



2010, 16(2-3), 189-200

## ¿EL RASGO TEMPERAMENTAL IRA/FRUSTRACIÓN AFECTA EN LA SINTOMATOLOGÍA INTERIORIZADA? ESTUDIO EN UNA MUESTRA CLÍNICA INFANTIL DE 8-10 AÑOS

Arratibel Siles, María Luisa\*, Jané Ballabriga, Ma. Claustre\*, Bonillo Martín, Albert\*\*, Laredo García, Andrés\*, Viñas Poch, Ferran\*\* y Doménech-Llaberia, Edelmira\*

\*Universitat Autònoma de Barcelona

\*\*Universitat de Girona

**Resumen:** Los rasgos temperamentales ira/frustración pueden predecir la aparición de sintomatología interiorizada. El objetivo de este estudio fue identificar la relación del rasgo temperamental ira/frustración en la presentación de sintomatología ansiosa y/o depresiva en población clínica infantil. Participaron 80 niños/as de entre 8 y 10 años de edad, positivos en un cribado por ansiedad, de dos Centros de Salud Mental Infantojuvenil de Cataluña. Los resultados muestran que el rasgo temperamental de ira no es estadísticamente significativo para la sintomatología ansiosa, pero sí para la depresiva. El estudio muestra diferentes asociaciones entre este rasgo de temperamento y los tipos de sintomatología de ambos trastornos interiorizados para este rango de edad. Los parámetros diagnósticos y las evaluaciones deben tener en cuenta la importancia de esto, así como las estrategias de prevención.

**Palabras clave:** temperamento ira, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, niños de edad escolar, muestra clínica.

**Abstract:** Trait anger temperament can predict the onset of internalizing symptoms. The aim of this study was to analyze the relationship between anger temperament and the onset of anxiety and depressive symptoms in clinical school age children. Participants were 80 children with high scores in anxiety, aged 8 to 10 years old, recruited from two infant and adolescent mental health centers in Catalonia. Results showed that anger temperament is not associated with anxiety symptoms, but it is significantly associated with depressive symptoms. The study shows a different association between this temperament trait and the types of symptomatology of both internalizing disorders at these ages. Diagnostic parameters and assessments, as well as the prevention strategies used, need to take this into account.

**Key words:** anger temperament, anxiety symptoms, depressive symptoms, schoolchildren, clinical sample.

**Title:** *Is trait anger temperament associated to internalizing symptomatology? Study in a clinical sample of 8 to 10-year-old*

Rothbart y Derryberry (1981) definen el temperamento como el conjunto de diferencias individuales tempranas en la reactividad y la auto-regulación de las emociones y el arousal. Aún teniendo origen constitucional, es influido a lo largo del desarrollo por factores tanto hereditarios como ambientales. Lahey (2004) añade que el temperamento puede ser visto como la forma

más simple y temprana de comportamiento socioemocional, y donde se asentarán las formas más complejas de comportamiento.

Entre los muchos rasgos que constituyen el temperamento están aquellos caracterizados por un afecto negativo, como ira/frustración, malestar, dificultad para auto-regularse y miedo (Rothbart, Ahadi, & Hershey, 1994). La semejanza entre estos rasgos y los síntomas de los trastornos de ansiedad y la depresión, ha causado que el estudio de la asociación entre temperamento y psicopatología infantil esté en plena actualidad (Anthony, Lonigan, Hooe & Philips, 2002; Rettew, Copeland, Stanger

\*Dirigir la correspondencia a:

María Luisa Arratibel Siles  
Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.  
Vila Universitaria H104  
08193, Bellaterra (Barcelona)  
ps.mlas@gmail.com

© Copyright 2010: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

& Hudziak, 2004; Rettew, Doyle, Kwan, Stanger & Hudziak, 2006). La literatura recoge de manera persistente la relación entre el temperamento basado en el afecto negativo en la infancia temprana y el surgimiento de altos niveles de ansiedad y depresión en niños/as en edad escolar (Axelson & Birmaher, 2001; Masi et al., 2003; Rapee & Szollos 2002; Watson, 2005).

Así, un rasgo de ira/frustración excesivamente acentuado se considera característico en aquellos niños/as que se enfadan fácilmente cuando no obtienen lo que quieren (Rothbart, Ahadi & Hershey, 1994). Además, un temperamento difícil puede entorpecer la interacción del niño/a con su entorno, causar un nivel de tensión y preocupación importante, y relacionarse con la aparición de trastornos interiorizantes. En la misma línea, Masi et al. (2003) indicaron que la reactividad negativa está más presente entre sujetos con sintomatología ansiosa -o ansiosa-depresiva- que entre aquellos con problemas de aprendizaje o en una muestra no clínica.

