



**Universidad Miguel Hernández de Elche**  
Departamento de Psicología de la Salud

# **Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares**

Tesis Doctoral presentada por:  
**PATRICIA PENOSA GÓMEZ**

Dirigida por:  
**Dra. MIREIA ORGILÉS AMORÓS**

Elche, Julio 2017





D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

INFORMA

Que da su conformidad a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral presentada por Dña. PATRICIA PENOSA GÓMEZ, titulada “Ansiedad en preescolares: evaluación y factores familiares”.

Y para que conste a los efectos oportunos, emite el siguiente informe en Elche, a tres de Julio de dos mil diecisiete.





Dña. MIREIA ORGILÉS AMORÓS, Profesora Titular de Universidad en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

CERTIFICA

Que la presente Tesis Doctoral, titulada “Ansiedad en preescolares: evaluación y factores familiares” ha sido realizada por Dña. PATRICIA PENOSA GÓMEZ bajo mi dirección, y a mi juicio reúne las condiciones para ser defendida ante el Tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Elche, 3 de Julio de 2017

Fdo. Dra. Mireia Orgilés Amorós



## Agradecimientos

A mi directora de tesis, la Dra. Mireia Orgilés, por haberme dado la oportunidad de llevar a cabo esta experiencia, haber confiado en mí desde la distancia y haberme animado a alcanzar este objetivo académico. Ha sido un ejemplo de esfuerzo. Gracias al Grupo de Investigación AITANA, que aunque Mireia ha sido la “cara visible” para mí, sois muchos los que estáis detrás.

Gracias a mis compañeras del Centro de Programas de Aldeas Infantiles SOS de Madrid, por el ánimo, la confianza y esos momentos distendidos, después de fines de semana de encierro trabajando.

Gracias a los niños, por devolverme tanto cariño y dejarme entrar en vuestras vidas, hacéis que todo esto tenga sentido y me enseñáis mucho cada día, tanto en el ámbito profesional como personal.

Gracias a mis amigas, que habéis entendido que faltara a muchos momentos importantes. Habéis sido un gran apoyo moral.

Gracias a mi familia por no dudar nunca de mis capacidades y estar orgullosos de mí. Gracias a mi padre por haberme regalado su persistencia y a mi madre por haberme regalado, en lo personal, su sensibilidad y sus palabras de aliento en los momentos complicados, comprensión y motivación, y en lo profesional por haberme iniciado en esto de la Psicología ya desde el instituto.

Gracias por supuesto a Álex, porque nos encontramos en el primer año de universidad y ha sido hasta el último, mi apoyo incondicional. Por tus ánimos y eternas conversaciones en bucle las tardes de domingo día antes de ir a trabajar y después de trabajar el fin de semana, por tu confianza en mí, por estar para todo en cualquier momento, por entenderme siempre (o intentarlo) y sentirte orgulloso.





# INDICE

---

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>Introducción General</b> ..... | <b>11</b> |
|-----------------------------------|-----------|

## PRIMERA PARTE

### Marco teórico

#### Capítulo 1

#### **ANSIEDAD EN PREESCOLARES: CARACTERÍSTICAS, PREVALENCIA, REPERCUSIÓN Y COMORBILIDAD** .....

**17**

|  |    |
|--|----|
| 1.1 Características de la etapa preescolar .....                             | 17 |
| 1.2 Diferencias entre miedos evolutivos y miedos patológicos .....           | 19 |
| 1.3 Evidencia empírica para los trastornos de ansiedad en preescolares ..... | 28 |
| 1.4 Prevalencia de los trastornos de ansiedad en preescolares .....          | 30 |
| 1.5 Comorbilidad de los trastornos de ansiedad en preescolares .....         | 32 |
| 1.6 Repercusiones de los trastornos de ansiedad en preescolares .....        | 33 |

#### Capítulo 2

#### **FACTORES DE RIESGO PARA LA ANSIEDAD PREESCOLAR** .....

**35**

|   |    |
|---|----|
| 2.1 El temperamento .....                                   | 36 |
| 2.2 El género .....   | 37 |
| 2.3 Edad .....  | 38 |
| 2.4 Estructura y dinámica familiar .....                    | 40 |
| 2.5 Tipo de apego .....                                     | 46 |
| 2.6 Psicopatología materna .....                            | 49 |
| 2.7 Acontecimientos vitales estresantes .....               | 52 |
| 2.8 Aprendizaje .....                                       | 53 |
| 2.9 Estilos educativos .....                                | 55 |
| 2.10 ¿Ansiedad de padres a hijos o de hijos a padres? ..... | 60 |

#### Capítulo 3

#### **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREESCOLAR** .....

**63**

#### Capítulo 4

#### **TRATAMIENTO Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD PREESCOLAR** .....

**75**

## SEGUNDA PARTE

### Estudio empírico

|   |            |
|---|------------|
| <b>Capítulo 5</b>   |            |
| <b>OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>  | <b>81</b>  |
| 5.1 Objetivos   | 81         |
| 5.2 Hipótesis   | 83         |
| <b>Capítulo 6</b>   |            |
| <b>METODOLOGÍA</b>  | <b>85</b>  |
| 6.1 Participantes   | 85         |
| 6.1.1. Submuestra 1   | 92         |
| 6.1.2. Submuestra 2   | 94         |
| 6.2 Instrumentos de Evaluación  | 96         |
| 6.3 Procedimiento y Diseño  | 102        |
| 6.4 Análisis Estadísticos   | 105        |
| <b>Capítulo 7</b>   |            |
| <b>RESULTADOS</b>   | <b>109</b> |
| 7.1. Análisis factorial y propiedades psicométricas de la versión española de la PAS  | 109        |
| 7.1.1 Estructura factorial  | 109        |
| 7.1.2 Fiabilidad y validez convergente  | 113        |
| 7.1.3 Datos descriptivos  | 115        |
| 7.2. Análisis de la relación entre la ansiedad de las madres y la ansiedad de los hijos, con el estilo parental como variable mediadora | 117        |
| 7.2.1. Análisis preliminares y estadísticos descriptivos  | 117        |
| 7.2.2. Mediadores entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación del niño   | 119        |
| <b>CAPÍTULO 8</b>   |            |
| <b>DISCUSIÓN</b>  | <b>123</b> |
| <b>CAPÍTULO 9</b>   |            |
| <b>CONCLUSIONES</b>   | <b>139</b> |
| <b>CAPÍTULO 10</b>  |            |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   | <b>145</b> |
| <b>ANEXOS</b>   | <b>163</b> |

# INTRODUCCIÓN GENERAL

La ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y la adolescencia, con una amplia investigación existente que documenta la presencia de este tipo de trastornos en niños de la etapa escolar y adolescente. Sin embargo, la etapa preescolar era hasta hace poco un periodo desconocido en cuanto a psicopatología se refiere (Dougherty et al., 2013; Kennedy, Rapee y Edwards, 2009; Wang y Zhao, 2015), siendo en los últimos diez años cuando se ha despertado un creciente interés e investigación en este periodo de la vida.

Los hallazgos con los que se cuenta hasta la fecha apuntan a que la presencia de trastornos de ansiedad en la etapa preescolar puede tener repercusiones tanto en el momento presente, como en etapas posteriores del desarrollo y pueden afectar al funcionamiento familiar, social, escolar y personal del niño (Méndez, 2012; Whalen, Sylvester y Luby, 2017), ya que se trata de un periodo en el que se producen muchos cambios en el desarrollo tanto a nivel neurológico como ambiental (Feldman, 2008).

Los estudios existentes confirman un mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad en preescolares en relación a variables intrínsecas como el temperamento inhibido (Beesdo, Knappe y Pine, 2009; Edwards, Rapee y Kennedy, 2010; Hudson y Dodd, 2012), pertenecer al género femenino (Broeren y Muris, 2008; Edwards, Rapee, Kennedy y Spence, 2010b; Franz et al., 2013) o contar con una menor edad (Spence, Rapee, McDonald e Ingram, 2001; Wang y Zhao, 2015). También, se ha relacionado

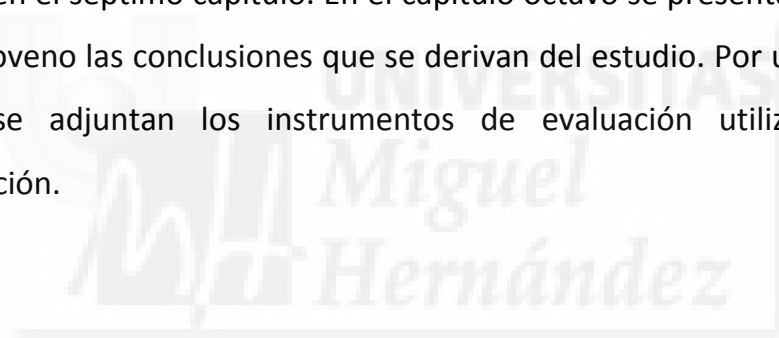
la ansiedad preescolar con variables extrínsecas como la estructura familiar (Drake y Ginsburg, 2012), la presencia de psicopatología paterna (Affrunti y Ginsburg, 2012a; Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook y Parkinson, 2006; Dougherty et al., 2013; Feng, Shaw y Silk, 2008; Fliek, Daemen, Roelofs y Muris, 2015; Francis y Chorpita, 2011; Hudson y Dodd, 2012; Kerns, Siener y Brumariu, 2011; Pahl, Barrett y Gullo, 2012; Schreier, Wittchen, Höfler y Lieb, 2008; Shamir-Essakow, Ungerer y Rapee, 2005), el estilo de crianza empleado por los padres (Dougherty et al., 2013; Hosokawa y Katsura, 2017; Möller, Nikolić, Majdandžić y Bögels, 2016; Van der Sluis, 2016) así como el tipo de apego establecido en los primeros años (Brumariu y Kerns, 2008; Colonesi et al., 2011; Kerns et al., 2011; Shamir-Essakow et al., 2005). Sin embargo, la falta de instrumentos diseñados específicamente para medir los trastornos de ansiedad en preescolares (Luby, 2013; Spence et al., 2001; Towe-Goodman, Franz, Copeland, Angold y Egger, 2014) y más aún en lengua española, dificulta la evaluación e intervención de los profesionales que trabajan con este grupo de edad tanto en investigación como en la práctica clínica.

El objetivo de esta tesis es, en primer lugar, comprobar las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Preescolar de Spence (Preschool Anxiety Scale; PAS, Spence et al., 2001) en su versión en español en una muestra de preescolares españoles; y en segundo lugar, determinar la relación existente entre la ansiedad preescolar y la ansiedad materna mediada por los diferentes estilos de crianza.

El trabajo se estructura en dos partes. En la primera parte se revisan los contenidos de mayor relevancia en relación a los trastornos de ansiedad en preescolares. En el primer capítulo se presentan las características, prevalencia, repercusiones y comorbilidad de los trastornos de ansiedad en la

etapa preescolar. En el segundo capítulo se analizan aquellas variables que aumentan el riesgo de presentar trastornos de ansiedad en preescolares. En el tercer capítulo se revisan los instrumentos que han sido empleados para evaluar los trastornos de ansiedad en preescolares. En el cuarto capítulo se exponen los programas de intervención y prevención que se han llevado a cabo para prevenir la aparición o reducir la repercusión de los trastornos de ansiedad en preescolares.

En la segunda parte, se presenta el desarrollo y resultados del trabajo empírico realizado. Los objetivos e hipótesis se resumen en el capítulo cinco. El sexto capítulo expone el método de la investigación y los resultados se detallan en el séptimo capítulo. En el capítulo octavo se presenta la discusión y en el noveno las conclusiones que se derivan del estudio. Por último, en los anexos se adjuntan los instrumentos de evaluación utilizados en la investigación.





**PRIMERA PARTE**  
**Marco teórico**







# Capítulo 1

## ANSIEDAD EN NIÑOS PREESCOLARES: Características, Prevalencia, Repercusiones y Comorbilidad

### 1.1 Características de la etapa preescolar

---

Es ampliamente conocido y aceptado que las personas presentan ritmos de desarrollo diferentes. Estas diferencias responden a los factores biológicos y ambientales con los que cada individuo cuenta y que determinan la consecución de los hitos del desarrollo en diferentes momentos. Sin embargo, los expertos en la materia han tratado de dividir el desarrollo infantil en etapas diferenciadas según la edad cronológica del niño. De esta manera, el periodo prenatal comprende desde la concepción al nacimiento, la infancia temprana comprende desde el nacimiento a los tres años, el periodo preescolar comprende de los tres a los seis años, la niñez intermedia comprende de los seis a los doce años y la adolescencia comprende de los 12 a los 20 años (Feldman, 2008). Sin embargo, existen manuales con diferentes clasificaciones según la disciplina o los ítems de desarrollo que se estudien. En la Tabla 1 se especifican la clasificación de las etapas del desarrollo y las edades que comprende cada una de ellas según Feldman (2008), una de las más aceptadas en psicología del desarrollo.

Tabla 1. Etapas del desarrollo infantil (Feldman, 2008)

| ETAPA             | EDADES                            |
|-------------------|-----------------------------------|
| Prenatal          | Desde la concepción al nacimiento |
| Infancia temprana | Desde el nacimiento a los 3 años  |
| Preescolar        | Desde los 3 años a los 6 años     |
| Niñez intermedia  | Desde los 6 años a los 12 años    |
| Adolescencia      | Desde los 12 años a los 20 años   |

Por tanto, siguiendo la clasificación propuesta por expertos como Feldman (2008), la etapa preescolar es el periodo de tiempo que comprende desde los 3 a los 6 años. Se trata de una de las etapas más importantes de la vida ya que, entre otras razones, y aunque el cerebro sigue creciendo durante toda la infancia, durante esta etapa su crecimiento es muy rápido. Tanto es así, que mientras que el cerebro del niño de dos años mide y pesa aproximadamente tres cuartas partes del cerebro adulto, a los cinco años el cerebro infantil ya ha alcanzado cerca del 90% del que será su tamaño adulto (Santrock, 2003).

Además, ya desde los dos años, el niño posee la capacidad para hablar sobre las emociones que experimentan, desarrollan la autorregulación emocional y empiezan a emplear estrategias que les permiten enfrentar las emociones negativas.

La etapa preescolar se trata por tanto de un periodo de muchos cambios, en el que los niños pasan de tener como referente a su cuidador principal, a tener que separarse de él, enfrentarse al mundo de los iguales y desarrollar nuevas estrategias que le permitan manejarse en este nuevo espacio de socialización que es la escuela infantil o el centro educativo.

## 1.2 Diferencias entre miedos evolutivos y miedos patológicos

---

El miedo y la ansiedad están presentes durante la infancia, la mayoría de veces como parte del desarrollo normativo de los niños (Fliek et al., 2015; Marakovitz, Wagmiller, Mian, Briggs-Gowan y Carter, 2011; Shamir-Essakow et al., 2005) y forman parte de sus mecanismos filogenéticos de adaptación y supervivencia (Brugué, Sánchez y Sellabona, 2008)

Estos miedos son la respuesta a estímulos determinados según el momento del desarrollo infantil y la mayoría de ellos son transitorios, de poca intensidad y adaptativos (Méndez, 2012; Shamir-Essakow et al., 2005). Tanto es así, que lo esperable es que la mayor parte de los niños aprendan a gestionarlos en un periodo de tiempo limitado sin haber recibido un tratamiento específico (Battaglia et al., 2016; Fliek et al., 2015), gracias a la intervención de los padres o cuidadores y al desarrollo de capacidades afectivas y cognitivas que le permitirán reinterpretar las situaciones angustiosas y regular las sensaciones desagradables, proporcionando al niño control sobre sus miedos (Brugué et al., 2008).

El miedo se hace patente ya desde los primeros meses de vida, cuando el bebé se enfrenta a rostros desconocidos (Méndez, 2012). Sin embargo, el desarrollo cognitivo y emocional que se produce en los primeros años de vida hace que progresivamente se cambie la fuente de los miedos. Durante la etapa preescolar el miedo está relacionado con estímulos imaginarios como la oscuridad, los fantasmas y los monstruos (Marakovitz et al., 2011; Valiente, Sandín y Chorot, 2003), los animales, y el miedo a la separación de los padres (Valiente et al., 2003), este último relacionado con el momento del ciclo vital en el que los niños empiezan la guardería, escuela infantil o centro escolar. A continuación se muestra la Tabla 2 en la que se detallan los miedos normativos según la etapa del desarrollo infantil.

Tabla 2. Miedos normativos según la etapa del desarrollo (tomado de Sandín, 1997)

| ETAPA EVOLUTIVA                             | MIEDOS MÁS COMUNES  |
|---|---|
| PRIMER AÑO<br>(De 0 a 12 meses)             | Pérdida de apoyo<br>Sonidos fuertes<br>Alturas<br>Personas y objetos extraños<br>Separación<br>Objetos que aparecen súbitamente |
| INICIO NIÑEZ<br>(De 1 año a 2 años y medio) | Separación de los padres<br>Extraños<br>Tormentas, mar<br>Pequeños animales<br>Insectos   |
| PREESCOLAR<br>(De 2 años y medio a 6 años)  | Separación de los padres<br>Extraños<br>Tormentas, mar<br>Pequeños animales<br>Insectos   |
| NIÑEZ MEDIA<br>(De 6 años a 11 años)        | Sucesos sobrenaturales<br>Heridas corporales<br>Daño físico<br>Salud y muerte<br>Escolares                                      |
| PREADOLESCENCIA<br>(De 11 años a 13 años)   | Escolares<br>Sociales<br>Económicos<br>Políticos<br>Autoimagen  |
| ADOLESCENCIA<br>(De 13 a 18 años)           | Sexuales<br>Autoidentidad<br>Rendimiento Personal<br>Sociales<br>Académicos<br>Políticos<br>Económicos                          |

Sin embargo, no todas las experiencias de miedo y preocupación son normativas y transitorias (Marakovitz et al., 2011). Aunque, tal y como apunta Méndez (2012), cuando se habla de niños el límite entre miedo y fobia no es tan claro como en el caso de los adultos, es aceptado que se habla de patología en la infancia cuando los miedos no remiten espontáneamente

(la reacción debe persistir al menos durante 6 meses), provocan altos niveles de angustia y afectan al funcionamiento familiar, escolar, social o personal del niño (Méndez, 2012; Whalen et al., 2017).

Como señalan los recientes hallazgos de Whalen et al. (2017), las manifestaciones de la ansiedad en los niños preescolares presentan diferencias en comparación con las de niños en etapas posteriores y adultos. Durante esta etapa, los miedos pueden manifestarse en forma de evitación de situaciones, aferramiento al cuidador, rabietas o enfado.

Lo importante para distinguir el miedo normativo de un trastorno de ansiedad o fobia en niños preescolares es conocer cuándo ha traspasado el umbral clínico del miedo situacional normativo. Mientras que el miedo es una respuesta que permite proteger al individuo ante situaciones peligrosas o amenazantes e incita a que los cuidadores ejerzan comportamientos protectores (Whalen et al., 2017), éste pierde su función y se convierte en fobia cuando es inadecuado (dificulta que el niño lleve un estilo de vida adecuado a su edad, llegando incluso a evitar acudir al centro escolar), y desproporcionado a la amenaza (Méndez, 2012). Por ello, no es extraño que en las entrevistas clínicas a los padres de niños que presentan trastornos de ansiedad, sea fundamental recoger aspectos como si existe una amenaza real que desencadene la respuesta, en qué medida el miedo interfiere en los hábitos del niño y cómo reaccionan los padres ante el miedo del niño (Brugué et al., 2008).

La Tabla 3 señala algunas características que ayudan a discriminar entre el miedo y la ansiedad.

Tabla 3: Diferencias entre miedo y ansiedad (Sandín, 1999).

| DIFERENCIAS ENTRE MIEDO Y ANSIEDAD                          |   |
|---|---|
| MIEDO   | ANSIEDAD  |
| - Focalización específica de la amenaza                     | - Origen incierto de la amenaza                                   |
| - Conexión conocida entre la amenaza y la respuesta (miedo) | - Conexión desconocida entre la amenaza y la respuesta (ansiedad) |
| - Normalmente episódico                                     | - Prolongada  |
| - Tensión circunscrita                                      | - Intranquilidad generalizada                                     |
| - Amenaza identificable                                     | - Puede darse sin objeto  |
| - Provocada por señales de amenaza                          | - De comienzo incierto  |
| - Disminuye al retirarse la amenaza                         | - Persistente   |
| - Área de amenaza circunscrita                              | - Sin límites claros  |
| - Amenaza inminente   | - Amenaza raramente inminente                                     |
| - Calidad de una emergencia                                 | - Vigilancia mantenida  |
| - Sensaciones corporales de emergencia                      | - Sensaciones corporales de vigilancia                            |
| - Motivo de evitación/escape (dirigido a la acción)         | - Estado de activación no dirigido a la acción                    |

La Tabla 4 detalla los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación como uno de los trastornos con mayor presencia entre los preescolares según la American Psychological Association en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5). Entre los criterios se encuentran características relacionadas con aspectos cognitivos como preocupación o pesadillas, conductuales como resistencia a separarse o a estar solos, y físicos, entre otros.

Tabla 4: Criterios diagnósticos según DSM5 para el trastorno de ansiedad por separación

| Trastorno  | Criterios  |
|--|--|
| <p><b>Trastorno de ansiedad por separación (TAS)</b></p> | <p>Presencia de 3 o más de las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.</li> <li>B. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como enfermedad, daño, calamidades o muerte.</li> <li>C. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.</li> <li>D. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.</li> <li>E. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.</li> <li>F. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.</li> <li>G. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.</li> <li>H. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.</li> </ul> |

La Tabla 5, detalla los criterios para el diagnóstico de fobia social que se utilizan para los adultos, con especificaciones para el diagnóstico en niños tanto para las situaciones que desencadenan la fobia como en la manifestación del miedo.

Tabla 5: Criterios diagnósticos según DSM5 para fobia social en adultos y niños

| Trastorno           | Criterios   |
|---------------------|---|
| <b>Fobia social</b> | <p>A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).</p> <p>Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.</p> <p>B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).</p> <p>C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.</p> <p>Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.</p> <p>D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.</p> <p>F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.</p> <p>G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.</p> <p>I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.</p> <p>J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.</p> |



El trastorno obsesivo-compulsivo aparece en un apartado diferenciado del resto de trastornos de ansiedad en el DSM-5. En la Tabla 6, se presentan los criterios diagnósticos detallando las características de las compulsiones y de las obsesiones. Además, tal y como ocurre en los criterios de la fobia social, se incluyen notas específicas para su aplicación en niños.

Tabla 6: Criterios diagnósticos según DSM5 para trastorno obsesivo compulsivo

| Trastorno                                   | Criterios  |
|---|--|
| <p><b>Trastorno obsesivo compulsivo</b></p> | <p>Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:</p> <p>Las obsesiones se definen por (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusas y no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.</li> <li>2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o actos (es decir, realizando una compulsión).</li> </ol> <p>Las compulsiones se definen por (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.</li> <li>2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.</li> </ol> <p>Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.</p> |

En la Tabla 7 se exponen los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM5.

Tabla 7: Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada según el DSM5

| Trastorno  | Criterios  |
|--|--|
| <p><b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b></p> | <p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p style="padding-left: 40px;">Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.</li> <li>2. Fácilmente fatigado.</li> <li>3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</li> <li>4. Irritabilidad.</li> <li>5. Tensión muscular.</li> <li>6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</li> </ol> <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).</p> |

La fobia específica engloba todos aquellos miedos desproporcionados hacia un objeto (animales, sangre, etc.) o situación específica (alturas, el agua, oscuridad) que provocan malestar y/o evitación, lo que afecta a la vida cotidiana del niño. En la Tabla 8, se especifican los criterios diagnósticos del DSM5 para este tipo de trastorno.

Tabla 8: Criterios diagnósticos según DSM5 para la fobia específica

| Trastorno  | Criterios  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Fobia específica</b></p> | <p>A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).</p> <p style="padding-left: 20px;">Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.</p> <p>B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.</p> <p>C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.</p> <p>E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.</p> <p>F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).</p> |

### 1.3 Evidencia empírica para los trastornos de ansiedad en preescolares

Existe una falta de evidencia empírica cuando se habla de trastornos de ansiedad en población preescolar. La mayor parte de los estudios sobre ansiedad infantil cuentan con una muestra diana centrada en niños de edad escolar y adolescente, siendo la etapa preescolar (de 3 a 6 años), el periodo de desarrollo menos conocido y estudiado desde una perspectiva psicopatológica (Dougherty et al., 2013; Kennedy et al., 2009; Wang y Zhao, 2015). Sin embargo, pese a la carencia de estudios, se trata de un periodo dentro del desarrollo evolutivo en el que afloran y se desarrollan muchos de los trastornos mentales que posteriormente, se hallarán en la infancia, adolescencia y edad adulta, por lo que es relevante tener información detallada sobre esa etapa tan importante de la vida.

Esta laguna de conocimiento se debe a varias razones. Una de ellas es precisamente la naturaleza normativa y transitoria de la ansiedad en la infancia, que dificulta la distinción entre cuándo hablar de miedos normales y cuándo de patológicos (Spence et al., 2001).

Además, como se ha señalado anteriormente, la etapa preescolar es un momento del desarrollo en el que se produce una promoción de las capacidades cognitivas en los niños que incluyen un mejor autoconocimiento emocional; sin embargo, su capacidad para verbalizar sus propios estados emocionales relacionados con los síntomas de ansiedad aún es limitada (Whalen et al., 2017), siendo las fuentes de información los padres, cuidadores o maestros de los niños.

Como consecuencia, es en esta etapa en la que los trastornos internalizantes se han quedado atrás en la literatura con respecto a los trastornos externalizantes (Whalen et al., 2017). La falta de información

sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en preescolares (Spence et al., 2001; Towe-Goodman et al., 2014) y la escasez de tratamientos existentes para los trastornos mentales pediátricos (Pine, Helfinstein, Bar-Haim, Nelson y Fox, 2009; Towe-Goodman et al., 2014) implica serias dificultades para los profesionales que trabajan con niños en esta etapa, tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Aun así, y a pesar de que la literatura científica al respecto es escasa, ha sido generalmente aceptado que este sector de la población puede manifestar patrones de comportamiento ajustados a los criterios diagnósticos asociados a los trastornos de ansiedad, como la ansiedad por separación, fobia social o fobias simples, aunque no se dispone de estudios desarrollados con grandes muestras poblacionales que respalden con contundencia dicha afirmación (Spence et al., 2001; Whalen et al., 2017).

