diagnóstico de ansiedad generalizada (Lobby,

Orton, Novins, Beals, 2005).

Así, con estos elementos, podemos examinar ahora el impacto del abuso sexual en la infancia en la identidad sexual de lesbianas adultas jóvenes y en su recuperación de la dependencia química.

Las mujeres que han experimentado abuso sexual como adolescentes a menudo suprimen la experiencia. En lugar de reconocer el abuso, lo ignoran, esperando que no afecte el resto de su vida; sin embargo, muchas encuentran que ésta es una estrategia de afrontamiento inefectiva.

Inconscientemente, la experiencia y el trauma asociados con el abuso sexual penetra en otras áreas de su vida individual y puede manifestarse en muchas formas que van desde los desórdenes mentales de salud incluyendo el abuso de sustancias durante la adolescencia y aún en la edad adulta hasta la posible presencia, como señalan algunos terapeutas, de una orientación sexual diferente a la heterosexual, como lo son la homosexualidad, bisexualidad o asexualidad (Brannock y Chapman, 1987).

Es decir, el presente estudio parece apoyar la noción clínica de que las mujeres que experimentaron abuso sexual en su infancia, tienen una posibilidad mayor de identificarse como lesbianas.

Brannock y Chapman encontraron que la única diferencia significativa entre las lesbianas y las mujeres heterosexuales fue que las mujeres heterosexuales

tienden a reportar múltiples tipos de experiencias traumáticas como: incesto, violación y maltrato físico por parte de los hombres, por lo que el abuso sexual no afecta la orientación sexual; mientras que las lesbianas reportaron más bien experiencias con un solo tipo de trauma, la conclusión que se puede obtener de ésta investigación es que para las lesbianas, el impacto de una sola experiencia traumática con un hombre fue suficiente para distanciarse sexualmente de los hombres.

Con base en toda ésta información, los investigadores dan por supuesto que ciertas prácticas de crianza tendrán como resultado ciertos efectos en los sujetos, midiendo pocas veces la relación intrínseca con otras variables.

Se cuenta con una herramienta, que puede aportar nuevos datos, interrelacionando más de una variable, tratando de cubrir más aspectos importantes de la personalidad de los sujetos. Quizá señalando la existencia de estilos de crianza relativamente específicos que pueden funcionar como predictores.

Teorías

Entre las teorías sobre la crianza, algunas sostienen que el ambiente influye en el niño, y que este es un ser pasivo moldeado por las practicas educativas de los padres o por cualquier fuerza con la que tenga contacto en su medio. Otra teoría señala que el desarrollo se determina por la herencia y que ni siquiera la disciplina puede variar muchos rasgos; otra menciona que el crecimiento físico es la fuerza

que dirige el desarrollo, afirmando que el interés de los padres se centra en la salud y en la buena alimentación, factores cruciales para la educación y el éxito escolar; otra dice que la educación y socialización se basan en la interacción, (Schaffer, 1979; Triana, 2011).

Teoría General de Sistemas

Una porción muy importante de los problemas de salud mental no se asocia directamente con un sólo factor que los desencadena. Se ha propuesto que la mayoría de ellos son problemas multifactoriales es decir, no es un único factor el que rompe el equilibrio de la salud, sino una multiplicidad de factores.

A este enfoque, que se ha llamado interaccionista o contextual, propone que la patología no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino de la interacción entre factores y componentes de un sistema. La patología emerge, de acuerdo con este punto de vista, de una combinación de elementos que interactúan de diversas maneras y que desestabilizan a un organismo que funcionaba previamente de modo aceptable. El surgimiento de una condición patológica requiere de la comprensión de una serie de interacciones que existen entre los factores que afectan al individuo. Es dentro de este contexto, que la teoría general de sistemas, propuesta inicialmente por Ludwing Von Bertalanffy (1976), resulta especialmente útil. Su enfoque se centra en las interacciones entre los elementos de un sistema, (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

Desde el punto de vista de la salud mental, el enfoque sistémico ofrece una serie

de ventajas. Por un lado, se amplía o se mejora la apreciación de la patología si se le ubica dentro de un contexto en el que se consideran todas las propiedades sistémicas del organismo bajo estudio y por otro, el tratamiento y la prevención eficaces se planean mejorar al considerarse la interacción de diversos factores afectando al organismo como un sistema, (Hernández-Guzmán; Sánchez-Sosa, 1991).

El individuo se aprecia como un subsistema abierto que interactúa con su ambiente y que lleva a cabo acciones reconocibles. Los factores que interactúan más cercanamente al individuo son aquellos que se encuentran dentro del contexto familiar. La conducta del individuo es el resultado de varias relaciones y características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo.

Por lo tanto, las características organizacionales de la familia como un sistema se convierten en el foco de la estabilidad del sistema como un todo. Es importante notar que la familia actúa como un contexto ambiental para el individuo y que al analizar la conducta patológica el énfasis se dirija a la naturaleza cambiante de las propiedades organizacionales de la familia. La premisa de que la conducta individual se determina y se moldea de manera significativa por las características organizacionales de la familia con la que el individuo ha convivido y convive, es una de las razones más importantes por las que resulta útil enmarcar el estudio del individuo desde el enfoque de la teoría de sistemas. (Hernández-Guzmán y Sánchez- Sosa, 1991).

De acuerdo con Miller (1965), la definición de sistema aceptada más ampliamente es la que concibe al sistema como una serie de elementos arreglados que guardan una relación consistente y duradera. La clave de esta definición es la noción de consistencia de las relaciones. El arreglo de elementos no es al azar, siguen un patrón. Por ende la importancia de la forma en que estos elementos se organizan como un todo. Los conceptos más sobresalientes dentro de la teoría general de sistemas son el todo, la organización las relaciones.

Estos conceptos, a su vez, se contraponen a la posición reduccionista causa-efecto, la cual presupone relaciones lineales entre una variable independiente y otra dependiente, (Hernández- Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

Los sistemas vivientes, tales como el individuo mismo o la familia se distinguen en dos aspectos. El primero es que son sistemas abiertos. Esto quiere decir que sus características le permiten interactuar de una manera selectiva y siguiendo un patrón con el ambiente que le rodea. La disponibilidad de energía externa a su vez permite el crecimiento del sistema. Los sistemas tienden a hacerse más complejos con el paso del tiempo. Segundo aspecto es su habilidad para reproducirse, (Hernández- Guzmán y Sánchez- Sosa, 1991).

Por su parte, el concepto de organización es fundamental en la teoría general de sistemas. Es casi sinónimo del concepto mismo de sistema. Si un sistema se define como un conjunto de elementos que mantienen relaciones consistentes e interactúan entre sí, cualquier sistema estará compuesto por elementos organizados. Dado que los sistemas vivientes son dinámicos en sus

características, la consistencia de las relaciones organizacionales entre los diversos elementos resulta muy importante, ya que permite la identificación de patrones y por lo tanto, los hace predictibles. La conducta del individuo dentro de la familia depende del funcionamiento de ésta como un todo, (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

El modelo sistémico no sólo se ha aceptado como una justificación primaria para los esfuerzos de intervención y prevención enfocados a la familias, sino que se ha incorporado a las teorías de la disfunción familiar a los modelos clínicos para tratamiento individual. Esta perspectiva toma en cuenta la complejidad de relaciones que pueden darse entre las influencias familiares y el deterioro de la salud mental en el individuo, e incorpora los principios de la teoría general de sistemas al estudio del desarrollo de sintomatología de problemas de salud mental a lo largo de la vida del individuo, (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

Enfoques del desarrollo

Por otra parte, el desarrollo del individuo y de la familia conlleva transiciones o cambios que pueden facilitar situaciones de crisis y provocar problemas al sistema familiar. Esto puede dar como resultado el desarrollo de conducta sintomática en sentido psicopatológico. Entonces, para comprender más ampliamente el proceso del desarrollo resulta necesario integrar los conceptos de la teoría general de sistemas a la perspectiva del desarrollo del individuo. Cualquier consideración a los factores que interactúan en la familia relacionados con signos de deterioro de

la salud mental debe tomar en consideración la multiplicidad de variables e interacciones que intervienen. Se trata de una forma de actuar condicionante que contribuye a lograr un resultado y a sistematizar el estudio del desarrollo de la sintomatología y puede ser útil para clasificar las fuentes de influencia.

Las fuentes de influencia se pueden dividir en dos tipos: las características del individuo y los efectos interactivos. Las características propias del individuo son disposiciones determinadas: disfunciones del sistema nervioso, coeficiente de inteligencia, historia familiar, actitudes, etc. Los efectos interactivos se refieren a la forma en que interactúan las características propias del individuo, entre sí y con factores dados por el sistema al que pertenece. Los factores que aporta el sistema puede ser, por un lado, una fuente de estrés o, por otro, una base de apoyo que sirva para contrarrestar las circunstancias que producen el estrés, (Hernández- Guzmán y Sánchez- Sosa, 1991).

La consideración de variables múltiples, al intentar comprender y predecir el desarrollo de sintomatología de problemas de salud mental, es una de las aportaciones más importantes de integración entre el enfoque sistémico y la perspectiva del desarrollo humano. Al tomar en cuenta el desarrollo humano en la explicación del origen de muchos problemas de salud mental se enfatiza la influencia múltiple y mutua de procesos que ocurren a lo largo del tiempo y que tienen efectos sobre la conducta individual (Martín, 1995).

Jacob (1992) integra los conceptos de la teoría general de sistema en la perspectiva del desarrollo individual y familiar. De acuerdo con esto, los factores

de riesgo y protectores tienen efectos cada vez más notorios con el paso del tiempo y al interactuar con transiciones vitales, podría facilitar situaciones de crisis la aparición de factores de riesgo adicionales. En la medida que la familia y el individuo aprendan a afrontar eficazmente las situaciones críticas propias de esos cambios y de las transiciones vitales, podrán hacerlo con otras en el futuro.

Pero si no adquieren las habilidades necesarias para afrontarlas eficazmente, correrán el peligro de ver exacerbados sus problemas bajo el impacto de crisis futuras (Slaikeu, 1994), acentuándose aún más el efecto deteriorante de los factores de riesgo, (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa 1995).

Factores de Riesgo y Protectores

Se ha señalado a las condiciones ambientales y personales que, de alguna manera, anuncian disfunción psicológica, como factores de riesgo. En este sentido, riesgo es el peligro de que ocurra algún suceso que atente contra la integridad física y/o psicológica de una persona, representa el peligro de romper el equilibrio de la salud. Contrastando con los factores de riesgo se encuentran los factores que predicen el bienestar personal y familiar y se conocen como factores protectores. Representan los estilos de vida sanos y a su vez, las alternativas de intervención cuando se detectan factores de riesgo. La investigación psicológica ha logrado identificar factores de riesgo y protectores que influyen sobre el desarrollo psicológico de la persona (Coie, 2002).

Los factores de riesgo y protectores interactúan, neutralizándose mutuamente. En general, los datos de investigación apuntan hacia varios factores de riesgo asociados con diversas formas de disfunción. Asimismo, un factor de riesgo rara vez se asocia directamente con una disfunción en particular. Es por ello que su sola presencia no anuncia necesariamente una función futura. Esto explica por qué no todo el que se ha expuesto a determinados factores de riesgo mostrará signos de deterioro.

Cada individuo se habrá expuesto a diferentes combinaciones de factores de riesgo y protectores a lo largo de su desarrollo personal. En algunos casos, se darán las combinaciones necesarias para romper el equilibrio de la salud psicológica, en otros no, (Hernández-Guzmán; Sánchez-Sosa 1995).

Inmersos en los sistemas con los que la persona interactúa a lo largo de su desarrollo se encuentran numerosos factores, de riesgo y protectores, cuya interacción contribuye al desarrollo de la salud psicológica. Se han llamado factores de riesgo no sólo a las condiciones ambientales que predicen disfunción a futuro, sino también a características y estilos personales, ya sean adquiridos o no, con los que la persona interactúa en las situaciones que le plantea el ambiente circundante. Su contraparte, los factores protectores, son aquellas condiciones ambientales y personales que se han asociado con la salud psicológica.

Son muchos los factores que actúan en un momento dado, dependiendo del contexto en el que se encuentre inmerso el individuo. Aun antes de su nacimiento,

el niño está sujeto a agresiones del ambiente que podrían marcar la evolución de disfunciones. Enfermedades de la madre, sus adicciones, sus conductas riesgosas, etc., podrían precipitar anomalías, deformidades, parto prematuro, irritabilidad, escasa responsividad, etc. en el recién nacido, que si bien no se consideran psicológicos per se, si pueden ser precursores de intercambio defectuoso madre-hijo que debiliten las oportunidades del niño para adquirir las competencias o habilidades propias de un desarrollo psicológico sano.

El ser humano va adquiriendo competencia o habilidades que le permitirán interactuar exitosamente con los diversos contextos que componen su medio ambiente social. Después del nacimiento, un sistema predominante durante la infancia, la niñez y la adolescencia es el familiar.

Entraña múltiples factores de riesgo y protectores moldeadores de habilidades de afrontamiento, auto concepto, estilos atribucionales, solución de problemas, toma de decisiones etc., con los que el niño hará frente a otros contextos como la escuela, el grupo de pares, la familia extendida y la sociedad en general (Hernández -Guzmán y Sánchez -Sosa 1995).

El impacto de los factores de riesgo pueden ocurrir por medio de: a) uno o más eventos agudos e intensos, pero discontinuos, como suelen ser ciertos eventos y transiciones vitales estresantes y traumáticos, por ejemplo la muerte de un ser querido, b) una sola situación crónica durante un tiempo determinado, como lo es la exposición prolongada a una familia disfuncional o c) la combinación de eventos discontinuos y de situaciones crónicas. La forma en que la persona

experimenta estos factores de riesgo, por medio de su estilo de afrontamiento, su autoconcepto, su estilo atribucional o su temperamento, constituye en sí misma otra fuente de factores de riesgo con posible incidencia en el empeoramiento o no de una condición ya disfuncional (Maziade, Caron, Cote y Merette, 1990). Se ha propuesto que también existe interrelación entre los diversos dominios del funcionamiento humano, por ejemplo el cognoscitivo y el afectivo, afectándose mutuamente e incidiendo sobre la habilidad de la persona para interactuar de manera adaptativa con su ambiente social ante la emergencia de cambios.

El ambiente social que rodea a la persona impone a ésta requerimientos diversos de acuerdo con contextos particulares. El ser humano se adaptará al ambiente en la medida en que su funcionamiento corresponda a las exigencias. Cada contexto en el que se desempeña una persona presenta demandas, por ejemplo el contexto del salón de clases requiere que cada niño se comporte con ciertas demandas mínimas, como podrían ser que permanezca trabajando, coopere en equipo, ponga atención, siga las instrucciones del profesor, etc., o dentro de la misma escuela. Cuando una persona no se comporta de acuerdo con las demandas mínimas de un contexto determinado, se presentan problemas y su comportamiento se señala como desadaptativo o disfuncional, (Hernández-Guzmán; Sánchez-Sosa, 1997).

Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento

Para este tipo de investigación se administró el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC, Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1990), que

contiene 204 reactivos con escalas con cinco opciones de respuesta y se divide en dos secciones: la primera consta de 98 reactivos que exploran el deterioro de la salud psicológica, en términos de problemas adaptativos frecuentes tales como dificultades al relacionarse interpersonalmente, percepciones distorsionadas del ambiente, preocupaciones o miedos irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere con el funcionamiento adecuado, quejas somáticas, auto evaluación y desviaciones de conducta que suelen conducir a sanciones sociales severas.

La sección de estilos de crianza e interacción familiar consta de 106 reactivos que recolectan datos sobre variables de crianza, relación con hermanos, padres, maestros, y compañeros; problemas conductuales de los progenitores tales como alcoholismo y otras adicciones, prácticas afectivas, prácticas y problemas relacionados con la sexualidad, relaciones laborales, amistades y escuela. Finalmente 14 reactivos exploran las principales características sociodemográficas de los participantes.

Se trata de un instrumento desarrollado por un grupo de investigadores mexicanos (Hernández-Guzmán, Sánchez-Sosa y 1991), como parte del Programa de Prevención Primaria del posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se utilizaron como fuentes de validación de contenido los reactivos que hubieran mostrado una documentación confiable en la literatura de investigación, además de utilizar en su diseño los procedimientos generalmente aceptados en la construcción de instrumentos de encuesta.

Así la selección de los signos de desajuste psicológico y de características específicas de estilos de crianza e interacción familiar (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991), se realizó con el siguiente criterio: los signos de deterioro adaptativo se basaron en las descripciones taxonómicas de sistemas clasificatorios como el DSM-III-R, con la exclusión de cuadros clínicos que implican una ruptura funcional con la realidad. De esta manera, se incluyen prácticamente todas aquellas categorías clínicas consideradas bajo el rubro de los desórdenes de la personalidad, en descripciones y escalas de fácil comprensión y acceso.

Se refinaron los reactivos en su claridad y pertinencia, hasta lograr un grado de consistencia interjueces no menor al 80 %; la consistencia de la pertenencia de los reactivos en áreas generales de agrupación, con base en el análisis de respuestas de una muestra de 3700 adolescentes, arrojó valores alfa de Cronbach que oscilan entre el .68 y el .80. Se condujo un ANOVA para la escala de trastornos de la personalidad y por medio del análisis de componentes principales se extrajeron 19 factores que explicaron el 56.6% de la varianza total. La rotación varimax convergió en 17 interacciones.

El criterio de selección de los reactivos dentro de cada factor fue una correlación variable factor de 0.40 o más, excluyendo a las variables que no alcanzaron el criterio. Por otro lado el análisis factorial de la escala de estilos de crianza e interacción familiar extrajo 115 factores que explicaron el 58.3% de la varianza total. La rotación varimax convergió en 21 interacciones, habiéndose obtenido cinco factores que explican el 37.4 % de la varianza total, una vez aplicado el

criterio de 0.40 o más.

Este inventario fue diseñado para explorar e identificar, en una población aparentemente sana de adolescentes escolares, la forma en que los estilos de crianza se asocien con la porción autoevaluativa del autoconcepto, además de conocer las diferencias por género y contar una estimación de su incidencia en una población aparentemente sana de 2909 adolescentes escolares mexicanos.

