

Resumen: Se presentan los resultados de un estudio sobre factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia en una muestra de 197 niños y adolescentes de 6 a 17 años. Se ha realizado un análisis con diferentes modelos de regresión logística que valoran la contribución de distintos factores de riesgo sobre la presencia o ausencia de ansiedad. Los resultados muestran que la presencia de psicopatología en los padres, su estilo educativo, el temperamento del niño, los problemas evolutivos tempranos, la presencia de antecedentes familiares de psicopatología, y el nivel socioeconómico, se relacionan significativamente con la presencia de trastornos de ansiedad en el niño. Estos resultados sugieren la necesidad de considerar la interacción entre múltiples factores de riesgo para explicar la génesis de estos trastornos, más que los efectos aislados que pueden estar ejerciendo cada uno de ellos sobre el individuo.

Palabras Clave: Factores de riesgo, Trastornos de ansiedad, Psicopatología infantil y juvenil.

Abstract: Risk factors of anxiety disorders were studied in a sample of 197 children and adolescents 6 to 17 years old. Through several logistic regression models we obtained that parent's psychopathology and history of psychopathology in the family, educational style, temperament of the child, early developmental problems and socio-economic status were significantly related with the presence of anxiety disorders in the child. It is necessary to consider the confluence and the connection among multiple risk factors in order to understand the genesis of these disorders.

Key words: Risk factors, Anxiety disorders, Child and adolescent psychopathology.

Title: *Anxiety disorders in childhood and adolescence: Risk factors*

Introducción

El estudio de los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es de suma importancia para los profesionales de la salud mental. Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías diagnósticas más prevalentes de todos los trastornos psicológicos, tanto en la infancia (Bernstein y Borchardt, 1991; Bragado et al., 1995; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996; Jalenques y Couderc, 1993; Kashani y Orvaschel, 1988;

Kashani y Orvaschel, 1990) como en la vida adulta (Echeburúa, 1993; Hollander, Simeon y Gorman, 1996). Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de estos trastornos en la infancia oscila aproximadamente entre un 5.6% y un 21% (Benjamin, Costello y Warren, 1990; Bragado et al., 1996; Costello y Angold, 1995; Kashani y Orvaschel, 1988; Kashani y Orvaschel, 1990), siendo más alta prevalencia en las niñas que en los niños.

Si a esta elevada prevalencia le sumamos las consecuencias tan nocivas que conlleva la ansiedad para la vida del sujeto (Ayuso, 1988; Cautela y Groden, 1989; Echeburúa, 1993; Kashani y Orvaschel, 1990; Valdés y Flores, 1990), conocer los

* Dirigir la correspondencia a: Dra. Lourdes Ezpeleta Ascaso, Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social, Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Bellaterra (Barcelona)

© Copyright 1998: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**
Artículo recibido: 15-2-97; Aceptado: 11-6-97.

factores que facilitan su aparición o que están relacionados con la etiología de los mismos, es de gran utilidad, no solo para detectar los sujetos a riesgo, sino también para desarrollar estrategias de intervención y programas preventivos eficaces.

Numerosos investigadores afirman que la combinación de múltiples factores de riesgo pueden explicar de forma mucho más eficiente que un único factor de riesgo la génesis de los trastornos psicológicos en general (Caprara y Rutter, 1995; Downey y Walker, 1992; Gotlib y Avison, 1993; Masten y Coatsworth, 1995; Rae-Grant, Thomas, Offord y Boyle, 1989; Sanson, Oberklaid, Pedlow y Prior, 1991; Tsiantis y Macri, 1995; Werner, 1993).

Los estudios revisados en la literatura sobre el temperamento, demuestran una clara asociación entre ciertos rasgos conductuales, en particular la inhibición conductual, y los trastornos de ansiedad en la infancia (Basic Behavioral Science Task Force, 1996; Bernstein, Borchardt y Perwien, 1996; Biederman et al. 1990; Biederman, et al., 1993; Hirshfeld et al., 1992; Jalenques y Coudert, 1990, 1993; Rosembaum et al., 1991; Rosembaum et al., 1992;). La presencia de este rasgo temperamental, observable ya muy tempranamente en la vida (Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons y Johnson, 1988), pone al niño a riesgo de padecer múltiples trastornos de ansiedad, en especial cuando se trata de niños que permanecen inhibidos de forma estable a lo largo del tiempo (Hirshfeld et al., 1992).

La presencia de psicopatología en los padres, en particular la presencia de depresión y ansiedad, es otra de las variables que ha sido considerada como un importante factor de riesgo para el desarrollo de estos mismos trastornos en los hijos (Fendrich, Warner y Weissman, 1990; Kashani, Vaidya et al., 1990; Krohne y Hock, 1991; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, 1991; Tur-

ner, Beidel y Costello, 1987; Warner, Mufson y Weissman, 1995; Weissman, 1985; Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon y Prusoff, 1984). Asimismo, la presencia de otras psicopatologías en los padres, como alcoholismo, somatización, sintomatología en general, etc..., puede predecir ansiedad en el niño (Gotlib y Avison, 1993; Kashani, Vaidya et al., 1990; Messer y Beidel, 1994). Todo esto sugiere la existencia de una naturaleza familiar en la transmisión de estos trastornos. Sin embargo queda todavía por aclarar si el mecanismo de transmisión es de origen genético, ambiental o una combinación de ambas cosas (Last et al., 1991; Rende y Plomin, 1993; Thapar y McGuffin, 1995; Toro, 1991; Turner, Beidel y Costello, 1987; Turner, Beidel y Epstein, 1991). Es obvio que la presencia de psicopatología en los padres pone al niño ante múltiples condiciones de riesgo ambiental (Downey y Walker, 1992; Masten y Coatsworth, 1995; Rende y Plomin, 1993) además del posible riesgo genético.

Se han hecho muy pocos estudios sobre el ambiente familiar de los niños con trastornos de ansiedad. En general, la mayoría de las investigaciones se centran en el estudio de la relación entre armonía marital y problemas externalizantes, y rara vez abordan su asociación con los problemas internalizantes (Dadds y Powell, 1991). En los pocos trabajos que han estudiado esta relación, los resultados muestran poca consistencia. Así por ejemplo, Fendrich, Warner y Weissman (1990) no encontraron asociación alguna entre ansiedad en el niño y problemas maritales. Dadds y Powell (1991) demostraron una asociación entre discordia parental y ansiedad en los niños pero no en las niñas. Y, finalmente, Stark, Humphrey, Crook y Lewis (1990) hallaron que esta asociación sólo existía cuando se trataba de niños que, además de ansiedad, presentaban el diagnóstico de depresión.

