

**PAUTAS DE CRIANZA EN TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR**

**CLAUDIA MERCEDES CALVACHE  
NELSON CHICAIZA MURIEL**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
OCTUBRE – 2001**

**PAUTAS DE CRIANZA EN TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR**

**CLAUDIA MERCEDES CALVACHE**

**NELSON CHICAIZA MURIEL**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICOLOGOS**

**ASESORA: ELIZABETH OJEDA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
OCTUBRE - 2001**

*NOTA DE ACEPTACIÓN*

---

---

---

---

---

---

---

ASESOR

---

---

---

---

---

---

---

JURADO A

---

---

---

---

---

---

---

JURADO B

---

---

---

---

---

---

---

## *AGRADECIMIENTOS*

A los miembros de la Fundación Para la Lucha Contra la Ansiedad y el Pánico (FUNAP).

A las directivas del Hospital Materno Infantil Civil y especialmente su coordinador Luis Eduardo Mejia Mejia por su colaboración incondicional durante esta investigación.

Al profesor Fredy Villalobos por su colaboración en el area metodológica.

A Elizabeth Ojeda por sus aportes para el perfeccionamiento de esta investigación.

*NELSON DEDICA ESTE TRABAJO A:*

*A MAURA POR SER UNA MUJER  
INCONDICIONAL Y DULCE  
QUE ME HA ACOMPAÑADO  
ESPECIALMENTE EN TIEMPOS DIFÍCILES.*

*A CLAUDIA POR SU APOYO,  
POR SER LA COMPLICE Y  
LA COMPAÑERA QUE FACILITÓ  
LA ELABORACIÓN DE ESTA  
INVESTIGACIÓN CON SUS IDEAS  
REALISTAS Y ANTE TODO  
CON SU CARINO.*

*A AQUELLAS FUERZAS OSCURAS  
A VECES INCOMPRENDIDAS  
QUE MEDIANTE PRUEBAS  
COMO LA ANSIEDAD O  
LA DEPRESIÓN Y  
EN GENERAL CON TODAS  
LAS DIFICULTADES DE LA VIDA  
NOS ENSEÑAN CON FUEGO  
A VENCER NUESTROS LÍMITES Y  
NUESTROS TEMORES . . .  
A SER CADA DÍA MÁS GRANDES.*

*DEDICADO AL DUEÑO DE MIS DIAS,  
DIOS Y A LAS PERSONAS  
QUE ME BRINDÓ COMO  
FUENTES DE APOYO Y SABIDURIA:  
MIS PADRES: LUCY y LEONARDO,  
POR ENSEÑARME LO PROFUNDO  
Y ESCENCIAL DE LA EXISTENCIA.  
JHON JAIRO, JUAN CARLOS  
Y MARIA ALEJANDRA:  
COMPLICES INCONDICIONALES  
EN ESTA ETAPA.*

*A NELSON POR SER  
EL COMPAÑERO PERFECTO  
QUE PERMITIO LA REALIZACION  
DE ESTE Y DE MUCHOS MÁS SUEÑOS.*

*CLAUDIA MERCEDES.*

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
RESUMEN	8
DIFERENCIA EN PAUTAS DE CRIANZA EN TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNO DEPRESIVO	9
Planteamiento de Problema	10
Justificación	12
Pregunta de Investigación	13
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos Específicos	14
ASPECTOS TEÓRICOS	15
Marco de Referencia	15
Condicionamiento Clásico	15
Condicionamiento Operante	16
Aprendizaje Vicario	17
Marco Teórico	19
Pautas de crianza	19
Definición	19
Clasificación	20
Dimensión Severidad Tolerancia	20
Dimensión Afecto Frialdad	21
Efectos de las Dimensiones de Pautas de Crianza	23

Efecto de la Dimensión Afecto	23
Efecto de la Dimensión Control	24
Ansiedad	25
Definición y Clasificación	26
Teorías acerca de la ansiedad	28
Teoría psicoanalítica	28
Teoría Conductual	28
Teoría Cognitiva	31
Teoría Genética	33
Trastorno de Pánico	35
Delimitación Diagnóstica	37
Teorías Sobre el Trastorno de Pánico	37
Hiperventilación	37
Predisposición a la hiperventilación	38
Condicionamiento Pavloviano de las	
Sensaciones Corporales	39
Interpretaciones Catastróficas	40
Sensibilidad a la Ansiedad	40
Depresión	43
Clasificación	44
Manifestaciones clínicas	45
Trastorno Depresivo Mayor	45
Epidemiología	48



Curso y Pronóstico	48
Teorías Explicativas de la Depresión	49
Genética	49
Modelo Conductual	50
Teorías Cognitivo Sociales	50
Teoría de la Indefensión aprendida	50
Teoría de la Desesperanza	51
Teoria cognitiva	52
Teorías Cognitivo Conductuales	52
Teorías interpersonales	53
Teoría del apego	54
Diferenciación entre Ansiedad y Depresión	56
Estudios Realizados sobre de Familia y Ansiedad	60
Estudios Realizados sobre Familia y Depresión	65
Marco Conceptual	67
ASPECTOS METODOLÓGICOS	70
Prueba Estadística	70
Hipótesis	70
Hipótesis Nula	70
Hipótesis de Trabajo	71
Hipótesis estadística	71
Participantes	71
Instrumentos	72

Formato para el Cuestionario de Pautas de Crianza	73
Plan de Prueba	74
Validez del cuestionario de Pautas de Crianza	74
Confiabilidad del Cuestionario de Pautas de Crianza	75
Estandarización del Cuestionario de Pautas de Crianza	76
Procedimiento	78
Resultados	79
Discusión	86
Referencias	94
Anexos	97
Anexo A	98
Anexo B	101
Anexo C	103
Anexo D	108
Anexo E	116
Anexo F	118

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Principios de Condicionamiento Operante	17
Tabla 2 Propuesta de Estilos Educativos Paternos	22
Tabla 3 Efectos de las combinaciones de pautas de crianza	24
Tabla 4 Síntomas Específicos y Comunes en la Ansiedad y la Depresión	58
Tabla 5 Diferencia en Niños con Referencia al Riesgo de Depresión en los padres	66
Tabla 6 Características del Grupo para Confiabilidad Pautas de Crianza	76 75
Tabla 7 Características del Grupo para Estandarización	77
Tabla 8 Baremos Cuestionario de Pautas de Crianza	78
Tabla 9 Diferencia en Pautas de Crianza Familiares	84
Tabla 10 Diferencia Afecto Padre y Madre Hombres	84
Tabla 11 Diferencia Control Padre y Madre Mujeres	85
Tabla 12 Control para padre y madre Hombres	85
Tabla 13 Afecto Padre y Madre Mujeres	86

LISTA DE FIGURAS

figura1 Multicausalidad de los Trastornos de Ansiedad	35
figura 2 Explicación de los Ataques de Pánico a través del Condicionamiento Clásico	40
figura 3. Teoría de Autocontrol de Rehm	53
figura 4. Representación Esquemática del Modelo Tripartito	59
figura 5. Comparaciones de Afecto - Padre	81
<i>figura 6. Comparaciones de Afecto - Madre</i>	<i>81</i>
figura 6 Comparaciones Control - Padre	82
figura 6 Comparaciones Control - Madre	83

## GLOSARIO

**Agorafobia:** Temor excesivo a encontrarse en una situación de la cual pueda resultar difícil, embarazoso o avergonzado salir de ella.

**Ansiedad:** Estado emocional desadaptativo caracterizado por una sensación subjetiva de malestar, aprehensión, sensación de peligro inminente, se acompaña de activación del sistema nervioso autónomo más pensamientos anticipativos catastróficos.

**Trastorno de ansiedad:** Trastorno donde se encuentra predominio de la ansiedad, se puede manifestar específicamente en una situación o de manera inespecífica

**Trastorno Depresivo Mayor:** Estado de ánimo predominantemente deprimido, el cual se acompaña de la imposibilidad de experimentar sensaciones placenteras, en actividades que anteriormente lo eran, dificultad para concentración, memoria y atención, la persona con depresión experimenta pérdida de apetito, dificultad para conciliar el sueño y en consecuencia disminución del peso corporal.

**Miedo:** Reacción intensa del organismo en el cual se moviliza toda la energía de éste con el fin de mantener o preservar su vida.

**Ataque de pánico:** Es caracterizado por la rápida aparición de síntomas somáticos y cognitivos como: palpitaciones, dificultad para respirar, sensación de asfixia, entumecimiento u hormigueo en extremidades, sequedad de boca, temor a volverse loco, o sufrir un paro cardíaco un accidente cerebrovascular, desrealización y de despersonalización.

**Trastorno de pánico:** presentación de ataques de pánico acompañados de temor a sufrir nuevos episodios (miedo al miedo) y cambios significativos de la conducta relacionada con los mismos.

**Pautas de crianza:** Resumen de la forma en que conviven o interactúan los padres con los hijos y de los métodos que utilizan los padres para dirigir la conducta de los hijos. Se pueden agravar en dimensiones: afecto – no afecto y control laxo – control fuerte.

**Dimensión afecto – no afecto:** presencia o ausencia de afecto, diálogo, uso de la razón empleado por los padres para cuidar o dirigir a sus hijos.

**Dimensión control laxo – control fuerte:** importancia que los padres dan al cumplimiento de las normas y los métodos que emplean para relacionarse o dirigirse sus hijos, resultantes de las pautas de crianza que emplean los padres con ellos.

## Resumen

Para establecer la diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y trastorno depresivo mayor, en primera instancia se convocaron los pacientes a partir de medios de comunicación, posteriormente se seleccionaron los grupos de estudio a través de los criterios DSM IV consignados en dos entrevistas semiestructuradas para cada trastorno; el primer grupo fue conformado por 20 personas con trastorno de pánico y el segundo por 20 personas con trastorno depresivo mayor. Para la medición de las pautas de crianza se construyó un cuestionario cuya confiabilidad, validez y estandarización se constituye en parte de esta investigación, finalmente se aplicó el cuestionario a los grupos de estudio y se analizaron los datos a partir de la estadística descriptiva y posteriormente mediante la estadística inferencial, encontrando diferencia significativa en la pauta de crianza afecto y siendo mayor el nivel de afecto en las personas con trastorno de pánico que en las personas con trastorno depresivo mayor. Al analizar los datos teniendo en cuenta el género del padre como el género de los sujetos se obtuvo como resultado que existe diferencia significativa en el nivel de afecto que los hombres reciben de sus padres y de sus madres siendo mayor el nivel de afecto en los hombres con trastorno de pánico, también se encontró diferencia significativa en cuanto al nivel de control que las mujeres recibieron de sus padres y madres, siendo mayor el control recibido por las mujeres con trastorno de pánico.

### **Abstract**

To establish the difference between the guidelines of breeding obtained by people with panic disorders and people with greater depression disorder it was necessary to convoke the patients by means of the use of the mass media. The DSM IV criteria, which were recorded in two semi-structured interviews for each disorder, were used for the selection of the study groups. The first group was conformed by 20 people with panic disorder and the second one was conformed by 20 people with greater depression disorder. For the measuring of the guidelines in breeding a questionnaire was elaborated, where its reliability, validity, and standardization are part of this research. Finally, a questionnaire was administered to the study groups and the data were analyzed with the descriptive statistics at first, and then the inferential statistics was used. Significant differences in the breeding-affection guidelines were found, where the level of affection was greater in people with panic disorders in comparison with the subjects with greater depression disorder. When the data were analyzed keeping in mind the gender of the parent and the gender of the subjects, it was found that there is a significant difference in the level of affection that men received from their fathers and mothers and it was determined that the level of affection was greater in men with panic disorders. The level of control that women received from their parents was another significant difference found in this study, where the level of control received by women with panic disorder was greater.



**TITULO: PAUTAS DE CRIANZA EN TRASTORNO DE PANICO Y  
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR<sup>1</sup>**

CALVACHE, Claudia; CHICAIZA, Nelson<sup>2</sup>; OJEDA, Elizabeth<sup>3</sup>

***Palabras Claves***

*Pautas de Crianza, Trastorno de Pánico, Trastorno Depresivo Mayor.*

***Descripción***

Para establecer la diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y las recibidas por personas con trastorno depresivo mayor, en primera instancia se convocaron los pacientes a partir de medios de comunicación (volantes, radio y prensa), posteriormente se seleccionaron los grupos de estudio a través de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -IV), consignados en dos entrevistas semiestructuradas cada trastorno. El primer grupo fue conformado por veinte personas con trastorno de Pánico y el segundo por igual número de personas con trastorno Depresivo Mayor. Para la medición de las pautas de crianza se construyó un cuestionario cuya confiabilidad, validéz y estandarización se constituyen en parte de esta investigación. Finalmente se aplicó el cuestionario a los grupos de estudio, se analizaron los datos a partir de la estadística descriptiva y posteriormente mediante la estadística inferencial, encontrando diferencia significativa en las pautas de crianza recibidas en los dos grupos de estudio.

**Fuentes**

En total se consultaron 32 referencias bibliográficas distribuidas así: Sobre el tema de Psicología Infantil: 4 Libros; sobre el tema de Psicología Clínica: 4

---

<sup>1</sup> Trabajo de Grado

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología

libros y una tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Sobre psicopatología 21 libros y sobre psicometría 2 libros.

### **Contenido**

El trabajo de grado en su parte teórica, abarcó en primera instancia los paradigmas de aprendizaje: clásico, operante y vicario, para posteriormente presentar la definición y clasificación de las pautas de crianza. Así mismo el marco teórico reseña las características diagnósticas, epidemiología, curso y teorías explicativas del Trastorno de Pánico y del trastorno Depresivo Mayor. Finalmente se incluyen estudios sobre familia y los trastornos en mención. Por otra parte los objetivos se diseñaron con el fin de establecer si existe diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y las recibidas por personas con trastorno depresivo mayor. Para tal fin en primer lugar se determinaron las pautas de crianza presentes en cada trastorno, finalmente se establecieron las diferencias teniendo en cuenta el género del paciente y del padre de familia. Las hipótesis se diseñaron con el fin de comprobar la existencia de esta diferencia, en la parte estadística se planteó un nivel de significación:

#### **Metodología**

**En la presente investigación se contó con dos grupos de estudio, el primero de personas con trastorno de pánico (grupo 1) y el segundo conformado por personas con trastorno depresivo mayor (grupo2), la técnica de muestreo empleada fue el muestreo por cuotas, esto se debió en especial a la dificultad para reunir al grupo de estudio de personas con trastorno de pánico.**

**Los instrumentos que se utilizaron para la selección de los grupos fueron: La entrevista semiestructurada para el diagnóstico del trastorno de pánico para el grupo 1 y la entrevista semiestructurada para el trastorno depresivo mayor para el grupo 2; también se utilizó**

---

<sup>3</sup> Asesora de Trabajo de Grado

**el cuestionario de pautas de crianza que fue aplicado a los dos grupos con el fin de determinar las pautas de crianza recibidas por los sujetos y cuya información es el eje central de esta investigación.**

**Con el fin de analizar los resultados se analizaron los datos del cuestionario de pautas de crianza convirtiendo los puntajes directos en probabilidades Z, posteriormente se analizaron los datos desde la estadística descriptiva y posteriormente mediante la estadística inferencial al utilizar la prueba t para datos no relacionados con el fin de determinar si existía diferencia significativa entre los puntajes de los grupos.**

#### **Conclusiones**

En la presente investigación que encontró que existe diferencia significativa en la pauta de crianza afecto recibida por los dos grupos, cuando los datos fueron analizados teniendo en cuenta el género del sujeto y de sus padres se encontró que había diferencia significativa en la pauta de crianza afecto que los hombres recibían de su padre y de su madre, habiendo recibido afecto medio los hombres con trastorno de pánico y afecto bajo los hombres con trastorno depresivo mayor.

También se encontró diferencia significativa en el nivel de control que las mujeres reciben de su padre y de su madre, habiendo recibido niveles medios de control los dos grupos.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran: la dificultad para reunir a el grupo de estudio 1 lo cual imposibilitó la aplicación de otro tipo de muestreo y por lo tanto se debe mejorar este aspecto en posteriores investigaciones. Además se encuentra el hecho que en especial los pacientes depresivos puedan sesgar sus respuestas en el cuestionario de pautas de crianza y debido a su estado anímico poseer una visión negativa de sus padres mas allá de las verdaderas interacciones que tuvo con sus padres

Se recomienda para futuras investigaciones indagar sobre el trastorno psicológico de los padres, con el fin de esclarecer cuál es la contribución de las variables ambientales en la transmisión de padres a hijos. Debido a la claridad que ofrece el cuestionario de pautas de crianza, es conveniente investigar esta variable en los restantes trastornos psicológicos así como también en sujetos normales. Por otra parte una vez identificadas las pautas de crianza asociadas a cada trastorno se hace indispensable el diseño y ejecución de programas preventivos tendientes a aminorar los índices de prevalencia de los trastornos en mención. De la misma manera el cuestionario de pautas de crianza puede ser aplicado como instrumento de evaluación dentro de estos programas.

#### **Anexos**

Anexo A: Entrevista Semiestructurada Para el Diagnóstico de Trastorno de Pánico

Anexo B: Entrevista semiestructurada para el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

Anexo C: Cuestionario de Pautas de Crianza.

Anexo D: Formato para la Validez de Contenido Entregado a los Jueces y Clasificaciones Otorgadas a los ítems.

Anexo E: Medios utilizados para la convocatoria de pacientes (volantes y aviso de prensa).

## **PAUTAS DE CRIANZA EN EL TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

Es durante la infancia cuando el ser humano aprende la mayoría de sus comportamientos, y debido a la intensidad y proximidad de las relaciones con sus familiares, es esta una de las principales influencias ambientales en el comportamiento. Por tal razón fueron muchos los investigadores que estudiaron los factores psicopatógenos de la familia en los trastornos mentales de los hijos.

Hacia la década de los sesenta las investigaciones sobre este tema no respaldaban una simple relación entre las dos variables (familia y trastorno mental) esas investigaciones cometían tres errores metodológicos: a) Se basaban en respuestas únicamente de la madre de familia, b) no estudiaron las relaciones familiares de niños sin trastornos de ansiedad y c) desconocieron el hecho de que los padres pretendían aparecer ante los investigadores con una imagen favorable.

En la década pasada las investigaciones, especialmente la de Castillo y García (1994) en Cuba, encontraron cómo las relaciones familiares de personas con trastornos mentales, se caracterizaban por ser inadecuadas. Pero estas investigaciones no especifican qué se entiende por relaciones familiares inadecuadas, ni tampoco delimitan el tipo de relaciones familiares a investigar, ya que al hablar de relaciones familiares se toma un gran grupo de relaciones (entre hermanos, padres e hijos, personalidad, trastornos de los mismos, etc.).

La presente investigación limita tanto el grupo de relaciones familiares como los trastornos a estudiar, para luego proceder a establecer las relaciones entre las pautas de crianza recibidas por los sujetos afectados por trastorno de

pánico y sujetos afectados con trastorno depresivo mayor, con el fin de contribuir a clarificar el papel de esta variable ambiental en los trastornos comportamentales.

### **Planteamiento de Problema**

Las formas de interacción entre padres e hijos, cumplen una función socializadora que contribuye en la formación de la personalidad, esquemas cognitivos y posibles trastornos mentales que puedan desarrollarse a lo largo de la vida del ser humano. Pese a ello no se ha establecido con claridad la importancia de la familia en la génesis de los trastornos mentales o su influencia en los procesos cognitivos. En muchos casos durante el proceso de evaluación psicológica se indaga acerca del área familiar, sin operativizar los criterios para tal fin; las interacciones son catalogadas como buenas o malas pero no se especifica qué subtipos de interacciones familiares se están evaluando o indagando. La influencia que tienen las variables ambientales y específicamente las familiares, no está clara aún, prueba de ello es el hecho que no se ha podido establecer con claridad qué tipo de pauta de crianza se **relaciona** con qué tipo de trastorno o qué **diferencias** existen entre las pautas de crianza que recibieron las personas de distintos trastornos.

Las teorías existentes explican cómo los trastornos mentales se pueden aprender a través de diferentes tipos de condicionamientos y cómo reaparecen y se generalizan con la mediación de las cogniciones. Nótese cómo la explicación dada no involucra a los actores de tales aprendizajes (padres - hijos) por lo tanto, no se explica el papel que juegan éstos en la génesis, mantenimiento y generalización éstos trastornos.

La conclusión es clara, los investigadores descuidaron uno de los principales ámbitos de aprendizaje, la familia, existiendo en consecuencia un **vacío conceptual (teórico) en el papel psicopatológico de las interacciones padre e hijo**. Este tipo de vacíos teóricos hacen que valiosa información se escape en el momento de la evaluación, contribuyendo así a un uso y aplicación limitada de las terapias existentes y obstaculizando el diseño de nuevas técnicas psicoterapéuticas, así como el diseño de programas preventivos. Al no comparar las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y personas depresivas se dificulta dimensionar la relación e incluso la influencia de las pautas de crianza en este tipo de trastornos, ya que de resultar similares las pautas de crianza recibidas por los dos grupos, ello implicaría que son otras las variables que se relacionan con el trastorno de pánico y con los trastornos depresivos.