Los resultados que se obtuvieron se ubicaron en dos vertientes principales: en primer lugar, se identificaron aquellos estilos de crianza que se asocian con secuelas emocionales como la autodevaluación y la desesperanza; en segundo lugar, el psicólogo puede disponer de información válida de aquellas variables que más se relacionen con el deterioro psicológico (desarrollar programas de prevención). De esta manera las normas originales han demostrado ser absolutamente representativas, (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

CAPÍTULO VI. AUTOCONCEPTO

La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. Se refiere a cómo la persona se ve a sí misma, lo que piensa de ella, cómo reacciona ante sí. Es una predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de felicidad.

Este tema tiene una enorme importancia, ya que de la valoración que uno haga de sí mismo dependerá lo que haga en la vida y su participación en ella. Además, condiciona el proceso de desarrollo de las potencialidades humanas y también la inserción de la persona dentro de la sociedad.

Dentro del ámbito sociológico, una autoestima positiva facilita una mejor percepción de la realidad y comunicación interpersonal, ayuda a tolerar mejor el estrés, la incertidumbre y vivir los procesos de cambio.

La persona no nace con un concepto de lo que ella es, sino que éste se va formando y desarrollando progresivamente en la medida en que se relaciona con el ambiente, mediante la internalización de las experiencias físicas, psicológicas y sociales que la persona obtiene durante su desarrollo. La autoestima es algo que se aprende y como todo lo aprendido, es susceptible de cambio y mejora a lo largo de toda la vida. Este concepto se va formando a temprana edad y está marcado por dos aspectos:

1. Por el autoconocimiento que tenga la persona de sí, es decir, el conjunto de datos que tiene la persona con respecto a su ser y sobre lo que no se

aplica un juicio de valor.

2. Por los ideales a los que espera llegar, es decir, cómo a la persona le gustaría o desearía ser.

Si ambos aspectos se acercan, la autoestima será cada vez más positiva. En el caso particular de las personas homosexuales, reviste un particular interés conocer cuál es la valoración que tienen con respecto a sí mismos y con respecto a los demás, por lo que en este capítulo se analizan los aspectos más relevantes de ella, así como se describe la Escala de Auto Estima Tennessee de Fitts y Warren (1996): *Tennessee Self-Concept Scale (TSCS)*.

Definición de Autoconcepto

El auto concepto ha demostrado tener una fuerte influencia sobre la conducta de las personas. A la vez, se encuentra directamente relacionado con la personalidad y el estado emocional de los sujetos, (Fitts, 1965).

William Fitts, señala que el auto concepto es “la imagen que el individuo tiene de sí mismo”. El auto concepto se basa en la identidad de la persona, pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano: la autoconciencia (es el acto por el cual la persona, viene a ser un objeto de conocimiento para sí misma) y la auto aceptación implica tener fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir la responsabilidad de la propia conducta, aceptar la crítica o los elogios de manera objetiva, no negar o distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y las limitaciones propias, sino aceptarlas,

considerándose uno mismo una persona de valor igual que otras (Fitts y Warren, 1996).

El auto concepto se ha definido por las percepciones, sentimientos, imágenes, atribuciones, creencias, actitudes y evaluaciones del individuo sobre sí mismo y de sus relaciones con los demás. La mayoría de los autores que coinciden en señalar a estos componentes como integrantes del auto concepto, también lo conceptualizan como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinamismos se determinan socialmente, además de ser multidimensional, estable y diferenciable. Parece haber un consenso en que las dimensiones relacionadas con el auto concepto incluyen la social, emocional, ocupacional y ética (Vázquez Morejón et al, 2004).

Autoconcepto Positivo y Negativo

Las teorías que hablan de la formación del autoconcepto consideran diversos factores que determinan la formación de un autoconcepto positivo o negativo: lenguaje, retroalimentación social, éxitos y fracasos personales, comparaciones, valoración, atribución, lo que los demás dicen de nosotros y lo que nos dicen los demás de nosotros, características personales, contexto, funcionamiento académico, relación con padres y amigos, opinión del aspecto físico y capacidades (Acuña y Bruner, 1992).

El auto concepto positivo se ha asociado con estados de satisfacción, bienestar físico, social y mental, seguridad, confianza, actitudes positivas, conductas

constructivas, independencia, curiosidad y adaptación (Acuña y Bruner, 1992; Elicker, Englund y Sroufe, 1993).

El auto concepto negativo se ha asociado con la inseguridad, poca confianza de sí mismo, poca esperanza de resolver problemas, fracaso escolar, temor, dificultad en las relaciones interpersonales, depresión, alcoholismo, drogadicción, delincuencia, ansiedad, auto devaluación, problemas de aprendizaje y dificultad en las relaciones sociales (González, Yllá, Galletero, Ballesteros, Zupiria e Iturriaga, 1993).

Autoconcepto y Autoestima

A lo largo de la historia de la literatura científica, al término auto concepto, en general, se le ha dado y aún se le da diferentes interpretaciones, sin que, a veces, se pueda delimitar con precisión y claridad los términos y ámbitos que se manejan, (Burns, 1990).

Burns, (1990) interpreta el autoconcepto como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, siendo así considerado como cualidad de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son meramente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única. Y respecto a la autoestima o auto evaluación, es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los

otros significativos, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, ubicando el autoconcepto en el ámbito de la actitud.

Clemes, (1994) refiriéndose a la autoestima como parte efectiva del auto concepto, opina que es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Es el aglutinante que liga la personalidad del hombre y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz. Siempre será la autoestima la que determine hasta qué punto podrá el hombre utilizar sus recursos personales y las posibilidades con las que ha nacido, sea cual fuere la etapa de desarrollo en que se encuentre, (Herrera, 2003).

Los rasgos distintivos de una persona con autoestima pudieran ser: estar orgulloso de logros, actuar con independencia, asumir responsabilidades, aceptar las frustraciones, estar siempre dispuesto a la acción, afrontar nuevos retos, sentirse capaz de influir en otros, mostrar amplitud de emociones y sentimientos (Herrera, 2002).

Por el contrario, una persona con baja autoestima: evitará situaciones que le provoquen ansiedad, despreciará sus dotes naturales, no tendrá una idea clara de sus posibilidades, sentirá que los demás no lo valoran, echará la culpa de todo lo que le ocurre a los demás, se dejará influir por los demás con demasiada facilidad, se pondrá a la defensiva y se frustrará fácilmente, tendrá estrechez y rigidez de emociones y sentimientos, se sentirá impotente (Herrera, 2003).

Es conveniente considerar que el nivel de autoestima no es constante; aun cuando exista una tendencia general, también se dan altibajos.

Se ha encontrado que el autoconcepto ha mostrado relación significativa con otros aspectos: la clase social, sentimiento de control de las situaciones (locus de control), relación maestro-alumno, vida escolar, actitudes de los padres (cordiales, afectivas, autoritarias, agresivas), elecciones vocacionales, aspecto físico, curiosidad, desempeño en el trabajo, celos, angustia y la vejez. A través de otras investigaciones (Autoconcepto en función de elecciones vocacionales, 1991; Autoconcepto y empatía, 1991; La categoría semántica y el Autoconcepto, 1991; Influencia de la situación familiar en el Autoconcepto y Seguridad, 1991; validación de una escala de imagen dentro de un movimiento social estable, 1991; Las expectativas como explicaciones del Autoconcepto, 1991), se ha visto que cuando el autoconcepto está poco valorizado puede afectar negativamente a la Autoestima pues el sujeto se compara con otros que han tenido más aspiraciones y logros. Para entender esto, es necesario revisar la historia personal del individuo y la secuencia de su desarrollo, para lo cual debemos tomar en cuenta algunos factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto, como son: estructura corporal, defectos físicos, vestimenta, nombres y apodos, niveles de aspiración y emociones, patrones culturales, escuela, status social, influencia familiar, etc. (Álvarez, 1995).

Familia y autoconcepto

La familia es un grupo primario porque en él se dan contactos afectivos directos e íntimos, durables e intensos. Es el grupo más importante porque es donde se gestan los lazos emocionales posteriores y porque en ese grupo se inicia el proceso de socialización. Transmite al niño parte de la cultura, pero no de simple transmisor pasivo sino en forma dinámica porque le transmite la información cultural según la posición particular en la sociedad, de acuerdo a la forma de interpretar la cultura y de los roles que juegan. Asimismo es dinámica por la posición laboral o profesional, sus conceptos ético-religiosos y su ideología política.

Elkin (1964) explica que siendo la familia una estructura compleja de pautas de interacción, enseña a cada miembro a desempeñar roles específicos. La familia pone las bases para el desarrollo de la identidad y en ella se forma la identificación. Además de la familia otro agente socializador importante es la escuela sobre todo los primeros años, porque provee al niño las pautas culturales que lo socializarán y le darán conocimientos para ser un miembro activo de la sociedad. Destaca que a través del maestro, el niño aprende los roles sociales más aceptables así como el valor que tienen. El mismo maestro se convierte en un modelo significativo para el niño, porque le permite tener otras fuentes de imitación o de identificación, esto es efectivo porque el niño desarrolla lazos afectivos hacia sus maestros, de esta forma la interacción con los modelos sociales del medio ambiente circundante, la socialización siendo un proceso de influjo entre una persona y sus semejantes, un proceso donde las pautas de comportamiento social impactan al individuo para su desarrollo y ubicación dentro de la sociedad y el aprendizaje son de mayor importancia que los factores biológicos para determinar el desarrollo del

autoconcepto y por ende, la conducta.

De lo enunciado sobre autoconcepto y autoestima es necesario resaltar la importancia que tiene el ambiente familiar y las experiencias tempranas de la persona en estos dos aspectos, ya que éstas tienen un impacto posterior en la personalidad. Esto es, el concepto de sí mismo del niño es en gran medida, producto de su experiencia en el hogar, así como de la identificación con sus padres y otras personas.

Homosexualidad y autoconcepto

Por lo que respecta a la influencia de familiares se ha observado que ésta es un núcleo muy importante para cualquier individuo, en este caso, se debería esperar más comprensión y aceptación por parte de ésta para con el homosexual, pues el afecto de los demás contribuye al incremento de la autoestima. Sin embargo, en muchas ocasiones esto no sucede así, entre familia no se conocen, no se aceptan como son y mucho menos comprenden a un miembro homosexual; siendo la propia familia el primer núcleo que obstaculiza la vida del individuo, el primero que se avergüenza y lo rechaza (Álvarez, 1995).

Álvarez, (1995), realizó una investigación donde uno de sus objetivos fue conocer si existen diferencias significativas en el autoconcepto entre mujeres de un grupo homosexual y un grupo heterosexual, se encontró que el autoconcepto en el grupo heterosexual es más elevado que el del grupo homosexual, debido al rechazo, presión y estigmatización que el homosexual ha sufrido por parte de la

sociedad. También en las mujeres heterosexuales es de mayor importancia el parecer más atractivas que para las mujeres homosexuales, ya que íntimamente relacionada a las características físicas, esta la influencia en el vestir, el arreglo y las posesiones materiales. Por ello la falta de atención en la apariencia personal puede ser una manifestación externa de una devaluación del autoconcepto.

El autoconcepto devaluado del homosexual es el resultado de la influencia errónea y superficial de la sociedad, lo cual obstaculiza las relaciones interpersonales, afecta la salud mental del individuo y por su conducta y funcionamiento, entre otros aspectos; siendo así, se observa que el autoconcepto es la manera de funcionar y este se va integrando como consecuencia de la interacción con el ambiente y en forma particular por la interacción valorativa con los demás, así podemos considerar que uno de los principales elementos para las buenas relaciones interpersonales es el aceptarse a sí mismo, (Álvarez, 1995).

Es importante investigar acerca del autoconcepto que viven las mujeres homosexuales. Debido a que, por su condición, el primer lugar donde podrían no ser aceptadas, es dentro del seno, siendo este la base fundamental para alcanzar un autoconcepto positivo de sí mismo.

Desde la antigüedad, la homosexualidad femenina ha existido y permanecido como una forma de vida que no ha tenido reprimendas mayores a nivel social a diferencia de la masculina; a éste respecto Claudio Alarco (1987) comenta que el lesbianismo es tan frecuente como la homosexualidad masculina, pero no está revestida de tantos prejuicios, quizá debido a que el contacto y la comunicación

entre mujeres son inadvertidas.

Por otro lado, la liberación sexual y la modernidad han impactado en la auto percepción de los individuos y generado nuevas maneras de entender la vida, sobre todo en las mujeres, con ello el autoconcepto que las mujeres con orientación heterosexual y homosexual tienen ha cambiado paulatinamente.

Actualmente, la vida en pareja de las mujeres con una orientación homosexual ha sido encasillada bajo el estereotipo de mantener una dinámica similar a la heterosexual, es decir, que reparten sus funciones de acuerdo con los roles tradicionales de marido y mujer.

Al respecto, en una investigación desarrollada por Hyde (1995), se encontró que dicho patrón de comportamiento es falso.

Alarco (2000) comenta que la vida en pareja entre mujeres está menos enfocada hacia el placer erótico, y más teñida de componentes afectivos, ya que sus relaciones amorosas son más estables y persistentes. Según Castañeda (2006), un rasgo particular de la unión lésbica es la intensidad afectiva de sus emociones, por lo tanto no revela diferencias estructurales importantes con las relaciones sentimentales de las mujeres heterosexuales.

Ovejero (2000) destaca que en el transcurso de los últimos 20 años, parece haber cambiado la forma como las mujeres se ven a sí mismas, desde contemplar sus vidas desde la óptica casi exclusiva del matrimonio, la familia, el hogar y los hijos, a implicarse también en el trabajo y los roles fuera de casa y en las realizaciones

personales.

Con base en algunos antecedentes importantes, como las reflexiones de Simone de Beauvoir (1962) y la incorporación laboral de las mujeres por efecto de la Revolución Francesa en el siglo XVIII, durante la sexta década del siglo XX, comenzaron a gestarse cambios de alto impacto social que llevaron a las mujeres a replantear su lugar en la vida (Burin y Merler, 1999).

Posteriormente, la lucha por la igualdad con el hombre orilló a muchas mujeres a buscar la independencia, el culto a la razón, la dominación de la naturaleza y a adquirir una postura similar a la que engloba el rol masculino tradicional, sentando con ello las bases de la posmodernidad, donde prevalece la idea de que no existen hombres ni mujeres, sino solamente personas (Burin y Merler, 1999).

Las anteriores situaciones sociales pueden tener una implicación significativa en la concepción que cada quien tiene de sí, es decir, el autoconcepto, que Valdez y González han definido como: “la estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales acerca del propio individuo, que funcionan como un código subjetivo de acción, hacia el medio ambiente que rodea al sujeto”

Conviene destacar los resultados de una investigación publicada en la Revista de Psicología de la UAEM (Arce, Benítez, Valdez y González-Arratia, 2009) para conocer si existen diferencias cruciales entre el autoconcepto en mujeres heterosexuales y homosexuales con la técnica de redes semánticas.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa 46.6% de similitudes en comparación con 53.4% de diferencias entre mujeres homosexuales y heterosexuales; en la definición que hicieron de sí mismas se encontró que las heterosexuales resaltan aspectos como: enojona, simpática, amable, estudiante, soñadora, feliz, honesta y única; en tanto, que las homosexuales se autodefinen como: pasional, sensible, cariñosa, bonita, divertida y amorosa.

Además se encontró que las homosexuales, en comparación con las heterosexuales, consideran como importantes los aspectos relacionados con el manejo de su sexualidad de acuerdo a la siguiente tabla:

Dimensiones semánticas del autoconcepto por preferencia sexual

Dimensiones	Mujeres Homosexuales	Mujeres Heterosexuales
Emocional	Amorosa Romántica Sensible Alegre Entregada	Enamoradiza Romántica Sensible Alegre Enojona
Física	Sexy Deseada A la moda Bonita Linda	Alta Bajita Grande Bonita Hermosa
Sexual	Pasional Lujuriosa Piruja Coqueta	

Es decir, se puede observar que existen diferencias entre las heterosexuales y las homosexuales respecto de su autoconcepto, sin embargo, también fueron encontradas un alto número de similitudes; las mujeres heterosexuales se orientan

a mantener el rol y el estereotipo que se le ha asignado de manera histórica, pues se consideran a sí mismas enojonas, simpáticas, amables, soñadoras y felices, es decir, su actuar está guiado principalmente por las emociones; por ello el autoconcepto, que éstas, han construido sobre sí mismas no destaca aspectos físicos, es decir, la heterosexualidad femenina se define a sí misma a partir de características netamente emocionales .

De manera opuesta, las mujeres homosexuales se describen como sensuales y deseadas, lo cual puede dar la impresión de que tienen un elevado sentido de seguridad en sí mismas, esto puede referir que existe cierta satisfacción personal, lo cual podría ser catalogado, de acuerdo con Oñate et al (2006) como un grado mayor de autoestima en comparación con las mujeres heterosexuales, ya que existe una actitud de aprobación importante de la autoimagen por parte del grupo homosexual.

Además resaltan aspectos de emotividad como fiel, sensible, cariñosa, divertida, amorosa y comprensiva, lo cual, comparado con investigaciones previas acerca de la elección de pareja, parece indicar que las mujeres homosexuales buscan satisfacer las características de la pareja ideal de las heterosexuales. (Valdez, González-Arratia y Sánchez, 2005). Los aspectos emotivos prevalecen a pesar de tener una orientación sexual diferente, y sin duda aseguran la estabilidad en sus relaciones sentimentales; Hyde (1995) comenta que en el noviazgo femenino homosexual existe una mayor vinculación con la compañera, y de la misma forma se mantiene la autonomía personal; así, las mujeres homosexuales destacan la proximidad emocional, el amor y la seguridad e independencia.

Todos estos elementos hacen que se ponga en duda la idea de que las mujeres que se sienten atraídas por sus congéneres tienen una personalidad netamente masculina y dominante, además de ser celosas y posesivas; pudiendo pensar que existe cierta dualidad, es decir, características predominantes de naturaleza masculina y femenina que conforman el concepto que las personas con orientación homosexual tienen de sí mismas.