Con respecto al estilo educativo, parece ser que una excesiva sobreprotección o elevado control por parte de los padres, aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (Messer y Beidel, 1994; Teichman y Ziv, 1994; Toro, 1991). Sin embargo, se ha encontrado que este efecto tan sólo ocurre para las niñas. En los niños esta asociación parece ser inversa. Una conducta sobreprotectora parece actuar como un factor protector para el desarrollo de trastornos de ansiedad (Bowen, Vitaro, Kerr y Pelletier, 1995; Krohne y Hock, 1991), y en especial, cuando se trata de niños inhibidos conductualmente (Bowen et al., 1995).

Pocos trabajos han relacionado la presencia de problemas evolutivos y/o médicos en el niño con los trastornos de ansiedad. Tan solo, Velez, Johnson y Cohen (1989), en un estudio longitudinal de 776 niños y adolescentes en el que exploraron la presencia de múltiples factores de riesgo de psicopatología externalizante e internalizante, entre ellos los problemas de embarazo y la historia de salud del niño, encontraron que, de los dos trastornos de ansiedad estudiados, los problemas de embarazo predecían significativamente el trastorno de ansiedad excesiva, pero no el trastorno de ansiedad de separación. Con respecto al trastorno obsesivo compulsivo también algún trabajo hace alusión a que posiblemente problemas perinatales o del desarrollo temprano pueden jugar un rol importante en la gestación del mismo (Riddle et al. 1990).

El nivel socioeconómico bajo también se ha relacionado con la presencia de trastornos de ansiedad (Bragado et al., 1996). Sin embargo, esta asociación no puede ser generalizada a todos los trastornos (Jalenques y Coudert, 1990). Algunos autores han encontrado una estrecha relación entre nivel socioeconómico bajo y ansiedad de separación, pero en cambio, han fracasado en sus intentos de

relacionarlo con el trastorno de ansiedad excesiva (Costello y Angold, 1995; Jalenques y Coudert, 1990, 1993; Velez et al. 1989).

El objetivo de este trabajo es estudiar aquellos factores que mejor predicen la psicopatología ansiosa en el niño y/o adolescente. En particular se pretende valorar si ciertos rasgos temperamentales, como podría ser un temperamento tímido, ansioso, una tendencia a la inhibición o la constelación de "niño difícil" pueden predisponer al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Asimismo, es de nuestro interés estudiar si la presencia de psicopatología en los padres, en especial la presencia de trastornos de ansiedad, y ciertas prácticas educativas, como una excesiva sobreprotección o una elevada exigencia y rigidez por parte de los padres, facilita la aparición de los mencionados trastornos en la infancia. Por otro lado, esperamos encontrar diferencias entre niños con ansiedad y niños sin psicopatología en la historia evolutiva y/o médica del niño y en el nivel socioeconómico de la familia, así como una mayor presencia de antecedentes familiares de psicopatología en los niños con trastornos de ansiedad.

Método

Sujetos

La muestra estaba formada por 197 niños y adolescentes entre 6 y 17 años de edad que acudían, junto con sus padres, al Servicio de Pediatría o Psiquiatría de un Hospital de la red pública, o bien a un centro escolar. La edad media de estos sujetos era de 12,3 años (DE=3,1). El 41,6% (n=82) eran de sexo masculino y el 58,4% (n=115) de sexo femenino. El 97% de las familias eran de raza caucásica, el 1,5% de raza negra, un 1% de raza gitana y, finalmente, un 0,5% pertenecía a otras razas. El nivel socioeconómico fue determinado con el Índice de Posición Social de Hollingshead (Hollings-

head, 1975) y se distribuyó de la siguiente manera: clase I, 5,6%; clase II, 7,1%; clase III, 14,2%; clase IV, 26,9%; clase V, 42,6%. No se pudo obtener los datos socioeconómicos de siete de las familias (3,6%).

El estado diagnóstico de los niños y adolescentes se determinó mediante la entrevista diagnóstica DICA-R (Reich, Shayka y Taibleson, 1991). El 28,4% (n=56) de los sujetos no presentaba psicopatología, y el 71,6% (n=141) reunía criterios para, como mínimo, un trastorno de ansiedad. La Tabla 1 muestra estos porcentajes así como también su distribución por sexos.

Material

La entrevista *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA-R; Reich et al. 1991) es una entrevista diagnóstica estructurada que permite realizar una evaluación psicopatológica completa de niños y adolescentes entre 6 y 17 años siguiendo los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). Está desglosada en tres versiones casi idénticas en estructura y contenido: DICA-R-C (para niños de 6-12 años), DICA-R-A (para adolescentes de 13-17 años) y DICA-R-P (versión para padres), y cada una de ellas incluye todos los trastornos de ocurrencia más frecuente en estas edades. La versión para padres recoge, además, información adicional sobre los primeros años de vida del niño incluyendo datos sobre la historia médica, embarazo, nacimiento e infancia. También permite obtener información sobre otros diagnósticos adicionales como trastorno del sueño, tartamudez, autismo, problemas de habla, mutismo selectivo, pica, tics y estereotipias (Reich, 1992). En la adaptación española, se ha encontrado buena fiabilidad entre entrevistadores y test-retest, un acuerdo moderado con el diagnóstico realizado por los clínicos, y buena validez discriminante (de la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro, y Losilla, 1996a, b; Ez-

peleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997; Ezpeleta, de la Osa, Júdez, Doménech, Navarro y Losilla, 1997).

El *Revised Dimensions of Temperament Survey* (DOTS-R; Windle y Lerner, 1986), es un cuestionario que permite evaluar diferentes rasgos del temperamento siguiendo las dimensiones propuestas por Thomas, Chess y Birch (1970). Se han utilizado dos de sus versiones: el R-DOTS-C (para niños preescolares hasta los 9 años) que contestan los padres y, el R-DOTS-A (para niños de 10 años hasta la adolescencia) que contesta el propio sujeto. Ambas están formadas por 54 ítems distribuidos en 9 factores distintos que evalúan las siguientes dimensiones temperamentales: 1) nivel de actividad general, 2) nivel de actividad durante el sueño, 3) acercamiento-retraimiento, 4) flexibilidad-rigidez, 5) humor, 6) ritmicidad en el sueño, 7) ritmicidad en la comida, 8) ritmicidad en los hábitos diarios y, 9) persistencia-atención. La consistencia interna del cuestionario es entre moderada y alta (Windle y Lerner, 1986).