El modelo propuesto por Clark, Watson, y Mineka (1994) considera el afecto negativo como factor general de la ansiedad y la depresión, contribuyendo así a explicar tanto la comorbilidad entre trastornos como entre sintomatologías –por ejemplo, tristeza, llanto, poca agitación e irritabilidad (Agudelo, Buéla-Casal & Spielberger, 2007). En esta línea, se ha postulado que una diferencia entre ambas sintomatologías podría radicar en que los niños ansiosos y depresivos pueden presentar altos niveles de afecto negativo, pero sólo éstos últimos muestran niveles bajos de afecto positivo (Lonigan, Carey & Finch, 1994). Otros investigadores defienden que la comorbilidad entre depresión, ansiedad generalizada y pánico se explica más por una coincidencia de sus síntomas que por una concurrencia entre trastornos distintos (Beuke, Fischer & McDowall, 2003; McWilliams, Cox & Enns, 2001).

Según Goldman y Hagga (1995), las personas deprimidas inhiben la expresión de la ira por el temor a sus consecuencias. Fava, Anderson y Rosenbaum (1990) detallan una serie de casos de episodios súbitos de ira; algunos de ellos presentaron trastornos de pánico que derivaron posteriormente a depresiones, mientras que otros manifestaron depresiones que derivaron en ansiedad secundaria. Para Saarni (1999), tanto la inhibición de la ira, como su expresión poco regulada o un afrontamiento mal adaptativo de ésta, así como la tristeza mal regulada son predictores significativos de síntomas interiorizados.

En edad escolar, la prevalencia de patologías interiorizadas en población clínica infantil varía entre un 20% y 30%. Centrándonos en la ansiedad, se considera que actúa como un sistema de protección que nos ayuda a reaccionar ante estímulos de peligro, pero si ésta es excesiva, resta capacidad de reacción y puede llegar a convertirse en un trastorno importante (Mínguez & Becoña, 2007). La edad media de inicio de los trastornos de ansiedad se sitúa entre los 10 y 12 años de edad (Rutter, 1989), siendo los más comunes entre los 7 y 9 años el de ansiedad por separación y las fobias específicas, mientras que entre los 10 y 13 años lo es la ansiedad excesiva (Costello & Angold, 1995). De acuerdo con Compton, Nelson y March (2000), Pine, Cohen, Gurley, Brooke y Ma (1998) y Pollock et al. (2002), las niñas tienden a presentar más subtipos de ansiedad a lo largo de las etapas del desarrollo.

Para la depresión y la distimia infantil, se describen prevalencias de entre un 2% 4% y un 6% 8%, respectivamente, en países del primer mundo. En España, un estudio realizado por Doménech y Polaino (1990) en niños de 8 a 11 años encontró que el 1.8% presentaba depresión y el 6,4% distimia. En cuanto al sexo, las niñas presentan más sintomatología a partir de los 12 años (del Barrio, 1997). Cabe remarcar

que los índices de ansiedad y depresión, en general, son mayores entre personas con bajo nivel socioeconómico y sociocultural (Amone-P'Olak et al., 2009; Ayer & Hudziak, 2009; Lemos, 2003; Pine et al., 1998).

Por todo ello, el objetivo principal de este estudio es evaluar, en niños clínicos en edad escolar, la relación que se da entre el temperamento ira/frustración y la sintomatología ansiosa y depresiva. Se plantearon pues tres objetivos específicos: 1) describir las prevalencias de la sintomatología ansiosa y depresiva en función de sexo, edad y nivel socioeconómico, 2) analizar la relación entre la ansiedad y la depresión y, 3) evaluar si el tipo de temperamento ira/frustración explica parte de la sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Apoyados por la literatura revisada, se hipotetiza una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en niñas, en participantes de nivel socio-económico bajo y en aquellos de mayor edad (10 años). Dada la alta comorbilidad entre la ansiedad y la depresión, se espera encontrar una alta relación entre ambas. Finalmente, se espera que el temperamento de ira/frustración presente un efecto estadísticamente significativo para ambas sintomatologías.