Las mujeres homosexuales tienen una mayor apertura y libertad en el terreno de lo sexual, mientras que la población heterosexual sigue conservando reprimido éste aspecto (Hammond, 1991) o quizás no le otorga un peso tan importante en la conformación de su autoimagen, puesto que la ideología heterosexual tradicionalista mantiene prejuicios acerca de las personas que no encajan en el estereotipo, y por ello tiende a ejercer sanciones y discriminar a las mismas (Ovejero, 1998).

La Escala Tennessee de Fitts y Warren

La Escala Tennessee fue realizada por primera vez por Fitts en 1965 en el Departamento de Salud Mental de Tennessee. El conjunto original de los reactivos se derivaron de otras medidas de autoconcepto, (García y Díaz, 1996).

Gran parte de los reactivos, fueron derivados de un amplio conjunto de ítems tomados de otros instrumentos auto descriptivos. Algunos reactivos, se tomaron de auto descripciones que formularon grupos de pacientes y no pacientes. Después de numerosos estudios con los reactivos, se desarrolló un esquema

bidimensional de tres renglones y cinco columnas (Morales, 1994).

Los renglones reflejan el marco interno de referencia del sujeto. En ellos, la persona se describe a sí misma en tres categorías que son: Renglón uno: Identidad; Renglón dos: Satisfacción de sí mismo y renglón tres: Conducta. Las columnas, por su parte, reflejan el marco externo de referencia a partir del cual se evalúa la persona. Las columnas se agrupan en cinco categorías: Columna A: Sí mismo Físico; Columna B: Sí mismo ético –moral; Columna C: Sí mismo personal; Columna D: Sí mismo familiar y Columna E: Sí mismo social (Morales, 1994).

La EAT consiste en cien afirmaciones auto descriptivas que el examinado usa para mostrar su auto imagen. La EAT es auto administrable y su aplicación puede ser individual o colectiva y puede ser realizada en un lapso de 10 a 20 minutos (la media de tiempo está cerca de 13 minutos). Esta puede ser usada en personas de 13 años o más, quienes tengan una habilidad de lectura de sexto grado o más. La EAT es aplicable a todo rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos (Álvarez, 1995).

El folleto de esta escala consta de 100 proposiciones y va acompañada de una hoja de contestaciones, en dicha hoja el sujeto debe responder en una escala de 1 a 5 lo que implica: Completamente falso: 1; Casi totalmente falso: 2; Parte falso y parte verdadero: 4; Totalmente verdadero: 5.

La EAT está disponible en dos formas: la forma de Consejería (Forma C) y la forma Clínica y de Investigación (Forma Cel.). Ambas formas usan exactamente

los mismos ítems. La forma C provee puntuaciones para 14 escalas básicas. La Forma C provee las mismas 14 puntuaciones, pero también provee 15 puntuaciones adicionales para su uso en los campos clínicos y de investigación (Álvarez, 1995).

Esta prueba contiene las siguientes subescalas:

Punteo de autocrítica (SC). Son oraciones ligeramente derogativas que la mayor parte de la gente admiten como ciertas. Indican la defensividad del individuo o por lo contrario la falta de defensas.

Punteos Positivos (P). Estos reactivos transmiten tres tipos de mensajes: (1) Esto es lo que yo soy; (2) Esto es como yo me siento conmigo mismo, por lo que soy; y (3) Esto es lo que yo hago. Estos puntajes representan un componente interno de referencia dentro del cual el individuo se está describiendo a sí mismo.

1.- Puntaje total P-Refleja el nivel total de autoestima.

2.- Hilera 1 Puntaje P-Identidad del Self. "Que soy yo". El individuo describe su identidad básica, lo que él es, a partir de como se ve él mismo.

3.- Hilera 2 Puntaje P-Satisfacción del Self. El individuo describe cómo se siente a partir de como se percibe a sí mismo. En general refleja el nivel de autosatisfacción o de autoaceptación.

4.- Hilera 3 Puntaje P-Comportamiento del Self. Mide la percepción que el individuo tiene de su propia conducta y de la manera en que él funciona.

5.- Columna A- Self Físico. El individuo presenta su opinión acerca de su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

6.-Columna B- Self Etico-Moral. Describe al sí mismo desde un marco de referencia ético-moral.

7.- Columna C- Self Personal. Refleja el sentido de valer personal de sí mismo; el grado en que se siente adecuado como persona, y su evaluación de sí mismo; aparte de la percepción de su cuerpo y de sus relaciones con los demás.

8.- Columna D- Self Familiar. Refleja los sentimientos propios de valer personal y afectividad en las relaciones familiares. Se refiere a la percepción de sí mismo en relación con los miembros más cercanos del círculo familiar.

9.- Columna E- Self Social. Describe los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con las personas en general (Álvarez, 1995).

Es importante verificar que el sujeto comprende perfectamente la forma de registrar sus respuestas, ya que al no seguir un orden continuo los reactivos, pueden dar lugar a confusiones (Álvarez, 1995).

Características Psicométricas

Los usuarios que realicen evaluaciones del autoconcepto a través de la EAT podrán estar seguros que estarán midiendo autoconcepto ya que la EAT es válida, se han realizado aplicaciones en estudiantes universitarios mexicanos, mide lo que pretende medir.

El 95% de los ítems discriminan a un nivel de significancia de .05 entre sujetos que presentan el rasgo y los que no lo presentan. Los ítems son comprensibles para la población mexicana que tenga un nivel de lectura de 6- grado de primaria.

La confiabilidad global de las escalas básicas es de 0.73 indicando que los ítems a lo largo del test están midiendo adecuadamente el autoconcepto por lo que se considera que la EAT en forma global es una prueba significativamente confiable.

MÉTODO

Participantes

Participaron 88 mujeres residentes de la Ciudad de México, de entre 18 y 40 años de edad con una media de edad de 21.59 años (DE=4.11).

Para la realización de los análisis estadísticos, se dividió la muestra en dos grupos: el primer grupo conformado por “mujeres homosexuales” (44 participantes) y el segundo grupo integrado por las “mujeres heterosexuales” (44 participantes).

La muestra de mujeres homosexuales se obtuvo de un grupo de autoayuda llamado “Musas de Metal” Grupo de mujeres Gay A.C. enfocado a dar información sobre diversidad sexual y apoyo en su proceso de autoaceptación.

La muestra de mujeres heterosexuales se conformó por alumnas de la Fac. de Psicología de la UNAM.

Para el caso de ambas muestras la preferencia sexual se estableció por autoinforme.

Datos sociodemográficos								
Edad	%	Sexo	%	Estado Civil	%	Preferencia Sexual	%	
15 a 20 años	12,6	Femenino	100	Soltero (a)	68,2	Homosexual	50	
				Casado (a)	8,0			
Unión Libre	10,2							
21 a 30 años	73,7			Separado (a)	1,1	Heterosexual		50
				Viudo (a)	1,1			
31 a 40 años	13,6			No especifico	11,4			

Instrumentos

En la investigación se tomó la decisión de administrar cinco instrumentos que permitieran establecer un perfil psicológico de las mujeres homosexuales o lesbianas y heterosexuales que conformaron la muestra, estos fueron:

- a) Inventario de Beck de Ansiedad.
- b) Inventario de Beck de Depresión.
- c) Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.
- d) Escala de Autoconcepto Tennessee.
- e) Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC).

La herramienta utilizada para el análisis de los resultados fue la estadística inferencial, debe recordarse que la estadística inferencial permite sacar conclusiones generales para toda la población a partir del estudio de una muestra, y el grado de fiabilidad o significación de los resultados obtenidos (Manual de estilo de publicaciones APA, 2002).

Dicha estadística se utilizó para probar las hipótesis y generalizar los resultados a la población. Se llevaron a cabo pruebas estadísticas paramétricas:

Coeficiente de correlación de Pearson (r), se analizó la relación entre las medidas a un nivel de intervalos, es decir la correlación entre “estilos de crianza” y “ansiedad”, utilizando Pearson para cada variable.

Prueba “t” evaluó la diferencia de cada variable entre los grupos.

Para determinar las diferencias del perfil psicológico y los factores de crianza entre mujeres heterosexuales y mujeres homosexuales, se realizó una prueba t, para cada instrumento y para cada subescala o reactivo, según fuera el caso.

RESULTADOS

Las características demográficas de la muestra total indicaron que de las 88 participantes, 44 (50%) fueron mujeres homosexuales y 44 (50%) eran mujeres heterosexuales y que la media de edad fue de 21.59 años (DE=4.11).

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis de datos que se generaron de la aplicación de los instrumentos psicológicos: Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC), y la Escala de Autoconcepto Tennessee; mismos que fueron aplicados a los dos grupos que compusieron la muestra estudiada.

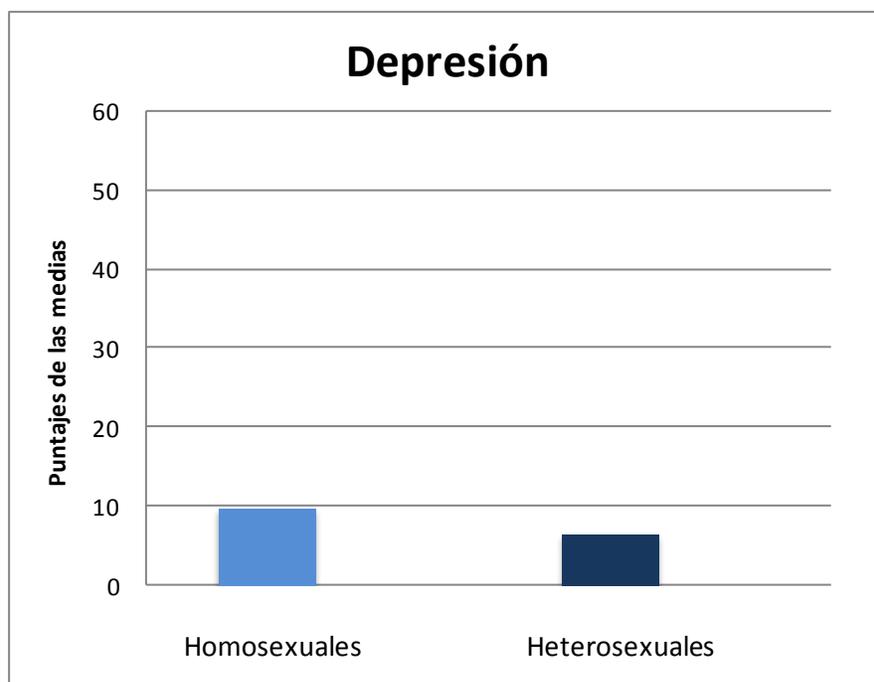
ANSIEDAD

Se analizaron los valores del **Inventario de Ansiedad de Beck**, utilizando la prueba estadística t de Student para muestras independientes, los resultados obtenidos mostraron que no existen diferencias significativas ($t= 1.25$, $gl=86$, $p=0.21$) entre las mujeres homosexuales ($\bar{X}= 11.23$, $\sigma= 8.91$) y las mujeres heterosexuales ($\bar{X}= 9.05$, $\sigma= 7.36$).

DEPRESIÓN

En contra parte, al realizar el análisis estadístico t de Student para muestras independientes, con los valores del **Inventario de Depresión de Beck**, se observó que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las

mujeres homosexuales y las mujeres heterosexuales.



Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	9.68	7.52	2.37	86	0.002
Heterosexuales	6.43	5.07			

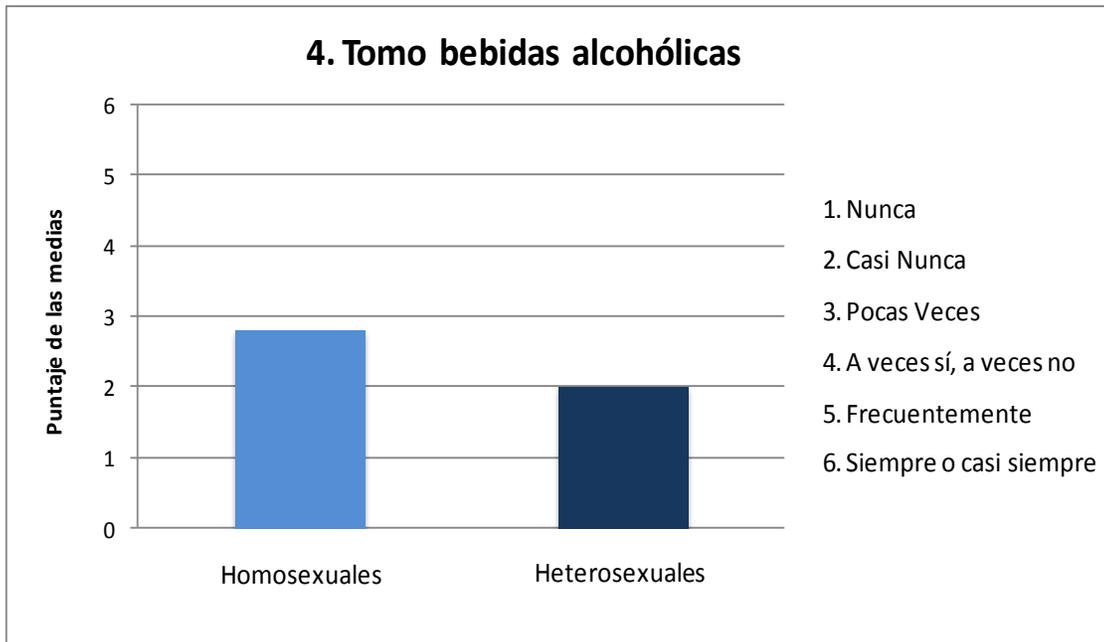
La prueba t de Student, que determina diferencias entre grupos arrojó un valor $t = 2.37$, 86 gl, $p = 0.02$. Lo anterior indica que si existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres homosexuales y las heterosexuales y de acuerdo con los valores que se observan en la gráfica, las mujeres homosexuales tienen un nivel ligeramente mayor de depresión en comparación con las heterosexuales.

ASERTIVIDAD

Los resultados del **Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey**, no mostraron diferencias significativas en ninguna de sus subescalas. Para la subescala Grado de Incomodidad (\bar{X} homosexuales= 98.64, σ = 26.62, \bar{X} heterosexuales= 89.39, σ =21.53) la prueba t arrojó un valor $t= 1.79$, $gl=86$, $p=0.77$ y para la subescala Probabilidad de Respuesta (\bar{X} homosexuales= 94.75, σ = 22.96, \bar{X} heterosexuales= 90.27, σ = 20.97) arrojó un valor $t= .95$, $gl= 86$, $p= 0.34$.

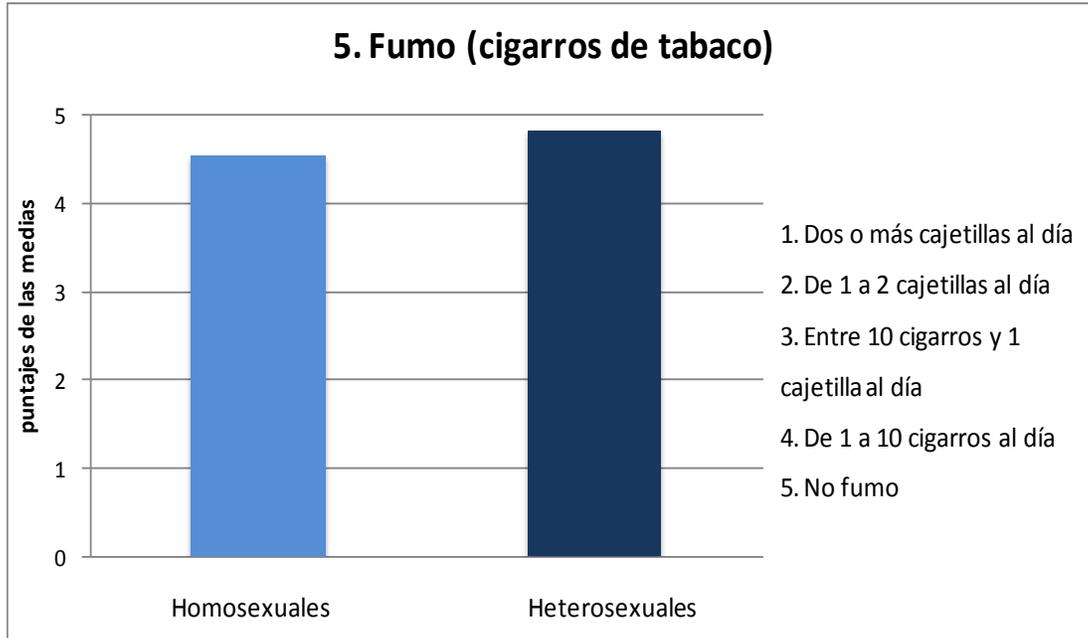
ESTILOS DE CRIANZA

Se presentan los resultados de los reactivos que tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el inventario SEVIC.