El *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1983) es un inventario de síntomas autoadministrado que refleja distintos patrones sintomáticos de psicopatología en la vida adulta. Consta de 90 ítems agrupados en nueve dimensiones distintas de psicopatología: 1) somatización, 2) obsesivo-compulsivo, 3) sensibilidad interpersonal, 4) depresión, 5) ansiedad, 6) hostilidad, 7) ansiedad fóbica, 8) ideación paranoide y, 9) psicoticismo. Además, se pueden obtener tres índices globales que reflejan respectivamente la intensidad de la alteración, la profundidad o gravedad global de la alteración, y el número total de síntomas presentes. La consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez de constructo son de nivel bueno (Derogatis, 1983).

El *Egna Minnen av Barndoms Uppfostran* (EMBU; Percepción del estilo educati-

vo de los padres) (Perris, Jacobson, Lindström, Knorrning y Perris, 1980) es un cuestionario desarrollado originalmente para evaluar los recuerdos del adulto sobre el estilo educativo de sus padres. El análisis de los componentes principales de este cuestionario reveló la existencia de cuatro factores: 1) rechazo, 2) calor emocional, 3) sobreprotección y, 4) favorecedor del sujeto (Arrindell, Emmelkamp, Brillman y Monsma, 1983). Castro, Toro, Arrindell, Van Der Ende y Puig (1990) plantearon este mismo cuestionario haciendo referencia al estilo educativo de los padres sobre los niños y adolescentes españoles, en el momento presente. Desarrollaron tres versiones distintas, manteniendo la misma estructura que la versión original: una versión para niños, otra para adolescentes, y una versión para los padres del niño/ adolescente. La consistencia interna de las escalas de este cuestionario en la población española, fue satisfactoria, excepto para la escala de "favorecedor del sujeto" que resultó bastante baja, apoyando la presencia de tres factores en lugar de cuatro. Más recientemente, Castro, Toro, Van Der Ende y Arrindell (1993) en la versión para niños del EMBU, encontraron una consistencia interna satisfactoria para las cuatro escalas, con un número de ítems inferior al original. Esta versión reducida del EMBU de niños y las otras adaptaciones españolas para padres y adolescentes son las que hemos utilizado en este estudio.

Un *cuestionario sociodemográfico*, elaborado para el estudio, ha permitido recoger la información sobre la presencia de antecedentes familiares de psicopatología general, datos domiciliarios del niño y el nivel de estudios y profesión de cada uno de los padres.

Procedimiento

Los sujetos fueron reclutados de los servicios de Pediatría y Psiquiatría de varios

hospitales de la red pública, así como también de distintos centros escolares. En cualquier caso los participantes fueron informados del objetivo del estudio, de las características de las pruebas que se les iba a administrar y del tiempo requerido para todo ello. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres y el asentimiento verbal del niño para poder participar en este estudio.

Todos los padres y sus hijos fueron entrevistados simultáneamente por entrevistadores distintos, que desconocían la información recogida por el clínico y el estado diagnóstico del niño. Al final de la entrevista se les entregaban los cuestionarios que debían rellenar.

El diagnóstico de los sujetos se determinó mediante la entrevista DICA-R, independientemente de la procedencia de los mismos. Aquellos que reunían criterios para algún trastorno de ansiedad constituían el grupo de casos, y aquellos que no tenían ningún trastorno formaban el grupo de controles.

Para determinar el diagnóstico se optó por combinar la información de los padres y del niño. Cuando los padres o el niño informaban de la presencia de un síntoma, éste era considerado como presente en el algoritmo elaborado para derivar los diagnósticos. La combinación de la información de las diferentes fuentes consultadas parece el modo de proceder más adecuado y aceptado en las investigaciones más recientes (Piacentini et al., 1993).

La gestión informática de los datos se realizó con el sistema DAT 2.0 (Doménech y Losilla, 1995), que es un gestor de bases de datos relacionales. El sistema DAT es formado por un potente software que limita el número de errores de introducción y ofrece listados de casos, controles de calidad, informes exhaustivos y conexión con sistemas de análisis estadísticos. Estas características garantizan la ausencia de erro-

res de tipo lógico y aritmético y permiten generar los algoritmos diagnósticos correspondientes, favoreciendo el éxito de un proceso de datos de un trabajo científico.

Tabla 1. Distribución de los Trastorno de Ansiedad

| Trastornos ansiedad | NIÑOS | NIÑAS | TOTAL |
|---|------------|------------|---------------|
| T. Ansiedad Separación (TAS) | 28 (53.8%) | 39 (43.8%) | 67 (47.5%) |
| T. Evitación (TE) | 7 (13.5%) | 13 (14.6%) | 20 (14.2%) |
| T. Ansiedad Excesiva (TAE) | 19 (36.5%) | 49 (55.1%) | 68 (48.2%) |
| Fobias | 18 (34.6%) | 21 (23.6%) | 39 (27.7%) |
| Trastorno Obsesivo | 5 (9.6%) | 12 (13.5%) | 17 (12.1%) |
| Trastorno compulsivo | 3 (5.8%) | 8 (9.0%) | 11 (7.8%) |
| T. Obsesivo Compulsivo (TOC) ¹ | 0 (0.0%) | 3 (3.4%) | 3 (2.1%) |
| T. Estrés Postraumático (TEPT) | 4 (7.7%) | 10 (11.2%) | 14 (9.9%) |
| n_{total} | 52 (36.9%) | 89 (63.1%) | 141 (100.00%) |

¹ En la categoría TOC se han incluido los sujetos con obsesiones y compulsiones.

Nota: Si sumamos todos estos porcentajes veremos que superan el 100%. Esto es debido a que algunos de los sujetos reunieron criterios para más de un trastorno de ansiedad.

Con el fin de estudiar la contribución de cada uno de los distintos factores de riesgo mencionados, se han estimado 3 modelos predictivos de ansiedad mediante un análisis de regresión logística, considerando el sexo y la edad de los sujetos como variables de ajuste (covariables).

El objetivo de este estudio era estimar un único modelo predictivo de ansiedad. Esto no ha sido posible dado que el análisis de regresión logística es un tipo de análisis que no admite valores *missings* y excluye del modelo a todos aquellos sujetos a los que les falte un valor en alguna de las variables. Por consiguiente, cuanto mayor es el número de factores de riesgo procedentes de diferentes fuentes que incluimos en el modelo, el número de casos desciende drásticamente. Esto se explica porque muchos de los sujetos que han participado en este estudio, bien por parte del niño o bien por parte de sus padres, han omitido respuestas en alguno de los cuestionarios, parte de los mismos, o bien el cuestionario completo, que no ha sido posible recuperar. Por este motivo ha sido imposible estimar un modelo predictivo final dado el reduci-

do tamaño de la muestra con que se quedaba el modelo.

