

TESIS DOCTORAL

Relación entre el estilo de crianza parental y los problemas internalizantes en los hijos

Beatriz Aguilar Yamuza

Directores: Dr. Antonio Félix Raya Trenas y Dra. M^a José Pino Osuna

Febrero 2020



TITULO: *RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE CRIANZA PARENTAL Y LOS
PROBLEMAS INTERNALIZANTES EN LOS HIJOS*

AUTOR: *Beatriz Aguilar Yamuza*

© Edita: UCOPress. 2020
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es



UNIVERSIDAD DE CORDOBA

**RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE CRIANZA
PARENTAL Y LOS PROBLEMAS INTERNALIZANTES
EN LOS HIJOS**

**RELATIONSHIP BETWEEN PARENTING STYLE AND
INTERNALIZING PROBLEMS IN CHILDREN**

Tesis Doctoral presentada por:

Beatriz Aguilar Yamuza

Directores:

Dr. Antonio Félix Raya Trenas

Dra. María José Pino Osuna

Ciencias Sociales y Jurídicas

Febrero 2020

La felicidad no es la ausencia de problemas; es la habilidad para tratar con ellos.

Steve Maraboli



TÍTULO DE LA TESIS: RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE CRIANZA PARENTAL Y LOS PROBLEMAS INTERNALIZANTES EN LOS HIJOS

DOCTORANDA: BEATRIZ AGUILAR YAMUZA

INFORME RAZONADO DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

Los profesores M^a José Pino Osuna, Catedrática de Universidad, y Antonio Félix Raya Trenas, Profesor Contratado Doctor, pertenecientes ambos al Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba, como directores de la presente tesis realizada por Beatriz Aguilar Yamuza, informan que la misma es fruto de una larga trayectoria en el seno del Grupo de investigación HUM-775: Comportamientos de riesgo, salud y seguridad laboral del Plan Andaluz de Investigación, así como de varios proyectos de financiación autonómica y nacional entre los que destaca el proyecto I+D del Ministerio de Ciencia y Tecnología denominado “Estudio comparativo de las prácticas de crianza de los padres de niñas y niños con y sin discapacidad y de su influencia en el desarrollo de problemas de comportamiento y en el fracaso escolar” (EDU2009-12619). El trabajo cumple con los requisitos formales de originalidad y calidad y mantiene el rigor científico y académico exigibles como para que sea presentado para su defensa pública y evaluado en Comisión Académica en orden a la posible adquisición del grado de Doctor.

En esta Tesis, en primer lugar, se hace una introducción teórica y profunda revisión bibliográfica de los temas que se abordan en la investigación: los estilos educativos parentales y los problemas internalizantes. Posteriormente, en la parte empírica, se exponen los resultados surgidos del planteamiento de los objetivos, expresados de forma ordenada y siguiendo el orden en que éstos fueron planteados. Los resultados tienen una clara aplicación práctica, ya que se presentan consejos específicos sobre cómo educar para contribuir a la prevención de problemas como la ansiedad o la depresión en los niños, emanados de investigación empírica, no sólo de

planteamientos teóricos. Los resultados también nos proporcionan información sobre los estilos de crianza relacionados con los problemas internalizantes que presentan niños y niñas, indicando las vías en las que se puede trabajar para mejorarlos a través de las acciones educativas en el seno de las familias.

Es preciso destacar que parte de los resultados de esta Tesis se han publicado ya en forma de numerosas producciones científicas de calidad, entre las que destacan los artículos publicados en revistas de impacto nacional e internacional como la Revista de Psicología Clínica con niños y Adolescentes (incluida en SJR y ESCI), *Review of Research and Social Intervention* (Q3 de JCR) o *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Q1 de JCR).

Aguilar, B., Raya, A., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, 36-43. doi:10.21134/rpcna.2019.06.1.5

Aguilar, B., Raya, A., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2019). Relationship between parenting style and anxiety in a Spanish children sample. *Review of Research and Social Intervention*, 67, 7-20. doi:10.33788/rcis.67.1

Raya, A., Aguilar, B., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2020). Paternal and Maternal Variables Related to Depression in Childhood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 275. doi:10.3390/ijerph17010275

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 4 de febrero de 2020

Firma de los directores



Fdo.: Mª José Pino Osuna



Fdo.: Antonio Félix Raya Trenas

Agradecimientos

A mi padre, por su lucha, constancia y esfuerzo. Por estar siempre a mi lado. Por tus valores y educación. Por enseñarme el significado de la palabra amor y demostrarme que no existe un prototipo idóneo de familia. Por ser el mejor ejemplo a seguir. Por todo, gracias papá.

A mi madre y a mis abuelos, que me cuidan desde el cielo. Gracias abuela por cuidarme como a uno más de tus hijos.

A mis directores de Tesis, Antonio y María José. Gracias Antonio por tu ayuda y ánimos en todo momento, por confiar en mí y enseñarme que la prisa es el peor enemigo. Gracias por tus consejos, siempre los tendré presentes. Gracias María José por mostrarme tu confianza y haberme dado la oportunidad de seguir creciendo tanto como profesional como persona.

A Javier porque has estado presente en los momentos claves. Gracias por tu ayuda.

A Álvaro, por su apoyo, comprensión y paciencia. Por haberte cruzado en mi camino. Gracias por enseñarme que la vida también está compuesta de momentos maravillosos que no podemos dejar escapar.

A mi familia, y en especial a Francis, a mis tíos, Emilio y María José, a mis padrinos Raimundo y Pilar, y a mis primos Emilio, Marta, Raimundo y Sara, por vuestro cariño, por los ratitos que compartimos juntos, que me alegran el día y aportan felicidad.

A mis amigos que han estado ahí a pesar de la distancia y a mis compañeras que día tras día han convertido mis descansos en instantes cargados de energía.

Y a todos, gracias por ayudarme a conseguir lo que siempre he soñado.

Índice

Introducción.....	21
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
CAPÍTULO 1: ESTILO EDUCATIVO PARENTAL	25
1. Evolución histórica del concepto de estilo parental	25
2. Variables sociodemográficas y personales que influyen en el estilo parental	36
3. Efectos del estilo parental sobre distintos aspectos del desarrollo del niño.....	39
4. Medidas del estilo parental	44
CAPÍTULO 2: TRASTORNOS INTERNALIZANTES EN LA INFANCIA	57
1. Psicopatología infantil.....	57
2. Trastornos internalizantes en los sistemas de clasificación	60
3. Factor internalizante frente al externalizante	65
CAPÍTULO 3: TRASTORNOS DE ANSIEDAD	71
1. Descripción de los trastornos de ansiedad en el DSM-5.....	71
1.1. Trastorno de ansiedad por separación	73
1.2. Mutismo selectivo.....	75
1.3. Fobias específicas	77
1.4. Trastorno de ansiedad social (Fobia social)	79
1.5. Trastorno de ansiedad generalizada	81
2. Datos epidemiológicos y etiología de los trastornos de ansiedad	83
3. Influencia del estilo de crianza parental sobre la ansiedad	88
3.1. Apego.....	89
3.2. Sobreprotección o excesivo control.....	91
3.3. Aceptación y rechazo	94
3.4. Conducta desafiante.....	96
3.5. Afecto y comunicación	98
3.6. Disciplina	99
3.7. Implicación y negligencia	100
4. Otras variables relacionadas con la ansiedad	101
4.1. Progenitores con problemas psicopatológicos.....	101
4.2. Estrés parental	103
4.3. Estructura familiar	104

CAPÍTULO 4: TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	107
1. Evolución histórica y descripción del trastorno depresivo	107
1.1. Trastornos depresivos: depresión mayor y depresión persistente (distimia)	109
1.2. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.....	112
2. Datos epidemiológicos y etiología de los trastornos depresivos	115
3. Influencia del estilo de crianza parental sobre la depresión.....	122
3.1. Apego y sobreprotección.....	122
3.2. Disciplina	123
3.3. Afecto y comunicación	125
3.4. Aceptación-rechazo	126
4. Otras variables relacionadas con la depresión.....	128
4.1. Conflictos familiares e inconsistencia.....	128
4.2. Psicopatología familiar	129
4.3. Estructura familiar	130

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO, OBJETIVOS E HIPÓTESIS..... 135

CAPÍTULO 6: PRIMER ESTUDIO

1. Justificación y objetivos del estudio.....	139
2. Método.....	139
2.1. Participantes	139
2.2. Instrumentos	140
2.3. Procedimiento.....	143
2.4. Diseño	144
3. Resultados.....	145
3.1. Descripción de las principales variables demográficas y del entorno familiar y factores del PCRI	145
3.2. Relación entre las variables demográficas, del entorno familiar y los factores del PCRI con la depresión y ansiedad.....	150
4. Discusión	154

CAPÍTULO 7: SEGUNDO ESTUDIO..... 159

1. Justificación y objetivos del estudio.....	159
2. Método.....	159
2.1. Participantes	159
2.2. Instrumentos	160

2.3.	Procedimiento.....	160
2.4.	Diseño	161
3.	Resultados.....	161
3.1.	Diferencias entre las características familiares y el estilo educativo recibido por los grupos de riesgo y baja ansiedad.....	161
3.2.	Modelo predictor de la ansiedad.....	166
4.	Discusión	173
CAPÍTULO 8: TERCER ESTUDIO.....		177
1.	Justificación y objetivos del estudio.....	177
2.	Método.....	177
2.1.	Participantes	177
2.2.	Instrumentos	178
2.3.	Procedimiento.....	178
2.4.	Diseño	179
3.	Resultados.....	179
3.1.	Diferencias entre las características familiares y el estilo educativo recibido por los grupos de riesgo y baja depresión	179
3.2.	Modelo predictor de la depresión	184
4.	Discusión	190
TERCERA PARTE: CONCLUSIONES		
CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		197
Referencias bibliográficas.....		219
Anexos		253

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo integrador de Darling y Steinberg.	35
Figura 2. Porcentajes de niños y niñas de 0 a 14 años con trastornos mentales y diagnosticados por un médico, por edad. España 2017.	58
Figura 3. Porcentajes de padres y madres según el nivel educativo.	145
Figura 4. Porcentajes de padres y madres según la cantidad de horas que pasan con los hijos.	146
Figura 5. Porcentajes de padres y madres según la frecuencia que riñen a sus hijos.	146
Figura 6. Porcentajes de padres y madres según la frecuencia que castigan a sus hijos.	147
Figura 7. Porcentajes según el número de hijos que tiene una familia.	147
Figura 8. Porcentajes según el orden que ocupa el hijo entre sus hermanos.	148
Figura 9. Porcentajes según la implicación de los padres en la educación de sus hijos.	148
Figura 10. Puntuaciones medias de padres y madres en los factores del estilo de crianza parental.	149
Figura 11. Clasificación de los niños y niñas según su puntuación en depresión y ansiedad. ..	150
Figura 12. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en la edad del alumno, orden del hijo, número de hijos en la familia e implicación de los padres.	162
Figura 13. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo del padre.	163
Figura 14. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo de la madre.	164
Figura 15. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en los factores del estilo de crianza y la edad del padre.	165
Figura 16. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en los factores del estilo de crianza y la edad de la madre.	166
Figura 17. Grupos observados y predicción de probabilidad de ansiedad según las variables del PCRI.	168
Figura 18. Grupos observados y predicción de probabilidad de ansiedad según las variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar.	171
Figura 19. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en la edad del alumno, orden del hijo, número de hijos e implicación de los padres.	180
Figura 20. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo del padre.	181
Figura 21. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo de la madre.	182
Figura 22. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en los factores del estilo de crianza y edad del padre.	183

Figura 23. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en los factores del estilo de crianza y la edad de la madre.....	183
Figura 24. Grupos observados y predicción de probabilidad de depresión según las variables del PCRI.....	185
Figura 25. Grupos observados y predicción de probabilidad de depresión según las variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar.....	188

Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de los progenitores autoritarios (adaptación Jorge y González, 2017).....	28
Tabla 2. Descripción de los progenitores democráticos (adaptación Jorge y González, 2017)...	29
Tabla 3. Descripción de los progenitores permisivos (adaptación Jorge y González, 2017).	30
Tabla 4. Descripción de los progenitores negligentes.....	31
Tabla 5. Reformulación de los Estilos Educativos por Maccoby y Martin (1983).....	32
Tabla 6. Modelos bidimensionales de Estilos Educativos por Maccoby y Martin (1983).	33
Tabla 7. Medidas del estilo parental en base a las tipologías de Baumrind (adaptación Raya, 2008).	47
Tabla 8. Medidas del estilo parental basadas en la relación padres-hijos (adaptación Raya, 2008).	49
Tabla 9. Principales categorías diagnósticas de la clasificación DSM-5 en la infancia (Achenbach y Ezpeleta, 2014).	62
Tabla 10. Trastornos de conducta y emocionales habituales en la infancia y adolescencia según clasificación (CIE-10, 2ª edición, 2018).	64
Tabla 11. Prevalencia de los problemas de depresión y ansiedad por grupos de edad (adaptación Aláez et al., 2000).....	67
Tabla 12. Comparación de la prevalencia de los problemas de ansiedad y de depresión en diversos estudios españoles.....	69
Tabla 13. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el TAS.....	74
Tabla 14. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el mutismo selectivo.	76
Tabla 15. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para la fobia específica.	78
Tabla 16. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el TAS/FS.....	80
Tabla 17. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el TAG.	81
Tabla 18. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno de depresión mayor.....	110
Tabla 19. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno depresivo persistente (específicos).....	111
Tabla 20. Criterios DSM-5 para el diagnóstico de TDDEA.....	114
Tabla 21. Relación entre la depresión y la ansiedad, y las variables demográficas y del entorno familiar.	151
Tabla 22. Relación entre la depresión y la ansiedad, y las variables del PCRI.	152
Tabla 23. Modelo de regresión lineal para la depresión.....	153
Tabla 24. Modelo de regresión lineal para la ansiedad.	153
Tabla 25. Variables del PCRI incluidas en el modelo de ansiedad.....	167
Tabla 26. Variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar incluidas en el modelo de ansiedad.....	171

Tabla 27. Variables del PCRI incluidas en el modelo de depresión.	185
Tabla 28. Variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar incluidas en el modelo de depresión.	187

Resumen

En el presente estudio se propone realizar una descripción y diferenciación de las principales características demográficas de los padres y madres, determinados aspectos de su vida familiar y sus estilos de crianza, estableciendo diferencias entre el estilo de crianza de ambos progenitores y analizar la relación de estas características, aspectos y estilos de crianza en el desarrollo de la ansiedad y depresión en sus hijos. Además, se realiza un análisis conjunto e interactivo de estas variables y el estilo de crianza, elaborando un modelo de crianza relacionado con la ansiedad y la depresión en los hijos, basado en el análisis de regresión múltiple. Por otra parte, se plantea determinar si se muestran diferencias en las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad y depresión, y elaborar un modelo predictor de ambos problemas compuesto por estas variables y factores del estilo de crianza. Para dar respuesta a los objetivos de esta investigación, se han utilizado las adaptaciones españolas “*Behavior Assessment System for Children*” (BASC) (Reynolds y Kamphaus, 2004) y el “*Parent-Child Relationship Inventory*” (Gerard, 1994) compuesto por siete factores: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía y distribución de rol. Este trabajo se ha llevado a cabo sobre una muestra de 554 niños (288 niños y 266 niñas) entre 3 y 13 años. Como se puede apreciar en la segunda parte del trabajo, se presentan tres estudios. En referencia al primero, los resultados muestran que existen diferencias entre los progenitores en relación a los estilos de crianza empleados con sus hijos. También, se ha señalado una relación significativa entre la depresión y la ansiedad en los niños y la mayoría de los factores del estilo de crianza parental, así como algunas características familiares y variables demográficas. Además, se establece un modelo capaz de predecir el 31% de la varianza respecto a la depresión en los niños, compuesto por la disciplina de ambos progenitores, la satisfacción con la crianza y el apoyo de las madres, la distribución de rol y frecuencia de riña del padre y el orden que ocupa el hijo. En relación con la ansiedad, se construye un modelo capaz de predecir el 16% de la varianza en los niños, compuesto por la satisfacción con la crianza y el grado de implicación de los progenitores, la disciplina y las horas con el hijo de la madre, y el apoyo, la distribución de rol y la autonomía del padre. Respecto al segundo estudio, 180 niños fueron seleccionados, los cuales cumplieron un conjunto de criterios específicos como presentar un alto riesgo (90 niños) o bajo riesgo (90 niños) para la ansiedad. Los

resultados han demostrado que existen diferencias entre el comportamiento de los padres y las madres de los dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad. El primer análisis de regresión logística para la ansiedad, basado en las variables del PCRI, resultó en un modelo de predicción para el 83.9% de la muestra. Este se basó en las variables parentales: compromiso y autonomía del padre, y apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, disciplina y distribución de rol de la madre. El segundo análisis basado en las variables del PCRI y demográficas resultó en un modelo de predicción para el 86% de la muestra. Este modelo estaba compuesto por las variables: horas con el hijo que pasa tanto el padre como la madre, autonomía del padre y nivel de estudios, apoyo, satisfacción en la crianza, compromiso y disciplina de la madre. En el tercer y último estudio, se escogieron 140 niños que cumplían un conjunto de criterios como tener puntuaciones de alto riesgo (70 niños) para la depresión o tener bajas puntuaciones en esta variable (70 niños). Los resultados de este estudio basado en la depresión han indicado que existen diferencias entre las variables y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños. El análisis de regresión binomial compuesto por las variables del PCRI mostró una predicción para el 89.3% de la muestra, basado en el apoyo, satisfacción de la crianza, comunicación y autonomía del padre, y compromiso y disciplina de la madre. El segundo análisis basado en las variables del PCRI y demográficas resultó en un modelo de predicción para el 95.1% de la muestra. Este modelo estaba compuesto por las variables: castigo, satisfacción con la crianza, comunicación del padre, y apoyo, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía de la madre, además de la implicación de los progenitores, edad y sexo del hijo. Finalmente partiendo del papel relevante que presenta el estilo de crianza en el desarrollo de la ansiedad y depresión en los hijos, se discute la utilidad de estos resultados para el planteamiento de programas de pautas de crianza basados en aspectos concretos de la práctica educativa diaria.

Palabras clave: depresión, ansiedad, problemas internalizantes, progenitores, crianza de los hijos, estilo educativo, crianza, prácticas parentales, disciplina, modelos de regresión.

Abstract

The present study proposes to describe and differentiate the main demographic characteristics of parents, certain aspects of their family life and their parenting styles, establishing differences between the parenting style of both parents and analyzing the relationship of these characteristics, aspects and parenting styles in the development of anxiety and depression in their children. In addition, a joint and interactive analysis of these variables and parenting style is carried out, developing a model of parenting related to anxiety and depression in children, based on multiple regression analysis. On the other hand, it is proposed to determine whether differences are shown in the demographic variables, family environment and the parenting style perceived by two groups of children who have presented low scores and risk in anxiety and depression, and to develop a predictive model of both problems composed of these variables and parenting style factors. To respond to the objectives of the study, we used the Spanish adaptations “*Behavior Assessment System for Children*” (BASC) (Reynolds and Kamphaus, 2004) and the “*Parent-Child Relationship Inventory*” (Gerard, 1994) composed of seven factors: support, satisfaction with parenting, involvement, communication, limit setting, autonomy and role orientation. This work was composed of a sample of 554 children (288 boys and 266 girls) between the ages of 3 and 13. As can be seen in the second part of the paper, three studies are presented. In reference to the first one, the results show that there are differences between parents in relation to the styles of upbringing employed with their children. Also, a significant relationship between depression and anxiety in children and most of the parenting style factors has been pointed out, as well as some family characteristics and demographic variables. Furthermore, a model capable of predicting 31% of the variance with respect to depression in children is established, composed of the limit setting of both parents, satisfaction with the upbringing and support of the mothers, the distribution of the father’s role and frequency of fighting, and the order in which the child is placed. In relation to anxiety, a model was constructed that can predict 16% of the variance in children, composed of satisfaction with parenting and degree of parental involvement, limit setting, and hours with the mother's child, and the support, role distribution and autonomy of the father. For the second study, 180 children who met a specific set of criteria such as being at high (90 children) or low risk (90 children) for anxiety were selected. The results have shown that there are differences between the behaviour of the father and mother of the two groups of children who have had low scores

and risk in anxiety. The first logistic regression analysis for anxiety, based on PCRI variables, resulted in a prediction model for 83.9% of the sample. This model was based on the parental variables: involvement and autonomy of the father, and support, satisfaction with parenting, involvement, limit setting and distribution of the mother's role. The second analysis based on the PCRI and demographic variables resulted in a predictive model for 86% of the sample. This model was composed of the variables: hours with the child spent by both the father and the mother, father's autonomy and level of education, support, satisfaction with parenting, involvement and limit setting of the mother. In the third and final study, 140 children who met a set of criteria such as having high risk scores (70 children) for depression or having low scores on this variable (70 children) were chosen. The results of this depression-based study have indicated that there are differences between the variables and the parenting style perceived by two groups of children. The binomial regression analysis composed of the PCRI variables showed a prediction for 89.3% of the sample, based on the limit setting and involvement of the mothers, and support, autonomy, satisfaction with parenting, and communication of the fathers. The second analysis based on PCRI and demographic variables resulted in a predictive model for 95.1% of the sample. This model was composed of the variables: punishment, satisfaction with the upbringing, communication of the father, and support, involvement, communication, limit setting, autonomy of the mother, in addition to the involvement of the parents, age and sex of the child. Finally, starting from the relevant role that the parenting style presents in the development of anxiety and depression in the children, the usefulness of these results is discussed for the approach of programs of parenting guidelines based on concrete aspects of the daily educational practice.

Keywords: depression, anxiety, internalizing problems, parents, child rearing, parenting style, parental practices, limit setting, regression models.

Introducción

Desde el momento que nacemos, el ambiente en el que nos desenvolvemos adquiere relevancia en los diferentes ámbitos del desarrollo. No obstante, no somos conscientes de la función que ejerce, olvidando que condicionará en gran medida el desarrollo de cada individuo. El ambiente es todo lo que sucede alrededor de cada uno de nosotros. Por lo tanto, no siempre las condiciones que se producen dentro del mismo ocasionan consecuencias positivas y óptimas en la salud mental de los menores. En este sentido, la salud mental en la infancia y adolescencia es la base para tener una vida positiva en el futuro. Entonces, ¿qué se requiere para alcanzarla?, entre ellas, podemos mencionar una infancia llena de felicidad, afecto y estimulación, unas necesidades básicas y emocionales cubiertas...

Si volvemos un poco la mirada hacia atrás solo unos años, podemos observar que cada vez están adquiriendo más atención los aspectos emocionales de la persona. Y aunque las emociones influyen en gran parte en nuestro bienestar, en diversas ocasiones, como sucede en la escuela, se le ha venido prestando mucha más importancia al desarrollo cognitivo que al emocional. ¿Ocurre esto también en el ámbito familiar?, ¿es relevante el papel que ejerce la familia en el desarrollo emocional del menor? El entorno en el que el niño se desenvuelve es primordial, y en concreto la familia es el lugar donde nacen los primeros vínculos, relaciones y emociones, ya que puede aportarle beneficios positivos a su desarrollo o por el contrario puede afectarle al mismo. En este sentido, las prácticas educativas que utilicen sus progenitores adquieren importancia desde su infancia. Partiendo de que la crianza de los hijos no es una tarea fácil, los progenitores tienen la oportunidad desde las etapas evolutivas más cruciales de su hijo, de proporcionarle todo lo que esté a su alcance para un óptimo desarrollo, llenando su vida de momentos únicos e irrepetibles, donde la felicidad sea el primer motor en torno al que gire su crecimiento y aprendizaje. Por ello, teniendo en cuenta que en los primeros años los padres y las madres ejercen de modelos para sus hijos, son fundamentales tanto los comportamientos que recaen en sus hijos como lo que perciben los mismos en sus progenitores.

En este estudio se quiere analizar la influencia de los estilos parentales en el desarrollo de los problemas internalizantes en los hijos, en concreto en la ansiedad y la depresión. Por ello, para llevar a cabo esta propuesta, este trabajo se ha dividido en tres partes fundamentales.

En la primera parte, se ha presentado una revisión teórica sobre el estilo educativo parental, centrándose en la evolución histórica del mismo, las variables relacionadas, los efectos del estilo parental en aspectos del desarrollo del menor, así como las medidas para evaluar el mismo. En el capítulo segundo de este mismo apartado, se detalla los sistemas de clasificación de este problema internalizante y diferencias con respecto a los externalizantes. Esta parte concluye con un capítulo referido a los trastornos de ansiedad y otro a los del estado de ánimo, realizándose en los mismos una descripción de estos problemas, aportándose los datos epidemiológicos y los diversos factores que intervienen en el desarrollo de estos problemas en la infancia, entre los que destacan el papel relevante que ejercen los progenitores.

A partir del marco teórico presentado, la segunda parte corresponde al apartado empírico, donde se expone la justificación del estudio, así como los objetivos que marcan esta investigación. A continuación, se desarrollan los tres estudios propuestos en este trabajo, especificando en cada uno de ellos los objetivos planteados, la metodología empleada, los resultados obtenidos y una discusión final del mismo.

Por último, en la tercera parte de esta investigación, se presenta la discusión general y conclusiones, presentando en ella los principales resultados obtenidos en los distintos estudios y las conclusiones derivadas tras el análisis de los mismos.

Antes de comenzar con el desarrollo de este trabajo, se considera relevante destacar que se ha intentado utilizar un lenguaje inclusivo. Por ello, para evitar la discriminación entre sexos, se han empleado términos o conceptos que incluyen a ambos. No obstante, es conveniente aclarar que, en el caso en el que se menciona solo el género masculino, se hace referencia tanto al sexo masculino como al femenino.

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1: ESTILO EDUCATIVO PARENTAL

1. Evolución histórica del concepto de estilo parental

Las investigaciones llevadas a cabo sobre la crianza se han considerado imprescindibles para comprender los procesos de socialización, así como el desarrollo durante la infancia. Estas relaciones del menor se han asociado a su cuidador principal, entre los que se podría encontrar la madre, el padre, el abuelo o abuela u otro familiar o cuidador con el que mantiene una relación más estrecha (Martínez y García, 2012).

Los progenitores son los primeros en practicar los estilos de crianza, que influyen en los procesos de socialización. Los estilos educativos o prácticas de crianza representan las maneras de actuar de los adultos con los niños en situaciones diarias, elección de situaciones o resolución de conflictos (Torío-López, Peña y Rodríguez, 2008).

Diversos autores coinciden en que las expresiones estilos de crianza, pautas de crianza, estilos parentales y modelos de crianza se utilizan indistintamente (Torío-López et al., 2008). Así, los estilos parentales se definen como el conjunto de conductas o actitudes desarrolladas por los padres y madres hacia sus hijos en las relaciones cotidianas, al igual que cualquier otro tipo de comportamiento como gestos, cambios en el tono de voz, etc. (Darling y Steinberg, 1993).

Torío-López et al. (2008) señalan que los progenitores crean su estilo de crianza educativo para cada uno de sus hijos. Así, cada familia se ve influida por su modo de vida, influido por la realidad social, económica e histórica de la sociedad a la que pertenece cada familia.

En el estudio de las prácticas educativas, la clase social no es la única variable para explicar las diferencias en la educación de los hijos (Orlansky, 1949). Esto ha llevado a la necesidad de indagar en las prácticas educativas parentales, descubriendo más efectos sobre este tipo de prácticas en la educación de los menores. Teniendo en cuenta que la situación familiar actual es cambiante, se considera necesario incidir en el conocimiento de las prácticas parentales. A continuación, se explicarán las diversas corrientes que han influido en el desarrollo del concepto de estilo educativo parental y los modelos clásicos de estilos educativos.

Las investigaciones en el campo de la socialización que trabajaron desde la perspectiva psicodinámica, “centraron sus esfuerzos en la relación emocional entre los

padres e hijos y su influencia en el desarrollo psicosexual, psicosocial y de la personalidad” (Velásquez y Villouta, 2013, p. 18). Los modelos psicodinámicos se caracterizaban por ser estrictamente unidireccionales y las diferencias individuales entre progenitores e hijos deberían resultar obligatoriamente de las diferencias en los atributos parentales. Esto provocó que un gran número de investigaciones se centraran en las actitudes, considerándolas los atributos más significativos (Darling y Steinberg, 1993). Por su parte, Orlansky (1949) concluyó que una medida disciplinaria específica no ejerce una influencia psicológica invariable sobre el menor y que sus efectos pueden ser medidos solo desde un estudio de las actitudes parentales asociadas a esta.

La creencia de que las actitudes ayudan a determinar tanto las prácticas parentales como otras conductas más sutiles, consiguió que muchos de los investigadores llegaran a pensar que, midiendo las actitudes parentales, conocían el modo de interacción familiar que determinará la relación padre-hijo y como influía en el propio desarrollo del menor (Baldwin, 1948; Orlansky, 1949; Schaefer, 1959; Symonds, 1939). No obstante, esta idea desembocó en el problema de que, el comportamiento está determinado y compuesto fundamentalmente de actitudes, pero las actitudes son expresadas por medio de comportamientos. Según Symonds (1939) aunque las actitudes son juzgadas como más importantes que los comportamientos, no es posible de medir las primeras sin medir las segundas.

La diferencia que existía entre las actitudes parentales y los comportamientos específicos, se intentó solucionar a través de la aparición del concepto “nivel molar” que consistía en la suma de comportamientos específicos (Schaefer, 1959). Así, en lugar de estudiar prácticas individuales, las prácticas parentales fueron agrupadas en categorías más amplias en base a su capacidad para cambiar los procesos emocionales (Baldwin, 1948; Orlansky, 1949; Symonds, 1939). Estas categorías molares eran: concesión de autonomía, ignorancia, castigo, percepción del niño como una carga, severidad, uso del temor como medio de control y expresiones de cariño (Schaefer, 1959, 1965).

Los investigadores que abordaron los estilos parentales desde la perspectiva del aprendizaje social y conductismo, analizaron el desarrollo como proceso cuantitativo y continuo, aislando una serie de experiencias y estudiando su repercusión en los comportamientos parentales (Darling y Steinberg, 1993). Estos investigadores, centraban sus esfuerzos en las prácticas parentales más que en las actitudes, ya que se meditaba que las desigualdades en el desarrollo de los menores eran reflejo de las diferencias en el

entorno de aprendizaje al que habían sido expuestos. Por tanto, las medidas del estilo parental se centraban en percibir los patrones de comportamiento presentes en dichos contextos de aprendizaje. En estos enfoques, se utilizó el análisis factorial para plantear categorías como la denominada “control”, que hacía referencia a un atributo conductual que englobaba algunas prácticas como el uso de castigo físico, la sanción contra la agresión, el fracaso o éxito en el establecimiento de reglas, entre otras.

Por su parte, la investigación de los estilos de socialización parental ha proliferado en la creación de numerosos modelos teóricos. Estos modelos tienen en común la existencia de varias dimensiones en las prácticas parentales (Darling y Steinberg, 1993):

- Aceptación/rechazo y dominio/sumisión (Symonds, 1939).
- Calor emocional/hostilidad y abandono/implicación (Baldwin, 1955).
- Amor/hostilidad y autonomía/control (Schaefer, 1959).
- Amor y permisividad/rectitud (Sears, Maccoby y Levin 1957).
- Afecto/hostilidad y restricción/permisividad (Becker, 1964).

La diferencia entre el estudio de las metas de la socialización y el estudio de las técnicas de socialización, permanecieron por algún tiempo hasta que Baumrind (1966) desarrolló un modelo teórico que incorporaba los procesos emocionales y conductuales que “subyacían a los más antiguos modelos de socialización, dentro de una concepción del estilo parental apoyada en los sistemas de creencias de los padres” (Raya, 2008, p. 15). Este modelo provocaría un profundo cambio en el pensamiento posterior sobre los estilos parentales.

Existen un gran número de artículos e investigaciones que tratan de relacionar los estilos parentales y el ajuste y adaptación, en los menores. Una de estas investigaciones es el trabajo realizado por Diana Baumrind (1966), siendo pionera en este ámbito y realizando un estudio detallado sobre los estilos de crianza. Su principal objetivo se centró en “identificar y describir los estilos parentales que anteceden a patrones de conducta claramente identificados en los/as niños/as” (Velásquez y Villouta, 2013, p. 19-20), cuyos trabajos clásicos, realizados entre 1967 y 1971, ponen de relevancia la interrelación entre, lo que esta autora denomina, las tres variables parentales básicas: control, comunicación e implicación afectiva (Torío-López et al., 2008).

Los primeros trabajos de investigación realizados por Baumrind (1966, 1971, 1991) le llevaron a realizar una clasificación de los progenitores. La autora distinguió

cuatro modelos de estilo parentales: permisivo, autoritario y autoritativo (Baumrind, 1966, 1971), donde además añade el estilo negligente (Baumrind, 1971).

Tabla 1. Descripción de los progenitores autoritarios (adaptación Jorge y González, 2017).

PROGENITORES AUTORITARIOS	
Características	<p>Comportamiento rígido y utilizan la fuerza y el castigo, dejando a un lado el diálogo y la comunicación. La principal característica es la falta de comunicación y afecto. No dan razones a sus hijos del por qué se imponen las reglas; no tienen en cuenta sus necesidades educativas, sus intereses u opiniones.</p> <p>Se basan en la disciplina firme mostrando al menor muy poco control sobre su vida. Valoran la obediencia como una virtud, las críticas y las exigencias de madurez.</p>
Consecuencias	<p>Es el estilo autoritario que tiene más repercusiones negativas sobre la socialización de los hijos. Inseguridad y dificultad para completar las tareas. No ofrecen el suficiente afecto ni responden a las necesidades del hijo y la obediencia y el orden son primordiales, la autonomía de los menores no adquiere ningún valor (Alonso y Román, 2005; Baumrind, 2012; Torío, Peña, e Inda, 2008; Torío-López et al., 2008).</p>
Hijos e hijas	<p>Problemas a nivel emocional, baja autoestima y confianza en sí mismos deteriorada, poco comunicativos y afectuosos y pobre interiorización de valores morales. Menores descontentos, reservados, poco tenaces a la hora de perseguir metas, menor competencia social (Baumrind, 1996; Belsky, Jaffee, Sligo, Woodward y Silva, 2005; Kaufmann et al., 2000; Maccoby y Martin, 1983).</p> <p>La distancia entre progenitores e hijos provoca que los niños o niñas sean menos cariñosos, inseguros, descontentos e incluso algunos retraídos.</p> <p>Muestran problemas de impulsividad y agresión hacia sus pares, debido al castigo físico recibido por sus progenitores (Antolín, Oliva y Arranz, 2009).</p> <p>Baja autonomía personal y creatividad, considerándose menores menos alegres y espontáneos (Baumrind, 1971; Torío et al., 2008).</p>

Un factor relevante a destacar es que a medida que los padres y madres tienen mayor formación académica es menor probable que sean autoritarios en la crianza (Comino y Raya, 2014). Por tanto, el nivel educativo de los progenitores puede considerarse un factor preventivo del autoritarismo paterno.

Tabla 2. Descripción de los progenitores democráticos (adaptación Jorge y González, 2017).

PROGENITORES DEMOCRÁTICOS	
Características	<p>Promueven la comunicación y el razonamiento. Se basan en la razón, explican las reglas, escuchan a sus hijos y establecen expectativas razonables. Animán a sus hijos a ser independientes, se respeta su individualidad, su personalidad y sus intereses.</p> <p>Imponen roles y conductas maduras, pero utilizan el razonamiento y la negociación ante cualquier situación (Alba, Romero-López, Quesada-Conde y Pichardo, 2016). Establecen altas expectativas, son sensibles a las necesidades del menor, son flexibles, escuchan y dan consejos.</p> <p>Fortalece la habilidad de sus hijos para que entiendan las demandas de sus progenitores y respondan de forma correcta a las mismas.</p> <p>Son cariñosos y delimitan las reglas. Emplean el castigo razonado y verbal, pero no físico. Valoran y refuerzan el buen comportamiento del menor, en lugar de centrarse en la mala conducta.</p> <p>Son controladores y exigentes en sus demandas, al mismo tiempo se muestran cariñosos, razonables y comunicativos.</p>
Consecuencias	<p>Comunicación bidireccional entre padres-madres e hijos y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo, motivan su iniciativa personal para procurar que resuelvan problemas de la vida cotidiana (Alba et al., 2016). Lo que provoca que estos progenitores no invadan ni restrinjan la intimidad del menor.</p> <p>Este estilo muestra efectos positivos en la socialización como desarrollo de competencias sociales y autocontrol, alta autoestima y bienestar psicológico, menos conflictos entre progenitores e hijos, entre otros.</p>
Hijos e hijas	<p>No muestran dificultad en las relaciones con sus iguales, autosuficientes, independientes, seguros, cariñosos y son populares entre sus compañeros (García-Linares, Pelegrina y Lendínez, 2002; Gfroerer, Kern y Curlette, 2004; Kaufmann et al., 2000; Mansager y Volk, 2004; Winsler, Madigan y Aquilino, 2005).</p> <p>Buen desarrollo emocional y comportamental (Capano y Ubach, 2013). Muestran motivación e iniciativa, un autoconcepto realista, considerarse alegres, espontáneos y responsables respecto a sus compromisos personales (Baumrind, 1971; Torío et al., 2008).</p>

El estilo democrático y el estilo autoritario muestran una semejanza, y es que ambos son ricos en el establecimiento de límites y en sus expectativas de comportamiento maduro. La diferencia entre ambos es su estilo en la disciplina, la comunicación y el afecto, los progenitores autoritarios son contundentes, sin embargo, los democráticos son razonables y muestran una relación afectuosa con sus hijos. Además, estos últimos emplean el razonamiento y la negociación.

Tabla 3. Descripción de los progenitores permisivos (adaptación Jorge y González, 2017).

PROGENITORES PERMISIVOS	
Características	<p>Ofrecen una gran autonomía, liberándolos del control, pero sin que ponga en peligro su vida (Alba et al., 2016). No fijan límites mostrándoles total libertad.</p> <p>De forma ocasional aplican el castigo, establecen pocas reglas y no las hacen cumplir de manera uniforme.</p> <p>Son afectuosos, acuden a la mínima demanda de atención, ceden a la menos insistencia, tienen una relación basada en altos niveles de comunicación y afecto.</p> <p>Utilizan un comportamiento de una forma afirmativa y aceptadora hacia los impulsos y las acciones del menor (Alonso y Román, 2005; Baumrind, en Torío et al., 2008; Torío et al., 2008).</p> <p>No muestran autoridad frente a sus hijos evitando el enfrentamiento con ellos y la expresión del afecto es muy alta, aunque se percibe progenitores muy vulnerables con respecto de los hijos (Alba et al., 2016).</p> <p>No son muy controladores y exigentes en madurez y responsabilidad. Permiten a sus hijos que sean ellos mismos quienes controlen sus propias acciones.</p>
Consecuencias	<p>La comunicación es poco efectiva y unidireccional, no hay reglas establecidas y el ambiente familiar es desorganizado.</p> <p>En algunas ocasiones, los progenitores no son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llevar a efectos socializadores negativos en los menores en relación a conductas agresivas y logro de independencia personal.</p>
Hijos e hijas	<p>Con frecuencia se sienten frustrados por sus intentos dentro de las expectativas de la sociedad. Muestran una mayor dificultad en la interiorización de valores, baja autoestima y competencia social, escasa aceptación a la frustración y respeto a normas, falta de confianza y bajo control de impulsos, llegando a mostrar dificultades a nivel conductual (Baumrind, 1971; Capano y Ubach, 2013; Torío et al., 2008).</p> <p>Aparentemente se consideran alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y presentan bajos niveles de madurez y éxito personal (Domínguez y Carton, 1997; Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch, 1991; Steinberg, Elmen y Mounts, 1989).</p>

Tabla 4. Descripción de los progenitores negligentes.

PROGENITORES NEGLIGENTES	
Características	Bajos niveles de implicación y exigencia. Falta de estructuración, control, apoyo e implicación en las conductas del menor (Rollins y Thomas, 1979). Derivan sus responsabilidades como padres y madres hacia otras figuras como la escuela u otros familiares. Muestran ausencia de demandas y de responsabilidad hacia la conducta de los hijos (Baumrind, 1971, 1991).
Consecuencias	Presentan un ambiente familiar desorganizado, siendo propensos a la ruptura familiar (Baumrind, 1971, 1991). Progenitores suelen presentar faltas en la capacidad de entender los cambios evolutivos de los menores. No establecen una relación positiva con sus hijos, ya que no pueden transmitirles conductas emocionales positivas ni reforzarle su conducta. No comparten estrategias para la resolución de los problemas cuando sus hijos necesitan ayuda.
Hijos e hijas	Presentan trastornos de la conducta como agresividad, problemas con las drogas o implicación en accidentes criminales (Velásquez y Villouta, 2013). Principal característica hace referencia a los problemas académicos y de conducta (Baumrind, 1971, 1991). No se ha descubierto ninguna conducta positiva generada en los menores a través del estilo educativo negligente.

Lo más relevante de este modelo es que Baumrind consideraba dinámico el proceso de socialización, donde planteó que el estilo parental influía en la apertura de los menores hacia los intentos de socialización de sus progenitores. La autora apuntó que el estilo democrático aumentaba la paternidad alterando las características del niño, lo que refuerza la habilidad de ambos progenitores para actuar como agentes de socializadores.

A pesar de que se estableciera las tipologías de Baumrind, Lewis (1981) realiza algunas críticas sobre la escasa relevancia del control y la relación de este con el ajuste. Baumrind aclaró que tan perjudicial sería la falta como el exceso de control, lo cual podía desembocar en conductas rebeldes y agresivas en la infancia

De los distintos estilos educativos, comentados anteriormente, los estudios apuntan al estilo democrático (afecto, control y exigencia de madurez) como el más adecuado para educar a los hijos, ya que favorece un adecuado desarrollo psicológico en los menores, ayudándoles a manifestar un estado emocional estable y alegre, una elevada autoestima y autocontrol, un buen rendimiento académico y un óptimo ajuste comportamental (Antolín et al., 2009; Baumrind, 1971; Capano y Ubach, 2013; Jorge y

González, 2017). No obstante, varios estudios manifiestan una incertidumbre acerca de si el democrático sea el que ofrezca las mejores características socializadoras.

Por otra parte, varios estudios apuntan que los adolescentes que pertenecen a hogares permisivos obtienen los mismos o mejores resultados en lo que respecta a lo psicosocial que otros que se encuentran en hogares democráticos (García y Gracia, 2009; Taylor, Wilson, Slater y Mohr, 2012). Por el contrario, el estilo autoritario se encuentra relacionado con una baja autoestima, poca empatía, dificultades en las relaciones sociales, entre otras (Alba et al., 2016).

En la década de los ochenta, Maccoby y Martin (1983) propusieron una actualización del modelo establecido por Baumrind (autoritario, democrático, permisivo y negligente). Los autores propusieron dos dimensiones para medir el estilo educativo parental: control/exigencia que es la presión o número de demandas que los progenitores ejercen sobre sus hijos para que alcancen determinados objetivos y metas; y el afecto/sensibilidad que es la capacidad de respuesta de los progenitores ante las necesidades de los menores, sobre todo la naturaleza emocional. Maccoby y Martin (1983) señalaron que de la combinación de estas dimensiones y de su grado, se adquieren cuatro estilos educativos: autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente. Maccoby y Martin (1983) diferenciaron el estilo permisivo en dos: el estilo permisivo-indulgente y el permisivo-negligente, este último está relacionado con el maltrato no mostrándose en el modelo de Baumrind.

Tabla 5. Reformulación de los Estilos Educativos por Maccoby y Martin (1983).

	Reciprocidad Implicación-afectiva (Responsiveness)	No reciprocidad No implicación afectiva (Unresponsiveness)
Control fuerte (Demandingness)	Autoritario-Recíproco	Autoritario-Represivo
Control laxo (Undemandingness)	Permisivo Indulgente	Permisivo Negligente

Estos modelos bidimensionales aparecen como consecuencia del cruce de las dimensiones teóricas. Las características que difieren a cada uno son mostradas en la Tabla 6.

Tabla 6. Modelos bidimensionales de Estilos Educativos por Maccoby y Martin (1983).

	Características progenitores	Relaciones familiares	Consecuencias en los hijos e hijas
Autoritario-Recíproco	<p>Control firme, consistente y razonado.</p> <p>Aceptación de los derechos y deberes de los hijos, pero exigen que estos acepten los paternos (Maccoby y Martin, 1983).</p> <p>Disposición en las necesidades de los hijos, interés por las muestras de afecto en sus relaciones con los mismos.</p>	<p>Los padres y madres aceptan su responsabilidad y ejercen la autoridad y el liderazgo que les corresponde como progenitores y adultos (Torío et al., 2008).</p> <p>Comunicación diaria, bidireccional y abierta (reciprocidad).</p>	<p>Adquieren su autonomía personal y madurez psicológica (Maccoby y Martin, 1983).</p>
Autoritario-Represivo	<p>Control fuerte y rígido por la falta de reciprocidad y de diálogo (Maccoby y Martin, 1983).</p> <p>Castigos (psicológicos y físicos) y los mandatos sin explicación razonada (Maccoby y Martin, 1983).</p> <p>Educación centrada en los progenitores.</p>	<p>Los progenitores dejan poca libertad personal, las normas se convierten en órdenes, alta autoridad paterna sin cuestionarla por los hijos.</p> <p>Comunicación es unidireccional y cerrada.</p>	<p>Efectos socializadores menos positivos con puntuaciones bajas en autoestima, autoconfianza, autonomía personal, creatividad, competencia social y popularidad social.</p> <p>Ansiedad es mayor.</p>
Permisivo-Indulgente	<p>Indiferencia entre sus actitudes y conductas (positivas y negativas), la permisividad y la pasividad (Maccoby y Martin, 1983).</p> <p>No ejercen ni control ni autoridad, no establecen normas estrictas, son tolerantes en la expresión de impulsos (agresividad...).</p> <p>Castigos poco frecuentes y acceden con facilidad a los deseos de los menores.</p>	<p>Comunicación abierta y clima democrático</p> <p>Responden y atienden a las necesidades de sus hijos (diferencia de permisivos-negligentes).</p>	<p>Resultados inferiores en los logros escolares, menor capacidad para la autorresponsabilidad. Más propensos a la falta de autocontrol y autodominio.</p>

Permisivo- Negligente	Poco interés hacia sus hijos, no implicándose afectivamente con ellos y negándose en su tarea educativa. No establecen normas, ya que estas llevarían al diálogo y vigilancia.	Progenitores pasan el mínimo tiempo posible con los menores, solventando las obligaciones educativas rápido y con poca dificultad (Maccoby y Martin, 1983).	Carecen de control, actúan según sus intereses y no se rigen por reglas. Efectos socializadores más negativos, puntuaciones más bajas en autoestima, desarrollo de capacidades cognitivas, logros escolares, autonomía y uso responsable de libertad (Torío et al., 2008).
----------------------------------	---	---	---

Entre las distintas categorizaciones propuestas sobre los estilos parentales, la más utilizada es la propuesta por Maccoby y Martin (1983). Franco, Pérez y De Dios (2014) sostiene que, entre los estilos educativos presentados por estos autores, el modelo democrático y autoritativo es el más adecuado para un desarrollo correcto en la infancia, ya que muestra una combinación adecuada de los niveles de afecto/apoyo emocional y de control/disciplina (Steinberg, 2001).

En la década de los 90, Darling y Steinberg (1993) propusieron un nuevo modelo compuesto por dos niveles de estudio diferentes respecto a la influencia de los padres y madres sobre los hijos. El primer nivel hace referencia al estilo educativo parental y el segundo nivel a las prácticas parentales con las que se manifestaba este estilo. Estos autores mantienen que es necesario la distinción entre ambos para comprender los procesos por lo que los progenitores influyen en el desarrollo de los menores.

El modelo propuesto por Darling y Steinberg (1993) (Figura 1) define que los estilos y las prácticas parentales son en parte el resultado de unas metas y valores de los progenitores. Pero se postula que cada atributo parental influye en el desarrollo del niño a través de distintos procesos. Las prácticas parentales afectan directamente al desarrollo de conductas específicas y características. Por tanto, estas son el mecanismo por el que los padres y madres ayudan a sus hijos a responder a sus metas de socialización. En este sentido, el estilo educativo parental influye de manera indirecta, alterando la capacidad de los progenitores para socializar a los menores determinando la efectividad de sus prácticas. De esta manera, el estilo parental puede considerarse una variable contextual

que media entre las prácticas parentales específicas y los resultados del desarrollo específico.

La hipótesis de estos autores es que el estilo parental modera la influencia de las prácticas parentales en el desarrollo del niño, como mínimo, de dos formas: la primera sería modificando la interacción padres-hijo y regulando así la influencia de las prácticas específicas y la segunda forma sería influyendo en la personalidad del menor, concretamente su apertura a la influencia parental. Este acercamiento a la socialización por el niño regula la asociación entre las prácticas parentales y los resultados del mismo.

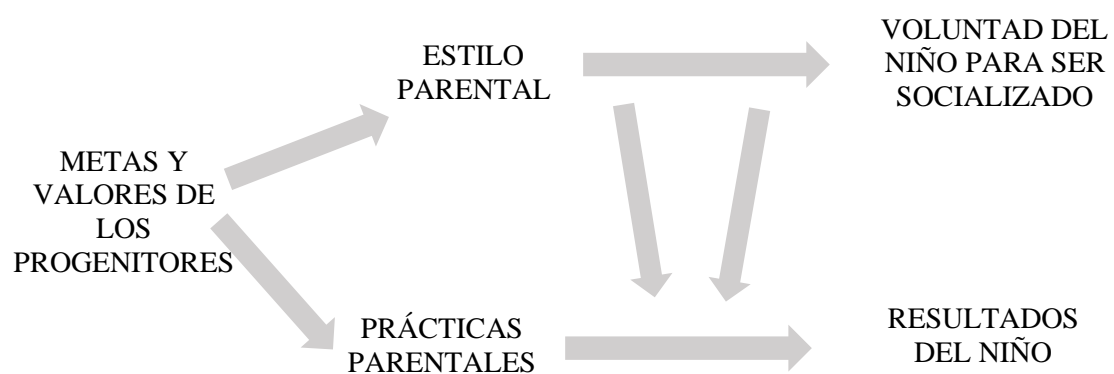


Figura 1. Modelo integrador de Darling y Steinberg.

A finales de los años 90, aparece un nuevo enfoque que explicaba la forma de entender las interacciones familiares desde una perspectiva bidireccional. Este modelo se denominaba “construcción conjunta” o “influencias múltiples” (Palacios, 1999). Dicho modelo sustenta que las relaciones entre progenitores e hijos son bidireccionales, considerando que el comportamiento de los hijos es influido por sus padres y madres, pero a la misma vez, el comportamiento de los progenitores se adapta a las características de sus hijos y al feedback que reciben de sus acciones educativas (Raya, 2008).

En la actualidad se continúa teniendo presente este carácter mediador y bidireccional, por lo que las prácticas educativas podrían ser consideradas causa y consecuencia de los diversos problemas que los menores pueden desarrollar a lo largo de la vida (Franco et al., 2014; Martínez y García, 2012; Palacios, 1999).

2. Variables sociodemográficas y personales que influyen en el estilo parental

La investigación centrada en la crianza de los menores ha sido muy rica en los últimos años, dejando constancia del impacto que la conducta de los padres y madres tienen en todos los aspectos del desarrollo infantil.

Estos modelos mencionados anteriormente no son estables a lo largo del tiempo, si no que se ven influidos por múltiples factores de riesgo o protectores que afectan al desarrollo del menor (Franco et al., 2014). Entre los factores que influyen en el comportamiento de los padres y madres podemos diferenciar tres tipos de variables que afecta tanto de forma directa como indirecta: variable individual de los progenitores, variable centrada en el propio niño o niña y variable socioeconómica.

En primer lugar, se hace mención a las variables individuales de los padres y madres. Entre ellas, las investigaciones centradas en las diferencias de género en relación al estilo parental empleado por ambos progenitores han aumentado, aunque aún gran parte de la literatura está centrada en las pautas de crianza empleadas por las madres. En un estudio donde se compararon los estilos parentales de ambos progenitores en relación a los factores descritos por Schaefer (1965), concluyeron que, en la autonomía, el control y el amor las madres mostraban unas puntuaciones más elevadas que los padres (Del Barrio y Carrasco, 2005). Estudios más recientes como Raya, Pino, Ruiz y Morales (2010) indican que existen diferencias entre los estilos educativos de los progenitores apreciándose diferencias más significativas en variables como el compromiso o la comunicación, mostrándose puntuaciones más altas en las madres. Así, partiendo de Roa y Del Barrio (2001) que relacionan las puntuaciones más altas en los factores del instrumento *Parent Child Relationship Inventory* (PCRI), con un estilo de crianza más relacionado con el estilo democrático, Russell, Hart, Robinson y Olsen (2003) apuntan que las madres muestran un estilo más democrático que los padres. Raya et al. (2010) señalan que las madres son más comunicativas, más comprometidas con las tareas de la crianza, además consideran más necesario el reparto de tareas en el hogar. Estos mismos autores apuntan que esto podría llevar a las madres a mostrar un papel más importante en la crianza de los hijos en el desarrollo emocional, considerándose, por su parte, la disciplina o la autonomía aspectos compartidos tanto por el padre como por la madre (Raya et al., 2010).

Por otra parte, se ha percibido que los progenitores que utilizan estrategias acordes con el modelo autoritativo suelen tener parejas con un estilo parental parecido (Del Barrio y Carrasco, 2005). Sin embargo, no se ha obtenido resultados similares en aquellos padres y madres que usan estrategias parentales menos efectivas, ya que ambos tienden a estar más en desacuerdo llegando a provocar ambientes familiares desordenados (Deal, Halverson y Wampler, 1989).

En lo que respecta a la relación entre el estilo de crianza y la edad de la madre, Orgilés, Penosa, Morales, Fernández-Martínez y Espada (2018) apuntan a partir de los resultados de un estudio que las madres más jóvenes utilizaban con más frecuencia un estilo de crianza sobreprotector. Estos autores sostienen que podría deberse a las menos experiencias vividas y recursos que muestran.

Además del género y la edad, la experiencia previa como padres y madres, los pensamientos sobre el proceso evolutivo y el nivel educativo, también afectan a la manera en que los progenitores desarrollan las tareas relacionadas con la crianza de sus hijos (Hoghughy y Long, 2004). Jones y Prinz (2005) apuntan que se da una relación entre el nivel educativo de las madres y las percepciones maternas, las prácticas de crianza y la estructura familiar. El tipo de prácticas que los progenitores han sufrido durante su infancia es relevante, ya que es un factor importante a tener presente en relación al tipo de disciplina que emplean tanto el padre como la madre con sus hijos (De Paúl, Pérez-Albéniz, Paz, Alday y Mocoroa, 2002).

Otra variable relevante hace referencia a la personalidad de los progenitores, principalmente de la madre, mostrando efectos más perjudiciales para sus hijos mediante el empleo de prácticas de crianza desadaptativas (Smith, Cowie y Blades, 2011). En relación a la autoeficacia o competencia percibida de los progenitores, aquellos que presentan un alto grado de autoeficacia perciben una mayor confianza en ellos mismos, adquiriendo habilidades de crianza eficaces y transmitiéndolas de forma más adecuada a su hijo, lo que conlleva a un adecuado desarrollo infantil en todos los ámbitos (Ardelt y Eccles, 2001).

Dopke, Lundahl, Dunsterville y Lovejoy (2003) señalan que los padres que presentan mayor estrés en las tareas de la crianza se consideran más autoritarios, las relaciones con sus hijos son más negativas y se involucran menos en la crianza. Kiel y Buss (2010) señalan que las madres que presentan depresión o ansiedad parecen tener

percepciones y expectativas más negativas sobre la conducta de sus hijos y su futuro. Además, la atención hacia el menor disminuye, afectando a su cuidado y educación, ya que se encuentran más centradas en sus propias experiencias internas.

En segundo lugar, muestran una relevancia las variables centradas en el propio niño o niña. En relación a las mismas, se puede decir que el sexo del hijo influye en las características del estilo parental. Así, según Raya (2008) “existen ciertas diferencias que merecen la pena ser estudiadas, ya que podrían existir ciertos aspectos de la crianza que marcaran las diferencias, mientras que otros podrían ser semejantes en ambos sexos” (Raya, 2008, p. 37-38). Así, en un estudio realizado por Someya, Uehara, Kadowaki, Tang y Takahashi (2000) mostraron que las niñas percibían un mayor rechazo por sus madres que por sus padres, además de que los niños percibían un mayor favoritismo por sus madres y las niñas por sus padres. En lo que respecta a las variables del PCRI, Raya et al. (2010) apuntan que la distribución de rol es la variable que muestra una mayor discrepancia entre los hijos y las hijas. Así, se ha mostrado que las madres fomentan en sus hijas un reparto de las tareas en el hogar más que los padres, pero en relación con los hijos no se muestran diferencias entre ambos progenitores (Raya et al., 2010). Con lo que respecta a otras variables como la autonomía, la disciplina, el compromiso o la comunicación, Raya et al. (2010) no encontraron diferencias entre los niños y las niñas. Pero estudios anteriores, como Del Barrio y Carrasco (2005) y Fuentes, Motrico y Bersabé (2001), sí obtuvieron ciertas diferencias entre ambos sexos en lo que respecta al afecto, la autonomía y la disciplina.

En otro caso, un estudio realizado por Fuentes et al. (2001) mostraba que los niños se sentían más rechazados y criticados que las niñas, y que sus progenitores eran más rígidos y les exigían de una manera inadecuada. Del Barrio y Carrasco (2005) mostraron ciertas discrepancias entre niños y niñas en la percepción de los hábitos de crianza de ambos padres. Así, observaron que las niñas percibían que sus madres mostraban más amor y control-hostilidad, mientras que los niños mayores niveles en variables como el control, la hostilidad y autonomía-amor. Por otro lado, en relación a los padres, las niñas percibían niveles más altos de amor, autonomía-amor y amor-control, mientras que los niños mayor nivel de autonomía, control y hostilidad.

Orgilés et al. (2018) encontraron que, en relación a los estilos de crianza (sobreprotector y punitivo) y el sexo de los hijos, no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, los progenitores utilizaban más el estilo asertivo con los niños

que con las niñas. En relación a la edad del menor y el estilo de crianza, Orgilés et al. (2018) apuntaron que la madre podría emplear un estilo de crianza asertivo cuando los hijos tenían mayor edad. Un estudio anterior realizado por Del Barrio y Carrasco (2005) mostró que los niños de menor edad percibían que ambos progenitores manifestaban más afecto y se mostraban más controladores que los niños de mayor edad.

Y, por último, en relación al nivel socioeconómico, varios estudios, en los que se encuentran el de Rodríguez-Espínola (2010), señalan que los niños que pertenecen a una clase social baja se mostraron con menor apoyo social, a diferencia de aquellos niños que pertenecen a una clase media. Además, estos menores presentaron un mayor nivel de depresión, desmotivación, falta de interés y una baja autoestima. Von Der Lippe (1999) demostró que las madres con un bajo nivel de estudios son menos autoritarias que las madres que tienen estudios superiores. Teniendo en cuenta que el nivel socioeconómico se debe en gran parte al nivel educativo y la profesión de los progenitores, un nivel de estudios superior junto con una profesión bien valorada socialmente y bien remunerada se identificaban con progenitores más democráticos (Chen, Dong y Zhou, 1997). Por otra parte, diversos estudios apuntan a que la pobreza está asociada a la negligencia parental, la violencia doméstica, la ruptura familiar y la enfermedad mental de los progenitores, entre otros problemas (Crowell, Warner, Davis, Marraccini y Dearing, 2010). Así, se ha determinado que la conducta que emplean los padres y las madres con sus hijos se puede considerar la responsable de las consecuencias perjudiciales que la pobreza y el bajo nivel socioeconómico tienen sobre la salud tanto física como psicológica de los menores.

Como hemos visto existen varias variables que podrían influir en las conductas que utilizan los padres y madres con sus hijos, no obstante, el estilo parental también puede afectar a diversos aspectos del desarrollo infantil.

3. Efectos del estilo parental sobre distintos aspectos del desarrollo del niño

Teniendo en cuenta que el desarrollo de los menores, principalmente en los primeros años, se ve determinado por el estilo parental de ambos progenitores, a continuación, se profundizará en qué tipo de conductas y estilos de crianza son más idóneos para un buen desarrollo en relación a la competencia social, la inteligencia emocional y el rendimiento académico, así como puntuaciones más bajas en los problemas tanto internalizantes como externalizantes.

En relación a la competencia social, descrita como un conjunto de habilidades que permite a cada individuo establecer relaciones interpersonales positivas mostrando un adecuado desarrollo social y escolar (McCloughlin, 2009), se ve afectada en la infancia por el estilo parental. Así, cada niño, a través de su desarrollo, adquiere las competencias cognitivas, sociales y afectivas, que le permiten adaptarse a la sociedad de forma adecuada. Sin embargo, en algunas ocasiones los menores desarrollan conductas antisociales. Uno de los factores de protección para prevenir este tipo de conductas en la infancia es la competencia social. En esta línea, varios estudios han demostrado que unas habilidades sociales adecuadas evitan ciertas conductas antisociales como el bullying, entre otras (Ttofi, Bowes, Farrington y Lösel, 2014).

Diversos estudios coinciden en que el desarrollo social de los menores se ve afectado por el estilo de crianza (democrático, permisivo y autoritario) empleado por ambos progenitores. Los padres y madres que usan un estilo democrático tienen hijos con una competencia social más alta (Romero, Alba, Benavides-Nieto y Justicia-Arráez, 2016). Por otra parte, el estilo democrático muestra puntuaciones altas con respecto a la cooperación social, la independencia social e interacción social, además de obtenerse de forma general en la competencia social. Así, los niños que mostraban una competencia social elevada tenían padres y madres que les proporcionaban altos niveles de afecto y cordialidad, además de control (Altay y Gure, 2012). Un gran apoyo por parte de los progenitores se asocia con adecuadas habilidades de comportamiento social en el colegio (Spruijt, Dekker, Ziermans y Swaab, 2019).

Romero et al. (2016) señalan en su estudio que los hijos de progenitores con un estilo de crianza permisivo, caracterizados por la ausencia de control junto con conductas poco contingentes a los comportamientos inadecuados en sus hijos, tienen puntuaciones inferiores en cooperación social, independencia social, interacción social, así como en la competencia social en general. No obstante, entre los tres estilos de crianza mencionados anteriormente, los progenitores que emplean un estilo autoritario muestran una competencia social más baja en sus hijos e hijas. Así, una elevada intrusión parental se relacionó con unas inadecuadas habilidades de comportamiento social en el colegio (Spruijt et al., 2019). Por otra parte, Franco et al. (2014) señalan que cuando los progenitores muestran niveles bajos en disciplina, así como una falta de afecto o apoyo emocional, conlleva menores competencias sociales en el menor, además de percibirse en él un mayor retraimiento. Por el contrario, un nivel de autonomía óptimo, en el que se

establezcan normas, límites y apoyo emocional provoca un adecuado desarrollo social en la infancia (Franco et al., 2014).

Los resultados obtenidos en varios estudios coinciden en que la conducta social de los menores está influenciada por los estilos de crianza empleados por cada progenitor (Romero et al., 2016). Esto podría deberse a que, en los primeros años, tanto el padre como la madre son los principales responsables de los comportamientos que emplean sus hijos, así como de las relaciones que establecen con sus iguales. Spruijt et al. (2019) apuntan que, en los primeros años escolares, la sensibilidad de los padres y madres podría relacionarse con la competencia social del menor, independientemente del género. Todo ello nos conduce a afirmar que el comportamiento social del niño es adquirido principalmente desde el ámbito familiar en la infancia.