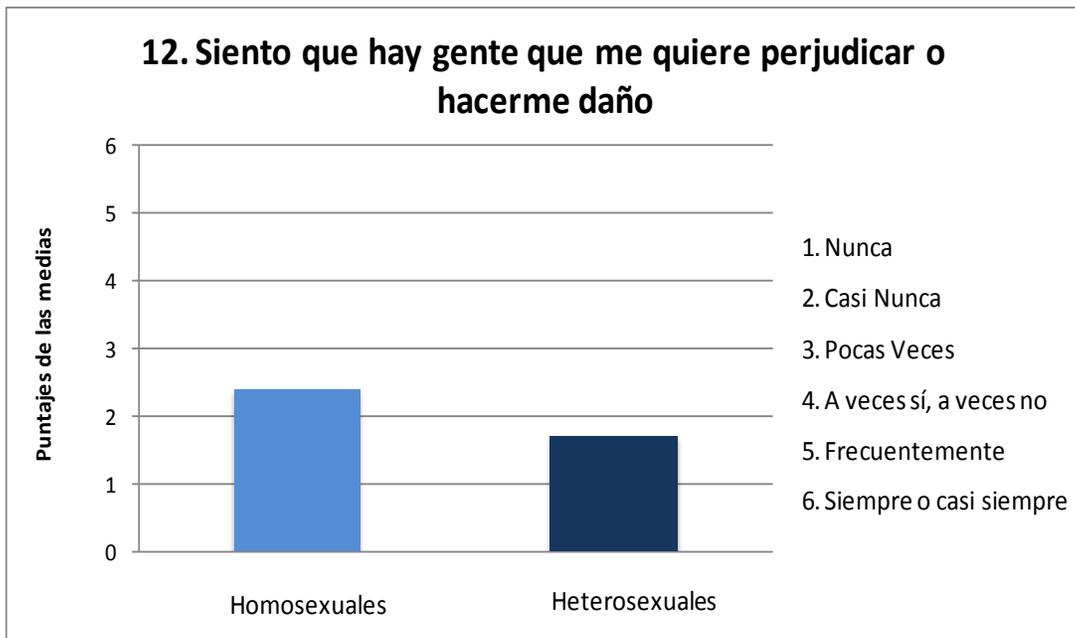
Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	2,8	1,23	3,46	86	0,001
Heterosexuales	2,02	0,82			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=3.46$, 86 gl, $p=0.001$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con una mayor tendencia al consumo de bebidas alcohólicas (conductas autodestructivas) en el grupo de mujeres homosexuales.



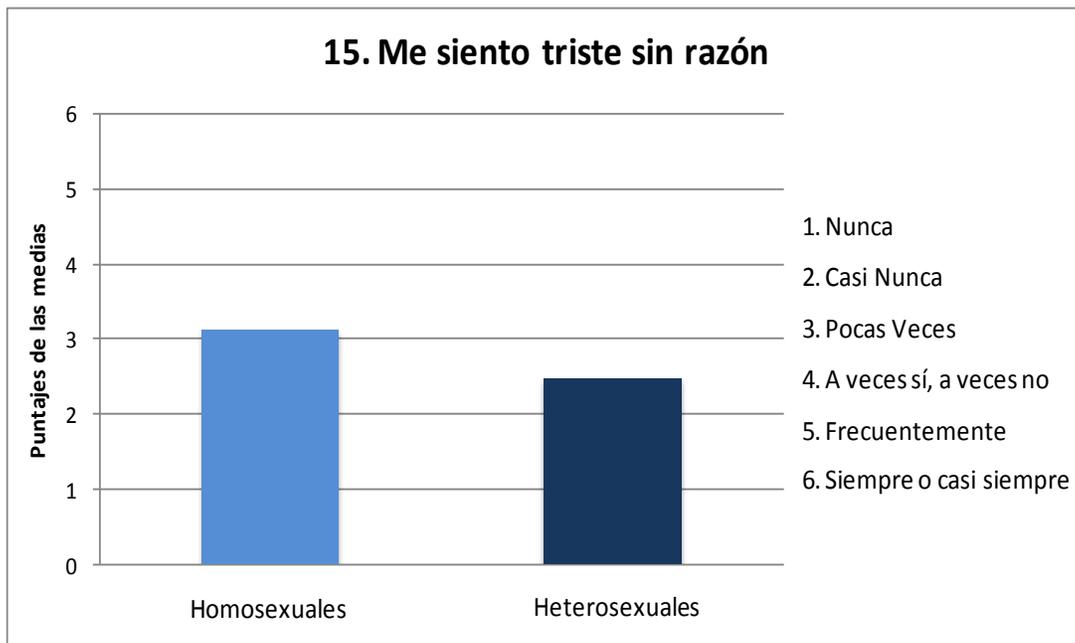
Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	4,55	0,69	-2,26	86	0,026
Heterosexuales	4,82	0,39			

Para este reactivo, la prueba t arrojó un valor $t = -2.26$, 86 gl, $p = 0.026$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, aquí el mayor consumidor de tabaco (conducta autodestructiva y socialmente aceptable, en mayor cantidad que el alcoholismo) resultó el grupo de mujeres heterosexuales.



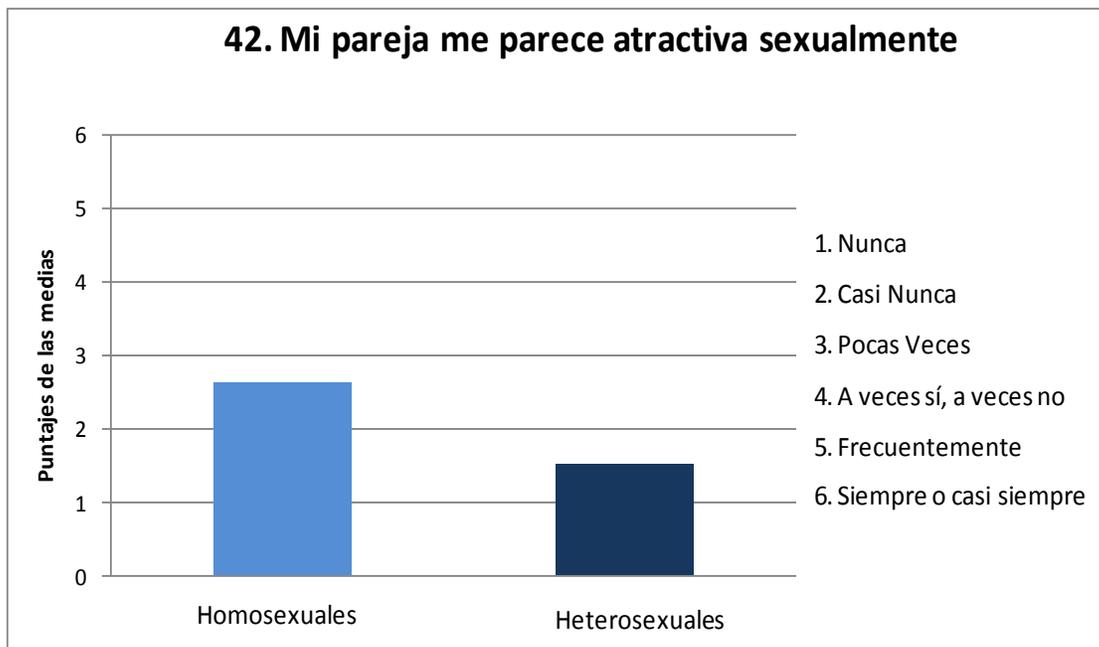
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	2,41	1,36	2,63	86	0,010
Heterosexuales	1,7	1,13			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=2.63$, 86 gl, $p=0.010$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con una mayor tendencia en el grupo de mujeres homosexuales hacia un rasgo paranoide.



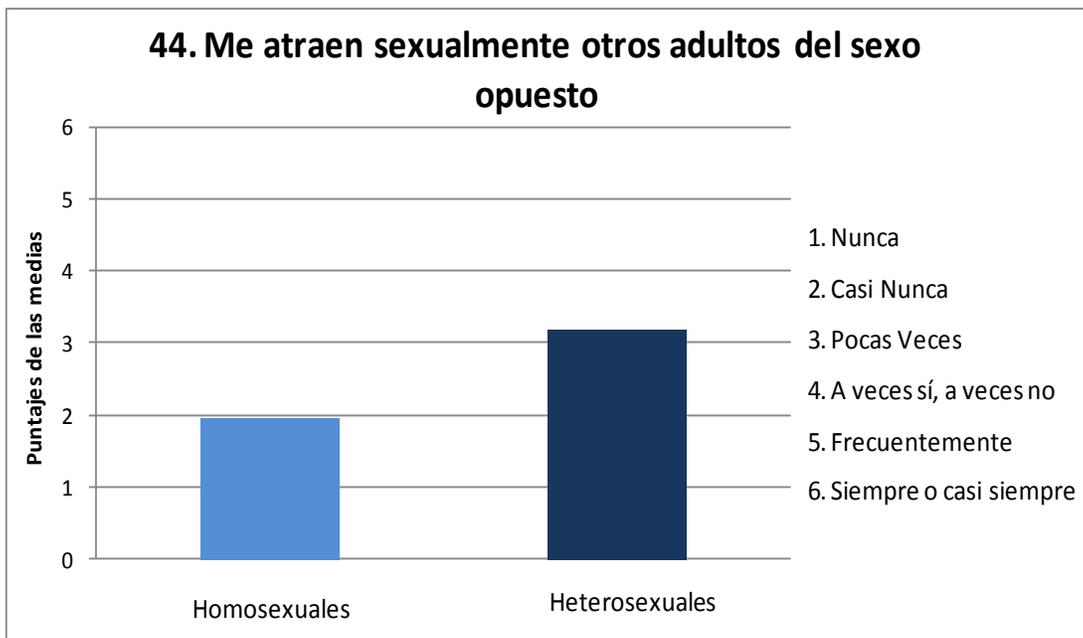
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	3,11	1,38	2,22	86	0,029
Heterosexuales	2,48	1,3			

Se obtuvo un valor $t = 2.22$, 86 gl, $p = 0.029$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con una ligera tendencia a síntomas depresivos en el grupo de mujeres homosexuales, lo cual apoya resultados del Inventario de Beck de Depresión.



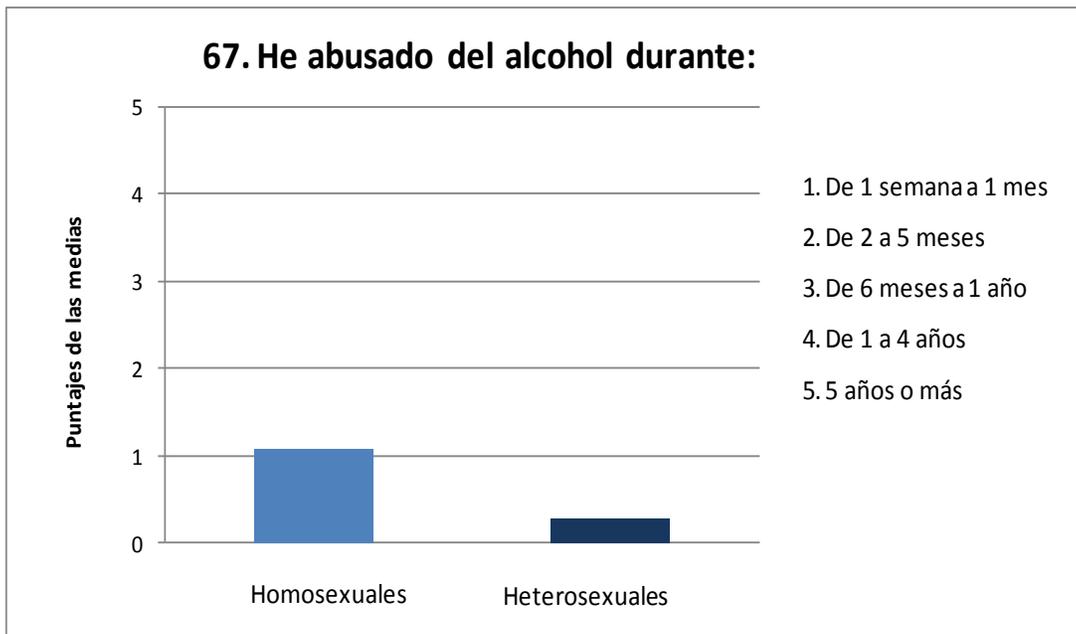
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	2,61	2,36	2,61	86	0,011
Heterosexuales	1,52	1,43			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = 2.61$, 86 gl, $p = 0.011$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, donde se observa que las mujeres homosexuales tienen mayor atracción sexual hacia sus parejas que las heterosexuales.



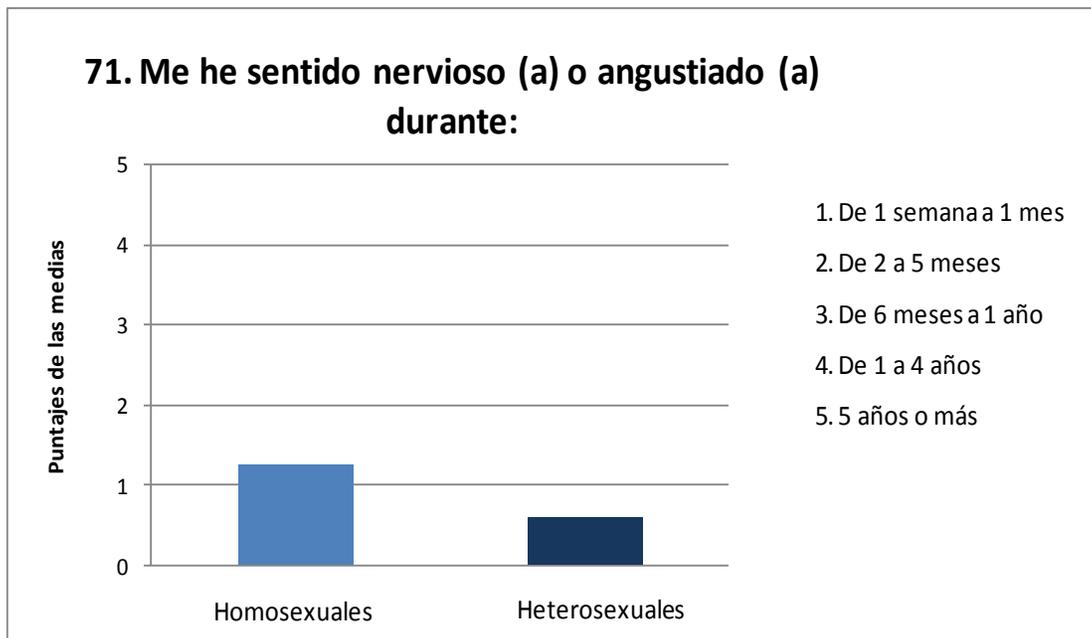
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	1,95	1,32	-3,56	86	0,001
Heterosexuales	3,18	1,85			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -3.56$, 86 gl, $p = 0.001$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, lo que nos reafirma en parte la tendencia a la homosexualidad del grupo de mujeres lesbianas.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	1,07	1,3	3,40	86	0,001
Heterosexuales	0,27	0,84			

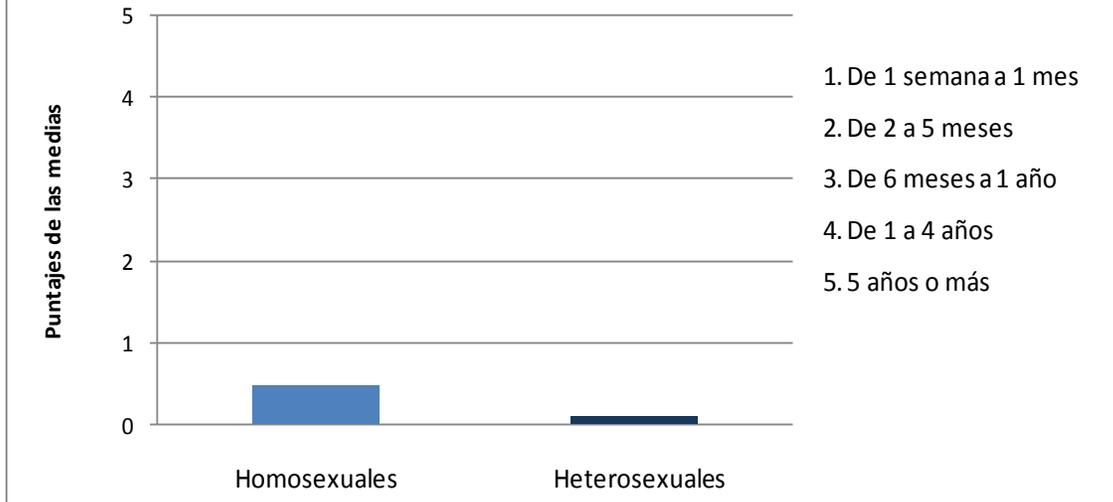
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=3.40$, 86 gl, $p=0.001$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con una tendencia al consumo de alcohol por parte del grupo de mujeres homosexuales.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	1,25	1,55	2,19	86	0,031
Heterosexuales	0,59	1,24			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=2.19$, 86 gl, $p=0.031$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con una mayor tendencia a sentir angustia por parte del grupo de mujeres homosexuales.