Resultados

Tal como esperábamos, la presencia de las variables estudiadas aumenta el riesgo de que aparezcan trastornos de ansiedad en el niño/adolescente. A continuación detallamos cuál es la contribución de cada una de ellas.

Psicopatología de los padres y estilo educativo

La Tabla 2 presenta los resultados obtenidos en el modelo de regresión que recoge el tipo de sintomatología psicopatológica presente en los padres y el estilo educativo, informado por los padres y por el propio sujeto, como variables predictoras. Este modelo indica que la sintomatología depresiva en la madre, así como también la presencia de ansiedad de tipo fóbico en el padre es un factor de riesgo estadísticamente significativo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en el niño. Asimismo, las manifestaciones enmarcadas en la dimensión de psicoticismo también se han relacionado significativamente con la presencia

de ansiedad en el niño, pero en este caso la relación es inversa. La presencia de este tipo de rasgos parece actuar como un factor protector de psicopatología ansiosa. Con respecto al estilo educativo se observa que a menor calor emocional de la madre, se-

gún la percepción del niño y según la percepción de la madre, se prevee mayor riesgo de padecer algún trastorno de ansiedad en el niño. En cambio, el bajo calor emocional del padre parece proteger al niño de padecer este tipo de psicopatología.

Tabla 2. Psicopatología de los Padres y Estilo Educativo según Padres y Niño como Factores Predictores de Ansiedad en el Niño.

| VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO | B | e ^b | p |
|-----------------------------------|---------|----------------|-------|
| Depresión de la madre | 2.9730 | 19.5507 | .0027 |
| Ansiedad fóbica del padre | 4.3589 | 78.1710 | .0143 |
| Psicoticismo de la madre | -4.2914 | .0137 | .0034 |
| Calor emocional padre según padre | .1415 | 1.1519 | .0185 |
| Calor emocional madre según madre | -.1378 | .8713 | .0342 |
| Calor emocional madre según niño | -.1852 | .8309 | .0058 |
| Sexo | .3666 | 1.4428 | .5740 |
| Edad | .1515 | 1.1635 | .2054 |
| Constante | 6.722 | | |

Sujetos sin psicopatología =29 Sujetos con Trastornos de ansiedad =67

Tabla 3. Rasgos Temperamentales del Niño como Factores Predictores de Ansiedad

| VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO | B | e ^b | p |
|----------------------------------|--------|----------------|-------|
| Actividad General | .1144 | 1.1212 | .0056 |
| Acercamiento-Retraimiento | -.1369 | .8721 | .0294 |
| Ritmicidad en la comida | -.1190 | .8878 | .0177 |
| Sexo | .9247 | 2.5211 | .0229 |
| Edad | .1240 | 1.1320 | .0624 |
| Constante | 1.4537 | | |

Sujetos sin psicopatología =47 Sujetos con Trastornos de ansiedad =113

Rasgos temperamentales del niño

Cuando tomamos como variable predictiva los rasgos temperamentales del niño medidos según el R-DOTS (Tabla 3), tan sólo 3 de las 9 escalas consideradas son estadísticamente significativas. Un temperamento caracterizado por elevada actividad general, baja ritmicidad en la comida y una tendencia al retraimiento o a la inhibición, parece que actúa como factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad en el niño.

Factores tempranos

Finalmente, en la Tabla 4 se presenta el último modelo estimado que toma como variables predictoras la presencia de problemas de embarazo, problemas de parto, retrasos evolutivos, problemas conductuales tempranos, problemas médicos, antecedentes familiares de psicopatología y el nivel socioeconómico. Los resultados muestran que la presencia de problemas conductuales tempranos, así como de antecedentes familiares de psicopatología y un bajo nivel socioeconómico predicen significativamente mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad en el niño.

Tabla 4. Historia Evolutiva y Médica, Antecedentes Familiares y Nivel Socioeconómico como Factores Predictores de Ansiedad

| VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO | B | e ^b | p |
|----------------------------------|---------|----------------|-------|
| Problemas conductuales tempranos | 1.2225 | 3.3956 | .0002 |
| Nivel socioeconómico (SES) 1 | -1.7482 | .1741 | .0009 |
| (SES) 2 | -.0414 | .9594 | .9383 |
| Antecedentes familiares | 1.1731 | 3.2319 | .0106 |
| Sexo | 1.6817 | 5.3744 | .0004 |
| Edad | .1915 | 1.2110 | .0107 |
| Constante | -3.2893 | | |

Sujetos sin psicopatología =50

Sujetos con Trastornos de ansiedad =119

Discusión

Tal como esperábamos, la presencia de síntomas depresivos en la madre, así como también elevados niveles de ansiedad de tipo fóbico en el padre, constituyen un riesgo significativo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en el niño. Estos resultados son congruentes con los obtenidos en investigaciones previas, las cuales sostienen que la depresión y ansiedad en los padres incrementan el riesgo de desarrollar ansiedad en los hijos (Fendrich, Warner, Weissman, 1990; Gotlib y Avison, 1993; Jalenques y Coudert, 1990; Kashani, Vaidya et al., 1990; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, 1991; Messer y Beidel, 1994; Turner, Beidel y Costello, 1987; Warner, Mufson y Weissman, 1995; Weissman, 1985; Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon y Prusoff, 1984). Por otro lado, numerosos estudios han encontrado una elevada comorbilidad entre estos dos trastornos (Benjamin, Costello y Warren, 1990; Bernstein y Borchardt, 1991a; Bragado et al., 1996; Clark, Smith et al. 1994; Costello y Angold, 1995; Jalenques y Coudert, 1990; Kashani y Orvaschel, 1988), y una mayor proporción de depresión y ansiedad en los familiares de niños con trastornos de ansiedad y/o depresión (Costello y Angold, 1995; Mufson, Weissman y Warner, 1992; Weissman, 1985; Weissman et al. 1984). Estos

hallazgos también se confirman en el presente trabajo (el 49,6% de los niños con trastorno de ansiedad presentan también depresión), sugiriendo la posibilidad de una diátesis común para estos trastornos (Rodríguez-Sacristán, 1995), que algunos autores han sugerido que podría ser un factor genético común (Costello y Angold, 1995). No obstante, parece ser que la relación entre ansiedad y depresión no es absoluta. Muchos niños con estos trastornos no presentan una carga familiar de los mismos, y viceversa. Asimismo, parece ser que la depresión materna, tan relacionada con la presencia de trastornos de ansiedad en la infancia, constituye un factor de riesgo para múltiples trastornos psiquiátricos, y no únicamente para depresión y ansiedad (Gotlib y Avison, 1993). Por otro lado, pese a no observarse en nuestro trabajo, algunos investigadores sostienen que la presencia de otras psicopatologías en los padres distintas a ansiedad y depresión, predicen también mayor ansiedad en sus hijos (Costello y Angold, 1995; Kashani, Vaidya et al. 1990; Velez, Johnson y Cohen, 1989). Todos estos datos sugieren que, posiblemente, no existe una relación isomórfica entre el trastorno de los padres y el funcionamiento del niño (Gotlib y Avison, 1993). Más aún, pone en duda la naturaleza de la transmisión de estos trastornos, si genética, ambiental o una