Al investigar las pautas de crianza en relación con los trastornos de ansiedad y depresión, en primera instancia se acaba con el vacío teórico existente en cuanto a esta variable. El presente estudio, al buscar relaciones entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y las recibidas por personas con trastorno depresivo, contribuye a clarificar el papel que cumple esta variable en el origen y mantenimiento de los **trastornos comportamentales en general**. De determinarse la existencia de diferencias entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y trastorno depresivo esta información se utilizaría para optimizar los procesos de diagnóstico, intervención y tratamiento, en el diseño de nuevas técnicas y

en programas preventivos que disminuyan la incidencia y las consecuencias de estos trastornos en la población.

### **Justificación**

Estudios epidemiológicos muestran que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia entre el 1,5 y 3,5% y en el trastorno depresivo entre el 3.5 y 6%; datos que representan especial interés en el estudio de la psicopatología siendo además considerados como los trastornos más frecuentes en la población en general y dentro de los contextos clínicos en particular.

Así mismo si se tiene en cuenta que éstos trastornos psicológicos constituyen un claro limitante para quien los padece, por ejemplo: consecuencias en el orden laboral, afectivo, sexual, social, familiar, un costo personal, económico y psicológico muy elevado para quienes lo enfrentan.

Por otra parte, dentro del ámbito científico, en la teoría comportamental se concede especial relevancia al aprendizaje y más específicamente a las variables ambientales implicadas en la adquisición de psicopatologías. Si se tiene en cuenta que las pautas de crianza hacen parte de estas variables, la clarificación del papel de éstas en los trastornos psicológicos, se constituye en un importante aporte para las ciencias del comportamiento.

Los ataques de pánico se constituyen en la cúspide de los trastornos de ansiedad y además se encuentran presentes en varios de ellos, razón por la cual, los resultados de la presente investigación se podrían generalizar a varios trastornos de ansiedad. Por otra parte el trastorno depresivo es el de mayor prevalencia en nuestra región, es por ello que los resultados de esta investigación involucran a un gran porcentaje de la población.



En nuestro contexto regional los estudios realizados sobre pautas de crianza se encuentran en el ámbito de la educación y no sobrepasan el nivel descriptivo, se basan en la investigación cualitativa y en el estudio con poblaciones homogéneas y características muy específicas que impiden generalizar los resultados al resto de la población.

Al colaborar con la clarificación de una de las variables que se cree están comprometidas en los trastornos comportamentales (influencias familiares), se puede emplear esta nueva información para optimizar los procesos de evaluación y terapia, con el fin de mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas con estos trastornos y a la vez que también se podría diseñar programas preventivos dirigidos a poblaciones de alto riesgo.

### **Pregunta de Investigación**

¿Existe diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y las pautas de crianza recibidas por personas con depresión?

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Determinar si existe diferencia entre pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno depresivo mayor.

#### **Objetivos Específicos**

1. Determinar cuales fueron las pautas de crianza que recibieron las personas diagnosticadas con trastorno de pánico.

2. Determinar cuales fueron las pautas de crianza que recibieron las personas diagnosticadas con trastorno depresivo.
3. Determinar si existe diferencia entre las pautas de crianza que recibieron de sus padres las personas diagnosticadas con trastorno de pánico y las personas con trastorno depresivo, teniendo en cuenta el genero del padre y del paciente.

## **ASPECTOS TEÓRICOS**

### **Marco de Referencia**

Las pautas de crianza y la adquisición de trastornos psicológicos se explican desde diferentes perspectivas. Una de ellas es la teoría del aprendizaje. Este enfoque comprende diferentes teorías útiles en la explicación del comportamiento humano, la conducta anormal y la mediación de variables ambientales y cognitivas en dichos procesos.

Por otra parte, teniendo en cuenta que el abordaje de la temática a estudiar en esta investigación se encuentra dentro del marco de los principios de la Terapia Comportamental, se reseña a continuación sus principales postulados que al utilizar el aprendizaje como punto de partida construye su teoría sobre tres paradigmas principales: a) condicionamiento clásico, b) condicionamiento instrumental y c) condicionamiento vicario.

### **Condicionamiento Clásico**

Este paradigma se constituye como el inicio de la terapia del comportamiento, se comenzó con experimentos de laboratorio con animales, en los cuales se estudiaban las conexiones entre diversos estímulos ambientales y las reacciones reflejas como la salivación (Kazdin, 1996).

Por medio del condicionamiento clásico un estímulo neutro (un estímulo que no produce reflejo particular), puede hacer que se produzca una respuesta refleja. Para este fin se aparea el estímulo neutro (conocido como estímulo condicionado EC con un estímulo incondicionado o productor de respuesta refleja).

Sin embargo, este no es un proceso mecánico en el que el simple apareamiento de estímulos conduce automáticamente a su conexión. Rescarla (1988) (citado por Kazdin 1996) argumenta al respecto que el aprendizaje depende de varios factores que contribuyen a la asociación y determinan si los estímulos neutros producen la respuesta.

El paradigma aporta parcialmente en la explicación de la conducta pero no logra abarcar todos los componentes de esta.

### **Condicionamiento Operante**

Al aprendizaje dependiente de sus consecuencias se le llama **operante** (Stumphauzer, 1983). En este aprendizaje se emiten respuestas de manera espontánea, estas respuestas se llaman también operantes debido a que operan (tienen influencia) sobre el ambiente. La mayoría de las conductas que realiza el ser humano son de este tipo ya que no son reflejos controlados por estímulos evocadores. Las conductas operantes se fortalecen (incrementan) o se debilitan (decrementan) en función de los eventos que las siguen.

En virtud de las consecuencias que siguen a las respuestas se plantean: el reforzamiento, el castigo, la extinción y el control de estímulos como los principios básicos del condicionamiento operante (Ver Tabla 1).

Este paradigma ha sido de gran utilidad en la explicación de trastornos psicológicos tales como la ansiedad, porque proporciona elementos explicativos a las diferentes características clínicas del mismo. Así por ejemplo, el concepto de reforzamiento negativo permite la comprensión de fenómenos como la resistencia a la extinción de la conducta evitativa en este trastorno; el individuo que evita una situación generadora de ansiedad disminuye sus niveles de

ansiedad es decir adquiere una consecuencia positiva a partir de su comportamiento evitativo negativo.

Tabla 1

**Sumario de Principios de Condicionamiento Operante**

<i>PRINCIPIO</i>	<b>PROCEDIMIENTO CARACTERÍSTICO Y SU EFECTO SOBRE LA CONDUCTA.</b>
REFORZAMIENTO	Presentación o retiro de un evento después de una respuesta que incrementa la frecuencia de la misma.
REFORZAMIENTO NEGATIVO	Estímulos desagradables cuya supresión aumenta la probabilidad de respuesta.
CASTIGO	Presentación o retiro de un evento después de una respuesta que decremente su frecuencia.
EXTINCION	Ya no se presenta el evento reforzante después de una respuesta, lo que decremente la frecuencia de la respuesta previamente reforzada.
CONTROL DE ESTIMULOS Y	Reforzamiento de respuesta en presencia de un estímulo pero no de otro.
ENTRENAMIENTO DISCRIMINATORIO	Este procedimiento incrementa la frecuencia de la respuesta en presencia del estímulo primario y la decremente ante el último.

**Aprendizaje Vicario**

Teniendo en cuenta que el aprendizaje es un cambio en la conducta provocado por la experiencia, en el aprendizaje vicario u observacional, la experiencia consiste en la observación de la ejecución de un modelo y las consecuencias de la conducta de este.

Bandura (1962) (citado por Kazdin, 1996) postula que el aprendizaje vicario se explica por acciones ejecutadas mientras se observa el modelo.

Frecuentemente estos actos se ejecutan de manera cubierta, esto se incluye en el pensamiento.

Hay dos tipos de conducta cubierta especialmente importante para el aprendizaje vicario: a) procesos de atención y b) procesos de retención.

Los procesos de atención se relacionan con el organismo que observa los aspectos relevantes de la conducta modelo y sus consecuencias.

Una vez que el organismo está poniendo atención a los aspectos relevantes de la conducta modelo, entran en juego los procesos de retención. Estos son actos que el observador ejecuta, para ayudarse a recordar la conducta del modelo. Un proceso importante de retención consiste en representar de alguna manera la conducta del modelo a menudo con palabras, igualmente se puede ejecutar de manera repetida la conducta del modelo o una representación verbal de dicha conducta de alguna forma cubierta.

Así mismo Kazdin (1996) afirma que la efectividad de los procedimientos observacionales depende de muchas variables entre ellas: a) las características de los modelos y b) la edad de los mismos. Así, los observadores aprenden más de los modelos competentes atractivos, agradables y prestigiosos que de quienes carecen de estos rasgos. La edad del observador es otra característica importante, en general, los adultos aprenden de la observación más que los niños y los niños mayores aprenden mejor que los más pequeños.

Hasta ahora nos hemos referido al aprendizaje como una formación de asociaciones y contingencias, pero el aprendizaje vicario también involucra algunos aspectos cognitivos que vale la pena resaltar ya que son de gran importancia para comprender el proceso del aprendizaje.

Así las teorías llamadas neoconductistas recalcan el papel de estos procesos, abordando la conducta desde una perspectiva más integral que incluye conductas fisiológicas, motoras y cognitivas.

En general, la modificación de la conducta o teoría comportamental se puede explicar como: “La aplicación sistemática de los principios psicológicos del aprendizaje en la modificación de la conducta humana” (Stamphauzer, 1983, p.19).

El enfoque de la modificación conductual incluye la evaluación y alteración de la conducta enfocándose en el desarrollo de la conducta adaptativa, prosocial y la reeducación de la conducta desadaptativa, lo cual incluye una variedad de personas y situaciones en escenarios como el hogar, la escuela, el trabajo, etc.

Para este enfoque, la conducta se aprende, por consiguiente también se puede modificar, en consecuencia el enfoque tiene elementos de las teorías del aprendizaje e investigación en psicología.

Nótese como esta teoría concede especial importancia a las variables de tipo ambiental. Al respecto, Fernandez - Ballesteros (1987), afirma que dentro de estas variables ambientales se encuentran la interacción padres e hijos, las experiencias escolares, la relación con el grupo de iguales entre otros.

### **Marco Teórico**

#### **Pautas de Crianza**

##### **Definición**

Las pautas de crianza, procedimientos de educación o patrones de crianza son el resumen de la manera como los padres conviven con sus hijos;

así como también el resumen de los métodos y medios que utilizan para dirigir la conducta de sus hijos. Estas se agrupan en dimensiones que cruzadas entre sí, dan como resultado diferentes combinaciones que conducen a la conformación de diversos tipos de educación familiar, según lo afirman: Clarizio y Mc Coy, (1972) Singer (1971), y Quintana,(1972).

Acosta y Anaya (1986) definen pautas de crianza como *“aquellos modelos de conducta de padres y adultos, manifestados con alta frecuencia, mediante técnicas, métodos y procedimientos tendientes a establecer en el niño una manera particular de comportamiento”* (p. 145).

En síntesis, las pautas de crianza son formas de convivir los padres con sus hijos, las cuales pueden reunirse en dimensiones y *tienen como propósito* dirigir la conducta de éstos.

### **Clasificación**

En las revisiones hechas por Singer (1971); los estudios realizados por Sears, Mc Coby y Levin 1957; Shafer y Beccher 1959, (citados por Watson y Lindgreen,1991; Quintana,1993) se concluye que las interacciones de los padres con sus hijos se pueden agrupar en dos dimensiones, las cuales abarcan diferentes pautas de crianza utilizadas.

**1. Dimensión severidad – tolerancia.** Los padres severos fijan pautas que los hijos deben seguir sin cuestionar, valoran ante todo la obediencia, empleando frecuentemente el castigo físico. Los padres tolerantes, por su parte, rehuyen a enfrentar los conflictos de poder con el niño, proporcionan explicaciones sobre las normas familiares y frecuentemente las negocian y además acceden a los deseos del niño.



**2. Dimensión afecto – frialdad.** Los padres afectuosos son acogedores, indulgentes, comprensivos y constantemente emplean el raciocinio (*diálogo*) para que los niños realicen las acciones que ellos consideran correctas; en cambio que los padres que se encuentran en el otro extremo de la dimensión (*frialdad*) son hostiles y rechazan a los niños, es decir, que las relaciones se caracterizan por la escasa emotividad.

Baumrind (1977) (Citada por Watson y Lindgreen, 1991) propone un tipo novedoso de pautas de crianza, el cual conserva algunas de las características de las dimensiones antes mencionadas. Esta autora propone dos categorías, la primera la de **padres autoritativos**, quienes ejercen fuerte control sobre sus hijos, no negocian las normas, mantienen un intercambio verbal con sus hijos para que estos realicen las acciones que los padres consideran las mejores. Son persistentes y persuasivos en sus objetivos, guían la conducta a favor del niño y con orientación cooperativa, además combinan afecto y severidad.

La segunda categoría es la de padres autoritarios, quienes guían la conducta y los objetivos de esta, las decisiones se toman con base en la perspectiva del padre y sin orientación social cooperativa.

Mc Cobby (1983) (citado por Quintana, 1993; Wicks - Nelson, 1997) propone una nueva categorización de las pautas de crianza basado en los estudios de Baumrind, propone, dos dimensiones de pautas de crianza, similares a las anteriormente mencionadas; estas son: a). Control fuerte – Control laxo, y b). Afecto - no afecto. Al cruzarse entre sí dan como resultado diferentes tipos de padres, cada uno con sus características particulares. En investigaciones anteriores se intentaba categorizar algunos tipos de padres,

olvidando otros tipos como es el caso de la investigación de Baumrind (1972), citada anteriormente (ver tabla 2).

**Tabla 2.**

**Propuesta de estilos educativos paternos de E. E. Mc Coby y J. A. Martín**

	<b>AFEECTO</b>	<b>NO AFEECTO</b>
<i>CONTROL FUERTE</i>	Autoritativo Recíproco	Autoritario Represivo
<i>CONTROL LAXO</i>	Permisivo, Indulgente ( <i>Indulgente – Tolerante</i> )	Permisivo, Negligente ( <i>Negligente</i> )

A continuación se explican los diferentes tipos de combinaciones:

La primera combinación es la del padre **Autoritario Recíproco** (Dimensión control fuerte – afecto). Este tipo de padres ejerce control y normatividad utilizando para tal fin medios de concertación y diálogo, permiten la expresión de las necesidades, sentimientos e intereses de sus hijos, fomentando independencia e individualidad en el niño.

Otra combinación es la del **padre autoritario represivo** (dimensión control fuerte no afectivo): los padres de esta categoría establecen normas con poca participación del niño, inhiben a los hijos en el cuestionamiento de la autoridad. Las relaciones se caracterizan por ausencia de reciprocidad y diálogo, además recurren con frecuencia al castigo físico.

La tercera combinación es la del padre permisivo indulgente (dimensión control - afecto): Se constituye el polo opuesto del padre autoritario, ya que son padres que ejercen poco control y autoridad sobre sus hijos, dejan que estos gobiernen en su propia vida, y a pesar de esto atienden a las responsabilidades de sus hijos.

La cuarta combinación, es la del **padre permisivo negligente** (dimensiones no afecto control laxo), llamada también permisivo práctico o por comodidad, estos padres no se implican afectivamente con sus hijos prestan poca atención a las normas y a los intereses de los hijos, este tipo de crianza ofrece los peores efectos en los hijos.

Para esta investigación denominaremos las pautas de crianza de la misma manera en que lo hace Mac Coby (debido a que su nominación es menos ambigua) es decir control fuerte, control laxo, afecto – no afecto. Nótese que las dimensiones expuestas por Mac Coby corresponden a las dimensiones obtenidas por Singer en su Revisión (1971).

### **Efectos de las Dimensiones de Pautas de Crianza en los Hijos.**

Las pautas de crianza tienen efectos sobre los hijos y estos se pueden agrupar de la siguiente manera:

**Efectos de la Dimensión Afecto no Afecto.** Los hijos de padres afectuosos aceptan e internalizan las normas cuando se “portan mal”. Son afectados por sentimientos de culpa y tratan de contribuir en la solución de problemas. El afecto hace que los niños lleguen a autocontrolar su comportamiento (Singer, 1974; Watson y Clay Lindgren, 1991; Wicks – Nelson, 1997).

Bayley y Schafer (1964) (citados por Watson,y Lindgreen,1991) encontraron relación significativa entre los resultados obtenidos, la amigabilidad en los niños y el afecto.

Los hijos de padres no afectuosos son agresivos, se les dificulta aceptar normas y autocontrolar su comportamiento. Wulbert (1975) (citado por Watson,

y Lindgren, 1991) encontraron que la hostilidad se relacionaba significativamente con el retraso en el lenguaje de los niños.

**Efectos de la Dimensión Control Fuerte – Control Laxo.** Los hijos de padres de control fuerte no internalizan las normas y por ello no autocontrolan su conducta, tienen miedo al castigo y piensan que los demás están contra ellos; si la severidad es excesiva los hijos pueden ser pasivos y dependientes (Singer, 1974; Watson y Clay Lindren 1991; Wicks – Nelson, 1997).

Investigaciones de Bayley y Schafer en (1964) (citados por Watson, 1991) encontraron relación positiva, significativa entre el desempeño en pruebas de inteligencia, la amigabilidad en los niños y la tolerancia.

Los efectos de estas dimensiones se cruzan entre sí, dando como resultado diferentes combinaciones de pautas de crianza. (Ver tabla 3).

**Tabla 3.**

**Efectos de las combinaciones de pautas de crianza en los hijos**

<b>DIMENSION</b>	<b>AFECTO</b>	<b>NO AFECTO</b>
<b>CONTROL FUERTE</b>	(Padre autoritario – recíproco) Hijos con conducta social bien controlada, ya que internalizan normas, suelen ser víctimas sentimientos de culpabilidad y vergüenza, son niños que internalizan reglas, a través del diálogo y por eso se le dificulta romperlas.	(Padre autoritario represivo) Hijos que internalizan las normas, actúan por temor al castigo, estos hijos son resentidos y agresivos, pero no expresan estos sentimientos, son hijos con baja autoestima y por ello son tímidos y aislados. Tienen alta probabilidad de sufrir trastorno psicológico.
<b>CONTROL LAXO</b>	(Padre permisivo indulgente) Hijos independientes activos y creativos, a estos niños se les suele dificultar un poco su socialización ya que tienden a ser dominantes y están orientados al éxito.	(Permisivo negligente) Son hijos que no se rigen por ninguna norma, por lo cual no autocontrolan su conducta, mostrando agresividad; en pocas palabras se trata de personas con trastornos de personalidad disocial o antisocial.

### **Ansiedad**

Etimológicamente el término “**ansiedad**” proviene del latín *anxietas*, derivado del vocablo *angere*, que significa “*estrechar*” y se refiere a un malestar muy intenso que se manifiesta principalmente por la respiración anhelante. La introducción de este término en el área de la Psicología según lo afirman, autores como Borvokey y Weertes (1977) (citados por Fernández, 1987), se debe a la traducción de vocablo *angs* empleado por Freud, quien a pesar de no definirlo con exactitud, lo utilizó con éxito en el desarrollo de su teoría.

La ansiedad fue un término ambiguo en su origen y sólo tras los aportes de los diferentes teóricos se ha logrado operativizar y entender desde una perspectiva integrativa y multidimensional. Se ha constituido como un trastorno de gran interés para el estudio del ser humano a lo largo de la historia y a través de diferentes ramas del saber, en las cuales se han investigado sus manifestaciones postulando diferentes definiciones y aproximándose hacia un concepto más integrado como el que se mantiene actualmente.

Vallejo (1991) afirma que la ansiedad entendida como una manifestación, fue estudiada desde los albores de la filosofía occidental, cuando ya se postulaban algunas manifestaciones basadas en la Dicotomía mente – cuerpo, que influenciaron también el desarrollo de ramas como la Medicina que en principio se ocupaba del estudio del comportamiento humano. Este tipo de postulado se mantuvo hasta gran parte del siglo XIX. De la misma manera, momentos históricos relevantes para la humanidad han afectado el contenido de las definiciones plateadas por los teóricos, quienes se vieron influenciados enormemente por las ideologías del momento.

### **Definición y Clasificación**

Vallejo (1991) afirma que la ansiedad es una reacción adaptativa y evolutiva que surge ante una señal de peligro, desencadenando en el sujeto conductas de escape – evitación o huida, maximizando así sus capacidades para sobrevivir. Para este autor, en definitiva, la ansiedad es una respuesta fisiológica conductual cognitiva y vivencial caracterizada por un estado de alerta y activación generalizada.