Algunos autores afirman que en los últimos años se han logrado avances significativos en relación con la identificación y tratamiento de la ansiedad en niños de edad preescolar (Hudson y Dodd, 2012; Rapee, Schniering y Hudson, 2009; Whalen et al., 2017). Sin embargo, otros autores como Luby (2013) afirman que los estudios disponibles sobre la ansiedad preescolar están limitados por el pequeño tamaño de las muestras. Todo esto ha empezado a evidenciar la necesidad de crear o validar herramientas evaluativas clínicas fiables, siendo en los últimos años cuando se ha producido un mayor impulso en el esfuerzo dedicado a la investigación de la ansiedad en la etapa preescolar.

Aunque la evidencia empírica acerca de las causas y la prevención de los trastornos de ansiedad en preescolares sigue siendo limitada (Rapee et al., 2009), los datos obtenidos hasta la fecha evidencian la necesidad de dedicar apoyo empírico para identificar la etiología, factores de riesgo y de

protección, así como para evaluar la eficacia de programas de intervención y prevención en las primeras etapas de la vida (Beesdo et al., 2009; Buenrostro, Caraveo y Goyenechea, 2014; Edwards et al., 2010b; Ezpeleta, de la Osa y Doménech, 2014; Mian et al., 2011; Pahl et al., 2012) dada la evolución de los mismos durante la etapa preescolar, así como en etapas posteriores del desarrollo.

#### **1.4 Prevalencia de los trastornos de ansiedad en preescolares**

---

La evidencia empírica disponible señala que, dentro de la psicopatología infantil, los trastornos de ansiedad son los trastornos más frecuentes entre niños y adolescentes (Beesdo et al., 2009)

Concretamente, hay autores que señalan que entre el 2.5% y el 5% de los niños y adolescentes cumplen los criterios de algún trastorno de ansiedad en algún momento de su desarrollo, aunque las cifras varían según el método, instrumentos, muestra e informantes empleados (Rapee et al., 2009; Spence et al., 2001).

Las investigaciones de los últimos años indican que los trastornos de ansiedad son también comunes en niños preescolares, con una prevalencia similar a la de niños en edad escolar y una estructura equivalente a la observada en adultos (Dougherty et al., 2013; Egger y Angold, 2006). Se considera que este tipo de trastornos, junto con los problemas de comportamiento, son los más representativos entre preescolares, llegando a alcanzar una prevalencia estimada de entre el 10% y el 20% (Bufferd, Dougherty, Carlson y Klein, 2011; Dougherty et al., 2013; Egger y Angold, 2006; Esparza y Rodríguez, 2009; Franz et al., 2013), pudiendo mantenerse en la infancia media y siendo su presencia limitante en el desarrollo infantil.

Además, numerosos autores apuntan a que ya en edades tempranas se puede distinguir entre subtipos de trastornos de ansiedad (Benga, Tıncaş y Visu-Petra, 2010; Eley et al., 2003; Mian, Godoy, Briggs-Gowan y Carter, 2012; Spence et al., 2001), siendo la fobia específica, la ansiedad por separación, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada los de mayor prevalencia entre preescolares (Almeida y Viana, 2013; APA, 2015; Benga et al., 2010; Bufferd et al., 2011; Spence et al., 2001; Wang y Zhao, 2015; Whalen et al., 2017).

Dentro de los trastornos de ansiedad, el DSM5 considera el trastorno de ansiedad por separación como el trastorno de ansiedad con mayor prevalencia en los niños menores de 12 años, que disminuye a lo largo de la infancia, adolescencia y edad adulta. En la Tabla 9 se detalla la prevalencia de los trastornos más frecuentes entre preescolares.

Tabla 9: Prevalencia de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la infancia (DSM5; Ford, Goodman y Meltzer, 2003 )

| TRASTORNO                                  | PREVALENCIA |
|--|-------------|
| Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) | 1.2-4%      |
| Fobia Social                               | 0.3-2.3%    |
| Trastorno de Ansiedad Generalizada         | 0.7-5%      |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo              | 0.3%        |
| Fobia Específica                           | 1%          |

### **1.5 Comorbilidad de los trastornos de ansiedad en preescolares**

---

Los estudios más recientes sobre los trastornos de ansiedad en niños de edad preescolar no sólo se han centrado en la prevalencia, sino que han ido más allá tratando de averiguar si existe comorbilidad entre la ansiedad y otros trastornos. Los hallazgos de Egger y Angold (2006) apuntan a que entre el 30% y el 50% de los niños preescolares que presentan trastornos de ansiedad, manifiestan a su vez otro tipo de trastornos psicopatológicos.

Estudios recientes demuestran que existe comorbilidad entre el trastorno negativista desafiante y el trastorno de ansiedad en preescolares (Dougherty et al., 2013; Martín, Ezpeleta, Granero y Doménech, 2014).

Además, la coexistencia encontrada entre ansiedad y depresión, identificada habitualmente en adultos, se hace patente ya en la etapa preescolar (Beesdo et al., 2009; Bufferd et al., 2011; Dougherty et al., 2013). Esta comorbilidad puede agravar el impacto de los trastornos de ansiedad en preescolares, manifestando los que la presentan más angustia, problemas sociales y riesgo familiar en comparación con preescolares diagnosticados únicamente de trastornos de ansiedad o sin trastorno diagnosticado (Klitzing et al., 2014).

La ansiedad generalizada en concreto muestra una comorbilidad sustancial con otros trastornos de ansiedad y con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños en edad preescolar (Franz et al., 2013). Este hallazgo apoya los resultados del estudio de Mian et al. (2012) que indica que los síntomas de ansiedad en niños de 2 a 3 años contienen un subfactor que se manifiesta mediante hiperactividad e inatención que podría compararse a los síntomas de alerta e intranquilidad motora característicos de los trastornos de ansiedad. Por su parte, Dougherty et al. (2013) muestran



que los preescolares con trastornos de ansiedad presentan más problemas de sueño que aquéllos sin este trastorno.

### **1.6 Repercusiones de los trastornos de ansiedad en preescolares**

---

Según los recientes hallazgos de Towe-Goodman et al. (2014), y teniendo en cuenta la falta de herramientas de evaluación específicas, sólo el 5% de los niños que presentan trastornos de ansiedad en la edad preescolar han recibido la atención especializada necesaria para reducir sus síntomas. Como es de esperar, la falta de prevención y/o tratamiento especializado, tiene repercusiones directas en el desarrollo infantil, encontrándose los preescolares que cumplen los criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad específicos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, significativamente más perjudicados que los preescolares sin estos trastornos (Bufferd, Dougherty, Carlson, Rose y Klein, 2012; Egger y Angold, 2006; Franz et al., 2013).

Por otra parte, estudios longitudinales muestran que, la sintomatología ansiosa temprana es un fuerte predictor de ansiedad en etapas posteriores del desarrollo (Feng et al., 2008; Hudson y Dodd, 2012; Mian, Wainwright, Briggs-Gowan y Carter, 2011). De hecho, los hallazgos de Bufferd et al. (2012) y de Fox et al. (2005) muestran que los niños que cumplían los criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad a los 3 años, tenían de dos a cinco veces más probabilidades de presentar los mismos criterios diagnósticos a los 6 años, en comparación con el grupo que no cumplía dichos criterios.

Además, este tipo de trastornos en edades tempranas no sólo repercute en el propio niño en el momento de la detección y años más tarde, sino que según indican Towe-Goodman et al. (2014), tiene serias

implicaciones para el funcionamiento familiar, con un impacto similar al que produce en la familia la presencia de trastornos con una mayor atención y tratamiento como el TDAH, y para el funcionamiento social, pudiendo el niño con ansiedad reducir su participación en actividades sociales.

La investigación acerca de la prevalencia y los patrones de incidencia de este tipo de trastornos permitiría mejorar el diagnóstico diferencial, la detección temprana, así como la prevención y tratamiento según el rango de edad y el tipo de ansiedad (Beesdo et al., 2009; Eley et al., 2003; Pahl et al., 2012), lo que sería beneficioso tanto en las diferentes etapas del desarrollo infantil como en la etapa adulta (Edwards et al., 2010b; Pine et al., 2009).



## Capítulo 2

# FACTORES DE RIESGO PARA LA ANSIEDAD PREESCOLAR: Factores internos y externos

Debido a la repercusión de la ansiedad no sólo en la primera infancia, sino en etapas posteriores, resulta de gran importancia identificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aparición y desarrollo de este tipo de trastornos en la infancia. Para ello, hay que tener en cuenta tanto los factores de riesgo de carácter externo o ambiental como son las pautas educativas, el funcionamiento familiar, los acontecimientos traumáticos y la presencia de psicopatología en los padres, como los de carácter interno o personales, como el género, la edad y/o el temperamento. Sin embargo, tal y como se ha apuntado anteriormente, la comunidad científica aún cuenta con grandes desafíos en la investigación sobre las variables que aumentan la probabilidad de padecer trastornos de ansiedad en la primera infancia (Beesdo et al., 2009; Pahl et al., 2012).

Según afirman autores como Buenrostro et al. (2014) existen factores de riesgo que se ajustarían a dimensiones biológicas, parentales y contextuales que deberían ser abordadas, y aunque en los últimos años se han producido avances significativos no está claro qué papel deben desempeñar los niños y cuál debe ser el enfoque de la intervención temprana en los trastornos de ansiedad (Hudson y Dodd, 2012).

## 2.1 El temperamento

---

Dentro de los factores de riesgo internos, el temperamento es uno de los más estudiados y que ha mostrado mayor relación con la ansiedad infantil. Concretamente el comportamiento inhibido, que hace referencia a la respuesta del individuo ante situaciones nuevas con cautela y retraimiento (Wichstrøm, Belsky y Berg-Nielsen, 2013), ha demostrado ser con pocas excepciones un factor de riesgo para la manifestación de ansiedad en preescolares (Beesdo et al., 2009; Edwards et al., 2010; Hudson y Dodd, 2012). Tanto es así que la fuerte correlación hallada ha llevado a algunos autores a manifestar la complejidad que supone tratar de distinguir entre síntomas propios de la ansiedad y características de temperamento inhibido en niños de 2-3 años. Esta dificultad se debe a que algunas manifestaciones, como el retraimiento ante situaciones novedosas, pueden estar presentes tanto en los trastornos de ansiedad infantil como en los niños con inhibición conductual (Mian et al., 2012).

Sin embargo, dichas dificultades han sido sorteadas y se cuenta con gran apoyo científico a la hora de afirmar que la inhibición conductual está asociada con altos niveles de ansiedad en la infancia temprana (Beesdo et al., 2009; Dougherty et al., 2013; Kerns et al., 2011; Pahl et al., 2012; Shamir-Essakow et al., 2005).

Además, los niños que cuentan con un alto nivel de inhibición durante la infancia temprana poseen un mayor riesgo de continuar desarrollando síntomas de ansiedad en etapas posteriores del desarrollo (Edwards et al., 2010a; Feng et al., 2008; Hudson y Dodd, 2012; Kerns et al., 2011; Mian et al., 2011; Wichstrøm et al., 2013), y más aún si sus padres cuentan con una historia propia de inhibición (Stumper et al., 2017). La relación existente entre el temperamento inhibido y la ansiedad puede deberse a que la falta de

habilidades sociales dificulta la exposición a situaciones novedosas y a la interacción con iguales y adultos, aumenta el riesgo de anticipar el fracaso y el ridículo, y reduce las conductas de exposición y afrontamiento a las situaciones temidas (Wichstrøm et al., 2013).

De hecho, una baja inhibición conductual en los niños es considerado como un factor de protección ante el efecto nocivo que ejerce la ansiedad paterna (Wichstrøm et al., 2013). Así pues, contrariamente a lo que ocurre con la alta inhibición, los niños con baja inhibición se exponen a situaciones propias de su edad, desarrollan estrategias de afrontamiento y acumulan experiencias de éxito, lo que les lleva a tener un mayor sentido de autoeficacia para enfrentarse a situaciones ambiguas o novedosas.

## 2.2 El género

---

Otro de los factores internos más estudiados en la psicopatología general es el género, aunque en este caso no existe un acuerdo tan sólido de su relación con la ansiedad preescolar como ocurre en el caso del temperamento. Por una parte, hay un grupo de autores que apoya la idea de que, a diferencia de lo que ocurre en otras etapas del desarrollo, el género en preescolares no condiciona la probabilidad de cumplir un mayor número de criterios diagnósticos en los trastornos psicopatológicos del DSM-IV (Ezpeleta et al., 2014), y más en concreto en los trastornos relacionados con la ansiedad (Almeida y Viana, 2013; Benga et al., 2010; Côté et al., 2009; Dougherty et al., 2013; Egger y Angold, 2006; Spence et al., 2001; Walker, 2016; Wang y Zhao, 2015). La ausencia de una relación clara entre el género y la presencia de síntomas ansiógenos en niños preescolares se diferencia de los resultados obtenidos en etapas posteriores del desarrollo, en las que sí se observan

diferencias en los niveles de ansiedad entre niñas y niños (Walker, 2016; Wang y Zhao, 2015).

Sin embargo, existe otro grupo de autores que defiende la existencia de mayores niveles de ansiedad en niñas preescolares en comparación con niños en la misma etapa en algunas subescalas concretas como en el miedo por la integridad física, la ansiedad por separación y la fobia social (Broeren y Muris, 2008; Edwards et al., 2010b; Franz et al., 2013). Esto podría responder a que las niñas en la etapa preescolar están más desarrolladas social y emocionalmente que los niños, y ello a su vez repercute positivamente en los logros que alcanzan en los programas psicoterapéuticos de intervención temprana (Pahl y Barrett, 2010).

### 2.3 Edad

---

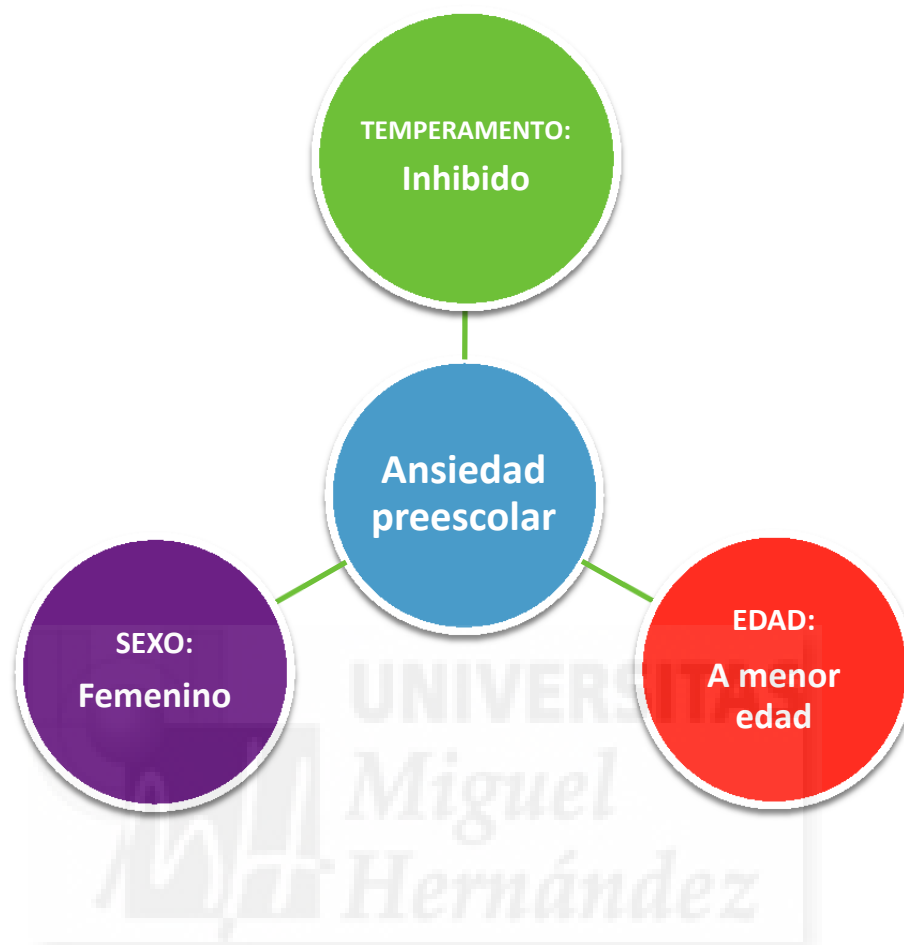
En cuanto a las diferencias en los niveles de ansiedad según la edad de los niños, los hallazgos no son tan consistentes. Algunos autores apuntan a que existen menores niveles de ansiedad en los niños de edad preescolar en comparación con los niños de mayor edad (Almeida y Viana, 2013; Broeren y Muris, 2008; Côté et al., 2009) sobre todo en ansiedad social y ansiedad generalizada (Broeren y Murris, 2008), mientras que otro grupo de autores afirma que, dentro de la etapa preescolar, los niños más pequeños tienen mayores puntuaciones en la *Preschool Anxiety Scale* que los niños de la etapa preescolar tardía (Spence et al., 2001; Wang y Zhao, 2015). Si nos centramos en las puntuaciones según la edad y la subescala de ansiedad, los resultados de Benga et al., (2010) indican que los niños de 3 años puntuaban más alto en trastorno de ansiedad por separación, mientras que los de 4 años lo hacían en fobia social. Esto puede responder a circunstancias contextuales, ya que en occidente la escolarización comienza a los 3 años y, por tanto, los niños

preescolares se encuentran en un momento de transición de su ciclo vital con el inicio de la escolarización que provoca que primero tengan que afrontar la separación de su cuidador principal para posteriormente desarrollar herramientas que le permitan enfrentarse a sus iguales y a adultos desconocidos (Spence et al., 2001; Wang y Zhao, 2015).

De hecho, los hallazgos de Walker (2016) indican que durante el primer año de la etapa preescolar en los niños de tres años se produce un aumento significativo en sus conductas exploratorias, regulación de sus emociones negativas, manifestación de las emociones positivas y de adaptación a los cambios.

Como consecuencia de los cambios que se producen a lo largo de la etapa preescolar, los padres modifican sus pautas de crianza, siendo las de los padres con niños preescolares diferentes a las empleadas en niños de mayor edad (Van der Sluis, 2016). Además, aunque los niños de menor edad tienen autoconocimiento emocional, están en proceso de desarrollar la expresión de sus miedos (Almeida y Viana, 2013), teniendo los mayores más capacidad de manifestar su estado, y su contexto de reconocerlo (Côté et al., 2009). La Figura 1 resume los factores internos que aumentan la probabilidad de que un niño en etapa preescolar desarrolle síntomas de ansiedad.

Figura 1: Resumen de factores de riesgo internos para la ansiedad en la etapa preescolar



---

#### 2.4 Estructura y dinámica familiar

Los factores relacionados con la familia son la base de muchas teorías dentro de los estudios psicopatológicos, y han demostrado jugar un papel clave en la aparición de los distintos trastornos de ansiedad a lo largo del desarrollo vital (Hudson y Rapee, 2001). Las variables familiares pueden actuar mediante la combinación de influencias genéticas y ambientales (Whalen et al., 2017). Sin embargo, aunque la investigación sobre el papel que cumplen las variables relacionadas con el ambiente familiar, y concretamente las conductas de los padres, en la etiología, desarrollo y tratamiento de la ansiedad infantil ha sido limitada (Drake y Ginsburg, 2012; Möller, Majdandžić y Bögels, 2015; Rapee, 2012), los estudios disponibles hasta la fecha afirman que hay características



propias de este contexto que se han de explorar, como es el funcionamiento de la estructura familiar, la naturaleza de las relaciones intrafamiliares y el estilo de afrontamiento ante los acontecimientos estresantes (Drake y Ginsburg, 2012).

Las conclusiones extraídas del estudio de Ezpeleta et al. (2014) que trató de clarificar de qué manera influye el tipo de estructura familiar (entendida como qué miembros componen la familia y qué parentesco existe entre ellos) en la psicopatología en una muestra española de preescolares, indican que los niños que pertenecen a familias monoparentales, cumplen más criterios diagnósticos del DSM-IV que los que conviven con ambos progenitores. Estos datos son acordes con los resultados de Franz et al. (2013) que apuntan a una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en preescolares pertenecientes a familias monoparentales, teniendo éstos más probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad que sus iguales que no comparten esta estructura familiar y siendo el hecho de convivir con ambos progenitores un factor de protección.

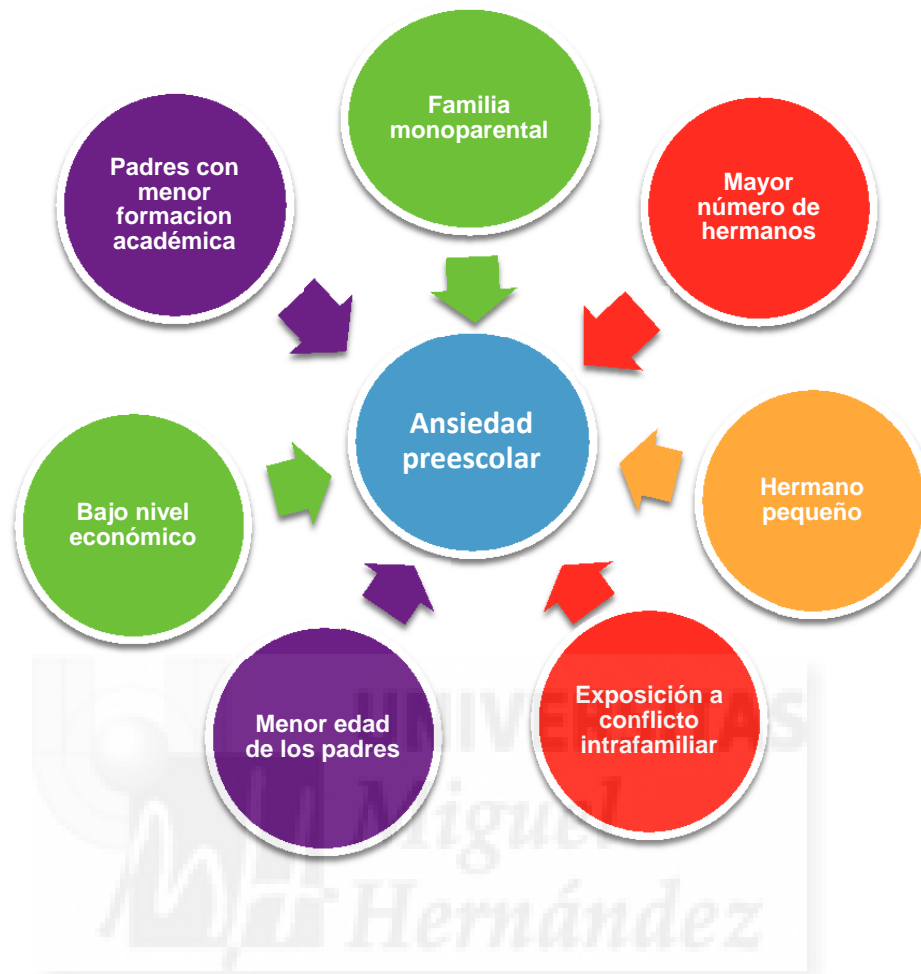
Dentro de la estructura familiar no sólo hay que tener en cuenta el papel de los padres, sino al subsistema fraterno como primer agente socializador intrafamiliar entre iguales. En esta dirección, autores como Franz et al. (2013) señalan que convivir con un mayor número de hermanos está directamente relacionado con un incremento del riesgo de padecer un trastorno de ansiedad generalizada y de fobia social, mientras que Bögels y Brechman-Toussaint (2006) señalan que el mayor o menor riesgo dependerá del puesto que ocupa el niño en el sistema fraterno, mostrando los que más tarde han nacido mayor ansiedad y timidez.

Existe otro grupo de autores que se han centrado en la dinámica familiar, entendida como las interacciones que se producen entre los

miembros de la familia. Los hallazgos señalan que la exposición de los niños al conflicto interparental desadaptativo aumenta la tensión familiar, el riesgo de internalizar sintomatología en edades más tardías (Brock y Kochanska, 2016), y a padecer trastornos de ansiedad en la etapa preescolar (Klitzing et al., 2014). Por su parte, los resultados de Platt, Williams y Ginsburg (2015) indican que la interacción disfuncional entre padres e hijos puede ser una variable mediadora de la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y la ansiedad infantil.

En cuanto a factores sociodemográficos familiares, los padres que cuentan con una menor cantidad de ingresos (Bufferd et al., 2011), con menor edad (Bufferd et al., 2011) y menor formación académica (Dougherty et al., 2013) son más proclives a tener hijos con trastornos de ansiedad en edad preescolar. La Figura 2 resume las principales variables relacionados con la familia que aumentan el riesgo de padecer trastornos de ansiedad en la etapa preescolar.

Figura 2: Factores de riesgo relacionados con la familia para la ansiedad preescolar



Aunque la evidencia empírica que trata de esclarecer la relación entre la conducta paterna y la ansiedad infantil ha sido limitada (Möller et al., 2015), los estudios disponibles afirman que el tipo de conductas que ejercen los padres sobre los hijos modela el desarrollo emocional y comportamental, concretamente la sintomatología ansiosa e internalizante en población preescolar (Dougherty et al., 2013; Edwards et al., 2010a; Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Torío, Peña y Rodríguez, 2009). La reciente investigación de Van der Giessen y Bögels (2017), señala que las diadas formadas por niños con trastornos de ansiedad y sus padres son menos capaces de manejar adecuadamente las emociones positivas y negativas en sus interacciones que las diadas saludables.

Históricamente, cuando se ha hablado de la influencia de los padres en la psicopatología infantil, no se le ha dado el mismo peso al papel que la madre y el padre juegan en el desarrollo y/o mantenimiento de la sintomatología ansiosa en los hijos, poniéndose el foco sobre todo en la influencia que ejerce la madre. En esta dirección, algunos autores señalan que en el caso de las madres existe una relación más fuerte entre la ansiedad de éstas y la de sus hijos, que la que se observa en el caso de los padres (Cooper et al., 2006; Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Hudson, Dodd y Bovopoulos, 2011; Hughes, Furr, Sood, Barmish y Kendall, 2009; Möller et al., 2015). Uno de los motivos podría ser que culturalmente, lo habitual ha sido que fuera la madre la cuidadora principal y, por tanto, mayor el impacto que sus conductas tienen en sus hijos al ser sus interacciones más frecuentes y durante un tiempo de exposición mayor en comparación con sus homólogos masculinos (Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Van der Sluis, 2016).