Por otro lado, en lo que se refiere a la inteligencia emocional, varias investigaciones realizadas hasta el momento coinciden en señalar que existe una relación entre los estilos educativos parentales y el nivel de inteligencia emocional que tiene adquirido su hijo (Carrillo, Estévez y Gómez-Medina, 2018). Goleman definía la inteligencia emocional como la habilidad que tiene una persona para reconocer sus sentimientos y los de otros, a la misma vez que maneja ambas emociones. En aquellos casos en que un niño muestra una inteligencia emocional baja las consecuencias que provocan serían ansiedad, depresión, aislamiento, problemas de atención, entre otros. Resulta interesante destacar la relación con el desarrollo emocional de los menores cuando se refiere a disciplinas que muestran escasa flexibilidad y son rígidas, además de, no existir posibilidad de negociación (Carrillo et al., 2018).

Según Carrillo et al. (2018) un aspecto fundamental a considerar para un adecuado desarrollo emocional sería la implicación de ambos progenitores en las actividades cotidianas, teniendo en cuenta tanto el tiempo dedicado como el contenido aportado al menor. Por tanto, la implicación paterna ejerce la misma influencia que la materna, ya que cuando se da una distribución de roles equilibrada, una atención y cuidado igualitario en los hijos, su desarrollo emocional es más favorable.

Estos mismos autores sostienen que aquellos progenitores caracterizados por emplear unas prácticas basadas en el refuerzo positivo de los logros de sus hijos, el reconocimiento a través de felicitaciones y halagos, junto con las muestras de afecto,

facilitan el desarrollo de la empatía, la responsabilidad social, la capacidad para adaptarse y la resolución de problemas cotidianos.

A diferencia del estilo democrático, los progenitores que emplean un estilo negligente, permisivo o autoritario parecen mostrar bajos niveles de inteligencia emocional. Por otra parte, es de vital importancia la presencia de los padres y las madres en la vida de sus hijos apreciándose un buen desarrollo de las habilidades emocionales de los menores, ya que actúan como modelos ante sus experiencias sociales y emocionales del día a día (Carrillo et al., 2018).

Otro aspecto a resaltar es el rendimiento académico durante la infancia según los efectos del estilo parental. Así, varias investigaciones apuntan que existe una relación entre los estilos parentales y el rendimiento académico del menor (Sabán, Herruzo y Raya, 2013). Así, la crianza parental centrada en el afecto y la disciplina muestra una estrecha relación con el rendimiento académico y el ajuste escolar (Steinberg et al., 1989; Walker y MacPhee, 2011). Checa y Abundis-Gutiérrez (2017) apuntan que al combinar ambas conductas (afecto y disciplina), los progenitores podrían enseñar habilidades adecuadas en casa y que son útiles para el colegio. Por el contrario, un estilo de crianza restrictivo que presenta una falta de consistencia, castigo físico, así como el establecimiento de límites ineficaces muestra una relación negativa tanto con el rendimiento académico como con el ajuste escolar (Steinberg et al., 1989; Walker y MacPhee, 2011). Teniendo en cuenta lo anterior, Checa y Abundis-Gutiérrez (2017) señalan que el uso de castigo por parte de los padres y madres centrado en el control del comportamiento, en la flexibilidad hacia las reglas impuestas y el establecimiento de límites ineficaces, podría llevar a que el niño muestre una falta de confianza y miedo, ya que los progenitores no mostraron unas pautas adecuadas de cómo comportarse con su hijo. Checa y Abundis-Gutiérrez (2017) llegan a la conclusión en su investigación que las muestras de cariño y solidaridad de los progenitores junto con un nivel adecuado de disciplina en el hogar no es imprescindible para tener un mejor rendimiento académico, sin embargo, el uso de un estilo de crianza restrictivo influye negativamente tanto en el rendimiento académico como en el ajuste escolar. Además, estos autores señalan que la manera en que los padres y madres educan a sus hijos en el hogar se refleja en los comportamientos o actitudes del menor en la escuela, ya que ponen en prácticas sus habilidades aprendidas en casa.

Continuando con esta misma línea, Sabán et al. (2013) señalan que ciertos aspectos de los estilos educativos entre los que se encuentra el control conductual, el

humor y el afecto y la comunicación se encuentran relacionados con el éxito o fracaso escolar. Entre ellos, una mayor muestra de apoyo y afecto por los progenitores, al igual que el establecimiento de una comunicación y fluidez estable, es importante para la prevención del fracaso escolar. Con respecto al control conductual y humor, Sabán et al. (2013) apuntan que la percepción del establecimiento de límites, el intercambio de información con las familias sobre el comportamiento de los menores, la actitud positiva y el buen sentido del humor son consideradas las variables de la crianza imprescindibles que diferencian a dos grupos en su estudio.

Por otra parte, Maccoby y Martin (1983), indicaron que un estilo educativo permisivo lleva a desencadenar en consecuencias negativas de socialización, ya que los hijos de progenitores categorizados como permisivos suelen ser más dependientes a la misma vez que muestran bajo nivel de madurez y éxito personal. Por el contrario, Tazouti (2003), señalan que los padres y madres que buscan que sus hijos sean más autosuficientes y muestran una mayor flexibilidad en la vida familiar, perseguirán un mejor desarrollo tanto intelectual como académico. Así, el estilo educativo democrático genera un buen ajuste social y personal (Sabán et al., 2013).

Para finalizar este epígrafe, es relevante resaltar la relación que existe entre los estilos parentales de ambos progenitores y los problemas externalizantes (Raya, 2008) e internalizantes (Rosa-Alcázar, Parada-Navas y Rosa-Alcázar, 2014) en los hijos. Entre las diversas conductas de los padres y las madres empleadas con sus hijos, un nivel bajo de disciplina y afecto conlleva a que se perciban más alteraciones tanto emocionales como comportamentales en la infancia (Franco et al., 2014).

Continuando en esta misma línea, determinadas conductas de los progenitores, como una excesiva autonomía concedida a los hijos, así como una falta de disciplina característica del modelo permisivo, aumenta el riesgo de que el menor muestre agresividad (Raya, Pino y Herruzo, 2009). Por el contrario, los progenitores caracterizados por el empleo del modelo autoritativo predicen puntuaciones bajas en agresividad. Otro estudio considera relevante las conductas de los padres y de las madres en la crianza de los hijos, señalando que al igual que en el estudio anterior una falta de disciplina llevaba a mayor riesgo a mostrar hiperactividad, actuando el afecto proporcionado a los menores como factor protector ante dicho problema externalizante (Raya, Herruzo y Pino, 2008).

En referencia a los problemas internalizantes, se percibe que conductas específicas en los progenitores, entre las que destacan el excesivo control o la sobreprotección se han relacionado con la ansiedad (Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998). Por otro lado, el rechazo o falta de afecto se ha encontrado más relacionado con la depresión en la infancia (Maccoby, 1992). Así, diversos autores, entre los que se encuentra Richaud de Minzi (2005), han considerado que un estilo parental democrático se ha mostrado un factor protector ante el desarrollo de estos tipos de problemas, a diferencia de las familias autoritarias. Más adelante, se trata la relación entre los estilos parentales y estos problemas internalizantes en la infancia de forma más específica y detallada.

Como se ha podido comprobar a partir de los resultados de diferentes estudios, el estilo de crianza democrático presenta consecuencias positivas en el desarrollo de los menores, así como un adecuado establecimiento de límites y un nivel de afecto alto por parte de los padres y madres.

4. Medidas del estilo parental

Teniendo presente las investigaciones realizadas sobre los estilos educativos, son muchos los intentos que se han llevado a cabo para elaborar un instrumento fiable que cuantificara las principales características de la relación padres-hijo, así como las actitudes de los padres y madres, sus creencias o prácticas concretas (Raya, 2008).

Entre los instrumentos referentes a la evaluación del estilo parental, algunos de ellos se basan en la percepción de los progenitores en conjunto o por separado y otros en la visión de los niños, mientras que otros muestran ambas perceptivas. La mayoría de estos instrumentos presentan unos factores que actúan como dimensiones bipolares, ofreciendo el perfil educativo parental concreto a partir de la combinación particular de las versiones citadas anteriormente.

Para realizar una categorización sobre los instrumentos de medida del estilo parental, podemos diferenciar entre los instrumentos que hacen una alusión a las dimensiones de Maccoby y Martin (1983) persiguiendo clasificar a los padres y madres según las cuatro tipologías de Baumrind, y otros que tratan de cuantificar diferentes aspectos de la relación padres-hijos y los comportamientos que resultan de la misma.

Por un lado, en base a las tipologías de Baumrind (Tabla 7) el objetivo principal que persiguen es clasificar a los padres y madres teniendo en cuenta las diversas tipologías: autoritativa, autoritaria, permisiva y negligente. Por otro lado, en base a la relación padres-hijos (Tabla 8) el objetivo principal de esta categoría de instrumentos es describir los elementos presentes en dicha relación.

Tabla 7. Medidas del estilo parental en base a las tipologías de Baumrind (adaptación Raya, 2008).

INSTRUMENTO O ESCALA	AUTOR/ES	DIMENSIONES EVALUADORAS	CONTENIDO/APLICACIÓN	ÍNDICES DE CONSISTENCIA INTERNA
<i>The Parenting Style Inventory</i>	Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (1994). Darling y Toyokawa (1997).	Implicación/aceptación, rectitud/supervisión y fomento de la autonomía.	Hijos informan sobre sus progenitores.	$\alpha = .72$ rectitud/supervisión; $.74$ implicación/aceptación; y $.75$ fomento de la autonomía.
<i>The Parental Bonding Instrument (PBI)</i>	Parker, Tupling y Brown (1979).	Cuidado y sobreprotección.	25 ítems / adolescente informa sobre su padre y madre.	Buena consistencia interna.
Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE)	Bersabé, Fuentes y Motrico (2001).	Afecto-comunicación y crítica-rechazo (EA). Cumplimiento a las normas: inductiva, rígida e indulgente (ENE).	10 ítems (por cada factor en la escala) y 8 ítems (forma indulgente) / versión para los hijos y otra para los padres.	$\alpha = .92$ padres y $.90$ madres (EA). $\alpha = .60$ y $.85$ (ENE). $\alpha = .60$ y $.78$ (padres).
<i>Parental Authority Questionnaire (PAQ)</i>	Buri (1991).	Prototipos de autoridad parental: permisivo, autoritario y autoritativo.	30 ítems / niño o adolescente informa sobre sus padres.	$\alpha = .74$ y $.87$
Escala de Evaluación de los Estilos Educativos (4E)	Palacios (1994).	Comunicación, afecto, nivel de exigencia y grado de control.	20 ítems / padres y madres informan.	$\alpha = .56$ comunicación; $.53$ afecto; $.52$ exigencia; y $.56$ control.

Escala de Socialización Parental (ESPA-29)	Musitu y García (2001).	Aceptación/implicación y coerción/imposición (similares a la responsabilidad y exigencia de Maccoby y Martin, 1983)	29 ítems / hijos informan sobre su padre y su madre.	$\alpha = .95$ madre y $.94$ padre (Aceptación/implicación); $\alpha = .93$ madre y $.93$ padre (Coerción/Imposición).
<i>Parenting Practices Questionnaire</i> (PBQ). <i>Parenting Styles and Dimensions Questionnaire</i> (PSDQ)	Robinson, Mandleco, Olsen y Hart (1995).	Tres dimensiones descritas por Baumrind (1971): Autoritativo, autoritario y permisivo.	62 ítems / versión para el padre y otra para la madre.	
<i>Parenting Behavior Questionnaire- Head Star</i> (PBQ-HS)	Coolahan, McWayne, Fantuzzo y Grim (2002).	Apoyo de los padres, satisfacción con la crianza, participación, comunicación, fijación de límites, autonomía y orientación a seguir.	Informadores los padres.	$\alpha = .87$ dimensión autoritaria; $\alpha = .77$ dimensión permisiva; $\alpha = .74$ autoritaria.

Tabla 8. Medidas del estilo parental basadas en la relación padres-hijos (adaptación Raya, 2008).

INSTRUMENTOS O ESCALAS	AUTOR/ES	DIMENSIONES EVALUADAS	CONTENIDO/APLICACIÓN	ÍNDICE DE CONSISTENCIA INTERNA
<i>The Parenting Behavior Checklist</i> (PBC)	Achenbach (1991).		100 ítems / progenitores con menores de 1 a 5 años.	
Escala de Comportamientos para Madres y Padres con Niños Pequeños (ECMP)	*Solís-Cámara et al. (2002).	Prácticas disciplinarias y de crianza y expectativas sobre el desarrollo actual del niño.	99 ítems / cumplimentado por el padre o la madre.	$\alpha = .95$ (cuestionario completo); .96 expectativas; .89 disciplina; y .80 crianza.
La escala <i>Egna Minnen Beträffande Uppfostran</i> (EMBU)	Perris, Jacobsson, Lindström, Von Knorring y Perris (1980)	Rechazo, calor emocional, sobreprotección o control y favoritismo.	81 ítems / adultos sobre la crianza de sus progenitores.	Rechazo ($\alpha = .89$ adolescente sobre el padre, $\alpha = .90$ adolescente sobre la madre y $\alpha = .75$ padres); calor emocional ($\alpha = .89$ adolescente sobre progenitores y $\alpha = .83$ padres); sobreprotección ($\alpha = .77$ adolescente-padre, $\alpha = .73$ adolescente-madre y $\alpha = .76$ padres); y trato de favor ($\alpha = .55$ adolescente-padre, $\alpha = .45$ adolescente-madre y $\alpha = .66$ padres).
Escala para niños	*Castro, Toro, Van der Ende y Arrindell (1993).		41 ítems / menores son los informantes.	
Escala para adolescentes	*Castro, Toro, Van der Ende, Arrindell y Puig (1990).		64 ítems / adolescentes sobre la crianza de sus progenitores.	
Escala para padres	*Castro, De Pablo, Gómez, Arrindell y Toro (1997).		52 ítems / padres y madres.	
EMBU-89	*Herrero, Musitu, García y Gomis (1991).	Sobreprotección, compresión y apoyo, castigo, presión hacia el logro, rechazo y reprobación.	81 ítems en la versión española / progenitores.	

<i>Management of Children's Behavior Scale (MCBS)</i>	Kazdin y Rogers (1985).	Comunicación coercitiva, prácticas disciplinarias disfuncionales, control parental inconsistente, castigo físico, castigo riguroso, refuerzo negativo de conductas inadecuadas, actitud parental negativa y agradecimiento hacia los buenos comportamientos	38 ítems / progenitores son la fuente de información.	$\alpha = .84$
<i>Children's Report of Parental Behaviour Inventory (CRPBI)</i>	Schaefer (1965).	Autonomía, autonomía-amor, amor, amor-control, control, control-hostilidad, hostilidad y hostilidad-autonomía.	52 ítems / hijos realizan la evaluación sobre la relación con el padre y la madre, y diferencias entre ambos.	$\alpha = .84$ amor; .78 hostilidad; .69 autonomía; y .66 control.
	*Samper, Cortés, Mestre, Nácher y Tur (2006).	Apoyo y estimulación a la toma de decisiones, evaluación negativa, evaluación positiva, permisividad, hostilidad-rigidez, sobreprotección, negligencia y desaprobación.	Hijos son la fuente de información.	$\alpha = .57$ para la madre (rango de .30-.85 según escalas) y $\alpha = .66$ para el padre (.41-.88 según escalas).
<i>The parenting Scale</i>	Arnold, O'Leary, Wolff y Acker (1993).	Verbosidad, sobrereactividad y laxitud.	30 ítems / padres y madres.	$\alpha = .50$ verbosidad, .81 sobrereactividad y .86 laxitud.
<i>Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)</i>	Armsden y Greenberg (1987).	Confianza, comunicación y alienación.	12 ítems / autoinforme para adolescentes.	$\alpha = .88$ total de los ítems del cuestionario.

Escala de Competencia Parental Percibida para Padres y Madres (ECP-p)	Bayot, Hernández y De Julián (2005).	Implicación escolar, dedicación personal, ocio compartido, asesoramiento-orientación y asunción del rol de ser padre o madre.	22 ítems / versión para padres y madres.	$\alpha = .52$ asunción del rol, $.76$ implicación escolar y $.86$ total del cuestionario.
Escala de Socialización Familiar (SOC-30)	Musitu (2000).	Apoyo, castigo/coerción, sobreprotección/control y reprobación.	30 ítems / percepción del adolescente.	$\alpha = .803$ todos los elementos.
<i>Alabama Parenting Questionnaire</i> (APQ)	Shelton, Frick y Wootton (1996).	Implicación parental, crianza positiva, disciplina apropiada, disciplina inconsistente, pobre supervisión y disciplina severa.	42 ítems + 7 adicionales / progenitores.	$\alpha = .63$ y $.80$
<i>Parent-Child Relationship Questionnaire</i> (PCRQ)	Furman y Giberson (1995).	Afecto, afecto-disciplina, firmeza, relación personal y posesión.	40 ítems / hijos son los informantes.	$\alpha = .83$ a $.84$ informes de los niños sobre sus madres; $\alpha = .84$ a $.85$ de las madres sobre sus hijos; $\alpha = .88$ a $.91$ de niños sobre sus padres; $\alpha = .85$ a $.88$ de los padres sobre sus hijos.
<i>Parental Attitude Survey</i> (PAS)	Hereford (1963).	Confianza en el rol parental, causación de la conducta del niño, aceptación, comprensión mutua y confianza mutua.	75 ítems / padres y madres.	Faltan datos sobre propiedades psicométricas.
Perfil de Estilos Educativos (PEE)	Magaz y García (1998).	Sobreprotector, inhibicionista, punitivo y asertivo.	48 ítems / versión padres o profesores.	
*Escala de Clima Social de Moos	Seisdedos, De la Cruz, Cordero, Fernández-Ballesteros y Sierra (1987).	Relaciones, desarrollo y estabilidad en el ámbito familiar.	90 ítems.	Correlaciones test-retest intervalo entre $.68$ y $.86$.

<i>The Family Relationship Measure</i>	Tolan, Gorman-Smith y Henry (2001).	Cohesión, creencias sobre la familia, creencias desviadas, organización, apoyo y comunicación.	35 ítems / adolescentes.	
<i>The Child Rearing Practices Report (CRPR)</i>	Block (1981). Roberts, Block y Block (1984) (versión posterior).	Independencia, control, disfrutar con el niño, afecto negativo, expresión de afecto, énfasis en el logro, guía razonada y castigo no físico. Affection, Behavioral control y Psychological control.	91 ítems / padres y madres.	
<i>Adolescent-Adult Parenting Inventory (AAPI)</i>	Bavolek (1984).	Expectativas inapropiadas sobre el desarrollo del niño, falta de empatía y sensibilidad hacia las necesidades del niño, roles familiares invertidos y creencia en el uso de castigo físico.	32 ítems / progenitores son informantes.	Correlación entre las medidas test-retest es de .76
<i>The Parenting Practices Scale (PPS)</i>	Strayhorn y Weidman (1988).	Interacción positiva, hostilidad, consistencia y control punitivo.	34 ítems / progenitores.	$\alpha = .81$ interacción positiva, .71 hostilidad, .66 consistencia y .57 control punitivo.
<i>Youth Self Report (YSR)</i>	Achenbach (1991).	Problemas internos o emocionales y problemas externos o conductuales.	112 ítems / autoinforme para niños y adolescentes.	$\alpha = .82$ problemas internos o emocionales y .88 problemas externos o conductuales.

<i>The Child-Rearing Practices Questionnaire (CRPQ)</i>	Sanson (1996).	Afecto, no castigo y razonamiento inductivo y afirmación de poder.	27 ítems / padres y madres.	
<i>*Parent-Child Relationship Inventory (PCRI-M)</i>	Roa y Del Barrio (2001).	Apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol y deseabilidad social.	78 ítems / padres y madres.	Oscila entre $\alpha = .48$ escala de Autonomía y $.68$ escala de Compromiso.
<i>*Parent-Child Relationship Inventory (PCRI-H)</i>	Roa y Del Barrio (2002).	Apoyo, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol y deseabilidad social.	62 ítems / hijos informan.	Fiabilidad test-retest oscila entre $.84$ y $.42$.
Estilos Educativos de los padres	García-Linares et al. (2002).	Afecto y control.	8 ítems / hijos informan.	$\alpha = .64$ afecto y $\alpha = .59$ control.
Prácticas Educativas Familiares (PEF)	Alonso y Román (2003).	Percepción de las prácticas educativas o estilos educativos más frecuentes utilizados por madres y padres.	Situaciones hipotéticas cotidianas / niños y adultos.	$\alpha = .96$ en el adulto y $\alpha = .77$ en los hijos.
Escala de Prácticas Parentales	Palacios y Andrade (2006).	Apoyo, autonomía, imposición, reconocimiento, control, supervisión, toma de decisiones y motivación.	107 ítems / adolescente.	$\alpha =$ entre $.747$ y $.973$
Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas	Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili y Campreciós (2012).	Conyugalidad, parentalidad primariamente conservada y parentalidad primariamente deteriorada.	25 ítems / percepción de los padres sobre sus hijos y pareja.	Coefficientes de fiabilidad elevados.

Cuestionario Clínico de Personalidad para Adolescentes y Adultos (TAMADUL)	Hernández-Guanir y Hernández-Delgado (2013).	Bienestar y malestar psicológico, inadaptación y estilos educativos.	Adolescentes y adultos, a partir de los 15 años.	Inadaptación general como factor globalizador, obtiene un $\alpha = .90$.
Escala Parental Breve (EPB)	Cumsille, Martínez, Rodríguez y Darling (2014).	Responsabilidad y calidez parental; demanda/expectativas o estándares de comportamiento y otorgamiento de autonomía; y una práctica parental (monitoreo).	Hijos son la fuente de información.	$\alpha = .87$ responsabilidad; $\alpha = .83$ demanda; $\alpha = .81$ monitoreo.

Nota: *Adaptación en España.

A partir del análisis de estos instrumentos, hemos podido comprobar que son muchos los intentos por establecer una medición fiable de las variables que se han considerado determinantes del estilo parental y de la relación entre padres e hijos.

Teniendo en cuenta las dos clasificaciones que se presentan en este epígrafe sobre las medidas del estilo parental, se ha observado que la primera de estas categorizaciones solo nos muestra la posibilidad de clasificar a los padres y madres según la tipología de Baumrind, mediante las principales dimensiones como son el afecto y el control, entre otras presentadas anteriormente. Sin embargo, centrándonos en los postulados de Darling y Steinberg (1993), somos conscientes que un instrumento que nos ofrezca la oportunidad de analizar las prácticas y las relaciones padres-hijos de forma amplia nos mostrará una información más completa y detallada sobre la dinámica familiar. Por tanto, los instrumentos que aparecen en la Tabla 8 incluyen un mayor número de características del estilo parental, así como una mejor idoneidad para la finalidad que perseguimos en nuestro estudio. Entre estos instrumentos destacamos el CRPBI (Schaefer, 1965), el APQ (Shelton et al., 1996), el ECPP-p (Bayot et al., 2005) y el PCRI (Roa y Del Barrio, 2001), centrados en la evaluación de gran variedad de dimensiones relacionadas con la interacción padres-hijos.

Entre estos instrumentos mencionados en la categorización sobre la relación entre padres-hijos, el PCRI es uno de los instrumentos validado con muestras españolas, tanto en la versión para padres y madres como en la de hijos (Roa y Del Barrio, 2001). Además, nos ofrece la oportunidad de evaluar el estilo de crianza parental en padres y madres de niños que presentan un amplio rango de edad, entre 3 y 15 años en el caso de los progenitores, y de los 9 hasta los 14 años en el caso de los hijos. Este instrumento es sensible para predecir los hábitos de crianza que podrían producir desajustes conductuales y emocionales en el niño. Así, se centra en las dimensiones relacionadas con el afecto (compromiso y comunicación), el control (disciplina y autonomía), los aspectos contextuales de la crianza (apoyo percibido) y las actitudes paternas (satisfacción con la crianza y distribución de rol). Estas características hacen que se trate de un instrumento bastante completo, por lo que se adapta bien a los objetivos planteados y metodología propuesta en este estudio, como podemos comprobar en los apartados posteriores.

CAPÍTULO 2: TRASTORNOS INTERNALIZANTES EN LA INFANCIA

Este segundo capítulo está centrado en los trastornos internalizantes, entre los que se encuentran la ansiedad y la depresión. Estos dos tipos de problemas adquieren un valor relevante, ya que se muestran más presentes en la población. En esta parte del trabajo, se hace referencia a la psicopatología infantil, se presenta una clasificación de estos problemas internalizantes atendiendo a dos clasificaciones, y, por último, se realiza una comparativa entre estos trastornos internalizantes y externalizantes.

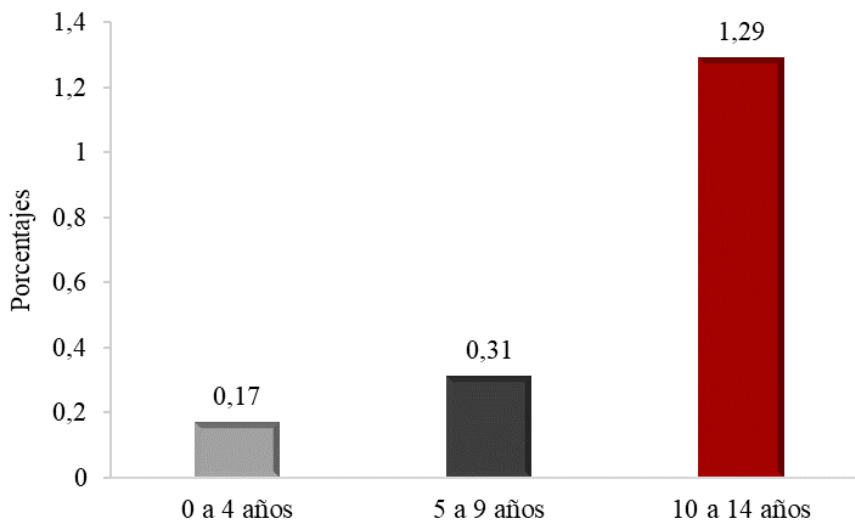
1. Psicopatología infantil

El bienestar mental se encuentra estrechamente relacionado con el bienestar físico. Hoy en día, tanto la salud física como la salud mental son consideradas partes esenciales de la vida profundamente interrelacionadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define la salud como el bienestar físico, mental y social que muestra una persona, y no solo la ausencia de una enfermedad en la misma. Nos encontramos en una sociedad donde la preocupación va unida al ser humano, incluyendo a los más pequeños. Esto es una razón que nos lleva a buscar todas aquellas estrategias o soluciones posibles para intentar disminuir o eliminar la cantidad de emociones negativas que muchos de los menores sufren desde la infancia.

Siendo conscientes del elevado número de niños que atraviesan por este malestar unido a su corta edad, como adultos debemos procurar un desarrollo saludable, donde la capacidad en vivir en armonía en un mundo que está en continuo cambio es necesaria para un óptimo desarrollo (OMS, 2020). No obstante, por desgracia hay menores que psicológicamente no se encuentran bien, y esto podría ser la señal de que algo en su vida no ocurre como debería (Jarne y Talarn, 2015), lo que le podría desembocar en un problema de salud mental. Teniendo en cuenta esto, la psicopatología infantil está centrada en estudiar los problemas psicológicos tanto en la infancia como en la adolescencia.

Los principales sistemas nosológicos nombran los problemas de salud mental para referirse a los trastornos mentales, y no a las enfermedades mentales. Jarne y Talarn (2015) sostienen que la presencia de un número elevado de problemas mentales en la infancia es un tema relevante por ciertos motivos. Entre estos destaca el propio sufrimiento insignificante de estos menores; y la preocupación que aparece con respecto

a su futuro. Varios estudios muestran que los menores con psicopatología tienen una mayor probabilidad de sufrirla en etapas posteriores como la adolescencia o la adultez (Althoff, Verhulst, Rettew, Hudziak y Van der Ende, 2010; Hofstra, Van der Ende y Verhulst, 2000; Reef, Van Meurs, Verhulst y Van der Ende, 2010). Los datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017), muestran en menores de 0 a 14 años los trastornos mentales padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico, por edad.



Fuente. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social-ENSE.

Figura 2. Porcentajes de niños y niñas de 0 a 14 años con trastornos mentales y diagnosticados por un médico, por edad. España 2017.

La psicopatología infantil-juvenil es relativamente reciente, ya que fue en los años 70 cuando se mostró que se había producido un avance en un aspecto relacionado con la psicología. En torno a esos años se descubrió que gran parte de los problemas daban comienzo en la infancia, lo que hizo que esta primera etapa lograra una mayor relevancia (Del Barrio, 2010).

Actualmente, la situación ha evolucionado en gran medida, ya que en el siglo XVIII se consideraba al niño como un adulto en miniatura. Sin embargo, continúa una polémica acerca de cómo conceptualizar un desorden en la infancia, qué características evaluar, por quién, en qué situaciones y cómo debe interpretarse dicha información. (Lucio, 2014).

Por otra parte, la psicopatología del desarrollo muestra un enfoque más psicológico e interdisciplinario en la clasificación de los problemas del niño. Esta psicopatología se centra en estudiar los cambios que ocurren en la vida, sugiriendo un marco conceptual relacionado a hitos y secuencias en áreas físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo (Lucio, 2014). El primer manual sobre psicopatología del desarrollo apareció bajo la autoría de T. M. Achenbach en 1974, por lo que se le considera una disciplina científica relativamente moderna (Toro y Ezpeleta, 2014). Hoy en día, se piensa que esta disciplina es la que puede proporcionar unos avances en relación a los trastornos mentales para así tratarlos y prevenirlos en mayor medida.

A diferencia de la psicopatología tradicional, centrada en el individuo, la psicopatología del desarrollo propone un enfoque contextual, en el que se tenga presente el sujeto y los diferentes entornos en los que se desenvuelve, tanto internos como externos (Jarne y Talarn, 2015). Lucio (2014) determina que en los modelos tradicionales se han encontrado algunas carencias sobre la aparición y mantenimiento de desórdenes mentales y comportamentales. Tales carencias vienen a ser que: la misma entidad causará el mismo desorden en todos los individuos afectados; los mismos síntomas en diferentes edades deben estar causados por la misma entidad; o las alteraciones específicas de los niños conducen a trastornos similares en los adultos.

La psicopatología del desarrollo no es sinónimo de psicopatología infantil. Aunque los trastornos mentales no pueden llegar a comprenderse sin relacionarlos con lo sucedido anteriormente, no todos estos trastornos tienen su explicación en lo transcurrido durante su infancia (Toro y Ezpeleta, 2014). Para entender la relación que existe entre normalidad y anormalidad es necesario ubicarla en un contexto evolutivo desde la infancia hasta la etapa adulta. Sroufe (2009) afirma que

“la psicopatología no es una condición con la que “se tiene” o con la que “se nace”; es el resultado de un proceso evolutivo que resulta de las sucesivas adaptaciones de los individuos en sus ambientes a lo largo del tiempo, donde cada adaptación proporciona la base para la siguiente” (en Toro y Ezpeleta, 2014, p. 35).

Como se ha visto anteriormente, la psicopatología no presenta una causa única, sino que es el resultado de la influencia de múltiples factores psicológicos, biológicos y sociales. Lucio (2014) determina que requiere cierta complejidad considerar los factores de riesgo como generales entre los individuos. La psicopatología del desarrollo emplea

dos conceptos que reflejan la diversidad de procesos individuales, familiares y sociales que pueden influir en la aparición de trastornos: equifinalidad y multifinalidad (Toro y Ezpeleta, 2014). La “equifinalidad” entiende que, aunque los procesos y caminos sean distintos no afectan a que el resultado obtenido sea el mismo. Por ejemplo, se puede llegar a un trastorno depresivo por la influencia de factores genéticos, rechazo de los progenitores, entre otros. Por otro lado, el término “multifinalidad” entiende que unos mismos factores de riesgo pueden dar resultados diferentes. Así, aunque el factor de riesgo será claro y preciso, no puede derivarse una única afección. Por ejemplo, que un niño durante su infancia adquiera un “apego inseguro desorganizado”, no permite pronosticar la psicopatología concreta que sufrirá (Rigat y Talam, 2015).

2. Trastornos internalizantes en los sistemas de clasificación

Para encontrar información sobre ciertos problemas mentales que pueden aparecer en las distintas etapas de nuestra vida, necesitamos principalmente consultar dos sistemas de clasificación: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, (DSM-5, 2013) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10, 2ª edición, 2018), sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos sistemas de clasificación catalogan los trastornos mentales de forma binaria, es decir, presencia versus ausencia de trastorno. Con esta categorización se pretende realizar los diagnósticos en un menor tiempo, proporcionar a los clínicos un contenido más asequible, además de facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y la investigación (Domènech y Ezpeleta, 1998).

Por el contrario, encontramos alguna desventaja que presentan ambos sistemas de clasificación al mostrarse de forma conjunta. Y es que el factor evolutivo y las diferencias de expresión de los síntomas según la edad prácticamente no se tienen en cuenta, aun siendo elaboradas por el consentimiento de expertos con experiencia clínica (Sandín, 2013). Esto se ve afectado en las primeras etapas del desarrollo al requerir mayor complejidad encajar un trastorno en un período de cambios continuos a diferencia de lo que ocurre en la adultez (Domènech y Ezpeleta, 1998).

El primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) comenzó a publicarse a partir del 1952, pero no fue hasta 1976 cuando un Comité de

Expertos de la OMS reconoció que, a pesar de la prevalencia y gravedad que mostraban los trastornos psíquicos en la infancia y adolescencia, mostraban un valor insignificante en relación a la psicopatología infantil. Fue a partir del DSM-III cuando se plasma 55 trastornos infantiles (Del Barrio, 2010).

Con la publicación de la última versión o DSM-5 (APA, 2013), se incluyen algunas novedades entre las que destacan: los criterios diagnósticos de las categorías vigentes fueron revisados; los capítulos (que cambian de 17 a 22) se reestablecieron, basándose no solo en la semejanza de las manifestaciones clínicas, sino en afinidades neurobiológicas y genéticas; los capítulos se organizaron según un criterio evolutivo y las etapas del ciclo vital; el sistema multiaxial del DSM-III y el DSM-IV fue eliminado, evitando de esta forma que cada caso se evalúe en relación con varios ejes (Jarne y Talarn, 2015).

Entre sus aportaciones el DSM-5 consideró las diferencias de expresión de los trastornos mentales condicionados por el sexo biológico y las características culturales; incluir la máxima información reciente que pueda ser de utilidad para los investigadores y los clínicos (por ejemplo, características clínicas del trastorno, datos epidemiológicos, sintomatología asociada a la edad, etc.); incorporar nuevos instrumentos que evalúan la transversalidad e intensidad de los síntomas (Jarne y Talarn, 2015).

Otro de los objetivos que el DSM-5 planteó fue la reagrupación de los trastornos en una distinta estructura organizativa que incluyera parámetros dimensionales, presentando de esta forma también una similitud con el ordenamiento planificado por el CIE-11 (Sandín, 2013; Jarne y Talarn, 2015).

Con esta última versión se produce un cambio de gran relevancia que estaba presente en el DSM desde la publicación de la segunda edición en 1968. Desde el DSM-II encontramos una separación entre la psicopatología infantil y la psicopatología de los adultos. El DSM-5 se ha eliminado del todo la clasificación en la que se diferenciaban los trastornos relacionados con el inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y se han ampliado la posibilidad de identificar en adultos aquellos trastornos que eran considerados como infanto-juveniles.

Según Sandín (2013) el DSM-5 sustituye dicho grupo por el denominado “Trastornos del Neurodesarrollo”. En este incluyen:

- Discapacidades intelectuales.

- Trastornos de la comunicación.
- Trastorno del espectro autista.
- Trastorno de déficit atencional con y sin hiperactividad.
- Trastorno específico del aprendizaje.
- Trastornos motores.

No obstante, queda excluido en este grupo los trastornos del antiguo grupo infanto-juvenil referidos a conductas perturbadoras, ingestión y conducta alimentaria, eliminación, ansiedad de separación, mutismo selectivo y apego. A continuación, en la Tabla 9 se muestran las principales categorías diagnósticas de la clasificación DSM-5 en la infancia (Achenbach y Ezpeleta, 2014).

Tabla 9. Principales categorías diagnósticas de la clasificación DSM-5 en la infancia (Achenbach y Ezpeleta, 2014).

- Discapacidad intelectual.	- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos del espectro autista.	- Trastorno reactivo de la vinculación.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA).	- Trastornos de adaptación.
- Depresión mayor.	- Trastorno por síntomas somáticos.
- Trastorno depresivo persistente.	- Anorexia nerviosa.
- Trastorno por ansiedad de separación.	- Bulimia nerviosa.
- Mutismo selectivo.	- Disforia de género.
- Fobia específica.	- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno por ansiedad social.	- Trastorno de conducta.
- Trastorno por ansiedad generalizada.	

Nota: aparece en negrita las categorías diagnósticas en la infancia que serán explicadas con más detenimiento en los capítulos III y IV.

Otra novedad relevante y destacable que incluye el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5, 2013), hace referencia a los diversos problemas que pueden surgir en el ámbito familiar debido al tipo de relaciones que se construyan entre un niño y sus principales cuidadores. En esta clasificación que muestra el DSM-5 se encuentran: por un lado, los problemas de relación, y por otro, el maltrato abuso y negligencia. Estos tipos de problemas mencionados cuando están presentes en edades tempranas en el entorno cercano al niño, pueden mostrar

consecuencias negativas o positivas en su desarrollo, ya que “estas relaciones pueden tener efectos en la promoción y protección de la salud, ser neutras o tener resultados perjudiciales en la salud” (DSM-5, 2013).

Centrándonos en estos problemas incluidos dentro del DSM-5, en lo que respecta a los problemas de relación, estos hacen referencia a los problemas que surgen en el ámbito familiar a través de las interacciones que se dan entre el niño y su cuidador principal. Dentro del DSM-5 en dicho epígrafe se señalan que estos problemas en la relación padres-hijos están relacionados con un daño funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. En primer lugar, el dominio conductual lo asocia al control inadecuado, supervisión e implicación de los progenitores con sus hijos, la sobreprotección, la presión paterna excesiva, la amenaza y la evitación sin la resolución de los problemas. En lo que respecta a los problemas cognitivos están vinculados con las atribuciones negativas a las intenciones de los otros, hostilidad o convertir al otro en chivo expiatorio, así como la sensación de distanciamiento sin motivo. En tercer y último lugar, el daño afectivo puede provocar sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de la relación. Continuando dentro de este epígrafe, se hace mención a las consecuencias que se percibe en el niño, a través de la presencia de altos niveles de conflictos, tensión o desprecios por parte de los padres y madres, debido a una relación parental conflictiva. También, puede verse afectado por la exposición a un elevado nivel de emoción expresado en la familia (hostilidad, intromisión excesiva emocional y críticas). Por otra parte, se establece la otra categoría relacionada con el maltrato, abuso y negligencia, mostrando también consecuencias en edades posteriores como el desarrollo de un trastorno mental o médico, pudiendo deberse al maltrato físico o psicológico, el abuso sexual o físico y la negligencia en las primeras etapas de la vida (DSM-5, 2013).

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) muestra además de los trastornos mentales las enfermedades en general. La primera clasificación internacional se denominó Lista Internacional de Causas de Muerte (International List of Causes of Death) en 1893. Esta clasificación ha sido revisada constantemente para añadir aquellos avances en medicina y salud. En 1978 la OMS añadió por primera vez los trastornos infantiles en el CIE-9 y en 1992 la OMS realiza una revisión y publica la décima edición, CIE-10 (Domènech y Ezpeleta, 1998). La CIE-11, que no entrará en vigor hasta el 2022, presenta mejoras significativas en relación a las versiones anteriores.

Actualmente, disponemos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, considerándose el instrumento utilizado por la Organización Mundial de la Salud para enumerar los problemas de salud en todo el mundo. La CIE-10 (2ª edición, 2018) incluye todo tipo de enfermedades, entre ella se encuentran en el capítulo 5 “Trastornos mentales y de comportamiento” un epígrafe titulado “los trastornos de conducta y trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia” (CIE-10, 2ª edición, 2018). En la Tabla 10 se muestran dichos trastornos presenten en esta clasificación.

Tabla 10. Trastornos de conducta y emocionales habituales en la infancia y adolescencia según clasificación (CIE-10, 2ª edición, 2018).

Trastorno de déficit de atención-hiperactividad
Trastornos de conducta
Trastornos emocionales con inicio específico en la infancia
Trastorno de ansiedad por separación en la infancia
Otros trastornos emocionales infantiles
Trastorno emocional infantil, no especificado
Trastornos del comportamiento social con inicio específico en infancia y adolescencia
Mutismo selectivo
Trastorno de vinculación de la infancia reactivo
Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
Otros trastornos del comportamiento social de la infancia
Trastorno del comportamiento social en la infancia, no especificado
Trastorno de tics
Otros trastornos de conducta y emociones cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia
Otros trastornos emocionales y del comportamiento especificados que habitualmente tienen su inicio en la infancia y la adolescencia
Trastornos de conducta y emociones no especificados cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia
Trastorno mental, no especificado de otro modo

3. Factor internalizante frente al externalizante

En las alteraciones psicológicas propias de la infancia y de la adolescencia se han descrito dos dimensiones principales: el factor externalizante y el factor internalizante (Achenbach y Edelbrock, 1978). Por un lado, los problemas externalizantes se caracterizan por conductas perturbadoras como la agresividad, la hiperactividad o la delincuencia. En este sentido, una característica clara de estos problemas es la naturaleza perturbadora de la conducta del niño, que llama la atención de profesores, psicólogos y otros profesionales porque alteran las actividades de sus compañeros y de los adultos, son menos obedientes y presentan reacciones más problemáticas que los demás (Reynolds y Kamphaus, 2004). Por otro lado, los problemas internalizantes son definidos por Achenbach y Edelbrock (1983) como una combinación de problemas ambientales que el niño exhibe a través de conductas de ansiedad, timidez, evitación, nerviosismo, miedos, tristeza, preocupación, entre otros síntomas. Los problemas internalizantes, en los que se centra esta investigación, suponen una dimensión global que incluye determinados aspectos como pueden ser la ansiedad, la depresión o la somatización (Reynolds y Kamphaus, 2004). Estos elementos al no ser visibles en su conducta observable, conllevan una mayor dificultad para ser percibidos (López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina, 2010). Esta dimensión global también ha sido denominada como conducta “excesivamente controlada” (Achenbach y Edelbrock, 1978).

Ambos problemas tienden a estar más presentes en los menores cuando ellos perciben con más frecuencia diferentes estilos de crianza en sus padres y madres (Berkien, Louwarse, Verhulst y Van der Ende, 2012). Estos autores apuntan que cuando los menores perciben mayores diferencias en las muestras de afecto y la sobreprotección de sus progenitores es mayor la probabilidad de desarrollar un problema de tipo internalizante y externalizante. En cambio, no se encuentra relacionado con ambos tipos de problemas, las diferencias de rechazo percibidas entre los padres y las madres (Berkien et al., 2012).

Los problemas internalizantes son considerados, por varios estudios, los más frecuentes en la infancia (Achenbach y Edelbrock, 1983). No obstante, otros autores, debaten lo contrario inclinándose por los conductuales. En cualquier caso, los datos de prevalencia de los problemas internalizantes ponen de manifiesto su importancia. En un estudio realizado en Italia con menores entre 8 y 9 años de edad, se halló una prevalencia del 18.5% en problemas internalizantes (8% límite y el 10.5% clínicos) frente al 8.5% en

externalizantes (3.8% límite y el 4.7% clínicos), según los datos aportados por los padres y madres (Gritti et al., 2014). Por otro lado, Gritti et al. (2014) apuntaron a partir de la información aportada por los maestros que la prevalencia fue 13.3% en problemas internalizantes (4.9% límite y 8-4% clínico), mientras que externalizantes 9.6% (4.1% límite y 5.5% clínico).

En la etapa preescolar, los problemas internalizantes, a diferencia de los externalizantes, se han quedado atrás en la literatura (Whalen, Sylvester y Luby, 2017). No obstante, en una de las investigaciones con menores de 3 a 5 años de edad procedentes de Rumanía, hallaron una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 8.8%. De ellos, el 5.4%, presentaba trastornos emocionales frente a un 1.4% del comportamiento (Gleason et al., 2011). Un estudio italiano realizado con una población escolar con edades comprendidas entre los 3 y 5 años señala datos similares a los mostrados en el estudio anterior, donde se halló un 6.4% de problemas emocionales frente a un 6.1% de conducta (Fuchs, Klein, Otto y Von Klitzing, 2013).

A diferencia de los problemas externalizantes, aquellos niños que presentan altas puntuaciones en los internalizantes no suelen alterar la actividad de otros menores y tienden a ser muy autocontrolados y sumisos, por lo que sus problemas pueden pasar inadvertidos (López-Soler et al., 2010; Reynolds y Kamphaus, 2004). Ello conlleva a que la mayoría de las consultas estén relacionadas por síntomas vinculados a los problemas externalizantes.

Las cifras de las que disponemos sobre la prevalencia de los problemas internalizantes en la infancia han sufrido variaciones en los diferentes estudios que se han ido realizando a lo largo de los años. Dentro de los problemas internalizantes los más frecuentes son la depresión y la ansiedad. El hecho de que la mayoría de los trabajos se centren en la ansiedad y depresión como principales problemas internalizantes no es casual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la depresión y la ansiedad son considerados los problemas más frecuentes de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Así, se ha previsto que más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, siendo la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones presentan ansiedad. La OMS apunta que la depresión en 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo. En un estudio de revisión meta-analítica se obtuvo unas tasas de prevalencia a nivel mundial de un 6.5% para la ansiedad y un 2.6%

para la depresión en la infancia y adolescencia (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015).

Teniendo en cuenta la importancia que muestran ambos problemas internalizantes, a continuación, se muestran diversos estudios en los que se refleja la prevalencia que muestran estos problemas en distintas partes de España. Una investigación realizada en La Coruña centrada en una muestra clínica con menores de 17 años señaló que la ansiedad presenta una prevalencia de 25.4% y los de depresión del 13.6% (Castro y Lago, 1996). Varios años después, Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) llevaron a cabo una investigación con una muestra con edades comprendidas entre los 0 y 18 años cuyos progenitores de estos niños y adolescentes habían solicitado tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Madrid. Los resultados determinan que la prevalencia de los problemas de depresión era de 14.6% y de ansiedad de 13.3%, encontrándose ambos entre uno de los problemas con mayor prevalencia.

Aláez et al. (2000) además de estudiar la prevalencia de los problemas psicológicos en población infantil y juvenil, propusieron otro objetivo en su estudio centrándose en la relación que establecía los problemas psicológicos y las variables edad y sexo. Se encontró que la prevalencia de los problemas externalizantes disminuía con la edad, no obstante, los internalizantes, como ansiedad y depresión aumentaban a mayor edad (Tabla 11).

Tabla 11. Prevalencia de los problemas de depresión y ansiedad por grupos de edad (adaptación Aláez et al., 2000).

	Edad		
	0-5 años	6-9 años	10-13 años
Problemas de depresión	17.3	11.5	14.4
Problemas de ansiedad	7.7	13.3	17.4

Continuando con los problemas internalizantes, en relación a las diferencias que existen respecto al sexo se derivan estudios como los de Esparó, Canals, Torrente y Fernández-Ballart (2004). En este estudio se realizó una investigación compuesta por 130 sujetos, la mitad eran niños y la otra mitad niñas, de 6 años de edad, pertenecientes a Cataluña (España). Los resultados mostraron que el 14.1% de las niñas presentaban

problemas internalizantes frente al 12.5% de los niños (nivel clínico). Un año más tarde, otro estudio, con menores entre los 7 y 12 años de edad, demostró que las niñas presentaban más problemas internalizantes en comparación a los niños (Marturano, Toller y Elias, 2005). Otra investigación posterior centrada en una muestra clínica con niños y niñas entre los 8 y 12 años de edad presenta una alta prevalencia en ansiedad tanto en niños (29.17%) como en niñas (44.44%), siendo la prevalencia en niños muy superior (López-Soler et al., 2010). Estos mismos autores hallaron en sus resultados diferencias con respecto a las puntuaciones encontradas en depresión entre ambos sexos, obteniendo los niños prevalencias más altas que las niñas en todas las escalas de la prueba. Por tanto, los niños presentaron un 25% en la escala de depresión total, mostrando un 33.33% en disforia y un 12.50% en autoestima. En cambio, las niñas un 11.11% tanto en depresión total como autoestima y un 22.22% en disforia (López-Soler et al., 2010).

A pesar de la cantidad de menores en nuestro país que presentan estos tipos de problemas en la infancia, las muestras que contienen los trabajos son relativamente pequeñas. Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni (2012) utilizaron una muestra clínica de 588 niños y niñas hasta los 18 años de edad. Los resultados obtenidos determinan que el segundo trastorno que mostraba una mayor prevalencia era el trastorno de ansiedad (16.4%), mientras que la del trastorno del estado de ánimo era inferior (3.8%). En relación con la edad, en este estudio realizado por Navarro-Pardo et al. (2012) los datos mostrados reflejaron que la ansiedad a partir de los 6 años de edad suele estar más presente en la mayoría de los menores. Así, hasta los 5 años se obtiene un 5.56%; en niños de 6 a 11 años un 12.32%; y de 12 a 15 años un 21.35%. En cambio, el trastorno del estado de ánimo entre los 6 a 11 años presenta un 0.72% y de 12 a 15 años un 3.93%. Con respecto al sexo, en ansiedad los niños puntuaban un 11.5%, en cambio en las niñas este porcentaje era más elevado siendo un 24.6%. En el trastorno del estado de ánimo también era más alta la prevalencia en niñas (5.0%) que en niños (1.7%).

Tabla 12. Comparación de la prevalencia de los problemas de ansiedad y de depresión en diversos estudios españoles.

Autor/fecha	Edad (niños y niñas)	Ansiedad		Depresión	
		niños	niñas	niños	niñas
Castro y Lago (1996)	<17 años	25.4%		3.6%	
Aláez et al. (2000)	0-18 años	13.3%		14.6%	
López-Soler et al. (2010)	<18 años	29.17%	44.44%	25%	11.11%
Navarro-Pardo et al. (2012)	0-14 años	11.5%	24.6%	1.7%	5.0%

Otro estudio más reciente de Antón, Seguí y Antón (2016) centrado en una muestra clínica de menores de 0 a 14 años apunta que entre los problemas que presentan un incremento con la edad dependiendo del sexo se encuentran los afectivos y los de ansiedad. No obstante, es necesario tener en cuenta en los resultados de esta investigación existen discrepancias en la distribución de la población en relación al sexo y los grupos de edad, lo que puede influir en los resultados encontrados en relación a los problemas internalizantes (ansiedad y depresión).

A partir de los estudios mencionados anteriormente, podemos llegar a la coincidencia según sus resultados que, entre los diversos problemas, la ansiedad es considerado uno de los más presentes (Aláez et al., 2000; Antón et al., 2016; Castro y Lago, 1996; López-Soler et al., 2010; Navarro-Pardo et al., 2012). Además, coinciden en señalar que son mayores las derivaciones realizadas en niños que en niñas (Aláez et al., 2000; Antón et al., 2016; López-Soler et al., 2010; Navarro-Pardo et al., 2012).

Una vez desarrollado este epígrafe centrado en los problemas internalizantes, llegamos a la conclusión que estos tipos de problemas internalizantes pueden estar presentes desde los primeros años de la vida de un niño, por lo que, en el DSM-5 (APA, 2013), no se han mostrado una clasificación diferencial entre los problemas relacionados con la infancia, la niñez, la adolescencia o la adultez. No obstante, se han detallado aspectos característicos y concretos de cada una de las etapas del desarrollo. Además, se ha considerado relevante resaltar que los problemas internalizantes en la infancia, a diferencia de los externalizantes, muestran una mayor dificultad para ser percibidos, motivado por la menor visibilidad de los problemas emocionales, no obstante, la prevalencia que se ha obtenido en los últimos años no refleja esta idea.

CAPÍTULO 3: TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El trastorno de ansiedad es considerado uno de los problemas psicológicos más significantes y frecuentes en la población infanto-juvenil. Sin embargo, muchos de los síntomas de ansiedad en los menores se consideran normales en determinados momentos de su desarrollo, incluso pensando que son preocupaciones infantiles transitorias e insignificantes por naturaleza (Franco et al., 2014).

En este capítulo centrado en los problemas de ansiedad, en un primer momento vamos a describir los cambios que se han producido en el último manual publicado hasta el momento, así como una explicación de aquellos que suelen estar presentes con mayor frecuencia en la infancia. Por otra parte, se mostrará la prevalencia de la ansiedad según los resultados de diversos estudios y las causas que podrían llevar con mayor frecuencia al desarrollo de estos problemas internalizantes. Por último, veremos la fuerte influencia que ejerce el estilo de crianza parental sobre la ansiedad en los menores, a partir de estudios centrados en ambas variables.

1. Descripción de los trastornos de ansiedad en el DSM-5

Hoy en día las respuestas de ansiedad son consideradas un mecanismo defensivo que aparece ante diversos comportamientos, alertándonos de una situación percibida como peligrosa para el propio sujeto. Dicho en otras palabras, es una forma de protegerse de posibles riesgos y amenazas. Desde esta perspectiva, la ansiedad sería entendida como un signo más de salud que de enfermedad (Echeburúa y De Corral, 2009). Estos mismos autores enfatizan que cuando la ansiedad se debe a estímulos específicos, en la mayoría de los casos se relaciona con una sensación de miedo. Estos diversos tipos de miedos (oscuridad, animales, rendimiento escolar, entre otros) en la infancia suelen considerarse normales hasta una cierta edad, ya que van desapareciendo o reduciéndose la intensa del mismo en el transcurso de los años. Por el contrario, hay ocasiones en que las respuestas de ansiedad pierden su valor adaptativo, convirtiéndose en la causa de sufrimiento para los menores, perdurando en el tiempo e interfiriendo en la vida cotidiana del niño (Echeburúa y De Corral, 2009). En este caso, nos encontraríamos ante un trastorno de ansiedad.

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013) la ansiedad se define como la presencia de síntomas físicos o psicológicos. En relación a los síntomas físicos destacan: sudoración, mareo, sequedad de boca, temblor, tensión muscular, palpitaciones, náuseas, diarrea, estreñimiento, entre otros. Respecto a los síntomas psicológicos podríamos encontrar: preocupación, sensación de agobio, sensación de muerte, dificultades para la concentración, inquietud, conductas de evitación, obsesiones o compulsiones, entre otros (APA, 2013).

Con la aparición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013) en relación a los trastornos de ansiedad se dan ciertas discrepancias con respecto su anterior edición denominado Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002). Por tanto, los cambios que se muestran en el DSM-5 (APA, 2013) son los siguientes:

- El trastorno de ansiedad por separación (de aquí en adelante TAS) y el mutismo selectivo se han incluido dentro del epígrafe “trastornos de ansiedad”, ya que en la edición anterior (DSM-IV-TR) solo aparecían en el apartado de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”. No obstante, aunque el mutismo selectivo continúa diagnosticándose solo en los primeros años de vida de un niño, la ansiedad por separación puede estar presente a partir de los 18 años de edad. Los criterios diagnósticos en relación al TAS han sufrido ciertas modificaciones para así adaptarse también en la etapa adulta.
- El trastorno obsesivo-compulsivo se ha eliminado de la categoría de los “trastornos de ansiedad”, para aparecer en una nueva denominada “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”. Los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo ha sido incluido en otro aparte calificado como “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos”.
- Dentro de los “trastornos de ansiedad” podemos encontrar ciertas modificaciones. En el primer punto a destacar, las crisis de angustia se consideran aplicables tanto a los diferentes trastornos de ansiedad como a varios trastornos psicopatológicos, además de limitar los tipos de crisis en dos (esperadas e inesperadas). En el segundo punto, el trastorno de angustia y la agorafobia muestran unos diagnósticos diferenciados, sin relación ninguna, a diferencia de cómo se reflejaba en el DSM-IV-TR. En el tercer punto, el diagnóstico establecido para la agorafobia ha incluido que el miedo-ansiedad-evitación se muestre en dos o más de las cinco situaciones propias de la

agorafobia, facilitando así un diagnóstico diferencial con ciertos subtipos de fobia. En el cuarto punto, en la agorafobia, la fobia específica y el trastorno de ansiedad social o fobia social (de aquí en adelante TAS/FS) se han encontrado cambios significativos en relación a sus criterios diagnósticos, como que los sujetos con más de 18 años reconozcan que su miedo-ansiedad sea extremo. Además, se le ofrece la posibilidad al clínico de que considere si la ansiedad que presenta es acorde a la situación real, y se propone que estas alteraciones estén presentes en 6 meses mínimo. Por último, se hace referencia al trastorno de ansiedad social, eliminando la determinación “generalizada”, siendo sustituida por la de “relacionado solo con la ejecución” (el miedo fóbico se dé al hablar o actuar en público).

- Los capítulos sobre cada uno de los trastornos de ansiedad específicos han incluido una mayor información en relación a cada uno, entre la que se incluyen: los factores de riesgo y relacionados con el pronóstico, el curso y evolución, entre otros.
- En esta nueva edición, el DSM-5 ha incluido algunos instrumentos de evaluación centrados tanto en los trastornos de ansiedad como en otros psicopatológicos. No obstante, se considera que aún requiere más investigación para valorar su adecuación clínica.

Partiendo de las principales categorías diagnósticas de la clasificación DSM-5 para niños, a continuación, se profundizan sobre los trastornos de ansiedad incluidos en dicha categorización para la población infanto-juvenil (ver Tabla 9).

1.1. Trastorno de ansiedad por separación

El TAS apareció en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición (DSM-III) dentro del apartado trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia en 1980. Entre los distintos problemas que se dan en menores, la ansiedad es uno de los problemas más frecuentes que padecen los niños al separarse de las personas más cercanas a ellos, especialmente de sus progenitores (Orgilés, García-Fernández, Espada y Méndez, 2009).

El TAS es definido como el miedo o ansiedad excesiva que desarrolla el sujeto a consecuencia de un distanciamiento del hogar o de las personas cercanas a él, con las que establece un fuerte vínculo, debido al cuidado y protección que recibe por parte de esta figura de apego (APA, 2013). Ballespí (2014) señala que el sujeto que presenta el TAS siente un temor a la misma vez que intenta evadirse de toda situación que produzca la

separación de su figura de apego. Centrándonos en los niños, esta gran ansiedad se muestra tanto en aquellos momentos de separación que dan de forma cotidiana (ir a la escuela...) como posibles situaciones imaginarias que provoquen dicha separación (un viaje...) o el malestar o sufrimiento de las figuras de apego (la enfermedad o fallecimiento de la madre) (Ballespí, 2014).

La Tabla 13 detalla los criterios diagnósticos del TAS considerándose uno de los trastornos que se encuentra más presente en la infancia según la American Psychological Association en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013). Para diagnosticar a un sujeto de TAS es necesario que se manifiesten en el niño tres o más de los síntomas presentados en la Tabla 13.

Tabla 13. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el TAS.

A.	Malestar excesivo y recurrente cuando se espera o se da una separación del hogar o de las personas que establece un gran apego.
B.	Preocupación excesiva y persistente cuando se ha perdido a las personas con las que establece una fuerte vinculación, así como por la inquietud de que éstas puedan llegar a sufrir un malestar debido a una enfermedad o causa similar.
C.	Preocupación excesiva y persistente por pensamientos negativos relacionados con el desarrollo de un acontecimiento adverso en el propio sujeto (perderse, caer enfermo...) que puedan conducir a la separación de su figura de apego.
D.	Resistencia o rechazo persistente a salir de casa para ir a otro lugar (escuela, trabajo...) por miedo a la separación.
E.	Miedo persistente o excesivo a estar solo y no acompañado de las figuras principales de vinculación en cualquier lugar.
F.	Resistencia o rechazo persistente a no dormir en casa o a dormir distanciados de una figura de gran apego.
G.	Pesadillas repetidas en relación al tema de la separación.
H.	Quejas somáticas de síntomas físicos (vómitos, dolores abdominales...) cuando se anticipa o se produce la separación de las figuras de mayor apego.

Fuente: DSM-5, 2013. Criterios diagnósticos: TAS.

En el TAS el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, durante al menos cuatro semanas en niños y adolescentes. Sin embargo, cuando se trata de adultos suele ser seis meses o más. Este trastorno se relaciona con problemas que afectan al deterioro social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. En relación a la alteración, esta no puede ser explicada mejor por otro trastorno mental (APA, 2013). Con la aparición del DSM-5 queda reflejado que puede estar presente también en adultos, es decir en sujetos mayores de 18 años, pero con una prevalencia menor. No obstante, el TAS es considerado uno de los trastornos más comunes que afectan a niños y

adolescentes, siendo el trastorno más frecuente en menores de 12 años según el DSM-5 (APA, 2013), encontrándose la edad media de comienzo alrededor de los 7-8 años (Costello, Egger, Copeland, Erkanli y Angold, 2011; Méndez, Orgilés y Espada, 2008).

Respecto a las manifestaciones del TAS, según Ballespí (2014), dependerá de la etapa del desarrollo, por ejemplo, los niños más pequeños experimentan este tipo de ansiedad cuando ya ha ocurrido la separación, y con frecuencia muestran miedos más genéricos, pero no son capaces de mostrar una ansiedad anticipatoria ante alguna separación, sin embargo, los niños de mayor edad pueden desarrollar este tipo de ansiedad cuando se acerca la vuelta al colegio después de unas vacaciones (Ballespí, 2014). Por tanto, cuando el niño es mayor comienza a aparecer los miedos concretos y anticipatorios, las preocupaciones son más repetidas y referidas a diversas temáticas. Estas pueden llegar a ser confusas o centrarse en peligros concretos, dependiendo de la edad, en miedo a los animales, monstruos, fantasmas, oscuridad, viajar en otro medio de transporte, entre otras (Ballespí, 2014).

En referencia a los menores, Allen, Lavalley, Herren, Ruhe y Schneider (2010) señalan los síntomas más frecuentes: negarse a dormir fuera del hogar o sin los padres (71.4%) (por ejemplo negándose a asistir a campamentos o a dormir en casa de otro familiar, por el hecho de que necesitan que alguien permanezca con ellos hasta que concilien el sueño) y experimentar un miedo extremo o negación a quedarse solo en casa u otros lugares sin las figuras de apego (61.9%) (debido a que esta separación con las personas que han establecido unos lazos de unión estrechos puede llevarle al niño a mostrar conductas de aferramiento con alguno de los progenitores o simplemente permanecer con el padre o la madre la mayoría del tiempo) (Allen et al., 2010; APA, 2013). Por el contrario, los síntomas que suelen darse con menos frecuencia en los niños con TAS son: con un 11.5% las pesadillas continuas en relación a la separación y con un 22.2% la constante negación a ir a algún lugar o colegio por miedo a la separación (Allen et al., 2010).

1.2. Mutismo selectivo.

El DSM-5 define el mutismo selectivo como la incapacidad persistente de hablar o responder a otros ante una determinada situación, realizándolo sin problema en otros momentos, como por ejemplo cuando están en casa o con un grupo reducido de personas cercanas (APA, 2013). Estos niños se caracterizan por considerarse tímidos, y en la

mayoría de los casos son menores que no presentan ninguna dificultad en tareas que sea medida la inteligencia y audición. Lo mismo ocurre con respecto a la articulación, estructura gramatical y vocabulario a la hora de expresarse.

A partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el mutismo selectivo aparece dentro de la clasificación referente a los trastornos de ansiedad (APA, 2013). En lo que respecta a la investigación no se dispone de mucha información sobre este problema internalizante (Cohan, Chavira y Stein, 2006).

El mutismo selectivo suele identificarse en la escuela, ya que en este ámbito se le insiste más al niño para que hable ante el resto de sus compañeros de clase (Cohan et al., 2006). La ansiedad tiene un peso considerable en la aparición de este trastorno, pudiendo afectar dicha ansiedad a su capacidad para aprender, así como para concentrarse y relacionarse con en su entorno social (Cohan et al., 2006).

En la Tabla 14 se presentan los criterios diagnósticos según el DSM-5 para el mutismo selectivo.

Tabla 14. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el mutismo selectivo.

-
- A. Frustración constante de hablar en situaciones sociales concretas en las que se muestra intencionalidad por hablar (por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
 - B. La alteración se ve afectada en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
 - C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de la escuela).
 - D. La incapacidad de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
 - E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación y no se da solo durante el curso de un trastorno del espectro del autismo u otro trastorno psicótico.
-

Fuente: DSM-5, 2013. Criterios diagnósticos: Mutismo selectivo.

Teniendo en cuenta que se considera un trastorno difícil de tratar, un diagnóstico, así como una intervención temprana, es fundamental. En relación a los antecedentes familiares es de considerar que influyen en gran medida en la aparición tanto del mutismo selectivo como del TAS/FS (APA, 2013). Por otra parte, Yeganeh, Beidel y Turner (2006) apuntan que los progenitores que tienen hijos diagnosticados de mutismo selectivo, pueden ser tolerantes y permisivos ante la aceptación de la inhibición del habla de su hijo.

1.3. Fobias específicas

Las fobias específicas son definidas por Lera y Medrano (2014) como un temor intenso ante un estímulo determinado, como un animal, situación u objeto, respondiendo a través de altos niveles de ansiedad bien combatiéndolo o huyendo del peligro que le provoca este miedo, lo que le impide realizar una vida cotidiana dentro de la normalidad afectándole a su salud. Teniendo en cuenta que el miedo es una de las emociones más reconocidas en todo el ser humano, en un primer momento no requiere de una atención extrema, pero puede llegar a convertirse en patológico ante diferentes acontecimientos o situaciones (Lera y Medrano, 2014).

La infancia es la etapa de la vida en la que suelen aparecer por primera vez aquellas fobias y miedos patológicos, en la adolescencia se mantienen o empeoran, y en la edad adulta se hacen crónicos (Lera y Medrano, 2014). El desarrollo de una fobia específica no es motivo de acudir al médico. Es más frecuente que este tipo de fobias estén acompañadas de otros trastornos de ansiedad.

Estas autoras apuntan que las fobias aparecen clasificadas en subtipos, considerándose entre las más frecuentes en la infancia y adolescencia las fobias a sangre, inyecciones y las fobias a los animales.

- Fobias a cualquier tipo de animal serpientes, arañas...
- Fobias a las inyecciones, la sangre (miedo a acudir a algún médico).
- Fobias a momentos del entorno natural como a alturas, tormentas...
- Fobias a situaciones concretas de la vida como los ascensores...
- Otros temores fóbicos como ruidos fuertes, desarrollar una enfermedad...

Después de esta clasificación se considera relevante destacar que las fobias centradas en los animales suelen comenzar de manera temprana, iniciándose la mayoría después de un suceso traumático, como podría ser por el mordido de un animal (APA, 2013). Con el DSM-5 se nos ofrece la oportunidad de diagnosticar una fobia a cualquier edad siempre que el miedo sea excesivo, aunque no sea racional (APA, 2013).

Las fobias específicas son consideradas uno de los problemas más frecuentes en las diferentes etapas de la vida (LeBeau et al., 2010). El DSM-5 señala que debe tenerse en cuenta que aquel sujeto que tenga una fobia específica concreta es mayor la probabilidad de que desarrolle otra fobia del mismo tipo (APA, 2013). Por ejemplo, un

sujeto que tenga fobia a las serpientes tendrá mayor riesgo de desarrollar otra fobia específica a algún tipo de animal. En la Tabla 15, se especifican los criterios diagnósticos del DSM-5 para la fobia específica.

Tabla 15. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para la fobia específica.

A.	Miedo o ansiedad intensa ante un objeto o circunstancia concreta (por ejemplo, animales, alturas...).
	Los niños suelen exponerlo a través de llanto, rabieta o incluso la necesidad de encontrarse con su figura de apego.
B.	El miedo o la ansiedad provocada es inmediata a la presencia del objeto o circunstancia ocurrida.
C.	El objeto o situación fóbica se evita o resiste con un gran miedo o ansiedad extrema.
D.	Exageración ante el miedo o ansiedad que provoca el peligro real como consecuencia del objeto o situación fóbica en su entorno sociocultural.
E.	Constancia en el miedo, ansiedad o conducta de evitación con una duración mínima de seis meses.
F.	El miedo, ansiedad o la evitación provocan malestar clínicamente significativo o afectación en relación a lo social, laboral o en algunas áreas importantes.
G.	La alteración no es explicada a través de los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas incapacitantes (como la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el TAS), o situaciones sociales (como en el TAS/FS).

Nota: en negrita aparece los criterios diagnósticos más específicos en la infancia.

Fuente: DSM-5, 2013. Criterios diagnósticos: Fobia específica.

En relación a las manifestaciones mostradas de dicho trastorno, a través de diversas investigaciones no se han apreciado muchas diferencias en las manifestaciones clínicas de las fobias específicas en las distintas etapas de la vida (LeBeau et al., 2010). La manifestación que el sujeto presenta ante la presencia de un estímulo fóbico es el aumento del ritmo cardíaco o la pérdida de control ante el estímulo (Lera y Medrano, 2014). A excepción del tipo de fobia específica en relación a las inyecciones o sangre al sujeto puede provocarle mareos o incluso desmayo.

En los primeros años es común la aparición de las fobias específicas en los menores, aproximadamente entre los 6 y los 8 años. Algunos de estos miedos que se mantienen constantes a lo largo de los años y otros van desapareciendo (Lera y Medrano, 2014).

Otro tipo de fobia no incluida como uno de los subtipos de fobia específica ni como entidad nosológica dentro de los trastornos de ansiedad, es la fobia escolar.

Broadwin (1932) fue el primero en describir la “fobia escolar” caracterizándola por un malestar en el propio niño que le impide ir a la escuela, provocándole una extrema ansiedad. No obstante, es frecuente que muchos menores en algún momento se niegen a ir al colegio sintiendo temor, pero requiere cierta atención cuando el nivel de ansiedad que muestra el niño es muy elevado (Orgilés et al., 2009). La fobia escolar puede ser la manifestación de otros trastornos, como la fobia social (temor a la crítica y burla), el trastorno de angustia (temor a sentir malestar en la escuela), la ansiedad por separación (temor a no volver a encontrarse con sus padres) o el trastorno obsesivo-compulsivo (temor a ser contagiado por una enfermedad) (Lera y Medrano, 2014). En otras ocasiones los menores que padecen una fobia escolar no llegan a conseguir las expectativas académicas que esperaban al principio del curso escolar, no llegan a alcanzar el ritmo de la clase, por ello tiene más relación con su propia competencia autopercebida.

1.4. Trastorno de ansiedad social (Fobia social)

El TAS/FS se caracteriza principalmente por el constante o intenso miedo debido al temor de la observación negativa que siente un sujeto frente al que actúa o se relaciona en una situación determinada (Olivares-Olivares, Olivares y Macià, 2014). Por ejemplo, estos autores apuntan que en la infancia y en la adolescencia es frecuente que este temor esté presente cuando su grupo de amigos desempeña un papel relevante.

En aquellas personas que presentan este trastorno, en la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales les causan miedo o ansiedad, y en concreto los menores tienden a dar respuestas de llanto, incidir en rabieta, manifestarse muy pesados con sus figuras de apego en las interacciones sociales (Olivares-Olivares et al., 2014). Incluso, según estos autores, aunque es menos frecuente algunos niños pueden mostrarse paralizados, bloqueados, excesiva tensión muscular o cometer errores en la producción del habla.

La Tabla 16 detalla los criterios diagnósticos según el DSM-5 para el TAS/FS. Es relevante destacar que la aparición de este miedo o ansiedad de forma ocasional no conlleva a que el sujeto esté diagnosticado de TAS/FS, por lo que ambos síntomas deben tener una continuidad durante seis meses como mínimo (Olivares-Olivares et al., 2014). Por tanto, estos autores mantienen que es necesario diferenciarlos de los miedos evolutivos que son comunes en ciertas etapas del desarrollo, principalmente en la infancia, y temporales.

Tabla 16. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el TAS/FS.

-
- A. Miedo o ansiedad ante una o varias situaciones en la que debe ser evaluado por los demás. Por ejemplo, las interacciones sociales (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla).
En los niños, la ansiedad se puede producir en las interacciones tanto con otros de su misma edad como con los adultos.
- B. El individuo tiene miedo de actuar de una forma concreta o de presentar síntomas de ansiedad que será evaluados negativamente, como avergonzado, rechazado...
- C. En la mayoría de las situaciones sociales se producen un miedo o ansiedad.
En los niños, el miedo o la ansiedad puede ser mostrado a través del llanto, rabieta, quedarse paralizados, no hablar en público, aferrarse o encogerse.
- D. Ante una situación social el sujeto muestra ansiedad y miedos intensos para evadirse.
- E. El miedo o ansiedad son desproporcionados ante el acontecimiento o peligro provocado.
- F. Tanto el miedo, la ansiedad como la evitación son persistentes mostrando una duración de seis meses o posterior.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación provocan un gran malestar clínicamente significativo afectando al sujeto en el ámbito social, laboral u otras áreas relacionadas con su vida cotidiana.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no pueden asociarse a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o condición médica.
- I. Este miedo, ansiedad o evitación no pueden ser explicados por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra enfermedad (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.
-

Nota: en negrita aparece los criterios diagnósticos más específicos en la infancia.

Fuente: DSM-5, 2013. Criterios diagnósticos: Trastorno de ansiedad social (fobia social).

Respecto a las manifestaciones que presenta este trastorno, se ha percibido que los niños y adolescentes diagnosticados de TAS/FS, además de mostrar un miedo extremo y las respuestas de huida y evitación, alteraciones en otras respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas, presentan: mayor frecuencia cardíaca, incremento del tono muscular, sudoración, problemas gastrointestinales (diarrea o estreñimiento...), sensación de enrojecimiento del rostro, preocupación extrema por la valoración de los otros, o mayor atención ante cualquier peligro que provenga de un estímulo externo o interno (Olivares-Olivares et al., 2014).

En la infancia y adolescencia aún no existe una investigación en gran profundidad sobre la FS/TAS. Una de las razones que lo justifica es que los menores no son conscientes de sus ideas no entendiéndolas como exageradas o ilógicas, a diferencia de la etapa de la adolescencia o adulta. También, estos menores por la vergüenza que pueden

llegar a experimentar no lo expresen ni soliciten ayuda, siendo más complicada la percepción por parte de los adultos. No obstante, las consecuencias recaen en todos los ámbitos, destacando entre ellos el psicopatológico, el académico y el de la salud (Olivares-Olivares et al., 2014).

1.5. Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (de aquí en adelante TAG) ha estado más centrado en los adultos al afirmarse que su aparición no suele ser hasta antes de la adolescencia, sin embargo, un gran número de autores presentan opiniones contrarias. Ballepí (2014) apunta que muchas personas que presentan TAG tienden a situar el inicio de este trastorno en la infancia, debido a que han tenido preocupaciones durante toda su vida.

En los sujetos que presentan el TAG, sus preocupaciones están centradas en una variedad de situaciones, considerándose más frecuentes, duraderas y requieren mayor dificultad para ser controlada (Becker, Rinck, Roth, Margraf, 1998). No obstante, no existen diferencias en el contenido de las preocupaciones de aquellos que presentan el TAG y los que no. En la Tabla 17 se presentan los criterios diagnósticos para el TAG según el DSM-5.

Tabla 17. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el TAG.

-
- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, relacionado con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
 - B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
 - C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

En niños, solamente se requiere un ítem:

- 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Fácilmente fatigado.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
-

-
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
 - F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el TAS/FS, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el TAS, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en el anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).
-

Nota: en negrita aparece los criterios diagnósticos más específicos en la infancia.

Fuente: DSM-5, 2013. Criterios diagnósticos: Trastorno de ansiedad generalizada.

Ballespí (2014) apunta que el TAG es un trastorno frecuente en la infancia, pero la sociedad tiende a confundirlo con otros trastornos en edad temprana. Estos menores que presentan el TAG suelen ser responsables, cuidadosos, obedientes y perfeccionistas. Por otra parte, se tiende a pensar que la capacidad que los niños adquieren para mostrar preocupación se va desarrollando con la edad. No obstante, algunos niños con edades comprendidas entre los 5 y 6 años de edad pueden mostrar preocupación por su físico, pero es a partir de los 8 años cuando el nivel de preocupación aumenta centrándose en una diversidad de aspectos (Ballespí, 2014). Kertz y Woodruff-Borden (2011) concluyeron a partir de distintos estudios realizados que el 70% de los menores en edad escolar presentaban una preocupación, y un 30% se consideraba que esta preocupación era de nivel subclínico.

Con respecto a las manifestaciones que presenta el trastorno de ansiedad generalizada, Ballespí (2014) señala como la característica principal que diferencia al TAG de otros trastornos a la estabilidad en la expresión clínica a lo largo del desarrollo; sin embargo, se dan algunas discrepancias en las diferentes etapas. Los niños y adolescentes que presentan dicho trastorno se consideran niños inseguros que tienen muy en cuenta la opinión que los demás puedan tener de ellos y la certeza de que las cosas están bien. Son niños muy competitivos donde el éxito es primordial y la perfección es otra de las características que distinguen a estos menores con TAG, hasta el punto de sentir un profundo malestar cuando los resultados no son los esperados. En cambio, en los adolescentes y adultos sus preocupaciones están más centradas en la salud y los acontecimientos diarios, pero muchos menores coinciden con los mayores en preocupaciones centradas en la puntualidad o posibilidad de que se dé una catástrofe

natural o una guerra (Ballespí, 2014). Este mismo autor señala que en los menores que presentan TAG pueden darse manifestaciones que nos dan la impresión de que es un niño mayor de edad a través de responsabilidad, preocupación excesiva, entre otros.

2. Datos epidemiológicos y etiología de los trastornos de ansiedad

Diversos estudios realizados hasta el momento, en relación con los trastornos de ansiedad, muestran una alta prevalencia de este problema tanto en la infancia como en la adolescencia. Copeland, Angold, Shanahan y Costello (2014) señalan que, entre los 6 y 17 años, aproximadamente, el 10% presentan este problema internalizante a una edad temprana y el 20% muestran dificultades funcionales provocadas por la ansiedad en al menos un área de la vida. Hay autores que afirman que entre el 2.5% y el 5% de los menores presentan uno de los distintos trastornos de ansiedad en algún momento de su desarrollo, aunque el tipo de método, instrumentos, muestra e informantes empleados indica que las cifras sean distintas en los diferentes estudios (Rapee, Schniering y Hudson, 2009). No obstante, aún nos resulta complejo entender que la ansiedad se encuentre presente en las primeras etapas de la vida. Esto unido a la falta de signos externos conlleva a que la mayoría de los menores no reciban tratamiento (Kessler et al., 2009).

En base a datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud, Rando y Cano (2013) estiman que la prevalencia de la ansiedad ha aumentado de 6.20% en 2002 a 9.9% en 2007. De 2007 a 2012 los diagnósticos actuales de ansiedad han aumentado del 3.5% al 4.1%, identificándose en alguna ocasión un aumento de la ansiedad del 5.5% al 6.4%. En 2011-2012 aproximadamente 2 millones de niños entre los 6 y 17 años presentaban ansiedad (Bitsko et al., 2018). En un meta-análisis basado en 41 estudios de 27 países, se ha obtenido que la ansiedad y depresión están presentes en el 7% de la población (Polanczyk et al., 2015). Además, un estudio demostró que la ansiedad aumenta con la edad del niño, situándose en 5.56% antes de 5 años de edad, en 12.32% entre 6 y 12, y en 21.35% entre 12 y 15 (Navarro-Pardo et al., 2012). Este tema por lo tanto debe ser estudiado en mayor profundidad, ya que además de que causan a los niños las dificultades en las relaciones sociales y afectan a sus habilidades para resolver problemas en otras áreas, también aumentan su vulnerabilidad a otros trastornos en etapas posteriores de la vida (Cole, Peeke, Martin, Truglio y Seroczynski, 1998; Copeland et al., 2014; Kessler et al., 2009). Estudios longitudinales demuestran que niños con ansiedad en la

infancia temprana manifiestan en mayor medida dicho problema internalizante en etapas posteriores (Feng, Shaw y Silk, 2008; Hudson y Dodd, 2012; Mian, Wainwright, Briggs-Gowan y Carter, 2011). Así, quedó demostrado que niños con 3 años que presentaban criterios diagnósticos de ansiedad, tenían más probabilidad de mostrar los mismos con 6 años, a diferencia de aquellos menores que no han presentado estos criterios anteriormente (Bufferd, Dougherty, Carlson, Rose y Klein, 2012; Fox et al., 2005).

Centrándonos de forma más específica en los diversos tipos de trastornos de ansiedad, un número relevante de estudios han coincidido en señalar que TAG, el TAS, el trastorno de pánico, los miedos y las fobias, además de la depresión, en niños y adolescentes se encuentran cada día más presentes superando unas tasas de prevalencia del 5% en ambos grupos (Echeburúa y De Corral, 2009; Méndez et al., 2008). Merikangas et al. (2010), teniendo en cuenta el DSM-5, muestra en un estudio realizado a adolescentes la prevalencia de diversos tipos de ansiedad: 13% fobia específica, 9% TAS/FS, 8% TAS, 2% trastorno de pánico y 2% TAG.

Teniendo en cuenta que los miedos aparecen en diferentes momentos del desarrollo del niño, con los diversos tipos de ansiedad ocurre lo mismo. Por ejemplo, es más frecuente que la ansiedad por separación afecte principalmente a los niños pequeños y la ansiedad social en torno a la adolescencia temprana cuando las relaciones con sus amigos se consideran más relevantes (Martinelli, Cohen, Kimball y Miller, 2018).

Centrándonos en primer lugar en la ansiedad por separación, los niños muestran mayor probabilidad de presentar este trastorno cuando aumenta la edad (Orgilés et al., 2018). Así, entre los 3 y 5 años, coincidiendo con el comienzo de la escolaridad, puede llegar a manifestarse, aunque es más frecuente que se inicie entre los 6 y 12 años coincidiendo con la etapa escolar (Ballespí, 2014). Este trastorno tiende a disminuir con la edad, así lo demuestra un meta-análisis indicando que este porcentaje es del 3.9% en menores entre los 6 y 12 años y del 2.6% en adolescentes de 13 a 18 años (Costello et al. 2011). Los resultados más recientes, según el DSM-5 (2013), han obtenido que la tasa es del 4% en niños y del 1.6% en adolescentes, considerándose la prevalencia mayor en la infancia que en la adolescencia. En los resultados obtenidos en anteriores investigaciones sobre la prevalencia del TAS, en niños de 6 a 18 años, no se han apreciado grandes diferencias. Por ejemplo, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) encontraron una tasa del 3.5% en un estudio realizado a una muestra comunitaria con menores de 11 años en Nueva Zelanda. Bird et al. (1988) obtuvieron una prevalencia del 4.7% en una

investigación epidemiológica realizado a niños entre los 4 y 16 años de Puerto Rico. Más tarde, un estudio llevado a cabo por Ford, Goodman y Meltzer (2003) mostró una prevalencia del 1.2% en una muestra compuesta por menores británicos de 5 a 15 años.

En segundo lugar, en lo referente a TAS/FS Olivares-Olivares et al. (2014) apuntan que, aunque este trastorno puede desarrollarse a cualquier edad, diversos estudios epidemiológicos señalan que la edad media de inicio se sitúa entre los 14 y los 16 años y la edad media para la población clínica infantil entre los 11 y 12 años, siendo menos frecuente su aparición a partir de los 25 años. En una investigación realizada en España con adolescentes sus resultados mostraron que entre los 3-6 años el 21.8% de los sujetos habían desarrollado FS/TAS a esa edad; 7-9 años, el 5%; 10-12 años, el 13.3%; 13-15 años, el 31.7%, y 16-17 años, el 6.7% (Olivares, Piqueras y Rosa-Alcázar, 2006).

En tercer lugar, la prevalencia del TAG a nivel mundial oscila entre el 0.4% y el 3.6%. No obstante, no podemos obtener con certeza la prevalencia antes de la adolescencia, ya que el desarrollo del TAG en la infancia no es tan común. Si analizamos aquellos estudios en lo que se evalúa a la vez tanto el TAG y el TAS encontramos porcentajes que oscilan entre el 5-15% en menores de 6 a 12 años (edad escolar) y del 8-18% en adolescentes de 13 a 18 años de edad. Kertz y Woodruff-Borden (2011) reflejaron según los resultados de su estudio una prevalencia en edad escolar del 0.16 al 8.8%. Por otro lado, expertos centrados en esta rama de la investigación han señalado que este trastorno (TAG) es muy común en la infancia apareciendo entre los 11 y 13 años de edad aproximadamente (Echeburúa y De Corral, 2009). No obstante, el DSM-5 señala que, aunque la edad de inicio es bastante amplia, la edad media en la que aparece es alrededor de los 30 años.

Lijster et al. (2017) sostienen a partir de los resultados de un meta-análisis basado en 24 estudios la edad media de inicio de tres tipos de ansiedad estudiados anteriormente: a los 11 años tanto el TAS como la fobia específica; y a los 14 años el TAS/FS.

En relación al sexo, los diversos tipos de ansiedad mostraban una prevalencia semejante tanto en niñas como en niños (Klein, 2009), al igual que en muestras clínicas. No obstante, estudios más recientes han demostrado que en muestras comunitarias las niñas suelen manifestar mayor ansiedad en todos los trastornos de ansiedad, a excepción del trastorno obsesivo-compulsivo (Méndez et al., 2008; Orgilés, Espada, García-Fernández, Méndez e Hidalgo, 2011; Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras,

2012). Para la TAS/FS, aunque en la adolescencia o adultos jóvenes esté más presente en el sexo femenino, no encontramos diferencias significativas tanto en la infancia como en las personas mayores. Otro estudio centrado en el TAG concluyó que las niñas presentaban mayor riesgo que los niños (Burstein, Ginsburg, Petras e Ialongo, 2010). Al contrario que lo que sucede a partir de la adolescencia, en la infancia la TAG es más frecuente en niños que en niñas (Ezpeleta, 2005). Según el DSM-5 el mutismo selectivo no suele estar muy presente en los niños, siendo la prevalencia inferior a uno de cada 1000, no existiendo diferencia entre las niñas y niños.

Diferentes estudios han mostrado que no es fácil medir las preocupaciones como los estados de ansiedad en niños, por ello se requiere imprescindible la información aportada tanto por los progenitores como tutores cuando se realizan evaluaciones de prevalencia (Garaigordobil y Maganto, 2013). Por tanto, es importante conocer las causas que pueden llevar al desarrollo de la ansiedad en los menores, ya que se muestra un mayor riesgo de depresión, ansiedad, problemas de comportamiento, y abuso de sustancias en etapas del desarrollo posteriores (Martinelli, et al. 2018).

El estudio centrado en la etiología de los problemas de ansiedad en los niños sostiene que estas alteraciones no se ven influenciadas por un único fenómeno, sino que están determinadas por diversos factores (Ochando y Peris, 2017; Taboada et al., 1998). A continuación, se presentan aquellos factores más relevantes en la aparición de ansiedad en la infancia:

En primer lugar, se hace mención a los factores genéticos, por lo que debe quedar claro que un niño no hereda un trastorno en sí mismo, sino que es una predisposición constitucional a la ansiedad en general o a la reactividad emocional, es decir, lo que se transmitiría dentro de cada familia sería un endofenotipo (Ballespí, 2014). Este experto en la materia lo define como un fenotipo interno (imposible de ser observado), más relacionado a la causa biológica del trastorno (los genes) que los síntomas concretos del trastorno, haciendo de intermediario entre el origen y la expresión de este. Un ejemplo de este intermediario sería el temperamento.

Sin embargo, se considera necesario destacar que los progenitores que transmiten al niño la vulnerabilidad genética a la ansiedad pueden estar expresando estos genes y mostrando, de forma paralela, problemas de ansiedad, lo que haría que el niño también se encuentre expuesto a una influencia ambiental (Ballespí, 2014). Si hacemos referencia al

TAG, podemos encontrar con facilidad a uno o ambos progenitores ansiosos, perfeccionistas o asustadizos recayendo dichas conductas sobre su hijo llevándole a una preocupación y angustia ante ciertos acontecimientos. En relación al TAS, es frecuente que los familiares cercanos al niño también manifiesten dicho trastorno. Esta ansiedad por separación que sufren los adultos es un indicador que agrava los síntomas del TAS en la infancia (Ballespí, 2014).

En lo referente a los factores personales, la aparición de la ansiedad se ha relacionado de forma más general con el temperamento difícil, la sensibilidad a la ansiedad o el neuroticismo, además de con rasgos temperamentales más específicos como la inhibición conductual, la afectividad negativa, la timidez o la tendencia al retraimiento en la infancia (Ballespí, 2014; Ochando y Peris, 2017; Taboada et al., 1998).

Una de las características del niño más relacionada con los trastornos de ansiedad en la infancia ha sido el temperamento (Taboada et al., 1998). Los niños con temperamento difícil experimentan emociones constantes, intensas y duraderas, son difícil de consolar y autoconsolarse, además de ser niños que manifiestan problemas para adaptarse, así como de regulación. El TAG y TAS muestra una mayor probabilidad de aparecer con este tipo de temperamento descrito anteriormente (Ballespí, 2014). Por otro lado, la inhibición conductual es considerada un rasgo temperamental más específico que el temperamento difícil (Ballespí, 2014). Taboada et al. (1998) apuntan que los niños inhibidos se caracterizan por reaccionar con ansiedad ante lo desconocido y los cambios producidos, además son niños muy tímidos y sonrían de forma ocasional.

Möller, Nikolić, Majdandžić y Bögels (2016) apuntan a partir de los resultados de una investigación que, aunque el temperamento, la timidez y la inhibición conductual se han considerado un riesgo relevante en el desarrollo de la ansiedad en edades posteriores a la infancia, niños que no presentan estas características también podrían desarrollar un trastorno de ansiedad. Por tanto, estos autores sostienen que las conductas de los padres y las madres muestran una relación más fuerte con los síntomas de ansiedad en los niños que dichas características descritas.

Por último, nos centramos en los factores ambientales, y en concreto en aquellos de tipo social, que ejercen una gran influencia en el desarrollo de la ansiedad en los niños. Hay que destacar que en el ambiente social en el que se involucra el niño, los progenitores o cuidadores presentan un papel primordial (Ballespí, 2014). Así, las variables principales

relacionadas con los padres y las madres que predisponen a la ansiedad infantil son: el estilo educativo, el tipo de apego y la psicopatología de los progenitores (Ballespí, 2014; Ochando y Peris, 2017; Taboada et al., 1998). Además, una situación social desfavorable, caracterizada por un nivel socioeconómico bajo o condiciones de vida desfavorables, puede generar inseguridad y, por lo tanto, llevar al desarrollo de algún tipo de ansiedad (Ochando y Peris, 2017; Taboada et al., 1998).

En referencia a los estilos de crianza parental, se consideran factores de riesgo la sobreprotección excesiva, estilos educativos excesivamente punitivos y los miedos específicos transmitidos tanto por el padre como por la madre (Ochando y Peris, 2017). Las altas expectativas de los padres y el énfasis en los logros académicos también pueden causar ansiedad en los niños (González, Soriano y Navas, 2013).

Entre los diversos tipos de ansiedad, en concreto en el TAG, la presión familiar o social ante el éxito, el rechazo social, el fracaso escolar y la inestabilidad familiar pueden favorecer su aparición en los menores (Ballespí, 2014). Por otro lado, el TAS muestra como principal causa las pérdidas familiares. En el caso de un niño, esta pérdida o separación puede ser debido a la muerte de un familiar o mascota, el divorcio de los progenitores, la enfermedad de un ser querido o incluso por el cambio de domicilio (Ballespí, 2014).

Por otro lado, en los primeros años de vida podemos apreciar que la presencia de acontecimientos vitales estresantes es un factor de riesgo ante los diferentes tipos de ansiedad en niños (Ochando y Peris, 2017; Pahl, Barrett y Gullo, 2012; Taboada et al., 1998). Estos acontecimientos hacen referencia a conflictos familiares, escolares o sociales, situaciones traumáticas, pérdidas de un ser querido, entre otros de los sucesos presentes durante la etapa de la infancia. Esparza y Rodríguez (2009) apuntan que los niveles altos de exigencia en los centros educativos pueden generar en los menores estrés, prediciendo a su vez la presencia de síntomas ansiosos en la infancia.

3. Influencia del estilo de crianza parental sobre la ansiedad

Las prácticas de crianza por parte de los padres y madres pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de ansiedad y depresión en la infancia y adolescencia (Yap y Jorm, 2015). En referencia a esta cuestión, Hudson y Rapee (2001) apuntan que en la aparición de los distintos tipos de ansiedad en

los niños los factores familiares muestran un papel clave. Varios estudios han subrayado hasta qué punto los estilos de crianza influyen en la incidencia de ansiedad en los menores (Ballespí, 2014; Chorpita, Brown y Barlow, 1998; Espinosa, 2009; Rando y Cano, 2013).

Antes de describir los principales factores de riesgo para la ansiedad en la población infanto-juvenil, consideramos necesario realizar una aclaración, en la medida en que podemos encontrar factores parentales que muestran asociaciones generales con ansiedad y depresión, por ejemplo, la aversión y negligencia de los progenitores, y otros que parecen mostrar asociaciones específicas con la ansiedad y la depresión, como la comunicación o afecto y el control excesivo (Chorot, Valiente, Magaz, Santed y Sandín, 2017). Estos mismos autores señalan que la presencia de factores negativos, como pueden ser la negligencia, aversión, apego temeroso de los padres y madres, son más importantes y muestran un mayor peso en el niño en la aparición de la sintomatología ansiosa o depresiva, que la ausencia de factores positivos, como es el apego seguro, el cariño de sus progenitores, entre otros.

En relación a las conductas de las madres o padres, se ha planteado que ambos comportamientos podrían afectar de forma distinta en el desarrollo de la ansiedad infantil (Bögels y Perotti, 2011; Bögels y Phares, 2008), ya que ambos progenitores difieren en el comportamiento de crianza (Bögels y Phares, 2008; Möller, Majdandžić, De Vente y Bögels, 2013). A continuación, vamos a presentar algunas características del estilo de crianza, tanto del padre como de la madre, que muestran una relación con la ansiedad en la infancia.

3.1. Apego

En la primera etapa del desarrollo, Bowlby, estableció que existen unas consecuencias que afectan a varios aspectos del desarrollo del niño relacionados con el área de salud mental. Ello proviene de las primeras relaciones entre el pequeño y la figura de apego (principal cuidador, generalmente es la madre). El apego seguro continúa siendo primordial para un óptimo desarrollo a lo largo de la vida (Bowlby, 1969). Históricamente, se ha considerado distinto el peso que ejerce el padre y la madre en el desarrollo de los síntomas ansiosos en los hijos, recayendo una mayor influencia en la madre (Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook y Parkinson, 2006; Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Hughes, Furr, Sood, Barmish y Kendall, 2009; Möller, Majdandžić y Bögels, 2015). Esto se ha debido a que la madre ha sido la cuidadora principal, por ello, las

conductas que emplean con sus hijos muestran un mayor impacto en el desarrollo del pequeño al ser sus interacciones más frecuentes y durante un mayor tiempo (Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Van der Sluis, 2016). Recientes estudios muestran que las pautas de crianza que cada progenitor emplea en el desarrollo de su hijo adquieren mayor relevancia que la cantidad de tiempo con el mismo (Van der Sluis, 2016).

Algunos autores defienden que en la ansiedad infantil, la crianza paterna es la más influyente, ya que los padres parecen mostrar unas conductas desafiantes, exposición a situaciones novedosas, y suelen aplicar más castigos que las madres, entre otros comportamientos (Möller et al., 2015; Pereira, Barros, Mendonça y Muris, 2014; Van der Sluis, 2016). Breinholst, Esbjørn y Reinholdt-Dunne (2015) señalan que la relación que se da entre el rechazo materno y el control psicológico y la ansiedad estaban mediados por el apego. En relación al rechazo, Breinholst et al. (2015) sostienen que la mayoría de los padres y madres que muestran comportamientos de rechazo hacia su hijo continúan a medida que el niño se hace mayor. El niño aprende tanto a retirarse como a aumentar los intentos de proximidad hacia los progenitores, lo que le lleva a sentirse inseguro y ansioso ante próximas situaciones presentadas. Respecto al control psicológico en los padres y las madres, este les impide atender las necesidades y emociones del hijo, lo que conlleva a un apego inseguro. La ansiedad en la infancia y en mayor medida en la adolescencia se da con mayor intensidad cuando en la relación padres-hijos se da un apego inseguro (Breinholst et al., 2015; Brumariu y Kerns, 2008; Colonesi et al., 2011).

Entre los distintos tipos de ansiedad que pueden desarrollarse en los menores se considera interesante destacar el TAS. Ballespí (2014) sostiene que este trastorno de ansiedad es más frecuente cuando los progenitores o principales cuidadores emplean un apego inseguro o excesivo. Así, cuando el cuidador ha sabido entender las emociones que el niño ha transmitido en cada momento, resolviendo y escuchándolo cuando lo ha necesitado, entonces el niño habrá podido comprender y predecir que su figura de apego seguirá estando ahí, aunque estén distanciados durante un tiempo (Bowlby, 1998). Así, el niño podría llegar a mostrar confianza sobre aquello que se repite, a la vez que podría mostrar una mayor seguridad. Por el contrario, el TAS lleva al niño a no alcanzar este modelo de funcionamiento interno. Esto le hace desarrollar pensamientos del tipo “no va a estar disponible cuando lo necesite” o causarle sensaciones de miedo e inseguridad. De esta forma, la única salida que tiene el niño es aferrándose a su cuidador, mostrar que lo tiene cerca en todo momento y negarse cuando amenaza con separarse.

3.2. Sobreprotección o excesivo control

La sobreprotección o el excesivo control son los factores que afectan en mayor proporción a la aparición de la ansiedad en la infancia (Affrunti y Ginsburg, 2012; Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone y Rosenbaum, 1997; Rando y Cano, 2013; Stubbe, Zahner, Goldstein y Leckman, 1993; Taylor y Alden, 2006; Toro, 2014). Esto ha llevado a que se haya profundizado más en dicho epígrafe, dentro de la influencia del estilo de crianza parental sobre la ansiedad. Antes de comenzar a citar los estudios que se han centrado en ambas variables relacionadas con las conductas de los padres y madres, vamos a definir el sobrecontrol y la sobreprotección. El sobrecontrol hace referencia a una extremada regulación por parte del padre o la madre en el hijo, interfiriendo en su comportamiento, no teniendo en cuenta sus necesidades, intereses y deseos (Majdandžić, Möller, De Vente, Bögels y Van den Boom, 2014). Este sobrecontrol es similar al control psicológico, entendido este último como los intentos de ambos progenitores de controlar el comportamiento de sus hijos, mediante la manipulación de sus emociones, la involucración en su actividad autónoma o la prohibición de sus experiencias. Respecto a la sobreprotección, esta se caracteriza por la alta implicación de los progenitores, debido a la excesiva preocupación por la seguridad o la salud de su hijo, para disminuir la aparición ante un estímulo aversivo (Möller et al., 2016). Además del exceso de control y sobreprotección, un nivel alto de rechazo también se encuentra relacionado con la ansiedad en la infancia (McLeod, Wood y Weisz, 2007b).

La protección hacia los hijos es mayor cuando los menores son más pequeños. Sin embargo, a medida que los hijos van creciendo disminuye esta protección. Cuando no ocurre esto, la protección llega a convertirse en sobreprotección, afectando negativamente en los niños. Esto ha llevado a que varios estudios hayan indicado que se da una relación significativa entre la sobreprotección de los progenitores y la ansiedad infantil en la primera infancia (Möller et al., 2016; Pereira et al., 2014; Rapee, 2012). De esta forma los padres y madres intentan eliminar aquel pequeño obstáculo y sin darse cuenta actúan de manera sobreprotectora y ejerciendo un control en sus hijos, impidiéndoles un desarrollo adecuado y disminuyendo la probabilidad de desarrollar habilidades esenciales para enfrentarse a situaciones cotidianas, lo que también les llevan a mayores niveles de ansiedad (Affrunti y Ginsberg, 2012).

La sobreprotección tanto de la madre como del padre ha sido el factor familiar que muestra una relación más estrecha con los diversos tipos de ansiedad en los menores

(Chorot, et al., 2017; Hudson y Dodd, 2012; McLeod et al., 2007b; Möller et al., 2015; Möller et al., 2016; Orgilés et al., 2018; Rapee, 2012). Por tanto, los niños suelen verse más afectados en la edad preescolar al ser una etapa en la que son más dependientes de sus progenitores y más vulnerables. Por otra parte, los niños que recibían conductas sobreprotectoras por sus progenitores eran aquellos niños que mostraban mayores dificultades en la comprensión de algunas señales sociales, lo que provocaba una mayor probabilidad de desarrollar el TAS/FS (Taylor y Alden, 2006). Möller et al. (2016) señalan que la sobreprotección parental podría destacar en esta fase del desarrollo debido a que los menores son muy dependientes de sus padres y madres, lo que puede llevar a sus progenitores a utilizar con más facilidad comportamientos protectores en sus pautas de crianza. Así, estos autores apuntaron que un comportamiento protector hacia un bebé se considera apropiado teniendo en cuenta la edad que presenta el niño, sin embargo, el mismo comportamiento podría ser “sobre” protector cuando se muestra a un niño pequeño (Möller et al., 2016).

Respecto a las madres, aquellas que utilizan un estilo de crianza sobreprotector, en gran parte de los casos, suelen ser aquellas que presentan altos niveles de ansiedad, lo que ha provocado que ambos factores conduzcan a que sus hijos muestren mayores síntomas de ansiedad por separación (Orgilés et al., 2018). Estudios centrados en la sobreprotección de los progenitores apuntan que la interacción madre-hijo es relevante en el desarrollo de la ansiedad en la infancia. Un estudio realizado por Möller et al. (2016), concluyó que un estilo desafiante en los padres previene frente a la ansiedad. En la práctica clínica, con frecuencia, se centra en ayudar a las madres a ser menos sobreprotectoras con sus hijos, a la misma vez que se fomenta la exposición de los menores a situaciones nuevas (Bögels y Perotti, 2011).

El comportamiento sobreprotector de los padres, en general, podría mostrar mayor influencia en la ansiedad en los menores que la sobreprotección materna, al encontrarse el comportamiento de las madres más relacionado con el cuidado en el desarrollo de sus hijos. Por el contrario, las conductas de los padres centradas en acercar al niño al mundo exterior y fomentar la independencia y el riesgo estarían fomentando la independencia del niño y rebajando los niveles de ansiedad ante situaciones nuevas. Por tanto, si los padres muestran conductas sobreprotectoras en lugar de fomentar la independencia en sus hijos, el desarrollo de la ansiedad en los menores puede agravarse al no tener experiencias con el mundo exterior (Möller et al., 2016).

Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, el control excesivo por parte de los progenitores puede tener consecuencias negativas en sus hijos como la presencia de altos niveles de ansiedad infantil (Affrunti y Ginsburg, 2012; Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Pereira et al., 2014). Entre estas consecuencias se encuentra la ansiedad hacia la escuela al no ser capaces de separarse de sus familiares (Yaffe, 2017). Este control de ambos progenitores puede dar lugar a la aparición de ciertos miedos en el niño, al no ofrecerles la oportunidad para enfrentarse con sus propios problemas (Rando y Cano, 2013). Dicho control parental muestra una menor influencia en el desarrollo de la ansiedad en la primera infancia, es decir antes de los 6 años de edad (Möller et al., 2016). Los comportamientos de las madres referidos al control excesivo sobre sus hijos, les llevan a transmitirles el concepto de entorno hostil e incontrolable y la autopercepción de escasas competencias, ya que los hijos consideran que sus madres intervienen porque ellos mismos no muestran la capacidad suficiente para resolver los acontecimientos que les va deparando la vida. Esto genera consecuencias en los hijos, debido a que la percepción de sí mismos, junto a la del entorno, provoca que sean mayores las conductas de evitación, que no se desarrollen herramientas de afrontamiento y, por tanto, no adquieran experiencias positivas (Affrunti y Ginsburg, 2012).

El control psicológico orientado a la dependencia parental produjo puntuaciones más altas en ansiedad por separación en los menores y un control psicológico más encaminado al logro parental llevó a puntuaciones más altas en la motivación extrínseca en los menores (Rousseau, Scharf y Smith, 2018). Este tipo de comportamiento en los padres y madres limita la autonomía psicológica del niño y su libertad para actuar de forma independiente (Del Barrio, 2010; Siqueland, Kendall y Steinberg, 1996; Yap, Fowler, Reavley y Jorm, 2015), afectando negativamente su competencia personal (Chorpita et al., 1998) e incrementándose unas ideas o pensamientos amenazantes en el niño (Hudson y Rapee, 2001). Se ha demostrado que un escaso control personal y una elevada sensación de amenaza, desarrollan comportamientos de evitación, provocando dificultades para desarrollar habilidades cognitivas y conductuales que influyen ante situaciones o acontecimientos cotidianos (Taylor y Alden, 2006).

La participación excesiva de los padres y madres se entiende como un estilo de crianza caracterizado por una interferencia excesiva en el comportamiento, pensamientos e incluso sentimientos del niño, produciendo una extremada dependencia de los progenitores (Chorpita y Barlow, 1998; Wood, McLeod, Sigman, Hwang y Chu, 2003).

Dicha participación hace referencia al sobrecontrol, sobreprotección, control psicológico, entre otros, empleándose dichos términos para describirla.

Diversos estudios sostienen la relevancia que han adquirido las investigaciones centradas en el papel diferencial que muestran las madres y los padres en el desarrollo de la ansiedad de los niños (Van Zalk, Tillfors y Trost, 2018). Estos mismos autores señalan que los padres que desempeñan un control excesivo presentaban menos posibilidad de que sus hijos desarrollen ansiedad social. Esto podría ser consecuencia de que los niños entienden el exceso de control de los padres de forma diferente al de las madres, debido a que los comportamientos sobrecontrolados de los padres podrían estar asociados con la asertividad y confianza. Por tanto, este control excesivo podría no ser tan negativo en las relaciones padre-hijo, a diferencia de madre-hijo (Van Zalk et al., 2018).

Teniendo en cuenta las consecuencias que se podrían mostrar en los menores que perciben un exceso de control y sobreprotección, la autonomía, por el contrario, podría reducir este problema internalizante en la infancia. Esto puede ser debido al fomento de su individualidad e independencia, ya que ofrecen al hijo la oportunidad de enfrentarse a los eventos o circunstancias que se presentan en la vida (Chorpita y Barlow, 1998). Por el contrario, Yaffe (2017) señala que la falta de autonomía por parte de los progenitores conlleva a altos niveles de ansiedad, así como a diversos tipos de ansiedad en los menores, más concretamente a la ansiedad por separación y ansiedad escolar.

Como se ha mencionado anteriormente, tanto el exceso de control como la sobreprotección son consideradas las conductas que muestran un mayor peso en el desarrollo de la ansiedad en los menores. No obstante, tanto la edad del hijo como el progenitor (madre o padre) que emplea dicho comportamiento, son considerados dos factores que afectarán en mayor o menor medida al desarrollo de este problema internalizante en la infancia. Por otra parte, las conductas desafiantes de los padres y la autonomía proporcionada a los hijos son dos variables que podrían disminuir la aparición de ansiedad en los niños.

3.3. Aceptación y rechazo

McLeod et al. (2007b) apuntan que en la dimensión aceptación-rechazo podrían identificarse tres subdimensiones: distancia entre padres-madres e hijos, entendiéndose como baja participación o implicación entre ellos, desinterés en las actividades de los niños, o baja empatía emocional; aversión, caracterizada por la hostilidad de los padres y

las madres hacia los hijos (castigo, conflicto...); y afecto, que promueve una buena relación padre-hijo así como una implicación de los progenitores en las actividades de los hijos.

El rechazo de los padres y las madres se caracteriza por una relación poco afectuosa, y un bajo nivel de aprobación y capacidad de respuesta de los progenitores en la interacción con sus hijos (Maccoby, 1992; McLeod et al., 2007b; Wood et al., 2003), y está relacionado con el desarrollo de la ansiedad en la infancia. Bögels y Brechman-Toussaint (2006) señalan que este rechazo por parte de los progenitores afecta a las percepciones que el niño tiene tanto de sí mismo (menos competente) como de su entorno cercano (hostil y amenazante). En cambio, la aceptación de ambos progenitores muestra que el niño puede contar con ellos en todo momento que lo necesite (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006).

La aceptación-rechazo dentro del estilo de crianza de los padres está también relacionada con la ansiedad en los más pequeños (Espinosa, 2009), considerándose igual de importantes la aceptación-rechazo materno como paterno (Ali, Khaleque y Rohner, 2015). Estos expertos en la materia sostienen según los resultados de un reciente meta-análisis que la aceptación parental no está influida por el sexo, la aceptación-rechazo de ambos progenitores se relaciona de forma semejante en niños y niñas (Ali et al., 2015).

Rapee (2001), sostiene que los padres que no aceptan las actuaciones o pensamientos de sus hijos, muestran poca sensibilidad y afecto hacia ellos y tienden con mayor facilidad a que se establezca una relación de apego insegura. Este tipo de apego facilita en mayor medida que se desarrolle en el niño los diversos tipos de ansiedad. Por el contrario, la probabilidad en el niño a desarrollar este problema internalizante se reduce cuando tanto los padres como las madres le apoyan en sus pensamientos negativos ayudándoles en su aprendizaje a través de sus propias equivocaciones y errores (Wood et al., 2003). Por el contrario, la presencia de un mayor rechazo junto al control de los progenitores provoca que los menores se enfrenten con mayor facilidad a desarrollar algún tipo de ansiedad. En algunos informes retrospectivos de adultos que presentaban ansiedad se ha demostrado que estos tipos de comportamientos (control y rechazo) eran empleados por sus progenitores, años anteriores.

Aunque la dimensión de aceptación y rechazo parece afectar principalmente a la ansiedad en niños más pequeños (Espinosa, 2009), los resultados de un meta-análisis de

McLeod et al. (2007b) sugieren que la varianza de la ansiedad se ve más afectada por el control parental que por el rechazo parental. En una investigación realizada por Barrett, Rapee, Dadds y Ryan (1996) se demostró que los menores que presentaban ansiedad y habían estado discutiendo las situaciones con su padre o madre, interpretaban las situaciones como más amenazantes evitando enfrentarse a ellas, a diferencia de aquellos menores que no presentaban ansiedad. Así, los comportamientos en los progenitores que llevan al desarrollo de dicho trastorno a los niños es la estimulación o el refuerzo a un estímulo aversivo (Barrett et al., 1996; Chorpita, Albano y Barlow, 1996). Spence (1994) apunta que los padres que refuerzan el comportamiento temeroso de su hijo mostrando un interés excesivo en el mismo incrementan la aparición de ansiedad en el niño.

3.4. Conducta desafiante

Antes de comenzar haciendo mención a los estudios que han coincidido en señalar la relación entre la influencia del estilo de crianza parental y este tipo de conducta desafiante, nos centraremos en describirla. Así, en un primer momento, esta conducta podría entenderse como un comportamiento no adecuado o inapropiado por parte de los padres, sin embargo, ocurre lo contrario, pues los padres que emplean este tipo de conducta desafiante animan a sus hijos a través de comportamientos que requieran riesgo, además estos padres ayudan a sus hijos a salir de la “zona de confort” (Majdandžić et al., 2014). Por ejemplo, un niño que no se atreve, bien por miedo o cualquier otro motivo, a ir a una excursión prevista para dos días escolares, estos padres le animan a ir, evitando o previniendo en su hijo el miedo o ansiedad que le provocaría dicha actividad y que podría ir agravándose a medida que aumenta la edad del niño. Este tipo de comportamiento se ha vinculado más al padre, ya que habitualmente la madre podría utilizar, como se ha mencionado anteriormente, conductas más sobreprotectoras con su hijo.

En referencia a los comportamientos de los progenitores que se podrían relacionar con el desarrollo de ansiedad en la infancia, el más reciente que presenta una mayor atención es la conducta desafiante de los progenitores, y especialmente de los padres (Bögels y Perotti, 2011; Majdandžić et al., 2014). En concreto, los padres que emplean una conducta desafiante intentan conseguir que su hijo evite su “zona de confort” y se arriesgue ante cualquier situación presentada (Majdandžić et al., 2014). Este comportamiento desafiante por parte de los padres lleva al niño a mostrarse más valiente

ante lo desconocido, explorar el mundo que le rodea y arriesgarse, llevándole a confiar en él mismo y hacer frente a las amenazas que le pueda presentar la vida. Las consecuencias en el niño ante estas conductas desafiantes de los padres sería la prevención en el desarrollo de la ansiedad infantil. Estos autores señalan a partir de los resultados de un estudio longitudinal que el comportamiento desafiante de los padres disminuía la ansiedad social de menores de 4 años, sin embargo, las conductas desafiantes de las madres aumentaban la ansiedad social de estos menores (Majdandžić et al., 2014). Continuando con esta línea de investigación, dos años después, Möller et al. (2016) mostraron a partir de los resultados de un estudio que el comportamiento desafiante en los padres se relacionó con menos ansiedad infantil y este mismo comportamiento en las madres no se relacionó significativamente con la ansiedad.

En relación con el estudio anterior, los padres a través de sus conductas podrían acercar al niño al mundo exterior, fomentar la independencia, además de estimular el comportamiento de riesgo de su hijo, a diferencia de las madres que se centran más en cuidar y proteger al niño. Teniendo en cuenta esto, la falta de comportamiento desafiante y autónomo en los padres conlleva a una mayor probabilidad de que el niño desarrolle ansiedad (Bögels y Perotti, 2011). En comparación con la de las madres, Möller et al. (2016) apuntan que cuando los padres desafían a sus hijos a correr riesgos, esto puede ayudarlos a superar su ansiedad a un nivel mayor que el comportamiento desafiante de las madres.

Continuando con esta línea, Van der Sluis, Van Steensel y Bögels (2015) apuntan que los comportamientos de los progenitores que se caracterizan por el acercamiento del niño hacia la situación temida (uso de la fuerza) no muestran una relación con los síntomas internalizantes de los menores y no se han encontrado diferencias entre la madre y el padre. Estos mismos autores sostienen que los padres y madres, al “presionar” a sus hijos para que actúen ante la situación que consideran incapaz, producen una sensación de control en el niño, haciendo frente a la situación que le provoca ansiedad y a su vez disminuyen la aparición de síntomas internalizantes en sus hijos. Por otra parte, Chorpita y Barlow (1998) señalan que los padres y las madres que presionan a sus hijos no les ofrecen la oportunidad de mostrar la capacidad de control sobre la situación, lo que puede llevarlos a sentirse impotentes o desesperados. Por tanto, la relación que se da entre este comportamiento de los progenitores y los síntomas internalizantes de los menores podría ser curvilínea en lugar de lineal (Van der Sluis et al., 2015).

3.5. Afecto y comunicación

El afecto es el elemento modulador que puede hacer que determinadas prácticas disciplinarias se conviertan en aversivas cuando se combinan con un bajo nivel de afecto y adecuadas cuando el nivel de afecto es alto (Maccoby y Martin, 1983). Por otra parte, estos mismos autores no perciben el afecto solo como cariño, haciendo referencia a la capacidad de respuesta de los progenitores hacia el comportamiento del niño (*responsiveness*), por lo que son muchos los matices que pueden ser contemplados al estudiarlo. Por ejemplo, el apoyo que les proporcionan a sus hijos podría ayudar al niño a superar problemas, lo que le llevaría anteriormente a reducir, eliminar o prevenir sentimientos negativos (Yap et al., 2015).

Una investigación reciente sostiene que la relación padres-hijos muestra un menor contenido emocional ante situaciones conflictivas a diferencia de la relación madres-hijos que se da una mayor expresión y gestión emocional que lleva a que el niño pueda regular su malestar (Van der Giessen y Bögels, 2018). Estos autores consideran que, a diferencia de los padres, las madres son más flexibles con sus hijos con ansiedad, tratando las emociones positivas y negativas. Así, la gestión emocional por parte de las madres podría ser uno de los motivos que las llevan a ser más sensibles ante el malestar de su hijo, percibiendo en mayores ocasiones los síntomas ansiosos (Davis, Votruba-Drzal y Silk, 2015). Aunque cada progenitor desempeñe un rol distinto en el desarrollo infantil, ello no implica que la crianza paterna y materna adquiera la misma importancia (Van der Sluis, 2016).

Respecto a la comunicación como uno de los aspectos más importantes contemplados en la crianza, a la misma vez donde ofrece la oportunidad de transmitir afecto o cariño mediante esta interacción, Grills-Taquechel y Ollendick (2013) sostienen que los estilos parentales caracterizados por ser poco cálidos, altamente críticos y poco acogedores conducen a la ansiedad general en los hijos. En definitiva, el afecto y la comunicación presentan un papel muy importante en el desarrollo de algún tipo de ansiedad en la infancia y adolescencia, donde ambas variables unidas a un determinado control por parte de los progenitores provocan un mayor ajuste en los hijos. No obstante, McLeod et al. (2007b) señalaron que la falta de una crianza positiva, como podría ser una relación afectuosa, muestra un menor impacto en la ansiedad que la presencia de aversión.

3.6. Disciplina

La disciplina hace referencia a la consistencia de normas establecidas tanto por el padre como por la madre y la inducción hacia su cumplimiento por parte de sus hijos. Franco et al. (2014) sostienen que es un error confundir la disciplina autoritaria con la disciplina referida al establecimiento de límites y normas. Por tanto, la disciplina no debe relacionarse con el autoritarismo, siempre que sea combinada con un nivel de afecto y apoyo emocional óptimo, siendo característica del modelo democrático (Franco et al., 2014). No obstante, gran parte de los progenitores muestran un desconocimiento acerca del uso correcto de la disciplina con sus hijos, lo que lleva a uno de los problemas actuales en la crianza. A continuación, mostraremos dos formas inadecuadas de llevar a cabo la disciplina con los hijos.

Por un lado, Van der Sluis et al. (2015) apuntan que el uso de una disciplina punitiva por parte de los padres y madres influye en la aparición de síntomas internalizantes en el niño, debido a los sentimientos de control que experimenta. Chorpita y Barlow (1998) señalan que el control de los propios sentimientos personales conlleva un adecuado desarrollo saludable en el individuo. Así, los padres y madres que castigan a sus hijos a través del castigo físico, por ejemplo, una bofetada, además de no responder a las necesidades de su hijo, ejercen un control sobre las consecuencias posteriores de su hijo (Van der Sluis et al., 2015). Ambas conductas empleadas por los padres y madres afectan negativamente al niño, al no dejarle la posibilidad de que perciba una sensación de control personal (Chorpita y Barlow, 1998). Por tanto, ello podría provocar ansiedad infantil debido a sentimientos de impotencia, así como depresión infantil por sentimiento de desesperanza en el niño.

Por otro lado, hoy en día podemos apreciar en un número elevado de familias que las relaciones entre los progenitores y sus hijos no son asimétricas. Así, podemos observar que realizan actividades compartidas, se da una mayor intimidad, se establecen acuerdos y se elimina el autoritarismo presente en la crianza en tiempos anteriores (Ares y Bertella, 2015). Estas mismas autoras destacan algunos de los rasgos que presentan los progenitores y que los llevan a no utilizar la disciplina de manera adecuada en la crianza de sus hijos, como son: inmadurez, debilidad, permisividad, indiferenciación de roles, desorganización, inseguridad y miedos (Ares y Bertella, 2015).

3.7. Implicación y negligencia

Antes de comenzar a definir dichos términos que ocupa este epígrafe, nos centramos en el maltrato. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) caracteriza el maltrato infantil como una causa de sufrimiento tanto para niños como familias, pudiendo presentar consecuencias negativas posteriormente. El maltrato provoca estrés en el niño a la misma vez que se asocia a problemas en el desarrollo cerebral temprano. Así, se ha demostrado que los adultos que han sufrido maltrato cuando eran niños presentan mayor probabilidad de sufrir problemas mentales, además de conductuales y físicos (OMS, 2016). Debido a la atención que requiere este problema, el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013) incorpora el epígrafe denominado maltrato, abuso y negligencia entre otros problemas que requieren atención clínica. Mas y Carrasco (2016) describen los diversos tipos de maltrato que se pueden dar en un niño, entre ellos el maltrato físico, abandono físico o negligencia, maltrato emocional y abuso sexual.

Una situación estresante prolongada en un largo período durante cualquier etapa de la vida puede provocar problemas emocionales y/o conductuales. En un estudio quedó comprobado que aquellas personas que habían padecido abuso físico en su infancia mostraban puntuaciones más altas en los diversos tipos de ansiedad, comportamiento antisocial como mayor probabilidad de sufrir uno o más problemas (MacMillan et al., 2001). Por otro lado, López-Soler et al. (2012) indican en un estudio realizado a 42 menores tutelados, que ante las situaciones traumáticas que habían sufrido estos menores mostraban síntomas internalizantes, entre los que se incluyen la ansiedad y la depresión, asociados a problemas cognitivos y a las relaciones sociales, lo que provocó un importante deterioro funcional. La importancia que recae en los primeros años de vida refleja que el maltrato infantil provoca alteraciones cerebrales en la adolescencia. Aunque las consecuencias percibidas en el niño varían dependiendo de diversos factores (tipo de abuso, relación entre el agresor-víctima...), a nivel psicológicos produce más daño, reflejándose en la mayoría de los menores maltratados, provocándoles secuelas en su desarrollo (Mas y Carrasco, 2016).

En lo que respecta a la negligencia, entendida como un tipo de maltrato, este término es la traducción más aceptada del término sajón "*laxness*", mientras que la implicación o el compromiso son las traducciones más empleadas para referirse al término "*involvement*". La negligencia, a diferencia de la implicación en la crianza

muestra una serie de conductas que resultan dañinas y exponen al niño a influencias peligrosas. Así, Yap y Jorm (2015) la definen como una forma de abuso parental, en la que intervienen aspectos como la abstinencia, la indiferencia, la falta de atención, de afecto y de control.

En lo que respecta a la educación de los menores, la negligencia de los progenitores es considerada un relevante factor (Wilhelm, Gillis y Parker, 2016). Tanto el abuso como la negligencia en los menores se han relacionado con el desarrollo de ciertos problemas de salud, entre ellos se encuentran la ansiedad y la depresión (Brown, Fite, Stone y Bortolato, 2016; Chorot et al., 2017).

4. Otras variables relacionadas con la ansiedad

Una vez revisada la influencia del estilo de crianza parental en la aparición de la ansiedad en los menores, existen otro tipo de variables que, aunque pueden no afectar de forma tan directa presentan la misma relevancia en el desarrollo de la ansiedad en la infancia.

4.1. Progenitores con problemas psicopatológicos

Johnson, Cohen, Kasen, Smailes y Brook (2001) realizaron un estudio para medir como afectaba algunas conductas desadaptativas de los progenitores, que mostraban problemas psiquiátricos a diferencia de otros que no los manifestaban, en sus hijos. Estas conductas hacían referencia a: establecer normas sin sentido, aplicar castigos duros, discusiones fuertes entre los padres y madres, despreocupación por el hogar, establecer una escasa comunicación con sus hijos, desinteresarse por el bienestar de los menores, entre otros. Los resultados que se alcanzaron en dicho estudio apuntan que las conductas desadaptativas son más utilizadas por los padres y madres con problemas psiquiátricos. Además, este estudio señaló que este tipo de conductas por parte de los progenitores aumenta el riesgo de ciertos problemas en sus hijos a partir de la adolescencia, e incrementa la probabilidad en los hijos de padecer problemas psiquiátricos los muestren o no sus progenitores (Johnson et al., 2001).

De forma más concreta, teniendo en cuenta el centro interés de nuestro estudio, la influencia parental es un factor de riesgo que afecta en gran medida a la aparición de cualquier tipo de trastorno de ansiedad. Estos padres y madres que presentan ansiedad

influyen en el comportamiento, tipo de relación y la información que transmiten a sus hijos. Diversos descubrimientos señalan que la ansiedad de los padres produce altos niveles de ansiedad infantil (Affrunti y Ginsburg, 2012; Cooper et al., 2006; Francis y Chorpita, 2011), al igual que ocurre con la ansiedad en madres (Hudson y Dodd, 2012; Kerns, Siener y Brumariu, 2011). Toro (2014) apunta que cuando la madre padece ansiedad, los hijos pueden desarrollar con mayor facilidad algún tipo de patología. Investigaciones centradas en observar las diferencias entre padres y madres afirman que son similares las pautas de crianza que emplean ambos progenitores ansiosos, destacando en ellos un afecto positivo, comportamiento ansioso, muestras de hostilidad y autonomía en el niño (Teetsel, Ginsburg y Drake, 2014). Por otra parte, varios estudios han apoyado que la ansiedad en los menores muestra una relación directa con la depresión en las madres (Battaglia et al., 2016; Cooper et al., 2006; Mian et al., 2011; Von Klitzing et al., 2014). En cambio, entre los menores con ansiedad y los padres con depresión no se aprecia esta relación, ya que intervienen como variables mediadoras tanto la crianza como en el temperamento del niño (Hopkins, Lavigne, Gouze, LeBailly y Bryant, 2013).

En concreto, la crianza de las madres que presentan síntomas de ansiedad muestra una preocupación excesiva por el bienestar del niño con una gran pasividad, conductas de evitación y no fomentan la autonomía en sus hijos (Platt, Williams y Ginsburg, 2016), así como también pueden desarrollar desequilibrios cognitivos y emocionales en los menores (Pereira et al., 2014). Schreier, Wittchen, Höfler y Lieb (2008) mostraron en un estudio longitudinal que las madres aumentan en sus hijos el desarrollo de presentar diversos tipos de ansiedad cuando estas presentan fobia social y el TAG, mientras que el TAS en los hijos se relaciona con el trastorno de pánico materno. Orgilés et al. (2018) sostienen que las madres con mayores niveles en ansiedad empleaban con más frecuencia un estilo de crianza sobreprotector, punitivo o un estilo menos asertivo. Estos hallazgos encontrados en diversos estudios sobre los problemas de ansiedad en las madres y la relación madre-hijo apuntan la relevancia que muestra la ansiedad en la madre en los problemas psicológicos en los menores.

Tanto los padres como las madres que presentan ansiedad son más propensos a ser más sobreprotectores con los hijos ante distintas situaciones (Breinholst, Esbjørn, Reinholdt-Dunne y Stallard, 2012). Sus comportamientos se caracterizan por:

- Ser más propensos a ofrecerle ayuda, aunque su hijo no se la haya solicitado.

- No están de acuerdo que sus hijos se enfrenten a situaciones nuevas, aunque sean acorde a su edad y no sean peligrosas.
- Intentan proyectar en sus hijos los peligros o situaciones más amenazantes.