Sandín (1997) define la ansiedad como una respuesta anticipatoria frente a alguna amenaza (*interna y externa*) caracterizada por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprehensión y alarma; acompañadas de manifestaciones asociadas o hiperactivación del sistema nervioso autónomo (*taquicardia, sudoración, etc.*).

Estos autores coinciden en asignar a la respuesta de ansiedad el carácter anticipatorio y desadaptativo que la definen. Igualmente afirman que se presenta en respuesta a estímulos amenazantes para la supervivencia del individuo. Tanto Vallejo (1991) como Sandin (1997) distinguen tres canales de respuesta en la ansiedad:

- a. Motor
- b. Fisiológico
- c. Cognitivo

Lo anterior nos acerca a una concepción integral basada tanto en condiciones estimulares como en las respuestas que desencadena y los componentes específicos de esta reacción.

En conclusión, podemos definir la ansiedad como una respuesta aprendida que se manifiesta frente a estímulos (*internos o externos*) que resultan amenazantes y constituyen una señal de peligro para la supervivencia del individuo. La ansiedad es desadaptativa, debido a que no es congruente con la intensidad del estímulo y conlleva al deterioro funcional del individuo, mediado por mecanismos de escape – evitación que la persona utiliza para reducir la ansiedad evitando la proximidad del estímulo desencadenante de la respuesta. Por lo tanto la ansiedad es un fenómeno multidimensional que implica la participación de tres canales de respuesta en su manifestación: Motor, fisiológico y cognitivo.

Las respuestas de ansiedad pueden presentarse en diferente intensidad con predominio de uno o más canales de respuesta. Problemas como la comorbilidad de los trastornos de ansiedad con otros trastornos, hacen del diagnóstico una tarea difícil. Por lo cual se hace necesario la existencia de un sistema de clasificación que organice y sistematice la información para mayor objetividad.

El sistema de clasificación multiaxial propuesto por APA (1994) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, en su cuarta edición (DSM – IV), clasifica los trastornos de ansiedad en el Eje I o también llamado *trastornos clínicos* y las categoriza en las entidades:

1. Trastorno de pánico sin agorafobia
2. Trastorno de pánico con agorafobia
3. Agorafobia sin historia de ataque de pánico
4. Fobia específica

5. Fobia social
6. Trastorno de ansiedad generalizada
7. Trastorno obsesivo compulsivo
8. Trastorno de estrés postraumático
9. Trastorno por estrés agudo
10. Trastorno de ansiedad debido a consumo de sustancia
11. Trastorno de ansiedad no especificado

### **Teorías acerca de la ansiedad**

Frente a las causas de los trastornos de ansiedad prevalece la teoría de la pluricausalidad. Los test psicológicos y estudios médicos complementarios no han podido determinar con exactitud la etiología de estos desórdenes, sin embargo, se distinguen las siguientes teorías:

**Teoría psicoanalítica.** Para Freud, el principal representante de esta escuela, la ansiedad es una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo quien recurre a mecanismos defensivos complejos para negar y distorsionar la realidad a la que ha de enfrentarse. La intensidad de esta reacción determinará si la reacción defensiva es adaptativa o inadaptativa (Vallejo,1991).

**Teoría conductual.** Las teorías conductuales se enfocan en las condiciones estímulares y componentes específicos de la respuesta de ansiedad (hiperactividad, escape y evitación).

Según Goldstein y Chambles (1978) (Citados por Sandin, 1997) la ansiedad es una respuesta emocional aprendida. Las primeras aportaciones hechas a esta teoría se basaron en el paradigma del condicionamiento clásico.



Según este paradigma una respuesta condicionada o aprendida, surge del apareamiento de un estímulo neutro con un estímulo nocivo e incondicionado (EI); este estímulo por sí solo provoca respuestas incondicionadas (RI). Después de repetidos apareamientos es el estímulo neutro, ahora condicionado (EC) es el que evoca la respuesta ahora condicionada (RC).

El primer modelo conductual de ansiedad fue planteado por Watson y Rayner (1961) (citado por Vallejo 1991 y Sue & Sue,1994). Estos autores basaron sus estudios en formulaciones estudios de psicología experimental siguiendo el paradigma del condicionamiento clásico.

El aspecto central de este modelo consiste en asumir que cualquier estímulo se convierte en estímulo condicionado de ansiedad y su propiedad de elicitar respuestas se puede generalizar a otros estímulos. A esta característica otorgada al EC le llamaron principio de equipotencialidad, siendo éste a la vez una de las principales deficiencias ya que no es compatible con los estímulos educadores de respuestas de ansiedad, los cuales no son en su totalidad arbitrarios. Así mismo el modelo propone la inclusión del estímulo incondicionado de respuestas de miedo o de alerta. A nuestra consideración lo anterior difiere con otras teorías especialmente las de orientación cognitiva que plantean aprendizajes sin la exposición directa del EI; resaltando que existen otras vías para que se dé el aprendizaje, tales como: aprendizaje vicario o procesos de información. Según Sandín (1995a) al aplicar el paradigma del condicionamiento clásico, la respuesta de ansiedad debería extinguirse sin la presentación de EC, sin embargo, no ocurre así con la ansiedad, presentándose el incremento paradójico de esta respuesta, en consecuencia no

cumple con los criterios postulados para la extinción de respuestas clásicamente condicionadas. El modelo es deficiente en la explicación de este fenómeno.

Considerando los limitantes que conllevaban la explicación de la respuesta ansiógena a partir del condicionamiento clásico únicamente, surge el segundo gran modelo, propuesto por Mowrer (1960) (citado por Fernández 1987; Sandín, 1997); quien lo denominó Modelo Bifactorial Mediacional. El modelo amplía la explicación de los trastornos de ansiedad, afirmando que estos obedecen a la participación de dos tipos de aprendizaje: clásico y operante. Este modelo incluye el uso del término de **evitación activa**, que hace referencia al aprendizaje que se efectúa con fines de escapar de un estímulo nocivo. Este nuevo concepto fue de gran aporte en la explicación de la no extinción puesto que según este modelo la ansiedad se efectúa en dos fases:

1. Fase de Condicionamiento Clásico en el cual adquiere la propiedad de impulso que media y motiva el inicio de la conducta instrumental de escape – evitación.
2. Fase de Evitación Activa en el que el individuo aprende a escapar de la exposición del EC que avisa la proximidad del estímulo aversivo o EI.

El Modelo Bifactorial Mediacional aborda dos componentes de la respuesta de ansiedad.

1. Componente emocional, a través de la explicación que ofrece el condicionamiento clásico.

2. Componente de evitación el cual explica con claridad la resistencia a la extinción, a través del refuerzo negativo que ofrece la evitación manteniendo la respuesta de ansiedad.

Siendo este último uno de los valiosos aportes en el estudio de la ansiedad; el modelo se restringía a las condiciones estímulares, dejando de lado procesos de gran importancia como son los cognitivos.

Las teorías neoconductistas suplen esta necesidad, al basarse en el concepto de que los estímulos son unidades de información y como tales se representan cognitivamente, siendo conveniente revisar las teorías con esta orientación.

**Teoría cognitiva.** En las teorías cognitivas, los trastornos de ansiedad tienen su origen en una percepción distorsionada de la realidad (carácter negativo y amenazante), la cual genera ideas y creencias erróneas acerca del ambiente y del propio sujeto, traducándose en síntomas somáticos y emocionales y en conductas inadecuadas (Vallejo, 1991).

Uno de los modelos de mayor impacto sobre la psicopatología actual de la ansiedad es el planteado por Reiss, (1981) (citado por Sandin, 1995); este es un modelo de neocondicionamiento pavloviano que descarta la necesidad de las asociaciones por contiguidad del EC – EI para explicar la ansiedad. El autor propone que lo que se aprende a través del condicionamiento son **expectativas** sobre la ocurrencia o no ocurrencia del evento aversivo.

El modelo ha contado con varias revisiones, en la más reciente, Reiss citado por el mismo Sandín (1995a), en la cual se proponen seis conceptos básicos, a saber:

1. Expectativa de peligro.
2. Sensibilidad al daño
3. Expectativa de ansiedad
4. Sensibilidad a la ansiedad
5. Expectativa de evaluación social
6. Sensibilidad a la evaluación social

Reiss (Citado por Sandín,1995). Incluye el término de sensibilidad a la ansiedad considerando que ésta es un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad; el término hace referencia a la tendencia a expresar miedo ante los síntomas de ansiedad, interpretando las consecuencias de éstos como peligros.

Dado el énfasis que este modelo hace en el concepto de sensibilidad a la ansiedad, esta ha sido considerada como una variable predictora del trastorno de pánico. El modelo de expectativa de Reiss sugiere que la sensibilidad a la ansiedad se adquiere a través de las vías por las que se adquiere la ansiedad, es decir, condicionamiento, aprendizaje vicario, instrucciones e información (Sandin, 1995).

Otro modelo de la misma línea del paradigma del neocondicionamiento es el planteado por Davey (1989) (citado por Belloch,1995). El modelo llamado de reevaluación del EI, contribuye a la explicación del mantenimiento e incubación de los trastornos de ansiedad. El autor sugiere que la fuerza de la RC no sólo depende de los procesos asociativos de EC –EI. Para el autor el EC, en asociación con el EI desencadena una representación cognitiva de este último, siendo esta revaloración la que determina la fuerza de la RC.

Las anteriores teorías (cognitivas) hacen aportes al paradigma inicial del condicionamiento clásico, indicando procesos mediacionales (cognitivos) en la génesis y mantenimiento de las respuestas de ansiedad.

Teóricos como Beck y Emery (1985), estudiaron los trastornos de ansiedad desde una perspectiva cognitiva y propusieron que la ansiedad está asociada con un sesgo congruente en el estado de ánimo. Estos autores introducen el término de **esquema** haciendo referencia a estructuras cognoscitivas que consisten en creencias y supuestos centrales fundamentales del individuo acerca de la forma en que funciona el mundo. Argumentan que el esquema a pesar de ser una estructura permanente, depende de las emociones del individuo; igualmente afirman que este se desarrolla en la infancia a partir de experiencias personales y de la identificación con otras personas que son significativas.

Estos teóricos, argumentan que las personas con trastornos de ansiedad procesan selectivamente información relevante para la ansiedad, es decir, relacionada con amenaza y peligro.

**Teoría genética** . Aunque los trastornos de ansiedad se aprenden a través de diferentes vías e implican alteraciones a distintos niveles de funcionamiento psicológico y cognitivo, poseen también aspectos biológicos que se convierten en factores predisponentes a la ansiedad, es decir vulnerabilidad a padecer el trastorno.

La investigación genética se centra en el estudio de los familiares de los pacientes con trastornos de ansiedad, en el estudio de gemelos y en los modelos animales.

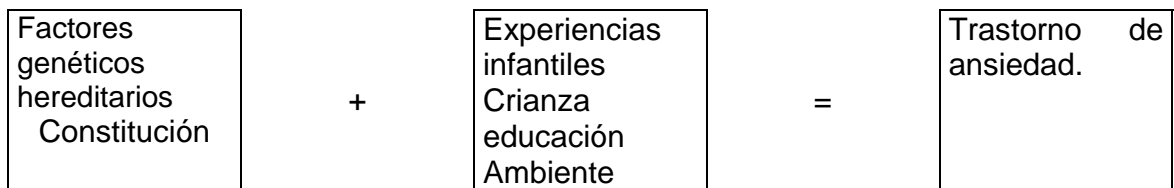
Torgensen (1983) (citado por Sandin, 1995) realiza una revisión al respecto, concluyendo que:

1. Existe concordancia de gemelos monocigóticos sobre dicigóticos del 34% y 17% respectivamente.
2. No ocurre lo mismo para la ansiedad generalizada, no existe la evidencia sobre la influencia de aspectos genéticos de este trastorno.
3. Para los demás trastornos de ansiedad, las tasas de concordancia son equivalentes, siendo los porcentajes 45% de monocigóticos y 15% de dicigóticos.
4. Los trastornos de ansiedad parecen poseer una transmisión genética independiente de lo que se da en la depresión y en los trastornos somatomorfos.
5. Excepto en la relación con el trastorno de ansiedad generalizado parece existir un importante componente de transmisión familiar de tipo hereditario.

Esta investigación indica en gran manera cómo factores genéticos pueden contribuir en la predisposición a los trastornos de ansiedad, sin embargo, no existe evidencia de un fenómeno exacto que implique una determinación genética.

Mc Donald y Murray (1994) (citados por Sandin, 1997), añaden que aunque no se descarte la relevancia de los factores genéticos en la predisposición a los trastornos de ansiedad; son los factores ambientales los que desencadenan y contribuyen en la manifestación de estos trastornos. Igualmente Sandin (1995) afirma que la mayor contribución de la varianza en los estudios genéticos corresponde a los factores ambientales.

Es de gran importancia estudiar la génesis de este tipo de comportamientos; las teorías y conceptos expuestos hasta el momento señalan la multicausalidad de estos trastornos. Gráficamente encontramos las siguientes hipótesis acerca del origen de estos trastornos (Ver figura 1).



**FIGURA 1.** Multicausalidad de los trastornos de ansiedad.

Lo anterior obedece también a nuevas concepciones sobre el comportamiento humano, donde se presenta la interacción dinámica y continua de estos dos factores. Mas aún, un individuo con una predisposición biológica marcada requiere de la intervención de factores ambientales determinantes para presentar el trastorno, estos son los desencadenantes de este tipo de trastornos que condicionan al sujeto a actuar de manera desadaptativa. Dentro del rango de factores ambientales se encuentran las pautas de crianza, violencia familiar, privación psicoafectiva, y los aprendizajes obtenidos a través de varios contextos.

### **Trastorno de Pánico**

El DSM – IV (APA, 1994) define el ataque de pánico como un episodio intenso de miedo, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan el pico en diez minutos, al menos cuatro de los siguientes síntomas: (p.402)

1. Palpitaciones, ritmo acelerado del corazón

2. Sudoración
3. Temblor
3. Sensación de respiración dificultosa o ahogo (*miedo disneíco*)
4. Sensación de asfixia
5. Dolor o molestias en el pecho
6. Nauseas o malestar abdominal
7. Sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o pérdida de conciencia
8. Desrealización o despersonalización
9. Miedo a perder el control o volverse loco
10. Miedo a morir
11. Parestesias (*sensaciones de adormecimiento o cosquilleo*)
12. Ráfagas de frío o calor.

El trastorno de pánico consiste en la presencia reiterada de ataques de pánico de aparición inesperada y recurrente, caracterizados por uno o más de los siguientes síntomas (APA, 1994):

1. Miedo ante la posibilidad de tener nuevos ataques (*miedos al miedo*)
2. Preocupación por las consecuencias de las crisis (*interpretaciones catastróficas*)
3. Cambio significativo en el comportamiento relacionado.

Se concluye que el ataque de pánico se constituye por un conjunto de síntomas físicos y cognitivos; Sin embargo, es importante tener en cuenta que los síntomas físicos se presentan en muchos otros trastornos (*hiperventilación, prolapso de la válvula mitral, hipertiroidismo*) por lo cual es condición necesaria



para diagnosticar la crisis de pánico, la presencia de los síntomas cognitivos (*miedo al miedo e interpretaciones catastróficas*).

**Delimitación diagnóstica** Deben tenerse en cuenta posibles causas biológicas de los ataques de pánico recurrentes, como el uso de sustancias o sufrir una condición médica general como hiperventilación, hipertiroidismo y prolapso de la válvula mitral. Así mismo, los síntomas del ataque de pánico no deben ser explicados más adecuadamente por otros trastornos mentales como fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de ansiedad por separación. (APA.1994)

**Teorías sobre el Trastorno de Pánico.** Al igual que en otros trastornos, la polémica se centra en cuanto a si éste trastorno se hereda o se aprende. Más recientemente ha surgido evidencia acerca de la importancia de los procesos cognitivos en el origen o en el mantenimiento del trastorno de pánico, Sandin (1997) enumera seis variables (*orgánicas y / o aprendidas*) que inciden en el origen de este trastorno, las cuales interactúan entre sí:

- 1 Hiperventilacion
2. Predisposición a la hiperventilación
3. Condicionamiento pavloviano de las sensaciones corporales
4. Interpretaciones catastróficas
5. Sensibilidad a la ansiedad
6. Aspectos genéticos

**1.Hiperventilación.** Cuando un sujeto respira aceleradamente introduce en su organismo más oxígeno del que necesita, esto hace que el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) se reduzca en el organismo por debajo de su nivel normal, a

este descenso se le llama *hipocapnia* la cual hace que el pH intraneuronal aumente, produciendo lo que se denomina *alcalosis*. Esta hace que los glóbulos rojos no puedan liberar oxígeno, produciendo vasoconstricción cerebral (se reduce a casi la mitad el nivel de oxígeno en el cerebro), irritabilidad neuronal que se traduce en *tetania* (*excitabilidad neuromuscular*), reducción del riego sanguíneo en piernas, brazos y corazón; y vértigos (Toro y Yepes,1998).

A pesar que hay bastante oxígeno en el cerebro, el nivel de este en la sangre y en los tejidos es menor debido a la vasoconstricción, se produce entonces un efecto paradójico.

Los síntomas de la hiperventilación son similares a los síntomas somáticos del ataque de pánico, taquicardia, mareos, vértigos, parestesias, disnea y rigidez muscular (Toro y Yepes,1998).

Ley (1987) (citado por Sandín, 1997) propone que el estrés y la ansiedad, hace que una persona respire rápidamente haciendo posible la aparición de los síntomas de la hiperventilación, la persona se ve sorprendida por estos síntomas y debido a sus características piensa que va a asfixiarse (*miedo disneico*), el cual es un síntoma cognitivo; este último produce un incremento de la ansiedad, que aumenta la hiperventilación y también con ella sus síntomas; de esta manera se crea un sistema de retroalimentación positiva que rápidamente concluye en un ataque de pánico.

**2.Predisposición a la Hiperventilación.** Según el mismo autor, existe evidencia acerca de factores que facilitan la aparición de la hiperventilación.

- a) Predominio de respiración oral y torácica
- b) Historia de trastornos nasales

- c) Tasa respiratoria habitual elevada
- d) Niveles bajos de CO<sub>2</sub> y altos de pH sanguíneo por motivos metabólicos
- e) Receptores de CO<sub>2</sub> en el tallo cerebral, anormalmente sensibles
- f) Producción elevada de lactato en la sangre
- g) Disfunción del sistema noradrenergético

**3. Condicionamiento Pavloviano de las Sensaciones Corporales.** El miedo al miedo es un síntoma característico del trastorno de pánico y consiste en el temor a padecer nuevos ataques de pánico, más que a situaciones agorafóbicas. El miedo al miedo está constituido por cogniciones desadaptativas y miedo a sensaciones corporales que el sujeto considera como señales del inicio de un ataque de pánico. Goldstein y Chambles (1978) (citados por Sandín, 1997) ofrecen una explicación Pavloviana del miedo al miedo (*condicionamiento interoceptivo*) proponen que las sensaciones corporales (*taquicardia, etc.*) funcionan como un (EC) que produce una crisis de pánico (RC).

Wolpe y Rowan (1988) (citados por Vallejo, 1991) afirman que la hiperventilación funciona como (EI), la cual produce el primer ataque de pánico (RI); las sensaciones corporales (EC) debido a la intensidad de la hiperventilación EI hacen que la aparición de las primeras traigan como resultado nuevos ataques de pánico (RC). (Ver figura 2)

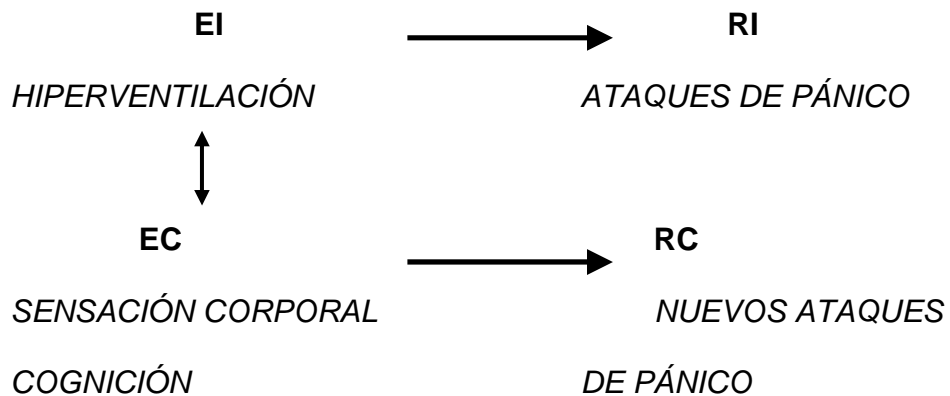


Figura 2. Explicación de los ataques de pánico a través del condicionamiento clásico

Actualmente existe mucha dificultad para diferenciar, **EI** de **EC** al igual que **RI** de **RC**, es por ello que Eysenck (1985), citado por Sandin (1985, 1997) denomina a este tipo de condicionamiento, “*condicionamiento Pavloviano de tipo B*”, donde el **EC** es sustituto parcial del **EI** y la **RC** es parcialmente idéntica a **RI**.