Sin embargo, recientes estudios etiológicos apuntan a que más que la cantidad de tiempo que cada progenitor pasa con su hijo, la atención debiera centrarse en el papel que cada uno ocupa en su desarrollo y en las pautas de crianza que emplea (Hudson et al., 2011; Van der Sluis, 2016), ya que se observan diferencias entre ellos que afectan a la ansiedad del niño (Möller et al., 2016).

Por un lado, los padres parecen cumplir una función de activación de comportamientos físicos, conductas desafiantes, exposición a situaciones novedosas, apertura al exterior y tienden a aplicar más castigos en sus pautas de crianza que las madres (Bögels y Perotti, 2011; Möller et al., 2015; Pereira, Barros, Mendonça y Muris, 2014; Van der Sluis, 2016). En base a ello, algunos autores defienden que es la crianza paterna la más influyente en la ansiedad infantil. Así pues, si los padres presentan alguna condición que les impide

cumplir esta función, como es el caso de los padres diagnosticados de trastornos de ansiedad que perciben el mundo como amenazante, serán menos retadores, más sobreimplicados y controladores en sus interacciones, más intrusivos en la ayuda y no permitirán que sus hijos participen en las tareas de manera espontánea y autónoma (Bögels y Perotti, 2011; Teetsel, Ginsburg y Drake, 2014) lo que dificultará que el niño se exponga a situaciones novedosas y desarrolle estrategias para el manejo de las mismas. Además, parece que la relación padres-hijos tiene un menor contenido emocional en situaciones conflictivas que en el caso de la relación madres-hijos, en la que existe una mayor expresión y gestión emocional que permite que el niño pueda regular su malestar (Van der Giessen y Bögels, 2017). Tanto es así que los resultados del estudio de Möller et al. (2015) apuntan a la exposición y promoción de conductas desafiantes como un factor de protección ante la ansiedad infantil (Möller et al., 2015).

En relación a la interacción de los niños con las madres, sería la afectividad negativa de éstas (tendencia a preocuparse, bajo bienestar subjetivo, tono emocional bajo) la que aumentaría la ansiedad infantil (Edwards et al., 2010a; Pahl et al., 2012). Sin embargo, éstas son más flexibles con sus hijos con ansiedad y cuentan con un mayor repertorio emocional y manejo de emociones positivas y negativas en comparación con sus homólogos masculinos (Van der Giessen y Bögels, 2017). Esta mayor gestión emocional puede ser una de las razones por las cuales son ellas las que tienden a ser más sensibles con el malestar y percibir más frecuentemente sintomatología ansiosa en sus hijos (Davis, Votruba-Drzal y Silk, 2015; Edwards et al., 2010b).

Como se ha destacado anteriormente, cada uno de los progenitores cumplen un rol diferenciado en el desarrollo infantil, pero los resultados

recientes apuntan a que tanto la crianza paterna como la materna son igualmente importantes (Van der Sluis, 2016).

Mientras que algunos estudios se han centrado en analizar las diferencias entre padres y madres, autores como Teetsel et al. (2014) encuentran similares las pautas de crianza de padres y madres ansiosos (muestras de hostilidad, afecto positivo, comportamiento ansioso y dotar de autonomía al niño) en relación con la ansiedad infantil.

## **2.5 Tipo de apego**

---

El tipo de apego que el niño establece con su cuidador primario ha sido ampliamente estudiado, entendiéndolo como el vínculo afectivo que se crea entre los progenitores y el niño. La experta en desarrollo infantil Ainsworth (1978) utilizó la técnica de la situación extraña para evaluar la reacción de un grupo de niños ante una situación novedosa, en la que en un primer momento cada niño estaba acompañado por su madre y una persona extraña, posteriormente la madre abandonaba el espacio y el niño se quedaba con el desconocido, y finalmente se reencontraba con la madre. Los niños reaccionan de manera variada según el tipo de apego que se había establecido con su madre: apego seguro, apego inseguro evitativo, apego inseguro ambivalente y apego inseguro desorganizado. En la Tabla 10, se resumen las reacciones del niño en el estudio según el tipo de apego que manifestaban.

Tabla 10: Reacciones del niño ante una situación extraña según el tipo de apego (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Cassidy y Marvin, 1992)

| TIPO DE APEGO                       | EXPLORACIÓN DE SITUACION EXTRAÑA CON LA MADRE  | REACCIÓN ANTE LA SEPARACIÓN DE LA MADRE  | REACCIÓN ANTE REENCUENTRO CON LA MADRE  |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <b>Apego seguro</b>                 | La madre actúa como base segura.<br>Niños confiados: exploran el entorno de manera independiente.  | Protesta pero, tras negociar con su madre, se queda tranquilo y confiado.          | Se dirige hacia su madre buscando contacto.<br>Afectuoso y cálido.<br>Sigue jugando.  |
| <b>Apego inseguro evitativo</b>     | Se involucran en el juego.<br>No hay interacción con la madre.<br>Interacciona con extraños sin temor.   | No se muestran afectados ante la separación.                                       | Evita el contacto con la madre y sigue jugando.   |
| <b>Apego inseguro ambivalente</b>   | En la relación con la madre combina reacciones afectivas positivas (cercanía) y negativas (ansiedad anticipatoria).<br>No exploran el entorno. | Quejas ante la separación y angustia elevada.<br>No llega a acuerdos con la madre. | Ambivalencia: fuerte cercanía física y a la vez cólera y agitación.   |
| <b>Apego inseguro desorganizado</b> | Comportamiento controlador hacia la madre.<br>Incertidumbre.<br>Comportamiento inconsistente.  |  | Comportamientos contradictorios (acercarse pero evitando la mirada).<br>Parecen tranquilos pero rompen a llorar sin causa objetiva. |

Ainsworth (1978) señala que el apego seguro en los primeros años de vida proporciona las bases del desarrollo psicológico posterior del individuo, y que está relacionado con la psicopatología infantil teniendo un efecto protector que media en la autorregulación emocional del niño (Hopkins, Lavigne, Gouze, LeBailly y Bryant, 2013).

Los niños con apego seguro utilizan al cuidador primario como una base segura a la hora de explorar situaciones desconocidas. Estos cuidadores, tienden a ofrecer un nivel adecuado de respuesta a sus hijos, a diferencia de las madres que responden por exceso o por debajo de lo esperado, cuyos hijos muestran un apego de tipo inseguro (Ainsworth, 1978).

En esta dirección, los hallazgos evidencian que la relación padres-hijos basada en un apego inseguro está directamente relacionada con la ansiedad infantil (Brumariu y Kerns, 2008; Colonnesi et al., 2011; Kerns et al., 2011; Shamir-Essakow et al., 2005).

Los preescolares con un tipo de apego inseguro muestran mayores niveles de ansiedad que el grupo de niños con apego seguro, siendo la relación aún más fuerte en los casos en los que existe apego inseguro ambivalente (Colonnesi et al., 2011; Shamir-Essakow et al., 2005), ya que este tipo de apego se caracteriza por un sentimiento de incertidumbre en el niño, baja autoestima, necesidad de aprobación continua, afrontamiento inadecuado y paralización ante las dificultades. Todas estas manifestaciones responden a un cuidador no predecible y genera síntomas de ansiedad social como miedo a la evaluación negativa o estrés ante situaciones nuevas (Brumariu y Kerns, 2008).

De hecho, los preescolares con trastornos de ansiedad tienen más probabilidad de tener padres que presentan menos conductas de apoyo y contención en las interacciones con sus hijos (Dougherty et al., 2013).

El apego de tipo inseguro no sólo está relacionado con la ansiedad en la etapa preescolar, sino que es un predictor de la misma en la infancia media e incluso con una mayor fuerza en la adolescencia (Brumariu y Kerns, 2008; Colonnesi et al., 2011; Kerns et al., 2011; Shamir-Essakow et al., 2005). De



hecho, un apego seguro padre-hijo podría proteger contra temores sociales infantiles, al ser el padre facilitador de apertura al mundo, mientras que un apego seguro madre-hijo, podría protegerlo contra la ansiedad de separación, siendo ésta generalmente la cuidadora primaria y primer modelo de relación (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006).

## 2.6 Psicopatología materna

---

Culturalmente se ha depositado el mayor peso de la crianza en la figura materna, por lo que no resulta extraño que los trastornos psicológicos en las madres afecten en mayor o menor medida a sus hijos. De hecho, los hijos de madres con sintomatología depresiva tienen más probabilidades de presentar altos niveles de sintomatología internalizante a lo largo de su vida (Davis et al., 2015). Concretamente, existe una relación directa entre los trastornos depresivos de las madres y la ansiedad en la infancia (Battaglia et al., 2016; Cooper et al., 2006; Côté et al., 2009; Feng et al., 2008; Klitzing et al., 2014; Mian et al., 2011), aunque algunos autores como Hopkins et al. (2013) afirman que la depresión en los padres no actúa directamente en la ansiedad infantil, sino que la crianza y el temperamento del niño actúan como variables mediadoras.

En esta dirección, los hallazgos apuntan a que la ansiedad de los padres está relacionada con altos niveles de ansiedad infantil (Affrunti y Ginsburg, 2012a; Cooper et al., 2006; Dougherty et al., 2013; Feng et al., 2008; Fliek et al., 2015; Francis y Chorpita, 2011; Hudson y Dodd, 2012; Kerns et al., 2011; Pahl et al., 2012; Schreier et al., 2008; Shamir-Essakow et al., 2005), aunque parece no haber consenso en si la relación entre la ansiedad

materna y la ansiedad infantil se debe a factores genéticos, ambientales o a una combinación de ambos (Shamir-Essakow et al., 2005).

Algunos estudios indican que las madres de preescolares, niños y jóvenes con trastornos de ansiedad tienen mayor probabilidad de cumplir los criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad, que el grupo de las madres con hijos que no presentan este tipo de trastornos (grupo control) (Cooper et al., 2006; Dougherty et al., 2013; Hudson y Dodd, 2012; Hughes et al., 2009; Kerns et al., 2011).

De hecho, autores como Pereira et al., (2014) apuntan a que, tras controlar otras variables parentales, la ansiedad como rasgo estable de la personalidad fue la única con un efecto significativo sobre la ansiedad de los hijos. Esta relación parece formar parte ya desde los primeros días de vida del niño, existiendo evidencias que señalan que la ansiedad postparto puede tener efectos negativos en las respuestas somáticas y psicológicas de los niños (Glasheen, Richardson y Fabio, 2010).

Algunos autores van más allá, no sólo demostrando la relación existente entre la ansiedad de los padres y de los hijos, sino que apuntan a la ansiedad de los primeros como una variable predictora de la ansiedad de los segundos. Los resultados evidencian que los altos niveles de ansiedad en madres predicen los altos niveles de ansiedad de sus hijos (Hudson y Dodd, 2012; Kerns et al., 2011; Mian et al., 2011; Pahl et al., 2012; Wichstrøm et al., 2013).

La presencia de un trastorno de ansiedad en los padres influye en el comportamiento, la relación y el tipo de información que transmiten a sus hijos. De hecho, la crianza de las madres con sintomatología ansiógena se caracteriza por una preocupación excesiva por el bienestar del niño con altas

tasas de pasividad, conductas de evitación y baja promoción de la autonomía, resultando una variable mediadora entre los acontecimientos vitales estresantes y la ansiedad infantil (Platt et al., 2015).

Aunque autores como Murray et al. (2012) señalan que estas dificultades aparecen dependiendo del subtipo de ansiedad de las madres y de cómo a éstas les afecta cada tipo de estresor, no afectando a la crianza igual todos los estresores a todas las madres por igual.

En esta línea, los hallazgos del estudio longitudinal de Schreier et al. (2008) sugieren que la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada en las madres incrementa en sus hijos el riesgo de presentar trastornos de ansiedad, y que el trastorno de ansiedad por separación únicamente se asocia con el trastorno de pánico materno. En la Figura 3 se resumen los factores de riesgo que relacionan diferentes aspectos de las madres y padres, y la ansiedad en niños preescolares.

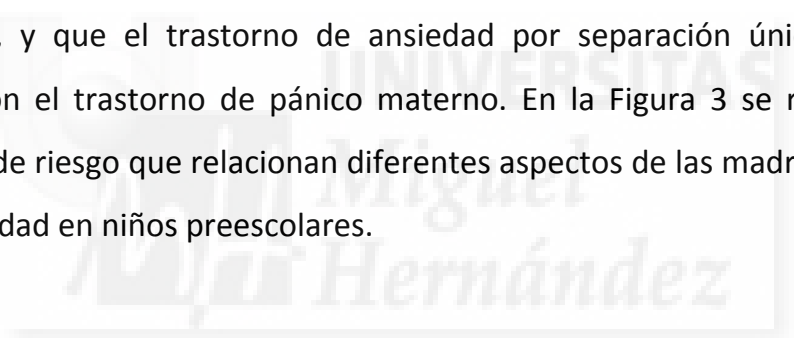
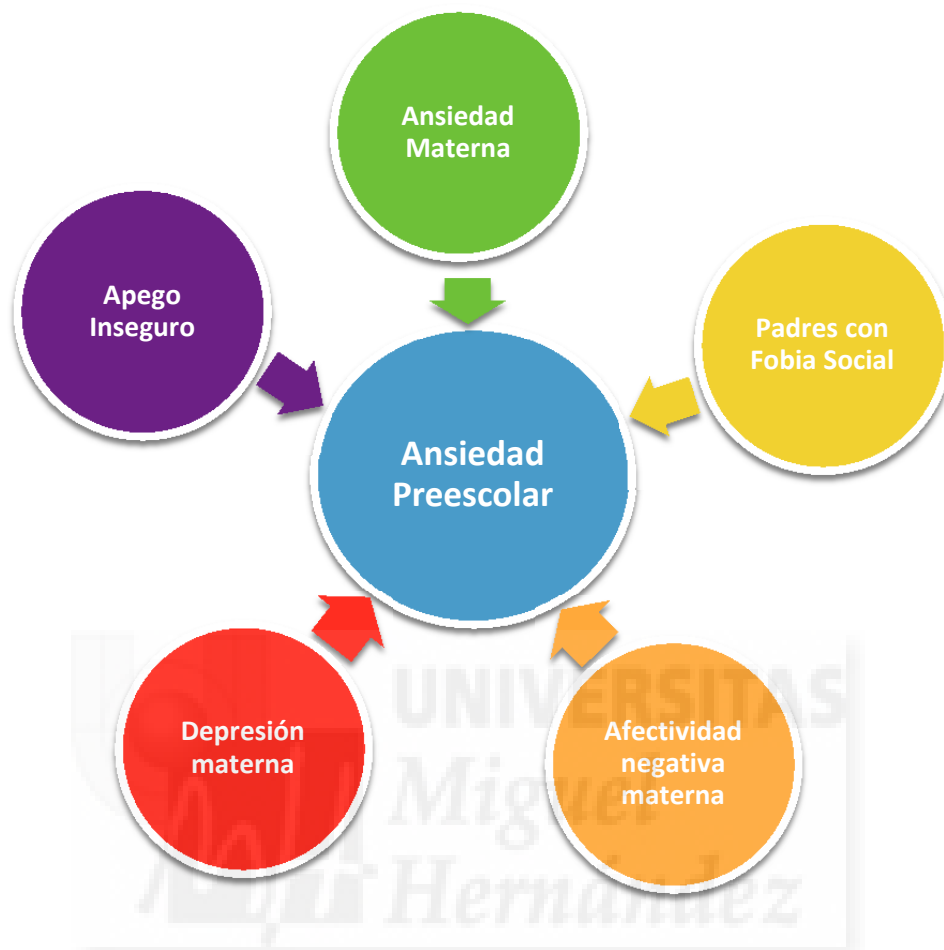


Figura 3: Factores de Riesgo relacionados con los padres



### 2.7 Acontecimientos vitales estresantes

Dentro de los factores de riesgo externos es importante destacar cómo las características del entorno más cercano pueden afectar a la psicopatología en los niños. Algunos autores señalan que estar expuesto a situaciones estresantes, como por ejemplo vivir en un contexto desfavorecido, sufrir violencia en el entorno familiar, el desempleo de los padres, el fallecimiento de un miembro de la familia o ser víctima de bullying en la primera infancia, son factores de riesgo que predicen la presencia de trastornos internalizantes (Whalen et al., 2017) y más concretamente, trastornos de ansiedad (Battaglia et al., 2016; Buenrostro et al., 2014; Dougherty et al., 2013; Edwards et al.,

2010a; Kerns et al., 2011; Mian et al., 2011; Platt et al., 2015; Wichstrøm et al., 2013). Autores como Platt et al. (2015) no dejan de lado a los cuidadores en este caso y concluyen que la ansiedad materna actúa como variable mediadora, ya que parece que estas situaciones traumáticas aumentan en los propios padres un sentimiento de incapacidad que repercute en la ansiedad infantil.

## 2.8 Aprendizaje

---

En la transmisión intergeneracional de la ansiedad subyacen tanto aspectos genéticos como aspectos ambientales, aunque parece que la relación más fuerte entre la ansiedad materna y la ansiedad preescolar se produce a través de mecanismos de aprendizaje como el modelado, el refuerzo de conductas ansiógenas, la evitación de situaciones estresantes y la transmisión de amenazas (Affrunti y Ginsburg, 2012a; Dougherty et al., 2013; Fisak y Grills-Taquechel, 2007). Estos mecanismos de aprendizaje de padres a hijos aumentan en los niños las creencias y expectativas de amenaza, que directamente están relacionados con la ansiedad infantil (Creswell, Shildrick y Field., 2011).

Los resultados de Ooi, Dodd y Walsh, (2015) apoyan que la información que se transmite de padres a hijos afecta a los prejuicios de los niños preescolares, ya que se trata de una etapa en la que los niños son especialmente receptivos a la información procedente de sus progenitores. Por ello, no es de extrañar que los hallazgos de Lønfeldt, Esbjørn, Normann, Breinholst y Francis (2017) defiendan que existe mayor relación entre las cogniciones de los padres sobre la preocupación y la ansiedad y las de sus hijos en etapa infantil, que la que existe con adolescentes, que cuentan con

creencias ya formadas y estrategias para afrontar situaciones complejas o novedosas.

Tanto es así, que los hijos de madres y padres con trastornos de ansiedad social se muestran más evitativos ante las interacciones con adultos desconocidos, perciben el mundo como peligroso y, como consecuencia, sus padres responden sobreimplicándose para mantenerlos a salvo, evitar su malestar y protegerlos (Bögels y Perotti, 2011; Murray et al., 2008), transmitiéndoles de esta manera la ansiedad social (Murray et al., 2008).

Los padres de niños con sintomatología ansiosa tratan de proporcionar a sus hijos un entorno seguro limitando los estímulos del ambiente, impidiéndoles explorar y dificultando el desarrollo de habilidades de control en contextos apropiados a su edad, lo que dificulta el desarrollo de un sentido sólido de autoeficacia y autonomía que aumenta su sensación de vulnerabilidad, locus de control externo y ansiedad ante la amenaza percibida (Pereira et al., 2014). De hecho, se observa en estos niños un mayor número de conductas de evitación que en los no ansiosos (Fisak y Grills-Taquechel, 2007).

Según los hallazgos de Creswell et al. (2011), la interpretación de las situaciones como amenazantes en los niños estaría relacionada con las expectativas que los padres tienen acerca de las capacidades de sus hijos para hacer frente a situaciones amenazantes. Si éstas son negativas pueden generar en los niños la sensación de baja autoeficacia, que mantiene las distorsiones sobre los acontecimientos, alimentan su ansiedad, dificultan el afrontamiento y la acumulación de experiencias de éxito.

Algunos estudios apuntan al modelado como otro factor de riesgo para el desarrollo y/o mantenimiento de la ansiedad en la infancia (Bögels y

Brechman-Toussaint, 2006; Fisak y Grills-Taquechel, 2007), existiendo una relación directa entre la forma en que perciben las amenazas los padres y cómo las perciben sus hijos (Creswell et al., 2011).

## **2.9 Estilos Educativos**

---

Las pautas de crianza paterna son significativas a lo largo del desarrollo emocional y comportamental en la infancia, y más específicamente en la ansiedad infantil (Dougherty et al., 2013; Hosokawa y Katsura, 2017; Möller et al., 2016).

Fue la autora Diana Baumrind (1967) mediante su estudio con población preescolar, la pionera en esclarecer que los estilos de crianza o estilos educativos están compuestos por cuatro conceptos: control parental, demandas de madurez parental, nutrición parental (calidez e implicación emocional) y comunicación entre padres e hijos, que combinados entre sí dan lugar a tres estilos de crianza: asertivo o autorizativo, permisivo y autoritario, a los que la literatura posterior incorpora también el estilo sobreprotector. Estas conductas parentales dan lugar a diferencias comportamentales y emocionales en los niños. La Tabla 11, resume los cuatro estilos de crianza y las consecuencias que tiene para el desarrollo infantil cada uno de ellos.

Tabla 11: Resumen de estilos educativos parentales (Baumrind, 1971; Baumrind, 1980; Maccoby y Martin, 1983; Magaz y García, 1998)

| ESTILO PARENTAL                   | PADRES  | HIJOS  |
|-----------------------------------|---|--|
| Estilo sobreprotector             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Excesiva atención y cuidado.</li> <li>-Limitan las iniciativas de los niños.</li> <li>-Evitan malestar o sufrimiento a su hijo.</li> <li>-Muy cariñosos y poco normativos.</li> <li>-Hiperresponsabilidad en el cuidado.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alta dependencia/Baja autonomía.</li> <li>-Falta de iniciativa.</li> <li>-Sensación de Inseguridad.</li> <li>-Baja tolerancia a la frustración.</li> </ul>                 |
| Estilo punitivo o autoritario     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Controladores.</li> <li>-Rígidos.</li> <li>-Poco afectuosos.</li> <li>-Fijan su atención en comportamientos inadecuados.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Baja autonomía.</li> <li>-Falta de Iniciativa.</li> <li>-Bajo nivel de autoestima.</li> <li>-Conductas dirigidas a evitar el castigo.</li> </ul>                           |
| Estilo inhibicionista o permisivo | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Retroalimentación laxa e inconsistente.</li> <li>-Exigen poco a sus hijos.</li> <li>-Hiperresponsabilidad en el cuidado.</li> <li>-Poco limitantes.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Búsqueda de apoyo.</li> <li>-Ansiedad.</li> <li>-Errores en autocuidado.</li> </ul>  |
| Estilo asertivo o autorizativo    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Límites claros y consistentes.</li> <li>-Afectuosos.</li> <li>-Fuente de apoyo.</li> <li>-Razonan.</li> <li>-Impulsan hacia la independencia.</li> <li>-Fijan su atención en logros y esfuerzos.</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Autonomía.</li> <li>-Buen nivel de autoestima.</li> <li>-Seguridad en sí mismo.</li> <li>-Aprecio y respeto al adulto.</li> <li>-Iniciativa adecuada a su edad.</li> </ul> |

Hasta la fecha se han obtenido datos relevantes sobre la existencia de una relación significativa entre las prácticas educativas centradas en la sobreprotección de los padres y la ansiedad infantil en la primera infancia (Edwards et al., 2010a; Fliek et al., 2015; Möller et al., 2016; Pereira et al., 2014; Rapee, 2012).



Un gran número de estudios se ha centrado en la sobreimplicación y sobreprotección paterna como un predictor especialmente importante de la ansiedad en niños y jóvenes (Edwards et al., 2010a; Fliek et al., 2015; Hudson y Dodd, 2012; Möller et al., 2015; Möller et al., 2016; Rapee, 2012), y es que un exceso de precauciones y de conductas de protección por parte de los padres mantiene o exagera la ansiedad en sus hijos, sobre todo en la edad preescolar, etapa en la que los niños son más vulnerables y dependientes de los padres.

Tanto es así, que la práctica clínica a menudo se centra en ayudar a las madres a ser menos sobreprotectoras en la relación con sus hijos ansiosos y en fomentar la exposición de los mismos a situaciones novedosas (Bögels y Perotti, 2011) ya que, según los hallazgos de Möller et al. (2016), un estilo desafiante por parte de los padres está asociado a una menor ansiedad en la infancia.

De hecho, los preescolares con problemas de ansiedad son más propensos a evitar contextos sociales y a mostrar resistencias a separarse de sus progenitores; un estilo sobreprotector por parte de los padres puede contribuir a evitar que sus hijos asistan a la guardería limitando la exposición del niño a experiencias positivas con iguales y dificultando la oportunidad de aprender habilidades que le protejan de desarrollar un trastorno de ansiedad (Dougherty et al., 2013; Hudson y Rapee, 2001; Pereira et al., 2014).

Debido a que son los padres varones los que asumen un rol con sus hijos de apertura al mundo, fomento de la independencia y estimulación para la asunción de riesgos, se podría esperar que la sobreprotección de los padres estuviera más relacionada con la ansiedad infantil, pero Möller et al. (2016) no observaron diferencias entre la sobreprotección paterna y materna y la ansiedad infantil.

Las pautas de crianza basadas en altos niveles de control, como por ejemplo observar continuamente a los hijos, saber qué están haciendo en cada momento y decidir por ellos, están directamente relacionadas con la presencia de altos niveles de ansiedad infantil (Affrunti y Ginsburg, 2012a; Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Feng et al., 2008; Pereira et al., 2014).

Los mecanismos por los que la sobrerregulación materna tiene efectos en la ansiedad infantil son por una parte las conductas de sobrecontrol que se ejercen sobre el niño, y que le transmiten que el entorno es hostil e incontrolable, y por otra parte la autopercepción de escasas competencias ya que aprenden que los padres intervienen porque ellos no tienen herramientas suficientes para hacer frente a los sucesos del entorno. Esta percepción de sí mismos y del entorno provoca que se incrementen las conductas de evitación, que no se desarrollen herramientas de afrontamiento y que por tanto no se registren experiencias positivas (Affrunti y Ginsburg, 2012b).