## Método

### Participantes

Fueron reclutados 80 niños/as, de entre 8 y 10 años de edad, asistentes a los Centros de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ) de Mútua de Terrasa y de Mútua de Girona. El criterio de inclusión fue el ser clasificado como positivo en ansiedad, bien por sus respuestas a la entrevista HoNOSCA o al SCARED. El criterio de exclusión fue la presencia de retraso mental o de algún trastorno generalizado del desarrollo. En la Tabla 1 se muestra una descripción sucinta de los aspectos sociodemográficos, familiares y de salud de los participantes.

### Instrumentos

*Cuestionario de datos sociodemográficos para padres* (Domènech-Llaberia, Canals, Viñas & Jané, 1998; Laredo et al., 2007). Contestado por los padres, recoge datos sociodemográficos, familiares y de salud de los niños y de su familia. Incluye el *Four Factor Index of Social Status* (Hollingshead, 1975), que valora el nivel socioeconómico de los padres.

*Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents* (HoNOSCA; Gowers et al., 1999). Cumplimentada por el profesional clínico, se trata de una entrevista clínica que criba trece áreas de la psicopatología infantil, siendo de relevancia para el estudio el área 9, que recoge síntomas emocionales y relacionados. La escala de respuesta va desde 0 no presenta el problema hasta 4 problema severo o muy severo. En muestras clínicas infantojuveniles ha demostrado una fiabilidad entre observadores entre buena, con correlaciones intraclase (CCI) de .82 para síntomas psiquiátricos, y moderada, con CCI de .42 .61 para dificultades físicas y sociales (Garralda, Yates & Higginson, 2000; Gowers et al., 1999). En el presente estudio y de acuerdo con Gowers et al. (1999) se consideran clínicamente significativas en sintomatología ansiosa/depresiva las puntuaciones iguales o superiores a 2 en el área 9.

*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1997; Adaptación española, Domènech-Llaberia & Martínez, 2003). Escala dimensional contestada por el niño, ayuda a la detección precoz de trastornos de ansiedad. Está formada por cinco dimensiones que corresponden a los trastornos de ansiedad del DSM-IV, es decir, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastornos de ansiedad por separación (TAS), fobia social, fobia escolar, y crisis de pánico. Además, proporciona una puntuación total de ansiedad que propone el autor si sobrepasa el

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas, familiares y de salud de los participantes.

Muestra clínica	(n =80)	
	N	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	31	38.8
Masculino	49	61.2
<i>Edad</i>		
10 años	32	40
9 años	28	35
8 años	20	25
<i>Nivel socio-económico</i>		
Bajo	23	33.3
Medio-bajo	24	34.8
Medio	16	23.2
Medio-alto	6	8.7
<i>Tipo de familia</i>		
Uniparental	6	8
Separados sin pareja	6	8
Separados con pareja	11	14.7
Nuclear	52	69.3
<i>Hijos únicos</i>	15	20
<i>Familiar c/ tr. mental</i>		
Ninguno	39	51.3
Madre	13	17.1
Hermanos	8	10.5
Abuelos	6	7.9
Otros	10	13.2
<i>Tr. mental del familiar</i>		
Ninguno	39	62.9
Depresión	8	12.9
Otros	15	24.2

valor 25 puede considerarse positivo en ansiedad general.

En el primer estudio tras su adaptación, Domènech-Llaberia y Martínez (2003) mostraron cómo su validez convergente, la de constructo y la discriminante son altas. La fiabilidad test retest de la puntuación total obtiene un alpha de Cronbach de .83, mientras que los valores de las subescalas son más moderados (.44 a .68). Sin embargo, y en un estudio más reciente llevado a cabo con una muestra más amplia (Vigil-Colet et al., 2009) se hallan valores de fiabilidad más altos (.69 y .78).

*Child Symptom Inventory 4 versión para padres* (CSI-4, Gadow & Sprafkin, 1994, 2002; Adaptación española, Canals, 2003). A partir de un sistema criterial basado en el DSM-IV (APA, 1994), permite identificar la presencia de psicopatología en niños de 5 a 12 años de edad. La versión aplicada posee 97 ítems que evalúan 15 trastornos emocionales y conductuales. Tiene una validez discriminante y una consistencia interna muy satisfactorias en todos los factores que componen el instrumento, con alphas de Cronbach de .79 a .98 para las categorías diagnósticas de ansiedad

y de depresión (Canals, 2003). Puede corregirse de forma criterial o dimensional.