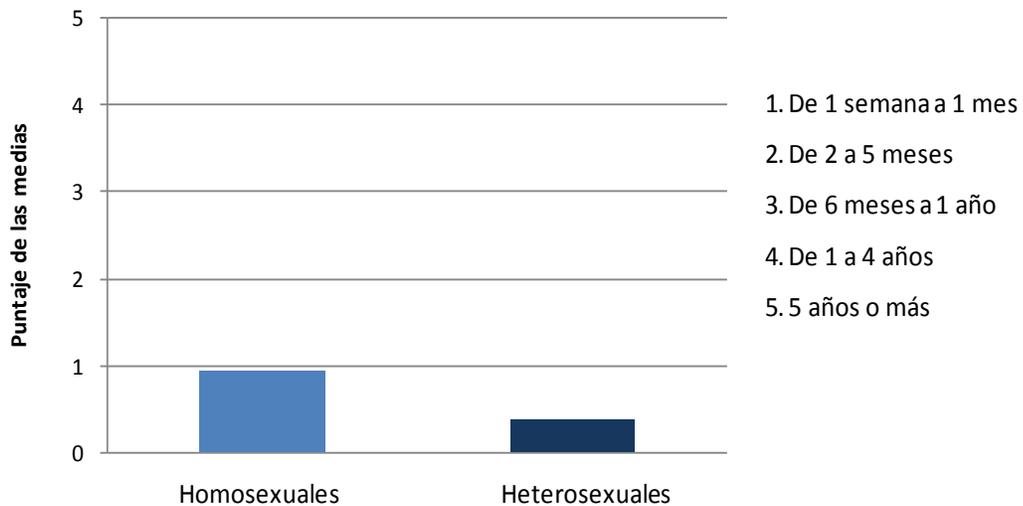
74. He tenido problemas sexuales durante:



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	0,48	1,04	2,08	86	0,040
Heterosexuales	0,11	0,49			

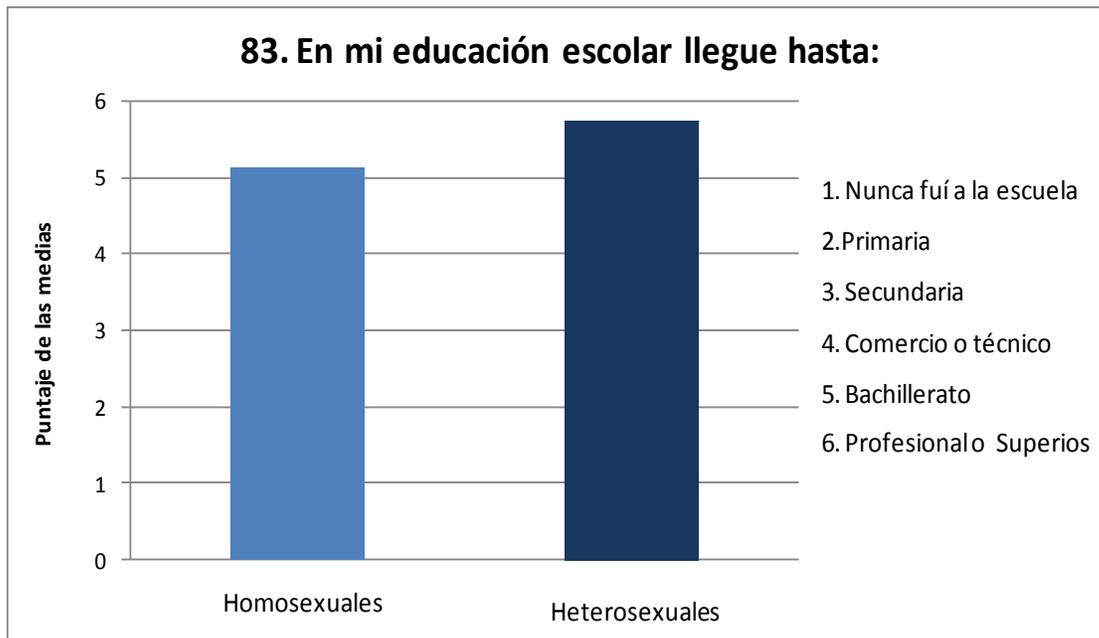
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=2.08$, 86 gl, $p=0.040$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con una ligeramente mayor tendencia hacia el grupo de mujeres homosexuales.

78. He tenido problemas por mi agresividad durante:



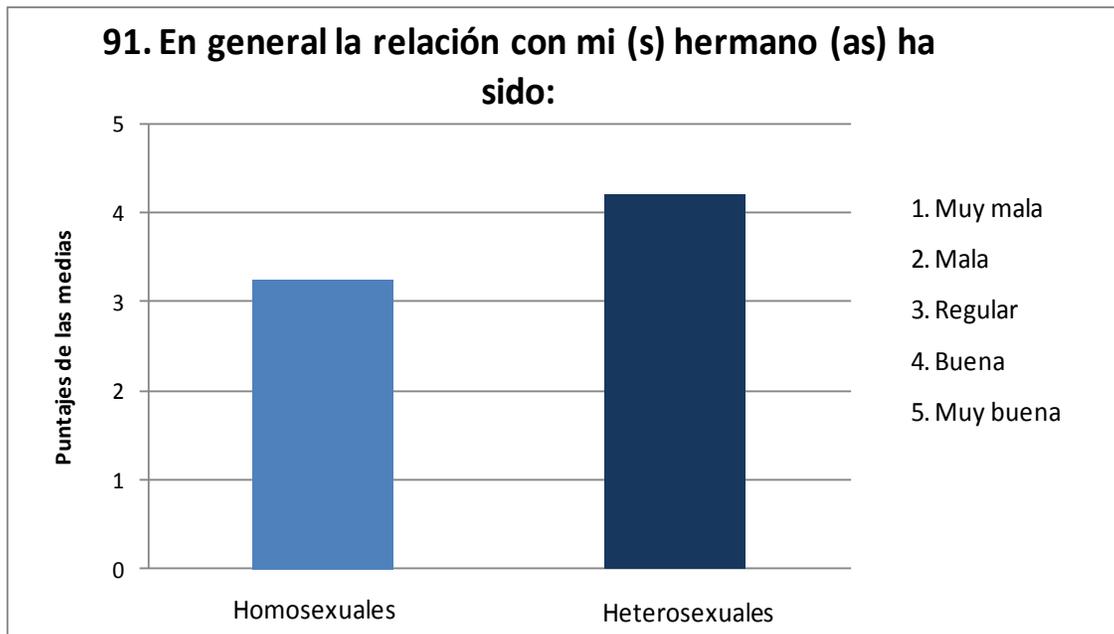
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	0,93	1,5	2,05	86	0,043
Heterosexuales	0,36	1,05			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=2.05$, 86 gl, $p=0.043$. Lo anterior indica que existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, donde se puede observar mayor tendencia a la agresividad por parte del grupo homosexual.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	5,11	1,57	-2,23	86	0,028
Heterosexuales	5,73	0,92			

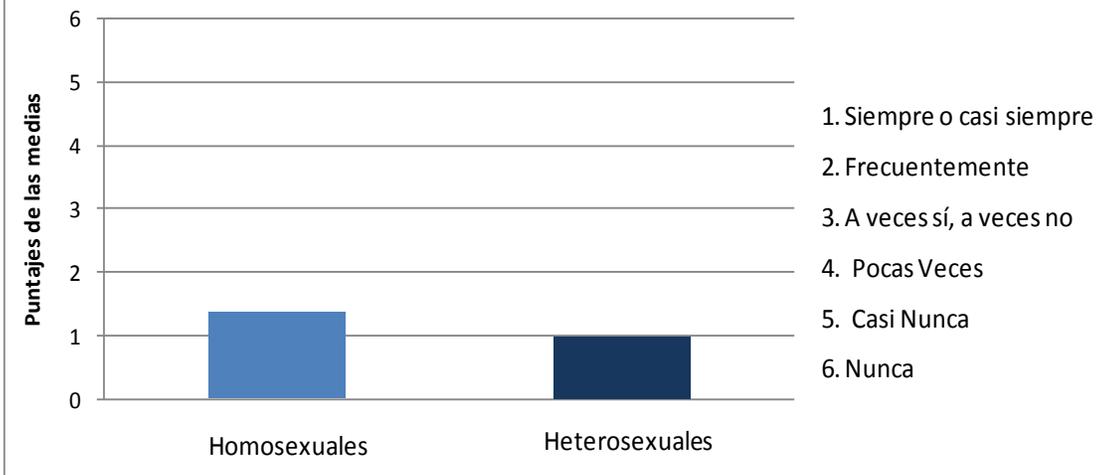
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -2.23$, 86 gl, $p = 0.028$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, en donde se muestra una ligera superioridad en el nivel escolar de las mujeres heterosexuales.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	3,25	1,44	-3,70	86	0,000
Heterosexuales	4,2	0,9			

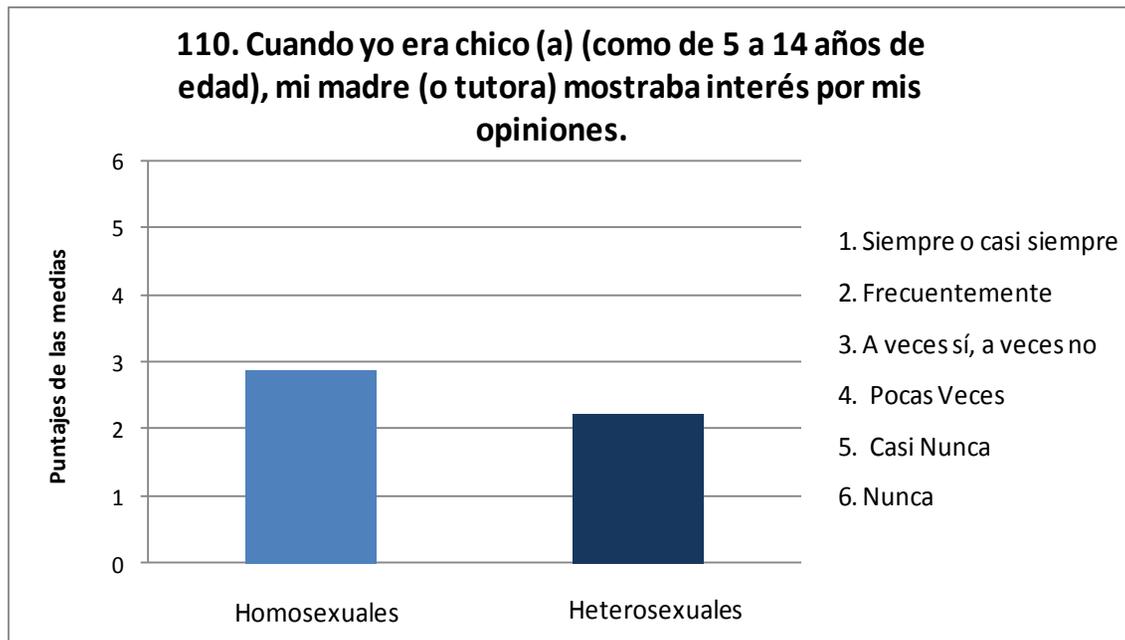
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -3.70$, 86 gl, $p = 0.000$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos y que en general las mujeres homosexuales parecen tener mejores relaciones fraternales.

105. Cuando yo ere niño (a) (como hasta los 14 años de edad), mi madre (o tutora) vivía con nosotrol en la misma casa.



Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	1,36	1,16	2,11	86	0,037
Heterosexuales	0,98	0,34			

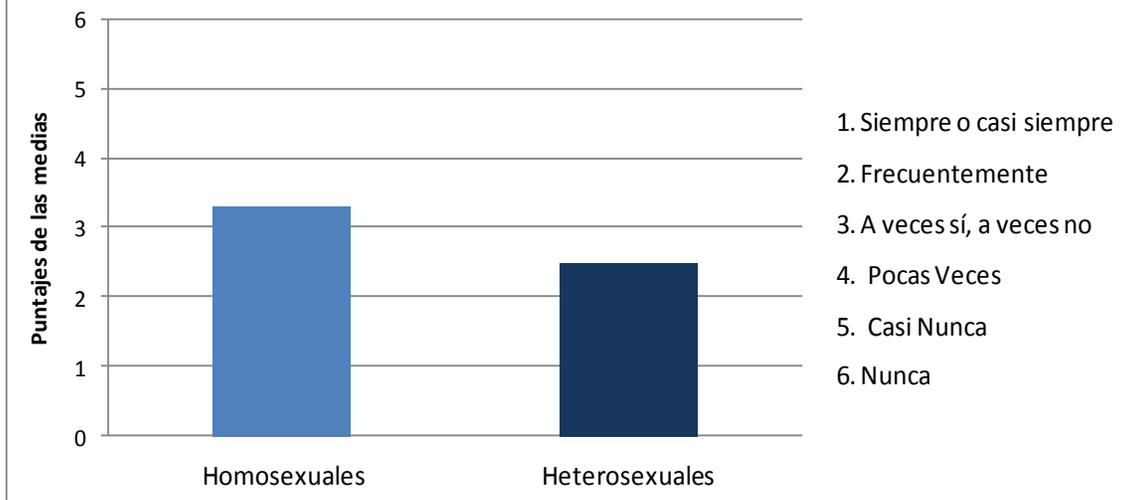
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=2.11$, 86 gl, $p=0.037$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.



Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	2,89	1,43	2,23	86	0,028
Heterosexuales	2,23	1,32			

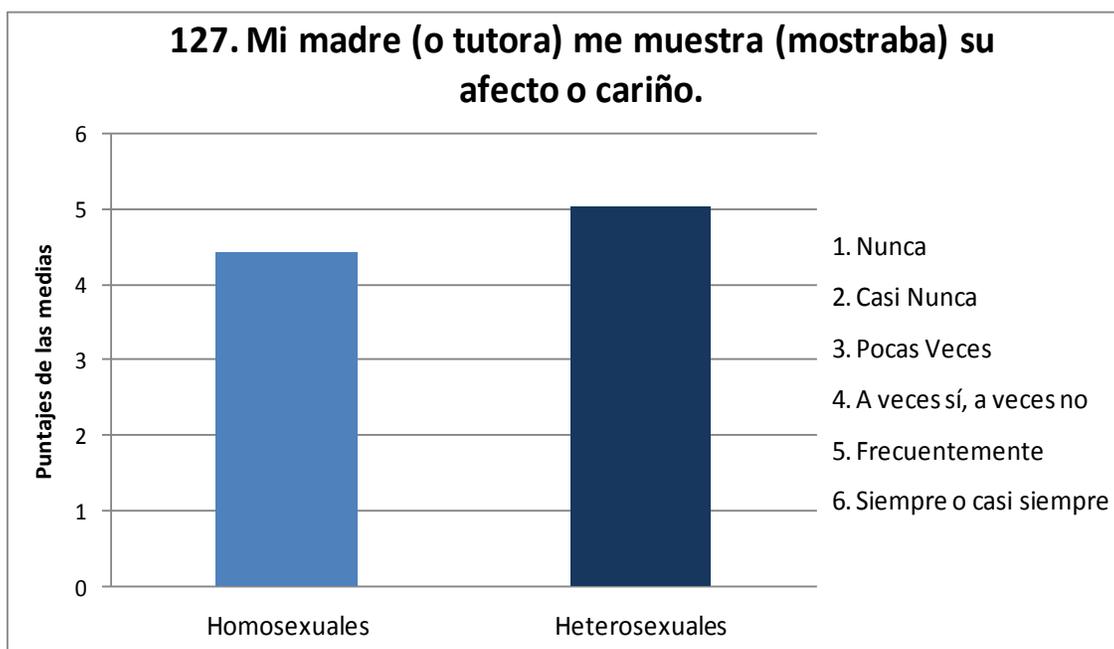
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = 2.23$, 86 gl, $p = 0.028$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

122. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de mí mismo.



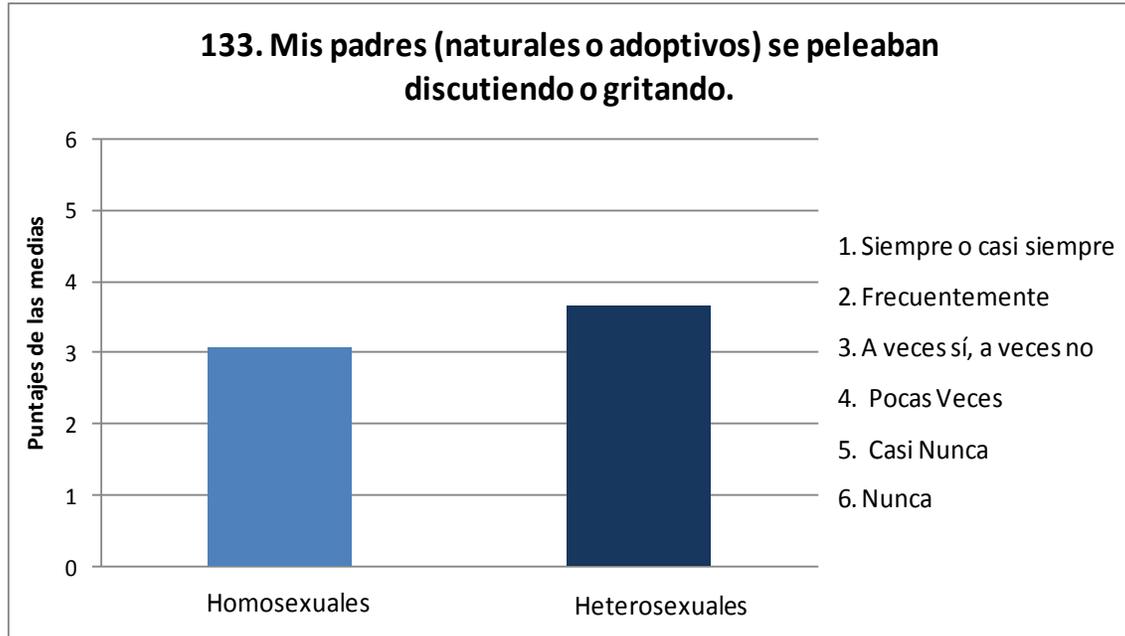
Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	3,3	1,81	2,08	86	0,040
Heterosexuales	2,48	1,86			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=2.08$, 86 gl, $p=0.040$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.



Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	4,43	1,43	-1,92	86	0,057
Heterosexuales	5,02	1,43			

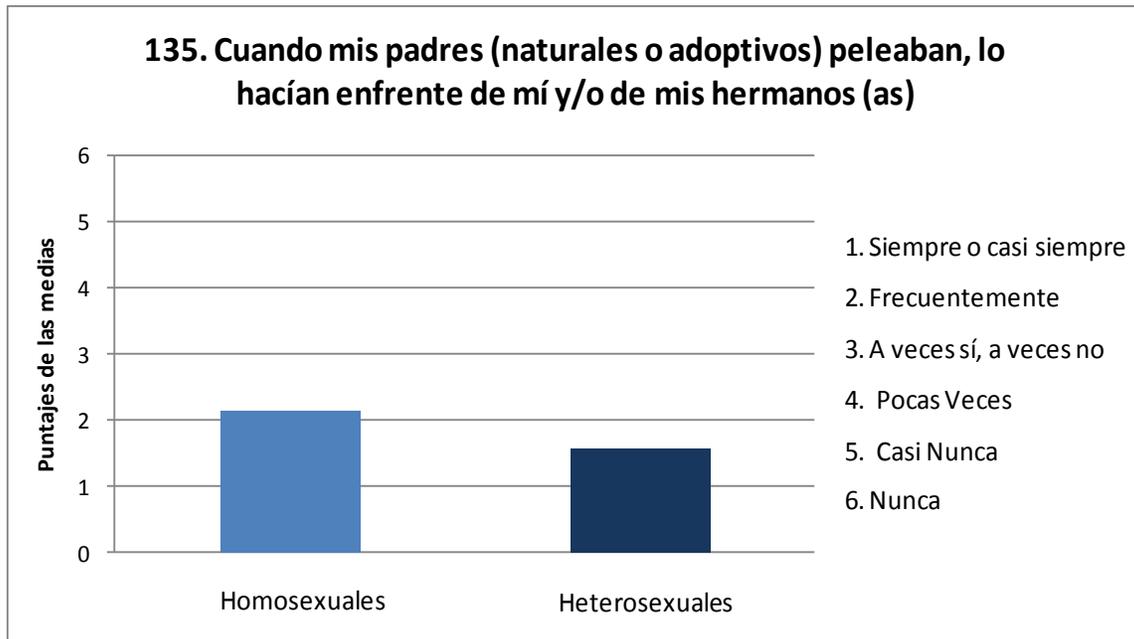
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -1.92$, 86 gl, $p = 0.057$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. En donde se puede observar que las madres de las mujeres heterosexuales de la muestra tienen una mayor tendencia a demostrar afecto.