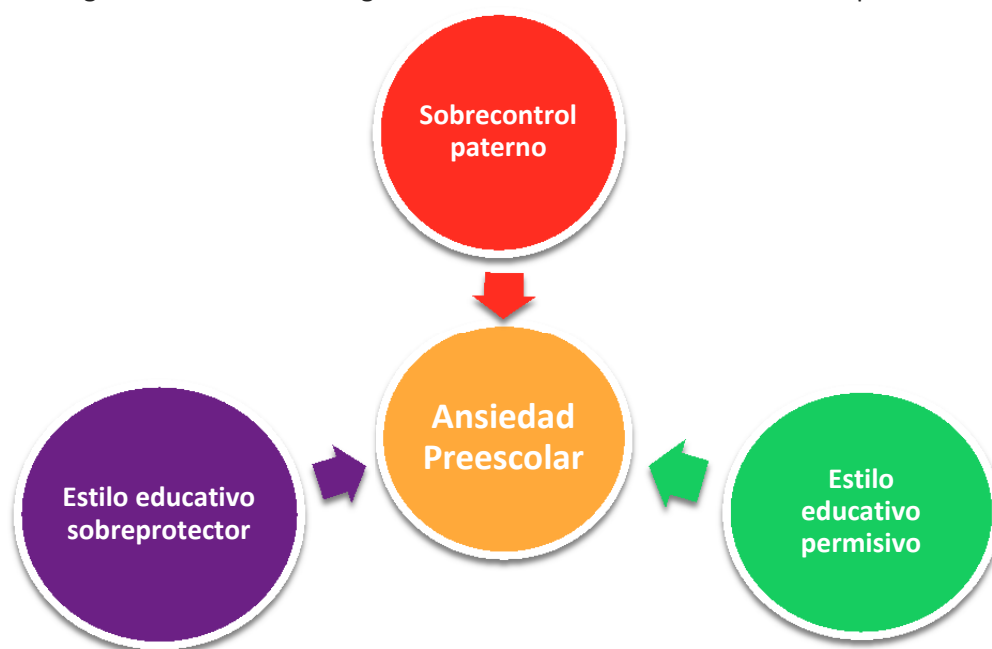
La literatura proporciona pruebas considerables de que el control excesivo de los padres está asociado directamente con la ansiedad del niño. Sin embargo, aún no está tan claro si actúa como predictor o como consecuencia de la ansiedad infantil (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006).

Baumrind (1967), en su estudio con preescolares, concluyó que los niños dependientes, inmaduros, con bajo autocontrol y confianza, contaban con madres afectuosas aunque poco limitantes, con un estilo de crianza permisivo basado en bajo control y alto afecto. La escasez de conductas normativas por parte de los padres se relaciona con una percepción de los padres de menores competencias sociales en el niño, así como con un mayor retraimiento en éste (Nerín, Nieto y de Dios Pérez, 2014).

Los niños preescolares necesitan para su adecuado desarrollo padres que ejerzan prácticas educativas que incluyan normas y límites (no debe confundirse con un tipo de disciplina autoritario), que sea común a ambos progenitores, y que se aplique de manera sistemática y coherente. De esta manera los niños contarán con un contexto familiar y predecible que les ayudará a reducir la incertidumbre y la sensación de indefensión (Nerín et al., 2014). Por el contrario, un patrón de comportamiento parental inconsistente/ambivalente hace dudar a los niños acerca de la respuesta que obtendrán de sus padres en una situación conflictiva (Alonso y Román, 2014).

Los padres disponen de varios estilos educativos, pero son las técnicas de crianza basadas en el estilo asertivo las que proporcionan una adecuada seguridad emocional, un grado de autonomía adecuado y las que favorecen la autoestima y el ajuste social y familiar del niño (Nerín et al., 2014; Torío et al., 2009). Tanto es así que Baumrind (1967) analizó la misma muestra en dos momentos diferentes y concluyó que los niños de familias en las que se empleaban pautas de crianza del estilo asertivo contaban con altas competencias sociales y cognitivas y que este efecto se mantenía incluso en la adolescencia (Torío et al., 2009). La Figura 4 resume los factores de riesgo de la ansiedad preescolar relacionados con los estilos educativos de crianza paterna.

Figura 4: Factores de riesgo relacionados con los estilos de crianza paternos



### 2.10 ¿Ansiedad de padres a hijos o de hijos a padres?

En relación a las conductas de cuidado materno y ansiedad infantil, no existe un consenso claro en si es el tipo de crianza el que promueve o incrementa la ansiedad de los niños, o si tener un hijo con ansiedad evoca pautas de crianza protectoras (Fliet et al., 2015; Murray et al., 2012; Van der Sluis, 2016) que fomentan la sobreimplicación (Hudson, Doyle y Gar, 2009), algo que ha suscitado un considerable interés (Murray et al., 2012).

Por una parte, hay autores que sostienen una línea unidireccional, defendiendo que es la ansiedad paterna la que influye en la ansiedad infantil, puesto que la ansiedad como rasgo de personalidad de los padres es más estable y está menos afectada por las circunstancias del entorno, incluyendo en éstas las características de su hijo (Edwards et al., 2010a; Pereira et al., 2014). Además, a ello se suma el hecho de que los niños pequeños pasan mucho tiempo con sus padres y éstos son de valor significativo para ellos,

aunque no se debe subestimar las capacidades de los niños para gestionar su propia ansiedad (Van der Sluis, 2016).

Por otra parte, hay datos que apoyan que las madres de niños ansiosos se muestran más implicadas ante situaciones difíciles y estresantes que las madres de niños que no presentan ansiedad, pudiendo ser este patrón de comportamiento común; es decir, ante la patología de sus hijos los padres responden estando más implicados (Hudson y Rapee, 2001; Hudson et al., 2009). Así pues, tal y como apunta Hughes et al. (2009), la presencia de un trastorno de ansiedad en la infancia puede resultar un estresor y afectar a la salud mental de los padres, y más concretamente de las madres, debido a que éstas presentan más respuestas de estrés ante situaciones críticas que sus homólogos masculinos.

En esta misma línea, los hallazgos de Towe-Goodman et al. (2014) sugieren que tener un hijo con un trastorno de ansiedad afecta a la percepción que tienen los padres sobre el funcionamiento de la dinámica familiar, particularmente a su propio bienestar y ajuste: más preocupaciones, depresión, fatiga y problemas de salud fueron los síntomas más informados, seguidos por la dificultad en las relaciones y la limitación en las actividades personales o sociales.

Sin embargo, existe una tercera línea que apoya los modelos circulares de desarrollo de la ansiedad infantil, que proponen que los comportamientos ansiosos de los niños influyen en la sobreimplicación materna y del entorno que a su vez dificulta la autonomía, el dominio y el afrontamiento de experiencias y aumenta la evitación de situaciones novedosas, manteniendo la ansiedad del niño (Edwards et al., 2010a; Hudson et al., 2009; Van der Sluis, 2016).

Resumiendo lo esencial de los estudios citados y de otros disponibles (Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Francis y Chorpita, 2011), e independientemente de la direccionalidad, los hallazgos evidencian que las interacciones padres e hijos juegan un papel importante en la ansiedad del niño.



## Capítulo 3

# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREESCOLAR

Una de las razones por las cuales existe escasa información sobre los trastornos de ansiedad en preescolares es la falta de instrumentos de evaluación diseñados específicamente para esta población (Luby, 2013; Spence et al., 2001; Towe-Goodman et al., 2014), siendo la mayor parte de las herramientas disponibles adaptaciones de escalas desarrolladas, estandarizadas y validadas con niños de mayor edad y adultos. Este motivo, junto con la incapacidad de los niños para proporcionar informes de sí mismos, es lo que provoca que diagnosticar trastornos de ansiedad en esta etapa resulte complejo (Shamir-Essakow et al., 2005).

Como consecuencia de ello, los profesionales que trabajan con niños en edad preescolar, tanto en la práctica clínica como en la investigación, encuentran serias dificultades.

Por todo lo anteriormente descrito, se hace evidente la necesidad de crear o validar herramientas clínicas fiables basadas en la evidencia, que permitan evaluar la ansiedad para población preescolar (Edwards et al., 2010b; Egger y Angold, 2006; Shamir-Essakow et al., 2005).

Sin embargo, esta dificultad ha tratado de ser sorteada con el uso de otras herramientas de evaluación.

Entre los instrumentos utilizados, se encuentran las entrevistas clínicas semi-estructuradas basadas en los criterios diagnósticos del DSM como la Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Silverman y Albano, 1996) que tiene como ventaja que se centra en los trastornos de ansiedad y posee una versión para padres y otra para niños, y como desventaja que no fue una escala originariamente diseñada para preescolares. También se cuenta con la Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA; Egger y Angold, 2006), que aunque solventa la desventaja de la anterior, ya que se diseñó concretamente para padres de preescolares de 2 a 6 años, no se centra en trastornos de ansiedad y no tenemos constancia de que se haya validado en español.

Este tipo de entrevistas aportan información muy valiosa. Sin embargo, su aplicación resulta lenta, costosa (Godoy, Gavino, Carrillo, Cobos y Quintero, 2011) y requiere que el clínico esté entrenado para poder aplicarlas y combinar la información obtenida de las entrevistas realizadas a padres, a niños y a maestros.

Por otra parte, se dispone de escalas de observación como la Anxiety Dimensional Observation Schedule (Anx-DOS; Mian, Carter, Pine, Wakschlag y Briggs-Gowan, 2015). Esta prueba tiene como objetivo capturar manifestaciones tempranas de temor y ansiedad en niños de 3 a 6 años y una de las principales ventajas con las que cuenta es que la información no la aportan los padres, los cuales muchas veces están “contaminados” por sus propias características o las circunstancias del contexto.



Los cuestionarios e inventarios por su parte, son rápidos y fáciles de aplicar y permiten evaluar experiencias emocionales y pensamientos subjetivos no observables (Carrillo et al., 2012).

Una de las más utilizadas en investigación es la Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1992) para trastornos internalizantes en niños de entre un año y medio y cinco años. Esta escala contiene una subescala de patrones de comportamiento relacionados con la ansiedad, aunque proporciona poca información acerca de la sintomatología ansiosa específica (Almeida y Viana, 2013).

Otra de las escalas que pueden utilizarse con niños menores de 7 años es el Koala Fear Questionnaire (KFQ; Muris et al., 2003), que cuenta con las ventajas de haber sido diseñada para evaluar miedos en preescolares, que el informador es el propio niño, y que además cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. Sin embargo, no tenemos constancia de que exista una versión de la misma validada en español, a pesar de que la lengua española es la segunda más hablada del mundo.

En esta línea, la Preschool Anxiety Scale (PAS), la Escala de Ansiedad Preescolar de Spence (Spence et al., 2001), es uno de los pocos instrumentos diseñados específicamente para evaluar los trastornos de ansiedad en preescolares (Almeida y Viana, 2013). Fue creada a partir de la clasificación diagnóstica del DSM-IV, que es el sistema dominante tanto en la práctica clínica como en la investigación de los trastornos de ansiedad en la infancia y contiene ítems relacionados con cinco categorías diagnósticas: Trastorno de Ansiedad por Separación, Miedo por la Integridad Física, Fobia Social, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Esta escala surgió para clarificar si los criterios diagnósticos del DSM-IV eran acordes con la sintomatología ansiosa que presentaban los preescolares,

basándose en cinco factores diferenciados tal y como ocurre en niños de mayor edad y adultos, o si por el contrario pertenecían a un único factor general de ansiedad.

En una primera versión de la escala, a través de un análisis factorial, los factores propuestos fueron: ansiedad por separación, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada y miedos específicos (este último trataba de evitar la inclusión de ítems concretos para cada fobia específica), trastorno por estrés postraumático y trastorno de pánico. Los elementos propuestos trataban de cubrir un amplio espectro de síntomas de ansiedad en preescolares y se obtuvieron mediante la revisión de la literatura existente, entrevistas estructuradas especializadas, criterios diagnósticos tanto del DSM-III-R (APA-1987) como del DSM-IV (APA-1994), escalas de ansiedad infantil y propuestas de expertos en ansiedad preescolar. Cada ítem de la escala fue incluido una vez que contaba con el acuerdo de los cuatro autores.

Fue en este punto en el que la versión preliminar de la escala fue completada por los padres, que proporcionaron feedback sobre la comprensión y relevancia de los ítems. En este punto se descartaron los ítems relacionados con el trastorno de pánico, ya que no se consideraron relevantes y presentaron baja frecuencia de aparición entre preescolares. Sin embargo el trastorno por estrés postraumático, a pesar de su baja frecuencia, se mantuvo como un factor diferenciado.

En la primera versión de la escala el formato de respuesta era dicotómico (Sí / No). Sin embargo, la escala no contó con buenas propiedades psicométricas, por lo que en su versión final se incluyó como modo de respuesta una escala tipo Likert de cinco puntos y 28 ítems, sin contar con los ítems relacionados con trastorno por estrés postraumático.

Spence y colegas (2001) probaron tres modelos para conocer la estructura factorial del PAS. El primer modelo apostaba por una escala con una única dimensión de ansiedad preescolar. El segundo modelo defendía la existencia de una estructura con cuatro factores, quedando la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada reflejadas en un factor único. Un tercer modelo suponía la obtención de cinco factores en la escala. Aunque un primer análisis reveló la presencia de cuatro o cinco factores, los resultados finales indicaron que el modelo compuesto por cinco factores de segundo orden (ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad por separación, TOC y miedos específicos) y un factor de orden superior (ansiedad total) proporcionaba el mejor ajuste para los datos con buenas propiedades psicométricas, aunque se observó una elevada correlación entre ansiedad por separación y ansiedad generalizada.

Tras el proceso anteriormente descrito, la escala definitiva de la PAS quedó formada por 28 ítems que corresponden a experiencias relacionadas con el miedo y preocupación en los niños preescolares, y se divide en cinco subescalas: Ansiedad Generalizada (ej: *“Le resulta difícil dejar de preocuparse”*), Fobia Social (ej: *“Le preocupa hacer algo que le haga parecer tonto delante de otras personas”*), Trastorno Obsesivo Compulsivo (*“Comprueba una y otra vez que ha hecho las cosas bien (como haber cerrado la puerta o el grifo)”*), Miedo por la integridad física (ej: *“Tiene miedo a las alturas”*), y Ansiedad por Separación (*“Se preocupa demasiado porque algo malo le pase a sus padres”*).

Además, la PAS permite obtener una puntuación total de ansiedad, y recoge información sobre si el niño ha sufrido algún acontecimiento traumático, incluyendo cinco ítems clínicos relacionados con esas posibles vivencias, que se agrupan dentro del factor de estrés postraumático.

La PAS se considera una herramienta de fácil aplicación que en su versión para niños y adolescentes ha sido validada en diferentes idiomas y países. Se completa a través de una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: A veces, 3: Bastantes veces, y 4: Muchas veces) en la que los padres deben calificar la frecuencia con la que sus hijos experimentan las situaciones expuestas.

En la Tabla 12 se resumen los factores de la Escala de Ansiedad Preescolar, en concreto, el número de ítems, las opciones de respuesta de cada factor y el ejemplo de un ítem de cada factor.

Tabla 12: Factores de la Escala de Ansiedad Preescolar (PAS)

| FACTORES                       | NÚMERO DE ÍTEMS | OPCIONES DE RESPUESTA | EJEMPLO DE ÍTEMS  |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|---|
| Ansiedad Generalizada          | 5               | 1-5                   | <i>"Le resulta difícil dejar de preocuparse"</i>  |
| Fobia Social                   | 6               | 1-5                   | <i>"Le preocupa hacer algo que le haga parecer tonto delante de otras personas"</i>                     |
| Trastorno Obsesivo-Compulsivo  | 5               | 1-5                   | <i>"Comprueba una y otra vez que ha hecho las cosas bien (como haber cerrado la puerta o el grifo)"</i> |
| Miedo por la Integridad Física | 7               | 1-5                   | <i>"Tiene miedo a las alturas"</i>  |
| Ansiedad por Separación        | 5               | 1-5                   | <i>"Se preocupa demasiado porque algo malo le pase a sus padres"</i>                                    |

Posteriormente, tras la escala original, Edwards et al. (2010b) desarrollaron en otra muestra australiana una versión revisada de la PAS, la *Preschool Anxiety Scale-Revised* (PAS-R). Esta versión posterior constaba de cuatro factores (ansiedad por separación, ansiedad social, miedos específicos y ansiedad generalizada), y de un factor de orden superior (ansiedad total), como en la escala original.

La PAS-R demostró tener buenas propiedades psicométricas y una fuerte consistencia interna con valores que oscilaban entre  $\alpha = 0.72$  y  $\alpha = 0.92$ . En comparación con la escala original, se eliminaron los ítems relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo debido a su baja frecuencia en población preescolar y sus pobres propiedades psicométricas. Además, algunos ítems relacionados con la ansiedad generalizada sufrieron modificaciones, rediseñándose para reflejar manifestaciones conductuales, y no tanto preocupaciones que son esencialmente cognitivas, para así facilitar la distinción entre la ansiedad generalizada y ansiedad por separación. La Tabla 13 resume las principales diferencias entre la escala original de Spence et al. (2001) y la versión revisada de Edwards et al. (2010b).

Tabla 13: Diferencias entre la versión original de la PAS y la versión revisada (PAS-R)

|                           | PAS  | PAS-R   |
|---------------------------|--|---|
| Autores                   | Spence, Rapee, Mc Donald e Ingram  | Edwards, Rapee, Kennedy y Spence  |
| Año de publicación        | 2001   | 2010  |
| Muestra                   | 755 madres   | 764 madres y 418 padres   |
| Edad                      | 2.5 a 6.5 años   | 3 a 5 años  |
| Ítems                     | 28 ítems   | 30 ítems  |
| Factores de segundo orden | Ansiedad por separación<br>Miedos específicos<br>Ansiedad social<br>TOC<br>Ansiedad generalizada                               | Ansiedad por separación<br>Miedos específicos<br>Ansiedad social<br>Ansiedad generalizada |
| Factor de primer orden    | Ansiedad total   | Ansiedad total  |
| Otros                     | Factor trastorno por estrés postraumático separado.<br>Alta correlación entre Ansiedad por separación y ansiedad generalizada. | 3 ítems modificados<br>7 ítems eliminados<br>9 ítems añadidos<br>Factor TOC eliminado     |

Al tratarse de una prueba que ha sido validada en diferentes idiomas y países, de uso libre y de fácil corrección, su aplicación a nivel internacional está muy extendida y permite por ello la posibilidad de realizar investigaciones transculturales y así comprender la naturaleza de la ansiedad en la primera infancia, así como diseñar programas de tratamiento eficaces.

Los estudios que se han llevado a cabo con población preescolar australiana (Spence et al., 2001), rumana (Benga et al., 2010), portuguesa (Almeida y Viana, 2013) y china (Wang y Zhao, 2015) respaldan las propiedades psicométricas de la prueba en su versión original para dichas poblaciones. La Tabla 14 resume las validaciones con las que cuenta, hasta la fecha, la prueba.

Tabla 14: Validaciones de la Preschool Anxiety Scale (PAS)

| AUTOR           | PAÍS      | AÑO  | EDAD           | FACTORES |
|-----------------|-----------|------|----------------|----------|
| Spence et al.   | Australia | 2001 | 2.5 a 6.5 años | 5        |
| Broeren y Muris | Holanda   | 2008 | 2 a 6 años     | 5        |
| Benga et al.    | Rumanía   | 2010 | 3 a 7 años     | 4-5      |
| Edwards et al.  | Australia | 2010 | 3 a 5 años     | 4        |
| Almeida y Viana | Portugal  | 2013 | 3 a 7 años     | 5        |
| Whang y Zhao    | China     | 2015 | 3 a 6 años     | 5        |

Como se muestra en la Tabla 15, la consistencia interna de las validaciones de la prueba en diferentes países ha sido adecuada, tanto para la escala total como para las subescalas siendo la puntuación mínima alcanzada 0.55 y la máxima 0.88.

Tabla 15: Consistencia Interna de la escala total y de las subescalas de la PAS en los distintos idiomas calculado mediante el Alfa de Cronbach

|          | TOTAL | TAS  | MIF  | FS   | TOC  | TAG  |
|----------|-------|------|------|------|------|------|
| Holanda  | 0.86  | 0.59 | 0.60 | 0.81 | 0.66 | 0.78 |
| Rumanía  | 0.87  | 0.60 | 0.74 | 0.77 | 0.77 | 0.66 |
| Portugal | 0.88  | 0.69 | 0.73 | 0.70 | 0.63 | 0.74 |
| China    | 0.87  | 0.55 | 0.72 | 0.75 | 0.68 | 0.70 |

A continuación se muestra la Tabla 16 que resume los instrumentos que han sido diseñados o utilizados con preescolares de los que se tiene constancia hasta la fecha.



Tabla 16: Resumen de instrumentos de evaluación de ansiedad utilizados con niños en etapa preescolar

| NOMBRE  | AUTOR  | AÑO  | MIDE  | TIPO        | VENTAJAS  | INCONVENIENTES  |
|---------|--|------|---|-------------|---|---|
| CBCL    | Achenbach                                    | 1992 | Trastornos internalizantes                    | Escala      | De uso extendido  | Ofrece poca información sobre sintomatología ansiosa concreta |
| PAS     | Spence et al.                                | 2001 | Trastornos de Ansiedad                        | Escala      | Diseñada para preescolares<br>Adecuadas propiedades psicométricas | No cuenta con versión en español                              |
| KFQ     | Muris et al.                                 | 2003 | Miedos en preescolares                        | Escala      | Adecuadas propiedades psicométricas                               | No cuenta con versión en español                              |
| ADIS-IV | Silverman y Albano                           | 1996 | Trastornos de Ansiedad                        | Entrevista  | Cuenta con versión para padres y para niños.                      | No diseñada para medir ansiedad en preescolares               |
| PAPA    | Egger y Angold                               | 2006 | Trastornos psiquiátricos preescolares         | Entrevista  | Diseñada para preescolares  | No cuenta con versión en español                              |
| Anx-DOS | Mian, Carter, Pine, Wakschlag y Briggs-Gowan | 2015 | Manifestaciones tempranas de temor y ansiedad | Observación | No tiene que ser reportado por padres                             | La observación requiere tiempo y personal entrenado           |



## Capítulo 4

# TRATAMIENTO Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ANSIEDAD PREESCOLAR

Como ya se ha señalado anteriormente, aun tratándose de un campo de trabajo reciente, los resultados obtenidos sobre el impacto que el tratamiento tiene en la ansiedad preescolar a través de los programas aplicados a los propios niños, los padres y el colegio, son alentadores.

Existen experiencias científicas que demuestran la importancia de los factores familiares en la evolución de la ansiedad en la infancia (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006). Tanto es así, que las intervenciones terapéuticas realizadas a través de los padres producen cambios significativos en la sintomatología ansiosa de los preescolares que reciben este tipo de intervención (Anticich, Barrett, Silverman, Lacherez y Gillies, 2013; Donovan y March, 2014; Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards y Sweeney, 2010; Van der Sluis, 2016) y es beneficioso para la salud de estos niños a corto y largo plazo (Brown et al., 2017). Todo ello evidencia la importancia tanto de la prevención en la primera infancia como en la promoción de la salud mental de los futuros padres (Buenrostro et al., 2014; Pahl et al., 2012). Las intervenciones a través de los padres para tratar de reducir el control en la

crianza de sus hijos preescolares (Feng et al., 2008) así como dotarles de estrategias para fomentar la autorregulación del niño (Hopkins et al., 2013) podrían ser efectivas de cara a prevenir futuros trastornos de ansiedad.

El programa Cool Little Kids (Morgan et al., 2017) ha sido diseñado, evaluado y validado para prevenir los trastornos de ansiedad en preescolares que se encuentran en riesgo al presentar temperamento inhibido. Este programa cuenta con seis sesiones grupales dirigidas a padres de niños de 3 a 6 años y es impartido por psicólogos. En las sesiones se trata de dotar a los padres de herramientas que les permitan reducir la sobreprotección y fomenten la autonomía de sus hijos. Los resultados muestran diferencias significativas entre la ansiedad de los niños cuyos padres recibieron el programa, con respecto al grupo control.

Otro de los programas que han demostrado tener eficacia en la intervención con preescolares es el Computer Based Therapy (CBT; Donovan y March, 2014). Se trata de un programa online aplicado a través de los padres de niños de entre 3 y 6 años. El programa consta de 8 sesiones en las que se explica a los padres qué es la ansiedad y se incluyen componentes de fomento de comportamiento valiente, técnicas de relajación, distorsión cognitiva y conductas de afrontamiento. Los resultados muestran una reducción significativa en los síntomas de ansiedad, gravedad clínica y comportamiento inhibido.

Anticich et al. (2013) llevaron a cabo el programa preventivo FUN Friends, destinado a reducir la ansiedad y promocionar la resiliencia entre escolares de 4 a 7 años a través de los padres y maestros del centro escolar. Este programa incluía la relajación, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en atención, la desensibilización sistemática en situaciones que provocan malestar y la solución de problemas, logrando una reducción

significativa de la inhibición conductual y una mejora en competencia social y emocional que se mantuvo 12 meses después. Como consecuencia, se produjo una mejora significativa en el malestar de los padres y las interacciones entre ellos que se mantuvieron al menos hasta 12 meses después.

En la Tabla 17 se muestra un resumen de los programas más conocidos que se han aplicado con preescolares para reducir la sintomatología ansiosa y los factores de riesgo relacionados con la ansiedad en preescolares.

Tabla 17: Resumen de programas aplicados con preescolares para reducir la ansiedad

| PROGRAMA         | AUTORES                | SESIONES | EDAD       | OBJETIVO  | APLICADORES |
|------------------|------------------------|----------|------------|---|-------------|
| CBT              | Donovan y March (2014) | 8        | 3 a 6 años | Reducir la ansiedad.<br>Reducir inhibición.                         | Padres      |
| Cool Little Kids | Morgan et al. (2017)   | 6        | 3 a 6 años | Reducir la sobreprotección.<br>Aumentar la autonomía.               | Padres      |
| FUN Friends      | Anticich et al. (2013) | 10       | 4 a 7 años | Mejorar la competencia social y emocional.<br>Reducirla inhibición. | Maestros    |

Cuando se trata de intervención directa con los niños, la psicoterapia es la primera opción de tratamiento para niños con ansiedad en la etapa preescolar y cuenta con un gran apoyo sustentado en la evidencia (Luby, 2013; Whalen et al., 2017). El tratamiento farmacológico se considera

únicamente para niños altamente afectados o para casos en los que no han sido efectivas otras intervenciones (Whalen et al., 2017).

Estudios como el de Kennedy et al. (2009) han demostrado la eficacia de las intervenciones con población preescolar con alta sintomatología ansiosa. Más concretamente algunos autores han evidenciado que la intervención cognitivo-conductual con preescolares puede ser aplicada y resulta eficaz en esta etapa, reduciendo significativamente la ansiedad tras la intervención (Pahl y Barrett, 2010; Van der Sluis, 2016).