Por otra parte, Méndez et al. (2008) afirman que la facilidad que muestran algunos progenitores para reaccionar con ansiedad ante algunos de sus problemas, y en gran medida, su grado de psicopatología llevan a la aparición del TAS. Estos mismos autores sostienen que el riesgo de TAS es mayor aumentando tres veces más si alguno de los progenitores muestra trastorno de pánico, y diez veces más si también presentan depresión, no obstante, si la psicopatología afecta a la madre es aún mayor la probabilidad de desarrollar TAS.

Por el contrario, en diversas familias se dan ciertas conductas óptimas para el buen desarrollo de su hijo, como pautas o indicaciones para que los menores afronten su comportamiento temeroso, el facilitar información tranquilizadora al niño o el ofrecer oportunidades a sus hijos para que tengan un control sobre su entorno más cercano (Van der Sluis et al., 2015). De esta forma, los menores pueden experimentar nuevas habilidades como, por ejemplo, la resolución de problemas lo que los llevan a mostrar un mayor control personal desembocando en la aparición de menos síntomas internalizantes (Chorpita y Barlow, 1998).

4.2. Estrés parental

El estrés parental afecta tanto al funcionamiento emocional como conductual de sus hijos, ya que estos padres y madres, a diferencia de otros progenitores, muestran dificultades en la crianza de sus hijos, además de utilizar estrategias muy deficientes para el desarrollo de necesidades primarias de los mismos (Gelfand, Teti y Fox, 1992).

Este estrés en los progenitores puede venir asociado a los cambios que se han producido en los últimos años en la sociedad, causando mayores niveles de estrés materno, lo que afecta de forma negativa a las relaciones diarias de las madres con su familia e hijos (Pérez-Padilla y Menéndez, 2016). Así, la impaciencia materna con la crianza de los hijos se ha podido ver influenciada por la incorporación de las mujeres al mercado laboral, el cambio de roles entre los miembros de la familia, los niveles más altos de estrés materno, los contextos económicos, los divorcios, las separaciones y los conflictos matrimoniales que los menores presencian. Estos factores afectan a las

relaciones de las mujeres con sus familias en general y con sus hijos en particular (Heredia, 2014; Levai et al., 2018; Pérez-Padilla y Menéndez, 2016).

Por otra parte, el estrés parental puede venir unido a la violencia de pareja. Así, aquellas madres que sufren violencia de género no llegan a proporcionarle a su hijo todo el apoyo, atención y cariño que requiere el pequeño (Cummings, Keller y Davies, 2005). Por otra parte, la violencia unida al estrés parental causa un deterioro en la crianza de los hijos llevando a las propias madres a utilizar métodos disciplinarios más hostiles (Osofsky, 2003).

4.3. Estructura familiar

Hoy en día, la estructura familiar es muy diversa, pudiéndonos encontrar familias con un solo progenitor por el fallecimiento de uno de ellos, con dos progenitores, pero separados, entre otros. Así, en aquellas familias en las que ha acontecido un divorcio se suelen presentar un peor funcionamiento general, más estrés familiar y mayor presencia de estilos parentales tendentes a la permisividad (Arranz, Oliva, Olabarrieta y Antolín, 2010). Sin embargo, no siempre queda demostrado que el divorcio provoque un empeoramiento en el desarrollo psicosocial del menor. Berkien et al. (2012) determinan que la existencia de estilos educacionales contrapuestos por parte de ambos progenitores predice problemas internalizantes en la infancia.

Diversas investigaciones no han apreciado diferencias de ajuste entre los hijos de padres divorciados y los de familias estables (Pons-Salvador y Del Barrio, 1995). Incluso se ha obtenido en varias investigaciones que resultados positivos en hijos de divorciados. Esto queda demostrado en un estudio de Orgilés et al. (2009), encontrando que los hijos de familias no desestructuradas son más propensos a presentar miedos relacionados con el fracaso y el castigo escolar que otros que han sufrido una ruptura conyugal.

No todos los hijos que presencien la ruptura conyugal de sus progenitores lo afrontan de la misma forma. En este caso se ha demostrado que aquellos padres que tengan que utilizar la vía judicial desencadenarán en un empeoramiento de la calidad de vida de sus hijos a diferencia que aquellos que empleen la vía pacífica (Orgilés y Samper, 2011; Pons-Salvador y Del Barrio, 1995). Además, estos autores sostienen que en aquellos casos en que uno de los progenitores, ya puede ser el padre o la madre, no esté de acuerdo con la separación o ruptura, los hijos desarrollarán un mayor sufrimiento.

Diversas investigaciones señalan que, en la estructura familiar, y más concretamente en el niño, se pueden dar situaciones estresantes que afecten directamente a su desarrollo como un contexto desfavorecido, fallecimiento de un miembro familiar, violencia en el entorno familiar, progenitores que se encuentren en desempleo, como también se podría considerar ser víctima de bullying en la primera infancia. Estos factores de riesgo conllevan el desarrollo de algunos de los problemas internalizantes (Whalen et al., 2017), y más concretamente diversos tipos de ansiedad en la infancia (Battaglia et al., 2016; Kerns et al., 2011; Mian et al., 2011; Platt et al., 2016).

Por otra parte, diversos estudios han considerado la pobreza un factor con gran influencia en la calidad y cantidad de interacciones entre padres e hijos. Es por eso que entre los factores relacionados con los padres el más asociado a los estilos educativos familiares ha sido la clase social, entendida como la agrupación de distintos elementos: nivel educativo y de ingresos, calidad de la vivienda, entre otros (Hill y Bush, 2001).

Centrado en uno de los apartados principales de nuestro estudio, entre los distintos tipos de ansiedad en la infancia podemos destacar el TAS, el mutismo selectivo, las fobias específicas, el TAS/FS y el trastorno de ansiedad generalizada. En relación a la prevalencia que muestra la ansiedad, se ha encontrado en diversos estudios que esta es mayor a medida que aumenta la edad del niño, estando más presente en niñas que en niños. Por otra parte, se ha encontrado los factores ambientales y sociales, destacando los progenitores o cuidadores del niño, como aquellos que podrían ejercer una mayor influencia en la aparición de la ansiedad en los menores. Por último, respecto a los comportamientos o conductas empleadas por los padres y madres con sus hijos, la sobreprotección y el excesivo control son los factores más relevantes relacionados con la ansiedad en la infancia.

CAPÍTULO 4: TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La niñez es la etapa de la vida que viene cargada de alegría, actividad y despreocupación. Por ello, es complejo aceptar la depresión en esta etapa de la vida, en la que encontraríamos niños débiles, tímidos, solitarios, inactivos, entre otros (Del Barrio, 2014). Teniendo en cuenta que los niños también pueden desarrollar este tipo de problema internalizante, en el primer lugar vamos a realizar una revisión y descripción del mismo, así como una categorización de los principales tipos de depresión en la infancia. En segundo lugar, mencionaremos aquellos estudios más relevantes que aportan la prevalencia en depresión y las causas que podrían aumentar la probabilidad de su aparición en los menores. Por último, se mostrará la relación entre el estilo de crianza parental y este problema internalizante.

1. Evolución histórica y descripción del trastorno depresivo

La depresión infantil muestra un largo recorrido hasta la actualidad. Debido a que en un primer momento se negaba su existencia, no fue hasta 1946 cuando se realizó el primer estudio en el que se mostraban unos síntomas depresivos similares a los establecidos en la actualidad.

Spitz y Wolf (1946) observaron que niños menores de un año al distanciarlos de sus familiares con los que se establecía un apego, mostraban síntomas similares a los de la depresión en los adultos, denominándose “depresión anaclítica”. Estos niños se caracterizaban por expresar tristeza, llantos continuados acompañados de gritos, disminución de la actividad física, aislamiento, menor desarrollo intelectual y desapego. Centrándonos en este último, es necesario resaltar que el tipo de apego que se establezca con el niño forma parte en el posterior desarrollo de diferentes psicopatologías infantiles, entre las que se encuentra la depresión, en contra de los postulados que el psicoanálisis mantenía hasta el momento.

A partir de 1970, algunos científicos centrados en esta temática afirman que la depresión infanto-juvenil sí que existe, pero no podemos entenderlo como un trastorno concreto. En este momento es cuando aparece el término depresión enmascarada, entendiéndose como aquella en la que se dan otros síntomas diferentes a los característicos de una depresión, como la hiperactividad, enuresis, fobia escolar, etc. que ocultan la realidad (Cytryn y McKnew, 1972).

Fue en la 3ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) (APA, 1980), cuando la depresión infantil fue aceptada considerando, a partir de ese momento, que los niños, así como los adolescentes y adultos, presentaban una sintomatología similar, aunque la etapa evolutiva mostrada podía llevar a diferencias en torno a la frecuencia de estos síntomas y forma de expresarla. Esta nueva aportación en el DSM-III (APA, 1980) llevó a que se incrementará el número de estudios centrados en la depresión en los menores, provocando un mayor interés por el estudio de este problema internalizante en la infancia.

El concepto de depresión, al igual que sus causas, antes de los 18 años de edad ha llevado a debate entre los expertos de la materia. La depresión fue definida la primera vez por Spitz (1965) adquiriendo dicha definición una relevante importancia por dos motivos: el primero está relacionado con la gran descripción del trastorno que incluye; y el segundo tiene que ver con los principales síntomas que describe en su definición.

Los niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse al observador, cuando éste logra tener con ellos [...] el lloriqueo se cambia en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención del índice de desarrollo [...] los niños se niegan al contacto, yacen postrados. Se inicia el insomnio: prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial [...] el retraso motor se acrecienta y es reemplazado por el letargo. Factores etiológicos: descubrimos que todos los niños de la muestra que había generado este síndrome tenían una experiencia en común: en cierto momento entre el sexto y el octavo mes de vida todos ellos fueron privados de la madre durante un período ininterrumpido de tres meses (Spitz, 1965, pp. 199-200, citado en Del Barrio, 2014, p. 302).

Otra definición más reciente y aprobada por todos los enfoques teóricos es por los autores Del Barrio y Carrasco (2013):

Cambio persistente en la conducta de un niño consistente en tristeza, descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, dificultades de comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones somáticas y, frecuentemente, acompañado de acciones plurales de protesta y que afecta a la adaptación del sujeto del entorno (Del Barrio, 2014, p. 302).

La depresión, al estar dentro de los problemas internalizantes, presenta la problemática de no ser percibido ante los demás por los síntomas que desarrolla el sujeto. Navarro-Pardo et al. (2012) sostienen que esta falta de claridad en dicha sintomatología, provoca que sea mayor el número de niños que muestran este problema.

Con la incorporación del DSM-5 desaparece el epígrafe denominado trastornos afectivos para ser sustituido por el de trastornos depresivos, además queda incluido entre estos el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, otro cambio que se produce con la aparición del DSM-5 (APA, 2013) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) es la no diferenciación entre depresión infanto-juvenil y la del adulto. El DSM-5 define el trastorno del estado de ánimo como “un patrón de enfermedad que deriva de un estado de ánimo alterado” (DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico, pp. 109). Una inmensa mayoría de personas que presentan un trastorno del estado de ánimo a lo largo su vida padece depresión.

Atendiendo a las categorías diagnósticas de la clasificación DSM-5 en niños, al igual que en el apartado anterior donde se hacía mención a los trastornos de ansiedad incluidos en esta misma categorización, a continuación, se muestran aquellos referidos a los trastornos depresivos en la etapa de la infancia. Entre ellos se encuentran, la depresión mayor, el trastorno depresivo persistente y el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Este último, es incluido por primera vez en el DSM-5 (APA, 2013).

1.1. Trastornos depresivos: depresión mayor y depresión persistente (distimia)

A estas edades aún es complejo hablar de este problema internalizante, no obstante, cuando un conflicto en el niño no es resuelto puede dar lugar a este tipo de trastorno en la infancia. Así, este apartado se centra en dos cuadros depresivos presentes en menores: el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia).

Antes de pasar a explicar ambos trastornos depresivos, es relevante resaltar que aquellos momentos puntuales o días en que un niño está triste, con pérdida de interés o placer, entre otros síntomas, no quieren decir que este niño padezca este problema internalizante, sino que solo hace referencia a un estado de ánimo negativo. Por el contrario, sí estamos ante un trastorno depresivo cuando se da en el niño un conjunto de

síntomas a la misma vez (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Así, la depresión en los menores se caracteriza por momentos de soledad, dificultad para divertirse, concentrarse y expresar reacciones emocionales normales, por considerarse tanto muy activos como muy inactivos (hablan muy poco, gritan mucho, pierden el apetito, etc.), por sentirse culpables y tristes, por pensar que nadie los quiere y por hablar de la muerte o, incluso, del suicidio (Malmquist, 1983).

Centrándonos en ambos trastornos mencionados en este epígrafe, Del Barrio (2014) destaca como principal diferencia entre la depresión mayor y la distimia, su duración, cantidad e intensidad de los síntomas de cada cuadro depresivo. Esta misma autora sostiene que el trastorno distímico muestra un carácter crónico, que, aunque sea leve afecta al carácter del sujeto, a las relaciones en todos los ámbitos, y en general al bienestar de la persona. Además, dicho trastorno distímico presenta un cuadro depresivo largo, insidioso y fluctuante, lo que provoca que no se identifique correctamente, y por ello, que no se diagnostique y trate (Del Barrio, 2014). En un estudio con nuestra clínica de menores se obtuvo que la permanencia media de este trastorno distímico era de 3.9 años (Kovacs, Obrosky, Gatsonis y Richards, 1997).

Entre ambos trastornos existen algunas discrepancias y semejanzas que se detallarán posteriormente en los criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno de depresión mayor (Tabla 18) y para el trastorno depresivo persistente (Tabla 19).

Tabla 18. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno de depresión mayor.

-
- A. Cinco (o más) de estos síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y muestran un cambio del funcionamiento previo. Como mínimo uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No se incluyen los síntomas referentes a una enfermedad médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanzas) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso)

En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día o casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso de forma involuntaria o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.

-
- 4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
 - 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días.
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 - 9. Pensamientos frecuentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en relación a lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. El episodio no es posible atribuirlo a los efectos fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica.

Nota: Criterios A-C muestran un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a pérdidas significativas (por ejemplo, duelo, ruina financiera, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) puede incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalado en el criterio A, y pueden presenciar un episodio depresivo. Aunque estos sentimientos mostrados pueden ser comprendidos por la pérdida sufrida, también se debería considerar la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere necesariamente el criterio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales de expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no es explicado mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otros trastornos especificados o no especificados del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - E. No se ha presenciado nunca un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Nota:* Esta exclusión no debe ser aplicada si todos los episodios maníacos o hipomaniacos son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otras condiciones médicas.

Nota: en negrita aparece los criterios diagnósticos más específicos en la infancia y adolescencia.

Fuente: DSM-5, 2013. *Criterios diagnósticos: Trastorno de depresión mayor.*

Tabla 19. Criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno depresivo persistente (específicos).

-
- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.
 - B. Durante la depresión, se deben dar dos (o más) de estos síntomas:
 - 1. Pérdida del apetito o sobrealimentación.
-

-
2. Insomnio o hipersomnia.
 3. Falta de energía o fatiga.
 4. Nivel bajo de autoestima.
 5. Dificultades para la concentración o para la toma de decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar presentes durante dos años.
- E. No se ha presenciado nunca un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no es explicada mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otro especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia o psicóticos.
- G. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a otra enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.

Notas: Teniendo en cuenta que los criterios de un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no se encuentran entre los síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido en más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente (distimia). Si todos los criterios de episodio depresivo mayor se cumplen en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De otra forma, el diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o no especificado debe considerarse.

Nota: en negrita aparece los criterios diagnósticos más específicos en la infancia y adolescencia.

Fuente: DSM-5, 2013. Criterios diagnósticos: Trastorno depresivo persistente.

1.2. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) no podía ubicarse dentro de ninguna de las categorías establecidas hasta el momento (DSM-IV). Por ello, dicho trastorno es introducido por primera vez en el DSM-5 (APA, 2013), eliminando la confusión que podría darse entre el trastorno bipolar y la depresión mayor, cuando cursa con intensa irritabilidad esta última (Baweja, Mayes, Hameed y Waxmonsky, 2016). Este trastorno se encuentra dentro del capítulo de los trastornos depresivos, ya que los menores que presentan dicho trastorno en etapas posteriores podrían desarrollar depresión y ansiedad (Romero, 2014). No obstante, en un primer momento se pensó incluirlo como una subcategoría dentro del trastorno negativista desafiante (TND), pero al requerir este nuevo trastorno más cuidado que el TND, no se

consideraba adecuado ya que podría entenderse como un trastorno conductual y no un trastorno del estado de ánimo.

El TDDEA se inicia en la infancia y es más frecuente en los preescolares, al ser en los primeros años donde están más presentes los berrinches y la irritabilidad (Baweja et al., 2016; Copeland, Angold, Costello y Egger, 2013). En el DMS-5 se exponen los dos criterios que distinguen al TDDEA: estallidos frecuentes de temperamento e irritabilidad crónica (APA, 2013).

Los comportamientos de estos niños los sitúan en una gran desventaja social, educativa y emocional. Además, muestran una problemática al relacionarse con sus compañeros, maestros y familiares, y requieren una atención por parte de sus progenitores. (APA, 2013). Los síntomas que presentan estos menores pueden provocar que pierdan el interés por muchas de las actividades características de la niñez, incluso se ha obtenido en una muestra que, una tercera parte había sido hospitalizada.

Aunque este trastorno esté presente en la última versión, es considerado una de las propuestas en contra del DSM-5 (Axelson et al., 2011; Parens, Johnston y Carlson, 2010; Stringaris, 2011). Estos mismos autores respaldan esta argumentación justificándolo a través de dos motivos: el primero se centra en una falta de base empírica que sustente la definición del TDDEA; y en segundo lugar otra razón que no aprueba la introducción de este trastorno en el DSM-5 son las consecuencias negativas que conlleva a largo plazo esta nueva categoría de diagnóstico infantil, como por ejemplo el aumento de medicación en menores, entre otras.

Es importante resaltar que los síntomas del TDDEA son apreciados en muchos trastornos psiquiátricos y en raras ocasiones se presentan de forma aislada (Baweja et al., 2016). Esto ha llevado a un debate entre los investigadores, no encontrándose respaldado por la literatura que el TDDEA se considerado un trastorno único. Ante el debate surgido entre los investigadores en torno a los aspectos que muestra el TDDEA, y cuáles son comunes con los problemas emocionales y conductuales, antes de la publicación del DSM-6 dicho epígrafe debería quedar claro (Copeland et al., 2013).

A partir del DSM-5 y con la incorporación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) en el manual, se presentan sus criterios diagnósticos (Tabla 20).

Tabla 20. Criterios DSM-5 para el diagnóstico de TDDEA.

A.	Graves arranques emocionales y recurrentes que se manifiestan verbalmente (por ejemplo, rabieta verbal) y/o con el comportamiento (por ejemplo, agresiones físicas a personas o propiedades) siendo la intensidad o duración desproporcionadas a la situación o provocación.
B.	Los arranques emocionales no concuerdan con el nivel de desarrollo.
C.	Los arranques emocionales se producen, aproximadamente, tres o más veces por semana.
D.	El estado de ánimo entre los arranques emocionales es persistentemente irritable o de enfado la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (padres, maestros, compañeros).
E.	Los criterios A-D deben haber estado presentes durante 12 meses o más. En este tiempo, no ha habido un período con una duración de tres o más meses continuos sin todos los síntomas de los criterios A-D.
F.	Los criterios A-D están presentes por lo menos en dos contextos de estos tres (por ejemplo, casa, escuela, con compañeros), siendo graves en al menos uno de ellos.
G.	El primer diagnóstico no debe hacerse antes de los 6 años ni después de los 18 años.
H.	Por la historia o por la observación, los Criterios A-E deben comenzar antes de los 10 años.
I.	Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante en que se cumplieran los criterios de episodio maníaco o hipomaníaco, a excepción de la duración. Nota: La elevación del estado de ánimo adecuadas al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o su anticipación, no debe considerarse un síntoma de manía o hipomanía.
J.	Las conductas no se dan solamente durante un episodio de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad por separación, trastorno depresivo persistente, (distimia)). Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, entre ellos el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta o el trastorno por consumo de sustancias. Los individuos que cumplen los criterios para el TDDEA y TND solamente se debe hacer el diagnóstico de TDDEA. Si un individuo no ha presentado nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe asignar el diagnóstico de TDDEA.
K.	Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica o neurológica.

Fuente: DSM-5, 2013. Criterios diagnósticos: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Establecidos los criterios del DSM-5 respecto al TDDEA, existen relativamente pocas investigaciones centradas en la prevalencia, comorbilidad y otros aspectos relacionados con dicho trastorno (Romero, 2014). Entre ellos, se encuentra el estudio realizado por Copeland et al. (2013), en el que se señala que la ira y el humor negativo están presentes en estos preescolares y escolares con bastante frecuencia. La edad de inicio suele ser anterior a los 10 años, no apreciándose diferencias entre ambos sexos (Copeland et al., 2013). Además, se obtuvo que los menores diagnosticados de TDDEA mostraban un deterioro del funcionamiento global, altos porcentajes tanto de expulsión

de la escuela como de uso de servicios (salud mental, servicios sociales y educativos). Un dato relevante es que el TDDEA suele estar más presente en familias de menor nivel socioeconómico, no afectando a la estructura familiar o al nivel educativo de los progenitores.

Una vez expuestos los diversos problemas de depresión que pueden estar presentes en la infancia, incluyendo el trastorno de desregulación del estado de ánimo como otro presente en la clasificación del DSM-5, pasamos a la prevalencia de los mismos, así como a las causas que aumentan su aparición en los primeros años.

2. Datos epidemiológicos y etiología de los trastornos depresivos

Resulta exagerado hablar de depresión en menores al no considerar que un niño, incluso un bebe, pueda deprimirse (Del Barrio, 2014). La depresión infantil ha adquirido un valor relevante en los últimos años pudiendo llegar a considerarse un obstáculo para que el niño se enfrente a sus tareas o actividades diarias si no es tratada a tiempo. El hecho de que algunos menores requieran de atención temprana no es casual, ya que la presencia de depresión en los primeros años de vida incrementa la probabilidad de mostrar depresión bipolar, así como desarrollar algún problema como el consumo de alcohol, entre otros, en la adolescencia o edad adulta (Del Barrio, 2014).

En relación a la prevalencia comenzamos haciendo mención a la Organización Mundial de la Salud, la cual señala que la depresión en 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo. Este gran aumento en la aparición de este tipo de problema internalizante se ha visto afectado durante el periodo de desarrollo de la niñez. Por ello, hemos centrado nuestro estudio en estas edades (3 y 13 años) con el fin de poder buscar las posibles soluciones para así prevenir este problema. El hecho de que un gran número de trabajos se centre en la depresión en la infancia no es casual, sino que se debe a la gran importancia que recae en etapas posteriores y a la alta prevalencia que muestra este problema en la etapa infantil. Así, en un estudio de revisión meta-analítica a nivel mundial la depresión en la infancia y adolescencia se encuentra en torno al 2.6% (Polanczyk et al., 2015).

Los primeros estudios realizados en esta misma línea de investigación por Anderson et al. (1987) demostraron que la depresión infantil presentaba una prevalencia del 1.8% en muestras comunitarias. Gotlib y Hammen (1992) señalaron en su estudio la

prevalencia en las distintas etapas, considerándose alrededor de 1-5 años (preescolar) del 1%, entre los 6 y 12 años (niñez) oscila entre un 2 y un 8%, y a partir de la adolescencia la cifra asciende a un 15 y 20%. Costello et al. (2002) señalaron que la prevalencia de la depresión es mayor a medida aumenta la edad, al igual que mostraba el estudio anterior así: en la niñez esta prevalencia se encuentra en torno al 2% y en la adolescencia entre un 4 y 7%. Del Barrio (2010) apuntó que este mismo problema internalizante presenta una prevalencia en torno al 5% y 7% incrementándose con la edad y siendo más frecuente a partir de la pubertad. Años anteriores, Gotlib y Hammen (1992) señalaron en su estudio las diferencias en las distintas etapas, no obteniendo diferencias con respecto a la investigación anterior: alrededor de 1-5 años (preescolar) es del 1%, entre los 6 y 12 años (niñez) oscila entre un 2 y un 8%, y a partir de la adolescencia la cifra asciende a un 15 y 20%.

Domènech y Polaino-Lorente (1990) fueron unos de los primeros en realizar un estudio en España para investigar sobre la prevalencia de la depresión en la infancia. Para este estudio utilizaron una muestra comunitaria con menores entre los 8 y 11 años, obteniendo un 8.2% (2% depresión mayor y 6% distimia). En España, a nivel general, la prevalencia de depresión se encuentra entre el 5 y el 13% (Del Barrio, 2014).

La depresión se exterioriza de diferente forma en cada etapa evolutiva, variando la sintomatología respecto al nivel de desarrollo evolutivo. Así, “en las primeras etapas los niños *sienten* la depresión y a partir de la adolescencia no solo la *sienten*, sino que la *piensan*” (Psicopatología del desarrollo, pp. 305). Diversas investigaciones, como el estudio de Costello et al. (2002) consideran que la media en relación a la prevalencia de depresión oscila en la etapa preescolar en un 1%; en la niñez (6-12 años) en un 2%; en la adolescencia en torno a un 4 y 7-11%, y a lo largo de la vida se encuentra en un 20% (Del Barrio, 2014).

En lo que respecta al sexo, en la etapa adulta queda claro que es el sexo femenino aquel que presenta un mayor porcentaje de depresión. No obstante, en relación a las diferencias entre niños y niñas que presentan dicho problema, diversas investigaciones e incluso estudios transculturales señalan que es más predominante en el sexo masculino, aunque este porcentaje se invierte hacia la adolescencia. Así, en un estudio realizado por Vinaccia et al. (2006) la prevalencia de depresión en menores entre los 8 y 12 años oscilaba en niños un 14.4% y en niñas un 10.8%. Posteriormente, otra investigación

llevada a cabo por López-Soler et al. (2010) demostró que en los niños era mayor la prevalencia del trastorno depresivo siendo del 35.3 % y en las niñas del 24.7%.

Por su parte Perterson, en años 50, explicó que son las niñas las que obtienen prevalencias más altas, pero es alrededor de los 12 años cuando en las niñas aumenta estos síntomas depresivos y en los niños disminuye (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y De las Cuevas, 2013; Vinaccia et al., 2006). Sin embargo, antes de los 12 años no existe diferencia en la aparición de los síntomas de depresión (González et al., 2013; Vinaccia et al., 2006). González et al. (2013) señalaron que entre los 6 y los 12 años no se encontraban diferencias, pero cuando esta puntuación era mayor correspondía a los niños. Así, en uno de los estudios realizados en Murcia con una muestra clínica de edades comprendidas entre los 6 y 11 años se obtuvo una puntuación del 17% en niños y del 15% en niñas (López-Soler y López-Pina, 1998). Esta diferencia de género puede ser consecuencia de la diferente evolución de las relaciones sociales entre niños y niñas, así como de las presiones sociales diferenciales entre ambos sexos (Del Barrio, 2014; Keenan y Shaw, 1997). Zubizarreta, Calvete y Hankin (2019) percibieron en un estudio que, en relación a las diferencias de sexo en niños de 6 a 10 años, las niñas mostraban puntuaciones más bajas en depresión a diferencia de los niños. Esto podría deberse a que dichas diferencias no son percibidas hasta la adolescencia, como señalan diversos autores.

Explicado los datos epidemiológicos referentes a dicho problema que abarca este capítulo, pasamos a exponer la etiología de los diferentes problemas depresivos. Según la OMS (2019) la depresión está influenciada por diversos factores interrelacionados, entre ellos señalan los factores biológicos, psicológicos y sociales. Diversas circunstancias desfavorables que aparecen en la vida relacionadas con la familia, el trabajo o problemas psicológicos aumenta el riesgo ante la aparición de sufrir depresión (OMS, 2019). Aunque todas las etapas del desarrollo se pueden ver afectadas por estas situaciones, en concreto en la primera infancia según diversos estudios los factores ambientales son más relevantes y muestran una mayor influencia en los pequeños, ya que en esta etapa los niños son más receptivos a los estímulos ambientales (Del Barrio, 2014).

González et al. (2013) apuntan como causa fundamental de la depresión en el niño el hecho de pensar que no se siente querido por su madre y su padre, incluso llegando a pensar que su llegada a este mundo ha sido un error y equivocación. Otra causa relevante según estos autores está relacionada por una falta de disciplina como por una disciplina excesivamente rígida (González et al., 2013). Así, algunos padres y madres pueden

sugerir unas expectativas demasiadas altas no correspondidas con las posibilidades de su hijo, incluso optando por el castigo en el caso que el niño no consiga los propósitos que sus progenitores esperan de él. Esto conlleva a que en su hijo aparezcan sentimientos de falta de valor y de rechazo. Por otra parte, González et al. (2013) apuntan que la depresión podría ser motivo del fracaso escolar, relacionándose con la valoración afectiva que los progenitores realizan de sus hijos como consecuencia de sus resultados académicos.

A continuación, aparecen agrupadas las diversas causas principales que pueden llevar a la aparición de este problema internalizante en la infancia, agrupado en factores biológicos, psicológicos y sociales.

Comenzando por los factores biológicos, como anteriormente se ha comentado en el capítulo anterior sobre la ansiedad, la influencia de la genética también ejerce un peso en el desarrollo de estos tipos de problemas depresivos. En los niños al igual que en los adultos, los desequilibrios en algunos neurotransmisores como niveles bajos en dopamina, serotonina y norepinefrina, se relacionan con una mayor posibilidad a la depresión. Por lo tanto, ante cualquier situación problemática o estresante, estos niños que tiene una vulnerabilidad biológica alcanzan mayores desequilibrios en estos neurotransmisores (Comeche y Vallejo, 2016).

Por otra parte, Del Barrio (1997) apunta que la depresión también se ha mostrado relacionada con la transmisión genética, considerándose que podría estar más presente en las personas que tienen antecedentes familiares. En los últimos años se ha producido un aumento de los trabajos destinados a estudiar la aparición de endofenotipos, características que indican predisposición genética a un trastorno o enfermedad. Después de más de 20 años trabajando sobre estudios a personas con alto y bajo riesgo familiar de depresión, se ha llegado a la conclusión de que existe un endofenotipo de riesgo para la depresión producido por una mayor activación de corticales de la atención (Peterson et al., 2014).

Del Barrio (2014) concluye que el 60% de los menores deprimidos tenían una madre que presentaba síntomas depresivos. La depresión paterna también influye en los hijos, afectándole tanto las pautas de aprendizaje y estimulación interactiva como la influencia genética (Del Barrio y Carrasco, 2013). Un estudio apunta que los hijos de padres que sufrieron un trastorno depresivo (infancia o juventud), presentan tres veces más riesgo de padecer depresión en la infancia y siete veces más en la vida adulta (Toro

2014). Aunque varios estudios señalan que la depresión materna representa un factor de riesgo relevante en los menores, puede tener otra explicación ajena a la transmisión genética, debido a que el estado de ánimo de la madre afecta de forma indirecta en la relación con su hijo desde un primer momento, por ejemplo mostrando menos atención a las necesidades del niño, por lo que tendría repercusiones negativas (Méndez, 2011).

En lo que se refiere a los factores psicológicos, entre ellos se encuentran algunas características de la personalidad como la introversión e inestabilidad emocional que se relacionan con la depresión (Del Barrio, 1997). Por otro lado, se ha demostrado que entre la depresión y la empatía existe una correlación positiva. Así, los menores que muestran una empatía emocional en la niñez experimentan un sufrimiento por sus propios problemas, así como por otros ajenos, entre los que se encuentran sus progenitores, familiares, amigos... todo ello conduce a que estos menores desarrollen con mayor facilidad depresión a diferencia de otros menores que no presentan una empatía emocional (Del Barrio y Carrasco, 2013). Estos mismos autores apuntan que se da una relación entre las características temperamentales y algunas alteraciones emocionales, entre las que destacan la depresión y agresión.

Por otro lado, diversos estudios, entre los que se encuentran investigaciones centradas en niños y adolescentes españoles, apuntan que los menores que perciben una baja autoestima son niños deprimidos en la mayoría de los casos (Del Barrio y Carrasco, 2013; Vinaccia et al., 2006). Del Barrio (1997) señala que los niños forman su propia autoestima a partir de las apreciaciones de sus padres y madres.

Los menores que muestran dificultad en ciertas habilidades como en la solución de problemas o en las interacciones sociales también conlleva a una mayor probabilidad en el desarrollo de la depresión (Méndez, 2011). Así, aquellos menores que presentan dificultad en las interacciones sociales suelen ser niños depresivos con una baja motivación en establecer relaciones con sus iguales (Vinaccia et al., 2006). Y los menores que presentan este déficit en la resolución de problemas se muestran incapaces de afrontar las consecuencias negativas mostradas (Comeche y Vallejo, 2016). Por otro lado, se ha percibido una relación entre este problema internalizante y el tipo de estilo atribucional por parte del niño (Jacobs, Reinecke, Gollan y Kane, 2008). Por ejemplo, los menores que suelen desarrollar depresión con más facilidad son niños que tienden a considerar que los acontecimientos negativos están determinados por una causa interna, global y estable. Por lo tanto, son niños que se autoresponsabilizan de este suceso negativo y, por el

contrario, lo positivo lo atribuyen a factores externos y cambiantes (Comeche y Vallejo, 2016). Del Barrio y Carrasco (2013) sostienen que la autoineficacia escolar y social son los principales predictores de depresión en población infanto-juvenil.

Otro factor relevante que hace referencia a los factores psicológicos son las actitudes disfuncionales o creencias irracionales que lleva a que las valoraciones que hace el niño de sí mismo sean poco realistas, inadecuadas e inflexibles, esto conlleva a que el niño perciba una imagen negativa de sí mismo e incluso del mundo (Comeche y Vallejo, 2016). Jacobs et al. (2008) señalan en su investigación que este tipo de actitudes muestra una relación positiva con el desarrollo de la depresión en la infancia.

Por último, nos centramos en los factores sociales, los cuales también influyen en la aparición de la depresión. En primer lugar, se considera relevante hacer mención a los factores ambientales tempranos, ya que el ambiente del niño después de su nacimiento no es solo el único factor social que influye en su desarrollo, porque tanto el embarazo como el parto afecta en gran medida en ese proceso (Toro, 2014). A diferencia de los niños nacidos alrededor de las 40 semanas de gestación, aquellos que nacen antes de tiempo según estudios recientes aumentan la probabilidad de sufrir algún problema psicopatológico a los 11 años de edad (Johnson et al., 2010). Al igual que ocurre con los niños prematuros, el consumo materno de alcohol y cannabis muestra efectos semejantes (Toro, 2014). Por otra parte, la estabilidad emocional y conductual evaluadas hasta los 5 años de edad se ve influenciada tanto por la dieta nutricional de la madre durante el embarazo como por el hijo después de su nacimiento (Jacka et al., 2013). Durante la primera infancia, esta ingestión de alimentos no saludables o un déficit de alimentos ricos en nutrientes conllevan una mayor presencia de problemas emocionales, así como también conductuales.

Del Barrio (2014) señala que, en niños de 0 a 6 años, al ser la familia el entorno más cercano del pequeño, es la relación con los progenitores y hermanos la causa de sus sentimientos negativos. Así, el apego en los tres primeros años de vida podría influir en la presencia o ausencia de depresión en el niño. En cambio, a los 6 años de edad son los amigos y la escuela las principales preocupaciones de los niños. Por tanto, las dificultades en las relaciones de los menores con sus iguales también afectan en la aparición de la depresión en la infancia (Esparza y Rodríguez, 2009). Además, en el niño puede darse una autoestima negativa debido a las exigencias por este o la comparación con otros, entre

los que se encuentran los hermanos. La incapacidad para ejercer tareas propias acorde a su edad hará que aparezcan emociones negativas en él (Del Barrio, 2014).

La familia adquiere un gran valor en los primeros años de vida del pequeño, ya que el niño necesita de ella para su sobrevivencia en el entorno que le rodea (Del Barrio, 2014). Entre los factores familiares que influyen de forma más directa se encuentran las pautas de crianza, ya que estas afectan al desarrollo social, cognitivo y emocional del niño.

Estudios centrados en esta línea de investigación sostienen que la madre es el entorno más cercano al niño, ello hace que las conductas utilizadas por las madres en la crianza sean fundamentales, ya que se consideran las principales responsables, afectando los síntomas depresivos de las madres en los niños (Del Barrio, 2014). Así mismo, considera que las emociones que el niño muestra correlacionan positivamente con aquellas que presenta la madre (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Por otro lado, las relaciones entre los miembros de la familia son esenciales para un adecuado desarrollo emocional en la infancia. Así, un ambiente en el que esté presente de forma continua los conflictos familiares llevan a niveles altos de depresión en los niños (O'Donnell, Moreau, Cardemil y Pollastri, 2010; Yap y Jorm, 2015), ya que el niño se siente incompetente ante estas relaciones (Méndez, 2011). Por otro lado, los niños de progenitores divorciados pueden presentar más síntomas depresivos, en concreto una autoestima negativa (Orgilés, Samper, Fernández-Martínez y Espada, 2017).

En general, las deficiencias en las pautas de crianza, así como los estilos educativos inadecuados constituyen factores de riesgo para la depresión infantil (O'Donnell et al., 2010; Yap y Jorm, 2015). Torío et al. (2008) apuntan que algunos progenitores con niños pequeños actúan en algunas situaciones de manera democrática y en otra autoritaria, produciendo esta inestabilidad o comportamiento discontinuo por parte de los progenitores una mayor vulnerabilidad ante la tendencia de los menores a la depresión, debido a la incapacidad para comprender los comportamientos utilizados por sus padres o madres (Ross y Wynne, 2010).

En resumen, podemos llegar a la conclusión de que los problemas depresivos aumentan con la edad, mostrándose prevalencias más altas en la adolescencia y edad adulta, siendo mayor la prevalencia en las niñas a partir de los 12 años. En cambio, antes no se muestran diferencias significativas entre ambos sexos y cuando es mayor suele ser

en los niños. Por otra parte, entre las diversas causas que podrían aumentar la aparición de la depresión en los niños, varios autores han señalado que el ambiente es el principal factor en la infancia.

3. Influencia del estilo de crianza parental sobre la depresión

Como anteriormente se ha mencionado, la tristeza es una emoción que también está presente en la etapa de la infancia, debido a que el niño, como cualquier adolescente, puede encontrarse ante momentos difíciles como por ejemplo discusiones frecuentes en su casa, falta de afecto o comunicación por parte de su familia... entre otros. Sin embargo, nos podemos encontrar ante un gran problema en un niño cuando su estado de ánimo es frecuente y duradero llegando incluso a perder el entusiasmo por actividades que le producen diversión (Méndez, 2011). Además, cuando estos problemas no son resueltos durante la infancia, pueden aparecer en etapas posteriores de la vida, como la adolescencia o la edad adulta (Esparza y Rodríguez, 2009).

Diversos estudios han subrayado la relación entre los estilos parentales y la depresión en la infancia (Rosa-Alcázar et al., 2014). Durante mucho tiempo atrás se ha estudiado la influencia de los estilos de crianza en el bienestar psicológico del niño (Flouri y Midouhas, 2017).

A continuación, se describen las principales variables estudiadas como factores de riesgo para la depresión en la población infanto-juvenil.

3.1. Apego y sobreprotección

Continuando con lo mencionado en el capítulo, el apego como decía Bowlby es un vínculo afectivo fuerte y duradero que se establece entre el niño y su cuidador principal, que en la mayoría de las ocasiones es la madre. Este vínculo amoroso que se establece entre el niño y la persona que lo cuida es el vehículo de socialización más eficaz en estos años (Roa y Del Barrio, 2001). No obstante, según los primeros estudios en esta línea de investigación hasta la actualidad un apego inseguro es considerado un factor de riesgo que facilita la aparición de la depresión en el niño (Starr, Hammen, Brennan y Najman, 2013; Yap y Jorm, 2015). En lo que respecta a la relación entre los diversos tipos

de apego propocionados por los progenitores y los síntomas negativos en los menores son pocas las investigaciones realizadas hasta el momento (Breinholst et al., 2015).

Como se reflejó en el capítulo anterior, la sobreprotección hace referencia a un estilo parental intrusivo y excesivamente directivo sobre el comportamiento del niño (Furman y Giberson, 1995). En un estudio que podemos considerar como clásico, Maccoby (1992) concluyó que ciertos comportamientos de los progenitores, como descuidar, rechazar y criticar, controlar excesivamente y sobreproteger son los más asociados a la aparición de la depresión en los niños.

Tanto un excesivo control como sobreprotección por parte de los progenitores le resta independencia al niño, sitiéndose indefenso e impotente para actuar en su entorno. A la misma vez, le impide la posibilidad de que resuelva y se adapte a los problemas afrontándolos por el mismo, considerándose importante en la educación que les transmite los progenitores a los hijos (Del Barrio, 2010; Yap et al., 2015). En un estudio llevado a cabo por Toro (2014) se determina que un estilo educativo con niveles altos de exigencia y control sin afecto suele relacionarse con la depresión, pero también con la ansiedad.

3.2. Disciplina

La disciplina, considerada un factor relevante en la crianza de los hijos, podría entenderse como un proceso que permite enseñar a los menores los valores y los límites del comportamiento adecuado e inadecuado a través de estrategias que disminuyan las conductas no apropiadas aumentando las deseadas (Smith, 2013). Este mismo autor señala que las prácticas disciplinarias pueden cambiar con el tiempo a medida que los hijos aprenden a autorregular su comportamiento. Por lo tanto, dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentre su hijo, las conductas de sus progenitores se modificarán, ajustando su comportamiento disciplinario en consecuencia (Lawrence et al. 2019). Estos autores explican que el mayor uso de estrategias disciplinarias por parte de los progenitores podría deberse al incumplimiento de las expectativas altas en sus hijos.

El castigo se caracteriza por el establecimiento de normas estrictas, hostilidad verbal y física, junto con otras características como la alta penalización de errores (Baumrind, 1996). Este castigo conlleva una mayor probabilidad del desarrollo de problemas de tipo internalizantes y externalizantes, a lo largo de la vida (Zubizarreta et al., 2019). En cambio, las prácticas de crianza basadas en el afecto, se definen como un conjunto de comportamientos adecuados como dedicación, cariño y cercanía con su hijo

(Baumrind, 1996). Diversos estudios se han centrado en estudiar la relación entre ambas conductas en los progenitores. Entre ellos, algunas investigaciones sostienen que las muestras de afecto protegen contra las consecuencias negativas del castigo (Zubizarreta et al., 2019), mientras que otras señalan que el afecto o cariño no modera las asociaciones entre el castigo y los problemas internalizantes, así como externalizantes en los niños (Del Hoyo-Bilbao, Gámez-Guadix y Calvete, 2018; Zubizarreta et al., 2019).

El castigo se relaciona con problemas a lo largo del tiempo, mostrando consecuencias negativas incluso cuando se dan prácticas de crianza positivas (Mackenzie, Nicklas, Waldfogel y Brooks-Gunn, 2012). Zubizarreta et al. (2019) demostraron que no solo una relación afectuosa por parte de los progenitores hace que disminuyan las consecuencias negativas del castigo, sino que puede aumentar si el afecto o cariño que muestra los progenitores se combina con otras características de los menores, como la afectividad negativa (en el caso solo de los niños) o el control de esfuerzo, tanto en niños como en niñas.

Zubizarreta et al. (2019) apuntan que una alta muestra de afecto por los progenitores y un alto control de esfuerzo en los niños, entendido este último como la capacidad de suprimir una respuesta dominante o impulsiva (comportamiento agresivo en respuesta al castigo), podría incrementar las consecuencias negativas de los castigos en síntomas depresivos. Es decir, el desarrollo de la depresión en los menores es más factible cuando se da en familiares que manifiestan altos niveles de afecto y los menores presentan un alto control de esfuerzo. Sin embargo, este efecto es menor cuando las muestras de cariño por parte de los progenitores y el control de esfuerzo en el hijo son bajos. Esto podría quedar explicado teniendo en cuenta que las muestras de afecto continuas que siente el niño pueden tener efectos contrarios en su ambiente familiar debido al uso excesivo del castigo, y los niños con un alto control de esfuerzos pueden tratar de luchar con esta contradicción mediante sus esfuerzos de autorregulación (Koutstaal, 2012). Zubizarreta et al. (2019) apuntan que una aclaración a dicha explicación podría ser las reacciones contradictorias percibidas por el niño, ya que en relación al castigo las reacciones son negativas y respecto al afecto o cariño positivas, llevándole al desarrollo de problemas internalizados al intento para enfrentarse ante dicha confusión.

Centrándonos en el castigo corporal como otro aspecto de la disciplina, diversos estudios apuntan que en niños menores de 3 años son más frecuentes los “bofetones”

(Vittrup, Holden y Buck, 2006); entre los 5 y 8 años, los gritos (Regalado, Sareen, Inkelas, Wissow y Halfon, 2004), y los comportamientos basados en la comprensión a través de la negociación y el razonamiento aumentan con la edad (Lawrence et al., 2019).

Por otra parte, un desorden en el hogar afecta e interviene en el funcionamiento de la familia, relacionándose con una disciplina más dura por parte de los progenitores (Valiente, Lemery-Chalfant y Reiser, 2007).

En las sociedades occidentales, teniendo en cuenta que las madres continúan pasando la mayor parte de su tiempo con sus hijos, además de cuidarlos más que los padres, es evidente que se perciban más conductas disciplinarias por parte de las madres (Hallers-Haalboom et al., 2016; Lawrence et al., 2019). Continuando en esta línea, Hallers-Haalboom et al. (2016) señalan a partir de los resultados de una investigación que las madres emplean más órdenes verbales y disciplina física en comparación con los padres, sin embargo, los padres se caracterizan por mostrar una conducta más relajada ante las respuestas a las necesidades de sus hijos.

Richaud de Minzi (2005) resalta que existen diferencias entre las familias autoritarias y las que emplean un estilo parental democrático. Estas últimas consiguen afrontamientos adaptativos y protectores ante la depresión y la soledad a diferencia de las familias autoritarias. Los sentimientos asociados a los afrontamientos desadaptativos, la depresión y la afinidad por la soledad de los menores se relacionan con el rechazo y el desinterés de los progenitores (Richaud de Minzi, 2005). La depresión infantil puede estar determinada en este sentido tanto por una falta de disciplina como por una disciplina excesivamente rígida (González et al., 2013).

3.3. Afecto y comunicación

El afecto proporcionado por los progenitores adquiere importancia en los primeros años, ya que la falta del mismo, así como la inestabilidad en las relaciones familiares, podría afectar a su correcto funcionamiento personal, cognitivo y social.

Del Barrio (2014) sostiene que se considera el mejor tipo de crianza aquel que controla la conducta de los hijos proporcionando afectividad, y mostrándoles independencia según la edad. Esta misma autora matiza que todo comportamiento tanto en exceso como en defecto presenta consecuencias negativas en la adaptación social y emocional de los menores. No obstante, deja constancia que en una correcta crianza debe

existir un equilibrio entre el control del cumplimiento de las normas establecidas y la afectividad en la comunicación.

La comunicación fortalece las relaciones entre progenitores e hijos estableciendo lazos de unión, respetando opiniones o pensamientos propios, a la misma vez que se crea cariño y confianza entre ambos. Por tanto, esta escucha, día tras día, que muestran los progenitores hacia sus hijos puede estar asociada con un menor riesgo de depresión en el pequeño (Yap y Jorm, 2015). Por el contrario, la falta de interacción en la familia, cada día más presente, aumenta la probabilidad del desarrollo de depresión, así como otros problemas internalizantes (Yap y Jorm, 2015).

Chorot et al. (2017) entienden el calor emocional y la comunicación positiva, como un respeto positivo, unas interacciones agradables y una participación de los progenitores en las actividades de los hijos. Estos mismos autores apuntan que una muestra de afecto por parte de los progenitores conlleva menos depresión en los niños, ya que este afecto, contacto y comunicación emocional ayuda al crecimiento de los niños y a un buen desarrollo de su autoestima eliminando de esta forma los autoesquemas negativos y el sentido de desesperanza que predice la depresión (Chorot et al., 2017).

Las conductas empleadas por los progenitores afectan de diferente forma a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. Así, una mayor comunicación en la crianza podría relacionarse con una menor depresión en los niños, sin embargo, el control excesivo de los progenitores a los hijos estaría más asociado con la ansiedad de los niños (Chorot et al., 2017; McLeod, Weisz y Wood, 2007a; McLeod et al., 2007b; Yap y Jorm, 2015). Estudios relativamente recientes apuntan que el vínculo entre el afecto y la depresión se da constantemente, sin embargo, la relación entre el afecto y la ansiedad es baja o ambigua (McLeod et al., 2007b; Yap y Jorm, 2015).

3.4. Aceptación-rechazo

La aceptación y el rechazo son dos términos opuestos. La aceptación conlleva conductas caracterizadas por cuidado, cariño, preocupación, apoyo, entendiéndose como el amor que los menores pueden y deben recibir de sus progenitores o figuras de apego. Por el contrario, el rechazo hace referencia a la falta o retirada de sentimientos o ciertos comportamientos dándose otros totalmente contrarios que afecta de forma psicológica y física al sujeto.

La teoría de aceptación-rechazo parental (PARTheory) (Rohner 2004) es una teoría basada en la evidencia que pretende tanto predecir como explicar los factores influyentes, así como las consecuencias que conllevan la aceptación-rechazo de los progenitores sobre el ajuste psicológico de los hijos. Así, los hijos pueden percibir experiencias extremas de aceptación o de rechazo por sus principales figuras, provocando reacciones alteradas. Según la PARTheory se dan dos reacciones: la primera tiene relación con la dependencia inmadura que proviene de una aceptación extrema y sobreprotectora de los padres y las madres, lo que conlleva a que los hijos reclamen a sus progenitores continuamente, así como su atención; la segunda se refiere a la independencia defensiva en el niño, caracterizadas por conductas de evitación en relación al afecto o aceptación de los otros provocadas por el rechazo extremo que los progenitores ejercen sobre el niño. Estas últimas pueden provocar un profundo malestar emocional en los niños. Así, un niño que reciba un rechazo continuo, intentará protegerse con mayor frecuencia del daño que puedan producirle los otros, considerándose niños con una menor sensibilidad o falta de respuesta emocional. Además, la mayoría muestran dificultades tanto para expresar cariño a los demás como para recibir el mismo por parte de los otros. Este rechazo puede llevarlos a los niños a sentir que no los quieren e incluso que no merecen ser amados por los demás. Por otra parte, estos niños no se consideran buenas personas sintiendo que no son útiles para satisfacer la mayoría de sus necesidades, generalizándolo a otros aspectos (Coley, 2003).

Esta experiencia continua de rechazo de los progenitores suele provocar alteraciones interiorizadas como exteriorizadas en los hijos, entre las que destacan la depresión, conducta suicida, ansiedad, agresividad, hostilidad y delincuencia (Ali et al., 2015; Yap y Jorm, 2015).

En un meta-análisis, McLeod et al. (2007a) descubrieron que el rechazo de los progenitores afecta en mayor medida a que los hijos sufran depresión, en comparación al control que pueden ejercer los progenitores sobre los mismos. Yap y Jorm (2015) en un meta-análisis más reciente, centrado en niños de 5 a 11 años de edad, revelaron que la mayoría de los factores parentales mostraban pequeñas variaciones entre menos del 2-9%, en los resultados en depresión y ansiedad.

Según un estudio con niños de 6 años de edad se comprobó que la influencia del ambiente es mayor a los factores genéticos en los niños que habían sufrido un mayor rechazo que aceptación (Brendgen et al., 2009). Teniendo en cuenta que unos de los

factores más influyentes en la aparición de la depresión en los niños es la falta de afecto, la hostilidad y el rechazo es fundamental la intervención de la familia ante el niño deprimido (Del Barrio, 2014; González et al., 2013). Por tanto, los progenitores deberían mostrar aceptación y afecto, además de interés y comprensión a los propios sentimientos de su hijo.

4. Otras variables relacionadas con la depresión

Además, de las variables explicadas en el epígrafe anterior, el desarrollo del niño se ve afectado por otras variables que intervienen de forma directa o indirecta en el estilo de crianza parental.

4.1. Conflictos familiares e inconsistencia

Las relaciones familiares son un factor que influye en gran medida en el niño, afectándole a su bienestar psicológico. Del Barrio (2014) señala que la probabilidad de la aparición de la depresión aumenta en el niño cuando las relaciones con sus progenitores no son las más adecuadas o existen problemas familiares. O' Donnell et al. (2010) apuntan que los niños más deprimidos percibían en sus progenitores una menor aceptación y más control, además de presenciar más conflictos familiares. Estos conflictos aumentan el riesgo de síntomas depresivos en la población infanto-juvenil (Del Barrio, 2014; Yu et al., 2015), en concreto, mayores niveles de disforia, entendido como un humor depresivo o tristeza (Orgilés et al., 2017). De forma indirecta, estos continuos conflictos familiares conllevan a que aparezcan sentimientos negativos en el niño, a través de una menor atención, un mal temperamento o agresión hacia su hijo (O' Donnell, et al., 2010; Del Barrio y Carrasco, 2013).

Un estudio relativamente reciente ha demostrado que niños con progenitores divorciados pueden presentar más síntomas depresivos, en concreto una autoestima negativa (Orgilés et al., 2017). En un meta-análisis relacionado con el divorcio, varios estudios apuntaron que los niños de padres que posteriormente se divorciaron mostraban una autoestima más baja que los hijos de padres que continuaban juntos (Amato, 2010). Esto podría explicarse por la influencia que los padres y madres tienen en el desarrollo de la autoestima tanto en los niños como en los adolescentes y por la culpabilidad que pueden tener sus hijos ante la ruptura de sus progenitores (Birkeland, Melkevik, Holsen y Wold,

2012). En la adolescencia incluso puede verse la autoestima influida por sus iguales, al ver que su situación familiar es distinta, podría afectarle en su percepción ante la vida. Kalmijn (2016) mostró que el conflicto interparental después del divorcio también aumenta los síntomas depresivos en la infancia.

En esta misma línea de investigación, es necesario realizar una aclaración respecto a los hijos cuyos progenitores viven en pareja, y es que este factor no beneficia por sí solo al niño, ya que el clima familiar es el determinante (Musick y Meier, 2010; Orgilés et al., 2017). No obstante, sí se consideraría un factor protector frente a la depresión del niño, el tener progenitores que viven juntos, y que entre estos no existiera una relación conflictiva (Orgilés et al., 2017).

4.2. Psicopatología familiar

Como en el capítulo anterior se ha visto, la presencia de psicopatología general en los progenitores y la depresión en particular, aumenta el riesgo de sufrir este tipo de problema internalizante en sus hijos, tanto cuando dentro de la familia algún miembro lo sufre en ese momento como cuando tiempo atrás ha estado presente en este familiar (Burstein et al., 2010). Así, si los progenitores sufrieron su primer trastorno depresivo en la infancia o juventud, sus hijos presentan tres veces más riesgo de padecer depresión o cualquier otro problema internalizante en la infancia y siete veces más de hacerlo en la vida adulta (Toro, 2014). Esta depresión paterna también se ve influida en los hijos por dos aspectos: la influencia genética y las pautas de aprendizaje y estimulación interactiva (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Del Barrio (2014) considera la depresión parental el factor de riesgo que provoca una mayor probabilidad de desarrollar ese mismo problema internalizante en los menores, realizándose la mayoría de las investigaciones con las madres al ser la principal figura de referencia y por la facilidad que suelen mostrar en la mayoría de los estudios. Esta autora señala que entre el 40% y el 60% de los niños deprimidos tienen una madre con síntomas depresivos. Hace relativamente poco tiempo, se realizó un estudio longitudinal obteniéndose unos resultados bastante significativos: 41% de los menores con madres deprimidas padecieron depresión a los 16 años, frente al grupo control con un 12% (Murray et al., 2011).

Han y Shaffer (2013) indican que el grado de equilibrio emocional de los progenitores tiene una influencia positiva o negativa en los menores y puede conducir, en

el peor de los casos, al desarrollo de síntomas depresivos. Del mismo modo, el estado mental de los progenitores influye en la aparición de la depresión en los niños. Por ejemplo, es menos probable que los padres y madres depresivos proporcionen apoyo emocional y afecto a los menores y más probable que les inculquen ideas negativas o erróneas (Wilkinson, Trzaskowski, Haworth y Eley, 2013). La salud de los progenitores afecta a la calidad de la crianza, y en concreto, la depresión ha sido considerada un factor de riesgo para la crianza inadaptada (Sturge-Apple, Davies y Cummings, 2006).

4.3. Estructura familiar

En las últimas décadas, se han producido importantes cambios en la sociedad, así como también en la familia. Del Barrio y Carrasco (2013) dejan constancia, a través de los resultados de varias investigaciones con muestras de niños españoles, que el fallecimiento de un familiar cercano al pequeño como los abuelos, el nacimiento de un hermano y cambios o resultados escolares se relacionan en gran medida con la presencia de síntomas depresivos en la infancia. Por otra parte, en relación al estatus socioeconómico, este se relaciona con un estilo de crianza menos efectivo y este, a su vez, con una mayor problemática en los hijos. No obstante, Del Barrio y Carrasco (2013) indican, basándose en diversas investigaciones con población española, que antes de los 12 años no afecta la clase social del niño al desarrollo de la depresión.

Por otra parte, es relevante señalar la influencia de hijos con algún tipo de problema emocional o conductual, ya que el comportamiento de los progenitores se verá afectado. Por ello, teniendo en cuenta que en la mayoría de las relaciones que se dan en la vida, el comportamiento ante los demás determina en gran medida cómo somos tratados por ellos. Lo mismo ocurre con las relaciones entre progenitores e hijos, estos conseguirán ser educados, enseñados... de una u otra manera debido a sus formas de comportarse ante sus progenitores (Toro, 2014). Este mismo autor argumenta que cuando un niño durante su infancia desarrolla un problema internalizante, sus propios cambios emocionales y conductuales obligan a los padres y madres a actuar de diferente forma a como lo estaban haciendo en ese momento (Toro, 2014).

Concluida la aportación de las diferentes investigaciones centradas en los comportamientos de los progenitores que podrían conducir a la aparición de este problema internalizante en los menores, diversos autores coinciden en señalar que el rechazo junto con la falta de afecto afecta en mayor medida a la depresión en la infancia.

No obstante, otras variables ejercen una aportación relevante dentro del conjunto al que llamamos estilo de crianza, como es el caso de la disciplina, entendida como establecimiento de límites y normas necesarias para un desarrollo social y emocional adecuado en el niño.

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Partiendo de la primera parte de esta tesis, centrada en la revisión de la literatura sobre los estilos parentales y su relación con determinados problemas de tipo internalizantes como la ansiedad y la depresión, en este capítulo se desarrollará la investigación con la finalidad de comprobar si las prácticas de crianza o estilos educativos empleados por los progenitores muestran una relación con el desarrollo de algún problema de tipo internalizantes en sus hijos. Entre los diversos tipos de trastornos internalizantes, se hace mención a la ansiedad y depresión.

En lo que respecta al desarrollo de estos problemas internalizantes en los niños, los estudios centrados en este campo son más escasos a diferencia de estos mismos en posteriores etapas, como la adolescencia o la edad adulta. No obstante, en los últimos años están aumentando las investigaciones, aunque es un proceso lento. Por tanto, se considera relevante este estudio, ya que se pretende conocer las diversas pautas o estilos educativos que pueden utilizar los progenitores en su día a día, así como algunos factores tanto internos como externos que pueden influir en mayor o menor medida al desarrollo del niño durante su infancia y etapas posteriores. Con ello, pretendemos conocer dichas conductas en los progenitores para intentar modificarlas o eliminarlas.

En base a estas consideraciones, para nuestro trabajo de investigación nos apoyaremos en estudios anteriores que han tenido como objetivo comprobar la relación entre los estilos parentales y determinados problemas de tipo internalizantes en los hijos, entre ellos, la ansiedad y depresión. A partir de estos trabajos, se pueden establecer una serie de conclusiones sobre las que se sustenta este estudio.

En primer lugar, teniendo en cuenta la importancia que recae en la familia en relación a la educación y desarrollo social de los hijos en la niñez, se observa cierta relación entre determinadas variables familiares, así como características del estilo educativo y el estilo de crianza de los padres y madres (Del Barrio y Carrasco, 2005; Raya et al., 2010).

En segundo lugar, la literatura científica sostiene que el estilo parental influye en diversos aspectos del desarrollo del niño, entre ellos destacamos la competencia social (Romero et al., 2016), la inteligencia emocional (Carrillo et al., 2018), el rendimiento académico (Checa y Abundis-Gutiérrez, 2017) o los problemas tanto de tipo

externalizante como internalizante (Raya, 2008). En este sentido señalamos que la crianza que recibe un niño influye en su actuación ante determinados contextos.

En tercer lugar, entre los principales factores etiológicos de la ansiedad y la depresión, se hallan los factores sociales y ambientales, los cuales determinan la aparición de estos problemas (Balleespí, 2014; Yap y Jorm, 2015).

Por último, se ha podido comprobar, según diversas investigaciones anteriores, que entre los factores sociales y ambientales se encuentran los estilos de crianza de los progenitores, mostrándose estos como los factores claramente relacionados con los problemas internalizantes, en concreto, con la ansiedad y la depresión (Chorot et al., 2017; Roa y Del Barrio, 2002).

En relación con estas conclusiones generales expuestas y teniendo en cuenta que son más escasos los trabajos centrados en menores que presentan estos tipos de problemas internalizantes, se hace necesario indagar y profundizar en este campo para conocer los comportamientos o conductas más acordes en la crianza de los hijos, con la finalidad de prevenir el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión. Así, a través de estas inquietudes surgen los objetivos de nuestro estudio.

En este trabajo de investigación se trata de dar respuesta a los siguientes **objetivos**:

1. Realizar una descripción y diferenciación de las principales características demográficas de los padres y madres (edad, sexo...), determinados aspectos de su vida familiar (horas con el hijo, frecuencia de castigo...) y sus estilos de crianza, estableciendo diferencias entre el estilo de crianza de ambos progenitores.
2. Analizar la relación entre determinadas características de los padres y madres, variables del entorno familiar y los factores del estilo de crianza de los progenitores sobre el desarrollo de la ansiedad y depresión en sus hijos.
3. Realizar un análisis conjunto e interactivo de las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza, elaborando para ello un modelo de crianza relacionado con la ansiedad y la depresión en los hijos, basado en el análisis de regresión múltiple.
4. Determinar si se muestran diferencias en las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo en la variable ansiedad.

5. Establecer cuáles son las variables demográficas, del entorno familiar y factores del PCRI que están relacionados con la presencia o ausencia de la ansiedad, desarrollando un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad.
6. Determinar si se muestran diferencias en las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo, en este caso, en la variable depresión.
7. Establecer cuáles son las variables demográficas, del entorno familiar y factores del PCRI que están relacionados con la presencia o ausencia de la depresión, desarrollando un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo en este problema internalizante.