*The Temperament in Middle Childhood Questionnaire* (TMCQ versión 3.0; Simonds & Rothbart, 2004). Contestado por los padres, está diseñado para medir el temperamento en niños de 7 a 10 años de edad. El instrumento original contiene 17 dimensiones que se agrupan en 4 factores. En este estudio se utiliza la versión experimental de 54 ítems, que forman 6 dimensiones, una de las cuales es la Ira/Frustración (alpha de .83; Simonds & Rothbart, 2004).

#### *Procedimiento*

El reclutamiento transcurrió entre marzo del 2006 y diciembre del 2007 entre aquellos niños de edades comprendidas entre 8 y 10 años que realizaban su primera visita a los CSMIJ de Mútua de Terrasa o de Mútua de Girona. Tras firmar los padres el consentimiento informado de su participación, los clínicos implicados en la investigación, que habían recibido entrenamiento para ello, cumplimentaban la HoNOS-CA. Después, los clínicos entregaban a los padres el dossier con las escalas que debían contestar, bien en ese momento o en casa. Los miembros del equipo de investigación resolvieron las dudas de los padres sobre cualquier aspecto de la investigación o de los instrumentos. Cabe decir que aceptaron participar todos los padres a los que se les ofertó.

Puesto que se trata de una muestra obtenida de forma incidental, el diseño se puede clasificar como no experimental transversal analítico.

#### *Análisis estadísticos*

Utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0 se analizaron los datos de acuerdo con los objetivos e hipótesis de la investigación. Por un lado, decir que las prevalencias han sido calculadas respecto a los totales de valores válidos de las variables implicadas en cada caso. Además, se

han realizado correlaciones de Pearson para estudiar la relación entre la sintomatología ansiosa –medida mediante el SCARED- y la sintomatología depresiva, medida mediante el CSI 4; para ello se ha utilizado la corrección dimensional de las pruebas. Para la valoración de la fiabilidad de la escala de ira/frustración del TMCQ se utilizó el procedimiento RELIABILITY de SPSS.

Finalmente, se calculan análisis de regresión múltiples, lineal y logística, utilizando como variable predictora el temperamento de ira/frustración y, como variables criterio la sintomatología ansiosa medida mediante la corrección dimensional del SCARED- y la depresiva medida mediante la corrección criterial del CSI 4, respectivamente. Estos análisis se realizaron incluyendo como variables de confusión o de ajuste– aquellas así reconocidas por la literatura, esto es el sexo, la edad, el nivel socioeconómico (SES), la presencia de acontecimientos vitales estresantes (AVES) y ser hijo único. Siguiendo las directrices de múltiples autores (Doménech & Navarro, 2008; Kleinbaum, Kupper, & Morgenstern, 1982; Rothman, 1987) y puesto que se utiliza la regresión como medio para medir un efecto y no con objeto predictivo, se muestran sólo los coeficientes b de interés, y sus respectivas Odds Ratio (OR) en el caso de las regresiones logísticas.

## **Resultados**

### *Consistencia interna del factor ira/frustración en el TMCQ*

Dado que el TMCQ se encuentra en versión experimental en este estudio se realizó una prueba de consistencia interna –es decir, fiabilidad del factor ira/frustración. El alpha de Cronbach es moderadamente alto (.733), especialmente teniendo en cuenta que la dimensión consta de sólo 7 ítems.

Tabla 2. Frecuencias y prevalencias de sintomatología ansiosa y depresiva por sexo, edad y nivel socioeconómico.