Autores como Rapee et al. (2010) señalan que la combinación de intervenciones con los padres destinadas al aprendizaje de habilidades parentales, y la inclusión de la reestructuración cognitiva y la exposición a estímulos en la terapia con los niños, cuentan con eficacia demostrada en niños preescolares con trastornos de ansiedad que además presentaban alto riesgo de tener un temperamento inhibido.

## **SEGUNDA PARTE**

### **Estudio empírico**







## Capítulo 5

# OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La ansiedad en niños preescolares ha sido escasamente estudiada, y la mayor parte de los resultados existentes proceden del ámbito internacional. Los hallazgos apuntan a factores internos, como el género, la edad y el temperamento del niño, y a factores externos, como la presencia de trastornos de ansiedad en los padres y las pautas de crianza empleadas, como diferenciales a la hora de presentar trastornos de ansiedad en la etapa preescolar. Una de las razones por las cuales se evidencia una falta de investigación en este área es la escasez de instrumentos en español diseñados exclusivamente para medir ansiedad en población perteneciente a este rango de edad. En este capítulo se presentan los objetivos e hipótesis del estudio llevado a cabo con preescolares españoles.

### 5.1 Objetivos

---

La presente investigación tiene dos objetivos generales:

- (a) Examinar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la versión española de la *Preschool Anxiety Scale*.
- (b) Analizar la relación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad por separación del niño, teniendo en cuenta el efecto mediador del estilo educativo.

En base a esos dos objetivos generales se plantean determinados objetivos específicos. Para el objetivo general de examinar las propiedades psicométricas y la estructura de la versión española de la *Preschool Anxiety Scale*, los objetivos específicos son:

1. Determinar la estructura factorial de la PAS en una muestra de preescolares españoles, examinando si el modelo original de cinco factores de la prueba se ajusta bien a la población española.
2. Conocer la consistencia total y de las subescalas de la PAS en la muestra española, para la submuestra de niños y niñas, y para la muestra total.
3. Examinar la validez convergente de la PAS con una prueba de bienestar infantil.
4. Conocer las puntuaciones medias en ansiedad preescolar en la muestra española, examinando las diferencias en función de la edad y el género.

En relación al segundo objetivo, analizar la relación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad por separación del hijo teniendo en cuenta el efecto mediador del estilo educativo, los objetivos específicos que se proponen son los siguientes:

1. Examinar la relación entre la ansiedad rasgo de las madres y la ansiedad por separación de los hijos.
2. Conocer el efecto mediador de los estilos educativos (sobreprotector, asertivo, punitivo e inhibido) en la relación entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación del niño.
3. Examinar la relación de la ansiedad de las madres, la ansiedad por separación en los hijos y el estilo educativo con el género de los preescolares, la edad, el número de hermanos y la edad de la madre.

## 5.2 Hipótesis

---

En base a los objetivos anteriores se plantearon las siguientes hipótesis:

H1: La PAS mantendrá la misma estructura en la muestra de preescolares españoles que el modelo original, es decir, una estructura factorial de cinco factores.

H2: La consistencia interna de la PAS será buena con la muestra de preescolares españoles, alcanzando unos índices de fiabilidad adecuados tanto en las subescalas como en la escala total, y tanto para la submuestra de niños como de niñas.

H3: La PAS mostrará una validez convergente adecuada, obteniéndose una correlación significativa negativa alta entre su puntuación total y las puntuaciones de sus subescalas con una medida de bienestar, de modo que a mayor ansiedad menor bienestar.

H4: Los participantes españoles obtendrán puntuaciones en ansiedad similares a los obtenidos en otros países occidentales en los que se ha aplicado la prueba.

H5: Atendiendo a las diferencias en función del género, las niñas obtendrán en general puntuaciones más elevadas en ansiedad que los niños.

H6: En referencia a las diferencias en función de la edad, las puntuaciones en ansiedad aumentarán en función de la edad.

H7: La ansiedad como rasgo estable en las madres se relacionará de forma significativa y positiva con la ansiedad por separación de los hijos, de modo que a mayor ansiedad de las madres mayor ansiedad por separación de los hijos.

H8: Los estilos educativos serán mediadores en la relación entre la ansiedad por separación de los hijos y la ansiedad de las madres, de modo que cuando aplican un estilo de crianza sobreprotector a mayor ansiedad de las madres, mayor ansiedad en los hijos.

H9: El estilo educativo de las madres se relacionará de forma significativa con el género de los hijos, de modo que la probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector será mayor para las hijas que para los hijos.

H10: El estilo educativo de las madres se relacionará de forma negativa con el número de hijos, de modo que a mayor número de hijos menor probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector.

H11: El estilo educativo de las madres se relacionará de forma negativa con la edad de los hijos, de modo que a mayor edad de los hijos menor probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector.

H12: El estilo educativo de las madres se relacionará de forma negativa con la edad de la madre, de modo que a mayor edad de la madre menor probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector.

# CAPÍTULO 6

## METODOLOGÍA

A continuación se describe el diseño utilizado en la investigación, las características de los participantes y el modo de reclutamiento. Posteriormente se presenta el procedimiento seguido en el estudio y el proceso de evaluación con los instrumentos utilizados. Por último se incluye un apartado con el tipo de análisis realizado.

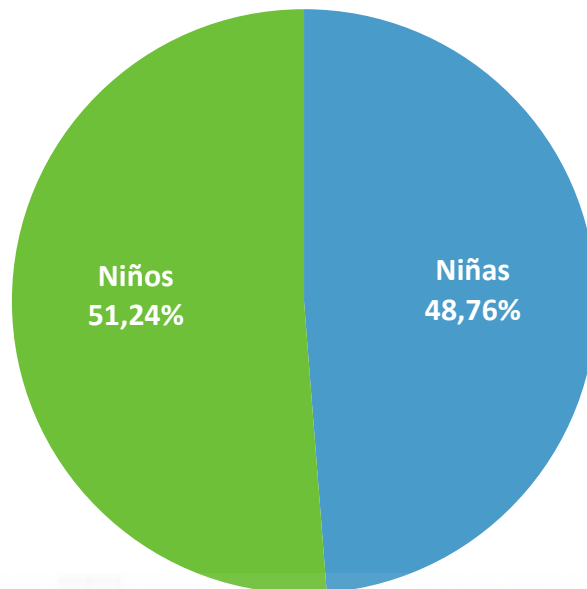
### 6.1 Participantes

---

Participaron en el estudio 322 niños con edades comprendidas entre 3 y 7 años, evaluados por sus padres, madres y otros cuidadores, que fueron quienes completaron los instrumentos de evaluación.

Como se observa en la Figura 5, la distribución de la muestra según el género fue homogénea, con un 48.76% de niñas y un 51.24% de niños participantes en el estudio.

Figura 5: Distribución de participantes según género



La recogida de información se llevó a cabo de forma heteroevaluada, siendo los padres (15.84%), madres (83.23%) y otros familiares a cargo (0.93%) quienes completaron los cuestionarios.

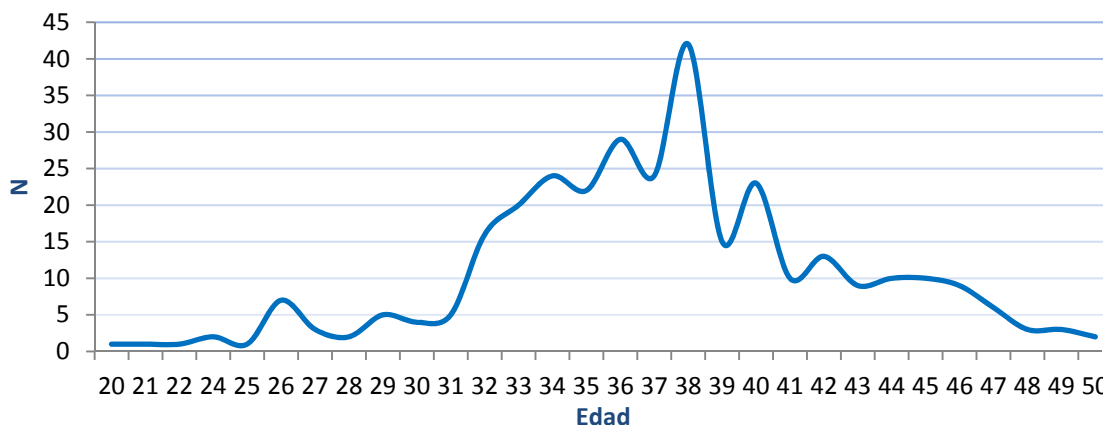
En cuanto a la nacionalidad de los participantes, la Tabla 18, muestra que la mayoría (93.17%) eran de nacionalidad española, seguido por argentina, italiana, francesa, ecuatoriana y colombiana.

Tabla 18: Distribución según la nacionalidad de los padres

| NACIONALIDAD | N   | %      |
|--------------|-----|--------|
| Argentina    | 5   | 1.55%  |
| Australiana  | 1   | 0.31%  |
| Belga        | 1   | 0.31%  |
| Colombiana   | 2   | 0.62%  |
| Ecuatoriana  | 3   | 0.93%  |
| Española     | 300 | 93.17% |
| Francesa     | 3   | 0.93%  |
| Italiana     | 4   | 1.24%  |
| Mexicana     | 1   | 0.31%  |
| Nepalí       | 1   | 0.31%  |
| Rumana       | 1   | 0.31%  |

La información proporcionada por los padres y madres que participaron en el estudio reveló que tenían una edad media de 37 años siguiendo la distribución que se muestra en la Figura 6.

Figura 6: Distribución por edad de los padres y madres



En cuanto a la estructura familiar, la mayoría de los niños convivía con ambos progenitores, los cuales estaban casados (78.26%) o convivían como pareja de hecho (2.17%). El resto eran solteros (9.01%) o habían roto la relación de pareja (7.77%), como se muestra en la Tabla 19.

Tabla 19: Distribución según el estado civil de los padres y madres participantes

| ESTADO CIVIL    | N   | %      |
|-----------------|-----|--------|
| CASADA/O        | 252 | 78.26% |
| SOLTERA/O       | 29  | 9.01%  |
| DIVORCIADA      | 14  | 4.35%  |
| SEPARADA/O      | 11  | 3.42%  |
| OTRO            | 9   | 2.80%  |
| PAREJA DE HECHO | 7   | 2.17%  |



Con respecto al subsistema fraterno, la mayoría de los niños tenían un hermano (59.9%), un 23.6% eran hijos únicos y un 16.5% tenían dos o más hermanos. La Figura 7 muestra la distribución de los participantes según el número de hermanos que tenían en el momento del estudio.

Figura 7: Distribución de participantes según el número de hermanos

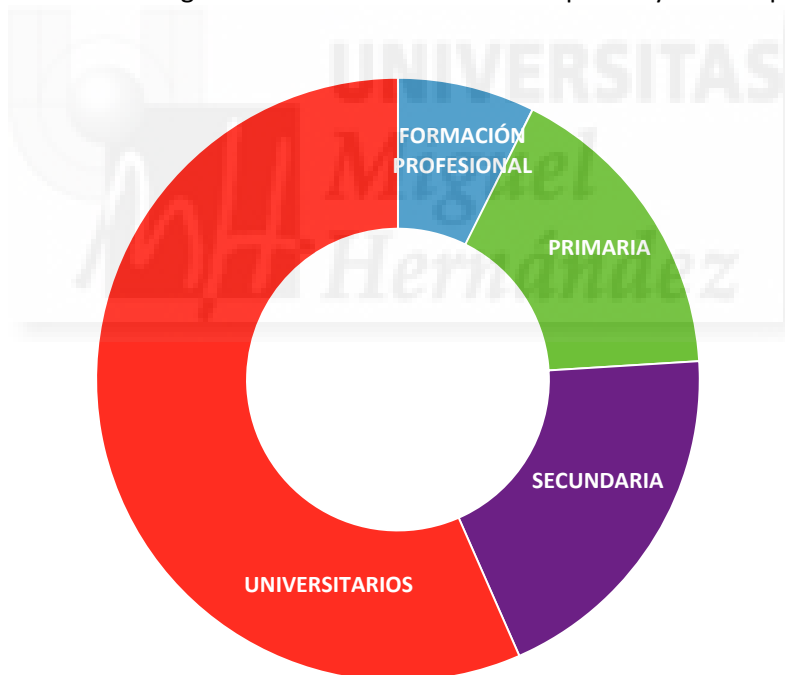


Por lo que respecta al nivel socioeconómico de las familias, determinado a través de la situación laboral, cargo y sector del padre y de la madre, era predominantemente medio. Casi la mitad de los participantes (45.3%) tenían estudios universitarios y un 69.2% estaban empleados. La Tabla 20 y la Figura 8, muestran la distribución de los participantes según el nivel de formación de los padres en el momento del estudio.

Tabla 20: Distribución según el nivel formativo de padres y madres

| NIVEL DE ESTUDIOS     | N   | %      |
|-----------------------|-----|--------|
| BACHILLERATO          | 64  | 19.88% |
| FORMACIÓN PROFESIONAL | 19  | 5.90%  |
| PRIMARIA              | 43  | 13.35% |
| SECUNDARIA            | 50  | 15.53% |
| UNIVERSITARIOS        | 146 | 45.34% |

Figura 8: Distribución según el nivel de formación de los padres y madres participantes

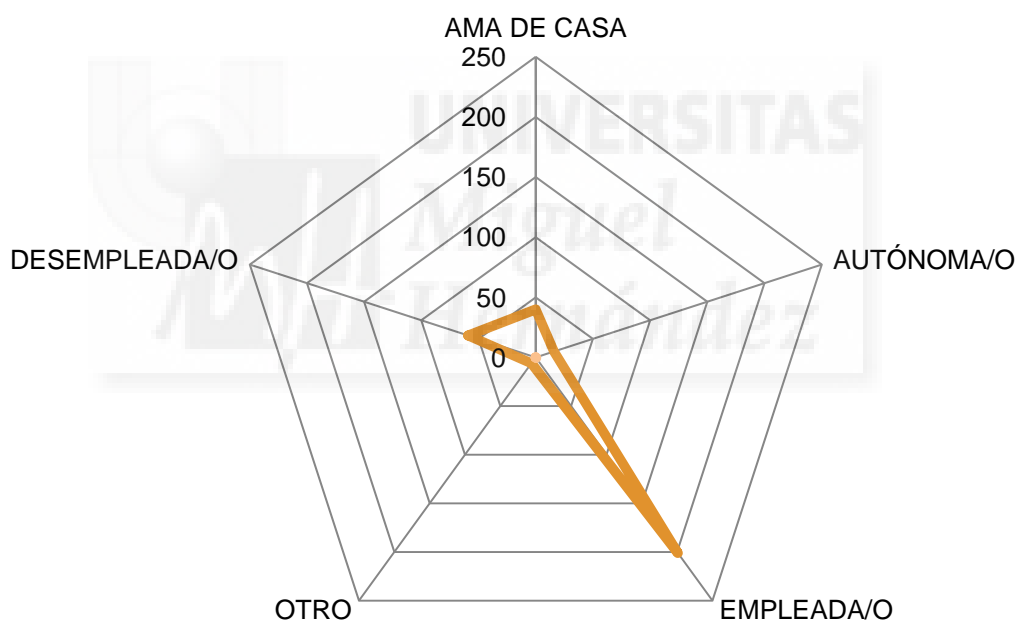


La mayoría de los participantes del estudio, estaban empleados en el momento del estudio, bien por cuenta ajena (62.42%) como de manera autónoma (4.97%). Sin embargo, tal y como se muestra tanto en la Tabla 21 como en la Figura 9, existía un alto nivel de desempleo que refleja la situación laboral del país en el momento del estudio.

Tabla 21: Distribución según ocupación de los padres y madres

| OCUPACION     | N   | %      |
|---------------|-----|--------|
| AMA DE CASA   | 40  | 12.42% |
| AUTÓNOMA/O    | 16  | 4.97%  |
| EMPLEADA/O    | 201 | 62.42% |
| OTRO          | 6   | 1.86%  |
| DESEMPLEADA/O | 59  | 18.32% |

Figura 9: Distribución según la ocupación de padres y madres



A partir de la muestra total, se establecieron a posteriori dos submuestras, con el propósito de poder llevar a cabo los objetivos planteados en el estudio. A continuación se presentan las características de ambas submuestras.

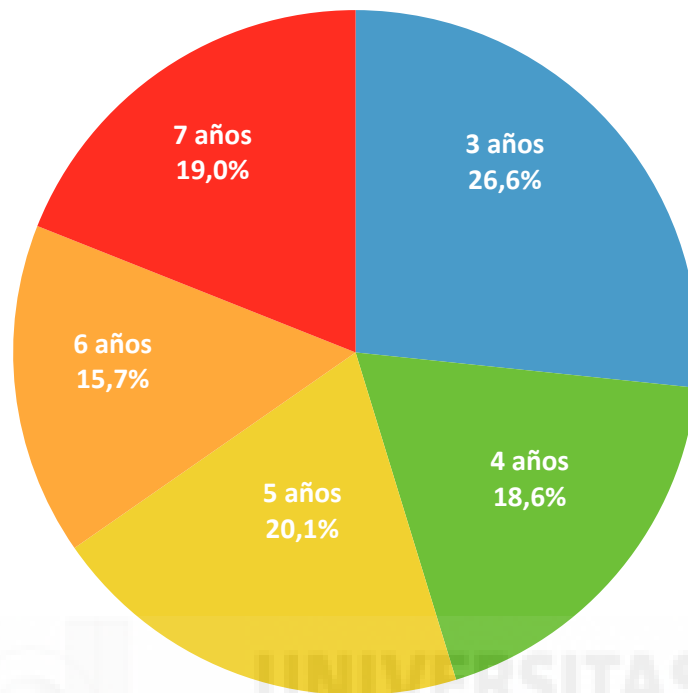
### 6.1.1. Submuestra 1

En relación al objetivo de conocer la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la PAS, se seleccionó una submuestra formada por 274 niños (53% niños y 47% niñas) de entre 3 y 7 años, quienes habían completado todos los ítems de la escala. La Tabla 22 y la Figura 10, muestran la distribución del número y porcentaje de niños según la edad que tenían en el momento del estudio, siendo la edad media de la submuestra de 4.82 años ( $DT = 1.46$ ).

Tabla 22: Distribución según edad de los niños

| EDAD | n  | %    |
|------|----|------|
| 3    | 73 | 26.6 |
| 4    | 51 | 18.6 |
| 5    | 55 | 20.1 |
| 6    | 43 | 15.7 |
| 7    | 52 | 19   |

Figura 10: Distribución según edad de los niños



Para esta submuestra, los instrumentos de evaluación fueron completados mayoritariamente por las madres (83%), seguido por los padres (16%) y por otros miembros de la familia (1%). La mayoría de los niños eran nacidos en España (93%) y todos ellos eran hispano hablantes. La edad media de los padres era de 37 años y la mayoría estaban casados (88%). El 45% tenían estudios universitarios y el 33% estaban desempleados en el momento de realizar el estudio. En la Tabla 23, se expone un resumen de las variables sociodemográficas de los participantes en el momento del estudio.

Tabla 23: Variables sociodemográficas de los participantes (N = 274)

| PARTICIPANTES                           |          |             |
|---|----------|-------------|
| Responde <i>n</i> (%)                   | Madres   | 227 (83)    |
|   | Padres   | 44 (16)     |
|   | Otros    | 3 (1)       |
| Nacionalidad <i>n</i> (%)               | Española | 255 (93)    |
|   | Otras    | 19 (7)      |
| Edad media de los padres (años) (DT)    |          | 37 (4.95)   |
| Edad media de los niños (años) (DT)     |          | 4.82 (1.46) |
| Género de los niños <i>n</i> (%)        | Varones  | 145 (53)    |
| Estado civil de los padres <i>n</i> (%) | Casados  | 252 (88)    |
|   | Otros    | 29 (9.01)   |

### 6.1.2. Submuestra 2

Con el objetivo de conocer la relación entre la ansiedad de las madres y la ansiedad por separación de los hijos, examinando los estilos educativos como variable mediadora, se seleccionó una submuestra formada por 227 madres y 235 niños (8 madres tenían más de un hijo participante en el estudio). La edad de las madres osciló entre 20 y 50 años, con una edad media de 36.73 años ( $DT = 5.25$ ).

El 47% de las madres participantes tenían estudios universitarios y el 61% trabajaba por cuenta ajena. El nivel socioeconómico de las familias, determinado a través de la situación laboral y ocupación del padre y de la madre, era medio. La mayoría de las madres participantes (91.9%) eran de nacionalidad española y estaban casadas (77.9%).

Aproximadamente el 75% de los madres participantes informaron tener al menos un hijo más ( $M = 0.94$ ;  $DT = 0.72$ ), además del niño preescolar al que habían evaluado. En la Tabla 24 se presentan las características generales de las madres que participaron en el estudio.

Tabla 24: Variables sociodemográficas de las madres ( $N = 227$ )

| MADRES                     |                         |              |
|----------------------------|-------------------------|--------------|
| Edad media (años) ( $DT$ ) |                         | 36.73 (5.25) |
| Nivel educativo $N$ (%)    | Estudios primarios      | 32 (14.5)    |
|                            | Estudios secundarios    | 41 (18.6)    |
|                            | Bachillerato            | 43 (19.5)    |
|                            | Estudios universitarios | 104 (47.4)   |
| Ocupación $N$ (%)          | Ama de casa             | 33 (14)      |
|                            | Autónomo                | 11 (4.7)     |
|                            | Desempleado             | 41 (17.4)    |
|                            | Empleado                | 144 (61.3)   |
|                            | Otro                    | 6 (2.6)      |

El 54% de los hijos evaluados en el estudio eran varones, y la edad media grupal fue 4.07 ( $DT = 1.11$ ). Como se observa en la Tabla 25, la mayoría de los niños eran de nacionalidad española.

Tabla 25: Variables sociodemográficas de los niños (N = 235)

| NIÑOS                  |          |             |
|------------------------|----------|-------------|
| Varones N (%)          |          | 127 (54)    |
| Edad media (años) (DT) |          | 4.07 (1.11) |
| Nacionalidad N (%)     | Española | 216 (91.9)  |
|                        | Otra     | 19 (8.1)    |

## 6.2 Descripción de los Instrumentos de Evaluación

### - Cuestionario Sociodemográfico

Este instrumento se diseñó *ad hoc* para recoger información socio-demográfica de los participantes y estuvo compuesto por tres partes. La primera parte incluyó información sobre el objetivo del estudio, instrucciones para completarlo correctamente, un apartado a rellenar con los datos del niño así como un correo electrónico a disposición de los padres en caso de estar interesados en recibir información sobre los resultados obtenidos.

La segunda parte estuvo formada por siete preguntas acerca de la persona que contestaba las pruebas y evaluaba al niño: tipo de parentesco, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios y ocupación. En la tercera parte se incluían cuatro preguntas que recogían la siguiente información del niño: género, fecha de nacimiento, número de hermanos y fecha de nacimiento de los hermanos.



- ***Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982)***

Esta escala es una de las medidas más utilizadas para la evaluación de la ansiedad en adultos (Glasheen et al., 2010). La medida está compuesta por 40 ítems divididos en dos partes; la primera cuenta con 20 ítems relacionados con la ansiedad como estado transitorio causado por factores circunstanciales y preguntas directas como: *“En este momento me siento alterado”* y preguntas inversas como: *“En este momento me siento calmado”* que cuenta para su respuesta con una escala tipo Likert de 4 puntos (0: Nada, 1: Algo, 2: Bastante y 3: Mucho).

La segunda parte incluye 20 ítems relacionados con la ansiedad como rasgo estable de la personalidad con preguntas directas como: *“Normalmente me preocupo demasiado por cosas sin importancia”* y preguntas inversas como *“Normalmente soy una persona tranquila, serena y sosegada”*. Consta para su administración con una escala tipo Likert de 4 puntos (0: Casi nunca, 1: A veces, 2: A menudo y 3: Casi siempre).

Este cuestionario debía ser cumplimentado según los pensamientos y sentimientos de los participantes adultos (padres, madres y otros cuidadores). La puntuación total de cada subescala puede oscilar entre 0 y 60 puntos.

El STAI cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, tanto es así que en estudios formados por participantes de origen español, se han encontrado niveles de consistencia interna que oscilan entre 0.84 y 0.93 en cada una de las subescalas y en la puntuación total (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2012).

En la Tabla 26 se resumen las características de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo. En concreto, los factores que forman la prueba, el número de ítems de cada subescala, así como un ejemplo de cada ítem directo e inverso.

Tabla 26: Factores de la Escala STAI de Ansiedad Estado/Rasgo para adultos

| FACTORES        | NUMERO DE ITEMS | OPCIONES DE RESPUESTA | EJEMPLO DE ITEMS  |
|-----------------|-----------------|-----------------------|---|
| Ansiedad Estado | 20              | 0-3                   | Directa: <i>“En este momento me siento alterado”</i>                          |
|                 |                 |                       | Inversa: <i>“En este momento me siento calmado”</i>                           |
| Ansiedad Rasgo  | 20              | 0-3                   | Directa: <i>“Normalmente me preocupo demasiado por cosas sin importancia”</i> |
|                 |                 |                       | Inversa: <i>“Normalmente soy una persona tranquila, serena y sosegada”</i>    |

- **Escala de Ansiedad Preescolar (SCAS; Spence et al., 2001)**

Se trata de una escala que mide ansiedad en niños de edades comprendidas entre los 31 y 83 meses de edad y que en su versión original fue aplicado en inglés a una muestra de madres y padres australianos. Para su versión en español, se siguió la metodología de traducción y retrotraducción (Hambleton, 2005) con la aprobación de la autora en su versión final; un nativo inglés tradujo la escala de inglés a español, y después fue traducida de nuevo la versión española obtenida a inglés, comparándose ambas versiones. Las diferencias encontradas entre las dos versiones se discutieron y se llevaron a cabo los cambios pertinentes.

La versión original de la PAS está formada por 28 ítems que corresponden a experiencias relacionadas con el miedo y preocupación en los niños preescolares, y se dividen en 5 subescalas: Ansiedad Generalizada, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Miedo por la integridad física y Ansiedad por separación, además de una puntuación de ansiedad total y de una serie de ítems relacionados con estrés postraumático a contestar únicamente si han respondido previamente de forma afirmativa a haber sufrido algún acontecimiento traumático.

Se completa a través de una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: A veces, 3: Bastantes veces, y 4: Muchas veces) en la que los padres deben calificar la frecuencia con la que sus hijos experimentan las situaciones expuestas.