Grupo	Media	Desv. Estándar	T	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	3,07	1,69	-2,45	86	0,016
Heterosexuales	3,66	1,53			

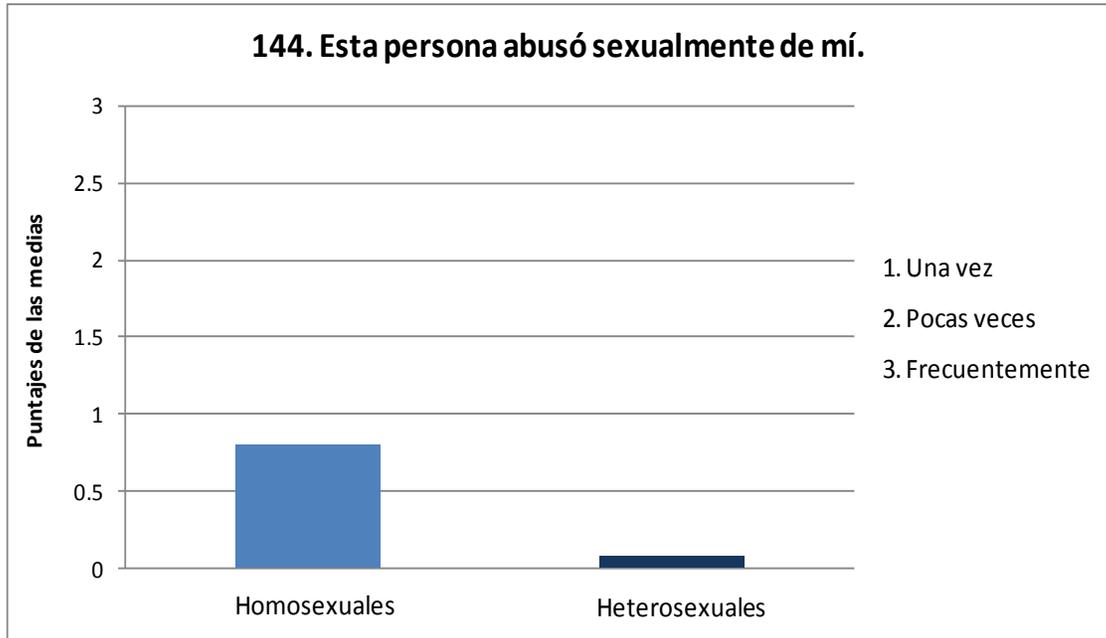
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -2.45$, 86 gl, $p = 0.016$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

135. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos (as)



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	2,14	1,62	1,99	86	0,050
Heterosexuales	1,57	0,97			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = 1.99$, 86 gl, $p = 0.050$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.



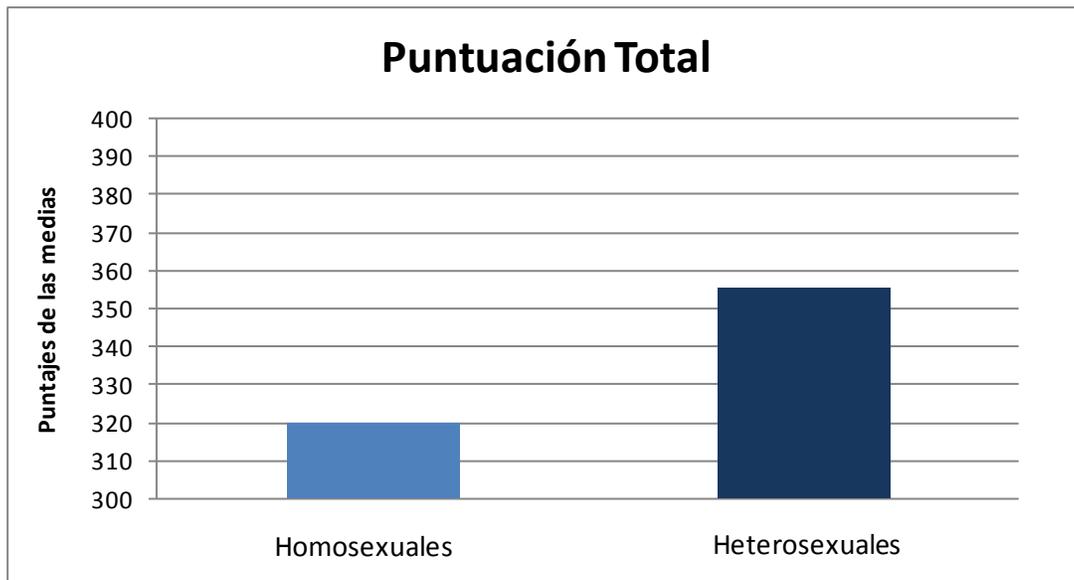
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	0,8	1,19	3,89	86	0,000
Heterosexuales	0,07	0,33			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t=3.89$, 86 gl, $p=0.000$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con una ligeramente mayor tendencia hacia el abuso sexual en las mujeres homosexuales.

AUTOCONCEPTO

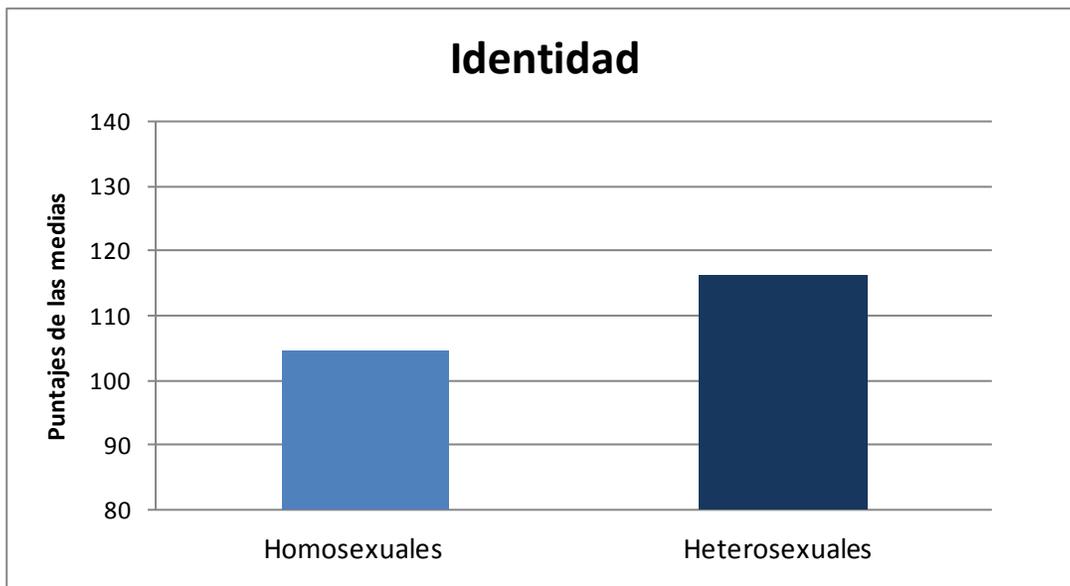
La **Escala de Autoconcepto Tennessee**, consta de 14 escalas básicas, no obstante se reportan únicamente los datos de aquellas que arrojaron diferencias significativas entre los grupos utilizando la prueba t de Student.

Es importante mencionar que Quintero, (1995) señala que al graficar los valores de autoconcepto, la media de de la escala se encuentra entre los percentiles 20 y 80. En el caso de la presente tesis las graficas que se incluyen a partir de la página 142-151, (a excepción de la gráfica de la página 144), incluyen valores que caen dentro del rango señalado por Quintero; no obstante se observa diferencia dentro del citado rango.



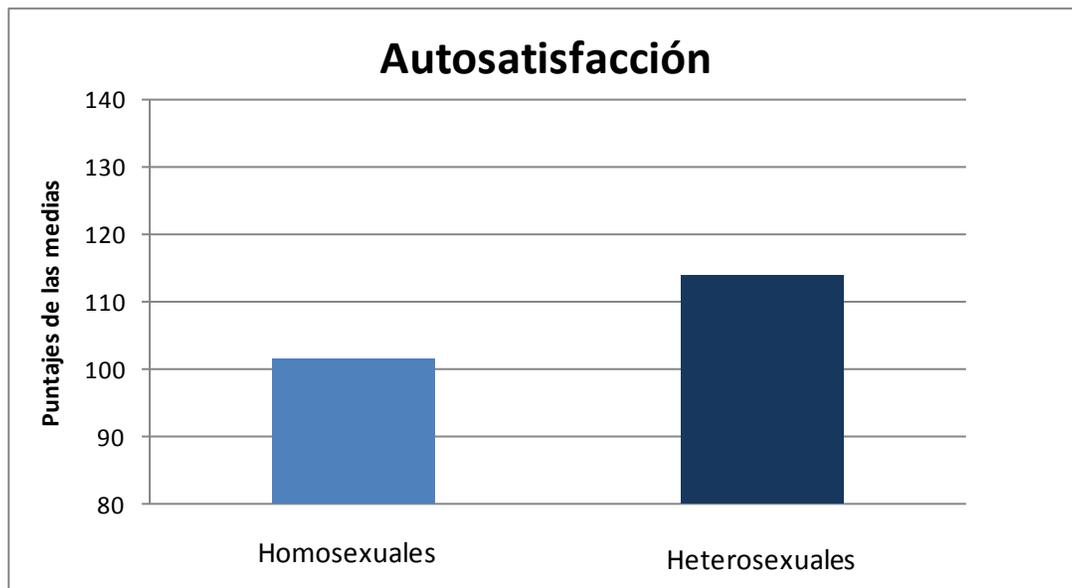
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	320.07	63.66	- 3.18	86	.002
Heterosexuales	355.30	36.38			.

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -3.18$, 86 gl, $p = 0.002$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, en esta gráfica se observa el nivel global de autoestima, y como puede observarse que las mujeres homosexuales tienden a presentar un nivel más bajo de autoestima, casi en el límite inferior de la media, que las mujeres heterosexuales.



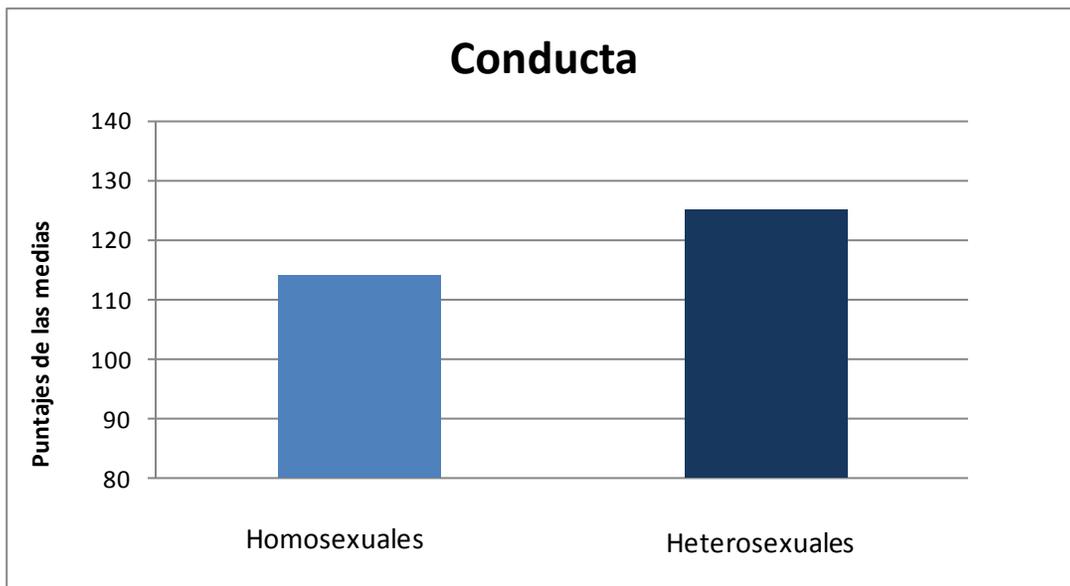
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	104.57	21..84	-2.99	86	.004
Heterosexuales	116.30	14.05			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -2.99$, 86 gl, $p = 0.004$. Lo anterior indica que existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Esta escala describe la identidad básica, como la persona se autodescribe y autopercebe, son los ítems de lo que “yo soy”. Los puntajes señalan que el grupo de homosexuales percibe una identidad menos definida, fuera de la media, en comparación con las mujeres heterosexuales. Lo que nos indica que las chicas lesbianas se evalúan de manera negativa.



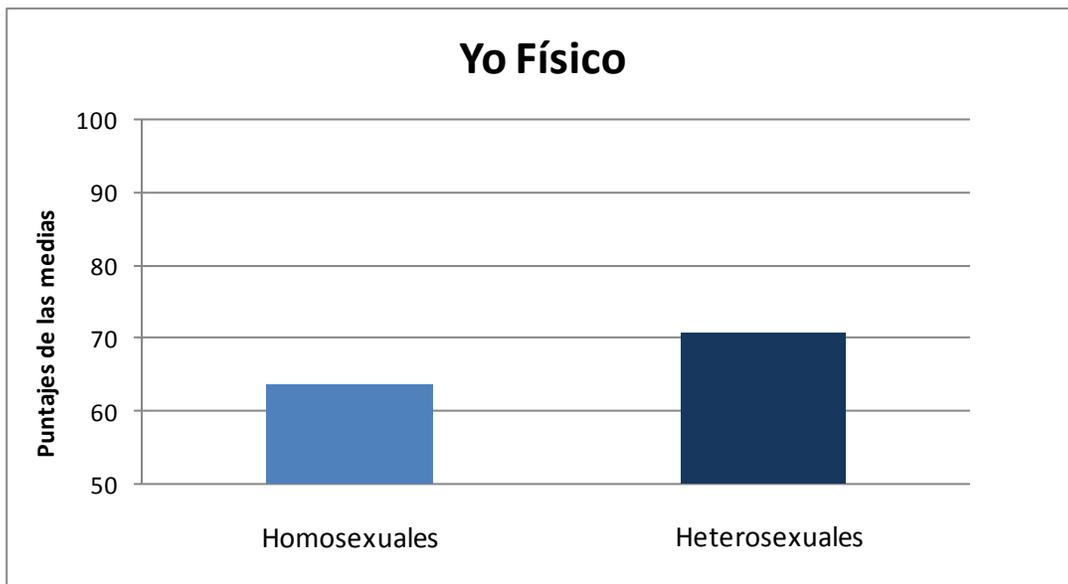
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	101.61	22.92	-2.89	86	.005
Heterosexuales	114.00	16.75			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -2.89$, 86 gl, $p = 0.005$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. La escala describe cuanta satisfacción siente el individuo con la autoimagen percibida, por lo tanto se observa que las mujeres homosexuales presentan un menor nivel de autosatisfacción dentro de la media, con una tendencia al cambio y autoaceptación en comparación con las heterosexuales.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	113.89	22.14	-3.00	86	.003
Heterosexuales	125.00	10.55			

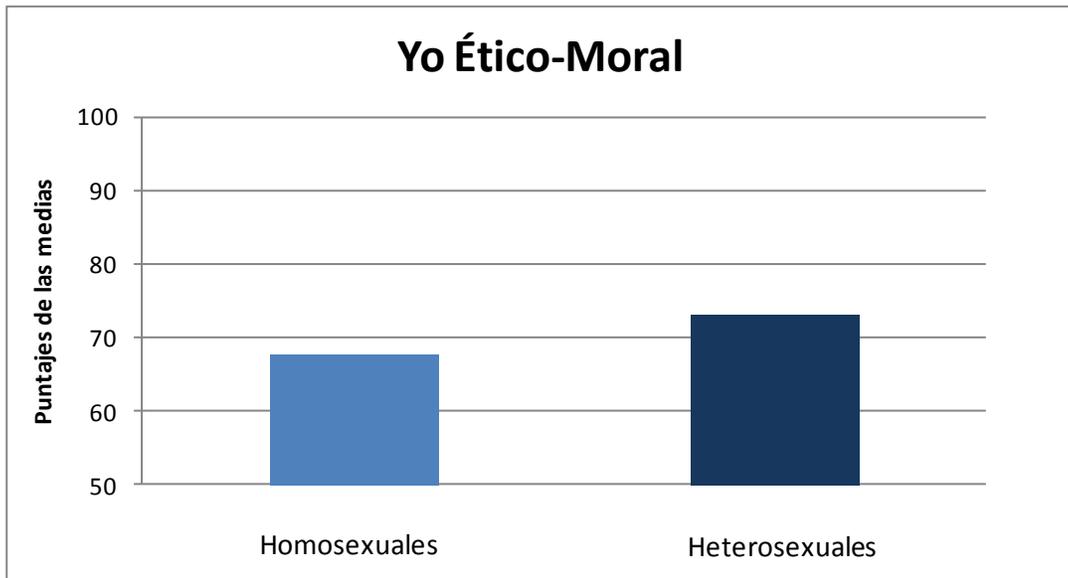
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -3.00$, 86 gl, $p = 0.003$. Lo anterior indica que si existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. En esta escala se expresa “lo que yo hago” o la dirección en que “actúo”, se mide la percepción de una persona y de su propia conducta o la dirección en que funciona esta. Con base en esto, se puede concluir que existen diferencias en el funcionamiento cotidiano de los grupos, ambos dentro de la media.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	63.73	13.96	-2.78	86	.007
Heterosexuales	70.86	9.71			

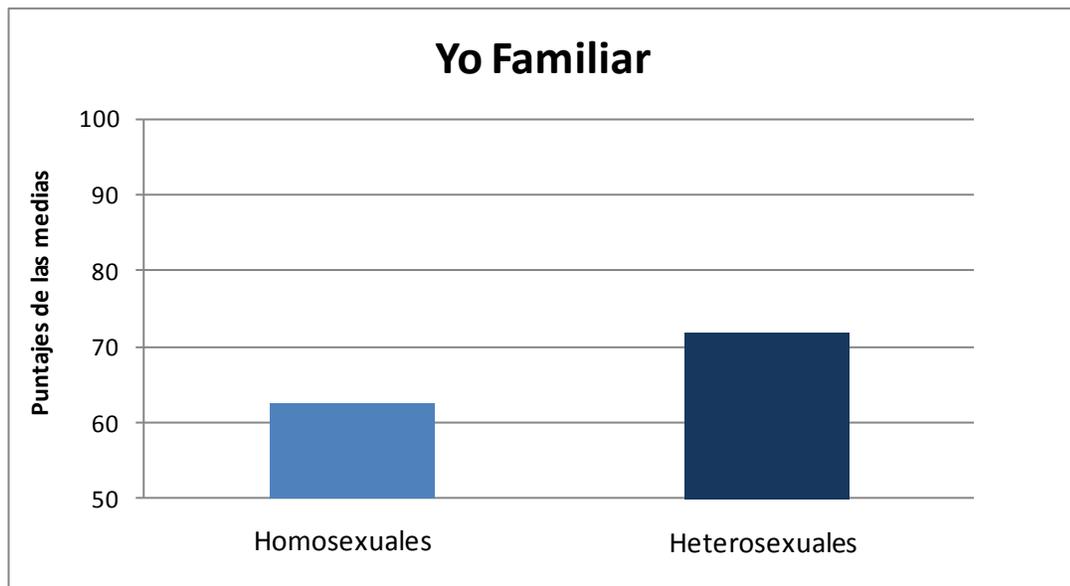
La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -2.78$, 86 gl, $p = 0.007$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. La escala refleja el punto de vista que un individuo tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Se observa en el gráfico que las mujeres homosexuales perciben su salud, apariencia física, habilidades y sexualidad de menor calidad, pero permaneciendo dentro de la media, en comparación con las mujeres heterosexuales.