**4. Interpretaciones catastróficas.** Según Vallejo (1991), los pacientes con crisis de angustia, piensan que las sensaciones corporales traerán **consecuencias negativas**, como volverse locos o sufrir accidente cerebro vascular, este tipo de cogniciones están presentes en el inicio y mantenimiento de las crisis de pánico.

**5. Sensibilidad a la ansiedad.** Sandín (1997), define esta variable como la predisposición individual de los sujetos para interpretar las señales corporales como peligrosas.

Nótese cómo en la hiperventilación, la cual se considera una variable orgánica, se acompaña de cogniciones (miedo disneico), que incrementan la intensidad de la primera. Por lo tanto se puede afirmar que la crisis de pánico

se constituye de síntomas característicos de la hiperventilación y síntomas cognitivos tales como temor a volverse loco, a sufrir un accidente cerebro vascular, miedo al miedo o interpretaciones catastróficas.

Téngase en cuenta que ninguna de las diversas variables explican por sí solas la presencia de los ataques (Vallejo, 1991; Sandin, 1995, 1997), es necesario que las variables interactúen entre sí. Además, la forma en que las distintas variables actúan en cada sujeto sólo puede esclarecerse a través del estudio de caso.

Mc Callough y Woods (1994) señalan un tipo de distorsión cognitiva que consideramos muy valiosa en la explicación del trastorno de pánico y la agorafobia. El niño para explorar el mundo (*aproximadamente hacia los dos años*), necesita un centro de seguridad y confianza (*padres*) al cual pueda regresar en caso que surja algún peligro; en ocasiones, ya sea por la falta de afecto, severidad o la ansiedad de los padres, el niño no posee este centro. Éste se forma mediante la aceptación y el cariño de personas significativas; es por esta razón que ante la más mínima señal de aceptación o cariño de los demás, el sujeto busca mantenerlos a cualquier precio, para así robustecer su centro de seguridad, la persona busca no enfadar a los demás para no perder su aceptación y para evitar una posible agresión. En este proceso el sujeto comienza a hacer o a pensar lo que otras personas le dicen (*tengo que agradar a los demás*).

Según estos autores, el ataque de pánico y especialmente los síntomas cognitivos como la despersonalización y el temor a perder el control, tendrían

como objetivo llamar la atención acerca de la falta de identidad en los pacientes con este trastorno.

Las ideas de Mc Cullough y Woods – Mann (1994) combinadas con ideas que manejamos con anterioridad, nos permiten proponer las siguientes hipótesis, las agresiones o reproches del paciente con trastorno de pánico, que debían ser dirigidas a otras personas, se van acumulando en su organismo y en su mente, hasta que algún día se desbordan en forma del primer ataque de pánico; es decir, que las agresiones que debían dirigirse a los demás se volvieron contra el mismo sujeto.

Después de la primera crisis el sujeto no necesariamente cambia sus cogniciones *“tengo que agradar a los demás”* por lo cual ante nuevos desacuerdos con otras personas, las agresiones o reproches resultantes, se represan en el organismo y la mente del sujeto, haciendo que fácilmente se produzca un nuevo ataque de pánico, ya que el sujeto está saturado con este tipo de emociones.

Antes del primer ataque de pánico, siempre hay una situación estresante fácilmente identificable (Vallejo, 1991; Mc Cullough y Woods, 1994; Sandin, 1997). Pero se ha afirmado con frecuencia que las nuevas crisis de pánico son *“inesperadas”*, pero teniendo en cuenta el anterior análisis, concluimos que se puede llegar a identificar estímulos estresantes antes de los nuevos (subsiguientes) ataques de pánico; los cuales estarían relacionados con la incapacidad para expresar agresividad o desacuerdo. Por lo tanto consideramos que se deben indagar los estímulos que provocan nuevos

ataques de pánico antes que afirmar que son inesperados, pues, creemos que existen malas evaluaciones y no ataques inesperados.

### Depresión

Una de las primeras narraciones de los síntomas depresivos se encuentra en la biblia (libros de Job y Saúl). Hipócrates en el siglo XV A.C. emplea el nombre de melancolía para referirse a este tipo de abatimiento y tristeza, los cuales según él, se debían a desequilibrios en la bilis negra. La palabra melancolía proviene del griego melania chole (bilis negra), esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservó hasta el siglo XIX.

Según Jackson(1985) (citado por Vasquez y Sanz ,1995). La palabra depresión se comenzó a estudiar en el siglo XIX, sin embargo el cambio conceptual en la depresión lo proporcionó Kraepelín, quien diferencia la demencia precoz y la enfermedad maníaco, debido a su curso y gravedad. Sin embargo este término engloba toda la constelación de trastornos afectivos (bipolar, ciclotimia, distimia y trastorno depresivo mayor).

Según Vallejo (1991), la depresión como síndrome hace referencia a un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y motores, caracterizados principalmente por el estado de ánimo deprimido y el déficit motivacional que interfiere en el desarrollo funcional del individuo.

Es importante señalar que la depresión puede ser un síntoma presente en otros cuadros psicopatológicos como en la esquizofrenia, la enfermedad de Alzheimer, el trastorno obsesivo compulsivo, entre otros. Por lo tanto, es la presentación en conjunto de la totalidad de los síntomas lo que constituye un trastorno depresivo.

Por otra parte diferenciar entre un estado depresivo normal y el trastorno depresivo, ha constituido para los investigadores un reto y por lo tanto cada uno desde su perspectiva, fija parámetros para establecer esta delimitación.

Para Beck, Hirschfel, Cross, Goldberg y Huxley (citados por Vásquez y Sanz,1995), el punto de diferenciación radica en la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas, estableciendo por lo tanto un parámetro cuantitativo. Los defensores de esta posición se basan en los estudios estadísticos que muestran las puntuaciones de estos dos tipos de depresión.

Akiskal y Andreasen, citados por Shaffi (1992), son defensores de una posición cualitativa en la que el parámetro es el nivel de deterioro funcional que desarrollan los afectados de este trastorno.

### **Clasificación**

En la revisión realizada por Vásquez y Sanz (1997) se encontraron cinco clasificaciones importantes y desarrolladas dentro de la evolución histórica del concepto de depresión estas clasificaciones son:

1. Endógena – Reactiva. Planteada por Noeius (siglo XIX), constituyó un intento por separar la depresión biológica de la psicosocial. El sustento científico de esta clasificación es escaso ya que no tiene razonable validez. Actualmente se sugiere la división entre depresión endógena y no endógena.
2. Neurótica - Psicótica. Según Bayer y Spitzer, citados por los mismos autores, ésta es una clasificación ambigua en los términos definitorios (neurótico y psicótico).
3. Unipolar- Bipolar. Esta definición propuesta por Veinhard. Es una de las más aceptadas actualmente, se caracteriza por ser descriptiva y operacionalizar



cada uno de los síntomas ofreciendo claridad en la diferenciación de estos cuadros psicopatológicos.

4. Primaria- Secundaria. Según afirma Vallejo (1991), esta clasificación fue planteada por el grupo de la universidad de San Luis con fines investigativos. La clasificación diferencia cuadros puros de depresión (primaria) y cuadros con un trastorno médico o psiquiátrico antecedente a la depresión. Sus aportes radican en la facilidad de predicción, curso y manejo clínico.

**Manifestaciones Clínicas.** El DSM- IV. clasifica el trastorno depresivo dentro del capítulo de trastornos afectivos o **alteraciones** del humor.

**Trastorno Depresivo Mayor.** En este manual se especifican las características del trastorno, distinguiendo las categorías de episodio y trastorno depresivo. A continuación se describen los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor (p.351)

1. Estado de ánimo predominantemente deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días, la persona está casi siempre al borde del llanto.
2. Incapacidad para experimentar placer con actividades que antes sí lo producían
3. Pérdida o aumento de peso debido a la disminución o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia durante la mayor parte del día
5. Enlentecimiento en los movimientos o por el contrario agitación de los mismos.
6. Cansancio o fatiga durante la mayor parte del día.
7. Dificultad para concentrarse, pensar o tomar decisiones.
8. Ideación Suicida

Como en cada uno de los trastornos que especifica el DSM IV, también se aclara que los síntomas deben causar deterioro significativo de la actividad familiar, laboral, académica afectiva y social en el sujeto y que no se debe producir como efecto directo de una enfermedad médica o por consumo de sustancias.

Un episodio depresivo mayor se considera terminado cuando tras un periodo de mínimo de dos meses no se han cumplido los criterios para realizar un diagnóstico de episodio depresivo mayor.

El trastorno Depresivo mayor se caracteriza por:

1. La presencia de uno o más episodios depresivos mayores
2. El episodio depresivo no se explica por la presencia de trastorno esquizoafectivo , esquizofreniforme, trastorno delirante o psicótico y no está superpuesto a la esquizofrenia.
3. No se deben haber producido antes episodios hipomaniacos

Vasquez y Sanz (1995) consideran que pueden existir variaciones en la presentación, intensidad y predominancia de los síntomas, mas sin embargo cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de síntomas que se pueden reducir a cinco núcleos:

En primer lugar se encuentran los síntomas **Anímicos** tales como tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad; en otros casos irritabilidad, sensación de vacío y nerviosismo. En cuadros más severos el paciente niega estar triste afirmando una incapacidad para sentir y dificultad para llorar.

Un segundo núcleo está constituido por síntomas **Motivacionales y Conductuales** ,entre los cuales se encuentran, Inhibición, apatía, indiferencia y

anhedonia. En su forma más grave se manifiestan inhibición conductual, retardo psicomotor o enlentecimiento general de las respuestas motoras. En casos aun más graves se presenta estupor depresivo o conducta generalizada de mutismo y parálisis motora, similar al estupor catatónico.

El tercer aspecto planteado por el autor es el **cognitivo** que se manifiesta por bajos niveles en la capacidad de concentración, memoria y atención, además, el contenido de las cogniciones se distorsiona, por lo tanto, la persona depresiva hace una valoración negativa de sí misma, del mundo y del futuro. Así mismo síntomas tales como la autoinculpación y pérdida de la autoestima son los contenidos claves de las cogniciones de estas personas, sin embargo las teorías cognitivas concluyen que este síntoma constituye un agente causal mas que sintomatológico

El cuarto núcleo característico de la depresión es el **físico**. Manifestaciones como problemas del sueño, fatiga, pérdida del apetito, disminución de la actividad y deseo sexual, en varones la disfunción eréctil es uno de los síntomas más muy comunes en cuadros depresivos. Se presentan también molestias corporales difusas como dolores de cabeza náuseas, vómito, estreñimiento y micción dolorosa.

El ultimo aspecto planteado, es el **interpersonal**, el cual es caracterizado por el deterioro en las relaciones sociales. Según Vallejo (1991) se ha comprobado que en el 70% de los afectados, disminuye el interés por la gente y en consecuencia sufren del rechazo de la misma. Siendo esta categoría sintomática un predictor de mal pronóstico debido a la disminución del refuerzo social que conlleva.

### **Epidemiología**

Vallejo (1988), citando las revisiones de Boyt y Weissman y otra más reciente de Charney y Weissman realizadas a principios de la década de los ochenta, indica que el 3.0 al 4.0 % de la población en general está afectada de depresión.

La depresión es más frecuente en mujeres que en hombres y alcanza una proporción de 2 a 1. Durante la infancia no hay diferencias en el porcentaje de prevalencia entre los géneros; es sólo hasta la adolescencia cuando el porcentaje de depresión es más alto en mujeres que en hombres y a su vez el porcentaje de prevalencia es mayor durante la adolescencia que durante la niñez (Wiks Nelson, 1996), Esto puede explicarse por la entrada en acción de procesos hormonales propios del género femenino y a la presencia de distorsiones cognitivas mucho más compleja que en la infancia, así mismo, estilos de crianza distintos para hombres y mujeres pueden contribuir a en este hecho.

### **Curso y Pronóstico**

Hirschfeld y Goodwin,( citados por Vasquez y Sanz, 1995), indican que el 15% de los pacientes siguen un curso crónico en el cuadro depresivo y que el 30% de ellos sufren recaídas durante el primer año siguiente al trastorno.

Vallejo (1989) afirma que el inicio tardío predice un peor curso y pronóstico de este trastorno. Algunos experimentan remisión parcial de los síntomas pero este estado predice futuros episodios. Así mismo entre el 5 y el 10% presentan todos los criterios para un trastorno depresivo mayor durante dos años, este tipo de pacientes entran en la categoría de crónico. Por otra

parte los síntomas del trastorno en mención, se remiten sin tratamiento, cumplidos los seis meses del inicio. Vásquez y Sanz (1995), encontraron datos similares en cuanto a este último aspecto.

### **Teorías Explicativas de la Depresión**

Frente a la explicación de la etiología de la depresión prevalece la hipótesis de la pluricausalidad, según la cual las mejores teorías son aquellas que integran múltiples factores. A continuación se citan los principales modelos teóricos

**Genética.** A pesar que los estudios en esta área no son concluyentes, se encuentran hallazgos importantes que determinan un nivel de probabilidad de adquirir y desarrollar este trastorno.

Vallejo (1991), afirma al respecto que el índice de concordancia en gemelos monocigóticos es del 65 % y el de los dicigóticos del 14%, a pesar de que aún es difuso el modo de transmisión. Hallazgos similares encontró Cobo (1992), (citado por Vasquez y Sanz,1995), afirmando que los hijos de padres con depresión padecen mas frecuentemente de trastornos psiquiátricos y, entre éstos, con mayor frecuencia, el trastorno depresivo en la población infantil global . De la misma manera estos hallazgos permiten esclarecer, que tanto el trastorno depresivo mayor como el bipolar pertenecen a entidades de transmisión independientes. Respaldando lo anterior Shaffi (1992), refiere que el trastorno bipolar tiene mayor probabilidad de ocurrencia, sí existen antecedentes familiares de trastorno depresivo y/o bipolar; mientras que en el caso de la depresión, la probabilidad de ocurrencia existe frente a la presencia de antecedentes familiares con trastorno depresivo exclusivamente. Sin

embargo como se refirió anteriormente el modo de transmisión es aún controvertido y la principal causa de la varianza, la proporcionan las variables ambientales.

**Modelo conductual.** Son múltiples las teorías conductuales que intentan explicar la depresión. Entre ellas, se destacan las siguientes:

Las aportaciones de Akiskal y Mckenney (citados por Vallejo, 1991 y Vasquez y Sanz, 1995) se centran en el área social; afirman estos autores que las personas con depresión están expuestas a estimulación aversiva crónica, pérdida del reforzamiento social, del control sobre sí mismo y de las situaciones. A través de estos conceptos, explican la disminución de la actividad y el déficit motivacional característicos de estos trastornos

**Teorías cognitivo sociales.** Las teorías de este enfoque enmarcan sus conceptos dentro de la psicología social. Su aporte es valioso debido a que amplían la explicación de la depresión en términos del paradigma operante y cognitivo. A la vez introduce nuevas variables como son: a) La expectativa de control; b) La historia de reforzamiento; c) El déficit en habilidades para controlar el ambiente; y d) El estilo atribucional depresógeno.

**1. Teoría de la indefensión aprendida.** Polaino (citado por Vasquez, y Sanz, 1995), afirma que esta teoría surge de los estudios iniciales en animales cuyos hallazgos demostraron cambios comportamentales y neuroquímicos similares a la depresión. Abramson, Teasdale y Seligman (citados por Vallejo, 1991) trasladaron este modelo a la conducta humana identificando variables de tipo cognitivo que conllevaron a una reformulación de la teoría en la que se explica parcialmente la aparición de depresión como respuesta.

Estos autores encontraron deficiencias en la reformulación de la teoría específicamente en la explicación de: a). Déficit en autoestima; b). La cronocidad y generalidad del síndrome depresivo y c). No explicar satisfactoriamente al estado de ánimo depresivo, como **síntoma** de la depresión.

Para resolver estas deficiencias Abramson y Cols (citados por Vasquez y Sanz, 1995) se inclinan por una explicación cognitiva y basada además en las de las teorías atribuciones de la psicología social. En consecuencia no basta con la exposición a situaciones incontrolables para desencadenar reacciones depresivas; es necesario a la vez que el sujeto emita su propia explicación acerca del hecho. Este análisis atribucional contiene tres dimensiones: a). Internalidad vrs externalidad; b). Estabilidad vrs inestabilidad y c). Globalidad vrs especificidad. Según Vasquez y Sanz (1995), los hallazgos en esta teoría demostraron que existen un factor vulnerabilidad para la depresión, que consiste en un estilo atribucional con tendencia a explicar los sucesos incontrolables y aversivos a partir de factores internos estables y globales. Este **estilo atribucional depresógeno**; estaría más frecuentemente en personas con predisposición a la depresión.

**2. Teoría de la Desesperanza.** La más reciente revisión de la teoría de la indefensión fue realizada por Abramson Metalsky y Alloy en 1989 (citados por Shaffi, 1992). Esta reformulación postula una nueva categoría nosológica: **la depresión por desesperanza**; definida por su causa. Para que exista un diagnóstico de este tipo debe existir desesperanza o expectativa negativa

acerca de un suceso valorado como muy importante y unida a sentimientos de indefensión.

**Teorías cognitivas.** Como producto de la revolución cognitiva surge las teorías con esta tendencia que enfatizan el papel de los procesos cognitivos en la génesis, mantenimiento y/o exacerbación de los síntomas.

Uno de los principales teóricos, en esta línea es Beck (Citado por Vásquez y Sanz, 1995). Para este autor la etiología de la depresión se puede explicar a partir de tres aspectos: a) Presencia de actitudes o creencias disfuncionales; b) Autovaloración sobre la importancia de las situaciones y c) Estresores específicos. En consecuencia, la depresión depende de la forma como el individuo interpreta la situación que enfrenta actualmente. Esta concepción cognitiva domina las teorías psicológicas de tendencia cognitiva, acerca de la depresión.

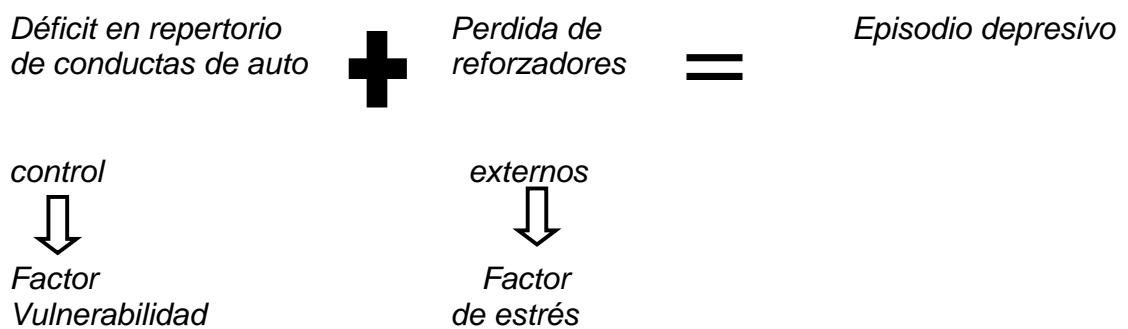
Para Beck (1985), la depresión surge de un proceso distorsionado de la información que se concreta en una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, aspectos que el autor englobó en el término de **triada cognitiva** y que se activan en la presencia de una situación vital estresante

**Teoría cognitivo conductuales.** Dentro de estas teorías, citamos la planteada por Rehm, (citado por Vallejo, 1994). Esta, concuerda con las teorías conductuales al afirmar que la depresión se presenta como consecuencia de la pérdida de reforzamiento, lo que conlleva también, pérdida del control sobre la situación.

Los déficits en el repertorio de autocontrol se centran en: a) *Conductas de autoobservación;* b) *Conductas de autoevaluación,* y c) *Conductas de*



autoreforzamiento. Estos déficit en habilidades de autocontrol se gestan en el proceso de socialización del sujeto y se aplican en todas las actividades de funcionamiento del individuo, lo cual explica el marcado deterioro y mal funcionamiento del individuo depresivo en muchas áreas de su vida: social, laboral y relaciones de pareja, entre otras. (Shaffi,1992). Esta teoría se asemeja a un modelo de diatésis estrés. (Ver figura 3)



**Figura 3.** Teoría de autocontrol de Rehm

**Teorías interpersonales.** Este es uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos. Enfatiza en la importancia de los factores interpersonales tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión.

A continuación se citarán dos de estas teorías que enmarcan los lineamientos de la presente investigación, con respecto al papel de la familia en la psicopatología.

Coyne (1976) (citado por Belloch 1995), sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las que se obtenía apoyo social, en consecuencia, la respuesta de personas significativas contribuye en el mantenimiento, extinción o exacerbación de los síntomas.

El autor agrega que cuando estas personas pierden apoyo, buscan nuevamente las fuentes iniciales de afecto sin embargo, su demanda es excesiva y conlleva al rechazo y pérdida del reforzamiento. Ante esta respuesta el individuo emite mayor número de conductas sintomáticas y búsqueda de apoyo estableciéndose un círculo vicioso que concluye en el aislamiento del entorno social y a la confirmación de una visión negativa sobre sí mismo.