Entidades Nosológicas	Total			Femenino						Masculino						SES								
				8			9			10			Total			Bajo			Medio			Alto		
	N	(%)	N	N=6	N=13	N=12	Total	N=14	N=15	N=19	N=23	N=24	N=48	N=23	N=24	N=16	N=5							
Ansiedad	N	36	2	4	6	12	7	6	11	9	13	24	9	8	2									
Total	(%)	(45.6)	(33.3)	(30.8)	(50)	(38.7)	(50)	(40)	(57.9)	(39.1)	(54.2)	(50)	(39.1)	(50)	(40)									
Pánico/	N	26	3	3	4	10	5	3	8	6	10	16	6	5	2									
S. Soma	(%)	(32.9)	(50)	(23.1)	(33.3)	(32.3)	(35.7)	(20)	(42.1)	(26.1)	(41.7)	(33.3)	(26.1)	(31.3)	(40)									
TAG	N	22	1	2	5	8	3	3	8	4	10	14	4	3	2									
	(%)	(27.8)	(16.7)	(15.4)	(41.7)	(25.8)	(21.4)	(20)	(42.1)	(17.4)	(41.7)	(29.2)	(17.4)	(18.8)	(40)									
TAS	N	56	4	10	9	23	10	11	12	12	20	33	12	12	3									
	(%)	(70.9)	(66.7)	(76.9)	(75)	(74.2)	(71.4)	(73.3)	(63.2)	(52.2)	(83.3)	(68.8)	(52.2)	(75)	(60)									
Fobia	N	14	0	2	4	6	2	2	4	3	7	8	3	3	0									
Social	(%)	(17.7)	(0)	(15.4)	(33.3)	(19.4)	(14.3)	(13.3)	(21.1)	(13)	(29.2)	(16.7)	(13)	(18.8)	(0)									
Fobia	N	24	1	4	3	8	3	3	10	12	3	16	12	5	1									
Escolar	(%)	(30.4)	(16.7)	(30.8)	(25)	(25.8)	(21.4)	(20)	(52.6)	(52.2)	(12.5)	(33.3)	(52.2)	(31.3)	(20)									
Depresión	N	14	1	2	4	7	2	2	3	4	3	7	4	5	0									
	(%)	(17.7)	(16.7)	(15.4)	(33.3)	(22.6)	(14.3)	(13.3)	(15.8)	(17.4)	(12.5)	(14.6)	(17.4)	(31.3)	(0)									
Distimia	N	23	1	3	4	8	6	2	7	7	7	15	7	6	0									
	(%)	(29.1)	(16.7)	(23.1)	(33.3)	(25.8)	(42.9)	(13.3)	(36.8)	(30.4)	(29.2)	(31.3)	(30.4)	(37.5)	(0)									

TAG: Trastorno Ansiedad generalizada; TAS: Trastorno Ansiedad por separación; Pánico/ S. Soma: Pánico/ Síntoma somático; SES: Socio-economic Status

Tabla 3. Correlaciones entre sintomatología ansiosa y depresiva en niños

	Pánico/ Síntomas somáticos	Ansiedad generalizada	Ansiedad separación	Fobia Social	Fobia Escolar	Depresión	Distimia
Ansiedad Total	.76**	.81**	.79**	.75**	.38**	.18	.28*
Pánico/ S.somáticos		.54**	.46**	.35**	.14	.28*	.43**
TAG			.53**	.48**	.12	.19	.25*
TAS				.55**	.29*	.11	.11
Fobia Social					.32**	.06	.11
Fobia Escolar						-.17	-.12
Depresión							.65**

TAG: Trastorno Ansiedad generalizada; TAS: Trastorno Ansiedad por separación. \*\*:  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

#### Prevalencia de ansiedad y depresión por sexo, edad y SES

Los datos de prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva respecto a las variables sexo, edad y nivel socio-económico se muestran en la Tabla 2. Cabe mencionar que ninguna de las pruebas de Chi cuadrado realizadas resultó estadísticamente significativa, probablemente por el tamaño de la muestra. No obstante, y siempre a nivel descriptivo, y observando las prevalencias totales, vemos cómo la más frecuente es, con mucha diferencia, la ansiedad por separación y cómo la más minoritaria es la fobia social. Si observamos las diferencias por sexo, sí se observa una mayor proporción de ansiedad -medida mediante la puntuación total- en niños que en niñas, independientemente de la edad. También es ligeramente superior en varones la proporción de todos los subtipos de ansiedad, a excepción de la sintomatología de ansiedad por separación. Si nos centramos en la edad, no parece observarse ningún tipo de relación lineal entre ésta y la sintomatología ansiosa. En cuanto a la sintomatología depresiva, se observa la mayor prevalencia en niñas de 10 años, mientras que en la distimia se da en niños y a los 8 y 10 años de

edad.

En cuanto al análisis del nivel socio-económico, el mayor riesgo de sintomatología ansiosa se da en el nivel medio-bajo, con la única excepción de la fobia escolar. En cuanto a la depresión y a la distimia, las mayores prevalencias se observan en el nivel medio.

#### Relación entre los valores de sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva

Más allá de las relaciones obvias entre subtipos de ansiedad y entre depresión y distimia, las asociaciones que se encuentran significativas entre ambas sintomatologías pero de magnitud moderada- son entre pánico/somatización y depresión, mientras que con la sintomatología distímica lo son los valores sintomatológicos de ansiedad total, pánico/somatización y TAG (Tabla 3).