En base a estos objetivos planteados, este estudio pretende dar respuesta a las siguientes **hipótesis**:

1. Existen diferencias entre padres y madres en relación a determinadas variables demográficas, del entorno familiar y los estilos de crianza empleados con sus hijos. Esta hipótesis queda fundamentada en resultados obtenidos por autores como Del Barrio y Carrasco (2005) o Raya et al. (2010) que señalaban diferencias en este sentido.
2. Se aprecia una relación entre algunas variables demográficas, características del entorno familiar y los estilos de crianza de padres y madres y la ansiedad y depresión en sus hijos. Estudios como los de Rosa-Alcázar et al. (2014) indicaban cierta relación entre el estilo de crianza parental y los síntomas psicopatológicos por parte de los hijos, otros autores como Yap y Jorm (2015) relacionaban estos problemas internalizantes con variables como la estructura familiar.
3. Se muestran diferencias entre el estilo de crianza y los factores contextuales observados por un grupo de niños con puntuaciones de riesgo en ansiedad y los de otro grupo de niños con puntuaciones bajas en esta variable. Esta hipótesis se fundamenta en los resultados obtenidos en trabajos como los de Espinosa (2009), Rando y Cano (2013) o Van der Sluis et al. (2015).
4. Se muestran diferencias entre el estilo de crianza y los factores contextuales observados por un grupo de niños con puntuaciones de riesgo en depresión y los de otro grupo de

niños con puntuaciones bajas en este problema internalizante. Estudios como los de Del Barrio (2014) o Orgilés et al. (2017) referidos en el capítulo IV sirven como ejemplo de los datos que fundamentan esta hipótesis.

CAPÍTULO 6: PRIMER ESTUDIO

1. Justificación y objetivos del estudio

Teniendo en cuenta las conclusiones extraídas de los primeros trabajos publicados sobre la temática de este estudio, se ha llegado a la conclusión de que existen diversos aspectos del contexto y estructura familiar que pueden estar relacionados con las características del estilo de crianza de los padres y madres. Además, se ha percibido que estos factores contextuales y estructurales de la familia junto con las características del estilo de crianza de los progenitores están relacionados con numerosos problemas en diferentes ámbitos del desarrollo del niño, presentando una mayor relevancia en esta investigación los problemas de tipo internalizantes, entre ellos la ansiedad y la depresión.

Con este primer estudio se pretende dar respuesta y profundizar sobre este tipo de problemas que pueden sufrir los niños, conociendo las variables familiares que afectan en mayor o menor medida. Para ello, en este estudio se han planteado los siguientes objetivos de los mencionados anteriormente:

1. Realizar una descripción y diferenciación de las principales características demográficas de los padres y madres (edad, sexo...), determinados aspectos de su vida familiar (horas con el hijo, frecuencia de castigo...) y sus estilos de crianza, estableciendo diferencias entre el estilo de crianza de ambos progenitores.
2. Analizar la relación entre determinadas características de los padres y madres, variables del entorno familiar y los factores del estilo de crianza de los progenitores sobre el desarrollo de la ansiedad y la depresión en sus hijos.
3. Realizar un análisis conjunto e interactivo de las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza, elaborando para ello un modelo de crianza relacionado con la ansiedad y la depresión en los hijos, basado en el análisis de regresión múltiple.

2. Método

2.1. Participantes

Se seleccionó una muestra compuesta por 554 niños pertenecientes a centros de la provincia de Córdoba y Jaén, así como sus respectivos padres, madres y tutores, que han aportado la fuente de información para el estudio.

De estos 554 sujetos, 288 (52%) eran niños y 266 (48%) niñas, con una edad media de 7.49 (DT = 2.69), con un mínimo de 3 años, un máximo de 13.

Respecto al ciclo educativo el rango oscilaba entre el segundo ciclo de Educación Infantil y el tercer ciclo de Educación Primaria, con la siguiente distribución: Educación Infantil = 174 (31.4%), 1º ciclo de Educación Primaria = 111 (20%), 2º ciclo de Educación Primaria = 129 (23.3%) y 3º ciclo de Educación Primaria = 140 (25.3%).

Por su parte, la edad media de los padres era de 40.25 (DT = 5.55), con un rango entre 27 y 70 años, mientras que la edad media de las madres era de 38.24 (DT = 4.91), situándose el rango en este caso entre 25 y 56 años.

2.2. Instrumentos

Para la recogida de la información se utilizaron dos instrumentos estandarizados y otro de elaboración propia para reunir información sobre las características de cada familia. Seguidamente se detalla cada uno de estos instrumentos:

Cuestionario de datos demográficos generales de padres y madres y del entorno familiar, elaborado para este estudio y compuesto por los apartados siguientes:

- Edad del hijo/a.
- Sexo del hijo/a.
- Curso y ciclo del hijo/a, como se ha mencionado en el apartado referente a los participantes, este estudio se centra en niños desde el segundo ciclo de Educación Infantil hasta el tercer ciclo de Educación Primaria.
- Edad, tanto del padre como de la madre, como se ha detallado anteriormente, los padres se encuentran entre los 27 y 70 años. En cambio, las madres entre los 25 y 56 años.
- Nivel educativo de ambos progenitores, constituía cuatro niveles: sin estudios, con estudios primarios, con estudios de bachillerato o formación profesional (F.P.) y con estudios universitarios.
- Horas con el hijo/a tanto el padre como la madre, estos debían informar sobre el número de horas diarias, sin contar la noche, que pasan con su hijo o hija. Las diversas respuestas posibles eran: menos de 2, de 2 a 4, de 4 a 6 y más de 6.

- Frecuencia que riñen a su hijo/a ambos progenitores. Las opciones de respuesta eran: cada día, semana, mes y esporádicamente.
- Frecuencia que castiga a su hijo/a tanto el padre como la madre. Las opciones de respuesta eran: cada día, semana, mes y esporádicamente.
- Número de hijos/as: los progenitores debían indicar el número de hijos o hijas que convivían en la unidad familiar.
- Orden que ocupa el hijo/a entre sus hermanos/as: se requería que los progenitores indicaran el orden que ocupaba el niño o niña participante en el estudio entre sus hermanos.
- Grado de implicación de los padres: el maestro debía puntuar de cada niño o niña entre 1 y 4 el grado de implicación de los padres en la educación de su hijo.

Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) de Roa y Del Barrio (2001) adaptado del *Parent-Child Relationship Inventory* (Gerard, 1994), que evalúa las actitudes paternas y maternas en referencia a los estilos de crianza de sus hijos e hijas.

Se compone por 78 ítems con cuatro opciones de respuesta: en total desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo. Estos 78 ítems se agrupan en siete escalas:

- Apoyo: nivel de apoyo social y emocional que una madre o padre está recibiendo. Expresado mediante ítems como “cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a”.
- Satisfacción con la crianza: satisfacción que obtiene un padre o madre por el hecho de serlo. Incluye ítems como “a menudo me pregunto qué ventajas tiene criar hijos”.
- Compromiso: grado de interacción y conocimiento que los progenitores tienen de su hijo. Por ejemplo “quiero a mi hijo/a tal como es”.
- Comunicación: percepción que los progenitores tienen sobre la efectividad de la comunicación con su hijo/a. Expresada mediante ítems como “cuando mi hijo/a está molesto por algo, generalmente me lo dice”.
- Disciplina: nivel de exigencia de cumplimiento de las normas. Incluye ítems como “cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta”.
- Autonomía: habilidad para proporcionar independencia al hijo/a. Con ítems como “me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño”.

- Distribución de rol: actitudes acerca del papel que desempeña el género en la crianza. Por ejemplo “las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños”.

Por último, también se incluye una pequeña escala para detectar la tendencia de respuesta hacia la deseabilidad social.

Se considera que una alta puntuación en algunas de las escalas muestra una actitud buena en la crianza (estilo democrático), por el contrario, las puntuaciones bajas indican que el estilo de crianza no presenta ser cálido.

La consistencia interna para todas las escalas que lo componen, obtenida mediante el coeficiente alpha de Cronbach, oscila entre .48 de la escala de Autonomía y .68 de la escala de Compromiso. Además, según Roa y Del Barrio (2001), muestra una buena validez de constructo, dadas las altas correlaciones entre las distintas escalas del cuestionario, obteniéndose en las escalas más importantes de la crianza como son: Compromiso-Satisfacción con la crianza (.58), Compromiso-Comunicación (.64), Disciplina-Apoyo (.52), Disciplina-Autonomía (.44) y Satisfacción con la crianza-Disciplina (.43).

Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) (Reynolds y Kamphaus, 2004): es una adaptación al castellano del original en lengua inglesa *Behavior Assessment System for Children*. Evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas y adaptativas, utilizando distintas fuentes de información (padres, tutores y niños) y distintos métodos (cuestionarios, historia del desarrollo y observación). En este caso se ha empleado el cuestionario para padres.

Este cuestionario se encuentra agrupado en tres niveles según la edad (3-6, 6-12, 12-18) y presenta un índice de consistencia interna de entre .70 y .90 para los tutores, entre .70 y .90 para los padres y entre .70 y .80 para los niños, según las escalas. Respecto a la correlación test-retest, los valores son .89, .91 y .82 para los tres niveles del cuestionario para tutores; .85, .88 y .70 para los tres niveles del cuestionario de padres y .76 en todos los niveles del autoinforme del niño o adolescente.

De las distintas escalas que se observa en el instrumento, se han usado para este estudio las que se encuentran dentro de la dimensión “Interiorizar Problemas”, que son:

- **Ansiedad:** definida por el instrumento como “tendencia a estar nervioso, asustado o preocupado por problemas reales o imaginarios”. Los índices de consistencia interna oscilan en .55 en Infantil y .59 en Primaria.
- **Depresión:** según este instrumento son “sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden dar como resultado una incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas (síntomas neurovegetativos) o pueden acarrear pensamientos de suicidio”. Esta escala presenta unos índices de consistencia interna de .70 en Infantil y .77 en Primaria.

Las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas son transformadas en puntuaciones T que equilibran los efectos de la edad sobre las distintas variables, estableciendo comparaciones entre sujetos de diferentes edades. Estas puntuaciones T pueden oscilar entre 0 y 100, constituyéndose distintos niveles, de esta manera las puntuaciones por debajo de 30 se consideran muy bajas, por debajo de 40 bajas, entre 40 y 60 nivel medio, por encima de 60 en riesgo y por encima de 70 clínicamente significativo.

2.3. Procedimiento

Tras la aprobación del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de Córdoba (España), que certificó que el proyecto respeta los principios establecidos por las declaraciones internacionales y la legislación nacional específica, se contactó con 8 colegios de Educación Infantil y Primaria de las provincias de Córdoba y Jaén seleccionados de manera aleatoria, de los que 6 accedieron a participar en el estudio. De estos 6 colegios, 2 pertenecían a las capitales mientras que los otros 4 estaban situados en distintas localidades. Así, tras suministrar un total de 600 cuestionarios, se obtuvo información de 554 participantes.

Tras el consentimiento de los equipos directivos, cada tutor informó a las familias sobre el procedimiento para responder a los cuestionarios. Las familias que accedieron a participar en esta investigación recibieron un sobre que contenía un ejemplar del BASC en su forma P (padres) y en sus distintas versiones según la edad de su hijo, y dos ejemplares del PCRI, uno para el padre y otro para la madre, además de aspectos demográficos y familiares mencionados en la descripción del instrumento. El plazo de entrega para devolver el sobre cerrado, para así proteger el anonimato, fue de dos semanas.

Una vez recogida la información de 442 padres y 497 madres correspondientes a 554 niños entre 3 y 12 años, se pasó a la tabulación de estos, concluyendo con la realización de los análisis con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

2.4. Diseño

Se trata de un estudio con diseño ex post facto prospectivo transversal, en el que, por un lado, se describen los resultados obtenidos por la muestra en cada una de las variables, y por otro lado se analiza la relación entre distintos factores del entorno familiar y el estilo de crianza parental y la ansiedad y la depresión.

Para ello, tras obtener los principales datos descriptivos, se ha realizado el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables contempladas en el estudio, como estadístico indicativo de la relación directa o inversa entre dos variables continuas, representada con un coeficiente con valor absoluto entre 0 y 1 y signo negativo y positivo.

Por último, se ha aplicado un análisis de regresión múltiple para cada una de las variables dependientes (ansiedad y depresión). Este análisis da como resultado una ecuación compuesta por un conjunto de variables que se relacionan de manera conjunta con la variable dependiente, generando un modelo en el que determinadas puntuaciones en estas variables se relacionan con altas o bajas puntuaciones en ansiedad y depresión.

Las variables contempladas en este estudio han sido las siguientes:

- Variables dependientes:

- Puntuación T en Ansiedad según la versión para padres del BASC.

- Puntuación T en Depresión según la versión para padres del BASC.

- Variables independientes:

- Factores demográficos y del entorno familiar: edad del hijo, sexo del hijo, curso y ciclo del hijo, nivel educativo, horas con el hijo, frecuencia que riñe a su hijo, frecuencia que castiga a su hijo y grado de implicación tanto del padre como de la madre, además del número de hijos y orden que ocupa el hijo entre sus hermanos.

Factores del estilo de crianza tanto del padre como de la madre medidos con el PCRI-M: apoyo percibido, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación disciplina, autonomía y distribución de rol.

3. Resultados

3.1. Descripción de las principales variables demográficas y del entorno familiar y factores del PCRI

En primer lugar, se ha realizado una descripción de los resultados obtenidos en cada una de las variables demográficas y del entorno familiar, comparando las puntuaciones obtenidas por padres y madres en cada caso.

Al clasificar la muestra tanto de madres como de padres según el nivel educativo, las puntuaciones obtenidas en las distintas agrupaciones con respecto a los padres fueron: sin estudios 12 (2.8%), con estudios primarios 229 (53.8%), con bachillerato o formación profesional 102 (23.8%) y con estudios universitarios 85 (19.9%). Por otro lado, en referencia a las madres, la distribución de la muestra en esta variable es bastante similar: 9 (1.8%), 229 (45.7%), 149 (29.7%) y 114 (22.8%), respectivamente.

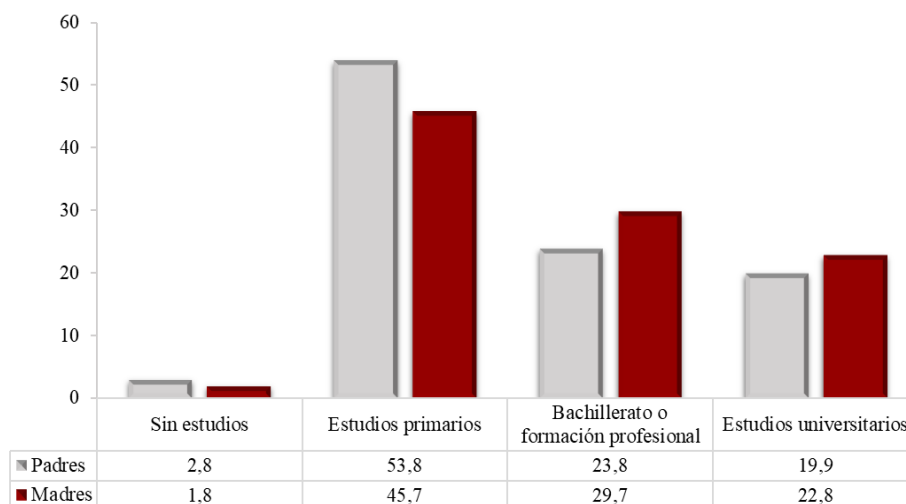


Figura 3. Porcentajes de padres y madres según el nivel educativo.

En lo referente a la cantidad de horas que el padre o la madre pasa con los hijos, en relación con el padre, los resultados obtenidos muestran que el número de padres en cada categoría era: 49 (11.4%) para la categoría “menos de 2 horas”, 187 (43.7%) para la categoría “de 2 a 4 horas”, 129 (30.1%) para la categoría “de 4 a 6 horas” y 63 (14.7%)

que pasaban “más de 6 horas” diarias. En cuanto a las madres, las puntuaciones obtenidas fueron: 4 (0.8%), 28 (5.6%), 100 (26.6%) y 365 (73.4%), respectivamente.

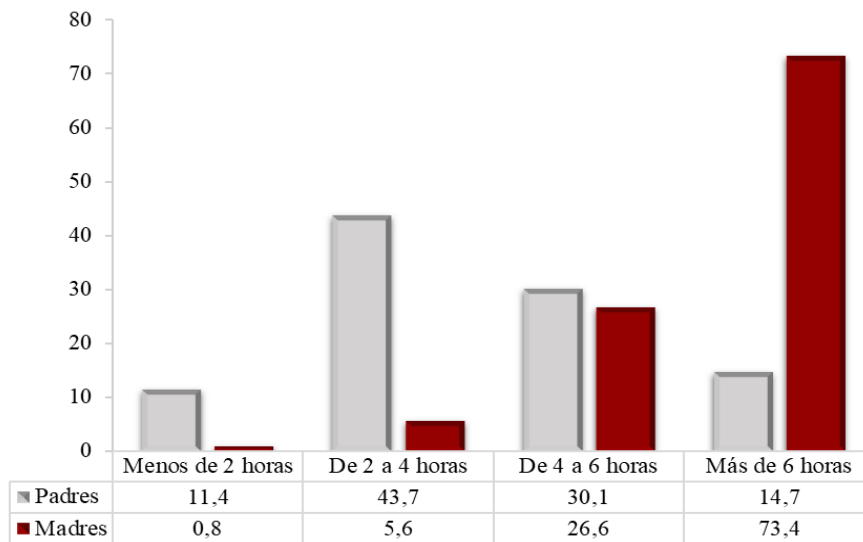


Figura 4. Porcentajes de padres y madres según la cantidad de horas que pasan con los hijos.

En cuanto a la muestra tanto de madres como de padres según la frecuencia que riñen a sus hijos, se han establecido cuatro categorías. Con relación a los padres que respondieron esta variable, las puntuaciones obtenidas muestran que: 138 padres (32.2%) lo hacían cada día, 78 (18.2%) cada semana, 13 (3%) cada mes y 198 (46.3%) esporádicamente. Las distribuciones mostradas por las respuestas de las madres fueron: 269 (54.5%), 63 (12.8%), 10 (2.0%) y 152 (30.8%), respectivamente.

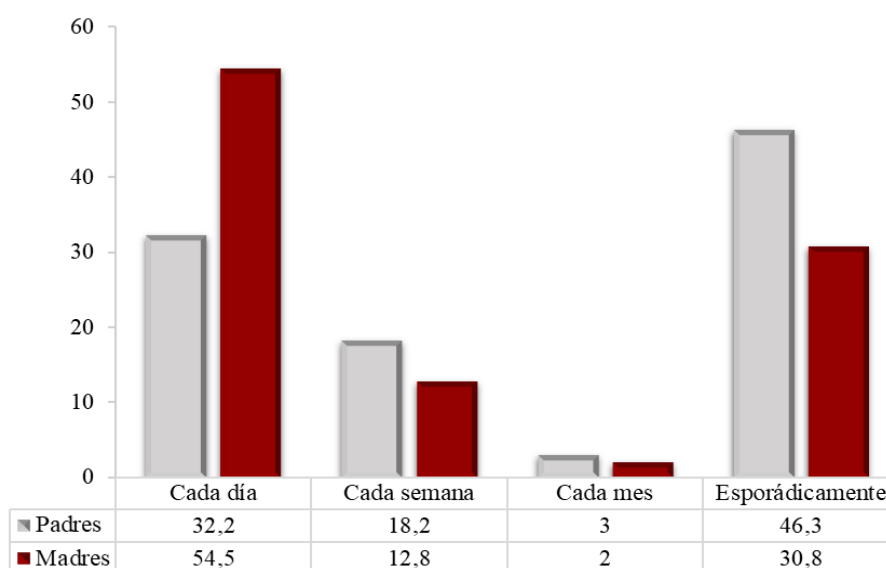


Figura 5. Porcentajes de padres y madres según la frecuencia que riñen a sus hijos.

Por otro lado, en cuanto a la frecuencia con que castigan tanto las madres como los padres a sus hijos, se observaron los siguientes resultados. Las respuestas obtenidas por los padres que participaron eran: 20 (4.7%) cada día, 57 (13.5%) cada semana, 27 (6.4%) cada mes y 318 (75.4%) esporádicamente. En relación a las madres, los resultados quedan recogidos en las cuatro categorías del siguiente modo: 55 (11.3%), 88 (18%), 26 (5.3%) y 319 (65.4%), respectivamente.

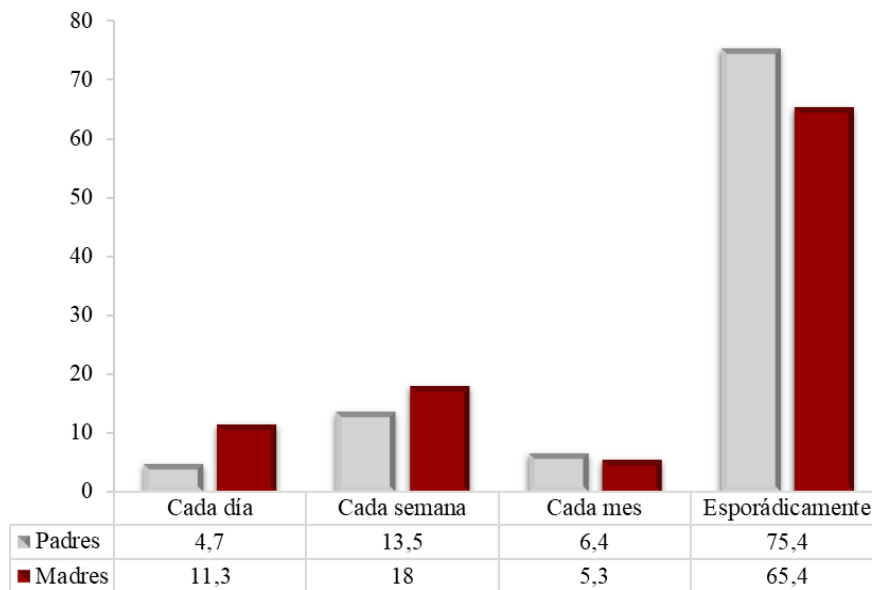


Figura 6. Porcentajes de padres y madres según la frecuencia que castigan a sus hijos.

En cuanto a la variable número de hijos, se puede observar que la mayoría de las familias (62.7%) estaban compuesta por dos hijos, seguidas de aquellas compuestas por 3 hijos (17.6%), un hijo único (16.8%) y cuatro hijos (2.4%). Solo el 0.2% de las familias tenían 5 o más hijos.

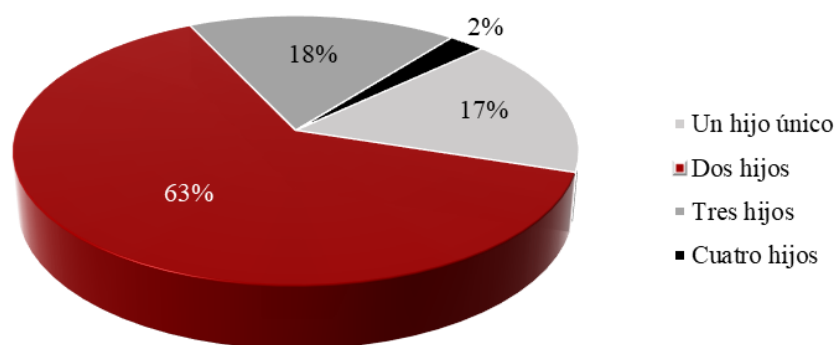


Figura 7. Porcentajes según el número de hijos que tiene una familia.

Otra variable estudiada es el orden que ocupa el hijo concreto entre sus hermanos. Teniendo en cuenta que la mayoría de las familias tenían 2 o menos hijos, el orden que presenta una mayor frecuencia ha sido el primero, con un 49.9% y el segundo con un 38.8%. Los niños nacidos en tercer orden suponían un 9.9%, teniendo un menor valor significativo (1.2%) los niños nacidos en cuarto lugar o más.

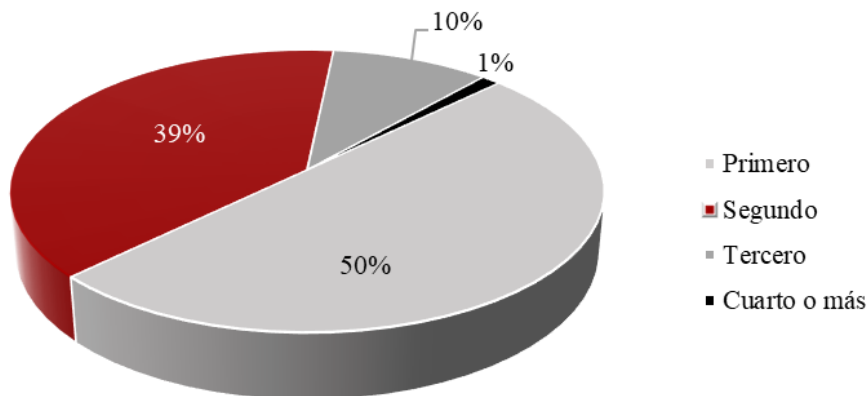


Figura 8. Porcentajes según el orden que ocupa el hijo entre sus hermanos.

Por último, los tutores de los niños valoraron la implicación de los padres en la educación de sus hijos. Los resultados mostraron que las puntuaciones en las distintas variables fueron: mucho (39.8%), bastante (38%), poco (4.5%) y nada (17.7%).

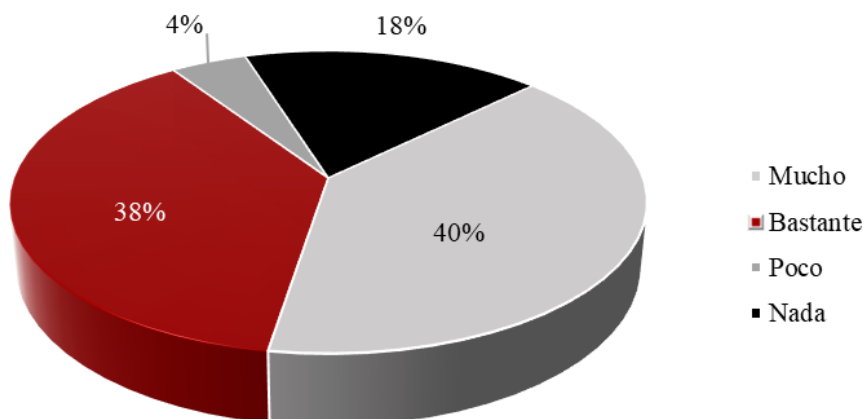


Figura 9. Porcentajes según la implicación de los padres en la educación de sus hijos.

A continuación, se describen los resultados obtenidos con respecto al estilo de crianza parental, teniendo en cuenta que las puntuaciones altas se identifican con un buen estilo de crianza. En la Figura 10, se muestra la puntuación media obtenida por los padres y madres en cada una de las variables del estilo de crianza. No obstante, también se

consideró interesante estudiar las posibles diferencias que podrían existir entre el estilo de crianza de los padres y de las madres, para lo que se aplicó la prueba T de Student para el contraste de medias. Según estos resultados aparecen ciertas diferencias, señalándose en variables como el apoyo $t = 4.958$ (0.000), el compromiso $t = -5.616$ (0.000), la comunicación $t = -5.065$ (0.000) y la disciplina $t = 2.221$ (0.027).

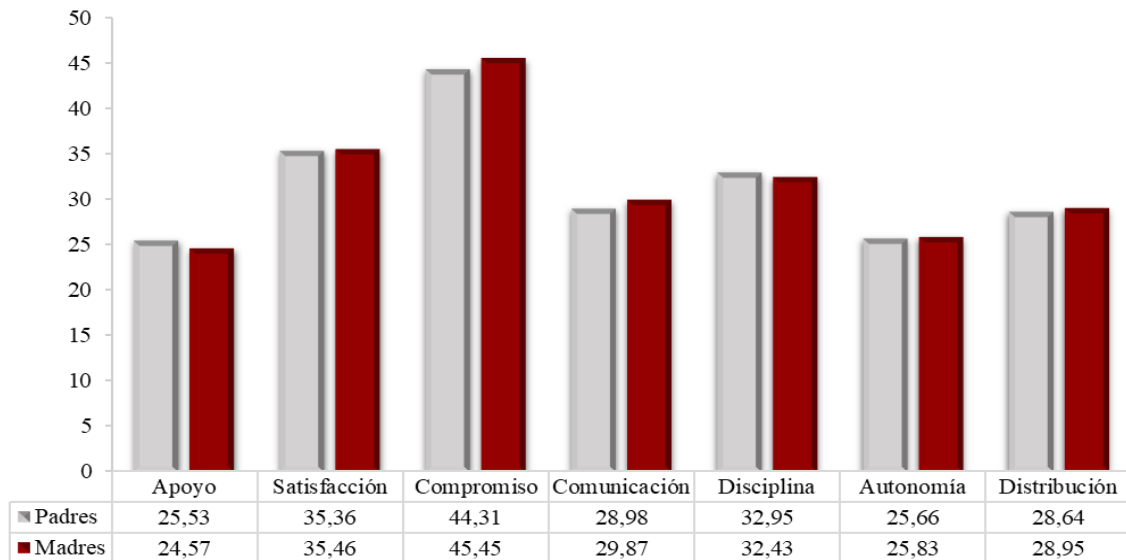


Figura 10. Puntuaciones medias de padres y madres en los factores del estilo de crianza parental.

Posteriormente se ha realizado una descripción de las variables de tipo internalizantes, medidas en los niños a través de la percepción de sus progenitores.

Para la variable depresión, se ha obtenido una puntuación T media de 48.85 (DT = 10.62). Las puntuaciones de los participantes oscilaron en un rango entre 27 y 97. Por otro lado, se obtuvo en ansiedad una media de 50.94 (DT = 10.59), situándose las puntuaciones entre un mínimo de 26 y un máximo de 90.

En referencia a la clasificación de los sujetos según los niveles establecidos por el BASC, la Figura 11 refleja el porcentaje de sujetos, en relación con la depresión y la ansiedad, que han sido clasificados como muy adaptados, adaptados, en un rango normal, en riesgo y clínicamente significativos.

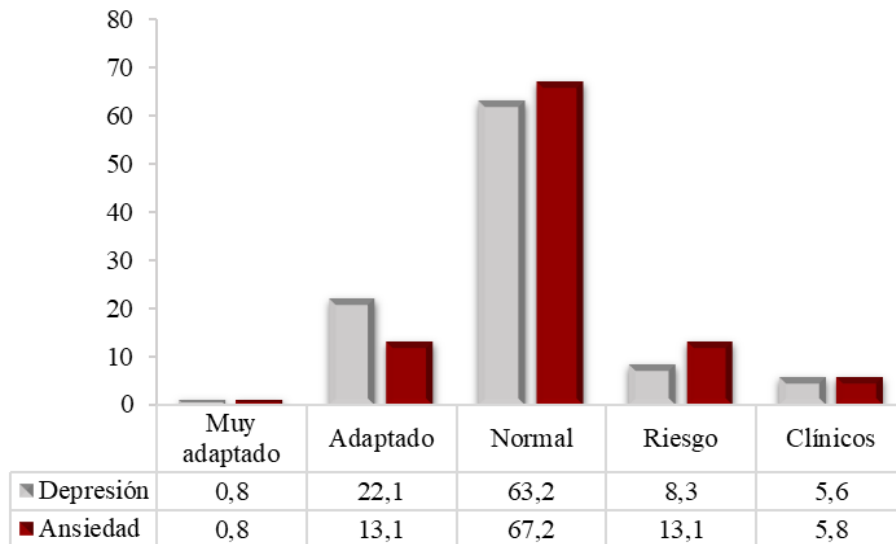


Figura 11. Clasificación de los niños y niñas según su puntuación en depresión y ansiedad.

3.2. Relación entre las variables demográficas, del entorno familiar y los factores del PCRI con la depresión y ansiedad

Posteriormente, para identificar aquellas variables relacionadas con la depresión y ansiedad, se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson para describir la relación entre estas dos variables dependientes y distintas variables demográficas y del entorno familiar de los padres y las madres (Tabla 21). Se han obtenido coeficientes de correlación negativos en la mayoría de los casos, lo que indica una relación inversa entre ambos factores.

En relación a la depresión, destaca una correlación significativa en la frecuencia que castiga y riñe tanto el padre como la madre, siguiendo el orden que ocupa el hijo, las horas del hijo con el padre y el grado de implicación de los padres. Por otro lado, en la ansiedad esta significatividad es mayor en el nivel de estudios del padre y madre, las horas del hijo con el padre y menor en la frecuencia que riñe la madre.

Tabla 21. Relación entre la depresión y la ansiedad, y las variables demográficas y del entorno familiar.

	Depresión	Ansiedad
Edad del alumno	0.057	-0.019
Orden que ocupa el hijo	-0.131**	-0.030
Número hijos de la familia	-0.042	-0.058
Edad padre	-0.069	-0.033
Nivel estudios padre	-0.093	-0.163**
Horas con el hijo padre	-0.146**	-0.142**
Frecuencia riña padre	-0.215**	-0.080
Frecuencia castigo padre	-0.187**	-0.049
Edad madre	-0.073	-0.060
Nivel estudios madre	-0.040	-0.135**
Horas con el hijo madre	-0.075	0.047
Frecuencia riña madre	-0.202**	-0.105*
Frecuencia castiga madre	-0.230**	-0.083
Grado implicación padres	-0.143**	-0.034

Nota: ** correlación significativa al nivel .01 y * correlación significativa al nivel .05

A continuación, se muestra el coeficiente de correlación de Pearson para describir la relación entre la depresión y la ansiedad y todos los factores del PCRI de los progenitores (Tabla 22). Al igual que la correlación anterior, la mayoría de las variables han correlacionado de manera inversa con los dos problemas internalizantes mencionados.

Centrándonos en la variable depresión, todas las correlaciones son significativas, en relación a los factores del PCRI de padres y madres, excepto la distribución de rol del padre. En este sentido, los niños cuyos progenitores puntúan más alto en apoyo, satisfacción, compromiso, comunicación, disciplina y autonomía tienden a presentar menores puntuaciones en depresión.

Por otro lado, en el caso de la ansiedad, las relaciones son también inversas, aunque menos significativas. No obstante, destaca la correlación obtenida entre la ansiedad y algunos factores como el apoyo, la disciplina o la autonomía de ambos progenitores.

Tabla 22. Relación entre la depresión y la ansiedad, y las variables del PCRI.

	Depresión	Ansiedad
Apoyo padre	-0.230**	-0.189**
Satisfacción crianza padre	-0.229**	-0.081
Compromiso padre	-0.206**	-0.072
Comunicación padre	-0.156**	0.013
Disciplina padre	-0.312**	-0.189**
Autonomía padre	-0.235**	-0.249**
Distribución de rol padre	-0.002	0.031
Apoyo madre	-0.339**	-0.256**
Satisfacción crianza madre	-0.310**	-0.150**
Compromiso madre	-0.274**	-0.020
Comunicación madre	-0.165**	0.087
Disciplina madre	-0.415**	-0.234**
Autonomía madre	-0.214**	-0.250**
Distribución de rol madre	-0.180**	-0.157**

Nota: ** correlación significativa al nivel .01 y * correlación significativa al nivel .05

Finalmente, para estudiar de manera conjunta e interactiva la relación que existía entre los factores del PCRI, las variables demográficas y familiares, con la depresión y a la ansiedad, se elaboró un modelo de crianza basado en el análisis de regresión múltiple. La finalidad de estos modelos era poder predecir una puntuación alta o de riesgo en cada una de las variables dependientes.

En el caso de la depresión, como se puede apreciar en la Tabla 23, las siete primeras variables que componían el modelo son las que suponen un cambio significativo en F y por lo tanto hacen una aportación significativa al modelo, en el que el valor de R^2 es de .31, explicando por tanto el 31% de la varianza respecto a la depresión. En todas estas variables se han obtenido coeficientes beta negativos excepto para la distribución de rol del padre, por lo que esta variable es predictiva de una puntuación alta en depresión cuando presenta puntuaciones también altas. Para el resto de las variables ocurre lo contrario.

Tabla 23. Modelo de regresión lineal para la depresión.

Modelo	Coef. tip.		Sig.	Intervalo de confianza 95%	
	Beta	t		Inferior	Superior
(Constante)		18.808	.000	89.070	109.890
Satisfacción - madre	-.233	-4.117	.000	-.903	-.319
Disciplina - madre	-.103	-1.491	.137	-.469	.065
Apoyo - madre	-.226	-3.591	.000	-.852	-.249
Frecuencia riña - padre	-.130	-2.593	.010	-1.740	-.238
Distribución rol - padre	.123	2.418	.016	.033	.320
Disciplina - padre	-.127	-2.025	.044	-.545	-.008
Orden hijo	-.094	-1.890	.060	-3.026	.062

En el caso de la ansiedad, se centra la atención el modelo 8 donde F muestra un cambio significativo, presentando una R^2 de .16, lo que nos permite explicar el 16% de la varianza respecto a la ansiedad. Como se puede observar en la Tabla 24, una parte homogénea de las variables actúan como factor protector frente a la ansiedad. Por el contrario, los factores de riesgo son la distribución de rol del padre, las horas que está el hijo con la madre, el grado de implicación de los padres y la satisfacción en la crianza del padre, prediciendo una puntuación alta en ansiedad cuando presentan puntuaciones también altas.

Tabla 24. Modelo de regresión lineal para la ansiedad.

Modelo	Coef. tip.		Sig.	Intervalo de confianza 95%	
	Beta	t		Inferior	Superior
(Constante)		10.147	.000	58.169	86.166
Disciplina - madre	-.221	-3.502	.001	-.703	-.197
Apoyo - padre	-.150	-2.420	.016	-.754	-.078
Distribución rol - padre	.116	2.035	.043	.006	.337
Horas hijo - madre	.130	2.368	.019	.378	4.095
Implicación - padre y madre	.156	2.675	.008	.555	3.647
Autonomía - padre	-.137	-2.221	.027	-.875	-.053
Satisfacción - madre	-.185	-2.641	.009	-.872	-.127
Satisfacción - padre	.146	2.045	.042	.014	.757

4. Discusión

Como anteriormente se ha mencionado, en este estudio se trataba tanto de describir y diferenciar las principales características demográficas, determinados aspectos familiares y los estilos de crianza, como de explicar la relación existente entre estas variables familiares y el estilo de crianza de los progenitores sobre el desarrollo de la ansiedad y depresión en los hijos. Además, se planteaba la posibilidad de elaborar un modelo predictor de la ansiedad y la depresión, basado en estas variables y factores del estilo de crianza.

En primer lugar, centrándonos en las características demográficas y del entorno familiar, no se aprecian diferencias importantes en relación al nivel educativo de los progenitores. Por el contrario, la cantidad de horas que el padre o la madre está con los hijos refleja un número mayor de horas a favor de la madre, deduciendo que en la mayoría de los casos sigue siendo la madre la que dedica un mayor tiempo a las tareas de crianza y educación de los hijos. Estudios centrados en esta relación entre estilos educativos y problemas internalizantes afirman que los menores presentan más estos tipos de problemas cuando perciben que su padre y madre muestran estilos de crianza más diferentes (Berkien et al., 2012). Si unimos lo anterior a lo obtenido en la variable frecuencia con que riñen y castigan, las madres obtienen el doble de puntuaciones que los padres.

Los datos descriptivos sobre el estilo de crianza de padres y madres presentan unas puntuaciones homogéneas. Sin embargo, se aprecian algunas diferencias entre ambos progenitores en variables como el compromiso y la comunicación, lo que muestra que las madres siguen empleando un estilo educativo más democrático (Raya et al., 2010). En el apoyo parental y la disciplina también se han obtenido unos resultados significativos, percibiendo el padre un mayor apoyo en la crianza debido a que es, en la mayoría de los casos, el que pasa más tiempo fuera del hogar por motivos laborales.

En segundo lugar, centrándonos en la relación entre determinadas características de los padres y madres, variables del entorno familiar y los factores del estilo de crianza de los progenitores sobre el desarrollo de la ansiedad y la depresión en sus hijos, se puede concluir que la depresión establece una correlación inversa con las horas que pasa el hijo con su padre, la frecuencia de riña y castigo del padre y la madre. Teniendo como referencia estas dos últimas variables, la frecuencia de reñir y castigar a los hijos sin

ninguna explicación o motivo que los haga entender, a través de la comunicación con ellos, puede provocar en los menores una preocupación difícil de resolver. Richaud de Minzi (2005), encontró diferencias entre las familias autoritarias que promovían en sus hijos una mayor inseguridad, afrontamientos desadaptativos y depresión y los progenitores democráticos que conseguían afrontamientos adaptativos y protectores ante la depresión. Por último, si nos centramos en la implicación de los padres en la educación de sus hijos, podemos concluir, al mostrarse una relación inversa entre esta variable y dicho problema internalizante, que esta actitud positiva ayuda a una menor probabilidad de sufrir depresión en los niños. Por tanto, esta implicación diaria de ambos progenitores es considerado un aspecto relevante para un adecuado desarrollo emocional (Carrillo et al., 2018).

También, se ha obtenido una correlación inversa entre el nivel de estudios del padre y la madre y la ansiedad en los menores. Otra variable que presenta este tipo de correlación son las horas que el padre dedica a sus hijos. Por ello, si este número de horas es mayor, probablemente también lo sea el tiempo de escucha, apoyo... por lo que podría dar lugar a un menor desarrollo de este problema internalizante, la ansiedad.

Los resultados obtenidos están en concordancia con las teorías planteadas por McLeod et al. (2007a), que muestran que los estilos educativos empleados afectan en mayor o menor medida a la aparición de la depresión durante la infancia. De esta forma, las correlaciones obtenidas indican que la depresión está inversamente relacionada con el apoyo parental percibido, la satisfacción con la crianza, el compromiso, la comunicación, la disciplina, la autonomía y la distribución de rol de la madre. Por tanto, los resultados de este estudio, respecto al apoyo parental, muestran que un mayor apoyo percibido por los padres y madres previene la depresión en sus hijos. Este dato es coherente con lo obtenido por Maccoby (1992) que sostiene que un mayor cuidado por parte de los progenitores disminuye la depresión, considerándose en este caso el apoyo recibido por otras personas debido al descuido o rechazo por los progenitores. Los resultados también han reflejado que una mayor satisfacción en la crianza, compromiso o comunicación por los progenitores lleva a una menor probabilidad de que los hijos sufran depresión. Estos resultados obtenidos coinciden con autores como Chorot et al. (2017), McLeod et al. (2007a) o Yap y Jorm (2015). En referencia a la disciplina, entendida como un factor relevante en la crianza de los hijos pudiendo cambiar a medida que los hijos aprenden a autorregular su comportamiento, los datos alcanzados coinciden con lo descrito por

González et al. (2013), señalando que la depresión infantil puede ser consecuencia tanto de una falta de disciplina como de una disciplina excesivamente rígida. Por tanto, los progenitores que emplean una disciplina acorde a los comportamientos de su hijo no deben afectar al desarrollo de dicho trastorno internalizante. En la autonomía, los resultados del estudio apoyan que este factor actúa como protector. Coincidiendo con lo señalado por Maccoby (1992) que determinadas conductas de los progenitores, entre las que se encuentran el control excesivo y la sobreprotección, llevan a una mayor probabilidad de padecer depresión o Del Barrio (2014) al indicar que el mejor tipo de crianza es aquella que muestra un control moderado en los hijos proporcionando afectividad y mostrándole independencia. Por último, se aprecia que las madres que presentan una actitud positiva en el reparto de las tareas de crianza con el padre previenen la aparición de este problema internalizante en los hijos, dada la correlación significativa entre la distribución de rol de la madre y la depresión.

Con respecto al otro problema internalizante, la ansiedad, se muestra que esta se encuentra inversamente relacionada con el apoyo parental, la disciplina y la autonomía de los progenitores, y la satisfacción en la crianza y la distribución de rol de la madre. Para ello, en relación al apoyo parental, los resultados reflejan que un mayor apoyo por parte de los padres y las madres disminuye la ansiedad en sus hijos, ya que se entiende que un menor apoyo parental percibido por los progenitores podría aumentar su estrés provocando con mayor facilidad problemas internalizantes en los hijos. La disciplina en este estudio hace referencia a como señalan Franco et al. (2014) un establecimiento de límites y normas. Por ello, nuestros resultados coinciden con autores como Chorpita y Barlow (1998) o Van der Sluis et al. (2015), ya que comportamientos contrarios como el castigo físico o el no responder a las necesidades de los hijos sí podrían provocarles ansiedad debido a sentimientos de impotencia en los mismos. En relación a la autonomía, los resultados obtenidos reflejan que una mayor autonomía disminuye este problema, en la línea con lo que Hudson y Rapee (2001), así como Yaffe (2017) sostienen, donde una menor libertad para actuar por sí mismos, dando lugar a hijos dependientes, provoca la aparición y aumento de esta ansiedad en los menores. Por último, nos centraremos en la relación inversa que han mostrado algunos de los factores del PCRI respecto a las madres. En lo que se refiere a la satisfacción materna, nuestros resultados coinciden con otros estudios en los que se identificaron predictores de ansiedad fuertemente relacionados con la satisfacción, como la aceptación-rechazo (Espinosa, 2009). Respecto a la distribución

de rol de la madre, al igual que se reflejó con la depresión, puede interpretarse como que las madres que creen que es necesario un mayor reparto de las tareas son las que tienen hijos más adaptados.

A nivel de predicción, en este estudio se ha obtenido un modelo capaz de explicar el 31% de la variabilidad respecto a la depresión. En este caso actúa como factor de riesgo la distribución de rol del padre. Sin embargo, la frecuencia de riña del padre como la disciplina del mismo actúan como factores protectores, lo que muestran un menor nivel de depresión en los hijos. Esto podría explicarse por la menor frecuencia de estos tipos de comportamientos por el padre, a diferencia de las madres que, en la mayoría de los casos al pasar más tiempo con los hijos, son más habituales. Este resultado podría mostrar relación con autores como Hallers-Haalboom et al. (2016) al indicar que las madres emplean más órdenes verbales y disciplina física en comparación con los padres, mostrando en cambio ellos una conducta más relajada ante la respuesta a las necesidades de sus hijos. La satisfacción en la crianza de la madre actúa como factor protector o factor relacionado con una menor depresión en los niños. Por el contrario, cuando la madre se muestra decaída y sin un entusiasmo hacia la crianza de sus hijos, presentando en algunos casos depresión, es mayor la probabilidad de que sus hijos también la desarrollen. Relacionado con este factor es lo señalado por Del Barrio (2014), Han y Shaffer (2013) y Murray et al. (2011), mostrando que las madres que padecen depresión pueden llegar a desarrollarla en sus hijos. De la misma forma, actúa como factor protector el apoyo de la madre, interpretándose que un alto apoyo percibido por las madres en la crianza de los hijos, puede relacionarse con menores niveles de estrés en la crianza y problemas entre ambos progenitores, dando lugar a una menor depresión en los niños. Del Barrio (2014) o Yu et al. (2015) coinciden con esta idea al exponer que la probabilidad en la aparición de la depresión aumenta en el niño cuando en las relaciones familiares se dan con frecuencia conflictos. Por otra parte, la distribución de rol del padre actúa como un factor de riesgo ante la depresión en los menores. Todo podría explicarse por los cambios producidos en el ámbito familiar, que ha llevado a un mayor reparto entre los progenitores en lo que se refiere a la crianza de los hijos, responsabilidades que el padre no termina de asumir, dando lugar entre otros problemas familiares a más conflictos llevándole al desarrollo de sentimientos negativos en los menores (Del Barrio, 2014; Del Barrio y Carrasco, 2013). Nuestros resultados dicen que en este modelo de familia en el que las

madres y padres suelen ser bastante negligentes, una mayor intervención por parte del padre en la crianza, podría agravar la situación.

Con respecto a la ansiedad, se ha conseguido un modelo capaz de explicar el 16% de la variabilidad en relación a la misma. En este caso, como factores protectores ante la ansiedad encontramos la disciplina y la satisfacción de la madre, y el apoyo y la autonomía del padre. En cambio, como factores de riesgo a la ansiedad en los menores, encontramos las horas que pasa el hijo con la madre, en el sentido que un mayor número de horas se traduce en un mayor control y vigilancia en su hijo, lo que puede provocar una excesiva sobreprotección de los padres, dando lugar a una mayor ansiedad en los niños (Hirshfeld et al., 1997; Rando y Cano, 2013; Taylor y Alden, 2006). De forma más concreta, esta sobreprotección ha llevado al desarrollo de la ansiedad por separación en los hijos (Orgilés et al., 2018). La distribución de rol del padre, al igual que se señaló en el modelo explicado sobre la depresión, actúa como factor de riesgo ante la ansiedad en los hijos, lo que podría entenderse como ciertos cambios en la familia que el padre no llega a asumir, surgiendo diversos conflictos ante las tareas de crianza que provoca consecuencias negativas en el desarrollo de los hijos, como por ejemplo ansiedad (Heredia, 2014, Levai et al., 2018; Pérez-Padilla y Menéndez, 2016).

Por otro lado, en este análisis sobre el modelo predictor, se contempla que el grado de implicación de los padres puede obtener consecuencias negativas en el caso que se combinen con bajo nivel de disciplina de la madre y autonomía del padre, en congruencia con lo señalado por Hudson y Rapee (1997); Siqueland et al. (1996); Rando y Cano (2013). Es relevante aclarar que todas estas variables deben ser analizadas en conjunto, por lo que el efecto de cada variable lo ejerce en interacción con las otras variables del modelo. Esto podría ser una explicación de que la variable satisfacción con la crianza del padre sea considerada un factor de riesgo ante la ansiedad.

Con todo lo que se ha expuesto en este estudio y los resultados que de él se obtienen, la aparición de los problemas internalizantes en los menores está muy relacionada con los estilos educativos que los progenitores empleen. No obstante, aunque en algunos casos coincida la característica familiar que presenta un niño con un nivel alto de depresión y ansiedad, según nuestros datos, parece estar más asociada la depresión a una interacción negligente o negativa por parte de los progenitores y la ansiedad con un exceso de control sobre los hijos.

CAPÍTULO 7: SEGUNDO ESTUDIO

1. Justificación y objetivos del estudio

Partiendo de la base teórica, se ha señalado la gran influencia que ejerce el estilo parental, así como determinadas variables, en el desarrollo de la ansiedad en los hijos, además de ser considerado uno de los problemas internalizantes más presentes en los niños.

Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre este trastorno internalizante, así como conocer las variables implicadas en su aparición en la infancia, se han planteado los siguientes objetivos:

1. Determinar si se muestran diferencias en las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo en la variable ansiedad.
2. Establecer cuáles son las variables demográficas, del entorno familiar y factores del PCRI que están relacionados con la presencia o ausencia de la ansiedad, desarrollando un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad.

2. Método

2.1. Participantes

De 550 sujetos de los que se obtuvo información en el primer estudio, se seleccionaron 180 divididos en dos grupos de 90: el primer grupo estaba compuesto por todos los sujetos situados en la zona de riesgo respecto a la variable ansiedad informada por sus progenitores (grupo de riesgo), siendo su puntuación T superior a 60. En el segundo grupo todos los sujetos tenían una puntuación T por debajo de 40 en esta variable (grupo de baja ansiedad). Para ello, ambos grupos (riesgo y baja ansiedad) fueron seleccionados con el criterio de que tuviesen la misma edad y género.

Ambos grupos estaban formados por 46 niños y 44 niñas con edades comprendidas entre 3 y 12 años, siendo la media de edad de 8.00 (DT = 2.756) en el grupo de riesgo y 7.24 (DT = 2.912) en el grupo de baja ansiedad, no existiendo diferencias

significativas entre los dos grupos en relación a esta variable, ya que $t = -1.788$ ($p = 0.076$).

Cada grupo quedaba a su vez distribuido del siguiente modo en cuanto a nivel escolar: 33 sujetos de Educación Infantil, 15 del primer y segundo nivel de Educación Primaria, 20 del tercer y cuarto nivel de Educación Primaria, y 22 de quinto y sexto nivel de Educación Primaria.

2.2. Instrumentos

Para la recogida de la información se utilizaron los mismos instrumentos mencionados en el primer estudio:

- **Cuestionario de datos demográficos generales de padres y madres y del entorno familiar.**
- **Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M)** de Roa y Del Barrio (2001) adaptado del *Parent-Child Relationship Inventory* (Gerard, 1994), que medía las actitudes paternas y maternas hacia la crianza de sus hijos.
- **Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC)** (Reynolds y Kamphaus, 2004), que es una adaptación al español del original en lengua inglesa Behavior Assessment System for Children.

2.3. Procedimiento

De 550 niños y niñas de los que se obtuvo información, a partir de los cuestionarios cumplimentados por la familia (primer estudio), se seleccionaron 180 niños y niñas divididos en dos grupos de 90. El primer grupo estaba compuesto por todos los sujetos situados en la zona de riesgo respecto a la variable ansiedad, siendo su puntuación T superior a 60 según el BASC. En el segundo grupo todos los sujetos tenían una puntuación T por debajo de 40 en esta variable, por lo que pertenecían al grupo de baja ansiedad como también se indicaba en el BASC. Por ello, para homogeneizar las muestras y neutralizar la influencia de variables como el sexo del niño, la edad o el nivel educativo, ambos grupos (riesgo y baja ansiedad) estaban emparejados en relación a estas variables, dentro de las posibilidades que ofrecía la muestra principal.

Una vez realizada esta selección, se llevaron a cabo los análisis con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

2.4. Diseño

Para evaluar las posibles diferencias en el estilo de crianza percibido por los grupos de riesgo y baja ansiedad, se aplicó un diseño ex-post-facto retrospectivo transversal con un grupo cuasi-control. Como variable dependiente se utilizó una variable dicotómica, derivada de la puntuación T obtenida para la ansiedad. Las dos opciones para esta variable fueron 0 para los sujetos con una puntuación de ansiedad baja y 1 para los sujetos en el área de riesgo.

Antes de llevar a cabo el análisis de regresión logística binaria, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para determinar las semejanzas y diferencias entre los dos grupos en que quedó dividida la muestra, en relación a la puntuación en ansiedad.

Luego se realizó un análisis de regresión logística binaria. A partir de los coeficientes estimados por la regresión logística para cada una de las variables, de acuerdo con su probabilidad de pertenecer a cualquiera de los niveles de la variable dependiente, este proceso clasificó a cada sujeto en una de las dos categorías propuestas.

Este análisis de regresión logística permitió como objetivo principal establecer un modelo que predijera la variable dependiente utilizando las variables independientes, el modelo más eficiente fue el que predijo el mayor porcentaje de sujetos correctamente clasificados con el menor número de variables posibles. Este modelo comprende una ecuación formada por los coeficientes estimados y las puntuaciones de las diferentes variables, que produce una puntuación final de entre 0 y 1, con un punto de corte de .5 puntos. Las puntuaciones entre .5 y 1 indican la probabilidad de obtener una puntuación alta en ansiedad; las puntuaciones entre 0 y .5 indican lo contrario.

3. Resultados

3.1. Diferencias entre las características familiares y el estilo educativo recibido por los grupos de riesgo y baja ansiedad

En primer lugar, nos centramos en determinar si había diferencias en las variables demográficas, familiares y en el estilo de crianza experimentado por dos grupos de niños que han obtenido puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad. En la escala de ansiedad, para posibles puntuaciones T entre 0 y 100, el grupo de riesgo obtuvo una puntuación T media de 67.43 (DT = 5.923), que oscilaba entre 60 y 85, mientras que el grupo de baja

ansiedad obtuvo una puntuación media de 35.88 (DT = 3.117), con un mínimo de 26 y un máximo de 40.

En relación a las variables demográficas y del entorno familiar se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las puntuaciones medias obtenidas por el grupo de riesgo y el grupo de puntuación baja en ansiedad. Como podemos ver en la Figura 12, entre estas variables de tipo demográfico y contextual se han seleccionado la edad del alumno, el orden del hijo entre sus hermanos, el número de hijos de la familia y la implicación tanto del padre como de la madre.

Los resultados obtenidos mediante este análisis muestran que: $F_{(1,178)} = 3.196$ ($p = .076$); $\eta^2 = .133$ para la edad del alumno, $F_{(1,178)} = .011$ ($p = .915$); $\eta^2 = .008$ para el orden que ocupa el hijo entre sus hermanos, $F_{(1,178)} = .012$ ($p = .914$); $\eta^2 = .007$ para el número de hijos que tiene la familia y $F_{(1,178)} = 9.184$ ($p = .003$); $\eta^2 = .238$ para la implicación de ambos padres. En cuanto a la diferencia presentada entre las puntuaciones medias obtenidas por los dos grupos, la edad del alumno era superior en el grupo de riesgo, la implicación de los padres en el grupo de baja ansiedad y en las otras dos variables se percibió una mínima diferencia, como se puede ver en la Figura 12. La implicación de los padres fue la única que obtuvo resultados significativos. El tamaño del efecto era moderado respecto a esta variable.

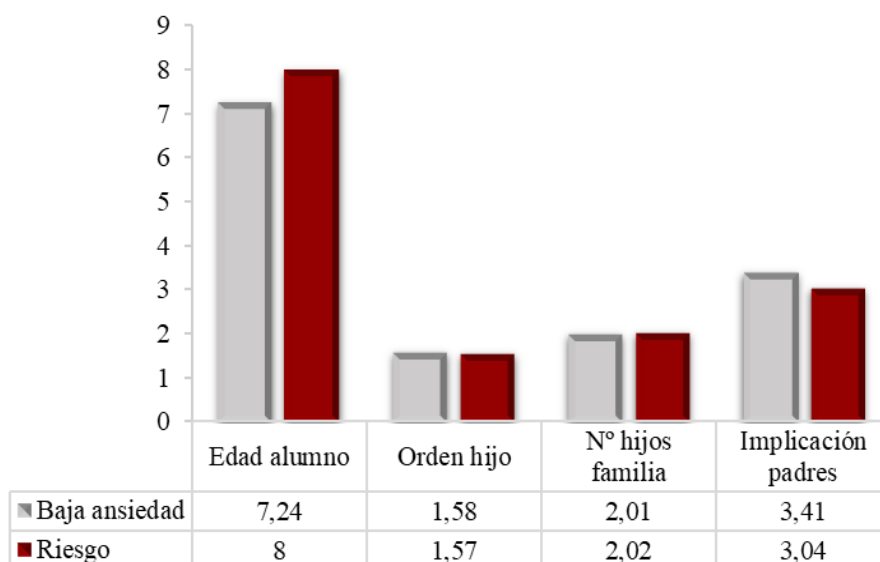


Figura 12. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en la edad del alumno, orden del hijo, número de hijos en la familia e implicación de los padres.

Los resultados referentes a las variables demográficas y del entorno familiar del padre se presentan en la Figura 13, entre estas variables el nivel de estudios del padre y las horas con su hijo resultaron significativas. De este modo, $F_{(1,178)} = 20.377$ ($p = .000$); $\eta^2 = .317$ para el nivel de estudios del padre, $F_{(1,178)} = 13.880$ ($p = .000$); $\eta^2 = .267$ para las horas con el hijo que pasa el padre, $F_{(1,178)} = 1.213$ ($p = .272$); $\eta^2 = .084$ para la frecuencia que riñe al hijo el padre y $F_{(1,178)} = .130$ ($p = .718$); $\eta^2 = .027$ para la frecuencia que castiga al hijo el padre. Los tamaños del efecto eran altos en el nivel de estudios y las horas con el hijo. Como podemos observar en la Figura 13, el grupo de baja ansiedad ha obtenido en todas las variables puntuaciones medias más altas que el grupo de riesgo.

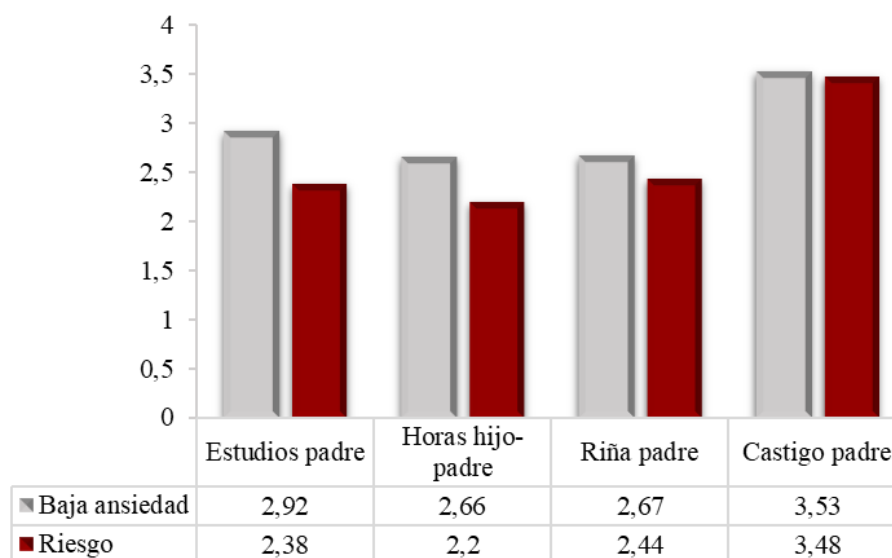


Figura 13. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo del padre.

En el caso de las variables demográficas y familiares en relación a la madre, el nivel de estudios de la madre resultó la única variable significativa. Los resultados obtenidos reflejan los siguientes valores: $F_{(1,178)} = 21.189$ ($p = .000$); $\eta^2 = .328$ para el nivel de estudios de la madre, $F_{(1,178)} = .032$ ($p = .857$); $\eta^2 = .015$ para las horas que pasa el hijo con la madre, $F_{(1,178)} = 1.471$ ($p = .227$); $\eta^2 = .088$ para frecuencia que riñe la madre al hijo y $F_{(1,178)} = 3.592$ ($p = .060$); $\eta^2 = .142$ para la frecuencia que castiga la madre al hijo. Como podemos observar en la Figura 14, el grupo de baja ansiedad ha obtenido en todas las variables puntuaciones medias más altas que el grupo de riesgo excepto en las horas que pasa con el hijo la madre, presentando esta variable una

diferencia insignificante entre ambos grupos. El tamaño del efecto era alto en el nivel de estudios.

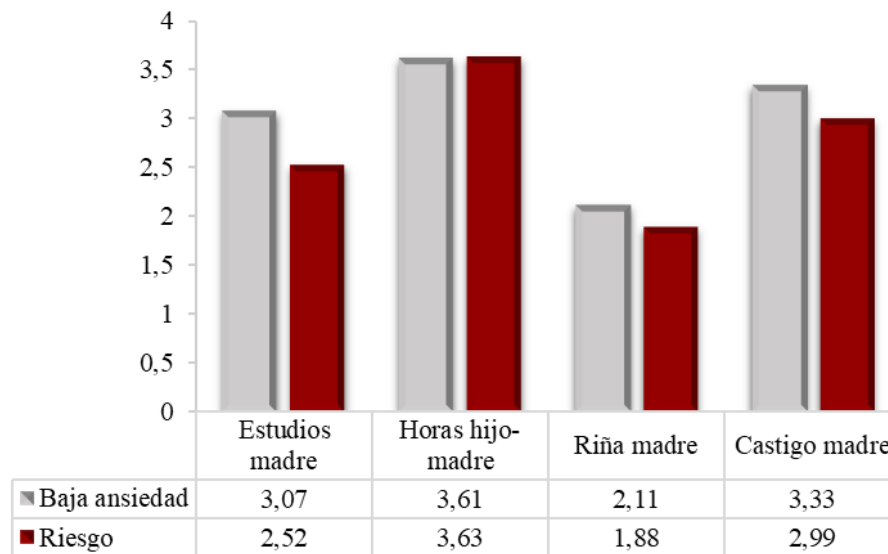


Figura 14. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo de la madre.