**1. Teoría del apego** Según, Bowlby (1994). La formación de relaciones entre madre e hijo (apego) determinaran la probabilidad de que éste posteriormente sufra de un determinado trastorno emocional. La teoría de Bowlby se refiere a la pérdida o separación afectiva como posible causa de trastornos conductuales. Sin embargo tras un análisis profundo de su obra se concluye que no sólo se refiere a la pérdida o separación, sino en general a ***toda interacción de los padres con los hijos***; ya que un padre puede estar presente físicamente al lado del hijo y no prestarle atención alguna o no brindarle afecto.

Los trabajos de Bowlby realizados en la década de los ochenta concluyen que cuando un niño es separado de su madre atraviesa por tres fases: **a.** Fase de protesta: caracterizado por gritos y angustia, llanto e hiperactivación del sistema autónomo; **b.** Fase de desesperanza en la cual el niño se muestra triste, meditando y con bajo nivel de actividad motriz; **c.** Fase de indiferencia caracterizada por actividades que para el observador son improductivas, por movimientos estereotipados, pérdida del contacto ocular y en general pérdida del interés para relacionarse con el ambiente.

Los estudios o fases propuestas por Bowlby tras la separación se asemejan a las características de trastornos emocionales específicos, por ejemplo la primera fase se relaciona con la ansiedad; la segunda con la depresión y la tercera con la psicosis. El mismo autor afirma que cuando un organismo está solo tiene más probabilidades de morir; así como cuando un cachorro se pierde de su madre, tiene muchas más probabilidades de ser atacado por un depredador; de la misma manera la separación del grupo de apoyo asusta y entristece a un ser humano porque pelagra su supervivencia.

Los autores de la presente investigación extendemos esta teoría al hecho que cuando el grupo de apoyo familiar es inestable o deficiente, el sujeto tendrá alta probabilidad de padecer un trastorno comportamental en el futuro, ya que el adecuado apoyo familiar se constituye en una forma de homeóstasis para el sujeto.

Según los estudios de Ainsworth y Wiltg (1969) (citados por Bowlby, 1994) las características de la interacción familiar y posterior alteración de la conducta se evidencian cuando los hijos de madres cuyas relaciones se caracterizaban por la afectividad (caricias, mimos, etc.) mostraban una fase de protesta atenuada; Si eran hijos de madres que los rechazaban esta respuesta se intensificaba después de ser separados de sus madres.

En esta misma línea existe mucha semejanza en los aportes planteados por Gotlib, Colby y Hammen (1992) (citados por Vasquez y Sanz, 1995). Ya que resaltan el papel de los estilos cognitivos de los miembros del grupo social en el mantenimiento de la depresión. Además agregan la existencia de factores

de vulnerabilidad para este trastorno que son frutos de experiencias familiares adversas durante la infancia.

Al igual que Bowlby (1980) Gotlib, Colby y Hammen (1992) (Citado por Vasquez y Sanz, 1995), señalan que la exposición durante la infancia a experiencias interpersonales adversas y a *estilos desadaptativos de crianza* (Rechazo, separación, abuso, negligencia emocional), conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca de uno mismo y del mundo, de características de personalidad que implican exagerada dependencia y de repertorios inadecuados de habilidades para la solución de problemas y para conseguir y mantener relaciones sociales gratificantes.

Nótese que lo anterior responde a las aportaciones hechas en las teorías cognitivas formuladas por Beck; específicamente en la formación del autoesquema y las teorías cognitivas conductuales como la formulada por Rehm, que postula un déficit en habilidades para controlar el ambiente y que se generaliza conllevando a los depresivos a un marcado deterioro funcional.

Lo que indica un importante papel de la familia y específicamente de las pautas de crianza que se utilizan en la génesis mantenimiento y exacerbación de los síntomas de la depresión.

### **Diferenciación entre Ansiedad y Depresión**

Aproximadamente entre el 1 y el 69% de los niños afectados por trastornos de ansiedad se encuentran también afectados por trastornos depresivos; y entre 40 y 70% de pacientes con trastorno depresivo también están afectados por trastorno de ansiedad (Sandín, 1997). Entre tanto el 50 y

65% de las personas afectadas por trastorno de pánico se encuentran afectados de trastorno depresivo mayor, (APA 1994).

Al parecer es alto el traslapamiento entre ansiedad y depresión, sin embargo Sandín (1997) opina que existen errores metodológicos y humanos que han propiciado este **“traslapamiento”**. Según este autor la confusión radica en que no se tuvo en cuenta que la ansiedad y la depresión comparten *algunos síntomas*, pero se diferencian notablemente en otros. En la misma línea, algunos profesionales e instrumentos que evalúan dichos trastornos no tienen en cuenta estas características. Hecho por lo cual se produce el “traslapamiento” en el ámbito diagnóstico; “realmente el problema reside en los propios cuestionarios ya que incluyen síntomas solapados” (Sandin, 1997). Para este autor la clave para realizar un diagnóstico adecuado, radica en tener claro cuáles síntomas comparten y cuáles no, en las áreas cognitivas, conductual y somático. La ansiedad y la depresión comparten la sintomatología de la *afectividad negativa*.

A continuación en la tabla 4 se encuentran descritos los síntomas específicos y compartidos por los dos trastornos.

En la revisión efectuada por Sandín, (1997), concluye que la mejor manera para *diferenciar los trastornos* es basarse en el modelo tripartito para la ansiedad, la depresión y el afecto negativo. Este modelo está constituido por: a) *Bajo afecto positivo*; b) *Alto afecto negativo*, y c) *Alta activación fisiológica*. Este modelo se elaboró a partir de los trabajos de Clark, Mineka, Tellegen y Watson (Citados Sandin,1997), durante la década de los ochenta y la primera mitad de los noventa.

El afecto positivo hace referencia a un estado del individuo caracterizado

**Tabla 4**

Síntomas específicos y síntomas comunes de la ansiedad y la depresión

<i>Tipo de síntoma</i>	<i>Específicos de la depresión</i>	<i>Específicos de la ansiedad</i>	<i>Comunes a la ansiedad y depresión</i>
Afectivo	Bajo afecto positivo Tristeza Sentimientos de culpa	Miedo Preocupación excesiva Tensión elevada	Afecto negativo Irritabilidad Llanto
Somático	Anhedonia física Pérdida apetito Hipoactividad simpática	Tensión muscular Hiperactivación simpática	Agitación / inquietud Insomnio
Conductual	Anhedonia social Retardo psicomotor Actos suicidas	Hiperactividad Evitación	Baja actividad Baja energía, desorganización y déficits Pobres habilidades
Cognitivo	Desesperanza Percepción de pérdida Percepción de fracaso Ideas suicidas Pensamiento negativo global Pensamiento absolutista	Incertidumbre Percepción de amenaza Percepción de peligro Hipervigilancia Pensamiento negativo específico Pensamiento negativo inseguridad	Indefensión Concentración pobre Autoevaluaciones negativas Baja autoconfianza Baja autoestima

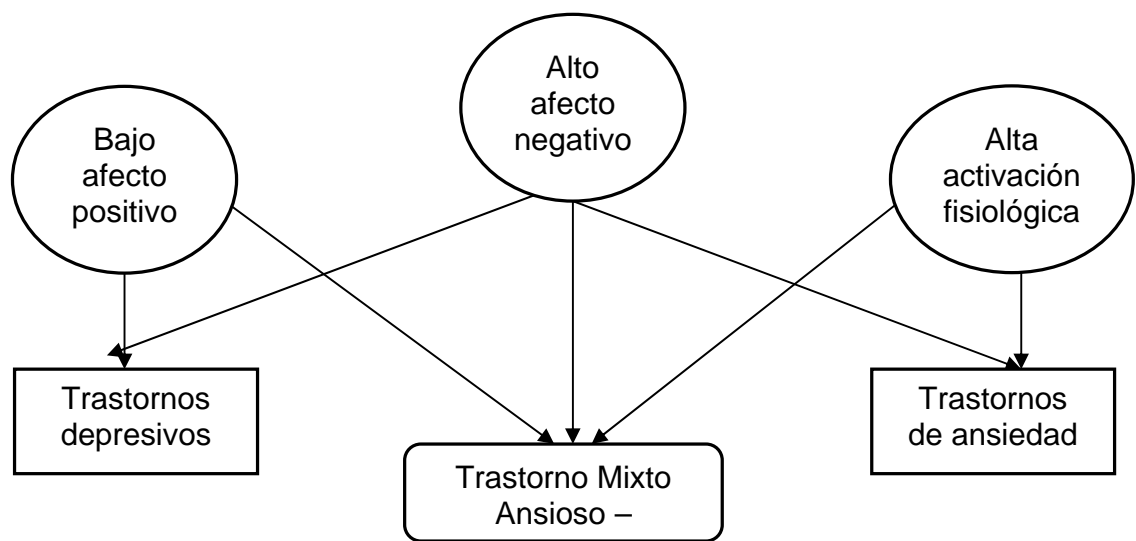
*Nota.* Tomada de "Ansiedad, Miedos y Fobias en Niños y Adolescentes". Por Sandín B, 1997, *Ansiedad, Miedos y Fobias en Niños y Adolescentes*, p.10

por el entusiasmo, la energía, el nivel de alerta y la capacidad para disfrutar de las actividades en las cuales participa. La afectividad negativa se caracteriza por: sentimientos de irascibilidad, culpa, miedo, baja autoestima, evaluación negativa para los demás y sobre todo de insatisfacción personal. La hiperactivación autónoma se refiere a la aceleración del corazón, respiración, temblores, mareos y sudoración. El bajo afecto positivo se refiere a estados

caracterizados por: desánimo, desinterés, torpeza, aplanamiento afectivo y sobre todo por la anhedonia.

Según el modelo tripartito, la ansiedad se caracteriza por una elevada activación fisiológica y la presencia de alto afecto negativo. Mientras que la depresión esta constituido por el *bajo afecto positivo* y el *alto afecto negativo*.

(Ver figura 4)



**Figura 4.** Representación esquemática del modelo tripartito sobre la afectividad negativa, la ansiedad y la depresión.

Vallejo (1989) hace énfasis en separar la ansiedad y la depresión teniendo en cuenta que la ansiedad se caracteriza por la aprensión o miedo, mientras que la depresión se caracteriza por un sentimiento de tristeza, siendo más frecuente que las personas afectadas con ansiedad presenten síntomas depresivos a que las personas depresivas presenten síntomas ansiosos lo cual coincide con las revisiones realizadas por Vasquéz y Sanz (1995) y Sandín (1997) Ingram y Malearne, citados por Sandín (1997) tras su revisión relacionaron una serie de *mecanismos y distorsiones cognitivas con el modelo*

*tripartito* de tal manera que la depresión se asocia a distorsiones cognitivas caracterizadas por pensamientos autofocalizados negativamente de tipo global absoluto y *orientados hacia el pasado* sobre temáticas de pérdida o fracaso. La ansiedad se caracteriza por contenidos cognitivos de peligro o amenaza y evaluación negativa orientados hacia el futuro.

### **Estudios Realizados sobre Familia y Trastornos de Ansiedad**

Hacia la década de los sesenta, las investigaciones no respaldaban una simple relación entre la interacción padres - hijos y los trastornos conductuales posteriores de estos últimos, (Clarizio y McCoy 1972).

Frankl (1965) (citado por Clarizio y McCoy 1972) concluyó que no había ninguna relación entre las dos variables, estos últimos autores afirman que si existe una relación entre las dos, puede que sea sutil e indirecta; sin embargo estudios recientes que se analizan a continuación, contrastan con esta teoría.

Al revisar las investigaciones de los años sesenta entre interacción familiar y trastornos conductuales posteriores, Hetherington y Martin (1972) (citados por Clarizio y McCoy 1972), encontraron los siguientes problemas metodológicos: a) Los estudios se centraron en las respuestas de las madres (en parte debido a la poca colaboración de los padres), b) no se reunieron datos de la interacción familiar acerca de niños sin trastornos, y c) el hecho que los miembros de la familia se esforzaban por dar una buena impresión a los investigadores.

Uno de los pocos estudios realizados acerca de pautas de crianza en Colombia, es el estudio descriptivo de las pautas de crianza en niños de nivel socioeconómico bajo de Barranquilla; realizados por Acosta y Anaya en (1986 )



encuestaron a 400 madres de familia con niños entre cero y cuatro años. Los investigadores indagaron por las pautas de crianza en las familias a través de múltiples situaciones en la vida cotidiana.

Este estudio concluye que los padres de familia aplican control fuerte (regaños, amenazas y los castigos) y se muestran no afectivos cuando se trata de establecer hábitos de aseo personal, controlar la agresividad y los comportamientos sexuales en el niño. Pero los padres en cambio se muestran afectivos y con control laxo cuando se trata de calmar los miedos del niño. A pesar de la frecuencia con que los padres empleaban el control fuerte y el no afecto, al ser encuestados ellos dijeron percibirse así mismos como afectuosos en el 41% de los casos y tolerantes en el 39%. Como se señaló anteriormente, este estudio tan solo describe las pautas de crianza pero no las relaciona con trastornos psicológicos.

Sevilla y Cadena (1991) analizaron las relaciones familiares a partir de actitudes parentales (autoritaria, protección y/o rechazo) y métodos de disciplina (democrático o autoritario); muchas de las características parentales y métodos disciplinarios coinciden con las características de las dimensiones de las pautas de crianza antes mencionadas. Los autores llegaron a la conclusión que un ambiente familiar no favorable (sobrepotección o rechazo y autoritarismo) se llega a constituir en la base de los trastornos mentales en la edad adulta; indicando además que los trastornos emocionales de los padres son muy peligrosos para sus hijos.

Castillo y García (1994) investigaron los factores psicopatógenos de la familia en un grupo de 55 niños con trastornos mentales (grupo de estudio) y

42 niños sin trastornos (grupo control) tratando de identificar las características familiares que tenían los niños de los dos grupos. Dentro del grupo de estudio 21 de los niños estaban diagnosticados con trastorno de ansiedad (38.1%). Es importante resaltar como esta investigación no comete los errores metodológicos señalados por Hetherington y Martín (1972) (Citados por Quintana, 1992)

Las investigadoras encontraron que el 70.9% de las relaciones familiares en los niños del grupo de estudio eran inadecuadas, es decir que se caracterizaban por el no afecto y control fuerte; mientras que el 76.1% de las relaciones familiares de los niños del grupo de control se ubicaban dentro del afecto control laxo.

En el caso de los niños diagnosticados con ansiedad el 14% de sus relaciones familiares se caracterizaron por el no afecto y control fuerte. Téngase en cuenta que el estudio señala que el rechazo, la sobreprotección, la agresión y la tolerancia, es decir, los extremos de las dimensiones de pautas de crianza antes citadas, fueron las características de las relaciones entre padres e hijos de los niños del grupo de estudio.

Situaciones y acontecimientos vitales a lo largo de la vida del ser humano contribuyen al desarrollo de los trastornos emocionales, los acontecimientos vitales negativos que tienen relación con la ansiedad suponen un peligro o amenaza “parece evidente que la situación familiar adversa cronificada tanto actual como pasada resulta ser un factor multiplicativo de los efectos negativos de acontecimientos vitales” (Moreno, del Varrio y Mestre 1995, p.472). Rutter (1985) (citado por los mismos autores) indican que la combinación de dos o

más factores estresantes familiares incrementa el riesgo de alteraciones emocionales. Aunque la discusión herencia ambiente está lejos de terminar, hay indicios para suponer que los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos se originan también en la familia (Wicks – Nelson, 1997). Estos mismos autores afirman que los niños pueden aprender a ser ansiosos observando el modelo de sus padres o partir del ambiente hostil e inseguro en el cual es muy probable que desarrollen trastornos de ansiedad. Ring, Mietz y Ollendick (1995) citados por la misma autora encontraron que los niños aprenden distorsiones cognitivas, a través de la observación y la información que reciben de sus padres, los niños aprenden que no tienen el control de la situación. Este tipo de distorsiones con el tiempo se traducen en estímulos que procuran ansiedad.

En consecuencia, concluimos que el comportamiento del ser humano se ve influenciado en gran medida por esta variable de tipo ambiental: la familia. Dentro del ambiente familiar existen factores importantes que le dan una particular forma a la crianza, impartida. El adulto por su propio modo de ser y actuar se convierte en modelo y organizador del comportamiento humano.

En un estudio precedente a esta investigación (Calvache y Chicaiza, en prensa, 1999), se investigaron los perfiles de personalidad de los padres de personas con fobia social. Los resultados apuntaron a constatar la presencia de elevados niveles de ansiedad y la necesidad de presentar una buena imagen por parte de los padres quedando reservada para una posterior investigación determinar si la respuesta de ansiedad en los hijos era aprendido del comportamiento igualmente ansioso de los padres.

Los autores citados en esta revisión utilizan términos como relaciones familiares adecuadas o no adecuadas, ambiente familiar favorable o no favorable y factores estresantes familiares. A partir de las explicaciones que los autores hacen de los términos y después de un detallado análisis, obtuvimos las similitudes con las dos dimensiones de pautas de crianza en el presente estudio. Téngase en cuenta que en ninguno de los trabajos citados se estudia directamente las pautas de crianza, estas investigaciones analizan un grupo grande de relaciones en el interior de la familia (Relaciones entre hermanos, padres e hijos, personalidad de los integrantes, trastornos, etc.); no se delimita claramente el tipo de relación que se va a estudiar como si se hace en el presente estudio.

A pesar que los trabajos mencionados estudian a grandes rasgos las relaciones al interior de la familia, si dejan en claro que lo que denominan relaciones familiares no adecuadas o no favorables se relacionan con la presencia de trastornos específicos, ya que puede darse el caso de que no todas las relaciones familiares se relacionan en igual medida con los diferentes trastornos.

Resaltamos el hecho que los padres, pretenden dar una buena impresión ante los investigadores (Clarizio y McCoy, 1972; Acosta y Anaya, 1986), es por esta razón que para el presente estudio se encuestaron a los hijos sobre las pautas de crianza que recibieron de padre y madre, se encuestaron sujetos con trastorno de pánico y sujetos con trastorno depresivo; todo esto con el fin de evitar cometer los errores metodológicos señalados por Hetherington y Martin (1972) (citados por Clarizio y McCoy, 1972)

### **Estudios Realizados sobre Familia y Depresión**

El trastorno depresivo mayor de alguno de los padres se reflejará en la forma en que interactúan con los demás miembros de la familia, siendo ésta una de las posibles influencias que hayan tenido las personas con depresión. La mayoría de los estudios realizados al respecto se han ejecutado teniendo en cuenta el trastorno de las madres de familia, dejando a un lado el comportamiento del padre.

Dodge (1990), (citado por Wicks - Nelson ,1996), afirma :” La depresión de los padres puede repercutir a través de mecanismos no biológicos, por ejemplo, los padres pueden influir sobre sus hijos , mediante interacciones padre –hijo, así como también a partir de prácticas de información e instrucción y de organización del entorno social de los mismos”. (p.155)

Coyne,( citado por Vasquez y Sanz,1995), concluye que la depresión es la respuesta a la ruptura de relaciones interpersonales valiosas para el sujeto; esta ruptura de relaciones , no necesariamente implica la pérdida o separación de un ser querido, sino la falta de apoyo social y afectivo. Otros estudios afirman que los factores de vulnerabilidad internos (cognitivos), pueden ser adquiridos en condiciones familiares adversas, es decir en medio de un ambiente caracterizado por el apoyo familiar bajo o inexistente y unas inadecuadas habilidades de resolución de conflictos. Ion, Colby y Hammen (Citados por Vasqu ez y Sanz,1995).

Wicks y Nelson (1996) afirma “el hecho que los padres de familia con depresión est en absortos en sus propios problemas puede hacer que est en menos atentos al comportamiento de sus hijos. Los padres deprimidos

pueden percibir como problemáticas situaciones que otros padres no percibirían de ese modo. Esto es importante ya que al ser capaces de hacer caso omiso o de tolerar niveles bajos de conductas problemáticas, es probable que se produzcan menos alteraciones en la familia “. (p.157). Dadd, Ge y Hops, citados por la misma autora, realizaron un estudio, tras el cual concluyen que los patrones de interacción de familias con padres depresivos pueden contribuir a que la depresión persista en el progenitor y en el hijo. Tras la revisión hecha por esta autora se puede concluir que el hecho de que uno de los padres, esté afectado con depresión, no necesariamente implica que los hijos en el futuro puedan ser afectados de depresión, sino de cualquier trastorno emocional. Al respecto, en el estudio de Orvschel, Walsh, realizado en 1988 y citado por Wicks y Nelson (1996), se compara a un grupo de hijos de padres depresivos con hijos de padres que no cumplen los criterios para depresión mayor (ver tabla 5).