biental o una combinación de ambas cosas. De hecho, numerosos estudios sostienen que si bien la psicopatología de los padres pone al niño ante un riesgo genético, es evidente que también lo coloca ante múltiples condiciones de riesgo ambiental, tales como discordia familiar, indisponibilidad emocional, inestabilidad de la vida familiar, baja calidad parental, alta exposición al estrés, etc. (Downey y Walker, 1992; Gotlib y Avison, 1993; Masten y Coatsworth, 1995; Rende y Plomin, 1993). Posiblemente, no es tanto la psicopatología específica lo que se relaciona con la ansiedad en el niño, sino los efectos ambientales, individuales etc. asociados con semejante condición (Canino, Bird, Rubio-Stipec, Bravo y Alegría, 1990; Gotlib y Avison, 1993). Se sabe, por ejemplo, que en el establecimiento del vínculo afectivo es de suma importancia la relación entre el niño y su cuidador. Si la presencia de psicopatología en los padres puede alterar esta relación, posiblemente el vínculo afectivo que se forme puede verse afectado y contribuir de esta manera en el desarrollo de ansiedad. Todo esto, de nuevo sugiere, que la psicopatología parental podría ejercer un efecto indirecto sobre la adaptación del niño a través de un factor genético, ambiental o ambos.

Uno de los resultados más sorprendentes con respecto a la psicopatología de los padres, es el que concierne a la asociación entre presencia de altos niveles de psicoticismo en la madre y bajos niveles de ansiedad en el niño. Ante estos resultados tan inesperados, se ha realizado un nuevo análisis para determinar qué ítems de esta escala eran los que habían obtenido puntuaciones más altas y más frecuentes, con el fin de entender esta relación. Se observó que los ítems 77 y 88 eran los ítems mayoritariamente valorados como positivos y con mayor puntuación, seguidos de los ítems 87 y 90. Los dos primeros hacen re-

ferencia a sentimientos de soledad o de no sentirse cercano o compenetrado con otras personas. El contenido de los mismos nos sugiere que posiblemente no reflejan de forma unívoca el contenido de la escala de psicoticismo. Podrían también estar presentes en personas con ciertos rasgos depresivos, con ansiedad (inhibición conductual), o incluso en personas introvertidas sin ninguna psicopatología. De manera similar podría ocurrir con los otros dos ítems mencionados, los cuales hacen referencia a sentimientos de que algo funciona mal en tu cuerpo o en tu mente. Derogatis (1983) se basó en la teoría de Eysenck para desarrollar la escala de psicoticismo (P), y según la teoría de este autor, esta escala refleja retraimiento o aislamiento además de un estilo de vida esquizoide. Hilton (1974) encontró que la escala P de psicoticismo, correlacionaba con la escala de emotividad, entendida como altos niveles de ansiedad, tensión, depresión, introversión y hostilidad. Sin embargo, si esto fuera así, la relación que debería observarse es que altos niveles de "psicoticismo" en la madre se asociaran con altos niveles de ansiedad en los hijos, dado que hay demostrada evidencia de que la ansiedad y la depresión en los padres son factores de riesgo de la ansiedad en los hijos. Y la relación, en cambio, ha sido totalmente inversa a la esperada. Esto nos lleva a pensar que, o bien terceras variables no controladas en este modelo estén confundiendo la relación, o bien, si realmente esta asociación existe, faltaría por conocer cuál es el mecanismo implícito que lleva a ejercer este efecto protector sobre la ansiedad en el niño. Por otro lado, las críticas a la escala P han sido múltiples. Diversos autores han cuestionado la validez de la escala, y algunos han encontrado que esta escala podría relacionarse con una gran variedad de sintomatología, como por ejemplo conductas de tipo antisocial, hostilidad, crueldad, criminalidad,

uso de drogas, psicopatía, inconformismo y conductas e ideación suicida (Bishop, 1977; Chapman, Chapman y Kwapil, 1994; Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985; Hilton, 1974). Por otro lado, existe también cierto consenso en considerar esta escala poco fiable (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985; Hilton, 1974). Y además, se ha encontrado que las conductas que evalúa la escala de psicoticismo pueden estar presentes tanto en sujetos psicóticos, como en sujetos con otros trastornos psiquiátricos o, incluso, en sujetos “normales” (Bishop, 1977; Hilton, 1974). Teniendo en cuenta todos estos hallazgos, los resultados obtenidos en este trabajo ya no son tan sorprendentes puesto que podría ser que esta escala del SCL-90-R no midiera realmente síntomas desde un punto de vista clínico, sino conductas que podrían enmarcarse dentro de la normalidad. De hecho, la escala P de Eysenck no implica la presencia de psicopatología sino que refleja una forma de ser (talante) caracterizado por dureza mental, poca empatía, soledad. La escala P original no diferenciaba a sujetos psicóticos de los normales (Bishop, 1977; Hilton, 1974). En la actualidad se prefiere denominar a esta escala “Dureza” (Claridge, 1985), dado que refleja una cierta rigidez y dureza mental, y dificultades para adaptarse a las circunstancias. Si esto es así, una alta puntuación en la misma podría proteger al niño para el desarrollo de ansiedad, si consideramos que, en cierta medida, durante los primeros años de vida, una educación estricta, con poca flexibilidad, que marque claramente qué hacer y qué no hacer, podría ser protector para el niño. No obstante, estas explicaciones son tentativas y el tema debería ser estudiado mucho más ampliamente.