- ***Perfil de Estilos Educativos (PEE; Magaz y García, 1998)***

Se trata de una escala que, en su versión para padres, está compuesta por 48 ítems divididos en cuatro grupos de 12 ítems cada uno que corresponden a los estilos educativos: Sobreprotector, Asertivo, Punitivo e Inhibido. Los padres debían responder mediante una escala dicotómica de “Sí” o “No” a las afirmaciones propuestas según la percepción de sus propias conductas ante la educación hacia sus hijos.

En la Tabla 27 se detallan las características de las subescalas del Perfil de Estilos Educativos. Se detallan las diferentes subescalas de la prueba, el número de ítems, y las opciones de respuesta, así como un ejemplo de cada ítem.

Tabla 27: Factores de la Escala de Estilos Educativos (PEE)

| FACTORES       | NUMERO DE ITEMS | OPCIONES DE RESPUESTA | EJEMPLO DE ITEMS  |
|----------------|-----------------|-----------------------|---|
| Sobreprotector | 12              | Sí-No                 | <i>“Los padres tenemos la obligación de educar a nuestros hijos evitándoles cualquier tipo de malestar o incomodidad”</i>       |
| Asertivo       | 12              | Sí-No                 | <i>“Para que mis hijos progresen en la vida tengo que enseñarles y luego permitirles que practiquen lo que les he enseñado”</i> |
| Punitivo       | 12              | Sí-No                 | <i>“La clave para educar bien a los hijos consiste, especialmente, en castigarlos cuando se porten mal”</i>                     |
| Inhibido       | 12              | Sí-No                 | <i>“Creo que los padres tenemos que dejar a los hijos “a su aire” para que aprendan por su cuenta”</i>                          |

- *Cuestionario de Calidad de Vida (KIDDY-KINDL; Bullinger, von Mackensen y Kirchberger , 1994; Ravens-Sieberer y Bullinger, 1998)*

De origen alemán, el KIDDY-KINDL fue desarrollado por Bullinger et al. en 1994 y revisado por Ravens-Sieberer y Bullinger en el año 1998; fue traducido al español por Rajmil et al. (2004) en la ciudad de Barcelona en el año 2003.

El KIDDY-KINDL es un instrumento heteroaplicado, dirigido a niños de 4 a 7 años que puede aplicarse tanto en niños sanos como en la práctica clínica. Esta escala mide mediante 24 ítems generales la calidad de vida relacionada con la salud a través de seis dimensiones: Bienestar físico, Bienestar psicológico, Autoestima, Familia, Amigos y Escuela. Además, cuenta con 6 ítems específicos adicionales de información clínica

con preguntas dirigidas a niños y niñas que padecen enfermedades crónicas. Para responder, los padres debían marcar mediante una escala tipo Likert de cinco puntos según consideraban la calidad de vida de sus hijos (1: Nunca, 2: Casi nunca, 3: Algunas veces, 4: Casi siempre, 5: Siempre). La calidad de vida se puntúa en una escala de 0-100, de modo que a mayor puntuación mejor calidad de vida.

En la Tabla 28 se presentan los factores del Cuestionario de Calidad de Vida, especificando los factores, el número de ítems, las opciones de respuesta y un ejemplo de ítem de cada factor.

Tabla 28: Factores del Cuestionario de Calidad de Vida (KIDDY-KINDL)

| FACTORES              | NUMERO DE ITEMS | OPCIONES DE RESPUESTA | EJEMPLO DE ITEMS  |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|---|
| Bienestar Físico      | 4               | 1-5                   | <i>“La semana pasada mi hijo se ha sentido enfermo/a”</i>                         |
| Bienestar Psicológico | 4               | 1-5                   | <i>“La semana pasada mi hijo se ha reído y divertido mucho”</i>                   |
| Autoestima            | 4               | 1-5                   | <i>“La semana pasada mi hijo se ha sentido orgulloso de sí mismo/a”</i>           |
| Familia               | 4               | 1-5                   | <i>“La semana pasada mi hijo ha sentido que no le dejábamos tomar decisiones”</i> |
| Amigos                | 4               | 1-5                   | <i>“La semana pasada se ha sentido diferente de los demás”</i>                    |
| Escuela               | 4               | 1-5                   | <i>“La semana pasada mi hijo se ha llevado bien con sus amigos/as”</i>            |

### 6.3 Procedimiento y Diseño

---

Para el reclutamiento de la muestra se contactó con cuatro colegios (dos públicos, uno concertado y uno privado) de la provincia de Alicante, solicitando la participación voluntaria y anónima a madres y padres de niños de entre 3 y 7 años de edad. Previamente se solicitaron los permisos oportunos a los directores de los centros. Para ello, se concertó una cita con el equipo directivo de cada colegio, en la que se informó sobre los objetivos de la investigación y se solicitó su colaboración. Además, antes del inicio del estudio, se obtuvo la aprobación por parte de la Comisión de ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio eran: (a) tener niños con edades entre 3 y 7 años, (b) entregar el consentimiento informado, y (c) no haber recibido tratamiento psicológico previo para los síntomas de ansiedad. Con el objetivo de fomentar la participación de los padres, se ofreció a aquellos padres que lo desearan, poder recibir información personalizada sobre los resultados obtenidos tras la corrección de las pruebas.

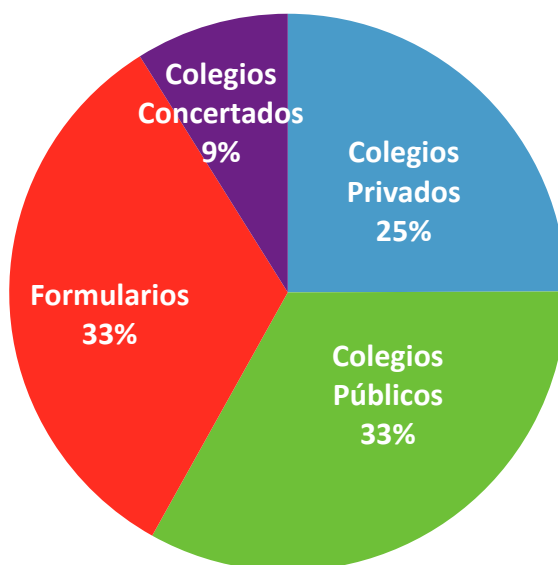
Se distribuyeron 675 cuestionarios, a través de los profesores, a los padres de los alumnos de Educación Infantil y de los dos primeros cursos de Educación Primaria para que los rellenaran en casa. En ellos, se incluía una primera hoja informativa, en la que se explicaban los objetivos de la investigación, se pedía la colaboración voluntaria y se daba la opción de cumplimentar sus datos de contacto en caso de querer ser informados de los resultados obtenidos. De los cuestionarios repartidos se obtuvieron 217 contestados, la mayoría de los cuales mostraron interés en conocer los resultados obtenidos por sus hijos en sintomatología ansiosa.

Aunque se contó con el apoyo de los equipos directivos y el profesorado de los colegios, sólo un 35.75% de los cuestionarios entregados a los padres fueron contestados correctamente y devueltos a los profesores de los niños en un sobre cerrado para garantizar el anonimato en las respuestas.

Con el fin de aumentar la muestra del estudio, se realizó un nuevo reclutamiento de participantes, en este caso a través de las redes sociales. Se proporcionó información sobre el estudio, ofreciendo la posibilidad de participar en él. Se contactó con los padres interesados y se les solicitó que cumplimentaran las pruebas de evaluación, resolviendo por vía telefónica y/o por correo electrónico las dudas que surgían. De este modo, se reclutaron 105 participantes, lo que representa el 33% de la muestra.

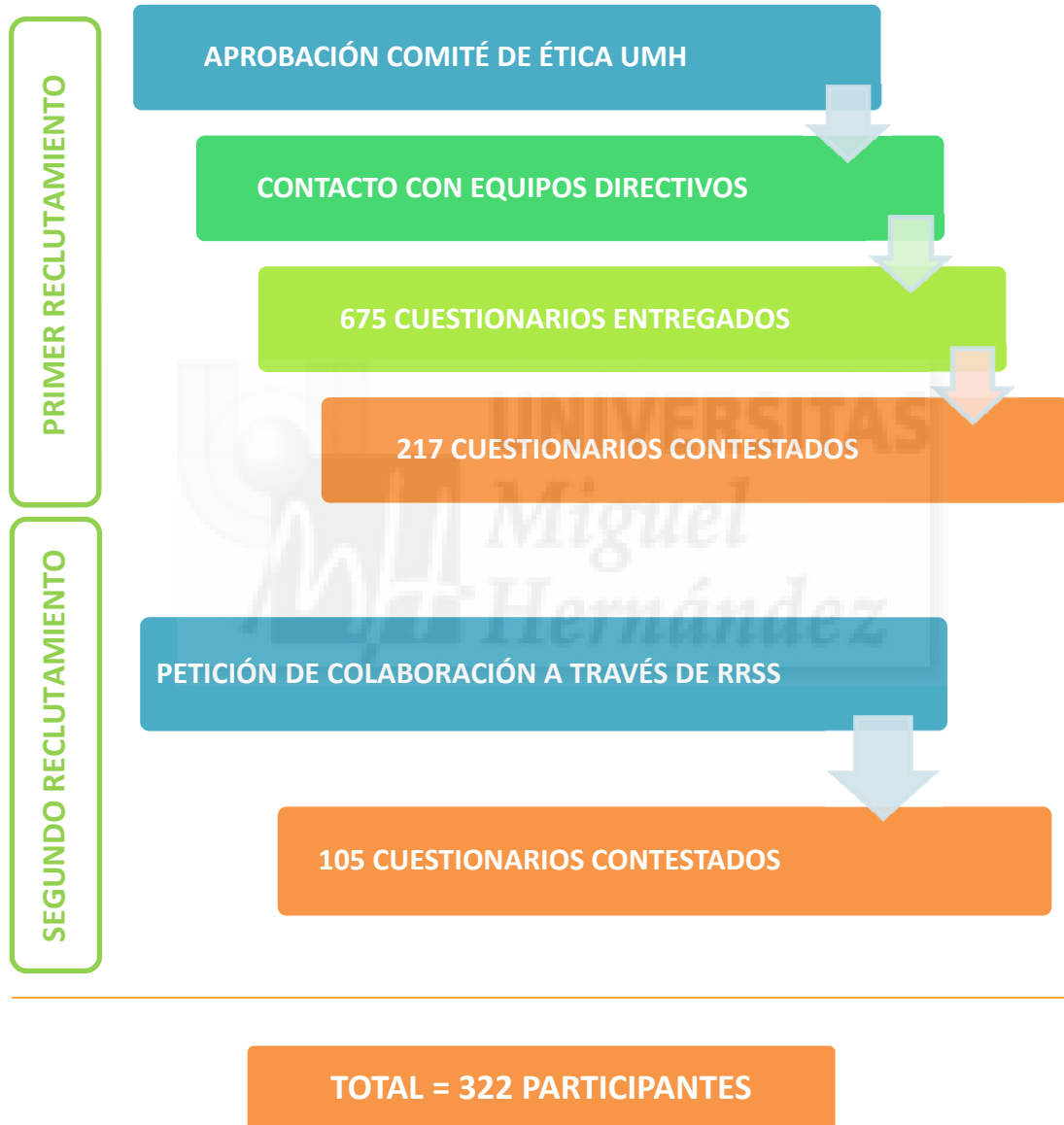
La muestra total estuvo por tanto compuesta por 322 participantes, de los que 105 (33%) fueron reclutados mediante redes sociales y 217 (67%) fueron reclutados de los centros escolares. La Figura 11, muestra la distribución según los colegios que participaron en el estudio:

Figura 11: Distribución de participantes según el colegio en el que fueron reclutados.



A continuación, en la Figura 12, se resume el procedimiento de reclutamiento de la muestra.

Figura 12: Proceso de reclutamiento de la muestra.





#### 6.4 Análisis Estadísticos

---

Para el primer objetivo, los análisis se llevaron a cabo utilizando el programa estadístico SPSS.22 y EQS versión 6.1 (Bentler, 2005). Los efectos de género y edad se examinaron mediante análisis de varianza (ANOVA) entre sujetos 2 (género) x 5 (edad). Se tomó un nivel conservador de significación ( $p < 0.01$ ) para reducir el riesgo de error tipo I, dado el número de comparaciones de edad, género e interacción realizadas con las subescalas. Se calculó el tamaño de efecto de Cohen para cada comparación (Cohen, 1988).

La consistencia interna se calculó con el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total y para cada subescala, para niños y niñas, y combinados. El coeficiente de correlación de Pearson se calculó para analizar la validez concurrente. Se llevó a cabo análisis factorial confirmatorio, con el método de estimación de máxima verosimilitud usando la matriz de covarianza de las variables latentes, para determinar si el modelo original de cinco factores correlacionados del PAS proporcionaba un buen ajuste de los datos para la muestra española, mediante los siguientes criterios (Byrne, 2005): Comparative Fit Index (CFI; Bentler, 1990), con un valor igual o superior a .90 (Hu y Bentler, 1999); Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), con un valor inferior a 0.08 (Hu y Bentler, 1999); y Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA, Steiger, 1990), junto con su intervalo de confianza del 90% (IC) y valores inferiores a 0.05 (Browne y Cudeck, 1993). Para probar si el modelo más simple, el modelo unifactorial, era mejor o peor que el modelo original de cinco factores, el análisis se llevó a cabo con el mismo procedimiento. Debido a la falta de una base teórica para establecer un número diferente de factores, no se probó ningún modelo alternativo.

Para el segundo objetivo, conocer la relación entre la ansiedad de las madres y de los hijos con el estilo parental como variable mediadora, se llevaron a cabo los siguientes análisis: se calcularon los estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas, tamaños muestrales y porcentajes) de las variables sociodemográficas de la muestra y de las variables del estudio (ansiedad rasgo de la madre, ansiedad por separación del niño y los estilos educativos sobreprotector, asertivo, punitivo e inhibido). Se analizaron las relaciones entre las variables del estudio mediante rho ( $r$ ) de Spearman, tras comprobar la ausencia de normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov ( $p < .05$ ). Para analizar las diferencias de género en las variables del estudio se empleó la prueba no paramétrica  $U$  de Mann-Whitney, recomendada en casos de incumplimiento del principio de normalidad. Se calculó  $r$  de Rosenthal para estimar el tamaño del efecto de las diferencias intergrupo (niños y niñas) que se interpreta en función de los siguientes rangos: .1 pequeño, .3 mediano y .5 grande (Rosenthal, 1991). La consistencia interna de cada uno de los autoinformes fue estimada con  $\alpha$  de Cronbach. Para estos análisis se empleó SPSS v23.

Los análisis de mediación fueron calculados mediante el macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2013). Se aplicó un modelo de mediación múltiple en paralelo usando el método de bootstrapping (5000 *samples*) (Preacher y Hayes, 2008) para examinar los cuatro potenciales mediadores simultáneamente. En los modelos de mediación múltiple los mediadores pueden estar correlacionados, pero no debe existir una relación causal entre los mismos (Montoya y Hayes, 2017). La sintomatología de ansiedad por separación del niño fue la variable resultado. En el modelo, la relación entre la ansiedad rasgo de la madre y el estilo educativo aplicado a la crianza del hijo (M) se representa en el path  $\alpha$ ; mientras que la relación entre el estilo educativo (M) y la ansiedad por separación del niño (Y) en el path  $\beta$ . De

acuerdo con Preacher y Hayes (2008), el efecto indirecto sobre la variable resultado se determinó a partir de los intervalos de confianza ajustados y corregidos para el error (95%). Cuando el intervalo de confianza no incluye el cero se considera la presencia de un efecto indirecto estadísticamente significativo (Hayes, 2013). La asunción de normalidad multivariada para los efectos indirectos es especialmente difícil en muestras pequeñas; por lo que se recomienda el bootstrapping por ser un método robusto con gran poder estadístico que reduce la probabilidad de error tipo I (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West y Sheets, 2002). Los análisis fueron controlados por género y edad del niño, el número de hermanos del niño y la edad de la madre.





# CAPÍTULO 7

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las diferentes fases de estudio. En primer lugar se muestran los resultados referentes al primer objetivo del estudio, el análisis factorial y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Preescolar en una muestra de preescolares españoles. En segundo lugar se presentan los resultados del segundo objetivo, examinar la relación entre la ansiedad de las madres y la ansiedad por separación en sus hijos, teniendo en cuenta el papel de los estilos educativos como variables mediadores de la relación.

### 7.1. Análisis de la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la versión española de la PAS

#### 7.1.1 Estructura factorial

Antes de llevar a cabo el análisis factorial confirmatorio, se calcularon los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems del PAS. Los resultados sugirieron la eliminación de 8 ítems debido a la baja correlación ítem-escala y por tener una puntuación media muy diferente de la del resto de los ítems. Los ítems eliminados fueron el 6, 10, 11, 17, 22, 24, 26 y 28. La Tabla 29 muestra las características descriptivas de los ítems que se incluyeron en la versión española del PAS.

Tabla 29: Distribución de puntuaciones de los ítems mantenidos en la versión española de la PAS

| PUNTUACIONES DE LA PAS |          |           |           |          |
|------------------------|----------|-----------|-----------|----------|
|                        | <i>M</i> | <i>DT</i> | Asimetría | Curtosis |
| SCAS1                  | 1.884    | 0.916     | 0.760     | -0.084   |
| SCAS2                  | 2.172    | 1.043     | 0.644     | -0.132   |
| SCAS3                  | 1.843    | 0.964     | 0.948     | 0.190    |
| SCAS4                  | 1.577    | 0.778     | 1.325     | 1.523    |
| SCAS5                  | 1.475    | 0.695     | 1.331     | 1.114    |
| SCAS7                  | 1.644    | 0.912     | 1.297     | 0.920    |
| SCAS8                  | 1.470    | 0.752     | 1.648     | 0.249    |
| SCAS9                  | 1.541    | 0.841     | 1.591     | 2.155    |
| SCAS12                 | 2.134    | 1.053     | 0.526     | -0.571   |
| SCAS13                 | 1.932    | 1.016     | 0.888     | 0.180    |
| SCAS14                 | 1.326    | 0.544     | 1.426     | 1.080    |
| SCAS15                 | 1.700    | 0.893     | 1.068     | 0.287    |
| SCAS16                 | 1.827    | 0.984     | 0.952     | 0.367    |
| SCAS18                 | 1.292    | 0.635     | 2.316     | 5.019    |
| SCAS19                 | 2.000    | 1.065     | 0.953     | 0.373    |
| SCAS20                 | 2.052    | 1.071     | 0.760     | -0.121   |
| SCAS21                 | 1.378    | 0.674     | 1.928     | 4.256    |
| SCAS23                 | 1.420    | 0.738     | 1.757     | 2.698    |
| SCAS25                 | 1.371    | 0.716     | 2.131     | 3.931    |
| SCAS27                 | 1.089    | 0.358     | 4.704     | 25.432   |

Nota: *DS*: Desviación Típica

Según Finney y DiStefano (2006), la asimetría mayor que 2 y la curtosis mayor que 7 son indicadores de una distribución no normal. Además, un valor del coeficiente de curtosis normalizada multivariado de Mardia mayor que 3 también es un indicador de una distribución no normal (Bentler, 2005). El análisis de los ítems y el valor de la curtosis multivariada normalizada de Mardia de 189.95 indicaron una grave distribución no normal. Tal y como recomiendan Finney y DiStefano (2006), se utilizó la estimación de máxima verosimilitud con el método de escalado chi-cuadrado de Satorra-Bentler (S-B  $\chi^2$ ) con índices robustos de ajuste (CFI y RMSEA robustos) para abordar la no normalidad.

El modelo de ecuaciones estructurales indicó un ajuste menos que deseable para el modelo correlacionado de cinco factores: CFI = .83; SRMR = .067; RMSEA = .059, CI (.049 - .069). La S-B  $\chi^2$  para el modelo fue significativa (308.07 DF 160,  $p < .001$ ), pero esto es habitual con muestras grandes incluso con un buen ajuste del modelo a los datos (Jöreskog y Sörbom, 1984). La prueba del multiplicador de Lagrange indicó que la adición de los errores correlacionados entre los siguientes pares de ítems mejoraría el ajuste del modelo: e2-e19; e1-e18. Se permitió que los errores entre ítems pertenecientes al mismo factor se correlacionaran cuando los índices de modificación fueran grandes y esta correlación fue apoyada por una fuerte justificación teórica.

La nueva especificación del modelo logró un ajuste razonable a los datos: CFI = .90; SRMR = .060; RMSEA = .046, CI (.035 - .057). La S-B  $\chi^2$  para el modelo fue significativa (247.25 DF 158,  $p < .001$ ). Todas las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas con valores estandarizados que exceden .40 (Tabla 30). Con el fin de determinar si estos resultados son

mejores o peores que un modelo con un solo factor, el modelo unifactorial se examinó mediante el mismo procedimiento.

Tabla 30: Resultados del análisis factorial confirmatorio

|                                       | CARGA FACTORIAL |       |       |       |       |
|---------------------------------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|
|                                       | F1              | F2    | F3    | F4    | F5    |
| <b>Ansiedad generalizada</b>          |                 |       |       |       |       |
| Item 1                                | 0.531           |       |       |       |       |
| Item 4                                | 0.622           |       |       |       |       |
| Item 8                                | 0.520           |       |       |       |       |
| Item 14                               | 0.680           |       |       |       |       |
| <b>Ansiedad social</b>                |                 |       |       |       |       |
| Item 2                                |                 | 0.446 |       |       |       |
| Item 5                                |                 | 0.621 |       |       |       |
| Item 15                               |                 | 0.680 |       |       |       |
| Item 19                               |                 | 0.591 |       |       |       |
| Item 23                               |                 | 0.567 |       |       |       |
| <b>Trastorno obsesivo-compulsivo</b>  |                 |       |       |       |       |
| Item 3                                |                 |       | 0.574 |       |       |
| Item 9                                |                 |       | 0.493 |       |       |
| Item 18                               |                 |       | 0.501 |       |       |
| Item 21                               |                 |       | 0.542 |       |       |
| Item 27                               |                 |       | 0.516 |       |       |
| <b>Miedo por la integridad física</b> |                 |       |       |       |       |
| Item 7                                |                 |       |       | 0.545 |       |
| Item 13                               |                 |       |       | 0.417 |       |
| Item 20                               |                 |       |       | 0.567 |       |
| <b>Ansiedad por separación</b>        |                 |       |       |       |       |
| Item 12                               |                 |       |       |       | 0.593 |
| Item 16                               |                 |       |       |       | 0.644 |
| Item 25                               |                 |       |       |       | 0.599 |



Los resultados mostraron un ajuste inadecuado de los datos: S-B  $\chi^2 = 457.35$ ,  $DF = 170$ ,  $p < .000$ ; CFI = .67; SRMR = .082; RMSEA = .08, CI (.071 - .088). El CFI estaba muy lejos del valor óptimo; el SRMR y el RMSEA tienen valores mayores que los obtenidos en el modelo de cinco factores. La comparación de SB- $\chi^2$  de ambos modelos (cinco factores y un factor) muestra diferencias significativas. Todos estos resultados indican que el modelo de cinco factores se ajusta mejor a los datos que el modelo simple de un factor.

### 7.1.2 Fiabilidad y validez convergente

La versión española de la escala de 20 ítems presentó una alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de .84 para la puntuación total, .85 para los niños y .81 para las niñas. La fiabilidad para cada subescala varió de .50 a .73; la consistencia interna para los varones estuvo entre .50 y .73, mientras que para las niñas varió de .48 a .75 (Tabla 31).

Tabla 31: Consistencia Interna de la PAS

|                                | CONSISTENCIA INTERNA |       |       |
|--------------------------------|----------------------|-------|-------|
|                                | Niños                | Niñas | Total |
| Ansiedad generalizada          | .73                  | .68   | .71   |
| Ansiedad social                | .72                  | .75   | .73   |
| Trastorno obsesivo-compulsivo  | .68                  | .58   | .63   |
| Miedo por la integridad física | .50                  | .48   | .50   |
| Ansiedad por separación        | .63                  | .67   | .65   |
| Total                          | .85                  | .81   | .84   |

Se calcularon las correlaciones entre las subescalas de la PAS (Tabla 32). Las correlaciones significativas más fuertes se encontraron entre la ansiedad generalizada y la fobia social (.53), y las menos fuertes entre el trastorno de ansiedad de separación y el miedo por la integridad física (.32).

Tabla 32: Correlaciones entre las subescalas de la PAS

|     | TAG | TAS | TOC | MIF | FS |
|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| TAG | 1   |     |     |     |    |
| TAS | .43 | 1   |     |     |    |
| TOC | .49 | .45 | 1   |     |    |
| MIF | .35 | .32 | .34 | 1   |    |
| FS  | .53 | .35 | .53 | .34 | 1  |

Nota. Correlaciones significativas  $p < .001$ ; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TAS = Trastorno de Ansiedad por Separación; TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo, MIF = Miedos por la Integridad Física; FS = Fobia Social

La validez convergente contó con el apoyo de correlaciones significativas entre el PAS y el Kiddy-KINDL (Tabla 33). Los resultados muestran correlaciones moderadas, pero significativas y negativas entre el Kiddy-KINDL y la puntuación total ( $r = -.45$ ); las subescalas de la PAS (de  $-.17$  a  $-.52$ ) indican que la ansiedad tiende a aumentar a medida que disminuye el bienestar.

Tabla 33: Validez convergente de la PAS

| SUBESCALAS DE LA PAS          | KINDL  |
|-------------------------------|--------|
| Generalized anxiety           | -.52** |
| Social anxiety                | -.40** |
| Obsessive-compulsive disorder | -.30** |
| Physical injury fears         | -.17** |
| Separation anxiety            | -.30** |
| Total                         | -.45** |

\*\*  $p < .01$

### 7.1.3 Datos descriptivos

La Tabla 34 muestra las medias y desviaciones típicas para las puntuaciones totales y subescalas de la PAS en niños y niñas para cada grupo de edad. Para la muestra total, la puntuación media en la PAS fue 33.15 ( $DT = 8.44$ ).

Las niñas presentaron una puntuación media de 34.39 ( $DT = 8.23$ ), y los niños de 32.02 ( $DT = 8.50$ ). Los resultados mostraron diferencias significativas según el género para la puntuación total y para la subescala de miedos por la integridad física ( $p < 0.01$ ), presentando más síntomas de ansiedad las niñas que los niños con tamaños del efecto pequeños (0.30 para la puntuación total, 0.28 para la subescala miedo por la integridad física).