Tabla 5

Diferencias en Niños en Relación con el Riesgo de Depresión de los Padres

Trastorno del niño	Porcentaje de niño en alto riesgo	Porcentaje de niños en bajo riesgo
Cualquier trastorno	41,0	15,2
Trastorno afectivo	21,3	4,3
Trastorno de ansiedad	19,7	8,7
Trastorno por déficit de atención	19,7	6,5
Un diagnóstico	18,0	10,9
Más de un diagnóstico	22,9	4,4
Tratamiento ambulatorio	32,8	8,7

Autores como Vallejo (1991); Vásquez y Sanz, concluyen que tras los estudios de interacción familiar y depresión se encuentra que la presencia de

ésta en uno de los padres, se relaciona con la presencia de depresión en los hijos o de otro trastorno, mas está por esclarecerse, si esta relación es de tipo causal o entra a formar parte de un modelo multifactorial, de esta manera, los estudios que indaguen sobre familia y depresión contribuyen a esclarecer que tipo de relaciones hacen que un niño se encuentre entre la población de riesgo para padecer posteriormente de depresión. ,

Es evidente como las pautas de crianza pueden constituirse en fuentes de bienestar o de psicopatología. Los estudios planteados resaltan diferentes efectos en cada pauta de crianza, estableciendo deferencias en cada trastorno psicológico. Así mismo conviene detallar las características clínicas y teorías explicativas de los trastornos objeto de este estudio: el trastorno de pánico y el trastorno depresivo mayor; con el fin de garantizar un óptimo abordaje de los elementos de esta investigación.

### **Marco Conceptual**

**Agorafobia:** Temor excesivo a encontrarse en una situación de lo cual pueda resultar difícil, embarazoso o avergonzado salir de ella.

**Ansiedad:** Estado emocional desadaptativo caracterizado por una sensación subjetiva de malestar, aprehensión, sensación de peligro inminente, se acompaña de activación del sistema nervioso autónomo más pensamientos anticipativos catastróficos.

**Trastorno de ansiedad:** Trastorno donde se encuentra predominio de la ansiedad, se puede manifestar específicamente en una situación o de manera inespecifica

**Trastorno Depresivo Mayor:** Estado de ánimo predominantemente deprimido, el cual se acompaña de la imposibilidad de experimentar sensaciones placenteras, en actividades que anteriormente lo eran, dificultad para concentración, memoria y atención, la persona con depresión experimenta pérdida de apetito, dificultad para conciliar el sueño y en consecuencia disminución del peso corporal.

**Miedo:** Reacción intensa del organismo en el cual se moviliza toda la energía de éste con el fin de mantener o preservar su vida.

**Ataque de pánico:** Es caracterizado por la rápida aparición de síntomas somáticos y cognitivos como: palpitaciones, dificultad para respirar, sensación de asfixia, entumecimiento u hormigueo en extremidades, sequedad de boca, temor a volverse loco, o sufrir un paro cardíaco un accidente cerebrovascular, desrealización y de despersonalización.

**Trastorno de pánico:** presentación de ataques de pánico acompañados de temor a sufrir nuevos episodios (miedo al miedo) y cambios significativos de la conducta relacionada con los mismos.

**Pautas de crianza:** Resumen de la forma en que conviven o interactúan los padres con los hijos y de los métodos que utilizan los padres para dirigir la conducta de los hijos. Se pueden agravar en dimensiones: afecto – no afecto y control laxo – control fuerte.

**Dimensión afecto – no afecto:** presencia o ausencia de afecto, diálogo, uso de la razón empleado por los padres para cuidar o dirigir a sus hijos.

**Dimensión control laxo – control fuerte:** importancia que los padres dan al cumplimiento de las normas y los métodos que emplean para relacionarse o



dirigirse sus hijos, resultantes de las pautas de crianza que emplean los padres con ellos.

## ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de Investigacion: Cuantitativa

Tipo de estudio: Diferencial.

Variable de estudio 1: Pautas de crianza.

Variable de estudio 2: Trastorno psicológico.

*a) Trastorno de pánico.*

*b) Trastorno depresivo mayor*

### Prueba Estadística

La prueba estadística que se utilizará para la presente investigación será la prueba **t para datos no relacionados** debido a que:

1. Se busca encontrar diferencia.
2. A que las premisas paramétricas se cumplen: a) El nivel de medición es de intervalo ya que se trabaja con la probabilidad de puntajes Z, los cuales se obtuvieron una vez la prueba fue estandarizada, b) Las pautas de crianza se distribuyen normalmente en la población, tal como lo muestra el estudio de Ardilla, R. (1986) y c) Las desviaciones estándar no son muy diferentes entre las muestras, y aún si lo fueron las muestras poseen el mismo número de sujetos por lo cual el requisito de homogeneidad de varianza no sería tan importante.
3. El diseño es no relacionado.

### Hipótesis

Hipótesis Nula ( $h_0$ ): No existe diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas diagnosticadas con trastorno de pánico y las pautas de crianza recibidas por personas diagnosticadas con trastorno depresivo Mayor.

Hipótesis de trabajo (hi): Existe diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas diagnosticadas con trastorno de pánico y las pautas de crianza recibidas por personas diagnosticadas con trastorno depresivo.

Hipótesis estadística: Existe una diferencia significativa ( $p < 0.5$ ) entre las pautas de crianza recibidas por las personas diagnosticadas con trastorno de pánico y las pautas de crianza recibidas por personas diagnosticadas con trastorno depresivo.

### Participantes

El grupo 1 estuvo constituido por 20 personas, diagnosticadas con **trastorno de pánico**, 10 hombres y 10 mujeres procedentes de la ciudad de Pasto, sus edades se encontraban entre los 18 y 55 años y pertenecían a todos los niveles educativos. **El número de integrantes de este grupo estuvo determinado por la dificultad para reunir a sus integrantes, lo cual imposibilitó que se aplicara una técnica de muestreo.** Fue necesario en primera instancia recurrir a los medios masivos de comunicación: volantes, radio y prensa (ver anexo F), en éstos se difundían los síntomas del trastorno de pánico, se hacía énfasis en que es un trastorno manejable y se invitaba a una conferencia en donde se ofrecía mayor información. De los sujetos asistentes se seleccionaron a quienes padecían del trastorno de pánico mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada para el diagnóstico de este trastorno.

El grupo número 2 estuvo constituido por igual número de sujetos, (10 mujeres y 10 hombres). La reunión del grupo dos se facilitó debido a que se recurrió a los pacientes de colegas de la ciudad. Los integrantes de este grupo,

estaban diagnosticados con **Trastorno depresivo mayor**, y fueron seleccionados a través de la aplicación de la entrevista semiestructurada para el diagnóstico de este trastorno diseñada para el presente estudio, a pesar que se contaba con un diagnóstico previo, se procedió a aplicar la entrevista semiestructurada con el fin de corroborarlo. Se trataba de sujetos procedentes de la ciudad de Pasto, cuyas edades oscilan entre 18 y 55 años, y pertenecientes a los diferentes niveles educativos.

### **Instrumentos**

El grupo 1 se escogió a través de una entrevista psicológica semiestructurada para el diagnóstico del trastorno de pánico la cual se basa en los criterios DSM IV (Ver anexo A), La entrevista se basó en un instrumento diseñado por Sandín (1997), quien realizó una modificación de cuestionarios con el fin de identificar ataques de pánico en adultos y la adaptó a niños y adolescentes (Cuestionario de Ataques de Pánico para Niños y Adolescentes) en el cual, especialmente en su segunda parte, transforma los criterios DSM – IV a preguntas.

El grupo 2 fue seleccionado mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor diseñada para la presente investigación y la cual se basa en los criterios DSM IV.

Debido a sus características las entrevistas semiestructuradas para trastorno de pánico y trastorno depresivo (ver anexos A y B), permiten detectar la presencia de estos trastornos en una (1) sesión psicológica mientras que posibilita al psicólogo abandonar temporalmente su formato para establecer una relación de empatía más sólida, realizar las preguntas en orden diferente,

explorar otros aspectos como antecedentes, predisponentes o desencadenantes relevantes para la comprensión del caso (Coolican, 1997). Además permite brindar las explicaciones a los síntomas del paciente y posibilidades terapéuticas para estos trastornos, siendo esta última una petición frecuente que realizan los pacientes afectados por estos trastornos. La entrevista semiestructurada no es una camisa de fuerza que le resta calidez humana al contacto psicológico sino que pretende ser una guía para la entrevista diagnóstica.

### **Formato de prueba para el cuestionario de pautas de crianza**

#### **Objetivo:**

Construir una prueba válida y confiable que identifique con claridad las pautas de crianza.

#### **Usos:**

La prueba se puede aplicar en las áreas clínica, comunitaria y educativa para investigar las pautas de crianza en diferentes variables, por ejemplo: trastornos psicológicos, motivación, locus de control interno y externo, coeficiente intelectual (C.I.), rendimiento académico, etcetera, así como también puede emplearse para determinar factores de riesgo en la población.

#### **Población:**

La prueba está dirigida a hombres y mujeres con un rango de edad entre 18 y 55 años. Teniendo en cuenta que la confiabilidad y validez se realizaron con personas provenientes de la ciudad de Pasto, se debe tener en cuenta las características de esta población para su aplicación en otros contextos geográficos.

**Formato de prueba:**

Tipo de respuesta cerrada. El cuestionario presenta dos opciones de respuesta (SI y NO) distribuidos para el padre y la madre.

**Prueba de ejecución típica**

La Prueba permite identificar las interacciones típicas entre padres e hijos, por lo tanto no existen respuestas correctas o incorrectas.

Se constituye en una prueba de lápiz y papel y de aplicación individual.

**Plan de prueba:**

Numero de ítems: 44

25% para de afecto (11)

25% para no afecto (11)

25% para control alto (11)

25% para control bajo (11)

(Ver anexo F)

Se debe tener en cuenta que el afecto y el no afecto hacen parte de una misma dimensión (afecto) al igual que el control alto y el control bajo (control).

**Validez del Cuestionario de Pautas de Crianza**

Se planteó una validez de contenido a través de la evaluación interjueces, se determinó este tipo de validez debido a las características de la prueba, ya que ésta toma los reactivos de un contenido claramente especificado (Pautas de Crianza) y por lo tanto a partir de este proceso de validez se determinó que tan adecuadamente la muestra de reactivos representa el contenido. Según Brown (1980) se sugieren los siguientes pasos (ver anexo D)

1. Definición específica del dominio del contenido o pauta de crianza.

2. Definición operacional de subcategorías importantes (Afecto, no afecto, control fuerte y control bajo)
3. Proposición de criterios para la evaluación interjueces.
4. Evaluación por parte de interjueces.
5. Análisis estadístico: Índice de acuerdo entre la categorización del juez y la del constructor de la prueba (Ver tabla 8).

Para la validación del instrumento se contó con la colaboración de cinco psicólogos a quienes les fue entregada **la prueba original** para su evaluación. Esta prueba constaba de 60 ítems (ver anexo C). Se solicitaba a los jueces clasificar cada ítem según los polos de las dimensiones (ver anexo D)

Cuatro ítems pertenecientes al polo control bajo resultaron no válidos (4,20,22 y 35) al igual que un ítem perteneciente al polo no afecto (4) y otro perteneciente al polo control fuerte (60). Debido a que la **prueba original** constaba de 15 ítems para cada polo (ver anexo C), fue necesario reducir 4 ítems de cada uno con el fin de igualarlos, por lo tanto la prueba válida (ver anexo F) consta de 11 ítems para cada polo, es decir que posee 44 preguntas en total.

### **Confiabilidad Cuestionario Pautas de Crianza**

Para determinar la confiabilidad de esta prueba, fue aplicada a 32 personas de edades entre los 18 Y 57 años, de todos los niveles educativos (al igual que en los grupos de estudio) ya que esta variable es mejor predictor del comportamiento que el nivel socio económico (Watson, R. y Lindgren, C. 1991), de la misma manera se aseguró el mismo número de hombres y de mujeres.

(ver tabla 6) Para determinar la confiabilidad de la prueba se utilizó el índice de estabilidad. (Ver anexo E)

**TABLA 6**

Características del Grupo de Confiabilidad

NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	SECUNDARIA	TÉCNICO	UNIVERSIDAD	TOTAL
GENERO					
HOMBRES	4	4	4	4	16
MUJERES	4	4	4	4	16

Se escogió la **confiabilidad por estabilidad** debido a que la prueba **no es homogénea** (Coolican, 1997) y porque se parte de que los puntajes en la prueba no cambien en el transcurso del tiempo. Se aplicaron las dos pruebas con un intervalo de ocho días entre cada una.

Según el procedimiento antes mencionado **la confiabilidad del instrumento es del 93 por ciento**, es decir que la confiabilidad es alta (Coolican, 1997).

**Estandarización del Cuestionario de Pautas de Crianza**

Para estandarizar este cuestionario fue aplicado a 52 personas sin trastorno de pánico, ni trastorno depresivo, asegurando que se tuvieran el mismo número de hombres y de mujeres y que estas cincuenta personas pertenecieran a todos los niveles educativos, de la misma manera que los grupos de estudio a los cuales se aplicó el cuestionario de pautas de crianza para la presente investigación, y asegurando que las edades del grupo de estandarización coincidan con las edades de los integrantes de los grupos de estudio; todo lo anterior con la finalidad de que el grupo de estandarización



fuera análogo a los grupos de estudio. Las características del grupo de estandarización se resumen a continuación (ver tabla 7).

Tabla 7.

Características del Grupo de Estandarización

PORCENTAJE Y NUMERO DE SUJETOS NIVEL EDUCATIVO	PORCENTAJE MASCULINO	NUMERO DE SUJETOS MASCULINO	PORCENTAJE FEMENINO	NUMERO DE SUJETOS FEMENINO
1			7.5%	4
2	15%	8	10%	5
3	10%	5	7.5%	4
4	25%	13	25%	13
SUMA	50%	26	50%	26

Nota. Edad de mujeres entre 18 y 55 años, edad de hombres entre 18 y 57 años. Niveles educativos: 1=primaria; 2= Secundaria; 3= Técnico y 4= Universitarios

Calificación.

Es necesario recalcar que el presente cuestionario mide las dimensiones de pautas de crianza Afecto y Control, cada una de las cuales posee dos polos, alto y bajo, es por ello que para calificar este cuestionario y para evitar inconsistencias o aparentes contradicciones en los datos se debe tener en cuenta lo anterior. Los puntajes afecto bajo (no afecto) y control bajo se unen a los puntajes de afecto y control respectivamente, es decir que las respuestas del cuestionario se califican en una sola dirección.

Una vez obtenidas las **medias y las desviaciones estándar del grupo de estandarización** se procedieron a establecer los baremos de la prueba. En la tabla 8 se puede observar cada puntaje directo acompañado de su respectivo puntaje Z y su probabilidad según la pauta de crianza tanto en el caso del padre como en el caso de la madre.

Tabla 8

Baremos del Cuestionario de Pautas de Crianza.

Trastorno Puntaje Directo	Afecto padre		Afecto madre		Control padre		Control madre	
	Z	PROB	Z	PROB	Z	PROB	Z	PROB
1	-3,17	0,08 %	-4,16	0,002 %	-3,75	0,01 %	-4,35	0,001 %
2	-2,94	0,16 %	-3,88	0,01 %	-3,47	0,03 %	-4,03	0,003 %
3	-2,72	0,33 %	-3,60	0,02 %	-3,18	0,07 %	-3,72	0,01 %
4	-2,49	0,63 %	-3,33	0,04 %	-2,90	0,19 %	-3,40	0,03 %
5	-2,27	1,16 %	-3,05	0,12 %	-2,62	0,45 %	-3,08	0,10 %
6	-2,05	2,04 %	-2,77	0,28 %	-2,33	0,99 %	-2,76	0,29 %
7	-1,82	3,42 %	-2,49	0,64 %	-2,05	2,04 %	-2,45	0,72 %
8	-1,60	5,50 %	-2,21	1,34%	-1,76	3,91 %	-2,13	1,66 %
9	-1,37	8,47 %	-1,94	2,65 %	-1,48	6,98 %	-1,81	3,50 %
10	-1,15	12,50 %	-1,66	4,87 %	-1,19	11,65 %	-1,49	6,75 %
11	-0,93	17,71 %	-1,38	8,39 %	-0,91	18,19 %	-1,18	11,95 %
12	-0,70	24,13 %	-1,10	13,54 %	-0,62	26,64 %	-0,86	19,48 %
13	-0,48	31,62 %	-0,82	20,52 %	-0,34	36,72 %	-0,54	29,36 %
14	-0,25	39,97 %	-0,55	29,28 %	-0,05	47,82 %	-0,23	41,07 %
15	-0,03	48,80 %	-0,27	39,46 %	0,23	59,09 %	0,09	53,65 %
16	0,19	57,69 %	0,01	50,43 %	0,51	69,65 %	0,41	65,87 %
17	0,42	66,20 %	0,29	61,36 %	0,80	78,78 %	0,73	76,61 %
18	0,64	73,96 %	0,57	71,45 %	1,08	86,07 %	1,04	85,16 %
19	0,87	80,68 %	0,84	80,09 %	1,37	91,43 %	1,36	91,32 %
20	1,09	86,22 %	1,12	86,92 %	1,65	95,08 %	1,68	95,33 %
21	1,31	90,56 %	1,40	91,93 %	1,94	97,36 %	2,00	97,70 %
22	1,54	93,80 %	1,68	95,34 %	2,22	98,68 %	2,31	98,96 %

Nota. Z= Puntaje normal; Prob= Probabilidad normal (area bajo la curva).

**Procedimiento**

En primera instancia se convocó a personas con síntomas del trastorno de pánico, posteriormente se reunió a los integrantes del grupo 2. Simultáneamente con este proceso se diseñaron los instrumentos para el diagnóstico del trastorno de pánico, del trastorno depresivo y el instrumento de pautas de crianza. Tras la revisión y análisis de reactivos se aplicó una prueba piloto a 32 personas para determinar la confiabilidad del instrumento de pautas de crianza, las personas se dividieron según nivel educativo y género. La validación del instrumento, se realizó a través de contenido y la revisión de

jueces. Una vez reunidos los dos grupos se les aplicó el instrumento de pautas de crianza, a los puntajes directos de los sujetos se los transformó en probabilidades de Z según los baremos del cuestionario de pautas de crianza obtenidos tras el proceso de estandarización, y son estas probabilidades las que finalmente se utilizan para establecer diferencias (o no) entre los grupos mediante la aplicación de la prueba t para datos no relacionados.

### **Resultados**

En la presente investigación se encontró que existe diferencia significativa en la pauta de crianza afecto recibida de sus padres entre personas diagnosticadas con trastorno de pánico y trastorno depresivo mayor. En primer lugar mediante la estadística descriptiva se determinan las pautas de crianza que recibieron tanto las personas con trastorno de pánico como con trastorno depresivo. Para ello los sujetos son clasificados en las categorías alta, media y baja, para lo cual se tuvo en cuenta la probabilidad de los puntajes Z obtenidos, se debe aclarar que el puntaje de una persona se clasifica bajo cuando la probabilidad de éste es menor o igual al 25%, para ser clasificado medio su probabilidad debe ser mayor del 25% y menor o igual al 75% y para ser clasificado alto su probabilidad debe ser mayor al 75%; lo anterior se realizó tras la estandarización del cuestionario para padre y para madre en cuanto a la **dimensión afecto y control**.

A continuación las probabilidades Z obtenidas por los integrantes de los dos grupos en el cuestionario de pautas de crianza se **diferenciaron** mediante la aplicación de la prueba t, éstos análisis se realizaron desde lo general hasta lo particular, es decir en primer lugar se analizaron las dimensiones afecto y

control sin tener en cuenta el género de padres y de los sujetos, posteriormente según el género de los padres y por último según el género de padres y sujetos, diferenciando las dimensiones afecto y control.

A continuación se pueden comparar los porcentajes de los dos grupos tanto en afecto como en control (ver figuras 5, 6, 7 y 8 ). Obsérvese como los puntajes de los grupos en cuanto a **afecto** son predominantemente bajos, mientras que los puntajes en **control** se ubican en medio y bajo, siendo mas frecuentes los puntajes medios en el trastorno de pánico

En cuanto al **afecto recibido por parte del padre**, se observan niveles bajos tanto en hombres como en mujeres con depresión; en el trastorno de pánico se observan puntajes medios tanto para hombres como para mujeres, solo un diez por ciento de los hombres con pánico se ubican en la categoría de alta, mientras que ninguno de los participantes con depresión se encuentra en esta categoría (ver figura 5).