Los resultados acerca del temperamento del niño, son congruentes con los hallazgos obtenidos en otras investigaciones. Como era de esperar, un temperamento caracterizado por una tendencia a la inhibición in-

crementa significativamente el riesgo para el desarrollo de ansiedad en el niño. Sin embargo, no todos los niños inhibidos conductualmente desarrollan trastornos de ansiedad (Biederman et al., 1993; Manassis, Bradley, Goldberg, Hood y Swinson, 1995), ni tampoco todos los niños con trastornos de ansiedad han sido niños inhibidos (Manassis et al., 1995); con lo cual, la inhibición conductual no es un factor imprescindible para el desarrollo de estos trastornos. Otros rasgos temperamentales predicen también ansiedad, como la presencia de gran inquietud, intranquilidad y nerviosismo, indicativa de una elevada actividad general, o como la presencia de alteraciones en el patrón de ingesta, como comer fuera de horas, indicativa de baja ritmicidad en la comida. Esta constelación temperamental caracterizada por alta actividad general, baja ritmicidad biológica y una tendencia a la inhibición se enmarcan dentro de la constelación que configura el llamado “niño difícil”. Un niño con estas características puede provocar respuestas negativas o de rechazo por parte de sus padres, que influirán notablemente en el estilo educativo que tendrán con él (Chess y Hassibi, 1986). Werner (1993) señala que el temperamento del niño ejerce un importante rol en el establecimiento de las relaciones con los que le rodean. De hecho, los resultados acerca del estilo educativo muestran que el bajo calor emocional de la madre, manifestado por poca comprensión y confianza en el niño, pocas muestras de afecto hacia él, poco interés en ayudarlo y animarlo, etc. favorece el desarrollo de ansiedad. En el mismo sentido Messer y Beidel (1994) señalan que un ambiente familiar percibido con bajo calor o afectividad y excesivo control está relacionado con la presencia de trastornos de ansiedad. Estas pautas educativas de distanciamiento y frialdad podrían ser consecuencia del temperamento propio del niño (temperamento difícil) que, como ya

hemos visto, puede suscitar estas conductas en la madre. Chess y Hassibi (1986) hablan de la importancia de una buena adecuación entre las características propias del niño (temperamento) y las características del ambiente, para que tenga lugar un desarrollo óptimo en el niño. Cuando esta adecuación no tiene lugar, se distorsiona el desarrollo y ocasiona un funcionamiento desadaptado. Por otro lado, los rasgos temperamentales también podrían ser reflejo de una vulnerabilidad biológica para los trastornos de ansiedad. Se ha visto, por ejemplo, que niños caracterizados por ser inhibidos tienen una mayor probabilidad de tener familiares diagnosticados clínicamente como ansiosos o deprimidos (Basic Behavioral Science Task Force, 1996; Rosebaum et al. 1991). Además, existe un amplio consenso en considerar que el temperamento ya es discernible muy tempranamente en la vida (Chess y Hassibi, 1986) y que posiblemente refleja una dotación genética determinada. Así pues, el temperamento podría ser una manifestación temprana de una predisposición familiar para los trastornos de ansiedad, que a su vez marcaría un tipo de interacción con el ambiente que contribuiría en el posterior desarrollo de los vínculos sociales, y más a largo plazo, en el desarrollo de ansiedad. La relación de apego, por ejemplo, podría ser una de las relaciones notablemente afectada cuando hay disonancia entre el organismo y su medio, pudiendo originar una relación afectiva insegura. La inseguridad de apego entre el niño y su cuidador durante la primera infancia, se ha pensado que podría contribuir en el posterior desarrollo de los trastornos de ansiedad (Manassis y Bradley, 1994; Manassis, Bradley, Golberg, Hood y Swinson, 1995). Se ha visto, que los niños que tienen mayor riesgo de sufrir ansiedad son aquellos que, además de ser inhibidos, tienen una relación de apego inseguro, entre otros factores (Manassis y Bradley, 1994).

Cuando nos centramos en las conductas educativas del padre, una actitud caracterizada por bajo calor emocional (reflejo de distanciamiento y frialdad) parece proteger al niño para el desarrollo de esta psicopatología. Vargas y Polaino (1996) señalan que la educación de un niño precisa de la colaboración activa de los dos progenitores, los cuales mantienen relaciones cualitativamente diferentes pero complementarias.

La madre, por lo general, acostumbra a ser más positiva y flexible en la educación con sus hijos. En cambio el padre, cuando asume este rol, tiende a manifestar actitudes más negativas que muchas veces el niño vive como impuestas. En este sentido, si asumimos que la percepción del padre suele ser de autoridad, posiblemente una actitud distante y fría contribuirá a que el niño no desarrolle ansiedad (inversamente y complementariamente a como ocurre con la madre o figura materna).

Por otro lado, en la literatura revisada, se ha encontrado una relación significativa entre problemas pre y perinatales y del desarrollo temprano, y el posterior desarrollo de algunos trastornos de ansiedad (Velez et al. 1989; Riddle et al. 1990). Nuestros resultados aparentemente no muestran esta relación. Sin embargo, la presencia de problemas conductuales tempranos, los antecedentes familiares de psicopatología y un nivel socioeconómico bajo parecen asociarse significativamente con la aparición de ansiedad en el niño. Muy probablemente, estos resultados no están en contradicción con los hallazgos mencionados anteriormente y, posiblemente, no descartan la relación entre problemas pre y perinatales, y el desarrollo de ansiedad. Se podría pensar por ejemplo, que los problemas conductuales tempranos pueden ser un reflejo o una consecuencia de la existencia de problemas de embarazo, perinatales o del desarrollo, que tienen mucho más peso. Asimismo, la presencia de anteceden-

tes familiares de psicopatología podría indicar que podría estar latente en estos niños un factor biológico. Finalmente, un nivel socioeconómico bajo facilitaría la aparición de determinados problemas de embarazo, parto o en el desarrollo por la falta de conocimiento y/o de cuidados. De hecho, cuando se excluyen del modelo las variables

nivel socioeconómico y antecedentes familiares, tanto los problemas prenatales como perinatales predicen significativamente trastornos de ansiedad. Así pues, los resultados parecen estar en consonancia con la hipótesis de que, posiblemente, en la gestación de estos trastornos esté presente un factor de vulnerabilidad biológica.