Respecto a los factores de estilo de crianza paterno y la edad del padre, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las puntuaciones medias obtenidas por el grupo de riesgo y el grupo de puntuación baja en ansiedad. En relación a los factores del estilo de crianza de los padres los resultados muestran que todas las variables son significativas. Los tamaños del efecto eran muy altos tanto en el apoyo como en la autonomía y altos en el resto de factores del estilo de crianza, a excepción de la comunicación que presentaba un tamaño del efecto moderado. De este modo se obtuvieron: $F_{(1,178)} = 44.333$ ($p = .000$); $\eta^2 = .445$ para el apoyo, $F_{(1,178)} = 34.355$ ($p = .000$); $\eta^2 = .399$ para la satisfacción con la crianza, $F_{(1,178)} = 31.551$ ($p = .000$); $\eta^2 = .386$ para el compromiso, $F_{(1,178)} = 10.228$ ($p = .002$); $\eta^2 = .232$ para la comunicación, $F_{(1,178)} = 30.831$ ($p = .000$); $\eta^2 = .382$ para la disciplina, $F_{(1,178)} = 51.505$ ($p = .000$); $\eta^2 = .472$ para la autonomía, $F_{(1,178)} = 16.930$ ($p = .000$); $\eta^2 = .293$ para la distribución de rol. La edad del padre era la única variable que no mostró resultados significativos, $F_{(1,178)} = .690$ ($p = .407$); $\eta^2 = .062$. En cuanto a la diferencia existente entre las puntuaciones medias obtenidas por los dos grupos, estas eran superiores en todos los casos para el grupo de baja ansiedad, como se puede ver en la Figura 15.

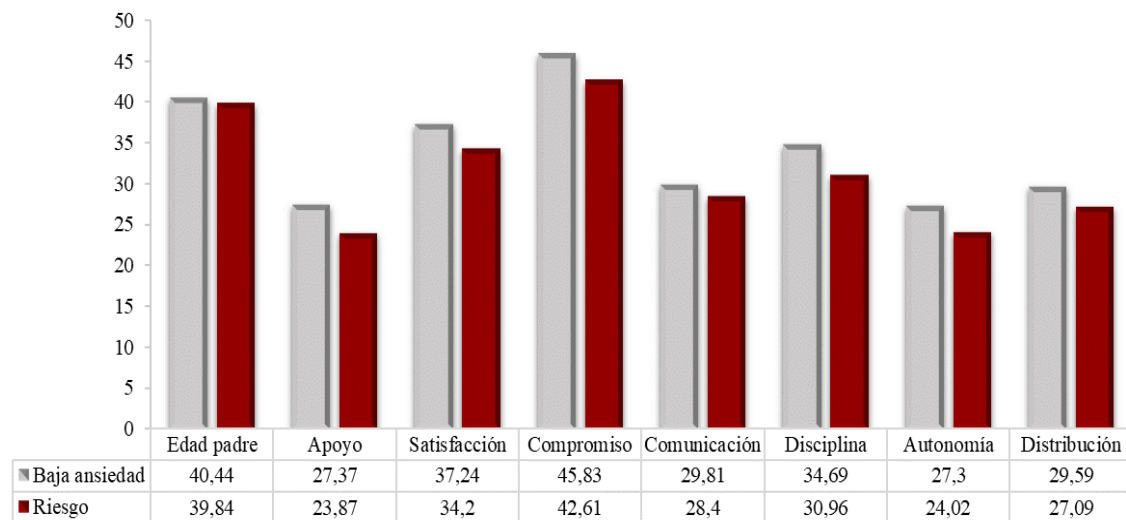


Figura 15. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en los factores del estilo de crianza y la edad del padre.

En el caso de las madres, respecto a los factores del estilo de crianza materno los resultados muestran que todas las variables son significativas. Los tamaños del efecto eran muy altos en todos factores del estilo de crianza, menos en la comunicación, que al igual que se mostró respecto al padre, era moderado. Así, se ha percibido los siguientes valores: $F_{(1,178)} = 74.628$ ($p = .000$); $\eta^2 = .541$ para el apoyo, $F_{(1,178)} = 81.679$ ($p = .000$); $\eta^2 = .559$ para la satisfacción con la crianza, $F_{(1,178)} = 38.196$ ($p = .000$); $\eta^2 = .419$ para el compromiso, $F_{(1,178)} = 6.897$ ($p = .009$); $\eta^2 = .193$ para la comunicación, $F_{(1,178)} = 62.235$ ($p = .000$); $\eta^2 = .506$ para la disciplina, $F_{(1,178)} = 54.800$ ($p = .000$); $\eta^2 = .483$ para la autonomía y $F_{(1,178)} = 37.805$ ($p = .000$); $\eta^2 = .417$ para la distribución de rol.

Como se observa, al igual que en los padres, en las madres todas las variables han obtenido puntuaciones medias más altas en el grupo de baja ansiedad, como queda reflejado en la Figura 16. Por el contrario, la edad de la madre no mostró resultados significativos, $F_{(1,178)} = .333$ ($p = .565$); $\eta^2 = .043$. Como podemos ver en la Figura 16, el grupo de baja puntuación en ansiedad presentó puntuaciones medias significativas más altas en todos los factores a diferencia del grupo de riesgo.

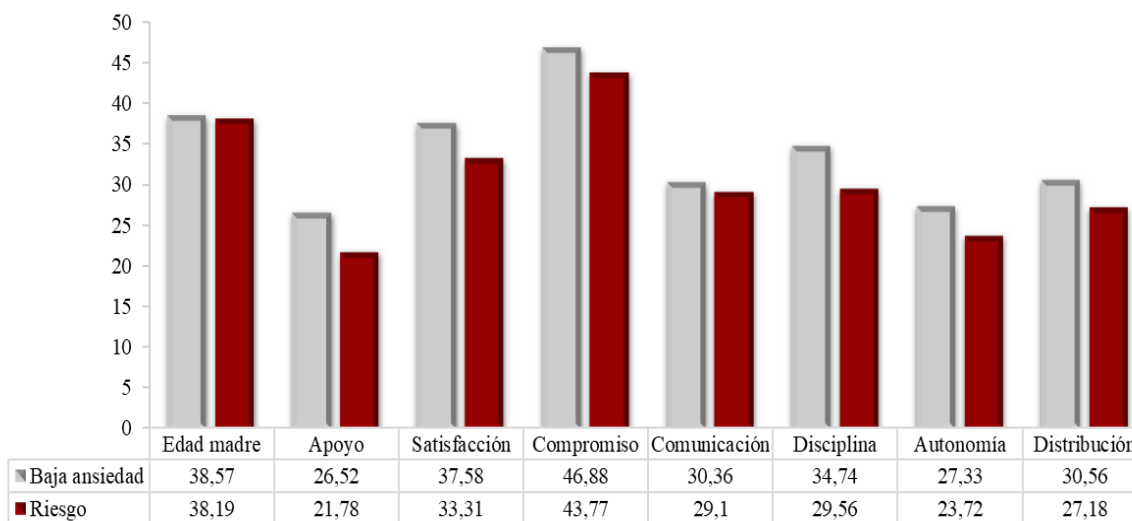


Figura 16. Puntuación media del grupo de baja ansiedad y riesgo en los factores del estilo de crianza y la edad de la madre.

3.2. Modelo predictor de la ansiedad

En segundo lugar, se pretendía desarrollar un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad, en base a ciertas variables de demográficas, del entorno familiar y factores del PCRI.

Modelo predictor de ansiedad basado en los factores del PCRI

En relación a las variables de crianza, los dos grupos fueron sometidos a un análisis de regresión logística binaria, y se estableció un modelo de predicción (uno de varios modelos posibles diferentes) que comprende los siete factores descritos en la Tabla 25.

Este modelo de siete factores fue seleccionado porque predice si un sujeto pertenecerá a un grupo u otro para un gran porcentaje de la muestra con el menor número de variables posibles. Para la clasificación de los sujetos se obtuvo un porcentaje medio del 83.9% para los sujetos correctamente clasificados, con pequeñas diferencias entre los dos grupos: 84.4% para el grupo de riesgo y 83.3% para el grupo de baja puntuación. Por lo tanto, este modelo ofrecía un alto nivel de sensibilidad y especificidad.

En este modelo se ha obtenido una Chi-cuadrado de 130.596 con siete grados de libertad. Este estadístico compara las probabilidades observadas con las predichas por el

modelo. En cuanto a la R^2 de Cox y Snell y la R^2 de Nagelkerke han presentado puntuaciones indicativas de un buen ajuste, pues se han obtenido valores de .516 y .688 respectivamente para los valores entre 0 y 1. En la prueba Hosmer y Lemeshow de correspondencia entre valores reales y previstos de la variable dependiente no se proporcionó resultados significativos, lo que indica también un buen ajuste del modelo, ya que $X^2 = 3.168$ ($p = .923$).

En referencia a este primer análisis centrado en las variables del PCRI, la Tabla 25 presenta las variables incluidas en el modelo y la Figura 17 señala la clasificación de los sujetos según su probabilidad de pertenecer a uno u otro grupo. Posteriormente, en el Anexo 1 aparece un listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en ansiedad según las variables del PCRI, en el que podemos apreciar como queda clasificado cada uno de los sujetos de la muestra en función de la predicción que realiza el modelo generado.

Tabla 25. Variables del PCRI incluidas en el modelo de ansiedad.

VARIABLES	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C. 95% para Exp (B)	
							Inferior	Superior
Compromiso-padre	-.099	.065	2.293	1	.130	.906	.797	1.029
Autonomía-padre	-.355	.096	13.546	1	.000	.701	.580	.847
Apoyo-madre	-.141	.072	3.844	1	.050	.869	.754	1.000
Satisfacción-madre	-.338	.095	12.721	1	.000	.713	.593	.859
Compromiso-madre	-.116	.088	1.746	1	.186	.890	.749	1.058
Disciplina-madre	-.100	.065	2.420	1	.120	.904	.797	1.026
Distribución-madre	-.159	.070	5.115	1	.024	.853	.743	.979
Constante	42.002	7.328	32.851	1	.000	1.743E18		

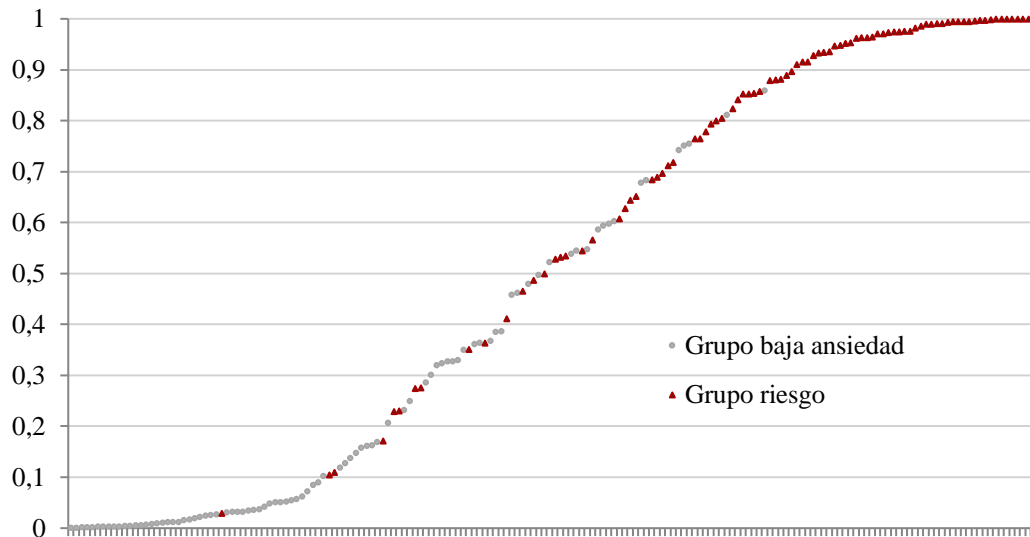


Figura 17. Grupos observados y predicción de probabilidad de ansiedad según las variables del PCRI.

Como se puede observar en la figura anterior, la mayoría de los sujetos del grupo de riesgo tuvieron puntuaciones entre .5 y 1, mientras que la mayoría de los sujetos con puntuaciones bajas tuvieron puntuaciones entre 0 y .5. Cabe destacar la fuerte influencia conjunta de las variables "satisfacción de la madre" y "autonomía del padre" sobre la posibilidad de pertenecer al grupo de riesgo o al grupo de baja puntuación, ya que cuando solo estos factores se insertaron como variables independientes en el análisis de regresión logística, el 79.4% de los sujetos se clasificaron correctamente.

La principal finalidad del análisis de regresión logística es el planteamiento de una ecuación, que nos permita clasificar a los distintos sujetos en uno de los dos grupos de la variable dependiente y conocer su probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo, en función de las variables independientes que componen el modelo.

Esta ecuación se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Probabilidad de } b_1 = 1/1+e^{-z}$$

$$\text{Donde } Z = B_0 + B_1(X_1) + B_2(X_2) + B_3(X_3) + B_n (X_n)$$

Siendo:

Z = combinación lineal de variables.

B_0 = coeficiente estimado de regresión de la constante.

B_1 = coeficiente estimado para la variable 1.

X_1 = valor de la puntuación del sujeto en la variable 1.

b_1 = probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo.

e = base de logaritmos naturales (2.718).

Al trasladar los datos del estudio a la ecuación descrita anteriormente, obtenemos:

$$Z = 42.002 + (-.099) (X_1) + (-.355) (X_2) + (-.141) (X_3) + (-.338) (X_4) + (-.116) (X_5) + (-.100) (X_6) + (-.159) (X_7)$$

dónde:

X_1 = puntuación del padre en el compromiso.

X_2 = puntuación del padre en la autonomía.

X_3 = puntuación de la madre en el apoyo.

X_4 = puntuación de la madre en la satisfacción con la crianza de los hijos.

X_5 = puntuación de la madre en el compromiso.

X_6 = puntuación de la madre en la disciplina.

X_7 = puntuación de la madre en la distribución de rol.

Finalmente, obtenido el valor de Z , se adquiere el valor de b_1 , es decir, la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en ansiedad. Teniendo en cuenta que las opciones de la variable dependiente eran 0 para el grupo de baja ansiedad y 1 para el grupo de riesgo, la puntuación obtenida en b_1 , oscilará entre 0 y 1. Por lo tanto, los sujetos clasificados en el grupo de baja ansiedad presentarán puntuaciones entre 0 y 0.5, en cambio, en el grupo de riesgo se mostrarán aquellos sujetos que su puntuación sea entre 0.5 y 1. A través del paquete estadístico SPSS ha sido calculada de forma automática la probabilidad para cada sujeto, reflejándose en el Anexo 1, posteriormente expuesto.

En el caso de obtener la probabilidad de pertenecer al grupo de baja ansiedad (b_2), se calcularía restando a 1 la probabilidad de b_1 .

A continuación, para comprobar que se muestra una correcta clasificación de los sujetos, se han elegido dos sujetos al azar, uno del grupo de riesgo (sujeto número 48) y

el otro del grupo de baja puntuación (sujeto número 163), y seleccionamos sus puntuaciones en las distintas variables para aplicarlas a la ecuación.

La puntuación en las variables del sujeto número 48 son: compromiso del padre (45), autonomía del padre (19), apoyo de la madre (21), satisfacción de la madre (35), compromiso de la madre (46), disciplina de la madre (31) y distribución de rol de la madre (27). Por lo que la probabilidad de b_1 fue de $.963 > 0.5$. Así, este sujeto estaba bien clasificado por el modelo como perteneciente al grupo de riesgo.

En el sujeto número 163, las variables muestran una puntuación de: compromiso del padre (51), autonomía del padre (27), apoyo de la madre (27), satisfacción de la madre (39), compromiso de la madre (46), disciplina de la madre (35) y distribución de rol de la madre (35). En este caso, la probabilidad de b_1 fue de $.017 < 0.5$. Por lo tanto, este sujeto también fue correctamente clasificado por el modelo, esta vez como perteneciente al grupo de baja ansiedad.

Modelo predictor de ansiedad basado en los factores del PCRI, variables demográficas y entorno familiar

Una vez que se ha realizado el análisis de regresión logística utilizando las variables de crianza, pasamos a realizar dicho análisis con los factores del PCRI, además de las variables demográficas y familiares, para así establecer un modelo de predicción (uno de varios modelos posibles diferentes). Este modelo estaba compuesto por ocho factores, descritos en la Tabla 26 y fue seleccionado porque predice si un sujeto pertenecerá a un grupo u otro para un gran porcentaje de la muestra con el menor número de variables posibles. Con estas variables se alcanzó un 86% de casos correctamente clasificados, obteniéndose un 84.3% para el grupo de riesgo y un 87.6% para el grupo de baja puntuación en ansiedad.

En esta ocasión se ha obtenido una Chi-cuadrado de 138.117 con ocho grados de libertad. La R^2 de Cox y Snell y la R^2 de Nagelkerke han mostrado puntuaciones algo más altas que en el modelo anterior, con las variables demográficas y familiares, presentando un buen nivel de ajuste, con valores de .540 y .720 respectivamente. En la prueba Hosmer y Lemeshow tampoco se han alcanzado resultados significativos, reflejando también un buen ajuste del modelo, ya que $X^2 = 4.173$ ($p = .841$). La Tabla 26 presenta las variables incluidas en el modelo de ansiedad y la Figura 18 presenta la predicción de probabilidad

de ansiedad. El Anexo 2 incluye el listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en ansiedad según variables del PCRI demográficas y del entorno familiar, en el que podemos apreciar como queda clasificado cada uno de los sujetos de la muestra en función de la predicción que realiza el modelo generado.

Tabla 26. Variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar incluidas en el modelo de ansiedad.

VARIABLES	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C. 95% para Exp (B)	
							Inferior	Superior
Horas hijo-padre	-.799	.366	4.779	1	.029	.450	.220	.921
Nivel estudios madre	-.848	.336	6.367	1	.012	.428	.222	.828
Horas hijo-madre	.856	.381	5.054	1	.025	2.355	1.116	4.968
Autonomía padre	-.292	.099	8.710	1	.003	.747	.615	.907
Apoyo madre	-.190	.077	6.033	1	.014	.827	.711	.962
Satisfacción madre	-.381	.101	14.282	1	.000	.683	.560	.832
Compromiso madre	-.157	.095	2.737	1	.098	.854	.709	1.029
Disciplina madre	-.125	.068	3.388	1	.066	.883	.773	1.008
Constante	38.041	6.573	33.491	1	.000	3.319E16		

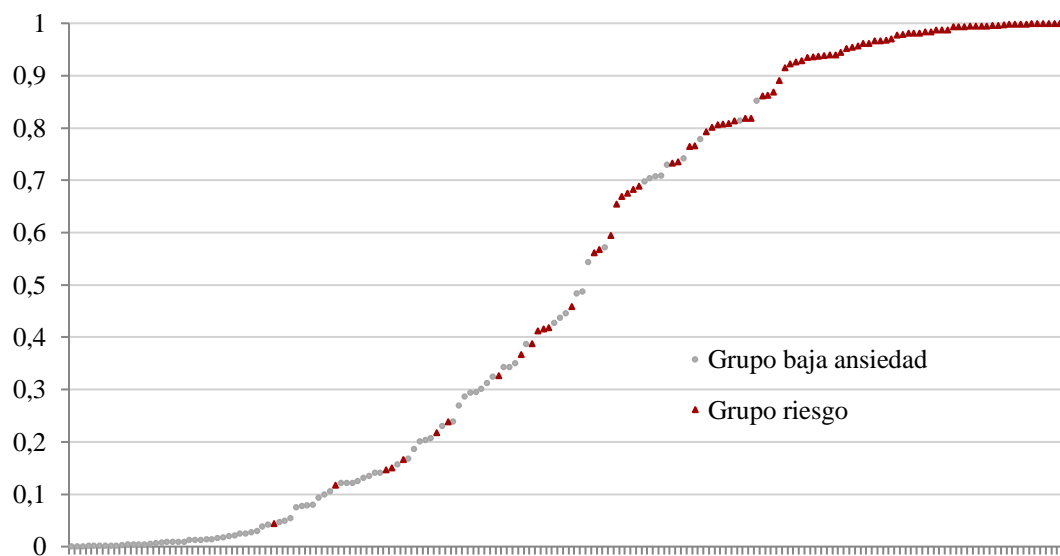


Figura 18. Grupos observados y predicción de probabilidad de ansiedad según las variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar.

Para este modelo compuesto tanto por las variables del PCRI como por las demográficas y del entorno familiar, la expresión sería la siguiente:

$$Z = 38.041 + (-.799) (X_1) + (-.848) (X_2) + (.856) (X_3) + (-.292) (X_4) + (-.190) (X_5) + (-.381) (X_6) + (-.157) (X_7) + (-.125) (X_8)$$

dónde: Z = combinación lineal de las variables.

38.041 = coeficiente estimado de regresión de la constante.

-.799 = coeficiente estimado de la variable horas con el hijo, el padre.

X₁ = puntuación del sujeto X en las horas con el hijo, el padre.

-.848 = coeficiente estimado de la variable nivel de estudios de la madre.

X₂ = puntuación del sujeto X en nivel de estudios de la madre.

.856 = coeficiente estimado de la variable horas con el hijo, la madre.

X₃ = puntuación del sujeto X en horas con el hijo, la madre.

-.292 = coeficiente estimado de la variable autonomía del padre.

X₄ = puntuación del sujeto X en la autonomía del padre.

-.190 = coeficiente estimado de la variable apoyo de la madre.

X₅ = puntuación del sujeto X en la variable apoyo de la madre.

-.381 = coeficiente estimado de la variable satisfacción de la madre.

X₆ = puntuación del sujeto X en la variable satisfacción de la madre.

-.157 = coeficiente estimado de la variable compromiso de la madre.

X₇ = puntuación del sujeto X en la variable compromiso de la madre.

-.125 = coeficiente estimado de la variable disciplina de la madre.

X₈ = puntuación del sujeto X en la variable disciplina de la madre.

Al escoger de nuevo dos sujetos al azar como pueden ser el sujeto número 3 perteneciente al grupo de riesgo y el sujeto número 143 del grupo de baja ansiedad, se aplicó sus puntuaciones a la ecuación.

Teniendo en cuenta la puntuación en las variables del sujeto número 3: horas con el hijo que pasa el padre (2), nivel de estudios de la madre (2), horas con el hijo que pasa la madre (4), autonomía del padre (16), apoyo de la madre (20), satisfacción de la madre (36), compromiso de la madre (51) y disciplina de la madre (32), la probabilidad de b_1 fue de $.981 > 0.5$. Así, este sujeto estaba bien clasificado por el modelo como perteneciente al grupo de riesgo.

Por otro lado, el sujeto número 143 presenta una puntuación en las variables de: horas con el hijo que pasa el padre (4), nivel de estudios de la madre (4), horas con el hijo que pasa la madre (4), autonomía del padre (25), apoyo de la madre (26), satisfacción de la madre (38), compromiso de la madre (48) y disciplina de la madre (34), la probabilidad de b_1 fue de $.025 < 0.5$. Por lo tanto, este sujeto también fue correctamente clasificado por el modelo, esta vez como perteneciente al grupo de baja ansiedad.

4. Discusión

El propósito de este estudio fue analizar si existen diferencias en las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad, además de establecer cuáles de estas variables y factores del PCRI están relacionados con la presencia o ausencia de la ansiedad, desarrollando un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad.

En relación al primer objetivo planteado, se puede concluir que existen diferencias entre el comportamiento del padre y la madre de los dos grupos de niños. Centrándonos en la comparación realizada con el ANOVA descrito anteriormente, todas las variables del estilo de crianza, tanto del padre como de la madre, podrían actuar como buenos predictores de ansiedad, ya que se obtienen diferencias muy significativas en todos los casos, además los tamaños del efecto eran muy altos y altos en la mayoría de los factores, solo moderados en la comunicación tanto del padre como de la madre. Por lo tanto, estamos de acuerdo con Roa y Del Barrio (2001) en que las puntuaciones altas en las escalas del PCRI se relacionan con un estilo de crianza más apropiado que facilita una mejor adaptación en los niños. Por el contrario, no podemos decir lo mismo con los resultados obtenidos en relación a las variables demográficas y del entorno familiar. En este caso, solo se han mostrado diferencias significativas en variables como el nivel de

estudios tanto del padre como de la madre, las horas que pasa el padre con su hijo, además del grado de implicación de ambos progenitores. Respecto a los tamaños del efecto, eran altos el nivel de estudios tanto del padre como de la madre, las horas que el hijo pasa con el padre y el nivel de estudios de la madre. Así, un mayor número de horas del padre con el hijo, un nivel de estudios más alto en los progenitores y un mayor grado de implicación, tanto por el padre como por la madre, en la educación y tareas del hijo previene la ansiedad en los menores. Por tanto, los resultados de este estudio coinciden con Van der Sluis (2016) al señalar que tanto la crianza paterna como la materna adquieren la misma importancia en el desarrollo de los menores. En lo que respecta al nivel de estudios de los progenitores, Chen et al. (1997) señalan que un alto nivel educativo y profesional por parte del padre y la madre se encuentra más relacionado con el estilo democrático, lo que favorece el desarrollo de sus hijos.

Con respecto al segundo objetivo propuesto en este estudio, basado en el modelo de práctica de la crianza sugerido por Darling y Steinberg (1993), es posible identificar modelos familiares o patrones generales de comportamiento parental que parecen estar directamente relacionados con la ansiedad en los menores. Incluso aceptando limitaciones metodológicas como tamaños de grupos pequeños, rangos de edad amplios, y el uso de cuestionarios e informes de comportamiento tomados de una sola fuente de información, los resultados obtenidos en ambos análisis reflejan diferencias importantes entre los dos grupos. Así, en el primer análisis que incluía solo las variables del PCRI, para nueve de cada diez sujetos incluidos en la muestra, una combinación de bajas puntuaciones en compromiso y autonomía proporcionadas por el padre, y apoyo, satisfacción con la crianza de los hijos, compromiso, establecimiento de límites y distribución de rol por parte de la madre, incrementó de manera significativa la probabilidad de puntuar en el área de alto riesgo de ansiedad en el BASC. Estos datos obtenidos podrían coincidir con Hudson y Rapee (2001) al señalar la relevancia que muestran los factores familiares en la aparición de los diversos tipos de ansiedad. En referencia al segundo análisis, una combinación de bajas puntuaciones en las horas con el hijo que pasa el padre y la autonomía proporcionada por el padre, y el nivel de estudios, apoyo, satisfacción con la crianza de los hijos, compromiso y establecimiento de límites por parte de la madre, además de una alta puntuación en las horas del hijo con la madre, aumentó significativamente la probabilidad de mostrar un alto riesgo en ansiedad. Los resultados alcanzados están de acuerdo con Chorot et al. (2017) cuando indican que la presencia de

factores negativos en los progenitores como la negligencia o el apego temeroso muestran un mayor peso en la aparición de síntomas de ansiedad en los menores.

Ambos modelos creados, incluían una serie de variables significativas, pero también tenían algunas variables que, aunque no eran significativas, contribuían en gran medida a su capacidad de predicción, aumentando el número de sujetos correctamente clasificados. Entre las distintas variables contenidas en ambos modelos, destaca por su relevancia el grado de autonomía proporcionado por los padres, actuando como factor protector en la ansiedad. Así, nuestros resultados coinciden con Orgilés et al. (2018), Rando y Cano (2013) o Toro (2014) cuando afirmaban que un exceso de control y una falta de autonomía pueden llevar a la aparición de ciertos miedos y ansiedad, privando a los hijos de su libertad de expresión (Del Barrio, 2010; Yap et al., 2015). Por el contrario, los hallazgos de este trabajo muestran relación con autores como Majdandžić et al. (2014) y Möller et al. (2016) que indican que la conducta desafiante del padre, considerada un comportamiento positivo en el progenitor, se relacionó con menos ansiedad en los niños. Otra variable a destacar fue la satisfacción materna con la crianza de los hijos, considerada también un factor protector ante la ansiedad. Esto coincidió con otros estudios en los que se identificaron predictores de ansiedad fuertemente relacionados con la satisfacción, como la aceptación-rechazo (Espinosa, 2009; McLeod et al., 2007b; Wood et al., 2003). Algunas otras variables de nuestro estudio, como la cantidad de apoyo percibido por las madres y la distribución de rol, son bastante innovadoras además de presentar un papel protector en la ansiedad en los hijos. Estos dos aspectos destacaron la importancia de las redes de apoyo familiar en la predicción de la ansiedad en los menores. El estudio mostró el valor de dicho apoyo y distribución en el papel de la madre en la crianza de los hijos. De hecho, cuando esto no ocurre (ni por parte del padre ni de otros miembros de la familia), la madre puede experimentar malestar emocional o ansiedad, lo que a su vez puede tener consecuencias negativas (como la falta de afecto hacia su hijo debido a su estado de ánimo) y desencadenar más fácilmente la ansiedad en sus hijos (Heredia, 2014; Levai et al., 2018; Pérez-Padilla y Menéndez, 2016; Toro, 2014). En lo que respecta a las horas con el hijo que pasa el padre y la madre se muestran diferencias, ya que a mayor número de horas con el hijo que pasa el padre menor es la probabilidad de que los hijos tengan ansiedad. Por tanto, esta variable actúa como factor protector, a diferencia de las horas que pasa con la madre considerada un factor de riesgo frente a la aparición de dicho problema internalizante. En relación a las horas con el padre, los resultados de este trabajo

coinciden con Möller et al. (2016) en caracterizar a los padres por el uso de un estilo desafiante (entendido como una conducta estimulante), además los hijos suelen asociar los comportamientos sobrecontrolados de los padres con la asertividad y confianza (Van Zalk et al., 2018). Así, ambas actuaciones mencionadas, tanto del padre como del hijo, provocan menos ansiedad en los niños. Por el contrario, cuando es mayor la cantidad de horas hijo-madre, se incrementa la probabilidad de la ansiedad en los menores, coincidiendo nuestros resultados encontrados en este estudio con Möller et al. (2015). Esto podría deberse a que la madre se ha considerado la cuidadora principal, por ello, las conductas que emplean con sus hijos muestran un mayor impacto al ser sus interacciones más frecuentes y durante un mayor tiempo (Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Van der Sluis, 2016). Sin embargo, hoy en día diversos estudios sostienen que el papel y las pautas de crianza que cada progenitor ocupa en el desarrollo de su hijo muestra mayor relevancia que la cantidad de tiempo empleada (Van der Sluis, 2016).

CAPÍTULO 8: TERCER ESTUDIO

1. Justificación y objetivos del estudio

En este tercer y último estudio presentado en este trabajo, al igual que en el segundo estudio se parte de diversos trabajos previos que indican que ciertas variables demográficas y contextuales y factores del estilo de crianza parental pueden llevar a que los niños desarrollen algunos de los problemas de tipo internalizante, como en este caso nos ocupa la depresión.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los capítulos anteriores, podemos afirmar que el papel de los padres y madres en la crianza es relevante. Así, coincidiendo con los últimos objetivos planteados en este trabajo de investigación, mediante este tercer estudio se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

1. Determinar si se muestran diferencias en las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo, en este caso, en la variable depresión.
2. Establecer cuáles son las variables demográficas, del entorno familiar y factores del PCRI que están relacionados con la presencia o ausencia de la depresión, desarrollando un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo en este problema internalizante.

2. Método

2.1. Participantes

Del mismo modo que en el segundo estudio, de 550 sujetos de los que se obtuvo información en el primer estudio, se seleccionaron en este caso 140 sujetos divididos en dos grupos de 70: el primer grupo estaba compuesto por todos los participantes situados en el grupo de riesgo respecto a la variable depresión informada por sus progenitores (grupo de riesgo), siendo su puntuación superior a 60. El segundo grupo estaba compuesto por los sujetos que tenían una puntuación T por debajo de 40 en esta variable (grupo de baja depresión). En este estudio se tuvo en cuenta el mismo criterio de selección que en el anterior, por lo que los sujetos de ambos grupos (riesgo y baja depresión) mostraban la misma edad y género.

Tanto el grupo de riesgo como el de baja depresión estaban compuestos por 39 niños y 31 niñas, con un rango de edad entre 3 y 12 años, siendo la media de edad de 7.19 (DT = 2.911) para el grupo de riesgo y 6.97 (DT = 3.202) para el grupo de baja depresión, no existiendo diferencias significativas entre los dos grupos en relación a esta variable, ya que $t = -0.430$ ($p = 0.698$). En cuanto al nivel escolar, ambos grupos se distribuían de la siguiente manera: 32 sujetos de Educación Infantil, 7 del primer y segundo nivel de Educación Primaria, 12 del tercer y cuarto nivel de Educación Primaria, y 19 del quinto y sexto nivel de Educación Primaria.

2.2. Instrumentos

Para la recogida de la información se utilizaron los mismos instrumentos mencionados en el primer y segundo estudio. El primero hacía referencia a un cuestionario de datos epidemiológicos generales de padres y madres y del entorno familiar, el segundo el Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) y, por último, el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC).

2.3. Procedimiento

La selección de los niños para este estudio se llevó a cabo de la misma manera que se ha explicado en el segundo estudio, pero en este caso se seleccionaron 140 niños y niñas divididos en dos grupos de 70. Uno de estos grupos hacía referencia a los niños que pertenecían a la zona de riesgo respecto a la variable depresión, siendo su puntuación T superior a 60 según el BASC. El otro grupo estaba compuesto por todos aquellos niños que tenían una puntuación T por debajo de 40 en esta variable, por lo que pertenecían al grupo de baja depresión como también se indicaba en el mismo instrumento. En este estudio, al igual que en el anterior, también se han emparejado a los niños con puntuaciones de riesgo y baja depresión en función de las variables sexo y nivel educativo.

A continuación, se realizaron los análisis con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

2.4. Diseño

Al igual que en el segundo estudio, se realizó un diseño ex-post-facto retrospectivo transversal con un grupo cuasi-control, tomando como variable dependiente una variable dicotómica derivada, en este caso, de la puntuación T obtenida en depresión. Las dos opciones para esta variable fueron 0 para los sujetos con una puntuación de depresión baja y 1 para los sujetos en el área de riesgo. Así, como en el segundo estudio, en un primer momento se determinaron las semejanzas y diferencias entre los dos grupos de la muestra, por lo que se realizaron análisis de varianza (ANOVA). Para ello, anteriormente se han emparejado los niños y niñas con puntuaciones de riesgo y de baja depresión en relación al sexo y al nivel educativo.

A continuación, se realizó un análisis de regresión logística binaria. A partir de los coeficientes estimados por regresión logística para cada una de las variables, de acuerdo con su probabilidad de pertenecer a cualquiera de los niveles de la variable dependiente, este proceso clasificó a cada sujeto en una de las dos categorías propuestas.

Teniendo en cuenta que el objetivo principal del análisis de regresión logística fue establecer un modelo que predijera la variable dependiente utilizando las variables independientes, el modelo más eficiente fue el que predijo el mayor porcentaje de sujetos correctamente clasificados con el menor número de variables posibles. Este modelo comprende una ecuación formada por los coeficientes estimados y las puntuaciones de las diferentes variables, que produce una puntuación final de entre 0 y 1, con un punto de corte de .5 puntos. Las puntuaciones entre .5 y 1 indican la probabilidad de obtener una puntuación alta en depresión y, por el contrario, las puntuaciones entre 0 y .5 muestran una puntuación baja en depresión.

3. Resultados

3.1. Diferencias entre las características familiares y el estilo educativo recibido por los grupos de riesgo y baja depresión

La estructura con que se presentan los resultados de este estudio responde a los mismos parámetros planteados en el segundo estudio. Así, en primer lugar, nos centramos en determinar si había diferencias en el estilo de crianza experimentado por dos grupos

de niños que han mostrado puntuaciones bajas y de riesgo en depresión, basándonos en variables demográficas, familiares y los factores del PCRI.

En la escala de depresión, para posibles puntuaciones T entre 0 y 100, el grupo de riesgo obtuvo una puntuación T media de 69.10 (DT = 7.269), que oscila entre 60 y 86, mientras que el grupo de baja depresión obtuvo una puntuación media de 36.69 (DT = 2.462), con un mínimo de 30 y un máximo de 40.

Con respecto a las variables demográficas y del entorno familiar se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las puntuaciones medias obtenidas por ambos grupos (riesgo y puntuación baja en depresión). Al igual que ocurrió en el segundo estudio en relación a la edad del alumno, el orden de los hijos entre sus hermanos, el número de hijos de la familia y la implicación tanto del padre como de la madre, no se observaron grandes diferencias entre ambos grupos. Como muestra la Figura 19 en los resultados se obtuvo que: $F_{(1,138)} = .185$ ($p = .668$); $\eta^2 = .037$ para la edad del alumno, $F_{(1,138)} = .887$ ($p = .348$); $\eta^2 = .079$ para el orden que ocupa el hijo entre sus hermanos, $F_{(1,138)} = .012$ ($p = .912$); $\eta^2 = .013$ para el número de hijos que tiene la familia y $F_{(1,138)} = 3.178$ ($p = .077$); $\eta^2 = .163$ para la implicación de ambos padres. Además, aunque como se observa en la Figura 19, las diferencias obtenidas entre los dos grupos son mínimas, las puntuaciones son superiores en el grupo de riesgo, a excepción de la variable edad del alumno donde es superior en el grupo de riesgo.

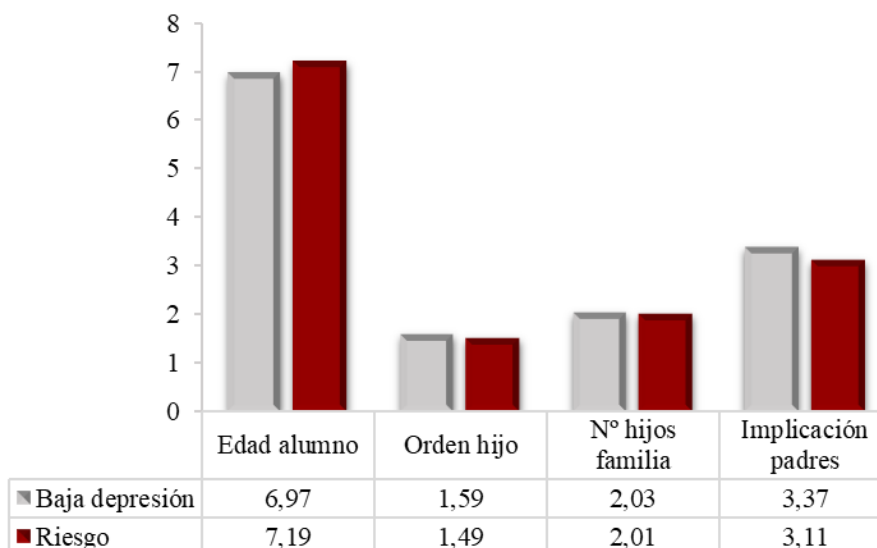


Figura 19. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en la edad del alumno, orden del hijo, número de hijos e implicación de los padres.

En referencia a las variables demográficas y del entorno familiar del padre reflejadas en la Figura 20, las horas con el hijo, así como la frecuencia tanto de riña como de castigo por parte del padre resultaron significativas. Así, los resultados obtenidos mostraron que $F_{(1,138)} = 5.732$ ($p = .018$); $\eta^2 = .202$ para el nivel de estudios del padre, $F_{(1,138)} = 11.458$ ($p = .001$); $\eta^2 = .275$ para las horas con el hijo que pasa el padre, $F_{(1,138)} = 16.526$ ($p = .000$); $\eta^2 = .326$ para la frecuencia que riña a su hijo el padre y $F_{(1,138)} = 5.556$ ($p = .020$); $\eta^2 = .195$ para la frecuencia que castiga al hijo el padre. Los tamaños del efecto eran altos en las horas con el hijo y la frecuencia de riña, y moderado en la frecuencia de castigo. Al igual que se mostraron los resultados del segundo estudio, el grupo de baja depresión ha obtenido en todas variables mencionadas puntuaciones medias más altas que el grupo de riesgo.

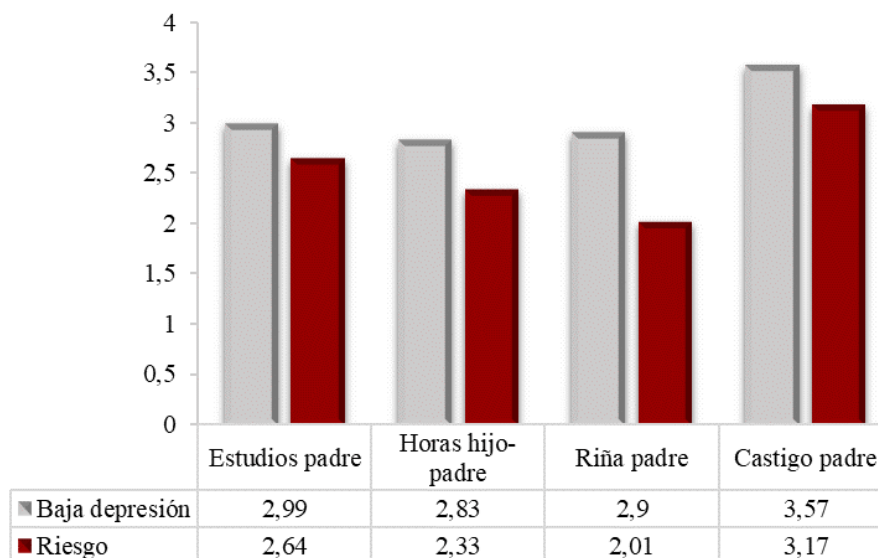


Figura 20. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo del padre.

Centrándonos en las variables demográficas y del entorno familiar referidas a la madre, al igual que se ha obtenido en la figura anterior respecto al padre, tanto la frecuencia de riña al hijo como la frecuencia de castigo al mismo por parte de la madre resultaron significativas. El tamaño del efecto era alto en la frecuencia de riña y moderado en la frecuencia de castigo. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes: $F_{(1,138)} = 1.707$ ($p = .194$); $\eta^2 = .112$ para el nivel de estudios de la madre, $F_{(1,138)} = 1.203$ ($p = .275$); $\eta^2 = .097$ para las horas con el hijo que pasa la madre, $F_{(1,138)} = 22.141$ ($p = .000$); $\eta^2 = .372$ para la frecuencia que riña al hijo la madre y $F_{(1,138)} = 9.331$ ($p = .003$); $\eta^2 = .250$ para la frecuencia que castiga al hijo la madre. Las variables han mostrado

puntuaciones medias más altas en el grupo de baja depresión, por lo tanto, es igual a lo obtenido en el segundo estudio respecto a las madres.

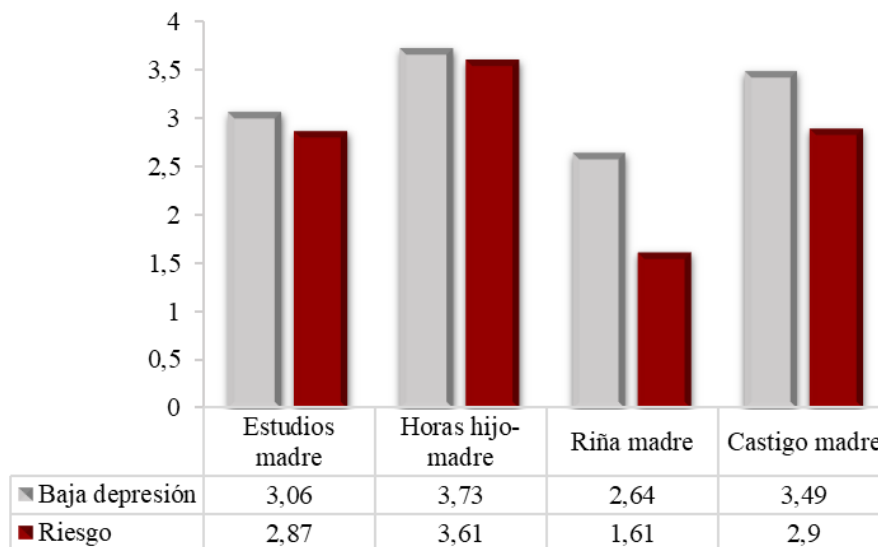


Figura 21. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en el nivel de estudios, horas con el hijo y frecuencia de riña y castigo de la madre.

Con respecto a los factores de estilo de crianza paterno y la edad del padre, como podemos ver en la Figura 22, el grupo de puntuación baja tuvo puntuaciones medias significativamente más altas en todos los factores, al igual que se ha obtenido en el segundo estudio. Así, los resultados mostrados fueron los siguientes: $F_{(1,138)} = 63.233$ ($p = .000$); $\eta^2 = .557$ para el apoyo, $F_{(1,138)} = 52.351$ ($p = .000$); $\eta^2 = .522$ para la satisfacción con la crianza, $F_{(1,138)} = 46.650$ ($p = .000$); $\eta^2 = .499$ para el compromiso, $F_{(1,138)} = 29.176$ ($p = .000$); $\eta^2 = .415$ para la comunicación, $F_{(1,138)} = 54.279$ ($p = .000$); $\eta^2 = .529$ para la disciplina, $F_{(1,138)} = 56.462$ ($p = .000$); $\eta^2 = .536$ para la autonomía, $F_{(1,138)} = 16.740$ ($p = .000$); $\eta^2 = .327$ para la distribución de rol. Los tamaños del efecto eran muy altos en todos los factores del estilo de crianza, menos en la distribución de rol que presenta un tamaño del efecto alto. En cambio, la edad del padre no resultó ser significativa, $F_{(1,138)} = .338$ ($p = .562$); $\eta^2 = .049$.

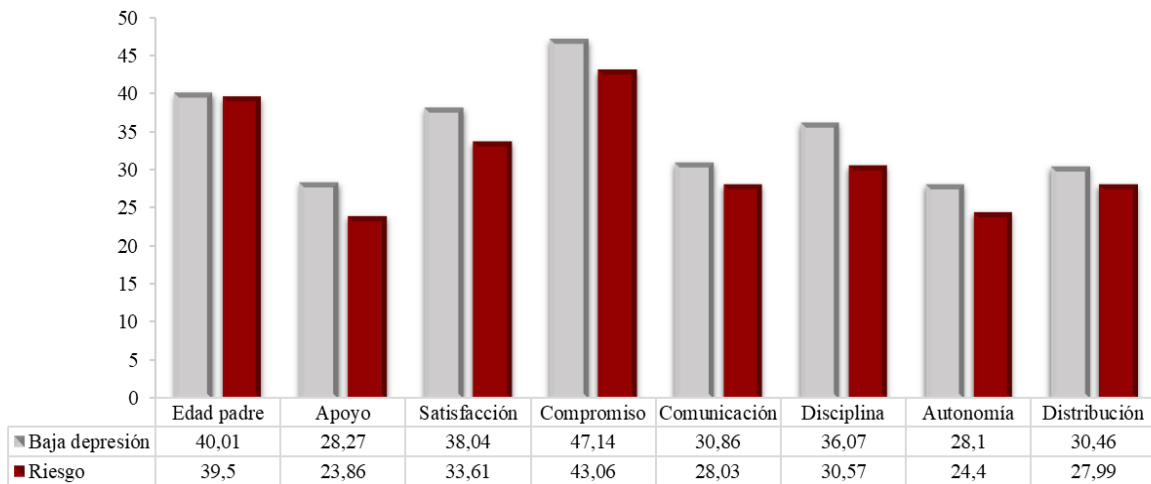


Figura 22. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en los factores del estilo de crianza y edad del padre.

En relación a la madre y a los factores del estilo de crianza, todas las variables son significativas, al igual que se ha mostrado en los resultados referentes a los factores del estilo de crianza paterno. Los tamaños del efecto también resultaron muy altos en todos los factores, a excepción de la comunicación que era alto. Así, los resultados obtenidos fueron los siguientes: $F_{(1,138)} = 79.062$ ($p = .000$); $\eta^2 = .601$ para el apoyo, $F_{(1,138)} = 53.254$ ($p = .000$); $\eta^2 = .525$ para la satisfacción con la crianza, $F_{(1,138)} = 63.978$ ($p = .000$); $\eta^2 = .560$ para el compromiso, $F_{(1,138)} = 22.565$ ($p = .000$); $\eta^2 = .373$ para la comunicación, $F_{(1,138)} = 87.692$ ($p = .000$); $\eta^2 = .620$ para la disciplina, $F_{(1,138)} = 44.381$ ($p = .000$); $\eta^2 = .490$ para la autonomía y $F_{(1,138)} = 30.709$ ($p = .000$); $\eta^2 = .423$ para la distribución de rol. La edad de la madre no resultó ser significativa, $F_{(1,138)} = .783$ ($p = .378$); $\eta^2 = .075$.

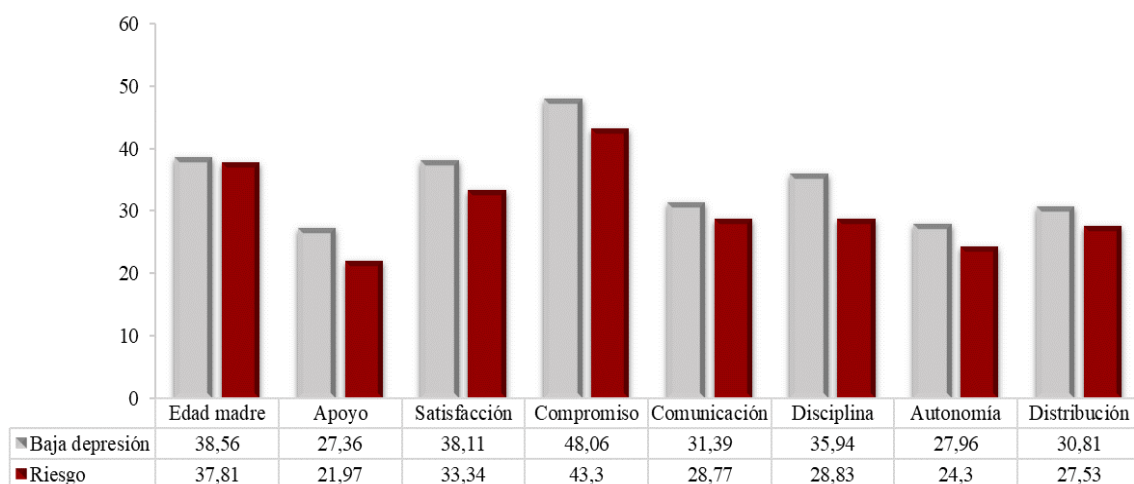


Figura 23. Puntuación media del grupo de baja depresión y riesgo en los factores del estilo de crianza y la edad de la madre.

3.2. Modelo predictor de la depresión

En segundo lugar, al igual que en el estudio anterior se planteó un nuevo análisis de regresión logística, con el objetivo de obtener un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo, en este caso, en depresión, en base a determinadas variables demográficas, familiares y factores del PCRI.

Modelo predictor de depresión basado en los factores del PCRI

En lo que respecta a las variables de crianza, los dos grupos fueron sometidos a un análisis de regresión logística binaria, y se estableció un modelo de predicción (uno de varios modelos posibles diferentes) que comprende los seis factores descritos en la Tabla 27. Este modelo fue seleccionado porque predice si un sujeto pertenecerá a un grupo u otro para un gran porcentaje de la muestra con un número bastante pequeño de variables. El modelo obtenido muestra un porcentaje medio del 89.3% para los sujetos correctamente clasificados, obteniendo pequeñas diferencias entre los dos grupos: 88.6% para el grupo de riesgo y 90% para el de baja depresión.

La Chi-cuadrado obtenida en este modelo era de 123.470 con seis grados de libertad. En lo que respecta a la bondad de ajuste del modelo, se ha obtenido una R^2 de Cox y Snell de .586 y una R^2 de Nagelkerke de .781, lo que indica un buen ajuste. La prueba de Hosmer y Lemeshow de correspondencia entre valores reales y previstos de la variable dependiente, no mostró resultados significativos, lo que muestra también un buen ajuste del modelo, ya que $X^2 = 6.863$ ($p = .551$).

A continuación, en relación a las variables del PCRI, se presenta la Tabla 27 que describe las variables incluidas en el modelo, así como la Figura 24 que muestra la clasificación de los sujetos en función de su probabilidad de pertenecer a uno u otro grupo. Posteriormente, en el Anexo 3 aparece un listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en depresión según las variables del PCRI en el que podemos apreciar como queda clasificado cada uno de los sujetos de la muestra en función de la predicción que realiza el modelo generado.

Tabla 27. Variables del PCRI incluidas en el modelo de depresión.

VARIABLES	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C. 95% para Exp (B)	
							Inferior	Superior
Apoyo-padre	-.286	.103	7.804	1	.005	.751	.614	.918
Satisfacción-padre	-.171	.119	2.060	1	.151	.843	.667	1.064
Comunicación-padre	-.182	.110	2.749	1	.097	.834	.672	1.034
Autonomía-padre	-.223	.125	3.165	1	.075	.800	.626	1.023
Compromiso-madre	-.278	.107	6.791	1	.009	.758	.615	.934
Disciplina-madre	-.251	.077	10.691	1	.001	.778	.670	.904
Constante	45.780	8.400	29.704	1	.000	7.620E19		

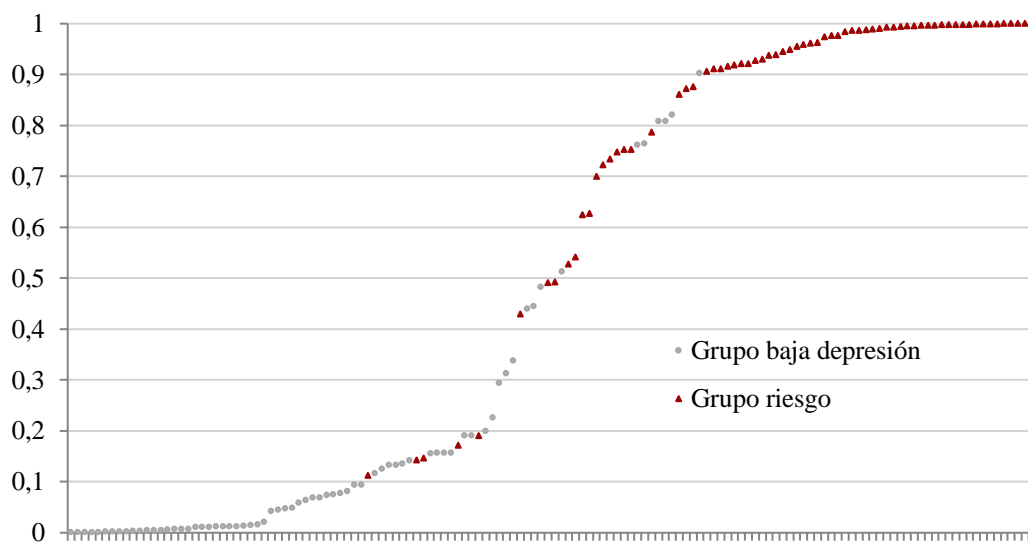


Figura 24. Grupos observados y predicción de probabilidad de depresión según las variables del PCRI.

Como se puede observar en esta figura la mayoría de los sujetos del grupo de riesgo se han ubicado en el área de puntuaciones entre 0.5 y 1, mientras que la mayoría de los sujetos con puntuaciones bajas en depresión se han ubicado en el área de puntuaciones entre 0 y 0.5. Cabe destacar la fuerte influencia conjunta de las variables “disciplina de la madre” y “apoyo del padre” sobre la posibilidad de pertenecer al grupo de riesgo o de baja puntuación, ya que cuando se aplicó el análisis de regresión logística, solo insertando estos factores como variables independientes, y se clasificó correctamente el 82.1% de los sujetos.

Tal y como se realizó en el segundo estudio, al trasladar a la ecuación los resultados de este tercer estudio, esta quedaría expresada del siguiente modo:

$$Z = 45.780 + (-.286) (X_1) + (-.171) (X_2) + (-.182) (X_3) + (-.223) (X_4) + (.278) (X_5) + (.251) (X_6)$$

dónde:

X_1 = puntuación del padre en el apoyo.

X_2 = puntuación del padre en la satisfacción con la crianza de los hijos.

X_3 = puntuación del padre en comunicación.

X_4 = puntuación del padre en la autonomía.

X_5 = puntuación de la madre en el compromiso.

X_6 = puntuación de la madre en la disciplina.

Como pudimos comprobar, una vez que se había obtenido Z, se podía obtener la probabilidad de b_1 , que se encontraba entre 0 y 0.5 para los sujetos del grupo de baja depresión y entre 0.5 y 1 para los sujetos del grupo de riesgo. El valor de b_1 para cada sujeto queda expresado en el Anexo 3 posteriormente expuesto.

Al aplicar a la ecuación la puntuación obtenida por dos sujetos escogidos al azar, como puede ser el sujeto número 25 pertenecientes al grupo de baja depresión y el sujeto número 97 perteneciente al grupo de riesgo, comprobamos que b_1 es exactamente la que indica el Anexo 3, así como se observó en el segundo estudio.

El primer sujeto número 25, muestra la siguiente puntuación en las variables: apoyo del padre (25), satisfacción del padre (39), comunicación del padre (42), autonomía del padre (23), compromiso de la madre (52) y disciplina de la madre (31). Así, la probabilidad de b_1 fue de $.047 < 0.5$, por lo tanto, este sujeto fue clasificado correctamente por el modelo de baja puntuación en depresión.

En el segundo sujeto número 97, la puntuación en las variables fue de: apoyo del padre (22), satisfacción del padre (37), comunicación del padre (29), autonomía del padre (23), compromiso de la madre (44) y disciplina de la madre (33). En este caso, la probabilidad de b_1 fue de $.906 > 0.5$, lo que indica que este sujeto también fue correctamente clasificado por el modelo en el grupo de riesgo.

Modelo predictor de depresión basado en los factores del PCRI, variables demográficas y entorno familiar

El análisis de regresión logística, en este caso, se realizó con los factores del PCRI y las variables demográficas y familiares, estableciendo un modelo de predicción. Este modelo clasificaba correctamente el 95.1% de los casos, con un porcentaje del 93.5% para el grupo de riesgo y un 96.7% para el grupo de baja depresión.

La Chi-cuadrado obtenida en este caso fue de 143.610 con 11 grados de libertad. La R^2 de Cox y Snell era de .692 mientras que la R^2 de Nagelkerke de .923, lo que indica un buen nivel de ajuste. Este buen ajuste también fue comprobado mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow, donde tampoco se han mostrado resultados significativos, ya que $X^2 = 4.560$ ($p = .803$). A continuación, se muestra la Tabla 28 con las variables incluidas en el modelo, la Figura 25 que representa la clasificación de los sujetos en función de su probabilidad de pertenecer a uno u otro grupo, además en el Anexo 4 aparece un listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en depresión, teniendo en cuenta tanto las variables del PCRI como las variables demográficas y del entorno familiar, en el que podemos apreciar como queda clasificado cada uno de los sujetos de la muestra en función de la predicción que realiza el modelo generado.

Tabla 28. Variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar incluidas en el modelo de depresión.

VARIABLES	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C. 95% para Exp (B)	
							Inferior	Superior
Castigo padre	1.945	.976	3.976	1	.046	6.995	1.034	47.330
Satisfacción padre	-.671	.335	4.024	1	.045	.511	.265	.985
Comunicación padre	-1.045	.449	5.408	1	.020	.352	.146	.849
Apoyo madre	-1.068	.372	8.255	1	.004	.344	.166	.712
Compromiso madre	-1.413	.522	7.311	1	.007	.244	.087	.678
Comunicación madre	-.699	.302	5.361	1	.021	.497	.275	.898
Disciplina madre	-1.632	.610	7.168	1	.007	.196	.059	.646
Autonomía madre	-.781	.322	5.870	1	.015	.458	.243	.861
Implicación padres	5.023	1.936	6.729	1	.009	151.825	3.414	6752.740
Edad hijo	1.204	.464	6.741	1	.009	3.332	1.343	8.267
Sexo hijo	9.265	3.292	7.920	1	.005	10564.219	16.651	6702487.036
Constante	195.151	64.770	9.078	1	.003	5.663E84		

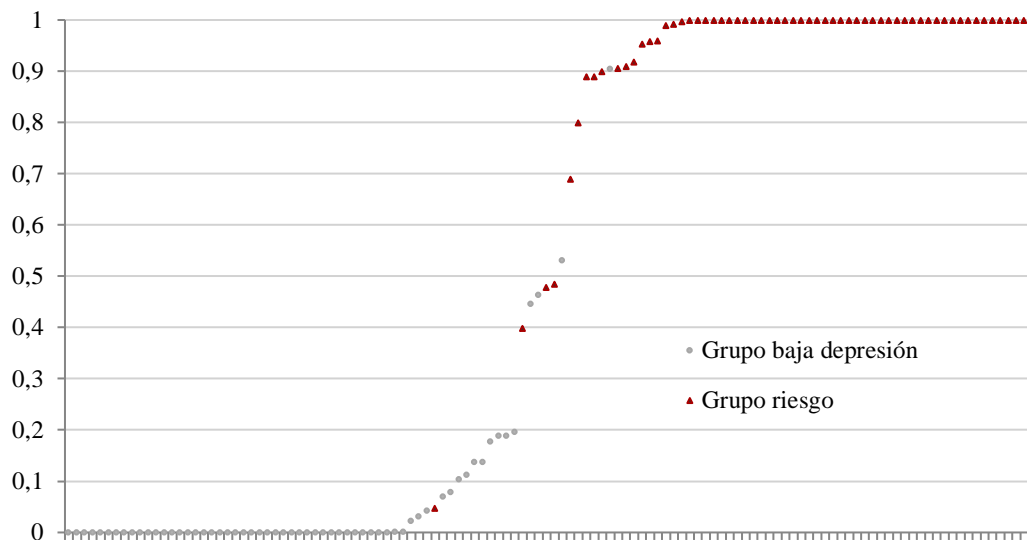


Figura 25. Grupos observados y predicción de probabilidad de depresión según las variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar.

Al igual que en el segundo estudio, se presenta una ecuación compuesta tanto por las variables del PCRI como por las demográficas y del entorno familiar, siendo la expresión la siguiente:

$$Z = 195.151 + (1.945) (X_1) + (-.671) (X_2) + (-1.045) (X_3) + (-1.068) (X_4) + (-1.413) (X_5) + (-.699) (X_6) + (-1.632) (X_7) + (-.781) (X_8) + (5.023) (X_9) + (1.204) (X_{10}) + (9.265) (X_{11})$$

dónde: Z = combinación lineal de las variables.

195.151 = coeficiente estimado de regresión de la constante.

1.945 = coeficiente estimado de la variable castigo del padre.

X_1 = puntuación del sujeto X en el castigo del padre.

-.671 = coeficiente estimado de la variable satisfacción del padre.

X_2 = puntuación del sujeto X en la satisfacción del padre.

-1.045 = coeficiente estimado de la variable comunicación del padre.

X_3 = puntuación del sujeto X en la comunicación del padre.

-1.068 = coeficiente estimado de la variable apoyo de la madre.

X_4 = puntuación del sujeto X en el apoyo de la madre.

-1.413 = coeficiente estimado de la variable compromiso de la madre.

X_5 = puntuación del sujeto X en el compromiso de la madre.

-0.699 = coeficiente estimado de la variable comunicación de la madre.

X_6 = puntuación del sujeto X en la comunicación de la madre.

-1.632 = coeficiente estimado de la variable disciplina de la madre.

X_7 = puntuación del sujeto X en la disciplina de la madre.

-0.781 = coeficiente estimado de la variable autonomía de la madre.

X_8 = puntuación del sujeto X en la autonomía de la madre.

5.023 = coeficiente estimado de la variable implicación de los padres.

X_9 = puntuación del sujeto X en la implicación de los padres.

1.204 = coeficiente estimado de la variable edad del hijo.

X_{10} = puntuación del sujeto X en la edad del hijo.

9.265 = coeficiente estimado de la variable sexo del hijo.

X_{11} = puntuación del sujeto X en el sexo del hijo.