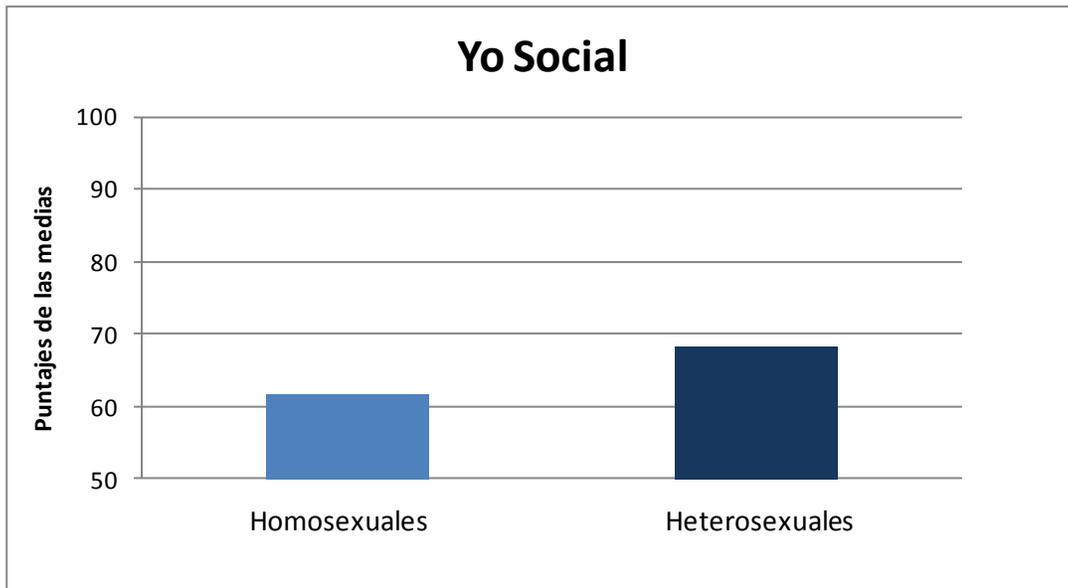
Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	67.77	13.34	-2.25	86	.027
Heterosexuales	73.02	7.75			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -2.25$, 86 gl, $p = 0.027$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. En el grupo de mujeres lesbianas se perciben como personas con menores cualidades morales, relaciones con Dios, sentimientos de ser “buena o mala persona” y poca satisfacción con su religión o falta de esta, en comparación con el grupo de mujeres heterosexuales, sin embargo, ambos grupos están dentro de la media.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	62.34	12.92	-4.16	86	.000
Heterosexuales	71.91	8.08			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -4.16$, 86 gl, $p = 0.000$. Lo anterior indica que si hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Se percibe el grupo de chicas lesbianas con menores sentimientos de mérito y valor como miembro de una familia en comparación con las mujeres heterosexuales, manteniéndose ambos grupos dentro de la media.



Grupo	Media	Desv. Estándar	t	Gl	Significancia (P)
Homosexuales	61.84	14.49	-2.46	86	.016
Heterosexuales	68.32	9.65			

La prueba t para determinar diferencias entre grupos arrojó un valor $t = -2.46$, 86 gl, $p = 0.016$. Lo anterior indica que si existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. La escala refleja cómo el sujeto se percibe en relación con los otros, pero en una dirección más general, reflejando la sensación de adecuación y dignidad en la interacción social con otra persona en general. De nuevo encontramos una tendencia de menor adecuación y percepción de buena interacción social en el grupo homosexual, manteniéndose dentro de la media ambos grupos.

Nota: Los test que presentaron puntuaciones muy bajas o altas en la escala de autocrítica (Ac) fueron eliminadas por posibles manipulaciones y en Distribución de respuesta (Dist.) con puntuaciones muy bajas fueron eliminadas por ser muy evasivas, reservadas o precavidas.

DISCUSIÓN

Considerando el relativo abandono de la investigación psicológica respecto a la homosexualidad, tanto masculina como femenina, este trabajo puede considerarse como una aportación para definir un perfil psicológico de las lesbianas, al menos en los aspectos concernientes a la ansiedad, depresión asertividad, estilos de crianza y autoconcepto.

En resumen, salvo excepciones, la mayoría de los estudios hablan de una asociación entre los trastornos afectivos y la orientación homosexual. Los datos orientan también a una mayor prevalencia en la población bisexual que en la homosexual, y en los varones homosexuales que en las lesbianas, aunque con menos consenso (Schlater, Irala, y Escamilla, 2005).

Esta investigación apoya la información que propone que las mujeres homosexuales tienen mayores posibilidades de tener trastornos psicológicos.

Pareciera ser que la ansiedad, no difiere entre ambas preferencias sexuales, el estudio realizado no mostró diferencias entre lesbianas y mujeres heterosexuales y los valores comparativos muestran similitud en ambos grupos. Lo cual nos lleva a pensar que la preferencia sexual no es una variable que afecte los niveles de ansiedad que presentan los individuos.

Respecto a la depresión Ayala y Coleman (2000) encontraron que factores como: el soporte familiar-social, el apoyo/soporte de los amigos, el status de la relación y la satisfacción que les da la relación afectan significativamente los niveles de

depresión en las lesbianas, mientras que Oetjin y Rothdu (2000) encontraron que el único predictor significativo de depresión fue la falta de apoyo social de los amigos. Matthews et al (2002) encontraron que la depresión tanto en lesbianas como en una muestra de mujeres heterosexuales se debía a: eventos traumáticos pasados como el abuso físico y sexual y a la calidad de los estilos de afrontamiento; pero las lesbianas reportaron tasas más altas de abuso sexual en la infancia (30%) que las mujeres heterosexuales (16%). El otro hallazgo importante fue que las lesbianas reportaron una tasa más alta de ideación suicida (50%) que las mujeres heterosexuales (38 %).

La literatura científica, establece que el apoyo familiar, el apoyo de los amigos, el estado y la satisfacción de la relación, las historias de los traumas son algunas de las variables identificadas como causas de la depresión en las lesbianas.

En esta investigación, los resultados de la depresión concluyeron en que si existen diferencias significativas entre los grupos, observándose una mayor depresión en las mujeres homosexuales en relación con las heterosexuales.

Los hallazgos vinculados con la asertividad, que se muestran a partir del Inventario de asertividad de Gambrill y Richey no arrojaron diferencias entre el grupo de homosexuales y el grupo de heterosexuales.

Brannock y Chapman (1981) encontraron que la única diferencia significativa entre las lesbianas y las mujeres heterosexuales fue que las mujeres heterosexuales tienden a reportar múltiples tipos de experiencias traumáticas

como: incesto, violación y maltrato físico por parte de los hombres, por lo que el abuso sexual no afecta la orientación sexual; mientras que las lesbianas reportaron más bien experiencias con un solo tipo de trauma, la conclusión que se puede obtener de ésta investigación es que para las lesbianas, el impacto de una sola experiencia traumática con un hombre fue suficiente para distanciarse sexualmente de los hombres. En base a toda esta información, los investigadores dan por supuesto que ciertas prácticas de crianza tendrán como resultado ciertos efectos en los sujetos, midiendo pocas veces la relación intrínseca con otras variables.

En la revisión de la literatura no se encontraron investigaciones en las cuales se estudiara el Autoconcepto, en este estudio las mujeres homosexuales tienen un autoconcepto de menor calidad que el de las heterosexuales, sintiéndose ansiosas, deprimidas e infelices y con poca confianza de sí mismas.

Queda el cuestionamiento si este abandono por los estudios e investigaciones psicológicas en homosexuales, primordialmente mujeres, se mantendrá o finalmente la Psicología se abrirá enfocándose a este grupo poblacional, asimismo, si podrá presionar a las autoridades del área de la salud a la promoción de campañas que permitan a la sociedad una actitud más humana.

REFERENCIAS

Acuña, L., y Bruner, C. A. (1992). Autoconcepto en función de elecciones vocacionales. *La Psicología Social en México*. Vol. IV. México: Asociación Mexicana de Psicología Social.

Aguilar, J. (1989). Autocrítica, Autoestima y Necesidades de Afecto. Medición e interrelaciones. *Acta Psicológica Mexicana* 4(1).

Alarco C. (2000). Diccionario de la sexualidad. Barcelona: Ediciones 29.

Alvarez-Gayou, J.J.L. (1997). Homosexualidad. Derrumbe de Mitos y Falacias. México. Ducere.

Alvarez, D. (1995) El autoconcepto en niños que practican actividades físicas, Bogotá. Herrera.

Alvarez, M. B. (1985). Estudio comparativo del autoconcepto en un grupo homosexual y heterosexual. México: Facultad de Psicología UNAM. Tesis licenciatura.

Alvarez–Gayou, J.J.L. (1986). Sexoterapia Integral. México: Edit. El Manual Moderno.

Allen LS, Gorski RA. (1991) Sexual dimorphism of the anterior commissure and massa intermedia of the human brain. *J Comp Neurol*. 312(1), 97-104.

Andrews, G. (2003). *The treatment of anxiety disorders: clinician guides and patient manuals* (2nd ed.). Cambridge, UK; New York, NY: Cambridge University Press.

Arce, J., Benítez, F., Valdez, J. y González-Arratia N. (2009). El autoconcepto en mujeres heterosexuales y en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología*. 1 (1), 28-37.

Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y Psicología*. Colombia. Edit. El Manual Moderno.

Arellano, M. (1995). Estandarización de la escala de autoconcepto de Tennessee en estudiantes de Ciudad Universitaria. Tesis Licenciatura México: Facultad de Psicología. UNAM.

Argyle, M. (1981). The nature of social skill. En M. Argyle (Comp.), *Social skills and health*. Londres: Methuen.

Argyle, M. (1984). Some new developments in social skills training. *Bulletin of the British Psychological Society*, 53, 405-410.

Arkowitz, H. (1981). Assessment of social skills. En M. Hersen & A. S. Bellack (Comps.). *Behavioral assessment: a practical handbook* (2ª ed.). Nueva York. Pergamon.

Ayala, N. y Coleman, M. (2000) *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Badinter, E.(1992) *XY: La identidad masculina*, Madrid, Alianza Editorial, 1992.

Bagemihl B. (1999) Biological exuberance; Animal homosexuality and Natural Diversity. Nueva York. St Martin's Press.

Bandura, A. (1969). Modificación de Conducta. México: Edit. Trillas.

Bandura, A. (1973). Aggression: A social Learning approach. Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.

Bandura, A. (1977). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Edit. Alianza Madrid.

Barrientos C. y Hurtado L. (2008). Desde la perspectiva de un grupo de Lesbianas y homosexuales, El significado de lesbianismo y Homosexualidad. México: Facultad de Psicología, UNAM, (Tesis de Licenciatura en Psicología, Directora de tesis: Dra. Selma González Serratos. Revisora: Lic. Patricia Josefina Bedolla Miranda.

Beauvoir, S. (1962) El segundo sexo. Los hechos y los mitos. Buenos Aires: Siglo XXI.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A., Emery, G., y Grenberg, R. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Nueva York. Basic Books.

Beck, A., Steer R. A. (1993). Beck Depression Inventory, Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A. (1967) *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Benagiano G, Carrara S, Filippi V. (2012) Social and ethical determinants of sexuality. *Sexuality and families. Eur J Contracept Reprod Health Care*. 17(5):329-39.

Bertalanffy, LV. (1976) *Teoría general de los sistemas*, México: Fondo de Cultura Económica.

Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 935

Bleichmar, H. (1999). *La depresión: un enfoque psicoanalítico*. , Buenos Aires: Nueva Visión.

Borges G, Benjet C, Medina-Mora M, Orozco R et al. (2008) Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bull World Health Organ*. 86(10):757-764.

Bourdieu, P. (1996). La dominación masculina. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*. 3, 7-95.

Brannock, J. Chapman, B. (1987) Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination. *Journal of Homosexuality*. 14: 69-80.

Burin, M. y Meler, I. (1999) *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Buenos Aires, Paidós.

Burns, R.B. (1990) *El autoconcepto*. Bilbao: Ega.

Byne W, Tobet S, Mattiace L, Lasco M, Kemether E, Edgar M, Morgello S, Buchsbaum M, y Jones L. (2001). The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: an investigation of variation with sex, sexual orientation, and HIV status. *Horm Behav.* 40(2):86-92.

Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros & J. A. Carrobes (Comps.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (3ª ed.). Madrid: Pirámide.

Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (Org.), *Terapia y modificación de conducta* (p. 403-443). Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Cagnon, J. (1980). *Sexualidad y Conducta Social*. México: Edit. Pax-México.

Cairney J, Scott V, Wade T, Kurdyak P et al. Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *Canadian J Psychiatry* 2007;52:111-120.

Calleja, Nazira. (Comp.) (2011). *Inventario de Escalas psicosociales en México 1984-2005*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Camras, L. A., Ribordy, S., Hill, J., Martino, S., Spaccarelli, S., y Stefani, R. (1988). Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Developmental Psychology*, 24, 776–781.

Caplan, G.; Lebovici, S. (1973). *Psicología Social de la Adolescencia*. Buenos Aires. Paidós.

Carrobbles, B. (1979). *La práctica en la terapia de la conducta: teoría y métodos de aplicación para la práctica clínica*. Madrid: Pablo del Río.

Casanova, E. (1993). El desarrollo del concepto de sí mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(2).

Castañeda, M. (2001). *La experiencia Homosexual*. México: Paidós.

Castañeda, M. (2006) *La Nueva Homosexualidad*. México: Taurus.

Clemente, M; L. Llavona, J. Carrasco (1989). Análisis del inventario de asertividad de Gambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, 37. 63-74.

Clemes, H.; Bean, R. y Clark, A., (1994) *Cómo desarrollar la autoestima en niños y adolescentes*. Madrid, Debate.

Cochran S, Sullivan J, Mays V. (2003) Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol*. 71:53-61.

Coie, J.D. et al (2002) Peer Rejection and Aggression and Early Starter Models of Conduct Disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 30(3): 217–230.

CONAPO. *La educación de la Sexualidad humana. Sociedad y Sexualidad*. Vol. Y. México, 1982.

Conde, V., Chamorro T. y Serrano U. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 31 (138).

Contreras, C., Gutiérrez, R., e Ito, E. (2003). SWS-Survey: Desarrollo de criterios de aplicación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Coopersmit, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman Press.

Coria-Avila GA, Hernandez-Aguilar ME, Toledo-Cardenas R, Garcia-Hernandez LI, Manzo J, Pacheco P, Miquel M, Pfaus JG. (2008). Biological and neural bases of partner preferences in rodents: models to understand human pair bonds. *Rev Neurol*, 47(4), pp.209-214.

Corraze, J. (1997). Qué sé la homosexualidad. México: Edit. Publicaciones Cruz O.

Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Parker, G. R. (1990). The Rochester Child Resilience Project: Overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology*, 2, 193–212.

Dannemeyer, W. (2004) Shadow in the land: homosexuality in America. Washington DC: Ignatius Press.

Darwin, Charles. (2010). El Origen de las Especies, México: Época.

Davidoff L., (1979), Introducción a la Psicología, México, Editorial McGraw Hill.

Davidson, J. P. (1999). Asertividad. México: Prentice Hall.

Del Prette, Z. A. P. y Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales. Terapia y educación*. México: Manual Moderno.

Díaz-Loving, R., Díaz-Guerrero, Helmreich, R. y Spence, J. (1981). Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). Asociación Latinoamericana de Psicología Social.

DiBlasio, F.A., y Benda, B.B. (1991). Practitioners, religion and the use of forgiveness

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2010). Barcelona: Masson.

Diccionario de la lengua española. (2002) 22ª ed., Madrid: RAE.

Dunn, J., y Brown, J. (1994). Affect expression in the family, children's understanding of emotions, and their interactions with others. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 120–137.

Elicker, J., Englund, M., & Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. En R. Parke & G. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 77-106.