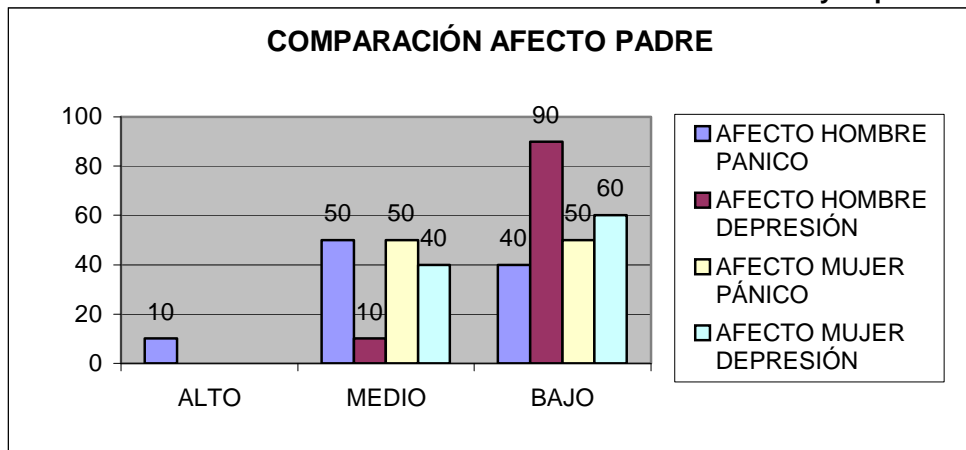


Figura 5. Comparación del afecto recibido del padre en personas con trastorno de pánico y trastorno depresivo.

En cuanto al **afecto recibido de sus madres**, ninguno de los participantes se encuentra en la categoría alta, en el caso de los hombres con depresión el noventa por ciento se encuentra en la categoría baja, las mujeres con depresión se ubican en los niveles medio y bajo, al igual que los hombres y las mujeres con trastorno de pánico (Ver figura 6).

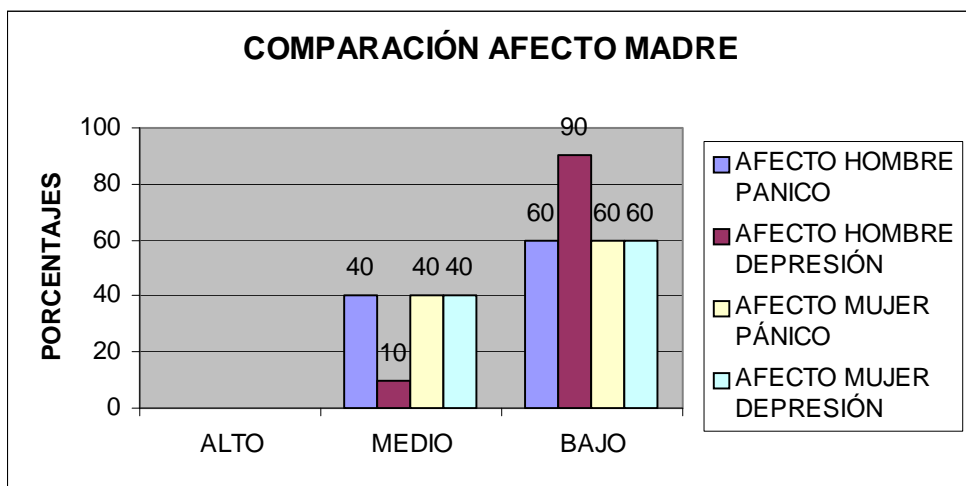


Figura 6. Comparación entre el afecto recibido de sus madres en pacientes con trastorno de pánico y trastorno depresivo.

En general tanto los pacientes con depresión como con pánico recibieron niveles mas altos de afecto de parte de sus padres que de sus madres (ver figuras 5 y 6).

En cuanto al **control recibido por parte de sus padres**, los pacientes con trastorno de pánico recibieron niveles medios y altos de control, mientras que los pacientes con trastorno depresivo recibieron niveles bajos de esta pauta de crianza. Los puntajes de las mujeres con pánico se clasifican en la categorías alta y media, mientras que los puntajes de las mujeres con depresión se ubican en las categorías alta y baja (ver figura 7).

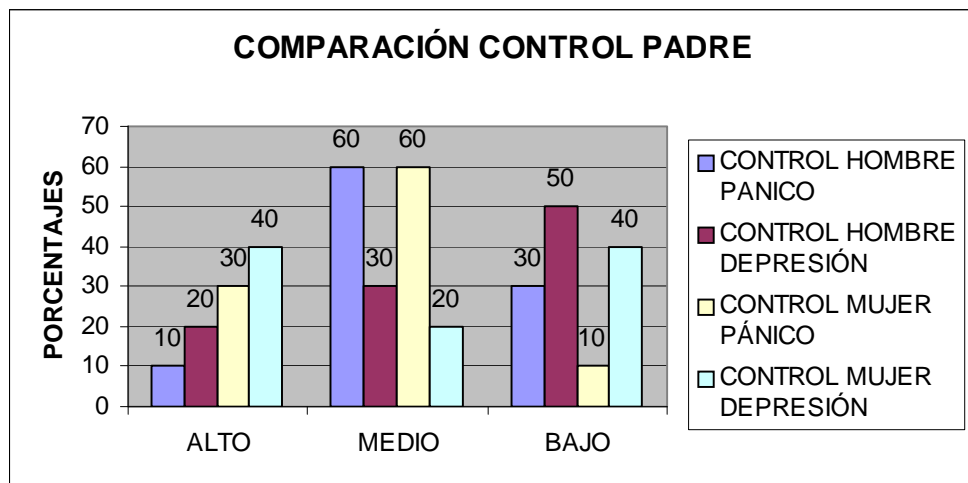


Figura 7. Comparación entre el control recibido de sus padres en pacientes con trastorno de pánico y trastorno depresivo.

En cuanto al **control recibido por parte de las madres**, se observan puntajes medios y altos para las mujeres con trastorno de pánico, en cambio se observan puntajes medios y bajos para las mujeres con depresión. Los puntajes de los hombres con pánico y depresión se ubican en la categoría baja (ver figura 8).

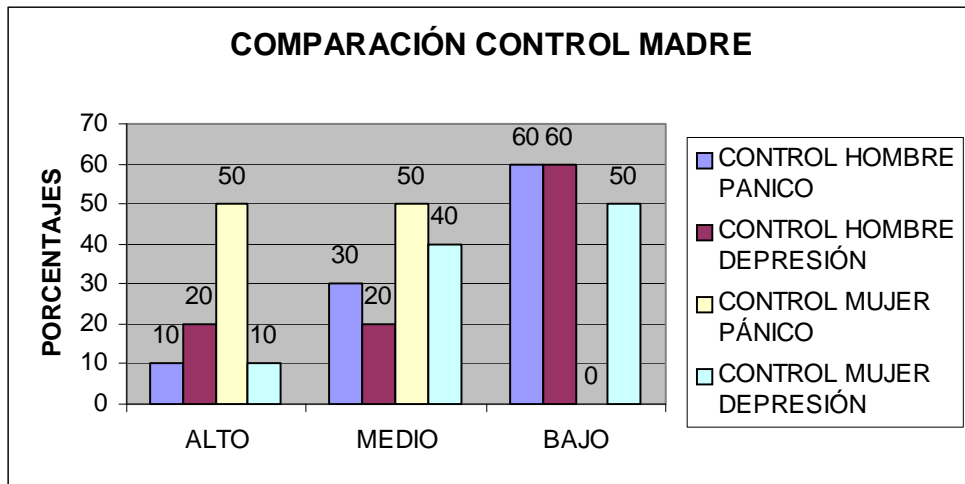


Figura 8. Comparación entre el control recibido por parte de sus padres en pacientes con trastorno de pánico y trastorno depresivo.

En general se observa que las personas con pánico y depresión recibieron un mayor nivel de control por parte de sus padres que de sus madres (Ver figuras 7 y 8).

A continuación se establecen diferencias entre los dos grupos en cuanto a las pautas de crianza afecto y control sin tener en cuenta el género de los padres y el de los sujetos (Ver tabla 9).

Tabla 9.

Diferencia en Pautas de Crianza Familiares.

DIMENSIÓN AFECTO			DIMENSIÓN CONTROL		
Abrevia- tura	Pánico	Depre- sión	Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión
n	20	20	N	20	20
M	0,3102	0,1683	M	0,4612	0,2974
DE	0,22	0,16	DE	0,28	0,28
GL	38	38	GL	38	38
T	2,3309		T	1,8559	
P	0,03		P	0,07	

Hay diferencia significativa

No hay diferencia significativa

Nota. Los puntajes de las dimensiones afecto y control son los promedios de la probabilidad del padre y de la madre. n= número de sujetos en el grupo; M= media; DE= Desviación estandar; t= puntaje t calculado; GL= grados de libertad; P= probabilidad.

**Cuando se analizaron los datos según el género de los padres con la prueba t no se encontraron diferencias significativas.**

Finalmente se establecen diferencias mediante el uso de la prueba t según el género de los padres y de los sujetos. En primer lugar se establecen las diferencias en cuanto a la pauta de crianza afecto para los hombres (tabla 10).

Tabla 10.

Diferencia afecto padre y madre de hombres

Afecto Padre – Hombres			Afecto Madre - Hombres		
Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión	Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión
N	10	10	N	10	10
M	37,0	10,4	M	0,3581	0,0796
DE	28,6	12,1	DE	0,3	0,2
GL	18	18	GL	18	18
T	2,7		T	2,5	
P	2%		P	2%	

Hay diferencia significativa

Hay diferencia significativa

Nota. n= número de sujetos en el grupo; M= media; DE= Desviación estandar; t= puntaje t calculado; GL= grados de libertad; P= probabilidad.



En segundo lugar se establece la diferencia en la pauta de crianza control para mujeres (ver tabla 11).

Tabla 11.

Diferencia control padre y madre de mujeres

Control Padre – Mujer			Control Madre – Mujer		
Abrevia- tura	Pánico	Depre- sión	Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión
n	10	10	N	10	10
M	0,588	0,299	PROM	0,631	0,255
DE	0,3	0,3	DE	0,2	0,2
GL	18	18	GL	18	18
T	2,2394		T	3,9592	
P	4%		P	1%	

Hay diferencia significativa                      Hay diferencia significativa

Nota. n= número de sujetos en el grupo; M= media; DE= Desviación estandar; t= puntaje t calculado; GL= grados de libertad; P= probabilidad.

En cuanto al control que los hombres recibieron de su padre y de su madre no se encontró diferencia significativa (Ver tabla 12),

Tabla 12

Diferencia Control Padre y Madre de Hombres

Control Padre-Hombre			Control Madre-Hombre		
Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión	Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión
N	10	10	N	10	10
M	0,3262	0,3182	PROM	0,2988	0,3164
DE	0,3	0,3	DE	0,3	0,3
GL	18	18	GL	18	18
t	0,0623		T	-0,120	
P	0,95		P	0,91	

No hay diferencia significativa                      No hay diferencia significativa

Nota. n= número de sujetos en el grupo; M= media; DE= Desviación estandar; t= puntaje t calculado; GL= grados de libertad; P= probabilidad.

De igual manera no se encontró diferencia significativa en el afecto que las mujeres recibieron de su padre y de su madre (ver tabla 13).

Tabla 13

Diferencia Afecto Padre y Madre de Mujeres

Afecto Padre-Mujeres			Afecto Madre-Mujeres		
Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión	Abrevia- Tura	Pánico	Depre- sión
N	10	10	N	10	10
M	0,2451	0,2504	M	0,2680	0,2391
DE	0,2	0,2	DE	0,2	0,3
GL	18	18	GL	18	18
t	-0,062	0,95	t	0,256	0,80
p	0,95		p	0,80	

No hay diferencia significativa      No hay diferencia significativa

Nota. n= número de sujetos en el grupo; M= media; DE= Desviación estandar; t= puntaje t calculado; GL= grados de libertad; P= probabilidad.

### Discusión

En esta investigación encontramos que la pauta de crianza afecto es significativamente diferente en personas con trastorno de pánico y trastorno depresivo, en tanto que no se encontró diferencia significativa en la pauta de crianza control entre los dos grupos.

En primer lugar mediante la **estadística descriptiva** se encontró que el afecto bajo y el control bajo predominaron en los dos trastornos. Se debe aclarar que los pacientes recibieron más afecto y control por parte de su padre que de su madre.

Los hombres con trastorno de pánico recibieron más afecto por parte de su padre y de su madre; en tanto que las mujeres con trastorno de pánico recibieron más control por parte de su madre y de su padre.

Posteriormente mediante el empleo de la prueba t se comprobó diferencia significativa en cuanto al afecto que recibieron las personas con trastorno de pánico y trastorno depresivo, se encontró que los pacientes con trastorno de pánico recibieron afecto medio, mientras que los pacientes con trastorno depresivo recibieron afecto bajo. En cuanto al control que reciben los grupos no se encontró diferencia significativa.

Cuando se especificaron las diferencias de los grupos teniendo en cuenta el género de sujetos y padres se encontró que existe diferencia en el afecto que los hombres reciben de su padre y de su madre, habiendo recibido afecto medio las personas con trastorno de pánico y afecto bajo las personas con trastorno depresivo. En el caso de las mujeres se encontró diferencia significativa en cuanto al control que recibieron de su padre y de su madre, habiendo recibido control medio las mujeres tanto con trastorno de pánico como con trastorno depresivo. Es necesario aclarar que una vez obtenidas las diferencias según el género de los padres y de los sujetos, se tomó en cuenta las **medias de cada grupo** con el fin de clarificar las conclusiones en cuanto a la **dirección de las diferencias**, esta información se optimiza con los hallazgos de la estadística descriptiva.

Los hallazgos anteriores indican que la diferencia para que un hombre desarrolle depresión es recibir bajo afecto y para que una mujer desarrolle depresión es recibir niveles medios de control, en tanto que para desarrollar

trastorno de pánico se requeriría que hombres y mujeres hayan recibido afecto medio y control medio. Es necesario recalcar que las anteriores conclusiones se deben tener en cuenta en medio de un contexto multicausal, por lo tanto no se deben olvidar las demás variables que se han demostrado inciden en estos trastornos.

Estos hallazgos indican una diferencia en cuanto a las pautas de crianza y al género, en el sentido que muestran como punto determinante el control en las mujeres y el afecto en los hombres para que una persona desarrolle posteriormente trastorno de pánico o trastorno depresivo mayor.

Las personas con trastorno depresivo reciben de sus padres niveles bajos de afecto, lo cual concuerda con los estudios de Orvashell, Wallsh y Yé (citados por Wicks – Nelson, 1995), quienes afirman que este tipo de crianza conllevan a efectos tales como la baja autoestima, timidez, aislamiento y la probabilidad de desarrollar cualquier trastorno psicológico entre ellos la depresión y la ansiedad. Es importante destacar que las personas con trastorno de pánico no alcanzan niveles altos de afecto, por lo tanto los dos grupos de estudio conservan niveles bajos para esta pauta de crianza. En cuanto a la pauta de crianza control igualmente se confirma niveles bajos para los dos grupos de estudio, siendo más acentuado en el trastorno depresivo mayor. Estos niveles incluyen escasa información por parte de los padres para controlar el ambiente, (Rehm, citado por Vasquez y Sanz, 1995), una persona que no tiene un buen proceso de socialización no posee en su repertorio comportamental las habilidades para controlar el ambiente, éste déficit se constituye en un factor de vulnerabilidad para la adquisición del trastorno depresivo y se aplica a todas las

áreas del individuo, lo cual también explica el marcado deterioro de los pacientes con trastorno depresivo mayor. Niveles bajos de afecto se traducen en pocas habilidades para controlar el ambiente y en dificultades para mantener relaciones sociales, lo anterior conlleva a la disminución del refuerzo social, el cual es un factor asociado a la depresión en las teorías de orientación comportamental al respecto (Mac Coby, citado por Quintana, 1993) agrega que este tipo de pauta de crianza es característico de los padres de tipo permisivo negligente, esto es, padres con niveles bajos de afecto y es considerada como el tipo de pauta de crianza con mayor probabilidad de desencadenar trastornos psicológicos (Singer, 1974; Watson & Clay Lindgren, 1991; Wicks- Nelson 1997). La presente investigación supera a sus precedentes en la medida en que delimita el grupo de relaciones familiares a estudiar (pautas de crianza: afecto y control), establece diferencias entre padre y madre y entre hombres y mujeres de cada trastorno.

En el caso de la mujer con trastorno depresivo se encuentran niveles bajos de control caracterizados por flexibilidad frente a la norma, desinterés por la socialización que conllevan a bajos niveles de autocontrol caracterizados por déficit en la autoevaluación, autoobservación y autoreforzamiento según informa Rhem (Citado por Vasquez y Sanz).

Colby, Goetlib y Hammen citados por Vasquez y Sanz (1995) señalan que la exposición durante la infancia a estilos desadaptativos de crianza entre los que destacan la negligencia emocional (control bajo y afecto bajo), conduce a la formación de esquemas cognitivos negativos sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, esquemas que concuerdan con la teoría de Beck (1985), así

mismo señalan características de personalidad que implican exagerada dependencia, repertorios inadecuados en habilidades para la solución de problemas y dificultades para mantener relaciones sociales y afectivas.

En el caso de los hombres con trastorno de pánico y los hombres con trastorno depresivo se observan diferencias significativas en cuanto al afecto recibido de sus padres y madres siendo mayor para el trastorno de pánico, niveles bajos de afecto se traducen en rechazo menosprecio y desinterés por parte de las madres y padres con trastorno depresivo mayor. (Coyne, citado por Vasquez y Sanz.1995) explica la depresión como una respuesta a la ruptura de relaciones familiares que puede ejemplificarse a partir de pérdida del apoyo afectivo, el autor afirma que como afrontamiento a esta situación las personas buscan fuentes de apoyo con excesiva demanda lo cual conlleva a la pérdida del refuerzo social y al establecimiento de un círculo vicioso que concluye en el aislamiento del entorno social y en la confirmación de una visión negativa sobre sí mismo.

Se encontraron niveles superiores de control en los padres y madres de mujeres con trastorno de pánico, siendo éste uno de los aportes de la presente investigación ya que no se encuentran investigaciones al respecto, sin embargo lo anterior podría significar que si bien los dos trastornos poseen pautas de crianza caracterizadas por el bajo afecto y el bajo control las personas con trastorno de pánico poseen una autoestima más elevada y mayores habilidades para controlar su medio, lo cual se traduce en una mejor pronóstico, esto concuerda con los hallazgos en cuanto al curso de los trastornos, en donde las

personas con trastornos de ansiedad mejoran en mayor proporción en comparación con las personas con trastorno depresivo mayor (APA, 1994).

Con el fin de optimizar las conclusiones del presente estudio se pueden realizar nuevos análisis con los datos encontrados realizando hipótesis unidireccionales, proceder a aplicar la prueba  $t$  y ampliar el tamaño de las muestras, así mismo surge la inquietud en referente a investigar qué tipo de trastorno psicológico posee el padre y la madre de familia para proceder a relacionar las variables mencionadas.

La construcción del instrumento de pautas de crianza se constituye un aporte para la psicología en la medida que permite agrupar las pautas de crianza en dos dimensiones, esto último se realizó conforme a las más recientes investigaciones, notese como los instrumentos empleados para medir pautas de crianza en Colombia se caracterizaban por medir varios aspectos como: Cumplimiento de órdenes, aseo personal, entrenamiento en control de esfínteres, costumbres alimenticias, sin agruparlos en las dimensiones afecto y control.

El instrumento sobre pautas de crianza diseñado para la presente investigación puede ser aplicado a distintas poblaciones (excepto en la infantil) y con ello determinar la pauta de crianza que recibieron, de encontrarse pautas como las especificadas anteriormente se podrían realizar acciones tendientes a prevenir la aparición del trastorno de pánico o el trastorno depresivo, también se podría indagar sobre la presencia o no de las pautas de crianza relacionadas con estos trastornos con el fin de aplicar un tratamiento oportuno. De la misma

manera este instrumento puede utilizarse para determinar la correlación o la diferencia en los trastornos mentales y así identificar que tipo de pauta de crianza se encuentra presente en éstos.

Por otra parte es una de las primeras investigaciones cuantitativas sobre pautas de crianza en la región, al respecto es necesario tener en cuenta que en el estudio realizado por Ardila (1986) se tomó una muestra de padres de la región de Cundinamarca y Boyacá, la cual fue equiparada a Nariño, situación que implica haber igualado regiones con características físicas, históricas y culturales muy diferentes entre sí.

La investigación llenó el vacío teórico conceptual existente con referencia al papel de las pautas de crianza en los trastornos psicológicos, especificando en el caso de la ansiedad y la depresión que existe diferencia en cuanto al afecto para los hombres y el control para las mujeres.

Al encontrar que los dos trastornos reciben niveles bajos de afecto y control se puede hipotetizar que este tipo de interacción familiar predispone a una persona para padecer en un futuro del trastorno de pánico y el trastorno depresivo. Con el fin de especificar si esta pauta de crianza es exclusiva de los dos trastornos mencionados se puede ampliar el presente estudio a otro tipo de trastorno mental con el fin de diferenciar o correlacionar los trastornos en cuanto a pautas de crianza recibidas, así mismo se podrían estudiar los grupos en referencia con otro grupo de personas que no los padezcan con el fin de determinar si estas pautas crianza difieren o no de las recibidas por personas sin estos trastornos.