Los sujetos elegidos al azar en este caso han sido el sujeto número 20 del grupo de baja depresión y el sujeto número 118 del grupo de riesgo. Al calcular su probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo, se comprobó que ambos estaban bien clasificados por el modelo, como así se puede observar en el Anexo 4.

La puntuación en las variables del primer sujeto (número 20) es: castigo del padre (4), satisfacción del padre (35), comunicación del padre (28), apoyo de la madre (31), compromiso de la madre (50), comunicación de la madre (36), disciplina de la madre (32), autonomía de la madre (27), implicación de ambos padres (4), edad del hijo (9) y el sexo del hijo (2). Por lo tanto, la probabilidad de b_1 fue de $.070 < 0.5$, lo que indica que este sujeto también es correctamente clasificado en el grupo de baja depresión.

El segundo sujeto elegido al azar, número 118, presenta la siguiente puntuación en las variables: castigo del padre (4), satisfacción del padre (37), comunicación del padre (32), apoyo de la madre (20), compromiso de la madre (48), comunicación de la madre (34), disciplina de la madre (33), autonomía de la madre (27), implicación de ambos padres (3), edad del hijo (10) y el sexo del hijo (2), con una probabilidad de b_1 de $.918 >$

0.5. Lo que indica que este sujeto también estaba bien clasificado por el modelo como perteneciente al grupo de riesgo.

4. Discusión

Teniendo en cuenta los objetivos planteados anteriormente, el propósito de este estudio fue comparar si existen diferencias en las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo en depresión, además de establecer cuáles son las variables y factores del PCRI que están relacionadas con la presencia o ausencia de la depresión, desarrollando un modelo capaz de predecir la pertenencia a un grupo con puntuaciones bajas y de riesgo en este problema internalizante.

Con lo que respecta al primer objetivo propuesto, podemos decir que al comparar el comportamiento de los padres y madres de dos grupos de niños hemos encontrado que existen diferencias entre ambos grupos. Centrándonos en la comparación realizada con el ANOVA descrito anteriormente, en primer lugar, en relación a los factores del estilo de crianza parental, todas las variables consideradas podrían actuar como buenos predictores de la depresión, ya que se obtienen diferencias muy significativas en todos los casos. Además, los tamaños del efecto eran muy altos en todos factores, a excepción de la distribución de rol del padre y la comunicación de la madre que eran altos. Por lo tanto, estamos de acuerdo con Richaud de Minzi (2005), y Roa y Del Barrio (2001), en que las altas puntuaciones en las escalas del PCRI se relacionan con un estilo de crianza más apropiado que promueve una mejor adaptación en los niños. En segundo lugar, en relación a las variables demográficas y del entorno familiar, solo se han apreciado diferencias significativas en variables como el número de horas con el hijo por parte del padre, la frecuencia de riña y castigo del padre con el hijo, además de la frecuencia de castigo y riña de la madre con el hijo. Los tamaños del efecto eran altos en las horas con el padre y la frecuencia de riña tanto del padre como de la madre. Jorge y González (2017) apuntan que un castigo basado en el razonamiento y la comunicación por parte de los progenitores hacia sus hijos es característico de los padres democráticos. Por ello, nuestros resultados coinciden con autores como Baumrind (1971), Capano y Ubach (2013) o Jorge y González (2017) que señalan que estos comportamientos característicos del estilo

democrático son los más adecuados para alcanzar un buen desarrollo en la educación de los hijos.

Pasando al segundo objetivo planteado en este estudio, basado en el modelo de práctica de la crianza sugerido por Darling y Steinberg (1993), es posible identificar modelos familiares o patrones generales de comportamiento parental que parecen estar directamente relacionados con la depresión en los niños. Incluso aceptando limitaciones metodológicas como tamaños de grupos pequeños, rangos de edad amplios, y el uso de cuestionarios e informes de comportamiento tomados de una sola fuente de información, los resultados obtenidos en ambos análisis reflejan diferencias importantes entre los dos grupos. Así, en el primer análisis que incluía solo las variables del PCRI, para nueve de cada diez sujetos incluidos en la muestra, una combinación de bajas puntuaciones en apoyo, satisfacción, comunicación y autonomía otorgadas por el padre, y el compromiso y el establecimiento de límites por parte de la madre, tiene una influencia significativa aumentando la probabilidad de puntuar en el área de alto riesgo de depresión del BASC. Con respecto al segundo análisis, una combinación de bajas puntuaciones en satisfacción en la crianza y comunicación por parte del padre, y apoyo, compromiso, comunicación, disciplina y autonomía proporcionada por la madre, además de puntuaciones altas en la variable castigo por parte del padre, implicación de ambos progenitores, edad y sexo del hijo, presenta una influencia significativa incrementándose la probabilidad de una alta puntuación en el área de alto riesgo de depresión. Nuestros resultados coinciden con Flouri y Midouhas (2017) al indicar que los estilos de crianza muestran una relación con el bienestar psicológico del niño y Rosa-Alcázar et al. (2014) al señalar que estos estilos de crianza muestran relevancia en la aparición de los síntomas depresivos en los hijos.

El primer modelo creado en este estudio, incluía una serie de variables significativas, pero también tenía algunas variables que, aunque no eran significativas, contribuían en gran medida a su capacidad de predicción, aumentando el número de sujetos correctamente clasificados. El segundo modelo establecido compuesto tanto por las variables del PCRI como por las demográficas y del entorno familiar, contenían todas las variables significativas. En este sentido, la fijación de límites, entendida como el establecimiento de límites claros, actúa como un excelente predictor de menores niveles de depresión en los niños, confirmando las afirmaciones de Del Barrio (2010) y González et al. (2013). Por su parte, Lawrence et al. (2019) señalan que, dependiendo de la etapa evolutiva del hijo, los progenitores ajustarán su conducta disciplinaria, lo que favorecerá

el desarrollo del niño y a su vez una menor probabilidad en la aparición de la depresión en el mismo. Otra de las variables en este estudio que actúa como factor protector frente a la depresión es el apoyo percibido por los padres. En este sentido, como lo indicaron O' Donnell et al. (2010) y Yap y Jorm (2015) un contexto estresante y la falta de apoyo para la crianza de los hijos son factores de riesgo muy importantes para el desarrollo de este tipo de problemas como la depresión en los menores.

La comunicación con los hijos tanto por parte del padre como de la madre es considerada un factor protector, además de importante en la crianza con los hijos, según los resultados obtenidos. Diversos autores entre los que destacan Chorot et al. (2017), McLeod et al. (2007a, 2007b) y Yap y Jorm (2015) coinciden en que una mayor comunicación se relaciona con una menor depresión en los niños, ya que esta comunicación fortalece las interacciones entre padre e hijos, ofreciendo la oportunidad de expresar y reconocer los diversos puntos de vista de cada miembro de la familia. Así, a través de la comunicación, tanto los niños como cualquier adulto, podrían exteriorizar su malestar o preocupación, lo que a su vez conlleva un mejor bienestar emocional. La autonomía proporcionada a los hijos es otro de los factores que disminuye la aparición de la depresión, y por ello, requiere atención en la presente investigación. En este caso, como lo señaló Del Barrio (2010) y Yap et al. (2015) un exceso de control y sobreprotección por parte de sus progenitores le resta independencia al niño, lo que le llevan ambos comportamientos según Maccoby (1992) a una mayor probabilidad en la aparición de la depresión en los niños. Con respecto al compromiso de la madre y la satisfacción del padre, los resultados alcanzados en este estudio indican que ambas variables del estilo de crianza actúan como factores protectores frente a la depresión. Del mismo modo, los datos obtenidos por Maccoby (1992) consideran que el rechazo, la crítica y el descuido hacia los hijos por parte de sus progenitores son algunos de los comportamientos más asociados a la aparición de la depresión en los menores. Por ello, en ocasiones, esta falta de compromiso o satisfacción podría recaer en progenitores que padecen algún problema depresivo o incluso ansiedad, ya que como indican Han y Shaffer (2013), Sturge-Apple et al. (2006) y Wilkinson et al. (2013) el grado emocional de los padres presenta una gran influencia en las conductas que emplean los mismos en la crianza de sus hijos.

Por otro lado, como factores de riesgo frente a la depresión en los hijos podemos encontrar el castigo del padre, la implicación de los progenitores, la edad y el sexo del hijo. No obstante, hay que tener en cuenta el efecto que ejerce cada una de las variables

en interacción con el resto de variables del modelo. Por lo tanto, con lo que respecta al castigo, nuestros resultados coinciden con lo obtenido por Del Hoyo-Bilbao et al. (2018) y Zubizarreta et al. (2019) que entienden que el afecto o cariño de los progenitores no modera las asociaciones entre el castigo y los problemas internalizantes como la depresión. En lo que se refiere a la edad, nuestros resultados coinciden con Costello et al. (2002) y Del Barrio (2010) al señalar que la depresión aumenta con la edad, por lo que se aprecia una prevalencia más alta en la adolescencia. En relación al sexo, los datos obtenidos en este trabajo no coinciden con estudios como los de González et al. (2013) o Vinaccia et al. (2006), ya que señalaban que, aunque antes de los 12 años no existen diferencias entre los niños y las niñas, cuando la puntuación es mayor, correspondía a los niños.

TERCERA PARTE: CONCLUSIONES

CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este capítulo tratamos de exponer las principales conclusiones aportadas por los tres estudios presentados, valorando el grado de cumplimiento de los objetivos planteados y la respuesta obtenida a las hipótesis propuestas.

El **primer objetivo** consistía en realizar una descripción y diferenciación de las principales características demográficas de los padres y madres (edad, sexo...), determinados aspectos de su vida familiar (horas con el hijo, frecuencia de castigo...) y sus estilos de crianza, estableciendo diferencias entre el estilo de crianza de ambos progenitores. Considerando las diferencias encontradas, en lo referente a aspectos familiares concretos se puede señalar que es mayor el número de horas de la madre con el hijo, lo que puede llevar a que sea mayor la frecuencia de riña y castigo de la misma, en comparación con el padre. Con respecto a la estructura familiar, los resultados en este estudio coinciden con lo observado en la mayoría de las familias hoy en día, las cuales reflejan que el número de hijos está en torno a los dos, presentándose menos casos de familias con un solo hijo o con tres, y escasas familias con cuatro o más hijos. La coincidencia de que la mayoría de las familias no tengan más de dos hijos podría explicarse, entre otros casos, por el motivo de la incorporación de la madre al mundo laboral, así como por las escasas oportunidades y beneficios de la mujer con respecto a las ofertas de empleo. Otra variable estudiada, pero que no muestra diferencias significativas, es el nivel educativo de los progenitores, por lo que teniendo en cuenta que es mayor el número de mujeres que trabajaban fuera de casa a diferencia de otros tiempos, este dato refleja los cambios que se están produciendo respecto a las mujeres siendo mayor el número de madres que desarrollan una carrera profesional. Esta incorporación de la mujer al mundo laboral ha llevado a que sea mayor la ayuda proporcionada por otros familiares, principalmente los abuelos, en las tareas de crianza de sus hijos. A diferencia de otros tiempos la perspectiva que tienen las madres acerca de sus responsabilidades en la crianza de los hijos ha sufrido un gran cambio, considerándose las prácticas de crianza una tarea compartida entre los progenitores, lo que ha provocado una modificación en la distribución de roles, como así señalan nuestros resultados. Esto es uno de los motivos por lo que Jones y Prinz (2005) indican que existe una relación entre el nivel educativo de las madres y las percepciones maternas, las prácticas de crianza y la estructura familiar.

En cuanto al estilo de crianza tanto del padre como de la madre, se han obtenido puntuaciones homogéneas, pero se han apreciado unas diferencias entre algunas

variables, coincidiendo con lo indicado por Raya et al. (2010). Así, las madres se han caracterizado por mostrar una puntuación más alta en compromiso y comunicación. Al considerarse ambos factores dos rasgos del estilo educativo democrático, se podría llegar a señalar que las madres presentan un estilo educativo más democrático que los padres. Por otra parte, los padres perciben más apoyo con la crianza de los hijos, pero a la misma vez utilizan un mayor nivel de exigencia en el cumplimiento de las normas establecidas, acorde a la edad de los hijos. Con lo que respecta a estos datos obtenidos, se puede establecer una similitud con los resultados obtenidos por De Pául et al. (2002), los cuales indicaban que las conductas que emplean los progenitores podrían estar influenciadas por el tipo de prácticas que han sufrido los mismos, por parte de sus padres, durante su infancia.

Antes de pasar al segundo objetivo que desarrolla este estudio, nos centramos en la clasificación de los niños según los niveles establecidos por el BASC en relación con la depresión y la ansiedad. Así, el número de menores que se consideran clínicamente significativos se sitúa en el 5.6% para la depresión y en el 5.8% para la ansiedad. Por otro lado, los menores situados con una puntuación en riesgo, presentan un porcentaje del 8.3% para la depresión y un 13.1% para la ansiedad. Esta diferencia mostrada entre los trastornos internalizantes, con una mayor puntuación en la ansiedad coincide con lo obtenido en un estudio a nivel mundial donde se aprecia este alto porcentaje en la ansiedad respecto a la depresión (Polanczyk et al., 2015). Además, teniendo en cuenta la edad que presentan los niños en la muestra seleccionada, antes de los 12 años, podrían observarse más niños con algún tipo de ansiedad, como por ejemplo la ansiedad por separación, que la depresión que aumenta a mayor edad.

El **segundo objetivo** planteado consistía en analizar la relación entre determinadas características de los padres y madres, variables del entorno familiar y los factores del estilo de crianza de los progenitores sobre el desarrollo de la ansiedad y depresión en sus hijos. Con lo que respecta a la depresión y las variables demográficas y del entorno familiar, los resultados del primer estudio mostraron que la aparición de este trastorno internalizante en los niños es menos frecuente cuando el hijo pasa más horas con el padre, y la frecuencia de riña y castigo de los progenitores es mayor. No obstante, debe entenderse que, en este caso, esta riña y castigo acompañan de una explicación acorde al comportamiento del niño. Este comportamiento podría considerarse propio de unos padres preocupados por la educación de sus hijos, característico de los progenitores que

utilizan un estilo democrático, donde además del castigo ante una mala conducta, utilizan el refuerzo ante el buen comportamiento del niño. Hoy en día, por el contrario, la sociedad se basa más en resaltar las debilidades de cada persona que las fortalezas, lo que afecta negativamente al bienestar de la misma e incluso a la aparición de síntomas depresivos. Por tanto, estos resultados coinciden con autores como Jorge y González (2017) que indican que los progenitores que emplean un estilo educativo democrático utilizan también el castigo, pero acompañado de un razonamiento, o Richaud de Minzi (2005) al indicar que los progenitores democráticos conseguían afrontamientos adaptativos y protectores ante la depresión, a diferencia de los autoritarios. Teniendo en cuenta la importancia que recae en la familia en la actualidad, la implicación de los progenitores en actividades extraescolares propuestas por el colegio o tareas cotidianas actúa como factor protector frente a la depresión, ya que promueve en los hijos un adecuado desarrollo emocional, como señala Carrillo et al. (2018). Aunque gran parte de la sociedad podría aún no ser consciente de la importancia que muestra la implicación de la familia en el ámbito escolar, esta podría favorecer en gran medida el desarrollo emocional del niño. Incluso, parece ser que aquellos niños que no llegan a percibir esta implicación por sus padres, pero sí observan en sus compañeros esta implicación, podrían mostrar peores consecuencias al sentir una falta de afecto o cariño, por parte de sus progenitores. En lo que se refiere a los factores del PCRI, un mayor apoyo parental percibido, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía en los progenitores y una distribución de rol de la madre conlleva una menor probabilidad de que los niños presenten depresión (González et al., 2013; Maccoby, 1992).

En lo que respecta a la ansiedad en los niños y las variables demográficas y familiares, se ha mostrado que un alto nivel de estudios de los progenitores previene en mayor medida la ansiedad en los niños, así como un mayor número de horas que el padre les dedica a sus hijos. Este último podría deberse a que los padres como señalan Majdandžić et al. (2014) a través de su conducta desafiante animan a sus hijos a salir de la “zona de confort”. Por ejemplo, un niño que por miedo no es capaz de dormir solo, sus padres le insisten y animan, previniendo el miedo o ansiedad que podría, en caso contrario, ir agravándose a medida que aumenta la edad del niño. La frecuencia de riña de la madre, acompañada de una explicación en los hijos, podría llevar a que se perciba una atención y preocupación por los mismos, por lo que la ansiedad en los hijos podría ser menor. Por el contrario, nos estaríamos encontrando ante unos padres negligentes,

donde predomina la ausencia de demandas y responsabilidades en la conducta de los hijos, lo que podrían causarles mayores problemas en los diferentes ámbitos del desarrollo de los mismos. Con lo que respecta a los factores del PCRI, un mayor apoyo parental, disciplina, autonomía de los progenitores y una distribución de rol de la madre disminuye la aparición de la ansiedad en los menores (Hudson y Rapee, 1997; Rando y Cano, 2013; Siqueland et al., 1996).

El **tercer objetivo** consistía en realizar un análisis conjunto e interactivo de las variables demográficas, del entorno familiar y el estilo de crianza, elaborando para ello un modelo de crianza relacionado con la ansiedad y la depresión en los hijos, basado en el análisis de regresión múltiple. Los resultados de dicho análisis han arrojado datos relevantes. Así, se ha observado que en lo que respecta a la depresión, actúan como factores protectores la frecuencia de riña y la disciplina del padre, junto con la satisfacción con la crianza y el apoyo de la madre. La disciplina de la madre y el orden del hijo que ocupa entre sus hermanos también se consideran factores protectores, aunque no resultaron ser significativas. En cambio, como factor de riesgo se encuentra la distribución de rol del padre. En este caso, estaríamos haciendo referencia a una familia negligente en la que los padres no saben aplicar correctamente unas buenas medidas de disciplina. Es decir, en nuestro modelo, estos padres son los que se implican, pero no de forma correcta. No obstante, es de considerarse que, a nivel de predictivo, los modelos de regresión generados nos permiten hacer un análisis conjunto de estas relaciones. Una de las principales consecuencias de este análisis conjunto es que no podemos valorar el efecto que ejerce cada variable por sí sola, sino teniendo en cuenta la interacción con las demás. Esto conlleva que determinadas variables puedan ejercer aparentemente un efecto contradictorio. Así, por ejemplo, la frecuencia con que se riñe o regaña a los hijos aparece como factor protector en nuestro modelo para la depresión. Este dato, que a priori podría resultar contradictorio, puede explicarse por el efecto de otras variables del modelo como la satisfacción con la crianza o la disciplina, que convierten estas riñas en algo instructivo y asociado a efectos positivos en el niño.

En referencia a la ansiedad, todas las variables estudiadas han mostrado resultados significativos. Así, la disciplina de la madre y la satisfacción de la misma son consideradas factores de protección, así como el apoyo y la autonomía del padre. Por el contrario, como factores de riesgo se encuentra la distribución de rol y la satisfacción del padre, así como, la implicación de los progenitores y las horas con el hijo que pasa la

madre. El efecto de esta última variable podría deberse a que, como se ha mencionado anteriormente, los comportamientos más sobreprotectores aumentan la probabilidad de la ansiedad en los hijos (Orgilés et al., 2018). En general, las madres podrían caracterizarse por ser más sobreprotectoras en la crianza de los hijos, por lo que un mayor número de horas con los mismos aumentaría su atención y protección, lo que en ocasiones de forma incontrolable podrían no permitir a los hijos la capacidad de actuar por ellos mismos, dentro de las posibilidades y límites. No obstante, algo similar a la depresión ocurre con el modelo predictor elaborado para la ansiedad. Si se analiza detenidamente, puede percibirse el efecto conjunto de las variables en el modelo.

En lo que respecta a los **objetivos cuarto, quinto, sexto y séptimo** de este trabajo, estos se centraban en estudiar la relación entre las distintas variables y los problemas de tipo internalizante, a través del uso del análisis de regresión logística, que permite determinar si se muestran diferencias en las variables demográficas, familiares y el estilo de crianza percibido por dos grupos de niños que han presentado puntuaciones bajas y de riesgo en ansiedad y depresión, y establecer cuáles de estas variables y factores del PCRI están relacionados con la presencia o ausencia de estos problemas internalizantes mencionados anteriormente. Teniendo en cuenta que las variables predictoras consideradas anteriormente han sido las mismas tanto para la ansiedad como para la depresión, a continuación, se plantea una reflexión de cada una de estas variables en relación a dichos problemas internalizantes.

En lo que hace referencia al **nivel de estudios** tanto del padre como de la madre, se puede decir que existe una relación directa entre el mismo y la ansiedad en los hijos, ya que los análisis de varianza efectuados en el segundo estudio han señalado resultados significativos en este sentido. La misma relación podemos observar entre el nivel de estudios del padre y la depresión en los hijos. Sin embargo, el análisis de varianza realizado en el tercer estudio indica que no existe una relación significativa entre el nivel de estudios de la madre y la depresión en los hijos. Lo que lleva a indicar que un mayor nivel de estudios del padre informa de un menor nivel de problemas internalizantes en los hijos.

Por otro lado, el papel que muestra el nivel de estudios tanto del padre como de la madre en los diferentes modelos de regresión logística solo ha podido ser observado en el estudio centrado en la ansiedad, presentando el nivel de estudios de la madre un coeficiente beta negativo, por lo que predice de forma significativa la pertenencia al grupo

de baja ansiedad. Por lo tanto, estos resultados han mostrado que las madres con mayor nivel de estudios llevan a que sus hijos presenten menos ansiedad en su desarrollo. Esto podría deberse a que este mayor nivel de estudios les lleve a tener un trabajo fuera del hogar, más adecuado y con mejores condiciones para poder compatibilizarlo con las tareas de crianza.

Por tanto, lo observado en este estudio coincide con los resultados obtenidos por Hoghughy y Long (2004) o Jones y Prinz (2005), que afirmaban que el nivel educativo de los progenitores influye en la manera que desarrollan las tareas relacionadas con la crianza de sus hijos. Por lo tanto, podría entenderse que un mayor conocimiento adquirido por los progenitores les puede abrir la oportunidad de conocer pautas de crianza, u otros casos de niños frente a diversos problemas, y así, tenerlo presente con sus hijos. Por ejemplo, en los centros educativos se suelen ofrecer algunas Escuelas de Padres, donde se expliquen diversas técnicas como el mindfulness, que usa, entre otras cosas, procedimientos de relajación para eliminar la frustración o ansiedad con los menores.

La variable **horas con el hijo** tanto del padre como la madre es considerada un elemento de protección para el desarrollo adecuado de los hijos. Así, los resultados obtenidos mediante el análisis de varianza son significativos en relación a las horas que pasa el niño con su padre y la ansiedad y depresión en su hijo. Lo que indica que los padres que pasan más horas con sus hijos son los que informan de menos problemas internalizantes en los mismos, lo que muestra relación con autores como Majdandžić et al. (2014) o Möller et al. (2016). En cambio, no podemos obtener las mismas conclusiones respecto a la madre y dichos problemas. Como anteriormente se ha mencionado, en general, parece ser que en la mayoría de las familias, los padres suelen acercarse a los hijos a enfrentarse a nuevos acontecimientos producidos. Sin embargo, las madres, por el simple hecho de anticiparse a las consecuencias negativas, obviando lo positivo, suelen ser generalmente más precavidas lo que no beneficia dichas conductas a los hijos.

Por otra parte, el modelo de regresión logística para la ansiedad ha mostrado que las horas que pasa el hijo con el padre presenta un coeficiente negativo, por lo que predice de forma significativa la pertenencia al grupo de baja ansiedad. En el caso de las madres, el análisis de regresión logística señala que las madres del grupo de riesgo en ansiedad son las que pasan un mayor tiempo con sus hijos, por lo que se podría decir que la dedicación de tiempo a la crianza materna es considerada un factor de riesgo frente a la ansiedad, aunque hay que recordar que, aunque a priori parezca contradictorio, estábamos

hablando de un modelo de familia en el que las madres son ciertamente negligentes en la crianza de sus hijos.

Se considera relevante este resultado, ya que son las madres que pasan más tiempo con sus hijos las que suponen un mayor riesgo para que los hijos presenten ansiedad. Estos resultados sostienen en cierto modo que las conductas inadecuadas que emplean las madres con sus hijos muestran mayor impacto en el desarrollo de estos, al ser las interacciones más frecuentes y duraderas (Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Van der Sluis, 2016). Así, al considerar la sobreprotección un comportamiento más característico de las madres, nuestros resultados coinciden con autores como Orgilés et al. (2018) al indicar que la interacción madre-hijo es relevante en el desarrollo de la ansiedad en los menores. En este caso, podría también tenerse presente la edad de los hijos, ya que en los primeros años sus progenitores, y en este caso las madres, son modelos para sus hijos, por lo que no solo se debería considerar la sobreprotección como la causa. También, los sentimientos de miedo o ansiedad en las madres son percibidas e imitadas por sus hijos.

Otra variable importante en nuestro estudio es la **frecuencia con que los progenitores riñen a sus hijos**. Aunque esta variable en un primer momento podría considerarse un comportamiento negativo hacia los hijos, siempre que se acompañe de una explicación acorde a la conducta de los mismos es positiva en la crianza. Por tanto, estamos de acuerdo con Franco et al. (2014) al señalar que es un error confundir la disciplina autoritaria con la disciplina referida al establecimiento de límites y normas. Los resultados de nuestro estudio no muestran relaciones significativas con respecto a la ansiedad. Por el contrario, el análisis de varianza ha obtenido resultados significativos entre el grupo de baja depresión y riesgo en la frecuencia que riñen a sus hijos, tanto el padre como la madre, y la depresión en los niños. Por lo tanto, nuestros resultados señalan que los progenitores que riñen más a los hijos muestran una menor depresión. Por su parte, el análisis de regresión logística no contempla estas variables en los modelos predictores de ansiedad y depresión.

Con respecto a la **frecuencia con que tanto el padre como la madre castigan a sus hijos**, al igual que se mostró anteriormente en relación a la frecuencia con la que riñen a sus hijos solo se han apreciado resultados referentes a la depresión. De hecho, parece ser que los padres que más castigan a sus hijos son los que también llevan a que se desarrolle con mayor facilidad la depresión en sus hijos. Por ello, el análisis de regresión logística contempla el castigo del padre como un factor de riesgo para la depresión en los

menores. No obstante, hay que tener en cuenta el efecto de esta variable en relación con otras como una baja comunicación de los progenitores, así como un bajo nivel de satisfacción del padre y bajo compromiso por parte de la madre. Por tanto, la frecuencia de castigo de los progenitores observada en este estudio coincide con los resultados obtenidos por Mackenzie et al. (2012), que muestran que el castigo se encuentra relacionado con problemas en los hijos a lo largo del tiempo, incluso cuando se dan prácticas de crianza positivas. En general, la mayoría de los hijos perciben el castigo como una conducta mala por parte de sus padres, obviando las consecuencias positivas a largo plazo. Por ello, estos niños podrían llegar incluso a pensar que sus padres no los quieren, por el simple hecho de que han recibido un castigo por parte de los mismos. Estos pensamientos erróneos junto al mismo castigo podrían desembocar en el desarrollo de emociones negativas en los hijos, incluso pudiendo causar síntomas depresivos en ellos.

En referencia al **número de hijos y el orden que ocupa el niño entre sus hermanos**, ni los análisis de varianza ni de regresión logística han alcanzado datos concluyentes sobre su influencia en la aparición y desarrollo de la ansiedad y depresión. Por lo tanto, no podemos afirmar que el tener muchos hijos o que esos hijos no sean primogénitos pueda considerarse un factor de riesgo o de protección para el desarrollo de los problemas internalizantes, al menos según los resultados obtenidos en este estudio.

En cuanto a la **implicación de los padres en la educación de sus hijos**, considerada una variable relevante al provenir de un informador externo como es el tutor, nos ofrece la oportunidad de contrastar en cierta manera la información obtenida por los progenitores.

Sobre esta variable, el análisis de varianza realizado en el segundo estudio referente a la ansiedad ha aportado resultados significativos, aunque no hemos obtenido lo mismo en el tercer estudio centrado en el otro problema internalizante, la depresión. En lo referente a los distintos modelos de regresión logística solo ha podido ser observado en el caso de la depresión, donde la implicación de los progenitores muestra un coeficiente beta positivo, lo que predice de forma significativa la pertenencia al grupo de riesgo. El hecho de que la implicación de los progenitores informe sobre una mayor probabilidad en el desarrollo de la depresión en los menores puede deberse a un exceso de control y sobreprotección que supere los niveles adecuados de implicación en la crianza parental. Además, hay que tener en cuenta el efecto de esta variable en relación con otras como

una baja autonomía y compromiso en la madre, así como un nivel bajo respecto a la satisfacción del padre.

Por lo tanto, la influencia de la implicación de los progenitores observada en este estudio apoya, en cierto modo, los resultados obtenidos por Maccoby (1992) que señaló que ciertos comportamientos de los progenitores, como controlar excesivamente y sobreproteger, además de descuidar, rechazar y criticar son los más asociados a la aparición de la depresión en los hijos, o Toro (2014) que determinó que un estilo educativo con niveles altos de exigencia y control sin afecto suele relacionarse algunos de los trastornos de tipo internalizantes, entre los que destacan la depresión. Este tipo de conductas basadas en una ausencia de intereses y opiniones, así como una falta de control sobre sí mismo por parte de los hijos, podría caracterizar a los progenitores autoritarios.

Una vez que se ha valorado la influencia de las diversas variables demográficas y del entorno familiar, pasamos a detallar el papel que ejerce los distintos factores que componen el estilo de crianza parental desde la perspectiva del PCRI (Roa y Del Barrio, 2001) en la predicción de los problemas internalizantes. Así, los factores del PCRI y su relación con la ansiedad y la depresión indican que, en general, una combinación de altas puntuaciones en la mayoría de estos factores dota de cierto carácter protector al estilo de crianza de los padres, en coherencia con lo planteado por las autoras de su adaptación, identificando estas altas puntuaciones con un estilo educativo democrático y con una mejor adaptación del niño.

El **apoyo parental** como uno de los factores del PCRI, es entendido como el nivel de apoyo social y emocional que una madre o padre está recibiendo, manifestado mediante expresiones como “cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a”. Esta variable ha sufrido un cambio en los últimos años, donde la implicación tanto del padre como de la madre en el cuidado de sus hijos es necesaria para conseguir un estilo de crianza más efectivo. Por el contrario, los análisis teóricos previos señalan que mayores niveles de estrés en los progenitores respecto a la crianza afecta de forma negativa al desarrollo de sus hijos (Heredía, 2014; Levai et al., 2018).

Los datos obtenidos en este estudio se han considerado coherentes con lo señalado anteriormente, ya que el coeficiente de correlación de Pearson mostró una relación inversa entre el apoyo percibido, tanto por el padre como por la madre, y los problemas de tipo internalizantes estudiados. Por otra parte, al comparar los grupos de riesgo y baja

puntuación en ansiedad y depresión, los progenitores que pertenecían al grupo de riesgo presentaban un menor nivel de apoyo percibido tanto en el segundo estudio como en el tercero.

En lo que respecta al análisis de regresión múltiple y al análisis de regresión logística, ambos consideran el apoyo percibido como un factor protector relevante. En concreto, en el caso de las madres, respecto a la ansiedad, coincidiendo con lo señalado por Pérez-Padilla y Menéndez (2016), los cambios producidos en la sociedad en los últimos años, han provocado mayores niveles de estrés materno, lo que afecta a las relaciones diarias de las madres con su familia e hijos. Este estrés que puede llegar a sufrir la madre en la actualidad, parece estar más relacionado con la incorporación de la mujer al mercado laboral, los cambios de roles entre los miembros de la familia, la situación económica o los cambios producidos en la estructura familiar, como consecuencia de las separaciones entre los progenitores o el fallecimiento de algún familiar.

La **satisfacción con la crianza** se refiere a la satisfacción que obtiene una madre o padre por el hecho de serlo, medido mediante ítems como “a menudo me pregunto qué ventajas tiene criar hijos”.

En relación a los análisis bivariantes, las correlaciones con los problemas de tipo internalizante son negativas en todos los casos, aunque no resulta significativa en la satisfacción de la crianza del padre respecto a la ansiedad. Por otro lado, en el análisis de varianza se ha obtenido que los padres con puntuaciones de riesgo han presentado una menor satisfacción.

Por su parte, los análisis multivariantes han dado importancia a esta variable en la predicción de los problemas medidos en los hijos, lo que puede llevar a la conclusión, a partir del análisis de regresión logística, que la satisfacción con la crianza de la madre predice baja puntuaciones en ansiedad y la satisfacción con la crianza del padre baja puntuaciones en depresión.

Por lo tanto, podemos considerar, en general, que la satisfacción con la crianza puede ser entendido como un factor protector o factor relacionado con una menor probabilidad en el desarrollo de estos tipos de problemas internalizantes en los hijos. En este sentido, coincidimos con lo descrito por otros autores como Ardel y Eccles (2001) al indicar que los progenitores que perciben una mayor confianza en ellos mismos, adquiriendo habilidades de crianza eficaces y transmitiéndolas de forma más adecuada a

su hijo, mejoran el desarrollo de su hijo en todos los ámbitos. Por el contrario, hoy en día con más frecuencia, nos podemos encontrar progenitores que presenten algún problema, como ansiedad, depresión, entre otros. Esto podría ser el motivo que los lleve a no actuar de la forma más correcta que lo harían sin la presencia de dichos problemas, ya que el equilibrio emocional de los padres recae tanto de forma positiva como negativa en conductas empleadas en la crianza de los hijos. Han y Shaffer (2013), Sturge-Apple et al. (2006) y Wilkinson et al. (2013) coinciden en señalar que el grado de salud de los progenitores afecta a la calidad de la crianza. Por ejemplo, es menos probable que un padre o madre que presente depresión le pueda aportar a sus hijos ideas o pensamientos positivos.

El **compromiso** es la traducción utilizada por Roa y Del Barrio (2001) para el término *involvement*, traducido en ocasiones como implicación. Este factor se define como el grado de interacción y conocimiento que los progenitores tienen de su hijo, medido a través de ítems como “quiero a mi hijo/a tal como es”. Los análisis teóricos previos han considerado esta variable como un elemento protector o relacionado con una menor probabilidad en el desarrollo de los problemas internalizantes. Así lo han descrito estudios como el de Carrillo et al. (2018) que señalan relevante para un adecuado desarrollo emocional en los menores la implicación tanto del padre como de la madre. Por el contrario, debido al mayor número de separaciones que se dan en la sociedad, la implicación de los progenitores sufre un desequilibrio, lo que podría desencadenar en que la crianza de los hijos recaiga sobre el padre o la madre.

Por ello, los resultados obtenidos en las correlaciones de Pearson han mostrado una relación inversa entre el compromiso de los progenitores y la depresión. Los análisis de varianza apuntan que los problemas internalizantes en los menores son más frecuentes cuando los progenitores se muestran menos implicados o comprometidos en su crianza. Así lo han indicado estudios como los de Brown et al. (2016) o Chorot et al. (2017) al relacionar la negligencia en los menores por parte de los progenitores con el desarrollo de ciertos problemas salud, entre los que se encuentran los problemas internalizantes como la ansiedad y la depresión. No obstante, los análisis de regresión múltiple no consideran relevante esta variable, por lo que no aparece en ninguno de los modelos.

El compromiso de la madre, según el análisis de regresión logística, es considerado un factor predictor de pertenecer al grupo de bajas puntuación en los problemas internalizantes estudiados, aunque de manera no significativa en la ansiedad.

Estos resultados coinciden según investigaciones anteriores como la de Raya et al. (2010) al considerar que las madres se muestran más comprometidas con las tareas de la crianza, lo que puede llevar a las madres a mostrar un papel más importante en el desarrollo emocional de sus hijos.

Por su parte, la **comunicación**, se define en el PCRI como la percepción que los progenitores tienen sobre la efectividad de la comunicación con su hijo. Uno de los ítems como ejemplo podría ser “cuando mi hijo está molesto por algo me lo dice”. Esta variable se consideró uno de los componentes que presentaba una mayor relevancia del constructo “*responsiveness*”, ya que se refería a la actitud receptiva y afectuosa por parte de los padres hacia el hijo (Maccoby y Martin, 1983). Por ello, se entiende que los padres que eran más comunicativos tenían hijos más adaptados.

Centrándonos en los resultados obtenidos en la correlación de Pearson, solo se ha percibido una relación inversa entre la comunicación, tanto por el padre como por la madre, y la depresión. En cambio, la ansiedad no ha mostrado esta relación ni tampoco resultados significativos. En lo que respecta a los análisis de regresión múltiple no consideran relevante esta variable, por lo que no aparece en ninguno de los modelos. Estos resultados entran en contradicción con los resultados de estudios como los de Grills-Taquechel y Ollendick (2013) que apuntan que los progenitores caracterizados por ser poco cálidos, altamente críticos y poco acogedores fomentan la ansiedad en los hijos, o McLeod et al. (2007b) que consideran que la comunicación, por parte de los progenitores, ejerce un papel muy importante en el desarrollo de algún tipo de ansiedad en los hijos.

En el análisis de varianza, la comunicación, al igual que los anteriores factores del PCRI, arrojó resultados en la línea de lo esperado, de forma que altas puntuaciones en esta variable se relacionan con bajas puntuaciones en la ansiedad y depresión en los hijos. En el análisis de regresión logística, la comunicación tanto con el padre como con la madre es un buen factor protector para la depresión en los hijos. Estos datos obtenidos coinciden con lo descrito por Yap y Jorm (2015) al indicar que la comunicación entre padres e hijos se asocia con un menor riesgo de depresión en el niño o Chorot et al. (2017), Del Barrio (2014) y González et al. (2013) al considerar que el cariño o afecto de los progenitores se relaciona con un menor nivel de depresión en los menores. No obstante, no es tan importante a la hora de explicar la ansiedad. Esto puede deberse a que la depresión se relaciona más con el aislamiento y falta de contacto y afecto.

La **disciplina** es considerada uno de los aspectos más relevantes en lo que se refiere a la educación y al papel de los padres en el desarrollo de los hijos. El concepto de disciplina en este estudio está centrado en una disciplina inductiva y necesaria en la educación de los hijos, considerándose unos comportamientos socialmente aceptados. En este sentido, se considera relevante aclarar que este estudio no se centra en diversas formas de disciplina negativa que han sido relacionadas con diversos problemas internalizantes. Por ello, el PCRI la define como el nivel de exigencia de cumplimiento de las normas quedando expresada a través de ítems inversos como “cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta”.

En este caso, la disciplina medida en este estudio se ha contemplado como un factor protector ante la ansiedad (Franco et al., 2014) o la depresión (González et al., 2013). Los resultados obtenidos en este estudio son congruentes con estos datos. Así, en relación a la correlación de Pearson se ha mostrado una relación inversa entre la disciplina, tanto del padre como de la madre, y los problemas internalizantes en los menores. Al comparar los grupos de riesgo y baja puntuación del segundo y tercer estudio, los padres del grupo de riesgo manifiestan una menor puntuación en disciplina.

En lo que respecta al análisis de regresión logística, la disciplina de la madre presenta un coeficiente beta negativo en los modelos planteados, por lo que predice de forma significativa la pertenencia al grupo de baja depresión. Coincidiendo con nuestros resultados, la disciplina de la madre podría resultar más relevante, ya que estas pasan un mayor tiempo con los hijos, por lo que es evidente que se perciban más conductas disciplinarias por parte de las madres (Hallers-Haalboom et al., 2016; Lawrence et al., 2019). Respecto a la ansiedad, esta variable también se considera un factor protector, aunque de manera no significativa. Este mayor nivel de exigencia en el cumplimiento a las normas por parte de la madre podría conducir al hijo a adquirir determinados comportamientos aceptados por la sociedad, lo que le podría beneficiar en su interacciones sociales y desarrollo emocional.

En lo que respecta a la **autonomía**, esta queda definida como la habilidad para proporcionar independencia al hijo/a, medida mediante ítems inversos como “me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño”.

Tanto en el caso del padre como de la madre, en el primer estudio, la correlación de Pearson describía una relación inversa entre esta variable y los problemas de tipo

internalizante medidos. Al comparar los grupos de riesgo y baja puntuación en ansiedad y depresión, los padres del grupo de riesgo proporcionaban menor autonomía a los hijos. Por tanto, nuestros resultados apuntan que una mayor autonomía por parte de los progenitores previene el desarrollo de los problemas internalizantes en los hijos (Del Barrio, 2010; Toro, 2014; Yap et al., 2015).

No obstante, en lo que se refiere a la ansiedad, los análisis de regresión múltiple y regresión logística atribuyen una baja influencia de la autonomía de la madre. Por el contrario, no se puede decir lo mismo respecto al padre, ya que tanto en el análisis de regresión múltiple como en el análisis de regresión logística, la autonomía del padre presenta un coeficiente beta negativo, prediciendo de forma significativa la pertenencia al grupo de baja ansiedad. Por lo tanto, la autonomía manifestada por el padre es un factor protector importante, coincidiendo con lo expresado por Majdandžić et al. (2014) o Möller et al. (2016), que consideraban que los padres, a través de su conducta desafiante, animan a sus hijos mediante comportamientos que requieren riesgo, a salir de su “zona de confort”, previniendo en mayor medida el desarrollo de la ansiedad en los hijos. Este tipo de conductas por parte de sus padres podrían mostrar beneficios positivos en los hijos, ya que estos padres les abren la oportunidad ante nuevas situaciones, a la misma vez que eliminan la sensación de miedo o inquietud en sus hijos, lo que podría afectarles positivamente en su desarrollo emocional.

Por otro lado, centrándonos en el otro problema internalizante, la depresión, en el análisis de regresión logística centrado solo en los factores del PCRI, la autonomía del padre es considerada un factor protector, aunque de manera no significativa. En lo referente al segundo análisis de regresión logística centrado tanto en los factores del PCRI como en las variables demográficas y del entorno familiar, la autonomía de la madre presenta también un coeficiente beta negativo, por lo que predice de forma significativa la pertenencia al grupo de baja depresión. En este sentido, los resultados de nuestro estudio están en contradicción con lo indicado por Hallers-Haalboom et al. (2016) que señalaron que las madres se caracterizan por emplear más órdenes verbales en comparación con los padres, lo que podrían llevar a limitar más la autonomía de los hijos.

Por último, se hace mención a la **distribución de rol**, como otro de los factores del PCRI que se relaciona con la ansiedad y la depresión. Este factor es definido como las actitudes acerca del papel que desempeña el género en la crianza, con ítems como “las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños”.

El análisis centrado en la correlación de Pearson no ha aportado datos significativos en lo referente a la distribución de rol del padre y ambos problemas internalizantes en los hijos. Sin embargo, se ha mostrado una relación inversa entre la distribución de rol de la madre y estos problemas.

En lo referente a los análisis de regresión logística, la distribución de rol de la madre solo ha podido ser observada en el modelo de ansiedad que incluía los factores del PCRI, considerándose esta variable un factor protector frente a la ansiedad en los hijos. Así, cuando se percibe una distribución de roles equilibrado, atención y cuidado igualitario en los hijos, su desarrollo emocional es más favorable (Carrillo et al., 2018). Por el contrario, aunque la distribución de roles ha sufrido un cambio respecto a otros tiempos, aún podemos encontrar frente a un gran número de familias donde surgen con frecuencia conflictos debido al reparto en las tareas de la crianza de los hijos. Esto podría provocar un mayor nivel de estrés parental afectando, a la misma vez, al desarrollo emocional y conductual de los menores.

Por otro lado, los distintos modelos obtenidos mediante el análisis de regresión múltiple han aportado datos bastante interesantes. Así, tanto para la depresión como para la ansiedad, la distribución de rol del padre presenta un coeficiente beta positivo, por lo que predice de forma significativa la pertenencia al grupo de riesgo. Esto puede entenderse como que los padres que aún no consideran necesario el reparto igualitario en las tareas del hogar y de la crianza de los hijos, tienen más probabilidad de que sus hijos presenten tanto depresión como ansiedad. Por el contrario, coincidiendo con autores como Raya et al. (2010) las madres entienden el reparto de las tareas en el hogar como necesario. Estos pensamientos y comportamientos contradictorios entre ambos progenitores podrían generar conflictos familiares presenciados por los propios hijos o inconsistencias en las conductas relacionadas con la educación de sus hijos, lo que podría facilitar, de alguna manera, la aparición de síntomas ansiosos o depresivos al sentirse incompetentes ante estas relaciones familiares.

Terminado el análisis de los resultados de nuestro estudio y comentadas las variables evaluadas, pasamos a extraer las **conclusiones generales** de esta investigación. En este caso, tendremos presente como punto de partida las hipótesis planteadas a lo largo de este trabajo, comprobando de esta forma el grado en el que se han cumplido.

La **primera hipótesis** expresada en este trabajo trataba de comprobar si existían diferencias entre padres y madres en relación a determinadas variables demográficas, del entorno familiar y los estilos de crianza empleados con sus hijos. Respecto a esta hipótesis podemos afirmar que se ha cumplido, ya que son diversos los aspectos que han diferenciado a padres y madres, destacando la cantidad de horas que pasan con los hijos, así como la frecuencia que riñen a sus hijos. También se han señalado importantes diferencias en lo que respecta al estilo de crianza de los progenitores, por ejemplo, se ha observado que en las madres se perciben un menor apoyo, además de considerarse más comunicativas y mostrar un mayor compromiso.

En referencia a la **segunda hipótesis**, esta consistía en responder a la pregunta de si se apreciaba relación entre algunas variables demográficas, características familiares y los estilos de crianza de padres y madres con la ansiedad y depresión en sus hijos. En referencia a esta hipótesis planteada podemos decir que solo se ha cumplido en parte, ya que no todas las variables expuestas se han mostrado como buenas predictoras de un mayor desajuste en los hijos. Así, para la depresión se han señalado variables predictoras como la satisfacción y el apoyo de la madre, la frecuencia de riña y la distribución de rol del padre, la disciplina de ambos progenitores y el orden del hijo entre sus hermanos. Para la ansiedad, las variables que resultaron más importantes en su predicción fueron la disciplina y las horas con el hijo que pasa la madre, el apoyo y la distribución de rol del padre, la satisfacción tanto del padre como de la madre y la implicación de los progenitores. No obstante, como se ha observado existe relación entre un gran número de las variables estudiadas y los problemas internalizantes analizados.

Con respecto a la **tercera hipótesis**, nos habíamos planteado si se muestran diferencias entre el estilo de crianza y los factores contextuales observados por un grupo de niños con puntuaciones de riesgo en ansiedad y los de otro grupo de niños con puntuaciones bajas en esta variable.

A partir de los análisis de estas variables se puede decir que gran parte de ellas presentan un relevante papel en la diferenciación entre el grupo de riesgo y el de baja ansiedad. Entre estas variables predictoras se encuentran las horas con el hijo que pasa tanto el padre como la madre, el nivel de estudios, el apoyo, la satisfacción, el compromiso y la disciplina de la madre, y la autonomía del padre. En este sentido, una familia donde el padre pasa pocas horas con el hijo, pero la madre en cambio pasa muchas horas con el hijo, la madre presenta un bajo nivel de estudios, recibe poco apoyo con la

crianza, muestra una baja satisfacción y compromiso con la crianza, además de ser una madre poco exigente con el cumplimiento de las normas con su hijo, y una baja habilidad para proporcionar autonomía al hijo por parte del padre, presenta una mayor probabilidad de tener un hijo con ansiedad que aquella que muestre unas características opuestas.

Esta probabilidad puede quedar expresada en términos de riesgo si calculamos la Odds Ratio (OR) para un sujeto determinado del grupo de riesgo, y a su vez la comparamos con la OR para otro sujeto, pero en este caso perteneciente al grupo de baja ansiedad. En este caso, si seleccionamos, por ejemplo, el sujeto número 23 que muestra una probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo $p = .809$, y elegimos otro sujeto del grupo de baja ansiedad, por ejemplo, el sujeto número 92 que presenta una probabilidad de $p = .121$, se puede calcular la OR para cada sujeto concreto, así como para todos los que compartan las mismas puntuaciones de la forma siguiente: $OR = p/(1-p)$.

A través de esta fórmula expuesta anteriormente, se obtiene que para el sujeto 23, $OR = 4.24$, en cambio para el sujeto 92, $OR = 0.14$.

Estas puntuaciones nos permiten calcular el cociente de Odd dividiendo 4.24 entre 0.14, obteniendo como resultado 30.29. Este valor obtenido nos puede indicar que los sujetos que presenten las mismas características que el sujeto 23 presentan 30.29 veces más probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo que otros que tienen unas características similares a las del sujeto 92.

Por último, la **cuarta hipótesis** pretendía señalar si se muestran diferencias entre el estilo de crianza y los factores contextuales observados por un grupo de niños con puntuaciones de riesgo en depresión y los de otro grupo de niños con puntuaciones bajas en este problema internalizante.

En este caso las variables que han presentado una mayor eficiencia en la clasificación de los sujetos en los grupos de riesgo y baja depresión serían las siguientes: la frecuencia con la que castiga el padre a su hijo y la satisfacción del padre, el apoyo, el compromiso, la disciplina y autonomía de la madre, la comunicación e implicación de ambos progenitores, la edad y el sexo del hijo. Por lo tanto, las familias caracterizadas por una mayor frecuencia de castigo por parte del padre, una baja satisfacción en el padre, un bajo apoyo percibido en la madre respecto a la crianza de los hijos, un bajo compromiso por la madre, una baja capacidad para poner límites y proporcionar autonomía al hijo, una falta de comunicación respecto al padre y la madre con los hijos,

junto a una alta implicación por parte de los progenitores, más edad en los niños y más alto el valor del sexo, es decir, las niñas, muestran una mayor probabilidad de que su hijo presenta una puntuación de riesgo en depresión que aquellas que no presentan estas características.

Como anteriormente se comprobó con la ansiedad, también se pueden realizar diversas comparaciones entre sujetos del grupo de riesgo y el de baja depresión. En este caso, elegimos el sujeto 123, siendo la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo $p = .800$ y la OR para sus puntuaciones concretas de 4 y, por otro lado, escogemos al sujeto 19, con una probabilidad de pertenecer al grupo de baja depresión de $p = .079$ y la OR para sus puntuaciones es de $.086$. Por tanto, calculado el cociente de Odd se ha obtenido como resultado 46.51. Así, se puede decir que los sujetos con puntuaciones iguales a las del sujeto 123 presentan 46.51 veces más probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en depresión que los sujetos con las mismas puntuaciones a las del sujeto 19.

Con todo lo que se ha expuesto en este trabajo y los resultados que de él se obtienen, los estilos educativos que los progenitores emplean con sus hijos muestran una fuerte influencia en la aparición de problemas internalizantes, en concreto en la ansiedad y la depresión en los menores. Por tanto, los datos obtenidos hacen una aportación relevante en la prevención de los problemas estudiados, así como en las indicaciones más necesarias para unas adecuadas y óptimas pautas educativas. El fin que se persigue es el desarrollo de mecanismos protectores y preventivos que orienten sobre determinados aspectos de la práctica educativa diaria, ofreciendo la oportunidad de prevenir o disminuir el desarrollo de estos problemas internalizantes, a la misma vez que se promueven estilos de crianza más competentes y positivos en los progenitores.

Por otro lado, no podemos ignorar que este tipo de problemas deben ser analizados en términos de interacción, ya que, si bien la situación familiar descrita puede ser precursora de la ansiedad o depresión, estos problemas en los menores también pueden desestabilizar la dinámica familiar, generando patrones inadecuados de interacción con los progenitores. Así, aunque el método utilizado no permitió establecer relaciones causales, la información obtenida tiene amplias aplicaciones para las intervenciones con familias con menores que presentan problemas internalizantes, ya que las respuestas de

los padres y las madres a los instrumentos utilizados revelan patrones de comportamiento que pueden ser modificados tanto en los progenitores como en los hijos.

Por tanto, en base a estas consideraciones, a continuación, proponemos los temas que se consideran interesantes trabajar, mediante Escuela de Padres y Madres con la familia o en los centros educativos con los niños.

En primer lugar, centrándonos en los puntos a tratar con la familia a través de la **Escuela de Padres y Madres**, señalamos los siguientes:

1. Fomentar la comunicación entre los miembros de la familia, y en especial con su hijo.
2. Establecer límites y normas adecuadas a la edad del niño.
3. Desarrollar la autonomía en el niño.
4. Entender la importancia de implicarse en la educación de los hijos.
5. Hacer partícipe a todos los miembros de la familia de las obligaciones y las tareas en el hogar.
6. Reforzar los comportamientos adecuados y eliminar los inadecuados.
7. Considerar la riña y el castigo, en algunas ocasiones, como una conducta necesaria en la crianza, aunque haciendo un uso moderado y razonable del mismo.
8. Realizar un seguimiento y supervisión diaria de las tareas.
9. Hacer partícipe a todos los miembros de la familia en las diversas tareas de crianza para ayudar a lograr un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal y familiar.

Por otra parte, para intervenir con niños con estos problemas se considera relevante la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT, Parent-Child Interaction Therapy). Esta terapia se considera interesante y eficaz, ya que está basada en la relación entre los mismos a través del juego, creando nuevos estilos parentales (Ferro-García y Ascanio-Velasco, 2017).

En segundo lugar, en los centros educativos se podrían impartir **programas o dinámicas** destinados a prevenir o disminuir el desarrollo de estos tipos de problemas cada vez más presentes. De esta forma la formación en valores y la Educación Emocional podrían ser muy relevantes. En este sentido, las pautas a trabajar serían:

1. No evitar los lugares, situaciones o cualquier suceso que le produzca ansiedad al niño.
2. No reforzar los temores de los niños.
3. Desarrollar una autoestima y autoconcepto positivos.
4. Conocer sus fortalezas y debilidades.
5. Crear una rutina y hábitos en la vida diaria.
6. Desarrollar un interés y entusiasmo por los diversos acontecimientos que se presenten.
7. Aprender a percibir y regular sus emociones, así como las de los demás.
8. Inculcar valores como la responsabilidad, el amor, la solidaridad, el respeto, la empatía...

Por último, debemos decir que esta investigación presenta algunas **limitaciones** relativas a diversos aspectos relevantes, por lo que es necesario que sean expresadas:

En cuanto a la muestra seleccionada en el estudio, esta debería ser más amplia, sobre todo en los estudios 2 y 3, ya que contribuiría a reducir los márgenes de confianza en los análisis de regresión logística. De esta forma, podríamos observar con más claridad las variables que actuarían como protectoras o de riesgo.

Respecto a otros de los muchos problemas que cada día están más presentes en los niños de corta edad, se debería de continuar investigando sobre ellos debido a que por la dificultad que requieren para ser percibidos no son considerados con la importancia necesaria en esta etapa del desarrollo.

En lo que se refiere a los informadores utilizados para la recogida de los datos, sería conveniente obtener más información por parte de los tutores de los niños, para así poder contrastarla con la obtenida por los familiares. Por otro lado, también se podría hacer uso de autoinformes como instrumento para la recogida de información a partir de los 9 años de edad.

En relación al rango de edad utilizado en esta investigación, quizás sea más complejo para obtener una conclusión general, ya que nos centramos en un amplio rango de edad. Por otra parte, aunque tanto la edad como el género se considera unos datos

relevantes para este estudio, los distintos baremos del BASC anulan los efectos de los mismos, por lo que no se han podido extraer conclusiones relevantes al respecto.

Por último, teniendo en cuenta que la investigación en este campo es más limitada, ya que son pocos los estudios que desarrollan exploraciones más amplias y detalladas sobre algunos de los problemas internalizantes en la infancia, como **futuras investigaciones** se podrían plantear estudios basados en diseños experimentales que mejorasen el estilo de crianza de los progenitores para producir un efecto beneficioso en determinados aspectos del desarrollo de los menores.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1974). *Developmental psychopathology*. Nueva York: Wiley.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-19 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin* 85(6), 1275-1301.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Queen City Printers.
- Achenbach, T. M. y Ezpeleta, L. (2014). Modelos de clasificación en psicopatología. En L. Ezpeleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 53-71). Madrid: Pirámide.
- Affrunti, N. W. y Ginsburg, G. S. (2012). Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(1), 102-112. doi: 10.1007/s10578-011-0248-z.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Alba, G., Romero-López, M., Quesada-Conde, A. B. y Pichardo, M. C. (2016). Los estilos educativos parentales desde la perspectiva de los niños de Educación Infantil (Capítulo 24). En J. J. Gázquez, M. M. Molero, M. C. Pérez- Fuentes, M. M. Simón, A. B. Barragán y A. Martos (Eds.), *Investigación en el Ámbito Escolar: Un acercamiento multidimensional a las variables psicológicas y educativas. Volumen II* (pp. 187-192). Almería, España: ASUNIVEP.
- Ali, S., Khaleque, A. y Rohner, R. P. (2015). Influence of Perceived Teacher Acceptance and Parental Acceptance on Youth's Psychological Adjustment and School Conduct: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Cross-Cultural Research*, 49(2), 204-224. doi: 10.1177/1069397114552769.

- Allen, J. L., Lavalley, K. L., Herren, C., Ruhe, K. y Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 946-952. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.022.
- Alonso, J. y Román, J. M. (2003). *PEF: Escalas de identificación de «prácticas educativas familiares»*. Madrid: Cepe.
- Alonso, J. y Román, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76–82.
- Altay, F. B. y Gure, A. (2012). Relationship among the parenting styles and the social competence and prosocial behaviors of the children who are attending to state and private preschools. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 12(4), 2712-2718.
- Althoff, R. R., Verhulst, F. C., Rettew, D. C., Hudziak, J. J. y Van der Ende J. (2010). Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1105-1116. doi: 10.1016/j.jaac.2010.08.006.
- Amato, P. R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650–666. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00723.x
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edición (DSM-5)*. Washington, DC: Autor.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800130081010.
- Antolín, L., Oliva, A. y Arranz, E. (2009). Variables familiares asociadas a la conducta antisocial infantil: el papel desempeñado por el tipo de estructura familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 475-487.

- Antón, J. M., Seguí, J. D. y Antón, L. (2016). Prevalencia de los trastornos psicológicos en edad pediátrica. Efecto del sexo y la edad. *Psicopatología Salud Mental*, 28, 33-40.
- Ardelt, M. y Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22(8), 944-972. doi: 10.1177/019251301022008001.
- Ares, M. S. y Bertella, M. A. (2015). Límites implementados por padres en la crianza de niños de 3 a 6 años. *Avances en Psicología*, 23(2), 203-221. doi: 10.33539/avpsicol.2015.v23n2.163
- Armsden, G. C. y Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. doi: 10.1007/BF02202939.
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S. y Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.137
- Arranz, E. B., Oliva, A., Olabarrieta, F. y Antolín, L. (2010). Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 33(4), 503-513. doi: 10.1174/021037010793139653.
- Axelson, D. A., Birmaher, B., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., ... Diler, R. S. (2011). Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1257-1262. doi: 10.4088/JCP.10com06220.
- Baldwin, A. L. (1948). Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*, 19, 127-136.
- Baldwin, A. L. (1955). *Behaviour and development in childhood*. New York: Dryden Press.

- Ballespí, S. (2014). Trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación. En L. Ezpeleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp.353-373). Madrid: Pirámide.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R. y Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 187-203. doi: 10.1007/BF01441484
- Battaglia, M., Touchette, É., Garon-Carrier, G., Dionne, G., Côté, S. M., Vitaro, F., ... Boivin, M. (2016). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 39-46. doi: 10.1111/jcpp.12424.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behaviour. *Child Development*, 37(4), 887-907. doi: 10.2307/1126611
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103. doi: 10.1037/h0030372.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gun, R. Lerner y A. C. Petersen (Eds.), *The Encyclopedia of Adolescence* (pp. 746-758). New York: Garland.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 45(4), 405-414. doi: 10.2307/585170
- Baumrind, D. (2012). Differentiating between confrontive and coercive kinds of parental power-assertive disciplinary practices. *Human Development*, 55(2), 35-51. doi: 10.1159/000337962
- Bavolek, S. J. (1984). *Handbook of the AAPI – Adult Adolescent Parenting Inventory*. Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- Baweja, R., Mayes, S. D., Hameed, U. y Waxmonsky, J. G. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder: Current insights. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2115- 2124. doi: 10.2147/NDT.S100312.
- Bayot, A., Hernández, J. V. y De Julián, L. F. (2005). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la Escala de Competencia Parental Percibida.

- Versión para padres/madres (ECCP-p). *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 11(2), 113-126.
- Becker, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. En M. L. Hoffman y W. Hoffman (Eds.), *Review of child development research*, (Vol.1, pp. 169-208. New York: Russell Sage Foundation.
- Becker, E. S., Rinck, M., Roth, W. T. y Margraf, J. (1998). Don't worry and beware of white bears: Thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 39-55. doi: 10.1016/s0887-6185(97)00048-0.
- Belsky, J., Jaffee, S. R., Sligo, J., Woodward, L. y Silva, P. A. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting: a prospective study of mothers and fathers of 3-years-olds. *Child Development*, 76(2), 384-396. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00852.x
- Berkien, M., Louwse, A., Verhulst, F. y Van der Ende, J. (2012). Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 79-85. doi: 10.1007/s00787-011-0234-9.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y De las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29(1), 131-140. doi: 10.6018/analesps.29.1.137831.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J. y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., ... Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45 (12), 1120-1126. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360068010.
- Birkeland, M. S., Melkevik, O., Holsen, I. y Wold, B. (2012). Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *Journal of Adolescence*, 35(1), 43-54. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.06.006.
- Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R. y Walkup, J. T. (2018). Epidemiology and Impact of Health Care Provider-

- Diagnosed Anxiety and Depression Among U.S. Children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(5), 395-403. doi: 10.1097/DBP.0000000000000571.
- Block, J. H. (1981). *The Child Rearing Practices Report (CRPR): A set of items for the description of parental socialization attitudes and values*. Manuscrito no publicado. Institute of Human Development, Berkley: University of California.
- Bögels, S. M. y Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856. doi: 10.1016/j.cpr.2005.08.001.
- Bögels, S. M. y Perotti, E. C. (2011). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2), 171-181. doi: 10.1007/s10826-010-9441-0.
- Bögels, S. M. y Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 539-558. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.011.
- Bowlby, J (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. Nueva York: Basis Books.
- Bowlby, J. (1998). *La separación. El apego y la pérdida. Volumen 2* (traducción de Inés Pardal). Barcelona: Paidós.
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H. y Reinholdt-Dunne, M. L. (2015). Effects of attachment and rearing behavior on anxiety in normal developing youth: A mediational study. *Personality and Individual Differences*, 81, 155-161. doi: 10.1016/j.paid.2014.08.022.
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L. y Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 416-424. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.12.014.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Boivin, M., Girard, A., Bukowski, W. M., Dionne, G., ... Pérusse, D. (2009). Gene-environment interplay between peer rejection and depressive behavior in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 1009-1017. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02052.x.

- Broadwin, I. T. (1932). A contribution to the study of truancy. *American Journal Orthopsychiatry*, 2(3), 253-259. doi: 10.1111/j.1939-0025.1932.tb05183.x.
- Brown, S., Fite, P. J., Stone, K. y Bortolato, M. (2016). Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: The role of alexithymia. *Child Abuse & Neglect*, 52, 20-28. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.12.008.
- Brumariu, L. E. y Kerns, K. A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(5), 393-402.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S. y Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: Continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1157-1164. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12020268.
- Buri, J. R. (1991). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 110-119. doi: 10.1207/s15327752jpa5701_13.
- Burstein, M., Ginsburg, G., Petras, H., Ialongo, N. (2010). Parent psychopathology and youth internalizing symptoms in an urban community: A latent growth model analysis. *Child Psychiatry and Human Development* 41(1), 61-87. doi: 10.1007/s10578-009-0152-y.
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Carrillo, A., Estévez, C. y Gómez-Medina, M. D. (2018). ¿Influyen las prácticas educativas en el desarrollo de la inteligencia emocional de sus hijos? *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(1), 203-212. doi: 10.17060/ijodaep.2018.n1.v1.1190.
- Castro, J., De Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W. A. y Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 230-235.
- Castro, M. y Lago, S. (1996). Estudio da demanda dos usuarios de saúde mental: Unidade de Saúde Mental II de Carranza-Ferrol. *Cadernos de Psicoloxía*, 20, 35-45.