Elkin, F. (1964). *El niño y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós

Ellis, A. (1998) *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Buenos Aires: Paidós.

Ellis, A. (2001). Can rational emotive behavior therapy (REBT) be effectively used with people who have devout beliefs in God and religion? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), febrero de 2001. pp. 29–33

Emery, R, Laumann-Billings, L. (1998). An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships. *American Psychologist*, 53, 121–135.

Espriella Guerrero R. (2007) de la. Homofobia y psiquiatría. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. XXXVI / No. 4 /, pp. 718-735.

Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. En R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, vol. 6 (pp. 211-221). São Paulo: Set.

Fensterhein, H. y Baer, J. (1976). *No diga sí cuando quiere decir no*. Barcelona: Grijalbo, pp. 510-511.

Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. (1999) Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:876-80.

Fernández, A. y Pedreira, J. (1991). *Los malos tratos a la infancia: aproximación psicosocial*. Psiquis.

Fernández, J. (1988). Nuevas perspectivas en el desarrollo de la tipificación sexual y de género. *Estudios de Psicología*.

Fitts, W. (1965). *Tennessee Self Concept Manual*. Nashville Tennessee: Counselor Recordins and Tests.

Flores G., M. y Díaz-Loving, R. (1994). Locus de control, asertividad y comunicación en la prevención del sida. *La Psicología Social en México*, 5, 622-627.

Flores, G. M. (1989). Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en la población mexicana. Tesis posgrado Fac. Psicología, UNAM, México.

Flores, M. (1994). Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Doctorado en Psicología.

Flores, M., Díaz-Loving, R. y Rivera, S. (2002). MERA: Una medida de rasgos asertivos para la cultura mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 4(1), 29-35.

Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D.L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 55-61.

Gambrill, E. y Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*. 6, 550-561.

García, A.; Díaz, Q. (1996). Estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee de C. U. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México.

Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. (2001) Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*, 2001; 91:933-9.

Gil-Rivas V, Greenverger E, Chen C, Montero M et al. Understanding depressed mood in the context of a family-oriented culture. *Adolescence* 2003;38(149):93-109.

Gómez, A. (1992). Influencia de la situación familiar en el auto-concepto y seguridad, *La Psicología Social en México*, 4.

Gómez,C; Sos,F; Randall, C; Vaquero E. (1991) Estudio comparado del comportamiento de niños educados en medio familiar y niños educados en instituciones. Una perspectiva etológica. *Infancia y Aprendizaje*, 1991, 56, 105-122.

González, A., Yllá, L., Galletero, J.M, Ballesteros, et al. Autoestima y psicopatología, relación entre Rosenberg y el SCL-90-R. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, Vol. 14, Nº 1, 1993, págs. 38-42.

González, J. J. (1989). La función integradora del padre. *Revista Mexicana de Psicología*,6 (2).

Grych, J. H., y Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.

Guía Sexual Moderna (1977) España: Gedisa.

Hammond, P.D.(1991). Social skills training and cognitive restructuring with sexual unassertiveness in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 297-304.

Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*. 2000;284:592-597.

Heinze Martin, G. y Camacho Segura, P. (2010) Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Hernández, R.; Corrobles, J. (1983). Evaluación Conductual. Madrid: Pirámide.

Hernández-Guzmán L.; Sánchez-Sosa J.J. (1997). Factores de Riesgo asociados con la disfunción psicológica en el niño y el adolescente. *Psicología Contemporánea*. 4(1).

Hernández-Guzmán, L. y Sánchez Sosa, J.J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1-2), 83-90.

Hernández-Guzmán, L.; Sánchez-Sosa, J.J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo, *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1,2).

Herrera, F. (2003). Habilidades afectivas. [Documento en línea] Disponible: <http://www.ugr.es/~iramirez/HabiAfec.doc> [Consulta: 6 de octubre 2012]

Hidalgo, C. y Abarca, N. (1999). Comunicación interpersonal. Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Colombia: Alfaomega.

Hyde, J. (1995) Psicología de la Mujer: La Otra Mitad de la Experiencia Humana. Madrid: Morata.

Hymel, S., Rubin, K., Rowden, L.; LeMare, L. (1990). Children's Peer Relationships: Longitudinal Prediction of Internalizing and Externalizing Problems from Middle to Late Childhood. *Child Development*. 61(6), 2004-2021,

Jacob, T., Leonard, K. (1992). Sequential Analysis of Marital Involvement Involving Alcoholic, Depressed, and Nondistressed Men. *Journal of Abnormal Psychology*. 101, 4, 647-656.

Jurado Cárdenas, S., Campos Coy, P. Mendieta Cabrera, D., Zabiky Zirot, G. y Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3) ,26-31.

Karagözoglu, S., Kahve, E., Koç, O. & Adamisoglu, D. (2008). Self esteem and assertiveness of final year Turkish university students. En línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, [Consulta 27 de octubre de 2012]

Karama S, Lecours AR, Leroux JM, Bourgouin P, Beaudoin G, Joubert S, Beaugard M. Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Hum Brain Mapp* 2002 16(1):1-13.

Kaslow, M. H., Deering, C. G., y Racusia, G. R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychological Review*, 14, 39–59.

Katchodorin, H. (1983) Las bases de la sexualidad humana. México: CICSA.

Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, Ch. B. & Charney, D. S.(2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical implications. *Biological Psychiatry*, 48, 778-790.

Kelly, J. (2000). Entrenamiento de las habilidades sociales. España: Desclée De Brouwer.

Kelly, J. A. (1982). Social skills training: a practical guide for interventions. Nueva York: Springer.

Kiesler, D.(1999). Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology, and Psychotherapy. New York: Wiley.

Kinsey, A. (1948) Comportamiento Sexual del Hombre. Nueva York, Fundación Rockefeller.

Kirkpatrick, R.C. (2000). The evolution of human homosexual behavior. *Current Anthropology*, 41(3), pp. 385-413.

Kukulu, K., Buldukoglu, K., Kulakac, Ö. y Köksal, D. (2006). The effects of locus of control, communication skills and social support on assertiveness in female nursing students. *Social Behavior and Personality*, 34(1), 27-40.

Kupersmidt, J. B. y Patterson, C. J. (1991). Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported behavior problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 19: 427-449.

La Rosa, J.; Díaz-Loving, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: Una Escala Multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23 (1).

Lagarde, M.(1996) Género y feminismo: desarrollo humano y democracia, Madrid: Horas y Horas.

Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and treatment of depression. *Behavior Research and therapy*, 6. En Leitenberg, H. *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Prentice Hall.

Lega, L. Caballo, V. Ellis A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo XXI. J. Oller.

LeVay S. (1991) A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*. 1991, 253(5023) pp. 1034-1037.

Levitan, R. Rector, N. Sheldon T. y Goering,P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: Issues of co-morbidity and specificity. *Depression and Anxiety*. 17(1), pages 34–42, 2003.

Libby AM, Orton HD, Novins DK, Spicer P, Buchwald D, Beals J, et al (2004) Childhood physical and sexual abuse and subsequent alcohol and drug use disorders in two American-Indian tribes. *Journal of Studies on Alcohol*.;65:74-83.

Linehan, M. M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situations. En E. A. Bleechman (Comp.). *Behavior modification with women*. Nueva York: Guilford.

López, N., Iriarte, Concha y González, MC. (2004) Aproximación y revisión del concepto “competencia social”. *Revista española de pedagogía*, 62(227). 143-156.

Maccoby, E. (1972). *Desarrollo de las diferencias sexuales*. Madrid: Ediciones Maroba.

Malone, Gustav. (1998). *Homosexualidad Gays y lesbianas: una alternativa sin tabúes*. FAPA Ediciones.

Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. (2002). México: Manual Moderno.

Márquez-Caraveo, M.E., Hernández-Guzmán, L., Aguilar Villalobos, J., Pérez-Barrón, V. & Reyes-Sandoval, M. (en prensa). Datos psicométricos del EMBU-I “Mis memorias de crianza”: La Percepción de Crianza en Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2007; 30(2): 58-66.

Martin, L. R., Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Ciriqui, M. H., Wingard, D. L., & Tomlinson-Keasy, C. (1995). An archival prospective study of mental health and longevity. *Health Psychology*, 14, 381–387.

Matud, MP y L. Aguilera. Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*. 2009;32, pp.53-58.

Maw, W.; Maw, E. (1970). Self-concepts of high and low curiosity boys. *Child development*, 41.

Maziade M, Caron C, Côté R, Boutin P, Thivierge (1990) J. Extreme temperament and diagnosis. A study in a psychiatric sample of consecutive children. *Arch Gen Psychiatry*. 47(5):477-84.

Maziade M, Caron C, Côté R, Mérette C, Bernier H, Laplante B, Boutin P, Thivierge J.

McCullough, J. P. (2000). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McDaniel, J. S., Purcell, J., y D'Augelli, A. R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 84-105.

Medina-Mora M. E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E., Zambrano J., Casanova L. & Aguilar-Gaxiola S. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26(4). 1-18 p.

Méndez F., X., Martínez J., A., Sánchez S., E. e Hidalgo M., D. (1995). *Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSPA)*.

Mendez Salvadore Ma. L. (1995). Traducción y estandarización del inventario de Beck para población mexicana. Tesis Licenciatura Fac. Psicología, UNAM, México.

Mendoza-Denton, R., Park, S. H., & O'Connor, A. (2008). Gender stereotypes as situation-behavior profiles. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 971-982.

Meyer IH. (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 129:674-97.

Miller KS, Forehand R, Kotchick BA. (1990). Adolescent sexual behavior in two ethnic minority groups: a multisystem perspective. *Adolescence*. 35, (138):313-33.

Morales, C.F.; Pichardo P.A. (1994). Escala de autoconcepto de Tennessee, principios generales, aplicación, calificación, interpretación. Tesis Licenciatura Fac. Psicología, UNAM, México.

Muñiz, A. (1994). Concepto de los padres y autoconcepto del niño. *La Psicología Social en México*.

Muscarella, F.(2000). The evolution of homoerotic behavior in humans. *Journal of Homosexuality*, 40, pp. 51-77.

Narcea. Oñate, M. P. (1989). El autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Narcea Ediciones.

Navarro Rodríguez, M. (2000). Asertividad y Teoría de decisiones: El rol del orientador escolar. Durango, México.

<http://www.alejandria.com/00/colaboraciones.htm>.

O'Donohue, W. y Krasner, L. (1995). Handbook of psychological skills training. Clinical Techniques and applications. EE.UU.: Allyn and Bacon.

Oñate, M. P., Rasilla, G., González, A. F., & Ruiz, C. S. (2006). The educational implications of self-concept [Panorámica del autoconcepto y sus implicaciones educativas]. *Revista de Orientación Educativa*, 2006, 20, 79-89.

Organización Mundial de la Salud (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Madrid: Meditor.

Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*.192(5):368-375.

Ortiz, H. L.; Andrade, G. Ma. A.; Quintero, A. M.; Cosme, C.R.; Martínez J.E.; Torres G.I. (2002). Tesis Maestría UAM, Xochimilco, México.

Ortiz-Hernández, Luis. (2004). La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Polít. cult. México*- 22, 161-182.

Ovejero, A. (1998). Las relaciones humanas. Psicología Social Teórica y Aplicada. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ovejero, A.(2000) La adicción como una búsqueda de la identidad: Una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*, 9, pp. 35-48.

Papalia, D.; Wendkos, S. (1988). Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill

Papalia, D.; Wendkos, S. (1988). *Psicología*. México: McGraw-Hill.

Peurifoy, R. Z. (2000). *Cómo vencer la ansiedad : un programa revolucionario para eliminarla definitivamente* (2a. ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Pfaus JG, Kippin TE, Coria-Avila G. (2003) What can animal models tell us about human sexual response? *Annu Rev Sex Res.* 14:1-63.

Polaino-Lorente, A. (1985). La depresión . Barcelona: Martínez Roca. Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age 7. *Am J Psychiatry*; 147(11):1531-6.

Ponseti J, Granert O, Jansen O, Wolff S, Mehdorn H, Bosinski H, Siebner H. Assessment of sexual orientation using the hemodynamic brain response to visual sexual stimuli. *J Sex Med.* 6(6):1628-1634.

Quiroga H., Echeverría L., Mata A., Ayala H. (1990) Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. *La Psicología Social en México.* 111.225-230.

Ramírez S.; Guarner E.; Diaz Portillo I. (1983). *Un homosexual*. México: Dirección General de Publicaciones. Universidad Nacional Autónoma de México.

Reid, R. J., & Crisafulli, A. (1990). Marital discord and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 105–117.

Repetti,R.; Taylor, SE y Seeman, TE. (2002) Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin.* 128(2), 330–366.

Riesenfeld, R. (2006) Papá, mamá, soy gay. Guía para comprender las preferencias sexuales de los hijos. México: Debolsillo.

Riesenfeld, Rinna. (2002). Papá, Mamá soy Gay. Madrid: Edit. Grijalbo

Rodríguez, E. y Serralde, M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill.

Roosa M. & Beals J. (1990): Measurement issues in family assessment: The case of the Family Environment Scale. *Family Process*, 29:191-198.

Russell, S.T. (2003). Sexual minority youth and suicide risk. *American Behavioral Scientist*, 46, 1241-1257.

Sandfort TGM, Graf de R, Bijl RV, Schnabel P. (2001) Same-sex, sexual behavior and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 58:85-91.

Sánchez, C. (2005). Propuesta de un curso-taller a padres y sus hijos de 8 a 12 años para apoyar aspectos de la autoestima de estos últimos a través de la comunicación asertiva en la comunidad Hornos. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Licenciatura en Pedagogía.

Sánchez-Sosa J.J.; Jurado-Cárdenas Samuel; Hernández-Guzmán Laura. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes; Análisis etiológico de predoctores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(9).

Sánchez-Sosa, J.; Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación del padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9 (1).

Sandoval, L y Sánchez, J. Actualización de los aspectos neuroquímicos del trastorno de pánico. (1998). *Psiquiatría*. 14 (3), pp. 79-84.

Sanz de Acedo L., M.L., Ugarte, M., Cardelle-Elawar, M., Iriarte, M. y Sanz de Acedo B., M.T. (2003). Enhancement of self-regulation, assertiveness, and empathy. *Learning & Instruction*, 13(4), 423-439.

Schaefer, E. S. (1979). Children's reports of parental behavior: an inventory. *Child Development*, 36(2), 413-424.

Schaffer, H. (1979). La socialización y el aprendizaje en los primeros años. *Infancia y Aprendizaje*, 9.

Schein, M. y Hale, E. (1970). Estímulos que desencadenan el comportamiento sexual. En Beach, F. A. *Sexo y conducta*, México: Siglo XXI. Editores.

Schlatter J., Irala, J y Escamilla I. (2005) Psicopatología asociada a la homosexualidad. *Rev Med Univ Navarra*. 49 (3), 69-79.

Schofield, Michel. (1967). Aspectos Sociológicos de la Homosexualidad. *Colec. Sexualidad*. Buenos Aires, Argentina. Edit. Fontanella.

Schroeder, H. E. & Rakos, R. F. (1983). The identification and assessment of social skills. Em R. Ellis & D. Whittington (Comps.), *New directions in social skill training*. Londres: Croom Helm.

Sears, R., Maccoby, E. y Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Row & Peterson: Illinois.

Seligman, M.E.P. Peterson, C. (1981). Helplessness and attributional style in depression: Parts I and II. *Tidsskrift for Norsk Psykiologforening*, 18, 3-18, and 53-59.

Shavelson, R.; Staton, G. (1976). Self concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46.

Silva Claros, M. (2005) Tratamiento psicofisiológico y conductual del Trastorno de ansiedad. *Salud Mental*, 28(1), 28-37

Slaikue, K. A. (1994). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.

Smith-Jentsch, K. A., E. Salas, and D. P. Baker. 1996. Training Team Performance-Related Assertiveness. *Personnel Psychology* 49: 909-36.

Sommer V, Vasey P. (2006). *Homosexual behavior in animals*. Nueva York: Cambridge University Press.

Soriano Rubio, Sonia. Cuestiones relativas al Concepto. *Derechos Humanos*. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. 56. 63-69.

Storr, A. (1975). *Las desviaciones sexuales*. Edit. Paidós, Buenos Aires.

Tannen, D. (2001) *Different Words Different Worlds*, EE UU, William Morrow.

Triana-Del Rio R, Cibrian-Llenderal IT, Tecamachaltzi-Silveran M, Montero-Domínguez F, García LI, Manzo J, Hernandez ME, Coria--Avila GA.(2011). Conditioning same-sex partner preference in male rats. *Behav Neurosci*.

Valdez JL. y González-Arratia NI.(1999) El autoconcepto en hombres y mujeres mexicanos. *Ciencia Ergo Sum*, Universidad Autónoma del Estado de México. 6(3). 265-269.

Valdez Medina JL, González-Arratia, N.I, Sánchez Z. (2005) Elección de pareja en universitarios mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 10(2), 355-367.

Vargas Gallegos M. (1992). La terapia de relajación como un medio para reducir la ansiedad en pacientes con infarto al miocardio. Tesis Licenciatura Fa. Psicología, UNAM. México.

Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez Morejón Jiménez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 22, 247-255.

Villatoro, V.J.; Andrade P.P.; Bautista, F.C.; Medina, M.I.; Reyes L.I.; Rivera, G.E. (1997). La relación padres-hijos; una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*. 20(2).

Villavicencio P., Sebastián, J. (2003). Violencia domestica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer.

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

Wagner, FA, Catalina González-Forteza, Sergio Sánchez-García, Carmen García-Peña, Joseph J. Gallo. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*.35:3-11.

Weeks J. (1998). Sexualidad. México: Paidós, 1998.

Widom,C. y White, H.R. (1997). Problem behaviors in abused and neglected children grown up: prevalence and co-occurrence of substance abuse, crime and violence. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 7(4) 287–310.

Wolpe, J. & Lazarus, A. (1999). Behavior Therapy Techniques: a guide to the treatment of neuroses. EE.UU.: Pergamon.

Wolpe, J. (1969) The Practice of Behavioral Therapy. Nueva York: Pergamon Press Ltd., .100-122.