Son dignos de mencionar, los métodos y medios utilizados para convocar los participantes de los grupos de estudio, los cuales demostraron ser eficientes eficaces. A partir de intervenciones radiales, volantes, prensa y conferencias se logró informar a la población sobre las características clínicas de estos trastornos y las alternativas de tratamiento existentes, a la vez que se constituyen en formas óptimas de ejercer la profesión del psicólogo dentro de un contexto social, que acerca el que hacer profesional a la comunidad, constituyéndose de esta manera en medios novedosos para reunir a grupos de estudio.

Contrario a la investigación netamente académica que se centra en un grupo de estudio y que termina con los resultados de la misma, se logró con la presente investigación que fuese el punto de partida para un trabajo investigativo y social; al respecto, la investigación permitió la constitución de la Fundación de lucha contra la ansiedad y el Trastorno de Pánico (cuya personería jurídica se encuentra en trámite). La organización está conformada por pacientes con los diagnósticos antes mencionados, quienes contribuyeron de manera significativa en el presente estudio y serán los primeros beneficiarios de los hallazgos expuestos aquí.

## REFERENCIAS

Acosta, C.Y Anaya, B. (1986). Estudio Descriptivo de las Pautas de Crianza en Niños de Nivel Socioeconómico Bajo de Barranquilla. Anuario Científico, 5, 143 – 157.

APA (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masón.

Ardilla, R (1986). Psicología del Hombre Colombiano. Bogotá: planeta

Beck, A Y Emery G (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective: Pensilvania: Basicbooks.

Bowlby, J. (1993). La Separación Afectiva. Barcelona: Paidós

Brown, F. (1980). Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Manual Moderno

Calvache, C., Chicaiza, N. (En Prensa). Descripción de Perfiles Psicológicos de Padres de Personas con Fobia Social.

Castillo, G Y García, M. (1994). Familia y Factores Psicopatógenos más Frecuentes en los Niños. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 34 (No 2), 163 – 68.

Clarizio, H y Mac Coy G. (192). Trastornos de la Conducta en el Niño. México: Manual Moderno.

Coolican, H. (1997). Estadística y Metodología Aplicada a la Psicología. (2ª ed). México: Manual Moderno.

Fernández, R (1987). Evaluación Conductual. Madrid: Pirámide.

Freud (1968). Obras Completas. Madrid: Aguilar. Original Publicado en 1944.

Kazdin, A (1996). Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. México: Manual Moderno

McCullough, J y Woods Mann, R. (1994). La Ansiedad: Las Formas de Manifestaciones Superación y Control. Buenos Aires: Sudamérica.

Moreno. C. Del Varrio, V y Mestre, V. (1995). Ansiedad y Acontecimientos Vitales en Adolescentes. Revista Latinoamericana de Psicología, 27, 471 – 496.

Quintana, J. (1993). Pedagogía Familiar. Madrid: Nacera S.A de Ediciones.

Sandín, B (1995). Teorías sobre los Trastornos de Ansiedad. En A. Belleoch, B Sandín, F. Ramos (Eds), Manual de Psicología, Vol2 (p. 113 – 169). Madrid: McGrawHill.

Sandín, B. (1997). Ansiedad, Miedos y fobias en Niños y Adolescentes. Madrid: Dykinson.

Sandín, B y Chorot, P (1995b). Síndromes Clínicos de los Trastornos de Ansiedad. En Belleoch, B Sandín y F. Ramos (Eds), Manual de Psicopatología, Vol 2 (p. 81 – 112). Madrid : McGraw-Hill.

Sandín, B y Chorot P (1995). Concepto y Categorización de los Trastornos de Ansiedad. En A. Belleoch, B. Sandín, F. Ramos (Eds) Manual de Psicopatología, Vol 2 (p. 81 – 112) Madrid: McGraw-Hill.

Sevilla, S y Cadena, L. (1991). Variantes en el Nivel de Autoestima en Niños Preescolares de un Programa de Modificación de las actitudes Paternas en la Crianza de los Hijos. Universidad San Carlos de Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas.

Shaffi, M. (1992). Depresión en Niños y Adolescentes. México: Manual Moderno.

Singer, A. (1997). Psicología Infantil. México: Editorial Interamericana.

Stumphauters, J (1992). Terapia Conductual. (3ª ed) México: Trillas.

Sue, E Sue, D y Sues (1996). Trastornos por Ansiedad en Comportamiento Anormal. (4ª ed) (p 155 – 187) México: McGraw-Hill.

Toro, R & Yepes, L. (1998). Fundamentos de Medicina: Psiquiatría.(3ª.ed.) Medellín: Corporación para la Investigación.

Vallejo, J y Gastó, C. (1989). Trastornos Afectivos Ansiedad y Depresión. Barcelona: Salvat.

Vallejo, J (1991). Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría (3ª ed), Barcelona: Salvat.

Vasquéz y Sanz.(1995) Trastornos del Estado de ánimo. En A. Belloch, B. Sandín, F Ramos (eds), Manual de Psicopatología, Vol 2 (p.300-310). Madrid: Mc Graw Hill.

Watson, R y Lindgren, C. (1991). Psicología del Niño y del Adolescente. Madrid: Limusa.

Wicks-Nelson, R. (1997). Psicopatología del Niño y el Adolescente. Madrid: Prentice Hall.

# ANEXOS

**ANEXO A**

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EL DIAGNOSTICO**

**Trastorno de pánico**

Un ataque de pánico es episodios que algunas personas experimentan constituidos por la aparición repentina de angustia, un miedo interior e inmanejable que está acompañado de sensaciones como latidos rápidos del corazón aceleración de la respiración, las personas sienten que les falta el aire y que se van a asfixiar, también hay sensación de que la persona se va a morir o a volverse loca.

1. De acuerdo a lo anterior, ha experimentado Usted episodios similares?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

A continuación voy a enumerar una lista de sensaciones corporales y psicológicas por favor conteste si ha experimentado algunas de ellas durante *estos episodios*.

2. Durante esos episodios ha experimentado Usted que el corazón se acelera, que late rápidamente?

---

3. durante esos episodios ha sentido Usted sudoración.

---

4. Durante esos episodios ha experimentado temblores o sacudidos

---

5. Durante esos episodios siente que le falta de aire, que va a asfixiarse?

---

6. Durante esos episodios ha sentido dolor en el pecho?

---

7. Durante esos episodios ha experimentado náuseas o molestar estomacal?

---

8. Durante esos episodios ha experimentado sensaciones de mareo o como si fuera a desmayarse?

---

9. Durante esos episodios ha sentido que su cuerpo no le pertenece o que está soñando o se aleja de su cuerpo?

---

10. Durante esos episodios ha experimentado la sensación de que va a volverse loco?

---

11. Durante esos episodios ha experimentado la sensación de amortiguamiento u hormigueo en sus extremidades?

---

12. Durante esos episodios ha experimentado ráfagas de frío o de calor?

---

13. Cuantos episodios con síntomas como los que le he comentado a experimentado?

---

14. Cuantos de esos episodios han empezado y terminado en poco tiempo más o menos en 10 minutos?

---

15. Después de haber experimentado un episodio, ha sentido miedo por lo menos durante un mes que se volviera a presentar un nuevo episodio?

---

16. Después de haber experimentado un episodio, ha quedado Usted preocupado (a) por lo menos durante **1 mes** por las consecuencias que le puedan traer los episodios, por ejemplo sufrir un “**paro cardíaco**”, un “**derrame cerebral**” (ACV), volverse loco o morir?

---

17. Considera Usted que por lo menos un mes después de presentado el episodio (o los episodios); Usted, deja de hacer actividades que normalmente realizaba?

---



**ANEXO B**

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA TRANSTORNO**

**DEPRESIVO**

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un periodo mínimo de dos semanas durante los cuales la persona experimenta tristeza y pérdida del interés o placer en casi todas las actividades

1. Según lo anterior ha experimentado episodios similares en el último año? SI\_ No\_
2. Describa el último episodio?
3. Qué duración tienen estos episodios? Días\_\_\_\_\_ meses\_\_\_\_\_ años\_\_\_\_\_
4. Cuántos episodios ha experimentado en el último año?  
\_\_\_\_\_

A continuación voy a enumerar una lista de síntomas, por favor conteste si ha experimentado algunos durante estos episodios

5. Estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día, todos los días. Si\_ No\_\_
6. Siente que su interés por actividades que antes eran agradables ha disminuido notoriamente?.. SI\_\_ No\_\_
7. Se siente pesimista frente al futuro? SI\_\_ NO\_\_
8. Las demás personas (familiares y amigos) notan el descenso en su estado de ánimo? Si\_ No\_\_

9. Durante los episodios ha presentado pérdida de peso significativo
10. Presenta llanto frecuente? SI\_\_ NO\_\_
11. Durante estos episodios ha experimentado pérdida significativa del apetito? Si \_\_ NO\_\_
12. Durante los episodios tiene dificultades para conciliar el sueño ó se despierta muy temprano? Si\_\_ No\_
13. Se cansa fácilmente, así no realice actividades que ameriten agotamiento? Si\_\_ No-\_\_
14. Durante los episodios ha disminuido su capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones? Si\_\_ NO\_\_
15. Durante los episodios experimenta sentimientos de inutilidad ó de culpa excesivas con mucha frecuencia? Si \_\_ No\_\_
16. Durante los episodios ha pensado en quitarse la vida? SI\_\_NO\_\_
17. Percibe que durante los episodios disfruta menos de actividades que antes eran agradables, tales como salir con amigos, pasear etc.?  
SI\_\_ NO\_\_
18. Considera que durante y después de los episodios Ud. ha dejado de hacer actividades que normalmente realizaba? Sí\_\_ NO\_\_
19. Apartir de los episodios, ha experimentado cambios en:
  - a- sus relaciones sociales Si\_\_ NO\_\_
  - b- El desempeño laboral Si\_\_ NO\_\_
  - c- En sus relaciones familiares SI\_\_ NO\_\_
  - d- En sus relaciones sexuales Si\_\_NO\_\_
  - e- En sus relaciones de pareja SI\_\_ NO\_\_

**ANEXO C**

CUESTIONARIO ORIGINAL DE PAUTAS DE CRIANZA

**CUESTIONARIO ORIGINAL DE PAUTAS DE CRIANZA**

ANEXO D  
FORMATO PARA VALIDEZ DE CONTENIDO ENTREGADO A LOS JUECES Y  
CLASIFICACIONES OTORGADAS A LOS ITEMS

JUECES QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

JUEZ 1: GABRIELA VILLOTA

JUEZ 2: ELIZABETH OJEDA

JUEZ 3: BLANCA BERNAL

JUEZ 4: LEONIDAZ ORTIZ

JUEZ 5: FREDY VILLALOBOS













CLASIFICACIÓN DE LOS JUECES Y LOS CONSTRUCTORES DE LA  
PRUEBA PARA DETERMINAR VALIDEZ DE CONTENIDO

Item	Clasificación constructores	Clasificación Juez 1	Clasificación Juez 2	Clasificación Juez 3	Clasificación Juez 4	Clasificación Juez 5	Indice de acuerdo
1	3	3	3	3	3	3	100%
2	2	2	2	2	2	2	100%
3	4	4	4	4	4	0	80%
4	1	3	2	1	3	3	20%
5	3	3	3	3	3	3	100%
6	2	2	2	2	3	2	80%
7	4	4	4	4	4	4	100%
8	1	1	1	1	1	1	100%
9	3	3	3	3	3	3	100%
10	2	2	2	2	2	2	100%
11	4	4	4	4	4	0	80%
12	1	1	1	1	1	1	100%
13	3	3	3	3	3	3	100%
14	2	2	2	2	2	2	100%
15	4	4	4	4	4	4	100%
16	1	1	1	1	1	1	100%
17	3	3	3	3	3	3	100%
18	2	2	2	2	2	2	100%
19	4	4	4	4	4	4	100%
20	1	3	3	3	1	3	20%
21	2	2	2	2	2	0	80%
22	3	3	3	3	3	0	80%
23	1	3	3	3	3	0	0%
24	4	1	4	4	4	4	80%
25	2	2	2	2	2	2	100%
26	3	3	3	3	3	0	80%
27	1	1	1	1	1	1	100%
28	4	4	4	4	4	4	100%
29	2	2	2	2	2	2	100%
30	3	3	3	4	3	3	80%
31	1	1	1	1	1	1	100%
32	4	4	4	3	4	0	80%
33	2	2	2	2	2	2	100%
34	3	3	3	3	3	1	80%
35	1	1	1	3	1	0	60%
36	4	4	4	4	4	3	80%
37	2	2	2	2	2	2	100%
38	3	3	3	3	3	3	100%
39	1	1	1	1	1	1	100%
40	4	4	4	4	4	4	100%

## Pautas de Crianza en Pánico y Depresión 124

Item	Clasificación constructores	Clasificación Juez 1	Clasificación Juez 2	Clasificación Juez 3	Clasificación Juez 4	Clasificación Juez 5	Indice de acuerdo
41	4	2	2	2	2	2	0%
42	1	1	1	1	1	1	100%
43	3	3	3	3	3	3	100%
44	2	2	2	2	2	2	100%
45	4	4	4	4	4	4	100%
46	1	3	3	3	3	3	80%
47	3	3	3	3	3	3	100%
48	2	2	2	2	2	2	100%
49	4	4	4	4	4	4	100%
50	1	1	1	1	1	1	100%
51	3	3	3	3	3	0	80%
52	2	2	2	3	2	2	80%
53	4	4	4	4	4	4	100%
54	1	1	1	1	1	1	100%
55	3	3	3	3	3	3	100%
56	2	2	2	2	2	2	100%
57	4	4	4	4	4	0	80%
58	1	1	1	1	3	1	80%
59	3	3	3	3	3	3	100%
60	2	2	4	2	2	1	60%

Nota. Se considera un ítem válido cuando tiene como mínimo un 80% de acuerdo entre los

constructores y los jueces. 1= Control bajo; 2= control alto; 3= afecto; 4= no afecto.

**ANEXO E**

**CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE PAUTAS DE CRIANZA MEDIANTE  
EL INDICE DE ESTABILIDAD**

INDICE DE ESTABILIDAD PARA EL CUESTIONARIO DE PAUTAS DE  
CRIANZA

SUJETO	APLICACIÓN 1	APLICACIÓN 2
1	38	36
2	48	45
3	41	40
4	45	48
5	43	40
6	40	38
7	35	34
8	51	49
9	51	51
10	39	35
11	38	36
12	42	40
13	55	53
14	45	45
15	44	43
16	45	43
17	48	44
18	42	40
19	47	45
20	43	42
21	48	48
22	46	43
23	53	50
24	38	35
25	52	55
26	47	42
27	44	46
28	43	42
29	43	45
30	37	38
31	46	48
32	50	51

Coefficiente de correlación= 0,93

Nota. Los puntajes de las aplicaciones son el total de puntos tanto de padre como de madre en las dimensiones afecto y control.

**ANEXO F**  
**CUESTIONARIO FINAL DE PAUTAS DE CRIANZA**  
**(VALIDO Y CONFIABLE)**





ANEXO G

MEDIOS UTILIZADOS PARA CONVOCAR A SUJETOS CON TRASTORNO  
DE PÁNICO

TITULO: PAUTAS DE CRIANZA EN TRASTORNO DE PANICO Y  
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR<sup>1</sup>

CALVACHE, Claudia; CHICAIZA, Nelson<sup>2</sup>; OJEDA, Elizabeth<sup>3</sup>

**Palabras Claves**

Pautas de Crianza, Trastorno de Pánico, Trastorno Depresivo Mayor.

**Descripción**

Para establecer la diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y las recibidas por personas con trastorno depresivo mayor, en primera instancia se convocaron los pacientes a partir de medios de comunicación (volantes, radio y prensa), posteriormente se seleccionaron los grupos de estudio a través de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -IV), consignados en dos entrevistas semiestructuradas cada trastorno. El primer grupo fue conformado por veinte personas con trastorno de Pánico y el segundo por igual número de personas con trastorno Depresivo Mayor. Para la medición de las pautas de crianza se construyó un cuestionario cuya confiabilidad, validéz y estandarización se constituyen en parte de esta investigación. Finalmente se aplicó el cuestionario a los grupos de estudio, se analizaron los datos a partir de la estadística descriptiva y posteriormente mediante la estadística inferencial, encontrando diferencia significativa en las pautas de crianza recibidas en los dos grupos de estudio.

---

<sup>1</sup> Trabajo de Grado

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología

<sup>3</sup> Asesora de Trabajo de Grado

### **Fuentes**

En total se consultaron 32 referencias bibliográficas distribuidas así: Sobre el tema de Psicología Infantil: 4 Libros; sobre el tema de Psicología Clínica: 4 libros y una tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Sobre psicopatología 21 libros y sobre psicometría 2 libros.

### **Contenido**

El trabajo de grado en su parte teórica, abarcó en primera instancia los paradigmas de aprendizaje: clásico, operante y vicario, para posteriormente presentar la definición y clasificación de las pautas de crianza. Así mismo el marco teórico reseña las características diagnósticas, epidemiología, curso y teorías explicativas del Trastorno de Pánico y del trastorno Depresivo Mayor. Finalmente se incluyen estudios sobre familia y los trastornos en mención. Por otra parte los objetivos se diseñaron con el fin de establecer si existe diferencia entre las pautas de crianza recibidas por personas con trastorno de pánico y las recibidas por personas con trastorno depresivo mayor. Para tal fin en primer lugar se determinaron las pautas de crianza presentes en cada trastorno, finalmente se establecieron las diferencias teniendo en cuenta el género del paciente y del padre de familia. Las hipótesis se diseñaron con el fin de comprobar la existencia de esta diferencia, en la parte estadística se planteó un nivel de significación:

### **Metodología**

En la presente investigación se contó con dos grupos de estudio, el primero de personas con trastorno de pánico (grupo 1) y el segundo conformado por personas con trastorno depresivo mayor (grupo2), la técnica de muestreo empleada fue el muestreo por cuotas, esto se debió en especial a la dificultad para reunir al grupo de estudio de personas con trastorno de pánico.

Los instrumentos que se utilizaron para la selección de los grupos fueron: La entrevista semiestructurada para el diagnóstico del trastorno de pánico para el grupo 1 y la entrevista semiestructurada para el trastorno depresivo mayor para el grupo 2; también se utilizó el cuestionario de pautas de crianza que fue aplicado a

los dos grupos con el fin de determinar las pautas de crianza recibidas por los sujetos y cuya información es el eje central de esta investigación.

Con el fin de analizar los resultados se analizaron los datos del cuestionario de pautas de crianza convirtiendo los puntajes directos en probabilidades Z, posteriormente se analizaron los datos desde la estadística descriptiva y posteriormente mediante la estadística inferencial al utilizar la prueba t para datos no relacionados con el fin de determinar si existía diferencia significativa entre los puntajes de los grupos.

### **Conclusiones**

En la presente investigación que encontró que existe diferencia significativa en la pauta de crianza afecto recibida por los dos grupos, cuando los datos fueron analizados teniendo en cuenta el género del sujeto y de sus padres se encontró que había diferencia significativa en la pauta de crianza afecto que los hombres recibían de su padre y de su madre, habiendo recibido afecto medio los hombres con trastorno de pánico y afecto bajo los hombres con trastorno depresivo mayor.

También se encontró diferencia significativa en el nivel de control que las mujeres reciben de su padre y de su madre, habiendo recibido niveles medios de control los dos grupos.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran: la dificultad para reunir a el grupo de estudio 1 lo cual imposibilitó la aplicación de otro tipo de muestreo y por lo tanto se debe mejorar este aspecto en posteriores investigaciones. Además se encuentra el hecho que en especial los pacientes depresivos puedan sesgar sus respuestas en el cuestionario de pautas de crianza y debido a su estado anímico poseer una visión negativa de sus padres mas allá de las verdaderas interacciones que tuvo con sus padres

Se recomienda para futuras investigaciones indagar sobre el trastorno psicológico de los padres, con el fin de esclarecer cuál es la contribución de las variables ambientales en la transmisión de padres a hijos. Debido a la claridad que ofrece el cuestionario de pautas de crianza, es conveniente investigar esta variable en los

restantes trastornos psicológicos así como también en sujetos normales. Por otra parte una vez identificadas las pautas de crianza asociadas a cada trastorno se hace indispensable el diseño y ejecución de programas preventivos tendientes a aminorar los índices de prevalencia de los trastornos en mención. De la misma manera el cuestionario de pautas de crianza puede ser aplicado como instrumento de evaluación dentro de estos programas.

**Anexos**

Anexo A: Entrevista Semiestructurada Para el Diagnóstico de Trastorno de Pánico

Anexo B: Entrevista semiestructurada para el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

Anexo C: Cuestionario de Pautas de Crianza.

Anexo D: Formato para la Validez de Contenido Entregado a los Jueces y Clasificaciones Otorgadas a los ítems.

Anexo E: Medios utilizados para la convocatoria de pacientes (volantes y aviso de prensa).