- Castro, J., Toro, J., Van der Ende, J. y Arrindell, W. A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived rearing styles in Spanish children with the EMBU. *International Journal of Social Psychiatry, 39*, 47-57.
- Castro, J., Toro, J., Van der Ende, J., Arrindell, W. A. y Puig, J. (1990). Perceived parental rearing styles in Spanish adolescents, children and parents: The new forms of the EMBU. En C. N. Stefanis, C. R. Solsatos, y A. D. Ravavilas (Eds.), *Psychiatry: A word perspective*, vol. 4 (pp. 340-344). Amsterdam, NL: Elsevier Science.
- Checa, P. y Abundis-Gutiérrez, A. (2017). Parenting and temperament influence on school success in 9-13 year olds. *Frontiers in Psychology, 8*, 543. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00543.
- Chen, X., Dong, Q. y Zhou, H. (1997). Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school performance in Chinese children. *International Journal of Behavioral Development, 21*(4), 855-873. doi: 10.1080/016502597384703.
- Cherot, P., Valiente, R. M., Magaz, A. M., Santed, M. A. y Sandín, B. (2017). Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: The mediational role of attachment. *Psychiatry Research, 253*, 287-295. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.015.
- Chorpita, B. F., Albano, A. y Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 170-176. doi: 10.1207/s15374424jccp2502_5.
- Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy, 29*(3), 457-476. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80043-9.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A. y Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(11), 1085-1097. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R. y Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and

- adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 451-460. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.451.
- Coley, R. L. (2003). Daughter-father relationships and adolescent psychosocial functioning in low-income African American families. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 867-875. doi:10.1111/j.1741-3737.2003.00867.x.
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams G. J. J. M., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M. y Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645. doi: 10.1080/15374416.2011.581623.
- Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia (3ª edición)*. Madrid: Dykinson.
- Comino, M. E. y Raya, A. F. (2014). Estilos educativos parentales y su relación con la socialización en adolescentes. *Apuntes de Psicología*, 32(3), 271-280.
- Coolahan, K., McWayne, C., Fantuzzo, J. y Grim, S. (2002). Validation of a multidimensional assessment of parenting styles for low-income African-American families with preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 17(3), 356-373. doi: 10.1016/S0885-2006(02)00169-2.
- Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H. y Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, 205-212. doi: 10.1016/j.jad.2006.03.017.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J. y Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12010132.
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L. y Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.017.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A. y Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence,

- and comorbidity. En W. K. Silverman y A. P. Field (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 56-75). Nueva York: Cambridge University Press.
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., ... Leckman, J. F. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, *52*(6), 529-42. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01372-0.
- Crowell, J. A., Warner, D. E., Davis, C. R., Marraccini, M. y Dearing, E. (2010). The influence of childhood adversity on mothers' behavior with preschoolers: Role of maternal attachment coherence, dissociative symptoms, and marital behaviors. *Research in Human Development*, *7*(4), 274-291. doi: 10.1080/15427609.2010.526526.
- Cummings, E. M., Keller, P. S. y Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(5), 479-489. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x.
- Cumsille, P., Martínez, M. L., Rodríguez, V. y Darling, N. (2014). Análisis psicométrico de la escala parental breve (EPB): Invarianza demográfica y longitudinal en adolescentes chilenos. *Psykhé: Revista de la Escuela de Psicología*, *23*(2), 1-14. doi: 10.7764/psykhe.23.2.665.
- Cytryn, L. y McKnew D. H. Jr. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, *129*(2), 149-155. doi: 10.1176/ajp.129.2.149.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting styles as a context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487.
- Darling, N. y Toyokawa, T. (1997). *Construction and validation of the Parenting Style Inventory II*. The Pennsylvania State University: Publicación interna.
- Davis, S., Votruba-Drzal, E. y Silk, J. S. (2015). Trajectories of internalizing symptoms from early childhood to adolescence: Associations with temperament and parenting. *Social Development*, *24*(3), 501-520. doi: 10.1111/sode.12105.
- Deal, J. E., Halverson, C. F. Jr. y Wampler, K. S. (1989). Parental agreement on child-rearing orientations: Relations to parental, marital, family, and child characteristics. *Child Development*, *60*(5), 1025-1034. doi: 10.1111/j.1467-8624.1989.tb03533.x.

- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *INFOCOP*, 49, 13-19. Recuperado de <https://www.cop.es/infocop/pdf/1863.pdf>
- Del Barrio, V. (2014). Depresión mayor y distimia. En L. Ezqueleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 301-324). Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, M. V. y Carrasco, M. A. (2005). Confluencia y discrepancia percibida por los hijos en los hábitos de crianza paternos y maternos. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 10(6).
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2013). *Depresión en el niño y en el adolescente*. Madrid: Síntesis.
- Del Hoyo-Bilbao, J., Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2018). Corporal punishment by parents and child-to-parent aggression in Spanish adolescents. *Anales de Psicología*, 34(1), 108-116. doi: 10.6018/analesps.34.1.259601.
- De Paúl, J., Pérez-Albéniz, A., Paz, P. M., Alday, N. y Moco-roa, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14, 53-62.
- Domènech, E., y Ezpeleta, L. (1998). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (Tomo I; pp. 121-144). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Domènech, E. y Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- Domínguez, M. M. y Carton, J. S. (1997). The relationship between self-actualization and parenting style. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(4), 1093-1100.
- Dopke, C. A., Lundahl, B. W., Dunsterville, E. y Lovejoy, M. C. (2003). Interpretations of child compliance in individuals at high- and low-risk for child physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27(3), 285-302. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00007-3.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

- Esparó, G., Canals, J., Torrente, M. y Fernández-Ballart, J. D. (2004). Psychological problems and associated factors at 6 years of age: Differences between sexes. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 53-62. doi: 10.1017/S1138741600004741.
- Esparza, N. y Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(1), 47-65.
- Ezpeleta, L. (2005). Género y psicopatología. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 79-111). Barcelona: Masson.
- Espinosa, L. (2009). Ansiedad infantil e implicación de los padres: Una revisión. *Behavioral Psychology*, 17(1), 67-87.
- Feng, X., Shaw, D. S. y Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of abnormal psychology*, 117(1), 32-47. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.32.
- Ferro-García, R. y Ascanio-Velasco, L. (2017). *Terapia de Interacción Padres-Hijos*. Madrid: Síntesis.
- Fisak Jr, B. y Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 213-231. doi: 10.1007/s10567-007-0020-x.
- Flouri, E. y Midouhas, E. (2017). Environmental adversity and children's early trajectories of problem behavior: The role of harsh parental discipline. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 234-243. doi: 10.1037/fam0000258.
- Ford, T., Goodman, R. y Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211. doi: 10.1097 / 00004583-200310000-00011.
- Fox, N. A., Nichols, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K., Schmidt, L., Hamer, D., ... Pine, D. S. (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16(12), 921-926. doi: 10.1111/j.1467-9280.2005.01637.x.

- Francis, S. E. y Chorpita, B. F. (2011). Parental beliefs about child anxiety as a mediator of parent and child anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1), 21-29. doi: 10.1007/s10608-009-9255-9.
- Franco, N., Pérez, M. A. y De Dios, M. J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Fuchs, S., Klein, A. M., Otto, Y. y Von Klitzing, K. (2013). Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community sample of 3 to 5-year-old children. *Child Psychiatry Human Development* 44(4), 493-503. doi: 10.1007/s10578-012-0343-9.
- Fuentes, M. J., Motrico, E. y Bersabé, R. (2001). Diferencias entre padres y adolescentes en la percepción del estilo educativo parental: afecto y normas-exigencias. *Apuntes de Psicología*, 19(2), 235-250.
- Furman, W. y Giberson, R. (1995). Identifying the links between parents and their children's sibling relationships. En S. Shulman (Ed.), *Close relationships and socioemotional development* (pp. 95-108). Norwood, NJ: Apex.
- Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2013). Problemas emocionales y de conducta en la infancia: Un instrumento de identificación y prevención temprana. *Revista Padres y Maestros*, 351, 34-39.
- García, F. y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 44(173), 101-131.
- García-Linares, M. C., Pelegrina, S. y Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicosocial de los adolescentes. *Anuario de Psicología*, 33(1), 79-95.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M. y Fox, C. E. R. (1992). Sources of parenting stress for depressed and nondepressed mothers of infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 262-272. doi: 10.1207/s15374424jccp2103_8.
- Gerard, A. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Gfroerer, K. P., Kern, R. M. y Curlette, W. L. (2004). Research support for individual psychology's parenting model. *Journal of Individual Psychology*, 60(4), 379-388.

- Gleason, M. M., Zamfirescu, A., Egger, H. L., Nelson, C. A., Fox, N. A. y Zeanah, C. H. (2011). Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(10), 527-535. doi: 10.1007/s00787-011-0214-0.
- González, C., Soriano, J. A. y Navas, L. (2013). Dificultades en el desarrollo emocional. En J. L. Castejón Costa y L. Navas Martínez (Eds.), *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria* (pp. 491- 521). Alicante: ECU.
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Towards a cognitive-interpersonal integration*. Chichester, England: Wiley.
- Grills-Tauechel, A. E. y Ollendick, T. H. (2013). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Advances in psychotherapy. Evidence-based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe-Publishing.
- Gritti, A., Bravaccio, C., Signoriello, S., Salerno, F., Pisano, S., Catone, G., ... Pascotto, A. (2014). Epidemiological study on behavioural and emotional problems in developmental age: prevalence in a sample of Italian children, based on parent and teacher reports. *Italian Journal of Pediatrics* 40(1), 19. doi: 10.1186/1824-7288-40-19.
- Hallers-Haalboom, E. T., Groeneveld, M., Van Berkel, S. R., Endendijk, J., Van der Pol, L. D., Bakermans-Kranenburg, M. y Mesman, J. (2016). Wait until your mother gets home! Mothers' and fathers' discipline strategies. *Social Development*, 25(1), 82-98. doi:10.1111/sode.12130.
- Han, Z. R. y Shaffer, A. (2013). The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: the moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(5), 591-601. doi: 10.1007/s10578-012-0353-7.
- Heredia, M. C. (2014). Influencia del contexto social y familiar en el desarrollo del niño y sus alteraciones. En E. Lucio Gómez-Maqueo y M. C. Heredia y Ancona (Eds.), *Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (pp. 27-48). México: El Manual Moderno.
- Hereford, C. (1963). *Changing parental attitudes though group discussion*. Austin: University of Texas Press.

- Hernández-Guanir, P. y Hernández-Delgado, G. A. (2013). *Cuestionario Clínico de Personalidad para Adolescentes y Adultos (TAMADUL)*. Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- Herrero, J., Musitu, G., García, F. y Gomis, M. J. (1991). Las prácticas educativas de los padres en la adolescencia. *Actas del III Congreso Nacional de Psicología Social, Vol. 1*, 352-361.
- Hill, N. E. y Bush, K. R. (2001) Relationship between parenting environment and children's mental health among African American and European American mothers and children. *Journal of Marriage and Family*, 63(4), 954-966.
- Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S. V. y Rosenbaum, J. F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 910-917. doi: 10.1097/00004583-199707000-00012.
- Hofstra, M. B., Van der Ende, J. y Verhulst, F. C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(7), 850-858.
- Hoghugh, M. y Long, N. (2004). *Handbook of parenting: Theory and research for practice*. Londres: SAGE.
- Hopkins, J., Lavigne, J. V., Gouze, K. R., LeBailly, S. A. y Bryant, F. B. (2013). Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 705-722. doi: 10.1007/s10802-013-9723-2.
- Hudson, J. L. y Dodd, H. F. (2012). Informing early intervention: Preschool predictors of anxiety disorders in middle childhood. *PLoS ONE*, 7(8). doi: 10.1371/journal.pone.0042359.
- Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411-1427. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00107-8.

- Hughes, A. A., Furr, J. M., Sood, E. D., Barmish, A. J. y Kendall, P. C. (2009). Anxiety, mood, and substance use disorders in parents of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 405-419. doi: 10.1007/s10578-009-0133-1.
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489-494.
- Jacka, F. N., Ystrom, E., Brantsaeter, A. L., Karevold, E., Roth, C., Haugen, M., ... Berk, M. (2013). Maternal and early postnatal nutrition and mental health of offspring by age 5 years: A prospective cohort study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(10), 1038-1047. doi: 10.1016/j.jaac.2013.07.002.
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K. y Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 759-782. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.006.
- Jarne, A. y Talam, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica (2ª edición.)*. Barcelona: Herder.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E. y Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 453-460. doi: 10.1001/archpsyc.58.5.453.
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D. y Marlow, N. (2010). Psychiatric disorders in extremely preterm children: Longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 453-463.
- Jones, T. L. y Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363. doi: 10.1016/j.cpr.2004.12.004.
- Jorge, E. y González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental: Una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66 doi: 10.18566/infpsic.v17n2a02.

- Kalmijn, M. (2016). Father-child contact, interparental conflict, and depressive symptoms among children of divorced parents. *European Sociological Review*, 32, 68-80. doi: 10.1093/esr/jcv095.
- Kaufmann, D., Gesten, E., Santa Lucia, R. C., Salcedo, O., Rendina-Gobioff, G., y Gadd, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: the parents' perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 231-245.
- Kazdin, A. E. y Rogers, A. (1985). *Management of Children's Behavior Scale*. Pittsburgh, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine.
- Keenan, K. y Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121(1), 95-113. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.95.
- Kerns, K. A., Siener, S. y Brumariu, L. E. (2011). Mother-child relationships, family context, and child characteristics as predictors of anxiety symptoms in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 23(2), 593-604. doi: 10.1017/S0954579411000228.
- Kertz, S. J. y Woodruff-Borden, J. (2011). The developmental psychopathology of worry. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 174-197. doi: 10.1007/s10567-011-0086-3.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23-33. doi: 10.1017/s1121189x00001421.
- Kiel, E. J. y Buss, K. A. (2010). Maternal expectations for toddlers' reactions to novelty: Relations of maternal internalizing symptoms and parenting dimensions to expectations and accuracy of expectations. *Parenting, Science and Practice*, 10(3), 202-218. doi: 10.1080/15295190903290816.
- Klein, R. G. (2009). Anxiety Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 153-162. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02061.x.
- Koutstaal, W. (2012). *The agile mind*. New York: Oxford University Press.

- Kovacs, M., Obrosky, D. S., Gatsonis, C. y Richards, C. (1997). First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and sociodemographic factors in recovery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 777-784. doi: 10.1097/00004583-199706000-00014.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. y Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01588.x.
- Lawrence, J., Haszard, J. J., Taylor, B., Galland, B., Gray, A., Sayers, R., ... Taylor, R. (2019). A longitudinal study of parental discipline up to 5 years. *Journal of Family Studies*, 1-18. doi: 10.1080/13229400.2019.1665570.
- LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H. U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T. y Craske, M. G. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148-167. doi: 10.1002/da.20655.
- Lera, S. y Medrano, L. (2014). Fobias específicas, crisis de angustia y agorafobia. En L. Ezpeleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 375-397). Madrid: Pirámide.
- Levai, M. C., Kanalas, G., Micu-Serbu, I. B., Talpos, C., Anghel, M., Krems, C. D. y Podariu, A. S. (2018). Resilience and Risk Factors in Children Originated from Families in which Parents Migrate due to Labor Conditions. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 61, 44-54.
- Lewis, C. C. (1981). The effects of parental firm control: A reinterpretation of findings. *Psychological Bulletin*, 90(3), 547-563. doi: 10.1037/0033-2909.90.3.547.
- Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C. y Legerstee, J. S. (2017). The Age of Onset of Anxiety Disorders: A Meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 237-246. doi: 10.1177/0706743716640757.
- López-Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. y López-Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas

- somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (*Child Behavior Checklist*). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto-Larrocha, M., Alcántara-López, M. V., Castro Saéz, M. y López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales De Psicología*, 28(3), 780-788. doi: 10.6018/analesps.28.3.140441.
- López-Soler, C., y López-Pina, J.A. (1998). La depresión en la infancia desde la perspectiva de las taxonomías empíricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 3(2), 95-102. doi: 10.5944/rppc.vol.3.num.2.1998.3859.
- Lucio, E. (2014). Psicopatología infantil. En E. Lucio Gómez-Maqueo y M. C. Heredia y Ancona (Eds.), *Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (pp. 1-26). México: El Manual Moderno.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical review. *Developmental Psychology*, 28(6), 1006–1017. doi: 10.1037/0012-1649.28.6.1006.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socializacion in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4ª ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mackenzie, M. J., Nicklas, E., Waldfogel, J. y Brooks-Gunn, J. (2012). Corporal punishment and child behavioral and cognitive outcomes through 5 years-of-age: Evidence from a contemporary urban birth cohort study. *Infant and Child Development*, 21(1), 3–33. doi: 10.1002/icd.758.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., ... Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1878.
- Magaz, A. y García, E. M. (1998). *PEE. Perfil de estilos educativos. Manual de referencia*. Cruces-Barakaldo (Vizcaya): Grupo Albor, COHS.
- Majdandžić, M., Möller, E. L., De Vente, W., Bögels, S. M. y Van den Boom, D. C. (2014). Fathers' challenging parenting behavior prevents social anxiety

- development in their 4-year old children: A longitudinal observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(2), 301-310. doi: 10.1007/s10802-013-9774-4.
- Malmquist, C. P. (1983). Major depression in childhood: Why don't we know more? *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(2), 262-268. doi: 10.1111/j.1939-0025.1983.tb03370.x.
- Mansager, E. y Volk, R. (2004). Parents' prism: Three dimensions of effective parenting. *Journal of Individual Psychology*, 60(3), 277-293.
- Martinelli, K., Cohen, Y., Kimball, H. y Miller, C. (2018). Understanding Anxiety in Children and Teens. 2018 Children's Mental Health Report. *Child Mind Institute*. Recuperado de <http://www.infocoponline.es/pdf/ANSIEDAD.pdf>
- Martínez, M. y García, M. C. (2012). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 169-178.
- Marturano, E. M., Toller, G. P. y Elias, L. C. (2005). Gender, adversity, and socioemotional problems related to school distress. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(4), 371-380. doi: 10.1590/S0103-166X2005000400005.
- Mas, B. y Carrasco, M. (2016). Abuso sexual y maltrato infantil. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo (Eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (3ª edición). Madrid: Dykinson.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R. y Wood, J. J. (2007a). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 986-1003. doi: 10.1016/j.cpr.2007.03.001.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. y Weisz, J. R. (2007b). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.002.
- McLoughlin, C. S. (2009). Positive Peer Group Interventions: An alternative to individualized interventions for promoting prosocial behavior in potentially disaffected youth. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(3), 1131-1156. doi: 10.25115/ejrep.v7i19.1338.

- Méndez, F. X. (2011). *El niño que no sonr e: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación. Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
- Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J. y Carter, A. S. (2011). An ecological risk model for early childhood anxiety: The importance of early child symptoms and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 501-512. doi: 10.1007/s10802-010-9476-0.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud (ENSE), España 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018) *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10^a Revisión Modificación Clínica)*. 2^a edición. Madrid. Recuperado de <https://www.comb.cat/Upload/Documents/8051.PDF>
- M ller, E. L., Majdand i c, M. y Bögels, S. M. (2015). Parental anxiety, parenting behavior, and infant anxiety: Differential associations for fathers and mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2626-2637. doi: 10.1007/s10826-014-0065-7.
- M ller, E. L., Majdand i c, M., De Vente, W. y Bögels, S. M. (2013). The evolutionary basis of sex differences in parenting and its relationship with child anxiety in western societies. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(2), 88-117. doi: 10.5127/jep.026912.
- M ller, E. L., Nikoli c, M., Majdand i c, M. y Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early

- childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 45, 17-33. doi: 10.1016/j.cpr.2016.03.002.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyear, I. y Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(5), 460-470. doi: 10.1016/j.jaac.2011.02.001.
- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: Un análisis intercultural. *Anuario de Psicología*, 31(2), 15-32.
- Musitu, G. y García, J. F. (2001). *ESPA29. Escala de Socialización Parental en la Adolescencia*. Madrid: TEA Ediciones.
- Musick, K. y Meier, A. (2010). Are both parents always better than one? Parental conflict and young adult well-being. *Social Science Research*, 39(5), 814-830. doi: 10.1016/j.ssresearch.2010.03.002.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J. C., Sales, A. y Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Ochando, G. y Peris, S. P. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 21(1), 39-46. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-01/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatica-2017/>
- O'Donnell, E. H., Moreau, M., Cardemil, E. V. y Pollastri, A. (2010). Interparental conflict, parenting, and childhood depression in a diverse urban population: The role of general cognitive style. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 12-22. doi: 10.1007/s10964-008-9357-9.
- Olivares-Olivares, P. J., Olivares, J. y Macià, D. (2014). Fobia social. En L. Ezpeleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 399-420). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa-Alcázar, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18(2), 207-212.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Maltrato Infantil*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Salud Mental*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Constitución de la OMS: principios*. Recuperado de <http://origin.who.int/about/mission/es/>
- Orgilés, M., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Méndez, X. M. e Hidalgo, M. D (2011). Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood. *Anales de Psicología*, 27(1), 80-85.
- Orgilés, M., García-Fernández, J. M., Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2009). Ansiedad por separación y miedos escolares. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 17-25.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes españoles: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 115-120.
- Orgilés, M., Penosa, P., Morales, A., Fernández-Martínez, I. y Espada, J. P. (2018) Maternal anxiety and separation anxiety in children aged between 3 and 6 years: The mediating role of parenting style. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39 (8), 621-628. doi: 10.1097/DBP.0000000000000593.
- Orgilés, M. y Samper, M. D. (2011). El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 490-494. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.05.013.
- Orgilés, M., Samper, M. D., Fernández-Martínez, I. y Espada, P. J. (2017). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes*, 4(2), 129-134.
- Orlansky, H. (1949). Infant care and personality. *Psychological Bulletin*, 46(1), 1-48. doi: 10.1037/h0058106.
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170. doi: 10.1023/A:1024958332093.

- Pahl, K. M., Barrett, P. M. y Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 311-320. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.12.013.
- Palacios, J. (1994). *Escala de Evaluación de Estilos Educativos (4E)*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Eds.), *Desarrollo Afectivo y Social* (pp. 267-281). Madrid: Pirámide.
- Palacios D. J. y Andrade, P. P. (2006). Escala de Estilos Parentales en Adolescentes Mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 22, 49-64.
- Parens, E., Johnston, J. y Carlson, G. A. (2010). Pediatric mental health care dysfunction disorder? *New England Journal of Medicine*, 362(20), 1853-1855. doi: 10.1056/NEJMp1003175.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x.
- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D. y Muris, P. (2014). The relationships among parental anxiety, parenting, and children's anxiety: The mediating effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 399-409. doi: 10.1007/s10826-013-9767-5.
- Pérez-Padilla, J. y Menéndez, S. (2016). El estrés parental como predictor de la sintomatología psicológica en madres de familias de riesgo. *Behavioral Psychology*, 24(1), 51-71.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Von Knorring, L. y Perris, H. (1980). Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274. doi: 10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x.
- Peterson, B. S., Wang, Z., Horga, G., Warner, V., Rutherford, B., Klahr, K. W. y Weissman, M. M. (2014). Discriminating risk and resilience endophenotypes from lifetime illness effects in familial major depressive disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(2), 136-148. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4048.

- Platt, R., Williams, S. R. y Ginsburg, G. S. (2016). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 23-34. doi: 10.1007/s10578-015-0540-4.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381.
- Pons-Salvador, G. y Del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, 17(3), 489-497.
- Rando, M. A. y Cano, J. (2013). Trastorno de ansiedad. En M. Ortiz-Tallo (Ed.), *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5* (pp.33-40). Madrid: Pirámide.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. En M. V. Vasey y M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). Nueva York: Oxford University Press.
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 69-80. doi: 10.1007/s10567-011-0106-3.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A. y Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628.
- Raya, A. F. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba, España.
- Raya, A. F., Herruzo, J. y Pino, M. J. (2008). Parenting styles and their relationship with hiperactivity. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Raya, A. F., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: El estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 211-222. doi: 10.30552/ejep.v2i3.28.
- Raya, A. F., Pino, M. J., Ruiz, R. y Morales, M. A. (2010). Diferencias entre el estilo de crianza de padres y madres. *ED.UCO: revista de investigación educativa*, 4, 129-137.

- Reef, J., Van Meurs, I., Verhulst, F. C. y Van der Ende, J. (2010). Children's problems predict adults' DSM-IV disorders across 24 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1117-1124. doi: 10.1016/j.jaac.2010.08.002.
- Regalado, M., Sareen, H., Inkelas, M., Wissow, L. S. y Halfon, N. (2004). Parents' discipline of young children: Results from the National Survey of Early Childhood Health. *Pediatrics*, 113, 1952-1958.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Richaud de Minzi, M. C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 47-58.
- Rigat, A. y Talarn, A. (2015). Introducción a la Psicopatología Infantil. En A. Jarne y A. Talarn (Eds.), *Manual de Psicopatología Clínica* (pp. 438-481). Barcelona: Herder.
- Roa, L. y Del Barrio, V. (2001). Adaptación al Cuestionario de Crianza Parental (PCRIM) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 329-341.
- Roa, L. y Del Barrio, V. (2002). Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 8(1), 37-51.
- Roberts, G. C., Block, H. y Block, J. (1984). Continuity and change in parents' childrearing practices. *Child Development*, 55, 586-597.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. y Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77(3), 819-830. doi: 10.2466/pr0.1995.77.3.819.
- Rodríguez-Espínola, S. (2010). Relación entre el nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275.
- Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": Universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59(8), 830-840. doi: 10.1037/0003-066x.59.8.830.

- Rollins, B. C., y Thomas, D. L. (1979). Parental support, power and control techniques in the socialization of children. En W. R. Burr (Ed.), *Contemporary theories about the family* (pp. 317-364). Nueva York: Free Press.
- Romero, S. (2014). Trastorno por conducta perturbadora con desregulación del estado de ánimo. En L. Ezpeleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp.343-349). Madrid: Pirámide.
- Romero, M., Alba, G., Benavides-Nieto, A. y Justicia-Arráez, A. (2016). Estilos educativos parentales y su relación con la competencia social de los niños/as de Educación Infantil (Capítulo 15). En J. J. Gázquez, M. M. Molero, M. C. Pérez-Fuentes, M. M. Simón, A. B. Barragán y A. Martos (Eds.), *Investigación en el Ámbito Escolar: Un acercamiento multidimensional a las variables psicológicas y educativas Volumen II* (pp. 119-126). Almería, España: ASUNIVEP.
- Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L. y Rosa-Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: Relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133-142. doi: 10.6018/analesps.30.1.165371
- Ross, L. T. y Wynne S. (2010). Parental depression and divorce and adult children's well-being: The role of family unpredictability. *Journal of Child and Family Studies*, 19(6), 757-761. doi: 10.1007/s10826-010-9366-7
- Rousseau, S., Scharf, M. y Smith, Y. (2018). Achievement-oriented and dependency-oriented parental psychological control: An examination of specificity to middle childhood achievement and dependency-related problems. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(4), 378-394. doi: 10.1080/17405629.2016.1265501.
- Russell, A., Hart, C. H., Robinson, C. C. y Olsen, S. F. (2003). Children's sociable and aggressive behavior with peers: A comparison of the US and Australia and contributions of temperament and parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 74-86. doi: 10.1080/01650250244000038.
- Sabán, S., Herruzo, J. y Raya, A. F. (2013). Relación entre estilos educativos familiares y la inclusión en Programas Diversificación Curricular: Un elemento a considerar para la mejora de la convivencia escolar. *Apuntes de Psicología*, 31(2), 237-245.

- Samper, P., Cortés, M. T., Mestre, V., Nácher, M. J. y Tur, A. M. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema*, 18(2), 263-271.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Sanson, A. (1996). *Child Rearing Questionnaire*. Melbourne: University of Melbourne. (Manual no publicado).
- Schaefer, E. S. (1959). A circumflex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 226-235. doi: 10.1037/h0041114.
- Schaefer, E. S. (1965). Children's reports of parental behaviour: An inventory. *Child Development*, 36, 413-424.
- Schreier, A., Wittchen, H. U., Höfler, M. y Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 308-309. doi: 10.1192/bjp.bp.106.033589.
- Sears, R. R., Maccoby, E. y Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston, Illinois: Row, Peterson.
- Seisdedos, N., De la Cruz, M. V., Cordero, A., Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B. (1987). *Escalas de Clima Social. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shelton, K. K., Frick, P. J. y Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329. doi: 10.1207/s15374424jccp2503_8.
- Siqueland, L., Kendall, P. y Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 225-237. doi: 10.1207/s1537442jccp2502_12.
- Smith, A. B. (2013). *Understanding children and childhood* (5th ed.). Wellington: Bridget Williams Books.
- Smith, P. K., Cowie, H. y Blades, M. (2011). *Understanding children's development*. Oxford: Wiley-Blackwell.

- Solís-Cámara, P., Díaz, M., Medina, Y., Barranco, L., Montejano, H. y Tiscareño, A. (2002). Estructura factorial y propiedades de la Escala de Comportamientos para Padres y Madres con Niños Pequeños (ECPM). *Psicothema*, *14*(3), 637-642.
- Someya, T., Uehara, T., Kadowaki, M, Tang, S. W. y Takahashi, S. (2000). Effects of gender difference and birth order on perceived parenting styles measured by the EMBU scale in Japanese two-sibling subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *54*, 77-81. doi: 10.1046/j.1440-1819.2000.00640.x.
- Spence, S. H. (1994). Preventive strategies. En T. H. Ollendick, N. J. King y W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders* (pp. 453-474). Nueva York: Plenum.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. Nueva York: International Universities Press.
- Spitz, R. A. y Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *2*, 313-342.
- Spruijt, A. M., Dekker, M. C., Ziermans, T. B. y Swaab, H. (2019). Linking parenting and social competence in school-aged boys and girls: Differential socialization, diathesis-stress, or differential susceptibility? *Frontiers in Psychology*, *9*, 2789. doi:10.3389/fpsyg.2018.02789.
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives*, *3*(3), 178-183. doi: 10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x.
- Starr, L. R., Hammen, C., Brennan, P. A. y Najman, J. M. (2013). Relation security moderates the effect of serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) on stress generation and depression among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(3), 379-388. doi: 10.1007/s10802-012-9682-z.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, *11*, 1-19. doi: 10.1111/1532-7795.00001.
- Steinberg, L., Elmen, J. D. y Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity and academic success among adolescents. *Child Development*, *60*(6), 1424-1436. doi: 10.1111/j.1467-8624.1989.tb04014.x.

- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S. y Dornbusch, S. M. (1994). Overtime changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754-770. doi: 10.2307/1131416.
- Strayhorn, J. M. y Weidman, C. S. (1988). A parent practices scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 613-618. doi: 10.1097/00004583-198809000-00016.
- Stringaris, A. (2011). Irritability in children and adolescents: A challenge for DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 61-66. doi: 10.1007/s00787-010-0150-4.
- Stubbe, D. E., Zahner, G., Goldstein, M. J. y Leckman, J. F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(2), 139-154. doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb00976.x.
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T. y Cummings, E. M. (2006). Impact of hostility and withdrawal in interparental conflict on parental emotional unavailability and children's adjustment difficulties. *Child Development*, 77(6), 1623-1641. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00963.x.
- Symonds, P. M. (1939). *The psychology of parent-child relationships*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Taboada, A. M., Ezpeleta, L. y De la Osa, N. (1998). Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 16(1 y 2), 47-72.
- Taylor, C. T. y Alden, L. E. (2006). Parental overprotection and interpersonal behavior in generalized social phobia. *Behavior Therapy*, 37, 14-24. doi: 10.1016/j.beth.2005.03.001.
- Taylor, A., Wilson, C., Slater, A. y Mohr, P. (2012). Self-esteem and body dissatisfaction in young children: Associations with weight and perceived parenting style. *Clinical Psychologist*, 16(1), 25-35. doi: 10.1111/j.1742-9552.2011.00038.x.

- Tazouti, Y. (2003). Education familiale et performances scolaires des enfants de milieu populaire. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 53, 97-106.
- Teetsel, R. N., Ginsburg, G. S. y Drake, K. L. (2014). Anxiety-promoting parenting behaviors: A comparison of anxious mothers and fathers. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(2), 133-142. doi: 10.1007/s10578-013-0384-8.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D. y Henry, D. B. (2001). *CYDS Family Relationship Measure Scale Description*. Chicago: University of Illinois.
- Torío, S., Peña, J. V. e Inda, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70.
- Torío-López, S., Peña, J. V. y Rodríguez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales: Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de La Educación. Revista Interuniversitaria*, 20, 151-178. doi: 10.14201/teri.988.
- Toro, J. (2014). Riesgo y causas en psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 75-99). Madrid: Pirámide.
- Toro, J. y Ezpeleta, L. (2014). La psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta y J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 33-52). Madrid: Pirámide.
- Ttofi, M. M., Bowes, L., Farrington, D. P. y Lösel, F. (2014). Protective factors interrupting the continuity from school bullying to later internalizing and externalizing problems: A systematic review of prospective longitudinal studies. *Journal of School Violence*, 13(1), 5-38. doi: 10.1080/15388220.2013.857345.
- Valiente, C., Lemery-Chalfant, K. y Reiser, M. (2007). Pathways to problem behaviors: Chaotic homes, parent and child effortful control, and parenting. *Social Development*, 16(2), 249-267. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00383.x.
- Van der Giessen, D. y Bögels, S. M. (2018). Father-Child and Mother-Child Interactions with Children with Anxiety Disorders: Emotional Expressivity and Flexibility of Dyads. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(2), 331-342. doi: 10.1007/s10802-017-0271-z.
- Van der Sluis, C. M. (2016). *Anxiety disorders in young children: Parent and child contributions to the maintenance, assessment and treatment*. Tesis doctoral. Universidad de Ámsterdam.

- Van der Sluis, C. M., Van Steensel, F. J. A. y Bögels, S. M. (2015). Parenting clinically anxious versus healthy control children aged 4-12 years. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 1-7. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.03.002.
- Van Zalk, N., Tillfors, M. y Trost, K. (2018). Mothers' and fathers' worry and over-control: One step closer to understanding early adolescent social anxiety. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(6), 917-927. doi: 10.1007/s10578-018-0807-7.
- Velásquez, P. y Villouta, A. (2013). *Adaptación y validación del "Parenting Styles and Dimensions Questionnaire" (PSDQ) (Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza) de Robinson y cols. (1995), en padres/madres de niños/as que cursan el nivel preescolar y básico en un grupo de establecimientos municipales de la ciudad de Chillán*. Tesis doctoral. Universidad del Bío-Bío, Chile.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C. y Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Child Depresión Inventory" –CDI–. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227. doi: 10.15332/s1794-9998.2006.0002.03.
- Vittrup, B., Holden, G. W. y Buck, J. (2006). Attitudes predict the use of physical punishment: A prospective study of the emergence of disciplinary practices. *Pediatrics*, 117(6), 2055–2064. doi:10.1542/peds.2005-2204.
- Von Der Lippe, A. L. (1999). The impact of maternal schooling and occupation on child-rearing attitudes and behaviours in low income neighbourhoods in Cairo, Egypt. *International Journal of Behavioral Development*, 23(3), 703-729. doi: 10.1080/016502599383766.
- Von Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L. y Klein, A. M. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1107-1116. doi: 10.1111/jcpp.12222.
- Walker, A. K. y MacPhee, D. (2011). How home gets to school: Parental control strategies predict children's school readiness. *Early Childhood Research Quarterly* 26(3), 355–364. doi: 10.1016/j.ecresq.2011.02.001.

- Whalen, D. J., Sylvester, C. M. y Luby, J. L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 503-522. doi: 10.1016/j.chc.2017.02.006.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente (tercera edición)*. Madrid: Prentice Hall.
- Wilhelm, K., Gillis, I. y Parker, G. (2016). Parental bonding and adult attachment style: The relationship between four category models. *International Journal of Women's Health Wellness*, 2. doi: 10.23937/2474-1353/1510016.
- Wilkinson, P. O., Trzaskowski, M., Haworth, C. M. A. y Eley, T. C. (2013). The role of gene-environment correlations and interactions in middle childhood depressive symptoms. *Development and Psychopathology*, 25(1), 93-104. doi: 10.1017/S0954579412000922
- Winsler, A., Madigan, A. L. y Aquilino, S. A. (2005). Correspondence between maternal and paternal parenting styles in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 20 (1), 1-12. doi: 10.1016/j.ecresq.2005.01.007.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C. y Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151. doi: 10.1111/1469-7610.00106.
- Yaffe, Y. (2017). Establishing specific links between parenting styles and the S-anxieties in children: Separation, social, and school. *Journal of Family Issues*, 39 (5), 1419-1437. doi: 10.1177/0192513X17710286.
- Yap, M. B. H., Fowler, M., Reavley, N. y Jorm, A. F. (2015). Parenting strategies for reducing the risk of childhood depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, 183, 330-338. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.031
- Yap, M. B. H. y Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2006). Selective mutism: More than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 23(3), 117-123. doi:10.1002/da.20139.

Yu, Y., Yang, X., Yang, Y., Chen, L., Qiu, X., Qiao, Z. X., ... Bai, B. (2015). The role of family environment in depressive symptoms among university students: A large sample survey in China. *PloS One*, *10*(12). doi: 10.1371/journal.pone.0143612.

Zubizarreta, A., Calvete, E. y Hankin, B. L. (2019). Punitive parenting style and psychological problems in childhood: The moderating role of warmth and temperament. *Journal of Child and Family Studies*, *28*, 233-244. doi: 10.1007/s10826-018-1258-2.

Anexos

Anexo 1. Listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en ansiedad según las variables del PCRI.

Caso	Observado Riesgo	Pronosticado	Grupo pronosticado	Variable temporal	
				Resid	ZResid
1	r	1.000	r	.000	.008
2	r	1.000	r	.000	.018
3	r	.971	r	.029	.173
4	r	1.000	r	.000	.007
5	r	1.000	r	.000	.017
6	r	.999	r	.001	.027
7	r	1.000	r	.000	.021
8	r	1.000	r	.000	.012
9	r	.989	r	.011	.107
10	r	.933	r	.067	.269
11	r	.994	r	.006	.076
12	r	.997	r	.003	.054
13	r	.953	r	.047	.223
14	r	.997	r	.003	.054
15	r	.880	r	.120	.370
16	r	.935	r	.065	.264
17	r	.963	r	.037	.196
18	r	.999	r	.001	.035
19	r	.996	r	.004	.064
20	r	.853	r	.147	.414
21	r	.964	r	.036	.195
22	r	.986	r	.014	.117
23	r	.805	r	.195	.493
24	r	.973	r	.027	.166
25	r	.989	r	.011	.104
26	r	.995	r	.005	.069
27	r	.994	r	.006	.078
28	r	.889	r	.111	.353
29	r	.982	r	.018	.135
30	r	.991	r	.009	.096
31	r	.534	r	.466	.934
32	r	.764	r	.236	.556
33	r	.998	r	.002	.049
34	r	.947	r	.053	.236
35	r	.994	r	.006	.081
36	r	.974	r	.026	.164
37	r	.857	r	.143	.408
38	r	.976	r	.024	.155
39	r	.948	r	.052	.234
40	r	.993	r	.007	.083
41	r	.975	r	.025	.160
42	r	.689	r	.311	.673
43	r	.974	r	.026	.164
44	r	.991	r	.009	.093
45	r	.881	r	.119	.367
46	r**	.351	n	.649	1.358

47	r**	.465	n	.535	1.072
48	r	.963	r	.037	.196
49	r**	.275	n	.725	1.623
50	r	.854	r	.146	.413
51	n**	.742	r	-.742	-1.694
52	r	.566	r	.434	.875
53	n	.300	n	-.300	-.655
54	r	.915	r	.085	.305
55	r	.879	r	.121	.371
56	r	.764	r	.236	.556
57	n**	.754	r	-.754	-1.752
58	r	.793	r	.207	.511
59	r	.962	r	.038	.199
60	n**	.751	r	-.751	-1.735
61	r	.971	r	.029	.172
62	r	.952	r	.048	.225
63	n**	.859	r	-.859	-2.466
64	r	.799	r	.201	.501
65	n**	.593	r	-.593	-1.207
66	n	.072	n	-.072	-.279
67	r	.928	r	.072	.279
68	r	.934	r	.066	.267
69	r	.684	r	.316	.679
70	r	.644	r	.356	.743
71	n**	.811	r	-.811	-2.071
72	r	.853	r	.147	.415
73	r	.718	r	.282	.626
74	r	.697	r	.303	.659
75	n	.249	n	-.249	-.575
76	r**	.499	n	.501	1.002
77	r	.778	r	.222	.534
78	r	.651	r	.349	.733
79	n	.462	n	-.462	-.927
80	r	.897	r	.103	.338
81	n	.327	n	-.327	-.697
82	n	.327	n	-.327	-.697
83	r	.841	r	.159	.434
84	n**	.547	r	-.547	-1.009
85	r	.627	r	.373	.771
86	r	.528	r	.472	.945
87	n**	.528	r	-.538	-1.079
88	n	.350	n	-.350	-.733
89	r**	.171	n	.829	2.198
90	r	.532	r	.468	.937
91	n	.364	n	-.364	-.757
92	n	.479	n	-.479	-.959
93	r	.545	r	.455	.914
94	n**	.586	r	-.586	-1.191
95	n	.330	n	-.330	-.701
96	r	.910	r	.090	.315
97	r	.915	r	.085	.305
98	r**	.104	n	.896	2.930
99	r**	.110	n	.890	2.839
100	n**	.683	r	-.683	-1.469

101	n	.161	n	-.161	-.439
102	n	.361	n	-.361	-.751
103	r**	.229	n	.771	1.833
104	r**	.486	n	.514	1.028
105	r**	.029	n	.971	5.781
106	n	.385	n	-.385	-.792
107	n	.050	n	-.050	-.229
108	r**	.411	n	.589	1.197
109	n	.206	n	-.206	-.509
110	n	.032	n	-.032	-.182
111	r	.824	r	.176	.462
112	n	.127	n	-.127	-.382
113	n	.052	n	-.052	-.235
114	n	.147	n	-.147	-.415
115	n**	.522	r	-.522	-1.046
116	r**	.274	n	.726	1.626
117	n	.458	n	-.458	-.919
118	n	.168	n	-.168	-.450
119	n**	.544	r	-.544	-1.091
120	r**	.230	n	.770	1.830
121	n	.231	n	-.231	-.548
122	n	.286	n	-.286	-.633
123	n	.021	n	-.286	-.633
124	r	.711	r	.289	.637
125	n	.497	n	-.497	-.995
126	n**	.602	r	-.602	-1.231
127	r	.607	r	.393	.804
128	r**	.364	n	.636	1.322
129	n	.320	n	-.320	-.686
130	n	.057	n	-.057	-.247
131	n	.367	n	-.367	-.762
132	n	.042	n	-.042	-.211
133	n	.012	n	-.012	-.109
134	n	.323	n	-.323	-.690
135	n	.162	n	-.162	-.440
136	n	.032	n	-.032	-.183
137	n**	.678	r	-.678	-1.453
138	n	.054	n	-.054	-.239
139	n	.102	n	-.102	-.338
140	n	.084	n	-.084	-.302
141	n	.386	n	-.386	-.792
142	n	.025	n	-.025	-.161
143	n	.118	n	-.118	-.365
144	n	.137	n	-.137	-.398
145	n	.157	n	-.157	-.431
146	n**	.597	r	-.597	-1.218
147	n	.002	n	-.002	-.043
148	n	.089	n	-.089	-.312
149	n	.051	n	-.051	-.232
150	n	.035	n	-.035	-.190
151	n	.024	n	-.024	-.157
152	n	.030	n	-.030	-.175
153	n	.036	n	-.036	-.193
154	n	.048	n	-.048	-.224

155	n	.026	n	-.026	-.162
156	n	.032	n	-.032	-.181
157	n	.062	n	-.062	-.256
158	n	.008	n	-.008	-.091
159	n	.004	n	-.004	-.061
160	n	.006	n	-.006	-.079
161	n	.034	n	-.034	-.189
162	n	.005	n	-.005	-.068
163	n	.017	n	-.017	-.132
164	n	.004	n	-.004	-.063
165	n	.019	n	-.019	-.140
166	n	.005	n	-.005	-.074
167	n	.010	n	-.010	-.100
168	n	.012	n	-.012	-.109
169	n	.003	n	-.003	-.059
170	n	.002	n	-.002	-.043
171	n	.015	n	-.015	-.122
172	n	.002	n	-.002	-.045
173	n	.001	n	-.001	-.031
174	n	.009	n	-.009	-.097
175	n	.011	n	-.011	-.105
176	n	.000	n	.000	-.019
177	n	.001	n	-.001	-.038
178	n	.002	n	-.002	-.046
179	n	.000	n	.000	-.020
180	n	.001	n	-.001	-.024

** casos mal clasificados.

Anexo 2. Listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en ansiedad según variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar.

Caso	Observado Riesgo	Pronosticado	Grupo pronosticado	Variable temporal	
				Resid	ZResid
1	r	1.000	r	.000	.015
2	r	.998	r	.002	.043
3	r	.981	r	.019	.139
4	r	1.000	r	.000	.007
5	r	.998	r	.002	.040
6	r	.997	r	.003	.055
7	r	.999	r	.001	.023
8	r	1.000	r	.000	.008
9	r	.945	r	.055	.241
10	r	.981	r	.019	.139
11	r	.940	r	.060	.253
12	r	.995	r	.005	.072
13	r	.987	r	.013	.114
14	r	.999	r	.001	.032
15	r	.936	r	.064	.261
16	r	.928	r	.072	.278
17	r	.961	r	.039	.202
18	r	1.000	r	.000	.011
19	r	1.000	r	.000	.018
20	r	.733	r	.267	.604
21	r	.967	r	.033	.183
22	r	.983	r	.017	.133
23	r	.809	r	.191	.487
24	r	.957	r	.043	.212
25	r	.940	r	.060	.254
26	r	.993	r	.007	.086
27	r	.983	r	.017	.132
28	r	.970	r	.030	.177
29	r	.981	r	.019	.140
30	r	.996	r	.004	.065
31	r	.669	r	.331	.704
32	r	.801	r	.199	.499
33	r	.987	r	.013	.114
34	r	.937	r	.063	.259
35	r	.996	r	.004	.062
36	r	.968	r	.032	.180
37	r	.979	r	.021	.148
38	r	.819	r	.181	.470
39	r	.915	r	.085	.305
40	r	.998	r	.002	.046
41	r**	.	.	.	.
42	r	.412	n	.588	1.195
43	r	.994	r	.006	.078
44	r	.993	r	.007	.084
45	r	.862	r	.138	.400
46	r**	.166	n	.834	2.244
47	r**	.388	n	.612	1.256
48	r	.926	r	.074	.283
49	r	.766	r	.234	.552

50	r	.806	r	.194	.491
51	n**	.729	r	-.729	-1.641
52	r	.562	r	.438	.882
53	n	.483	n	-.483	-.967
54	r	.935	r	.065	.263
55	r	.952	r	.048	.225
56	r	.954	r	.046	.221
57	n	.131	n	-.131	-.389
58	r	.977	r	.023	.154
59	r	.998	r	.002	.049
60	n**	.708	r	-.708	-1.558
61	r	.994	r	.006	.075
62	r	.993	r	.007	.084
63	n**	.741	r	-.741	-1.691
64	r	.819	r	.181	.471
65	n	.487	n	-.487	-.974
66	n	.324	n	-.324	-.692
67	r	.994	r	.006	.077
68	r	.961	r	.039	.200
69	r	.567	r	.433	.875
70	r	.869	r	.131	.388
71	n**	.704	r	-.704	-1.542
72	r	.735	r	.265	.600
73	r	.793	r	.207	.512
74	r	.813	r	.187	.479
75	n	.157	n	-.157	-.431
76	r**	.416	n	.584	1.185
77	r	.675	r	.325	.693
78	r	.595	r	.405	.825
79	n	.295	n	-.295	-.647
80	r	.938	r	.062	.256
81	n	.343	n	-.343	-.723
82	n	.343	n	-.343	-.723
83	r	.966	r	.034	.188
84	n	.350	n	-.350	-.734
85	r	.654	r	.346	.727
86	r**	.147	n	.853	2.409
87	n	.437	n	-.437	-.881
88	n	.269	n	-.269	-.607
89	r**	.117	n	.883	2.743
90	r	.861	r	.139	.401
91	n	.093	n	-.093	-.320
92	n	.121	n	-.121	-.372
93	r	.808	r	.192	.487
94	n**	.778	r	-.778	-1.870
95	n	.075	n	-.075	-.285
96	r	.764	r	.236	.556
97	r	.987	r	.013	.115
98	r**	.151	n	.849	2.374
99	r**	.367	n	.633	1.313
100	n**	.814	r	-.814	-2.094
101	n	.135	n	-.135	-.395
102	n	.427	n	-.427	-.864
103	r	.689	r	.311	.672

104	r**	.459	n	.541	1.086
105	r**	.044	n	.956	4.634
106	n	.125	n	-.125	-.378
107	n	.200	n	-.200	-.500
108	r	.683	r	.317	.681
109	n	.121	n	-.121	-.371
110	n	.009	n	-.009	-.096
111	r	.923	r	.077	.290
112	n	.105	n	-.105	-.342
113	n	.029	n	-.029	-.172
114	n	.014	n	-.014	-.117
115	n	.286	n	-.286	-.633
116	r**	.327	n	.673	1.436
117	n	.054	n	-.054	-.240
118	n**	.	.	.	.
119	n**	.852	r	-.852	-2.402
120	r**	.238	n	.762	1.787
121	n	.239	n	-.239	-.568
122	n	.141	n	-.141	-.406
123	n	.203	n	-.203	-.504
124	r**	.418	n	.582	1.179
125	n**	.571	r	-.571	-1.153
126	n**	.543	r	-.543	-1.090
127	r	.891	r	.109	.350
128	r**	.218	n	.782	1.891
129	n	.445	n	-.445	-.896
130	n	.024	n	-.024	-.157
131	n	.301	n	-.301	-.657
132	n	.012	n	-.012	-.109
133	n	.003	n	-.003	-.057
134	n	.230	n	-.230	-.546
135	n	.387	n	-.387	-.795
136	n	.047	n	-.047	-.222
137	n**	.697	r	-.697	-1.518
138	n	.001	n	-.001	-.037
139	n	.049	n	-.049	-.227
140	n	.141	n	-.141	-.405
141	n	.312	n	-.312	-.673
142	n	.001	n	-.001	-.035
143	n	.025	n	-.025	-.161
144	n	.168	n	-.168	-.449
145	n	.294	n	-.294	-.646
146	n**	.707	r	-.707	-1.554
147	n	.001	n	-.001	-.028
148	n	.207	n	-.207	-.510
149	n	.013	n	-.013	-.113
150	n	.099	n	-.099	-.332
151	n	.078	n	-.078	-.291
152	n	.079	n	-.079	-.293
153	n	.041	n	-.041	-.207
154	n	.186	n	-.186	-.478
155	n	.038	n	-.038	-.199
156	n	.021	n	-.021	-.145
157	n	.077	n	-.077	-.289

158	n	.003	n	-.003	-.059
159	n	.005	n	-.005	-.071
160	n	.007	n	-.007	-.086
161	n	.020	n	-.020	-.144
162	n	.012	n	-.012	-.110
163	n	.009	n	-.009	-.094
164	n	.002	n	-.002	-.050
165	n	.004	n	-.004	-.060
166	n	.006	n	-.006	-.080
167	n	.121	n	-.121	-.371
168	n	.016	n	-.016	-.129
169	n	.017	n	-.017	-.130
170	n	.001	n	-.001	-.027
171	n	.027	n	-.027	-.167
172	n	.009	n	-.009	-.097
173	n	.001	n	-.001	-.038
174	n	.009	n	-.009	-.094
175	n	.012	n	-.012	-.109
176	n	.000	n	.000	-.018
177	n	.000	n	.000	-.022
178	n	.003	n	-.003	-.053
179	n	.001	n	-.001	-.025
180	n	.000	n	.000	-.011

** casos mal clasificados.

Anexo 3. Listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en depresión según las variables del PCRI.

Caso	Observado Riesgo	Pronosticado	Grupo pronosticado	Variable temporal	
				Resid	ZResid
1	n**	.902	r	-.902	-3.039
2	n**	.808	r	-.808	-2.053
3	n**	.808	r	-.808	-2.053
4	n**	.761	r	-.761	-1.786
5	n	.482	n	-.482	-.966
6	n**	.764	r	-.764	-1.799
7	n**	.512	r	-.512	-1.024
8	n	.125	n	-.125	-.379
9	n	.440	n	-.440	-.886
10	n**	.821	r	-.821	-2.143
11	n	.190	n	-.190	-.484
12	n	.445	n	-.445	-.896
13	n	.226	n	-.226	-.540
14	n	.294	n	-.294	-.645
15	n	.069	n	-.069	-.273
16	n	.156	n	-.156	-.430
17	n	.116	n	-.116	-.362
18	n	.012	n	-.012	-.109
19	n	.157	r	-.157	-.432
20	n	.312	n	-.312	-.673
21	n	.132	n	-.132	-.391
22	n	.133	n	-.133	-.392
23	n	.094	n	-.094	-.321
24	n	.190	n	-.190	-.485
25	n	.047	n	-.047	-.221
26	n	.338	n	-.338	-.714
27	n	.155	n	-.155	-.428
28	n	.081	n	-.081	-.297
29	n	.199	n	-.199	-.498
30	n	.063	n	-.063	-.259
31	n	.135	n	-.135	-.395
32	n	.074	n	-.074	-.282
33	n	.077	n	-.077	-.289
34	n	.094	n	-.094	-.321
35	n	.075	n	-.075	-.285
36	n	.013	n	-.013	-.114
37	n	.048	n	-.048	-.225
38	n	.156	n	-.156	-.430
39	n	.007	n	-.007	-.087
40	n	.044	n	-.044	-.214
41	n	.012	n	-.012	-.110
42	n	.069	n	-.069	-.271
43	n	.011	n	-.011	-.105
44	n	.021	n	-.021	-.147
45	n	.142	n	-.142	-.407
46	n	.042	n	-.042	-.209
47	n	.015	n	-.015	-.125
48	n	.007	n	-.007	-.083
49	n	.058	n	-.058	-.248

50	n	.014	n	-.014	-.117
51	n	.011	n	-.011	-.107
52	n	.004	n	-.004	-.064
53	n	.005	n	-.005	-.071
54	n	.002	n	-.002	-.046
55	n	.002	n	-.002	-.050
56	n	.012	n	-.012	-.112
57	n	.007	n	-.007	-.082
58	n	.004	n	-.004	-.061
59	n	.004	n	-.004	-.062
60	n	.001	n	-.001	-.027
61	n	.010	n	-.010	-.100
62	n	.012	n	-.012	-.108
63	n	.003	n	-.003	-.053
64	n	.000	n	.000	-.021
65	n	.001	n	-.001	-.027
66	n	.003	n	-.003	-.054
67	n	.001	n	-.001	-.024
68	n	.002	n	-.002	-.047
69	n	.002	n	-.002	-.045
70	n	.000	n	.000	-.018
71	r	1.000	r	.000	.005
72	r	1.000	r	.000	.014
73	r	1.000	r	.000	.017
74	r	.998	r	.002	.041
75	r	.999	r	.001	.028
76	r	1.000	r	.000	.008
77	r	1.000	r	.000	.005
78	r	.999	r	.001	.024
79	r	.999	r	.001	.033
80	r	.998	r	.002	.041
81	r	.984	r	.016	.129
82	r	.999	r	.001	.029
83	r	.997	r	.003	.057
84	r	.998	r	.002	.048
85	r	.998	r	.002	.048
86	r	.993	r	.007	.083
87	r	.997	r	.003	.053
88	r	.990	r	.010	.102
89	r	.994	r	.006	.080
90	r	.995	r	.005	.070
91	r	.995	r	.005	.068
92	r	.998	r	.002	.045
93	r	.989	r	.011	.107
94	r	.986	r	.014	.118
95	r	.963	r	.037	.197
96	r	.977	r	.023	.152
97	r	.906	r	.094	.322
98	r	.993	r	.007	.083
99	r	.997	r	.003	.053
100	r	.976	r	.024	.157
101	r	.949	r	.051	.232
102	r	.911	r	.089	.313
103	r	.988	r	.012	.110

104	r	.986	r	.014	.118
105	r	.930	r	.070	.273
106	r	.955	r	.045	.216
107	r	.962	r	.038	.198
108	r	.974	r	.026	.163
109	r	.919	r	.081	.296
110	r	.872	r	.128	.384
111	r	.939	r	.061	.255
112	r	.787	r	.213	.520
113	r	.861	r	.139	.402
114	r	.945	r	.055	.240
115	r	.528	r	.472	.945
116	r	.959	r	.041	.207
117	r	.921	r	.079	.294
118	r	.723	r	.277	.619
119	r	.928	r	.072	.279
120	r	.876	r	.124	.377
121	r	.921	r	.079	.294
122	r	.937	r	.063	.259
123	r	.911	r	.089	.312
124	r	.700	r	.300	.655
125	r	.752	r	.248	.574
126	r	.747	r	.253	.583
127	r	.916	r	.084	.303
128	r	.627	r	.373	.771
129	r**	.113	n	.887	2.808
130	r	.752	r	.248	.575
131	r	.734	r	.266	.602
132	r**	.429	n	.571	1.154
133	r**	.492	n	.508	1.017
134	r	.541	r	.459	.921
135	r	.624	r	.376	.776
136	r**	.191	n	.809	2.055
137	r**	.143	n	.857	2.447
138	r**	.491	n	.509	1.018
139	r**	.172	n	.828	2.197
140	r**	.146	n	.854	2.423

** casos mal clasificados.

Anexo 4. Listado por casos y probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo en depresión según las variables del PCRI, demográficas y del entorno familiar.

Caso	Observado Riesgo	Pronosticado	Grupo pronosticado	Variable temporal	
				Resid	ZResid
1	n**	.905	r	-.905	-3.080
2	n	.189	n	-.189	-.484
3	n	.189	n	-.189	-.484
4	n	.196	n	-.196	-.494
5	n	.000	n	.000	-.011
6	n	.104	n	-.104	-.340
7	n	.138	n	-.138	-.400
8	n	.000	n	.000	.000
9	n	.001	n	-.001	-.035
10	n**	.531	r	-.531	-1.065
11	n	.000	n	.000	-.001
12	n	.446	n	-.446	-.898
13	n	.031	n	-.031	-.178
14	n	.000	n	.000	-.022
15	n**	.	.	.	.
16	n	.464	n	-.464	-.931
17	n	.000	n	.000	-.003
18	n	.000	n	.000	.000
19	n	.079	n	-.079	-.293
20	n	.070	n	-.070	-.275
21	n	.000	n	.000	-.002
22	n**	.	.	.	.
23	n	.112	n	-.112	-.356
24	n	.000	n	.000	-.008
25	n	.001	n	-.001	-.025
26	n	.023	n	-.023	-.155
27	n	.177	n	-.177	-.463
28	n	.043	n	-.043	-.212
29	n	.138	n	-.138	-.401
30	n	.000	n	.000	-.001
31	n	.000	n	.000	-.010
32	n**	.	.	.	.
33	n**	.	.	.	.
34	n	.000	n	.000	.000
35	n	.000	n	.000	.000
36	n	.000	n	.000	.000
37	n	.000	n	.000	.000
38	n	.000	n	.000	.000
39	n**	.	.	.	.
40	n**	.	.	.	.
41	n	.000	n	.000	-.003
42	n	.000	n	.000	.000
43	n	.000	n	.000	-.006
44	n	.000	n	.000	-.002
45	n	.000	n	.000	.000
46	n**	.	.	.	.
47	n	.000	n	.000	-.001
48	n	.000	n	.000	.000
49	n	.000	n	.000	.000

50	n	.000	n	.000	.000
51	n	.000	n	.000	.000
52	n	.000	n	.000	.000
53	n	.000	n	.000	.000
54	n**	.	.	.	.
55	n	.000	n	.000	.000
56	n	.000	n	.000	.000
57	n	.000	n	.000	.000
58	n**	.	.	.	.
59	n	.000	n	.000	.000
60	n	.000	n	.000	.000
61	n	.000	n	.000	.000
62	n	.000	n	.000	.000
63	n	.000	n	.000	.000
64	n	.000	n	.000	.000
65	n	.000	n	.000	.000
66	n**	.	.	.	.
67	n	.000	n	.000	.000
68	n	.000	n	.000	.000
69	n	.000	n	.000	.000
70	n	.000	n	.000	.000
71	r	1.000	r	.000	.
72	r	1.000	r	.000	.000
73	r	1.000	r	.000	.000
74	r	1.000	r	.000	.
75	r	1.000	r	.000	.000
76	r	1.000	r	.000	.000
77	r	1.000	r	.000	.
78	r**	.	.	.	.
79	r	1.000	r	.000	.000
80	r	1.000	r	.000	.000
81	r	1.000	r	.000	.000
82	r	1.000	r	.000	.000
83	r	1.000	r	.000	.000
84	r	1.000	r	.000	.000
85	r	1.000	r	.000	.000
86	r	1.000	r	.000	.000
87	r	1.000	r	.000	.000
88	r	1.000	r	.000	.000
89	r	1.000	r	.000	.000
90	r	1.000	r	.000	.000
91	r	1.000	r	.000	.000
92	r**	.	.	.	.
93	r	.989	r	.011	.107
94	r	1.000	r	.000	.004
95	r	1.000	r	.000	.000
96	r	1.000	r	.000	.000
97	r	1.000	r	.000	.017
98	r	1.000	r	.000	.000
99	r	1.000	r	.000	.000
100	r	1.000	r	.000	.003
101	r**	.	.	.	.
102	r	.999	r	.001	.029
103	r	1.000	r	.000	.000

104	r	1.000	r	.000	.020
105	r	1.000	r	.000	.000
106	r	1.000	r	.000	.000
107	r	1.000	r	.000	.000
108	r	1.000	r	.000	.000
109	r	.910	r	.090	.314
110	r	1.000	r	.000	.010
111	r	1.000	r	.000	.000
112	r	.992	r	.008	.089
113	r	.958	r	.042	.209
114	r	1.000	r	.000	.001
115	r	.690	r	.310	.670
116	r	1.000	r	.000	.002
117	r	1.000	r	.000	.018
118	r	.918	r	.082	.299
119	r	1.000	r	.000	.000
120	r	1.000	r	.000	.000
121	r	1.000	r	.000	.000
122	r	1.000	r	.000	.004
123	r	.800	r	.200	.500
124	r	1.000	r	.000	.002
125	r**	.478	n	.522	1.045
126	r**	.399	n	.601	1.228
127	r**	.	.	.	.
128	r**	.047	n	.953	4.497
129	r	.900	r	.100	.333
130	r	.959	r	.041	.208
131	r	.890	r	.110	.351
132	r	.953	r	.047	.221
133	r**	.	.	.	.
134	r**	.	.	.	.
135	r	.890	r	.110	.352
136	r	.997	r	.003	.054
137	r**	.485	n	.515	1.031
138	r**	.	.	.	.
139	r	.906	r	.094	.321
140	r**	.	.	.	.

** casos mal clasificados.