Tabla 34. Media y Desviación Típica según género y edad.

|                                       | EDAD            |                 |                 |                      |                  |                 | COMPARACIÓN           |                       | EFECTOS DE INTERACCIÓN |      |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------------|------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------|
|                                       | 3               | 4               | 5               | 6                    | 7                | Total           | Género                | Edad                  | Género X Edad          |      |
|                                       | M (DT)          | M (DT)          | M (DT)          | M (DT)               | M (DT)           | M (DT)          | U-Mann-Whitney        | Kruskal-Wallis        | F                      | Sig. |
| <b>Ansiedad generalizada</b>          |                 |                 |                 |                      |                  |                 |                       |                       |                        |      |
| Niños                                 | 1.43<br>(0.51)  | 1.44<br>(0.49)  | 1.49<br>(0.48)  | 1.58<br>(0.53)       | 1.66<br>(0.69)   | 1.51<br>(0.54)  | 1.088 ( $p = 0.27$ )  | 8.87 ( $p = 0.64$ )   | 1.512                  | .199 |
| Niñas                                 | 1.51<br>(0.61)  | 1.62<br>(0.54)  | 1.57<br>(0.59)  | 1.32<br>(0.41)       | 1.84<br>(0.62)   | 1.59<br>(0.55)  |                       |                       |                        |      |
| Total                                 | 1.48<br>(0.49)  | 1.53<br>(0.52)  | 1.53<br>(0.53)  | 1.46<br>(0.49)       | 1.75<br>(0.66)   | 1.55<br>(0.55)  |                       |                       |                        |      |
| <b>Ansiedad Social</b>                |                 |                 |                 |                      |                  |                 |                       |                       |                        |      |
| Niños                                 | 1.61<br>(0.59)  | 1.71<br>(0.42)  | 1.65<br>(0.59)  | 1.80<br>(3.0.6<br>5) | 1.80<br>(0.77)   | 1.70<br>(0.61)  | 1.43 ( $p = 0.15$ )   | 7.34 ( $p = 0.119$ )  | 1.013                  | .401 |
| Niñas                                 | 1.70<br>(0.61)  | 1.73<br>(0.64)  | 1.88<br>(0.63)  | 1.61<br>(0.62)       | 2.10<br>(0.65)   | 1.81<br>(0.64)  |                       |                       |                        |      |
| Total                                 | 1.65<br>(0.59)  | 1.73<br>(0.54)  | 1.76<br>(0.61)  | 1.71<br>(0.64)       | 1.96<br>(0.72)   | 1.75<br>(0.63)  |                       |                       |                        |      |
| <b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>  |                 |                 |                 |                      |                  |                 |                       |                       |                        |      |
| Niños                                 | 1.83<br>(0.68)  | 1.71<br>(0.52)  | 1.66<br>(0.47)  | 1.60<br>(0.39)       | 1.77<br>(0.49)   | 1.73<br>(0.53)  | 1.82 ( $p = 0.07$ )   | 4.10 ( $p = 0.392$ )  | .419                   | .795 |
| Niñas                                 | 1.73<br>(0.54)  | 1.77<br>(0.49)  | 1.82<br>(0.54)  | 1.72<br>(0.50)       | 1.87<br>(0.54)   | 1.81<br>(0.50)  |                       |                       |                        |      |
| Total                                 | 1.85<br>(0.61)  | 1.74<br>(0.46)  | 1.74<br>(0.51)  | 1.65<br>(0.44)       | 1.82<br>(0.52)   | 1.77<br>(0.52)  |                       |                       |                        |      |
| <b>Miedo por la integridad física</b> |                 |                 |                 |                      |                  |                 |                       |                       |                        |      |
| Niños                                 | 1.75<br>(0.75)  | 1.59<br>(0.54)  | 1.75<br>(0.85)  | 1.86<br>(0.55)       | 1.85<br>(0.54)   | 1.76<br>(0.67)  | 2.94 ( $p = 0.00$ )** | 0.802 ( $p = 0.938$ ) | .266                   | .900 |
| Niñas                                 | 1.76<br>(0.67)  | 2.08<br>(0.79)  | 2.05<br>(0.63)  | 1.86<br>(0.75)       | 2.01<br>(0.83)   | 2.00<br>(0.72)  |                       |                       |                        |      |
| Total                                 | 1.87<br>(0.71)  | 1.83<br>(0.72)  | 1.89<br>(0.77)  | 1.86<br>(0.64)       | 1.94<br>(0.70)   | 1.87<br>(0.72)  |                       |                       |                        |      |
| <b>Ansiedad por Separación</b>        |                 |                 |                 |                      |                  |                 |                       |                       |                        |      |
| Niños                                 | 1.57<br>(0.61)  | 1.61<br>(0.61)  | 1.81<br>(0.56)  | 1.75<br>(0.63)       | 2.00<br>(0.98)   | 1.73<br>(0.69)  | 1.50 ( $p = 0.13$ )   | 11.02 ( $p = 0.03$ )* | .192                   | .942 |
| Niñas                                 | 1.73<br>(0.69)  | 1.73<br>(0.70)  | 1.96<br>(0.88)  | 1.95<br>(0.68)       | 2.06<br>(0.80)   | 1.87<br>(0.75)  |                       |                       |                        |      |
| Total                                 | 1.65<br>(0.67)  | 1.67<br>(0.65)  | 1.88<br>(0.68)  | 1.84<br>(0.65)       | 2.03<br>(0.88)   | 1.80<br>(0.72)  |                       |                       |                        |      |
| <b>Puntuación Total</b>               |                 |                 |                 |                      |                  |                 |                       |                       |                        |      |
| Niños                                 | 31.39<br>(9.49) | 30.77<br>(6.74) | 31.57<br>(8.38) | 32.54<br>(6.75)      | 34.32<br>(10.23) | 32.02<br>(8.50) | 2.48 ( $p = 0.01$ )** | 6.66 ( $p = 0.155$ )  | .458                   | .767 |
| Niñas                                 | 32.02<br>(8.50) | 33.96<br>(8.32) | 35.00<br>(8.64) | 31.94<br>(6.49)      | 37.41<br>(9.19)  | 34.39<br>(8.23) |                       |                       |                        |      |
| Total                                 | 32.30<br>(8.65) | 32.33<br>(7.65) | 33.12<br>(8.59) | 32.28<br>(6.56)      | 35.32<br>(9.73)  | 33.15<br>(8.44) |                       |                       |                        |      |

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Sólo se hallaron diferencias significativas en función de la edad para la subescala trastorno de ansiedad por separación ( $p < 0.05$ ); así pues, los niños de 5 años mostraron más síntomas de ansiedad por separación que los niños de 3 años, y los niños de 7 años tuvieron una puntuación mayor que los niños de 4 años de edad (41.72,  $p < 0.01$ , 45.39,  $p < 0.01$ , respectivamente). No se encontraron diferencias significativas por género y edad ( $p > 0.05$ ).

## **7.2. Análisis de la relación entre la ansiedad de las madres y la ansiedad de los hijos, con el estilo parental como variable mediadora**

### **7.2.1. Análisis preliminares y estadísticos descriptivos**

La Tabla 35 muestra las medias, desviaciones típicas, consistencia interna y correlaciones entre todas las variables del estudio. La mayoría de las correlaciones entre la variable predictora (ansiedad de la madre), los potenciales mediadores (estilos educativos) y la variable resultado (ansiedad por separación) fueron estadísticamente significativas ( $p \leq .001$ ), aunque se obtuvieron valores pequeños y medianos (inferiores a  $r = .42$ ).

Las correlaciones entre los cuatro potenciales mediadores no fueron significativas, y en el caso de serlo, el tamaño del efecto fue pequeño o moderado, sin superar  $r = .41$ . Estos resultados indican que las variables de este estudio estuvieron ligeramente o moderadamente relacionadas, aunque se trata de constructos claramente independientes, y en consecuencia no existe indicio de multicolinealidad (ver Field, 2009).

Tabla 35. Correlaciones, medias, desviaciones típicas y consistencia interna para todas las variables

|                                 | Ansiedad por separación (niños) | Ansiedad rasgo (madre) | M1     | M2    | M3   | M4   |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------|-------|------|------|
| Ansiedad por separación (niños) | 1                               |                        |        |       |      |      |
| Ansiedad rasgo (madre)          | .20**                           | 1                      |        |       |      |      |
| ED sobreprotector (M1)          | .30***                          | .41**                  | 1      |       |      |      |
| ED asertivo (M2)                | -.14*                           | -.14*                  | -.20** | 1     |      |      |
| ED punitivo (M3)                | .21**                           | .23**                  | .41**  | -.06  | 1    |      |
| ED inhibido (M4)                | .10                             | .05                    | .10    | .07   | .12  | 1    |
| M                               | 5.65                            | 17.27                  | 4.80   | 10.52 | 4.91 | 3.88 |
| DT                              | 2.29                            | 9.39                   | 2.88   | 1.23  | 2.41 | 1.90 |
| Rango                           | 3-15                            | 0-60                   | 0-12   | 0-12  | 0-12 | 0-12 |

Nota. ED = Estilo Educativo; \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

La prueba Mann-Whitney indicó que no existían diferencias por género en la ansiedad por separación ( $U = 6123.50$ ;  $z = -1.43$ ;  $p = .15$ ) ni tampoco en el resto de variables del estudio, excepto en el estilo educativo asertivo. Una mayor proporción de niños (respecto a las niñas) presentaron mayor puntuación en el estilo asertivo ( $U = 5210.50$ ;  $z = -3.34$ ;  $p = .001$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $r = .21$ ).

La edad del niño, el número de hermanos, y la edad de la madre no se relacionaron con las variables del estudio (ansiedad por separación del niño, ansiedad rasgo de la madre y estilos educativos), a excepción del estilo educativo asertivo. La correlación de Spearman indicó que a mayor edad del niño menor probabilidad de que la madre emplee un estilo educativo

asertivo, aunque el tamaño del efecto hallado fue pequeño ( $r = -.21$ ;  $p = .001$ ).

### 7.2.2. Mediadores entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación del niño

De los cuatro potenciales mediadores, los estilos sobreprotector y asertivo fueron estadísticamente significativos. No obstante, sólo el estilo educativo sobreprotector medió completamente la relación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad por separación del niño (Tabla 36 y Figura 13).

El análisis de efectos indirectos indicó que las madres con mayor ansiedad fueron más propensas a tener hijos con mayor sintomatología de ansiedad por separación, y esto puede estar indirectamente relacionado con la aplicación de un estilo educativo sobreprotector y/o poco asertivo (controlando el efecto de los otros mediadores) (Tabla 36). El efecto directo entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación del niño no fue estadísticamente significativo ( $p = .19$ ), pero sí lo fue el efecto total del modelo (la suma de los efectos directos e indirectos ( $\beta = .05$ ; IC = .02, .08;  $p = .001$ ) (Figura 13).

El **path  $\alpha$**  muestra que las madres con mayor puntuación en ansiedad rasgo son más propensas a emplear un estilo educativo sobreprotector ( $p \leq .0001$ ) y/o punitivo ( $p \leq .0001$ ) y/o menos asertivo ( $p = .02$ ). Las madres más jóvenes fueron más propensas a aplicar un estilo educativo sobreprotector ( $\beta = -.09$ ; IC =  $-.16, -.01$ ;  $p = .01$ ) y el estilo educativo era más asertivo con los niños que con las niñas ( $\beta = -.49$ ; IC =  $-.82, -.17$ ;  $p = .003$ ) (Tabla 36). Además, el **path  $\beta$**  indica que los niños expuestos a un estilo educativo sobreprotector son más propensos a presentar sintomatología de ansiedad por separación

(Figura 13) y que a mayor edad del niño, mayor probabilidad de manifestar síntomas de ansiedad por separación ( $\beta = .28$ ; IC = .01, .54;  $p = .03$ ).

Tabla 36. Análisis de los efectos mediacionales múltiples de estilos educativos sobre la relación entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación de los niños mediante el método de bootstrapping

| Potenciales Medidores  | Efecto de la ansiedad rasgo de la madre (X) sobre el mediador (M) <sup>a</sup> |                    | Efecto del mediador sobre la ansiedad por separación del niño (Y) <sup>b</sup> |                 | Efectos indirectos del mediador en la variable resultado (Y) |
|------------------------|--|--------------------|--|-----------------|--|
|                        | Path $\alpha$<br>$\beta$ (ES)  | 95% IC             | Path $\beta$<br>$\beta$ (ES)   | 95% IC          | Ind 1 <sup>c</sup> [ICA]                                     |
| ED sobreprotector (M1) | <b>.12 (.01)</b>   | <b>.08, .15</b>    | <b>.18 (.06)</b>   | <b>.06, .30</b> | <b>.02 [.009, .039]</b>                                      |
| ED asertivo (M2)       | <b>-.02 (.009)</b>   | <b>-.03, -.004</b> | -.20 (.12)   | -.44, .03       | <b>.004 [0, .01]</b>   |
| ED punitivo (M3)       | <b>.06 (.01)</b>   | <b>.03, .09</b>    | .06 (.07)  | -.08, .20       | .004 [-.006, .01]  |
| ED inhibido (M4)       | .01 (.01)  | -.01, .03          | .06 (.08)  | -.09, .22       | .001 [-.001, .006]   |

*Nota.* ED = Estilo Educativo; ES = Error Estándar; IC = Intervalo de Confianza; ICA = Intervalo de Confianza Asimétrico.

<sup>a</sup> Efecto de la ansiedad rasgo de la madre en cada potencial mediador.

<sup>b</sup> Efecto del potencial mediador sobre la variable resultado (ansiedad por separación del niño).

<sup>c</sup> Ind 1 =  $X - M - Y$ .

Path  $\alpha$  indica la relación entre la ansiedad rasgo de la madre y el estilo educativo aplicado a la crianza del niño (M).

Path  $\beta$  indica la relación entre el estilo educativo (M) y la ansiedad por separación del niño (Y).

Los coeficientes se obtuvieron con una tasa de re-muestreo de bootstrapping de 5000 *samples*. El IC 95% ajustado y corregido para el error.

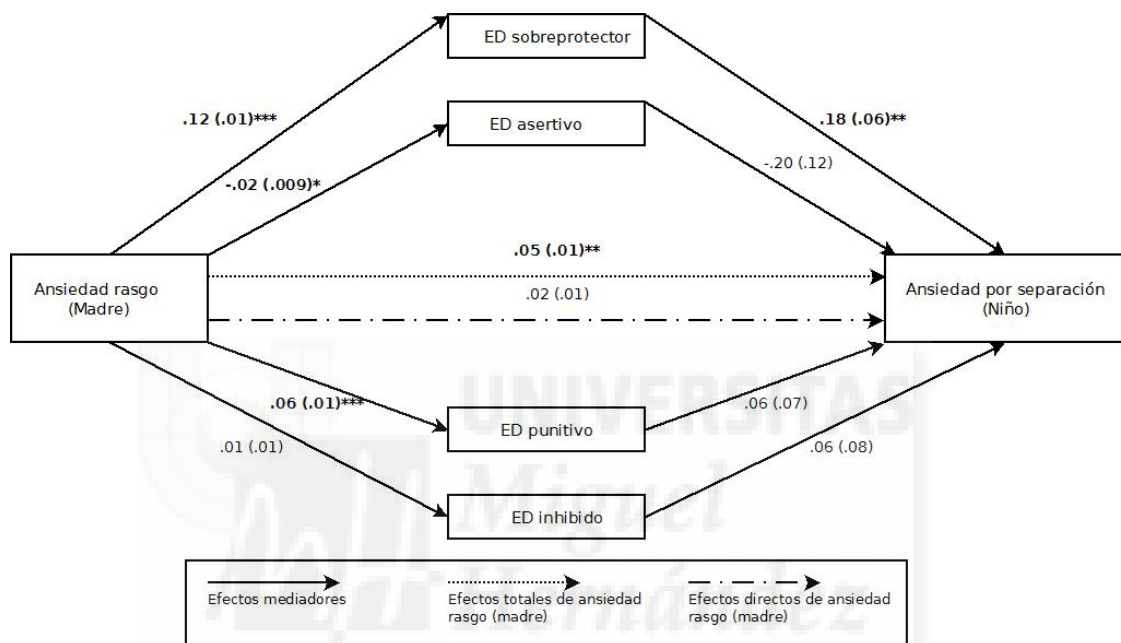
Los coeficientes significativos están señalados en negrita (es decir, el IC 95% no incluye cero).

El género, el número de hermanos y la edad de la madre no estuvieron relacionados con la ansiedad por separación del niño. El 15% de la varianza de la ansiedad por separación del niño se explicaba por la ansiedad rasgo de



la madre, los estilos educativos, la edad, género y número de hermanos del niño, y la edad de la madre [ $F_{(9,234)} = 4.22, p < .0001$ ; ver Tabla 36; Figura 13].

Figura 13: Mediación de los estilos educativos en la relación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad por separación del niño



Coefficientes beta no estandarizados y errores estándar (ES entre paréntesis) obtenidos a partir del análisis de mediación múltiple usando el método bootstrap para examinar el efecto mediador de los estilos educativos en la relación entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación del hijo. Se indican en negrita las relaciones que resultaron significativas



## CAPÍTULO 8

### DISCUSIÓN

El **primer objetivo** de este estudio fue examinar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la versión española de la Preschool Anxiety Scale en una muestra de niños en edad preescolar de 3 a 7 años. Este objetivo general fue desglosado en cuatro objetivos específicos: (a) conocer si el modelo original de la prueba con cinco factores contaba con un buen ajuste para la muestra española, (b) hallar la consistencia interna de la prueba, (c) examinar la validez convergente, y (d) analizar las diferencias en ansiedad preescolar en función de la edad y el género. En base a dichos objetivos específicos se plantearon seis hipótesis.

La primera hipótesis afirmaba que la versión española de la Preschool Anxiety Scale mantendría la misma estructura de cinco factores que la prueba original que fue creada en su inicio para población preescolar australiana (Spence et al., 2001), y cuyos factores eran: trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, miedo por la integridad física y trastorno obsesivo compulsivo. En base a los análisis llevados a cabo, que examinaron el ajuste del modelo original, esta hipótesis se confirmó, logrando el modelo de cinco factores un buen ajuste con la muestra española y siendo mejor su ajuste que el del modelo simple de un factor.

Sin embargo, y a pesar de mantenerse la misma estructura, el análisis de los ítems sugirió una versión de 20 ítems, eliminando 8 ítems en la versión española de la prueba. La mitad de los ítems eliminados pertenecían a la subescala de miedo por la integridad física, y aunque sería necesario un análisis más profundo para determinar qué razones explicarían el peor funcionamiento de estos ítems (por ejemplo, factores metodológicos o culturales), la versión española reducida de 20 ítems evalúa el mismo tipo de sintomatología que la versión original pero de una forma más eficiente, ya que incluye un número menor de ítems.

Los resultados del análisis indican que todos los ítems alcanzaron cargas factoriales superiores a 0.40, y que los ítems formaban parte de sus hipotéticas dimensiones. Estos resultados coinciden con los obtenidos por estudios realizados con niños preescolares australianos (Spence et al., 2001), holandeses (Broeren y Muris, 2008), rumanos (Benga et al., 2010), portugueses (Almeida y Viana, 2013) y chinos (Whang y Zhao, 2015), e indican que la estructura de la versión española de la *Preschool Anxiety Scale* es consistente con las categorías diagnósticas del DSM-IV y DSM5, al igual que ocurre con la versión original de la prueba.

De este modo, y a la vista de los resultados, se sugiere la idoneidad de la escala para evaluar sintomatología ansiosa en niños de edad preescolar (Sterba, Egger y Angold, 2007). Además, se confirma en la población preescolar una estructura similar a la de los adultos en cuanto a las categorías de trastornos de ansiedad, tal y como apunta Dougherty et al. (2013), y no una estructura con un único factor indiferenciado de orden superior.

En relación al segundo objetivo específico, que pretendía conocer la consistencia de la *Preschool Anxiety Scale* en su versión española, se planteó la hipótesis segunda, que indicaba que la consistencia interna de la prueba sería buena para la muestra de preescolares españoles, con índices de fiabilidad adecuados para la escala total y las subescalas, tanto para la muestra total como para las submuestras de niños y niñas.

Según lo esperado, la hipótesis se confirma, ya que los resultados apoyan la fiabilidad de la escala en la muestra de preescolares españoles. La consistencia interna total de la prueba ( $\alpha = .85$ ) fue adecuada y similar a estudios previos realizados con preescolares procedentes de Holanda ( $\alpha = .86$ , Broeren y Muris, 2008), Rumanía ( $\alpha = .87$  y  $\alpha = .89$  para los informes de madres y padres, respectivamente; Benga et al., 2010), China ( $\alpha = .87$ , Wang y Zhao, 2015) y Portugal ( $\alpha = .88$ , Almeida y Viana, 2013).

Los coeficientes de fiabilidad para cada subescala fueron aceptables con alfas que oscilan entre .63 y .73, excepto para la subescala de miedos por la integridad física en la que es inferior ( $\alpha = .50$ ). Este resultado está en consonancia con los datos disponibles de otras versiones de la escala, en las que la consistencia interna de la subescala miedos por la integridad física alcanzaba valores considerados entre moderados y buenos (Almeida y Viana, 2013; Benga et al., 2010; Broeren y Muris, 2008; Whang y Zhao, 2015). Sin embargo, aunque el motivo de hallar una baja consistencia interna en dicha subescala no está clara, podría explicarse por el bajo número de ítems que finalmente fueron incluidos en la versión en español (3 ítems). Otra posible explicación podría ser que la subescala de miedos por la integridad física evalúa temores específicos que no necesariamente tienen una co-ocurrencia, es decir, tener miedo a las alturas no tiene porqué estar relacionado con tener miedo a los insectos, ya que son fobias específicas con reacciones que

pueden ser similares pero que se producen por estímulos o situaciones diferentes (Whiteside y Brown, 2008).

El tercer objetivo específico pretendía examinar la validez convergente de la *Preschool Anxiety Scale* en español con una escala de bienestar infantil. Se planteó por ello una tercera hipótesis que indicaba que la escala mostraría una validez convergente adecuada, obteniéndose una correlación negativa alta entre la puntuación total y las puntuaciones de las subescalas de la *Preschool Anxiety Scale* y la puntuación total del cuestionario de calidad de vida *Kiddy-KINDL*. Los resultados revelaron correlaciones significativas, moderadas y negativas, apoyando la validez convergente y confirmando por ello la hipótesis planteada, de modo que a mayor ansiedad menor bienestar. Estos resultados coinciden con estudios previos que indican que altos niveles de ansiedad pueden afectar al funcionamiento familiar, escolar, social y personal del niño (Méndez, 2012; Whalen et al., 2017).

El cuarto objetivo específico se centró en conocer las puntuaciones medias en ansiedad preescolar en la muestra española, examinando las diferencias existentes en función de la edad y del género. La cuarta hipótesis planteaba que los participantes españoles obtendrían puntuaciones en ansiedad en la *Preschool Anxiety Scale* similares a los procedentes de otros países occidentales en los que se ha aplicado la prueba. Como indican los resultados obtenidos a través de las puntuaciones informadas por los padres, esta hipótesis fue confirmada. El nivel de sintomatología ansiosa en los preescolares españoles ( $M = 33.15$ ) fue similar al promedio general alcanzado en otros estudios con muestras preescolares rumanas ( $M = 31.37$ , Benga et al., 2010) y portuguesas ( $M = 31.20$ , Almeida y Viana, 2013), pero mayor en comparación con las muestras australiana ( $M = 17.28$ , Spence et al., 2001), china ( $M = 27.73$ , Wang y Zhao, 2015), y de Países Bajos ( $M = 18.84$ , Broeren

y Muris, 2008). A la vista de los resultados, sería interesante acumular más datos sobre los niveles de ansiedad en los niños preescolares y realizar estudios interculturales que examinen las diferencias existentes y nos permitan analizar a qué se deben dichas disimilitudes halladas entre los estudios.

En relación al objetivo de examinar diferencias en la ansiedad en función del género, se planteó la hipótesis quinta, que indica que las niñas obtendrían en general puntuaciones en ansiedad más elevadas que los niños. Esta hipótesis fue parcialmente confirmada. Por un lado, los resultados obtenidos muestran diferencias de género, presentando las niñas un nivel de ansiedad significativamente mayor en el factor de orden superior ansiedad total en comparación con los niños, como ya ocurrió en el estudio con muestra holandesa (Broeren y Muris, 2008).

Además, tal y como informan Broeren y Muris (2008) en la validación holandesa y Edwards et al. (2010) en la versión revisada de la prueba, los resultados obtenidos indican una mayor puntuación en la subescala de miedos por la integridad física en las niñas que en los niños.

Sin embargo, no se encontraron diferencias según el género en el resto de subescalas (fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación y trastorno obsesivo compulsivo) para la muestra española. Estos resultados son parcialmente compatibles con otros estudios que no hallaron diferencias en las puntuaciones en la escala entre niñas y niños (Almeida y Viana, 2013; Dougherty et al., 2013; Egger y Angold, 2006; Spence et al., 2001; Walker, 2016). Una posible explicación, de acuerdo a los hallazgos de algunos autores, es que las diferencias de género en el funcionamiento social y emocional no son tan evidentes en la etapa

preescolar en comparación con otras etapas del desarrollo (Walker, 2016; Whang y Zhao, 2015).

Respecto a las diferencias en función de la edad, se planteó la hipótesis sexta que indica que las puntuaciones en ansiedad aumentarían a medida que aumenta la edad. Esta hipótesis se confirmó parcialmente, ya que según los resultados disponibles únicamente se encontraron diferencias significativas en función de la edad en la subescala del trastorno de ansiedad por separación, aumentando la sintomatología ansiosa con la edad.

Estudios realizados con niños y adolescentes españoles han demostrado ampliamente que los síntomas de ansiedad por separación tienden a disminuir a medida que aumenta la edad (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012). El presente estudio complementaría la investigación previa, sugiriendo los resultados que los síntomas de ansiedad por separación en los niños españoles tienden a aumentar durante el período preescolar y disminuyen a medida que crecen, posiblemente reflejando el estilo de sobreprotección español (Méndez, Orgilés y Espada, 2008). Como apunta Van der Sluis (2016), existen diferencias en las pautas de crianza según la edad de los niños, por lo que es posible que a mayor edad de los niños en la etapa preescolar, los padres les doten de mayor autonomía y menor presencia paterna durante periodos más largos y con mayor frecuencia.