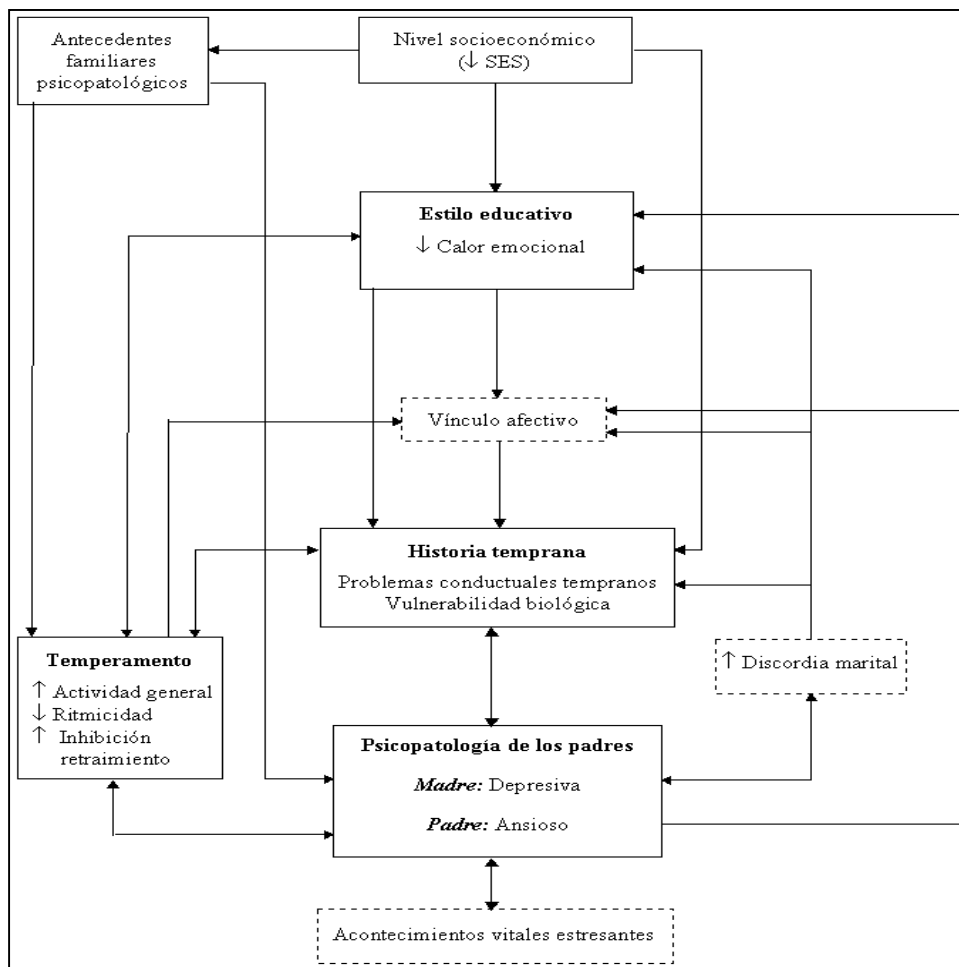


Figura 1. Interacción entre los factores de riesgo de ansiedad

A modo tentativo presentamos un mapa de interacciones entre los factores de riesgo que han resultado ser significativos en nuestro estudio (Figura 1). Dado que la literatura otorga gran importancia a otros

factores no considerados en este trabajo, nos ha parecido de interés incluirlos también en el mapa de interacciones propuesto. Como podemos observar en esta figura, son muchas las conexiones que pueden existir en-

tre los distintos factores de riesgo. A modo de ejemplo, podemos ver que el temperamento del niño, caracterizado por elevada actividad general, baja ritmicidad biológica e inhibición conductual, podría reflejar una cierta vulnerabilidad biológica para los trastornos de ansiedad que podría venir dada por los antecedentes familiares de psicopatología, la presencia de ansiedad y/o depresión en los padres y por la presencia de problemas evolutivos tempranos. A su vez, estos rasgos temperamentales que, como ya hemos visto, configuran la constelación del "niño difícil", interactuarán con el ambiente que le rodea influenciándose mutuamente. Por ejemplo, un niño con estas características suscitará respuestas negativas en los demás (padres, compañeros...) determinando patrones educativos o de interacción determinados que, a su vez, contribuirán en el mantenimiento y/o exacerbación de esos rasgos conductuales no deseables ya presentes en el niño. Por otro lado, el temperamento también puede exacerbar la presencia de psicopatología en los padres, y este mayor deterioro puede conllevar que se de una actitud más negativa hacia el niño etc. Este patrón de interacción que se instaura como consecuencia de la falta de adecuación entre organismo y ambiente puede, entre otros, alterar la relación de apego entre niño y su cuidador. Y la relación de apego se ha visto

que es de gran importancia para un buen desarrollo social, emocional y cognitivo (Vargas y Polaino, 1996). Si a todo esto le sumamos la presencia de acontecimientos vitales estresantes, la situación todavía se agrava más, posiblemente modificando la intensidad de las conexiones mencionadas y/o potenciando otras, etc. En conclusión, el estudio de factores de riesgo debería realizarse desde una perspectiva evolutiva del individuo y siempre en consideración del contexto personal, social y ambiental propio de cada uno. Esto nos conduce a pensar ya no en factores aislados que ejercen influencias independientes sobre cada sujeto, sino de múltiples factores que están en continua interacción, ejerciendo, así, efectos diferentes sobre los distintos individuos en función de la naturaleza de la interacción.

Agradecimientos

¹Esta investigación se ha llevado a cabo gracias a las ayudas DGICYT PM91-0209 y DGICYT PM95-0126 del Ministerio de Educación y Ciencia.

Agradecemos a la Dra. Montserrat Gomà sus comentarios sobre personalidad.

Agradecemos la colaboración del personal y de los niños de los centros de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Clínico de Barcelona, Consorci Hospitalari del Parc Taulí de Sabadell y del Maresme.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised)*. Washington, D.C: Author.
- Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G., Brillman, E., y Monsma, A. (1983). Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 163-177.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, (1996). Basic behavioral science research for mental health. Vulnerability and resilience. *American Psychologist*, 51, 22-28.
- Benjamin, R.S., Costello, E.J. y Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316.
- Bernstein, G.A. y Borchardt, C.M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Bernstein, G.A., Borchardt, C. M., y Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-1119.
- Biederman, J., Rosebaum, J.F., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R. y Kagan, J. (1993). A 3-Year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Biederman, J., Rosebaum, J.F., Hirshfeld, D.R., Faraone, S.V., Bolduc, E.A., Gersten, M., Meminger, S.R., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J.S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Bishop, D.V. (1977). The P scale and psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 127-134.
- Bowen, F., Vitaro, F., Kerr, M. y Pelletier, D. (1995). Childhood internalizing problems: Prediction from kindergarten, effect of maternal overprotectiveness, and sex differences. *Development and Psychopathology*, 7, 481-498.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M.L., y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sanchez, M. L., Bersabé, R.M., Loriga, A., y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Rubio-Stipec, M., Bravo, M. y Alegria, M. (1990). Children of parents with psychiatric disorder in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 398-406.
- Caprara, G.V. y Rutter, M. (1995). Individual development and social change. In M. Rutter y D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. (pp. 35-66). Chichester: John Wiley & Sons.
- Castro, J., Toro, J., Arrindell, W.A., Van Der Ende, J. y Puig, J. (1990). Perceived parental rearing style in Spanish adolescent children and their parents: three new forms of the EMBU. In C.S. Stefanis, C.R. Soldatos, y A.D. Rabavilas (Eds.), *Psychiatry: a world perspective. Vol. 4, Social psychiatry: ethics and law, history of psychiatry; psychiatric education*. Proceedings of the VIIIth World Congress of Psychiatry, Athens, 12-19 October, 1989. (pp. 340-344). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Castro, J., Toro, J., Van Der Ende, J., y Arrindell, W.A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57.
- Cautela, J.R., y Groden, J. (1989). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chapman, J.P., Chapman, L.J., y Kwapil, T.R. (1994). Does the Eysenck psychoticism scale predict psychosis? A ten year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 17, 369-375.
- Chess, S., y Hassibi, M. (1986). *Principles and Practice of Child Psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Claridge, G.S. (1985). *The origin of mental illness*. New York: Blackwell.
- Clark, D.B., Smith, M.G., Neighbors, B.D., Skerlec, L.M. y Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14, 113-137.
- Costello, E.J. y Angold, A. (1995). Epidemiology. In J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Dadds, M.R. y Powell, M.B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 553-567.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual-II. revised version*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Doménech, J.M. y Losilla, J.M. (1995). *Sistema DAT: gestor de datos científicos. Manual de referencia*. Campus de Bellaterra, Barcelona: Laboratori d'Estadística Aplicada i de Modelització. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Downey, G. y Walker, E. (1992). Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Development and Psychopathology*, 4, 81-95.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia Social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Emery, R.E., y O'Leary, K.D. (1982). Children's perceptions of marital discord and behavior problems of boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 11-24.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J.M., Navarro, J.B., y Losilla, J.M. (1997). Fiabilidad de la adaptación española de la Diagnostic interview of Children and Adolescent (DICA-R). *Psicothema*, 9, 529-539.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Júdez, J., Doménech, J.M., Navarro, J.B., y Losilla, J.M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic In-