#### Relación entre el temperamento ira/frustración y la sintomatología ansiosa

Con la finalidad de evaluar si el factor de temperamento ira/frustración explica parte de la sintomatología ansiosa se realizaron análisis de regresión lineal (Tabla 4), incluyendo las variables de ajuste antes mencionadas. Es importante comentar que

Tabla 4. Efecto del temperamento de ira en la sintomatología ansiosa en niños

Entidades Nosológicas	B	Error Estándar	Significación	Intervalo Confianza 95%	
Ansiedad Total	.24	.24	.31	-.23	.71
Pánico/ S.soma	.07	.08	.41	-.10	.23
TAG	.06	.07	.38	-.08	.21
TAS	.08	.07	.25	-.06	.21
Fobia social	.06	.07	.42	-.08	.20
Fobia Escolar	.02	.03	.46	-.09	.04

TAG: Trastorno Ansiedad generalizada; TAS: Trastorno Ansiedad por separación; Pánico/ S. Soma: Pánico/ Síntoma somático. Ajustadas por edad, sexo, SES y AVE.

Tabla 5. Efecto del temperamento de ira en el riesgo de depresión en niños

Entidades Nosológicas	Odds Ratio	B	Error Estándar	Significación	Intervalo Confianza 95%	
Depresión	1.19	.17	.09	.04	1.00	1.40
Distimia	1.05	.05	.06	.40	.94	1.18

Ajustadas por edad, sexo, SES y AVE.

la variable de temperamento de ira en ninguno de los casos es estadísticamente significativa.

#### *Relación entre el temperamento ira/frustración y el riesgo de sintomatología depresiva y distímica*

Asimismo, se calcularon regresiones logísticas para modelar la presencia de sintomatología depresiva a partir del temperamento de ira. En la Tabla 5 se puede observar que el temperamento de ira únicamente muestra un valor significativo respecto a la depresión: cada punto en éste multiplica por 1.187 el riesgo de sintomatología depresiva, es decir, que ésta aumenta un 19%.

## Discusión

La presente investigación perseguía diversos objetivos. El primero de ellos era conocer la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva por sexo, edad y nivel socioeconómico en una muestra clínica. Considerando los resultados, existen datos

importantes a observar en relación a los diferentes valores sintomatológicos.

En este estudio se confirma lo que investigadores como Compton et al. (2000), y Pollock et al. (2002) hallan, que la ansiedad por separación es uno de los trastornos más comunes con alta prevalencia en ambos sexos, siendo mayor en niñas. De hecho, el ser niña se considera un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas interiorizados (Pine et al., 1998; Pollock et al., 2002), y así se observa en la sintomatología de TAS. Este hallazgo se ha justificado en que las primeras separaciones del vínculo familiar son más intensas para las niñas que para los niños (Vasta, Haith & Miller, 1996) ya que además de mantener una buena relación madre/padre-hija ahora también deben aprender y adaptarse a un nuevo medio social escolar, donde buscará cumplir con nuevas normas y mantener relaciones satisfactorias con sus pares. Además, el acceso a un nuevo medio social y la expresión de sentimientos se manifiestan de manera distinta en niños que en niñas: las ni-



ñas más “emocionales”, los niños más “comportamentales”. No obstante, los síntomas de TAS pueden manifestarse igual en ambos sexos.

En relación a los diferentes grupos de edad que se analizaron, se corrobora que la edad de inicio habitual de sintomatología ansiosa es a los diez años, como ya lo han afirmado Compton et al. (2000) y Pine et al. (1998). En el caso de la sintomatología de TAS, el mayor porcentaje se da a la edad de los nueve años. Esto nos lleva a considerar la importancia de las nuevas responsabilidades exigidas en el ciclo medio de la educación primaria, que comportan una mayor demanda de habilidades sociales y académicas, lo que a su vez puede generar altos niveles de estrés y traducirse en una mayor sensibilidad emocional. Por su parte, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva en niñas de 10 años de edad y la mayor distimia en niños de 8 y 10 años contrastan con lo hallado por del Barrio (1997) que no encontró diferencias entre sexos hasta entrada la pubertad. El nivel socioeconómico bajo incide en el desarrollo de la ansiedad (Horwath & Weissman, 1995; Pine et al., 1998). En los resultados de nuestro estudio ha sido así para la fobia escolar y la distimia, pero la clase socioeconómica media-baja y media son las más afectadas por los subtipos de ansiedad y la depresión, respectivamente.

En referencia al segundo objetivo, se buscaba estudiar la relación entre la sintomatología ansiosa y la depresiva. En nuestro estudio se confirma parcialmente lo hallado por Beuke et al. (2003) y McWilliams et al. (2001), ya que ellos también encuentran relación entre depresión y pánico/síntomas somáticos, pero no entre éstos últimos y distimia y/o TAG, como hemos encontrado en esta muestra.

En relación al tercer objetivo -evaluar si el factor de temperamento ira/frustración explica parte de la sintomatología ansiosa y

depresiva hemos encontrado que el factor temperamental de ira no se relaciona con la sintomatología ansiosa, pero sí con la depresiva. Otros autores hallan relación de ira/frustración tanto para la ansiedad como para la depresión (Axelson & Birmaher, 2001; Lonigan et al., 1994; Masi et al., 2003). Una explicación a nuestros hallazgos es que el temperamento de ira en la ansiedad suele ser un mecanismo de defensa mientras que en la depresión se presenta como un síntoma. Goldman y Hagga (1995) ya manifestaron la posibilidad de evitar la manifestación de ira por el temor a las consecuencias a esa expresión. A lo largo del ciclo escolar, los niños adquieren habilidades para reprimir el afecto negativo, siendo las presiones sociales las responsables de estas tendencias. Muchas culturas estimulan a los niños a comunicar sentimientos positivos y a inhibir manifestaciones emocionales desagradables, mientras que el enseñarles a expresar adecuadamente emociones negativas sería la mejor opción. Sin embargo, más allá del temperamento, la relación entre ira, depresión y ansiedad es explicada por las tesis de Fava, Anderson, y Rosenbaum (1990), que afirman que los ataques de ira se manifiestan en la depresión y al no ser tratados podrían conducir a una ansiedad secundaria.

En este estudio existen algunas limitaciones. Además de ser conveniente replicar el estudio en una muestra más amplia, el instrumento de medición de temperamento está en fase experimental, pese a que el alpha de Cronbach (.73) del factor ira habla bien de su fiabilidad. Respecto a directrices futuras, sería conveniente estudiar cómo la psicopatología parental (Ginsburg, Grover & Ialongo, 2004; Masi et al., 2003; Palafox et al., 2008) y los estilos educativos interactúan con la base temperamental. Finalmente, se propone evaluar el temperamento de manera dimensional.

La aportación de esta investigación está en ser una de las primeras que estudia el efecto del factor temperamental de ira sobre sintomatología interiorizada en población clínica infantil española. Esta investigación puede ser un primer paso para establecer parámetros de evaluación y seguimiento de este tipo de sintomatología y ayudar al mejor diagnóstico y tratamiento de estos niños. La detección de rasgos de temperamento, factores medioambientales, sociales, familiares e individuales relacionados con sintomatología psicopatológica podría ayudar a crear programas de prevención y de intervención para evitar el desarrollo de futuros problemas afectivo-emocionales y conductuales que suelen

afectar a áreas importantes del crecimiento en los niños.

#### Agradecimientos

Se agradece a los Centros de Salud Mental Infantojuvenil de Mútua de Terrasa y Mútua de Girona por su cooperación y ayuda para el desarrollo de este estudio. Este trabajo ha sido realizado con la ayuda del FONDO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA F.I.S. (Núm. 040978).

Artículo recibido: 22-07-2009  
aceptado: 03-02-2010

#### Referencias

- Agudelo, D., Buéla-Casal, G & Spielberger, C.D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30, 33-41.
- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Amone-P'Olak, K., Ormel, J., Huisman, M., Verhulst, F., Oldehinkel, A. & Burger, H. (2009). Life stressors as mediators of the relation between socioeconomic position and mental health problems in early adolescence. The TRAILS study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1031-1038.
- Ayer, L. & Hudziak, J. (2009). Socioeconomic risk for psychopathology: The search for causal mechanisms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 982-983.
- Anthony, J.L., Lonigan, C.J., Hooe, E.S. & Philips, B.M. (2002). An affect-based, hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 480-490.
- Axelson, D. & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67-78.
- Beuke, C., Fischer, R. & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23, 831-848.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Canals, J. (2003). *Adaptación española del Child Symptom Inventory-4*. Manuscrito no publicado. Universitat Rovira I Virgili.
- Clark L.A., Watson, D. & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-115.
- Compton, S.N., Nelson, A.H. & March, J.S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- Costello, E.J. & Angold, A. (1995). Epidemiology. In J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109-124). New York: Guilford Press.
- Del Barrio, V. (1997). *La depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.