- terview for Children and Adolescent - DICA-R in a Spanish outpatients sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 431-440.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J. y Barrett P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality Individual Differences*, 6, 21-29.
- Fendrich, M., Warner, V. y Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Development Psychology*, 26, 40-50.
- Gotlib, I.H. y Avison, W.R. (1993). Children at risk for psychopathology. In Ch. G. Costello (Ed.), *Basic issues in psychopathology* (pp. 271-319). New York: Guilford Press.
- Hilton, D. (1974). What does the P scale measure?. *British Journal of Psychiatry*, 125, 161-167.
- Hirshfeld, D.R., Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Snidman, N., Reznick, J.S. y Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103-111.
- Hollander, E., Simeon, D. y Gorman, J.M. (1996). Trastornos de ansiedad. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four factor index of social status*. Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology.
- Jalenques, I., Coudert, A.J. (1990). Les troubles anxieux de l'enfant: existe-t-il des facteurs de risque? *Annal Pédiatrie*, 37, 487-495.
- Jalenques, I., y Coudert, A.J. (1993). Epidemiology of childhood anxiety disorders. *European Psychiatry*, 8, 179-191.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N., Gibbons, J. y Johnson, M.O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 59, 1580-1589.
- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145, 960-964.
- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kashani, J.H., Vaidya, A.F., Soltys, S.M., Dandoy, A.C., Katz, L.M. y Reid, J.C. (1990). Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 319-323.
- Krohne, H.W. y Hock, M. (1991). Relations between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.
- Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H. y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- Manassis, K. Y Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. y Swinson, R.P. (1995). Behavioral inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 87-92.
- Masten, A.S. y Coatsworth, J.D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti, y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 2, pp.715-751). New York: Wiley.
- Messer, S.C., y Beidel, D.C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Mufson, L., Weissman, M.M. y Warner, V. (1992). Depression and anxiety in parents and children: a direct interview study. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 1-13.
- Osa, N. de la, Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996a). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 359-368.
- Osa, N. de la, Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996b). Validez convergente y discriminante de la Entrevista Diagnóstica Estructurada DICA-R. *Clinica y Salud*, 7, 181-194.
- Patterson, J.M., y McCubbin, H.I., (1987). Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *Journal of Adolescent*, 10, 163-186.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Knorrning, L., y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
- Piacentini, J., Shaffer, D., Fisher, P., Schwabstone, M., Davies, M., y Gioia, P. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): III. Concurrent criterion validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 658-665.
- Rae-Grant, N., Thomas, B.H., Offord, D.R. y Boyle, M.H. (1989). Risk, protective factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 262-268.

- Reich, W. (1992). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents, Pregnancy, birth and preschool questionnaire*. (L. Ezpeleta, trad.). Unpublished manuscript, Washington University, School of Medicine, Department of Psychiatry, St. Louis.
- Reich, W., Shayka, J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised DSM-III-R version 7.2*. (L. Ezpeleta, trad.). Unpublished manuscript. Washington University, Division of Child Psychiatry. St. Louis.
- Rende, R. y Plomin, R. (1993). Families at risk for psychopathology: Who becomes affected and why?. *Development and Psychopathology*, 5, 529-540.
- Riddle, M.A., Scahill, L. King, R., Hardin, M.T., Towbin, K.E., Ort, S.I., Leckman, J.F., y Cohen, D.J. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 766-772.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia en los niños. In J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp.521-554). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Rosembaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Hirshfeld, D.R., Faraone, S.V. y Kagan, J. (1992). Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 475-481.
- Rosembaum, J.F., Biederman, J., Hirshfeld, D.R., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J.S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal Psychiatry Research*, 25, 49-65.
- Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R. y Prior, M. (1991). Risk indicators: assessment of infancy predictors of pre-school behavioural maladjustment. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 32, 609-626.
- Stark, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K. Y Lewis, D. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.
- Teichman, Y. y Ziv, R. (1994). Characteristics of extended family and children's trait anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 291-303.
- Thapar, A. y McGuffin, P. (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable?. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 36, 439-477.
- Thomas, A.; Chess, S. y Birch, G. (1970). The origin of personality. *Scientific American*, 223, 102-109.
- Tsiantis, J., Macri, I. (1995). Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. In J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp.1191-1213). Sevilla: Publicaciones de la Universidad

- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 229-235.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Epstein, L.H. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 151-166.
- Valdés, M., y de Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vargas, T., y Polaino, A. (1996). La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Velez, C.N., Johnson, J., y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 861-864.
- Warner, V., Mufson, L., y Weissman, M.M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 786-797.
- Weissman, M.M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks, and familial patterns. In A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*. (pp. 275-296). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Weissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K.R., Gammon, G.D. y Prusoff, B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale Family Study. *Archives of General Psychiatry, 41*, 845-852.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 5*, 503-515.
- Windle, M., y Lerner, R.M. (1986). Reassessing the dimensions of temperamental individuality across the life span: the revised dimensions of temperament survey (DOTS-R). *Journal of Adolescent Research, 1*, 213-230.