- Domènech-Llaberia, E., Canals, J., Viñas, F., & Jané, M.C. (1998). *Cuestionario de datos sociodemográficos para padres*. Manuscritos no publicado, UAB.
- Domènech-Llaberia, E. & Martínez, M. (2003). Versión española del "Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder" y primeros resultados de validación. Actas 43 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente. *Revista de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, p.13.
- Domenèch, E. & Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- Fava, M., Anderson, K. & Rosenbaum, J.F. (1990). Anger attacks: possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 867-870.
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (2002). *Child symptom inventory4: Screening and norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gándara, V.B. (2005). Temperamento. In L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp.113-145). Barcelona: Masson.
- Garralda, M.E., Yates, P. & Higginson, I., (2000). Child and adolescent mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.
- Ginsburg, G.S., Grover, R.L. & Ialongo, N. (2004). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: relation with current and long-term child outcomes. *Child and Family Behavior Therapy*, 26, 23-41.
- Goldman, L. & Hagga, D.A.F. (1995). Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 183, 505-509.
- Gowers, S.G., Harrington, R.C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. et al. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioral disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416.
- Hollingshead, A. (1975). *Four-factor index of social status*. Manuscrito no publicado, Yale University, Department of Sociology, EEUU.
- Lahey, B.B. (2004). Role of temperament in developmental models of psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 88-93.
- Laredo, A., Jané, M.C., Viñas, F., Mitjavila, M., Pla, E., Pi, M., et al. (2007). Temperamental dimension and anxiety problems in a clinical sample of three-to-six year old children: A study of variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 399-407.
- Lemos, S. (2003). La Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24, 19-28.
- Lonigan, C.J., Carey, M.P. & Finch Jr., A.J. (1994). Anxiety and depression in children and adolescents: negative affectivity and the utility of self-reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1000-1008.
- Masi, G., Mucci, L., Favilla, L., Brovedani, P., Millepiedi, S. & Perugi, G. (2003). Temperament in adolescents with anxiety and depressive disorders and in their families. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 245-251.
- McWilliams, L., Cox, B. & Enns, M. (2001). Self-report differentiation of anxiety and depression in a mood disorders sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 125-131.
- Mínguez, M.C. & Becoña, E. (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13, 41-50.
- Palafox-Luévano, I. N., Jané-Ballabriga, M. C., Viñas, F., Pla, E., Pi, M., Ruiz, G., et al. (2008). Sintomatología ansiosa y estilos de crianza en una muestra clínica de preescolares. *Ansiedad y Estrés*, 14, 71-80.
- Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Pollock, R.A., Carter, A.S., Avenevoli, S., Dierker, L., Chazan-Cohen, R. & Merikangas, K. (2002). Anxiety sensitivity in adolescents at risk for psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 343-353.
- Rapee R.M. & Szollos A.A. (2002). Developmental antecedents of anxiety in childhood. *Behavior Change*, 19, 146-157.
- Rettew, D.C., Copeland, W., Stanger, C. & Hudziak, J.J. (2004). Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 383-391.
- Rettew, D.C., Doyle, A.C., Kwan, M., Stanger, C. & Hudziak, J.J. (2006). Exploring the boundary between temperament and generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 931-945.
- Rettew, D.C. & McKee, L. (2005). Temperament and its role in developmental Psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 14-27.

- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A. & Hershey, K.L. (1994). Temperament and social behavior in childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 21-39.
- Rothbart, M.K. & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M.E. Lamb & A.L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1., pp. 37-86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.
- Simonds, J. & Rothbart, M. K. (2004, October). *The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ): A computerized self-report measure of temperament for ages 7-10*. Poster session presented at the Occasional Temperament Conference, Athens, GA.
- Strauss, C.C., Last, C.G. & Hersen, M. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 57-68.
- Vasta, R., Haith, M.M. & Miller, S. (1996). *Psicología infantil*. Barcelona: Ariel.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosí, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J., Hernández-Martínez, C., et al. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 313-327.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.