Por otro lado, como señalan Benga et al. (2010), el fracaso al hallar diferencias significativas según la edad en otras subescalas de la prueba, podría sugerir la estabilidad de los síntomas de ansiedad en los niños en edad preescolar (por ejemplo, Bufferd et al., 2012). Otra posible explicación es que el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por



separación no se encuentran completamente diferenciados hasta la infancia más tardía (Spence et al., 2001).

La existencia de diferencias en los niveles de ansiedad en función de la edad a lo largo del período preescolar necesita ser objeto de más investigación. Los estudios que se han llevado a cabo hasta el momento han identificado diferentes patrones de desarrollo de los síntomas de ansiedad y otros problemas de internalización y externalización (Almeida y Viana, 2013; Basten et al., 2016; Sterba, Prinstein y Cox, 2007; Wang y Zhao, 2015), por lo que sería conveniente una mayor clarificación de este aspecto.

El **segundo objetivo** general de este estudio fue analizar la relación existente entre la ansiedad de las madres y la ansiedad por separación de los niños, teniendo en cuenta el efecto mediador del estilo educativo. Este objetivo general también fue desglosado en varios objetivos específicos: (a) examinar la relación entre la ansiedad rasgo de las madres y la ansiedad por separación de los hijos, (b) conocer el efecto mediador de los estilos educativos (sobreprotector, asertivo, punitivo e inhibido) en la relación entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación del niño, y (c) examinar la relación de la ansiedad de las madres, la ansiedad por separación en los hijos y el estilo educativo con el género de los preescolares, la edad, el número de hermanos y la edad de la madre.

En base a los objetivos específicos detallados, la séptima hipótesis planteada indicaba que la ansiedad como rasgo estable de la personalidad de las madres se relacionaría de forma significativa y positiva con la ansiedad por separación de los hijos, de forma que a mayor ansiedad de las madres, mayor ansiedad por separación de los hijos. Los resultados obtenidos muestran que el efecto directo entre la ansiedad rasgo materna y la ansiedad

por separación del niño no fue significativo, por lo que la hipótesis no pudo ser confirmada.

Estos resultados podrían responder a las conclusiones aportadas en el estudio de Murray et al. (2012) que afirmaban que la relación directa entre la ansiedad de las madres y la ansiedad de los hijos depende de otros factores, como del subtipo de ansiedad de las primeras y del tipo de estresor que provoca el malestar. De acuerdo a dichas afirmaciones, y a la vista de los resultados de nuestro estudio, existen otras variables que influyen en la relación entre la sintomatología ansiosa de las madres y la sintomatología ansiosa de los hijos. De hecho, Schreier et al. (2008) señalaron que el trastorno de ansiedad por separación de los niños únicamente se relacionaba con el trastorno de pánico en las madres. En base a los resultados obtenidos sería conveniente estudiar la relación entre los subtipos de ansiedad materna y la ansiedad por separación infantil.

La octava hipótesis planteaba que los estilos educativos serían mediadores en la relación entre la ansiedad por separación de los hijos y la ansiedad de las madres, de modo que cuando aplican un estilo de crianza sobreprotector a mayor ansiedad de las madres, mayor ansiedad en los hijos. Esta hipótesis se confirmó en nuestro estudio puesto que, de los estilos educativos examinados, el asertivo y el sobreprotector resultaron ser moderadores de la relación entre la ansiedad de las madres y de los hijos, aunque solo el estilo educativo sobreprotector medió completamente dicha relación.

Así pues, a mayor ansiedad materna mayor probabilidad de tener hijos que presenten ansiedad por separación, sugiriendo los resultados que dicha relación estaría mediada por el uso de pautas de crianza basadas en el estilo sobreprotector y/o en un estilo educativo poco asertivo.

En un estudio reciente, Platt et al. (2015) señalan que las madres que presentan sintomatología ansiosa se caracterizan por mostrar una preocupación excesiva por sus hijos y una baja promoción de la autonomía del niño, lo que resulta ser una variable mediadora entre la exposición a eventos estresantes y la ansiedad infantil. Las madres con un nivel alto de ansiedad reaccionan proporcionando a sus hijos contextos seguros que impiden que desarrollen las habilidades adecuadas y esperadas a su edad; los hijos por su parte no desarrollan habilidades de autonomía ni manifiestan sensación de autoeficacia, sintiéndose vulnerables y con escasas capacidades de afrontamiento (Pereira et al., 2014).

Aunque no existe acuerdo en cuanto a si la relación entre la ansiedad materna y la ansiedad infantil se debe a factores genéticos, ambientales o a una combinación de ambos (Shamir-Essakow et al., 2005), la evidencia apunta a que la sobreprotección de los padres es un predictor especialmente importante de la ansiedad en niños y jóvenes (Möller et al., 2016; Edwards et al., 2010a; Fliek et al., 2015; Hudson y Dodd, 2012; Möller et al., 2015; Möller et al., 2016; Rapee, 2012). Por ello, y atendiendo a dichas afirmaciones, en las intervenciones terapéuticas con los padres se plantea como un objetivo necesario reducir las conductas de sobreprotección y fomentar la exposición de los niños a situaciones novedosas (Bögels y Perotti, 2011), tal y como se lleva a cabo en el programa de intervención Cool Little Kids (Morgan et al., 2017).

La hipótesis novena planteaba que el estilo educativo de las madres se relacionaría de forma significativa con el género de los hijos, de modo que la probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector sería mayor para las hijas que para los hijos. Sin embargo, no fue posible confirmar esta hipótesis, ya que los resultados obtenidos no muestran diferencias

significativas en el estilo educativo sobreprotector en función del género de los niños. Únicamente las diferencias fueron significativas en el estilo asertivo, más empleado en los niños varones que en las niñas.

Aunque tanto los niños como las niñas preescolares cuentan con autoconocimiento emocional en esta etapa, se encuentran en proceso de expresión de sus miedos (Almeida y Viana, 2013). Algunos autores como Pahl y Barret (2010) apuntan a que las niñas presentan un mayor desarrollo social y emocional con respecto a los niños en la etapa preescolar. Ésta, junto a la mayor frecuencia de presentar sintomatología ansiosa en las niñas, podría llevar a los padres a emplear con éstas pautas educativas basadas en un estilo educativo sobreprotector. De esta manera tratarían de reducir su malestar ante una mayor presencia o mayor expresión de la ansiedad en las niñas, ya que como sostienen algunos autores (Fliet et al., 2015; Murray et al., 2012; Van der Sluis, 2016) tener un hijo con ansiedad promueve pautas de crianza protectoras (Fliet et al., 2015; Murray et al., 2012; Van der Sluis, 2016).

Sin embargo, en contra de lo esperado, los resultados de nuestro estudio no hallan un estilo sobreprotector más frecuente en las niñas que en los niños. Un posible motivo de este hallazgo podría ser que a edades tempranas los padres podrían percibir tanto en los niños como en las niñas una necesidad de protección, que se podría reducir en los hijos varones al aumentar éstos su edad debido, por ejemplo, a factores culturales que suelen promover en los padres una mayor autonomía en los hijos de género masculino o a una menor expresión emocional en los varones. No obstante, se necesitan más estudios que permitan clarificar la influencia de otras variables que puedan estar influyendo en la relación entre el estilo educativo de los padres y el género de los hijos.

La hipótesis décima afirmaba que el estilo educativo aplicado por las madres se relacionaría de forma negativa con el número de hijos, es decir, que a mayor número de hijos menor probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector. En contra de lo esperado, esta hipótesis no se confirmó, ya que los resultados apuntan a que el número de hermanos no influye en el tipo de pautas educativas que emplea la madre. Aunque sería esperable que a mayor número de hijos exista más flexibilidad y menos sobreprotección, los resultados obtenidos pueden estar influidos por la poca variabilidad en la variable número de hermanos, ya que el 57% de los participantes tenía un hermano y tan solo un 3% contaba con tres hermanos en el momento del estudio.

El número de hermanos suele relacionarse con determinadas características familiares o psicopatológicas. Por ejemplo, según indican autores como Franz et al. (2013), a mayor número de hermanos existe un riesgo mayor de padecer un trastorno de ansiedad. Por otra parte, autores como Bögels y Brechman-Toussaint (2006) señalan que el riesgo dependerá del puesto que ocupa el niño en el sistema fraterno. En vista a la falta de variabilidad en el número de hermanos en nuestro estudio, y a la importancia de dicha variable en el desarrollo de determinados rasgos en los niños, sería importante examinar con una muestra más amplia la relación entre las pautas de crianza aplicadas por los padres y el número de hijos, así como la influencia de la posición de cada hermano para recibir una educación basada en un estilo de crianza u otro.

La hipótesis undécima, que suponía que el estilo educativo sobreprotector materno se relacionaría de forma negativa con la edad de los hijos, no se confirmó. A pesar de que se hipotetizó que a mayor edad de los hijos menor probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector, no se

halló una relación significativa entre el estilo sobreprotector de las madres y la edad de sus hijos. Únicamente se encontró una relación significativa entre el estilo asertivo y la edad del niño, de modo que a mayor edad del niño menor probabilidad de que la madre emplee un estilo educativo asertivo, aunque el tamaño del efecto hallado fue pequeño. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos por Thomasgard y Metz (1996) en su estudio longitudinal con padres de niños entre 4 y 7 años en el que concluyeron que existía una alta estabilidad en la presencia de sobreprotección paterna dos años después de la primera evaluación. Como señalaban los autores del estudio, la percepción de vulnerabilidad que los padres sobreprotectores suelen tener sobre sus hijos disminuía con el paso del tiempo pero seguía siendo elevada, lo que podría explicar que las madres de nuestro estudio que emplean un estilo educativo sobreprotector sigan aplicándolo con independencia de la edad de sus hijos.

Aunque existe acuerdo entre los autores sobre la presencia de relación entre la ansiedad infantil y las pautas educativas parentales basadas en el sobrecontrol y sobreprotección (Affrunti y Ginsburg, 2012a; Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Edwards et al., 2010a; Feng et al., 2008; Fliek et al., 2015; Möller et al., 2016; Pereira et al., 2014; Rapee, 2012), este acuerdo se cuestiona cuando se trata de concretar cuál es la dirección, es decir si son este tipo de comportamientos en los padres los que generan la ansiedad en los niños, o si por el contrario es la ansiedad infantil la que promueve este tipo de pautas educativas (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Fliek et al., 2015; Murray et al., 2012; Van der Sluis, 2016). Sin embargo, parece que este proceso puede ser circular (Edwards et al., 2010a; Hudson et al., 2009; Van der Sluis, 2016), siendo la conducta de los padres la que retroalimenta la de los hijos y viceversa, es decir si los niños con ansiedad cuentan con padres que limitan su exposición a situaciones novedosas, a desarrollar nuevos

recursos o a incorporar experiencias de éxito, el niño se mostrará temeroso, con baja sensación de autoeficacia y un bajo locus de control interno (Affrunti y Ginsburg, 2012b), por lo que los padres mantendrán este patrón relacional para disminuir su malestar (Dougherty et al., 2013; Hudson y Rapee, 2001; Pereira et al., 2014). Por ello, no es de extrañar que sin intervención terapéutica (a los padres, a los hijos o a ambos), los padres que emplean un estilo educativo sobreprotector, continúen haciéndolo independientemente de la edad de sus hijos.

El hecho de que a mayor edad del niño menor probabilidad de que la madre emplee un estilo educativo asertivo, podría explicarse por las necesidades evolutivas de los niños que varían con la edad, de modo que a las madres les podría resultar más difícil aplicar un estilo educativo asertivo ante rasgos de personalidad de los niños caracterizados por una mayor autonomía. Sin embargo, y puesto que el tamaño del efecto hallado fue pequeño, sería conveniente de cara a futuras investigaciones contar con datos longitudinales que nos permitieran obtener datos más concluyentes sobre esta relación.

La hipótesis duodécima suponía que el estilo educativo de las madres se relacionaría de forma negativa con la edad de la madre, de modo que a mayor edad de la madre menor probabilidad de aplicar un estilo de crianza sobreprotector. Esta hipótesis fue confirmada. Los resultados obtenidos indican que las madres más jóvenes fueron más propensas a aplicar un estilo educativo sobreprotector. Estos resultados son acordes a los obtenidos en las investigaciones longitudinales realizadas por Thomasgard y Metz (1996) y por Lucas, Nicholson y Maguire (2011), en las que se evidencia que las madres de menor edad presentan más probabilidades de contar con un estilo de crianza sobreprotector que las madres de mayor edad.

Una posible explicación a la vista de los resultados es que las madres más jóvenes presentan menos experiencia, tanto vital como específica del desarrollo infantil y de la crianza de los niños, lo que puede aumentar su percepción de riesgo en el bienestar de sus hijos y por ello aplicar un estilo educativo sobreprotector. Además, es posible que hayan tenido menos oportunidades para participar en escuelas de padres o en programas de intervención en comparación con las madres de mayor edad.

Algunos autores apuntan a que el estilo de crianza empleado por los padres responde a un factor global. Infante Blanco y Martínez Licona (2016) señalan que la crianza se considera un constructo tridimensional que contempla, entre otros, la influencia de la cultura como una dimensión que juega un papel fundamental en las ideas relacionadas con la crianza y lo que debe formar parte de la educación de los hijos. Así pues, el estilo de crianza autoritario ha decrecido en los últimos años en países desarrollados, y es en las últimas décadas cuando se ha producido un estilo de crianza más comprometido e intrusivo siendo el estilo educativo más empleado el estilo sobreprotector y dando lugar a nuevos conceptos como el de “padres helicóptero” (Doepke y Zilibotti, 2014; Lucas et al., 2011)

En algunos países, se ha entendido el concepto de “riesgo” como sinónimo de peligro. Sin embargo, se trata de un concepto con cierto enfoque positivo, ya que desempeña un papel fundamental en el desarrollo infantil. Se ha detectado que en ocasiones es la propia aversión al riesgo la causa de que los adultos tomen decisiones para proteger y mantener seguros a los hijos (Niehues et al., 2013). Por esta razón, la sobreprotección de las madres jóvenes puede responder a que cuentan con menos herramientas y recursos de afrontamiento, así como con una mayor aversión al riesgo (Doepke y Zilibotti, 2014), lo que se generalizaría a sus propios hijos.



Sin embargo, de cara a futuras investigaciones, tal y como apuntan Doepke y Zilibotti (2014), sería importante analizar el número de hijos, ya que las madres con más hijos suelen ser menos intrusivas, empleando por ello con menor probabilidad un estilo educativo sobreprotector.





## CAPÍTULO 9

# CONCLUSIONES

La presente investigación contó con dos objetivos generales, el primero consistió en examinar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la versión española de la *Preschool Anxiety Scale (PAS)*, y el segundo en analizar la relación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad por separación del niño, teniendo en cuenta el efecto mediador del estilo educativo.

Para ello se aplicó una batería de pruebas en una muestra de niños preescolares de edades comprendidas entre los 3 y 7 años, heteroevaluadas a través de sus padres. En base a los resultados obtenidos, cabe concluir lo siguiente:

- a) La versión española de la *PAS* cuenta con un buen ajuste en una muestra de preescolares españoles, manteniendo el modelo original de cinco factores con un número menor de ítems.
- b) La consistencia interna total y de las subescalas de la *PAS*, tanto para la muestra total como para las submuestras de niños y niñas, cuenta con índices de fiabilidad adecuados.
- c) La *PAS* presenta una validez convergente adecuada con una escala de bienestar infantil, obteniendo una correlación moderada significativa negativa, de modo que a mayor ansiedad, menor bienestar infantil.

- d) Los preescolares españoles cuentan con niveles de ansiedad similares a sus homólogos en otros países, según indican las puntuaciones de la PAS.
- e) No existen diferencias en el nivel de ansiedad entre los niños y las niñas, excepto en la ansiedad total y en la subescala de miedos por la integridad física, en las que las niñas presentan mayores niveles de ansiedad que los niños.
- f) No existen diferencias en los niveles de ansiedad según la edad de los preescolares, excepto en la subescala trastorno de ansiedad por separación, en la que presentan mayor puntuación los niños más mayores en comparación con los de menor edad.
- g) La ansiedad como rasgo de la personalidad de la madre no está directamente relacionada con la presencia de trastorno de ansiedad por separación de sus hijos en edad preescolar.
- h) El estilo educativo sobreprotector es una variable mediadora entre la ansiedad rasgo de la madre y la ansiedad por separación de los niños.
- i) Las madres que aplican un estilo educativo sobreprotector lo hacen indistintamente de si el niño es de género masculino o femenino.
- j) El estilo educativo asertivo es más empleado por las madres en niños varones que en niñas en edad preescolar.
- k) Tener un mayor número de hijos no está inversamente relacionado con la probabilidad de aplicar un estilo educativo sobreprotector.
- l) A mayor edad del niño, menor probabilidad de que las madres apliquen un estilo educativo asertivo.
- m) Las madres más jóvenes tienden a aplicar pautas educativas relacionadas con un estilo educativo sobreprotector en comparación con las madres de mayor edad.

### **Limitaciones del Estudio:**

---

El presente estudio tiene algunas limitaciones a considerar, por lo que los resultados deben interpretarse con cautela.

En primer lugar, en relación a la muestra, se ha de destacar que los participantes pertenecen a una muestra comunitaria, por lo que no es posible generalizar los resultados a muestras clínicas. Además, los participantes fueron reclutados mayoritariamente en centros escolares, por lo que no se pueden generalizar los resultados obtenidos a toda la población española, ya que en España la educación obligatoria empieza a los 6 años, y es probable que existan niños no escolarizados que no están representados en la muestra.

Por otro lado, en cuanto a la validación española de la Preeschool Anxiety Scale, el presente estudio no examinó la fiabilidad test-retest y la validez divergente, lo que debe ser un foco de interés para la investigación futura.

Además, el estudio estuvo basado únicamente en los informes de los padres, que aunque son necesarios al tratarse de niños preescolares, sería interesante poder contar en el futuro con otros informantes como los maestros. Del mismo modo, llevar a cabo una evaluación multimétodo, incluyendo otros procedimientos de evaluación como la observación directa del comportamiento o el uso de entrevistas (Spence et al., 2001), podría proporcionar apoyo adicional para los resultados de nuestro estudio.

Respecto a las limitaciones específicas relacionados con el objetivo de examinar la relación entre la ansiedad de las madres y la ansiedad por separación de los hijos, es destacable que se trata de un estudio de corte transversal, por lo que de cara al futuro sería útil llevar a cabo estudios longitudinales para comprobar la estabilidad de los efectos y poder establecer

relaciones de causalidad entre las variables (MacKinnon, Fairchild y Fritz, 2007). Asimismo, conocer el papel de los padres varones sería de utilidad para tener una explicación más compleja sobre la relación entre la ansiedad de los hijos y la ansiedad de las madres.

### **Perspectivas de Futuro:**

---

Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, se destaca la necesidad de examinar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la PAS en una muestra clínica, así como conocer la fiabilidad test-retest y la validez divergente de la prueba. Llevar a cabo estudios transculturales facilitaría asimismo una mejor comprensión de los patrones de la ansiedad en función de la cultura y el país de origen del niño.

Además, sería conveniente en estudios futuros analizar diferentes variables que no han sido incluidas en esta investigación, como el temperamento del hijo o los subtipos de ansiedad en los padres, así como incorporar las evaluaciones de la ansiedad de los hijos por parte de los padres varones para determinar en mayor medida los factores que pueden influir en la ansiedad de los hijos. Del mismo modo, sería interesante examinar cómo la ansiedad de las madres y de los padres se relaciona con los diferentes trastornos de ansiedad, para conocer si los resultados obtenidos en la ansiedad por separación se replican en otros problemas de ansiedad.

Por último, sería interesante evaluar el impacto de los programas de intervención temprana en preescolares españoles, de manera que abordasen la ansiedad y la inhibición, así como su efecto en los padres mediante pautas que les permitieran aplicar patrones educativos basados en el estilo asertivo (Hudson y Dodd, 2012). Desde el punto de vista de la intervención temprana, también

puede ser de utilidad realizar investigaciones centradas en la identificación de factores de protección dentro de la familia que permitan optimizar el desarrollo del niño (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006).







# CAPÍTULO 10

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile: Profile for boys and girls. Auswertungsbögen*. Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Affrunti, N. W. y Ginsburg, G. S. (2012). Exploring parental predictors of child anxiety: The mediating role of child interpretation bias. In *Child y youth care forum* (Vol. 41, No. 6, pp. 517-527). Springer US.
- Affrunti, N. W. y Ginsburg, G. S. (2012). Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence. *Child Psychiatry y Human Development*, 43(1), 102-112.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Almeida, J. P. y Viana, V. (2013). Adaptação da escala de ansiedade pré-escolar, de S. Spence. *Psicologia, Saúde y Doenças*, 14(3), 470-483.
- Alonso, J. y Román, J. M. (2014). Nivel sociocultural, prácticas educativas familiares y autoestima de los hijos en edades tempranas. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 187-202.

- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.-Revised. Washington, D.C.: *American Psychiatric Association Press*
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders; (DSM-IV). *Washington dc.*
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. *Médica Panamericana.*
- Anticich, S. A., Barrett, P. M., Silverman, W., Lacherez, P. y Gillies, R. (2013). The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school based trial. *Advances in school mental health promotion, 6(2)*, 93-121.
- Basten, M., Tiemeier, H., Althoff, R. R., van de Schoot, R., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., ... van der Ende, J. (2016). The Stability of Problem Behavior Across the Preschool Years: An Empirical Approach in the General Population. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*, 393-404.
- Battaglia, M., Touchette, É., Garon-Carrier, G., Dionne, G., Côté, S. M., Vitaro, F., ... y Boivin, M. (2016). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(1)*, 39-46.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic psychology monographs, 75(1)*, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology, 4(1p2)*, 1.

- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35(7), 639.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Benga, O., Ţincaş, I. y Visu-Petra, L. (2010). Investigating the structure of anxiety symptoms among Romanian preschoolers using the Spence Preschool Anxiety Scales. *Cognitive, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 14(2).
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-46.
- Bentler, P. M. (2005). *EQS 6.1: Structural equations program manual*. Encino, CA: Multiivariate software.
- Bögels, S. M. y Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical psychology review*, 26(7), 834-856.
- Bögels, S. M. y Perotti, E. C. (2011). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2), 171-181.
- Brock, R. L. y Kochanska, G. (2016). Interparental conflict, children's security with parents, and long-term risk of internalizing problems: A longitudinal study from ages 2 to 10. *Development and psychopathology*, 28(01), 45-54.

- Broeren, S. y Muris, P. (2008). Psychometric evaluation of two new parent-rating scales for measuring anxiety symptoms in young Dutch children. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(6), 949-958.
- Brown, A., Creswell, C., Barker, C., Butler, S., Cooper, P., Hobbs, C. y Thirlwall, K. (2017). Guided parent-delivered cognitive behaviour therapy for children with anxiety disorders: Outcomes at 3-to 5-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Brugué, M. S., Sánchez, C. R., y Sellabona, E. S. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso* (Vol. 121). Editorial UOC.
- Brumariu, L. E. y Kerns, K. A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(5), 393-402.
- Buenrostro, L. A., Caraveo, M. E. M. y Goyenechea, I. A. D. M. (2014). Detección de factores de riesgo en los trastornos del desarrollo en preescolares. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(2), 95-113.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 359-369.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S. y Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1157-1164.

- Bullinger, M., von Mackensen, S., y Kirchberger, I. (1994). KINDL-ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2(1), 64-77.
- Byrne, B. (2005). Factor analytic models: Viewing the structure of an assessment instrument from three perspectives. *Journal of Personality Assessment*, 85, 17-32
- Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C., y Casado, Y. (2012). "Escala de Ansiedad Infantil de Spence" (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS): fiabilidad y validez de la versión española. *Psicología Conductual*, 20(3), 529-545.
- Cassidy, J., y Marvin, R. S. (1992). *Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual*. Unpublished manuscript, MacArthur Group on Attachment, Seattle, WA.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Edition. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Jan J. M., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M. y Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645.
- Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H. y Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93(1), 205-212.
- Côté, S. M., Boivin, M., Liu, X., Nagin, D. S., Zoccolillo, M. y Tremblay, R. E. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk

- factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1201-1208.
- Creswell, C., Shildrick, S. y Field, A. P. (2011). Interpretation of ambiguity in children: A prospective study of associations with anxiety and parental interpretations. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2), 240-250.
- Davis, S., Votruba-Drzal, E. y Silk, J. S. (2015). Trajectories of internalizing symptoms from early childhood to adolescence: Associations with temperament and parenting. *Social Development*, 24(3), 501-520.
- Doepke, M., y Zilibotti, F. (2014). *Parenting with style: Altruism and paternalism in intergenerational preference transmission* (No. w20214). National Bureau of Economic Research.
- Donovan, C. L. y March, S. (2014). Online CBT for preschool anxiety disorders: A randomised control trial. *Behaviour research and therapy*, 58, 24-35.
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J., Rose, S., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2013). Preschool anxiety disorders: comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(5), 577-589.
- Drake, K. L. y Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, 15(2), 144-162.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M. y Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 313-321.

- Edwards, S. L., Rapee, R. M., Kennedy, S. J. y Spence, S. H. (2010). The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: the revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 39(3), 400-409.
- Egger, H. L. y Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337.
- Eley, T. C., Bolton, D., O'connor, T. G., Perrin, S., Smith, P. y Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 945-960.
- Esparza, N. y Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas*, 5(1).
- Ezpeleta, L., de la Osa, N. y Doménech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 145-155.
- Feldman, R. S (2008). *Desarrollo en la infancia*. Madrid: Pearson Educación.
- Feng, X., Shaw, D. S., y Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of abnormal psychology*, 117(1), 32.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed.)*. London: Sage.

- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. *Structural equation modeling: A second course*, 269-314.
- Fisak Jr, B. y Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety?. *Clinical child and family psychology review*, 10(3), 213-231.
- Fliet, L., Daemen, E., Roelofs, J. y Muris, P. (2015). Rough-and-tumble play and other parental factors as correlates of anxiety symptoms in preschool children. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2795-2804.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo"(STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 42:1203–11
- Fox, N. A., Nichols, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K., Schmidt, L., Hamer, D., ... y Pine, D. S. (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16(12), 921-926.
- Francis, S. E. y Chorpita, B. F. (2011). Parental beliefs about child anxiety as a mediator of parent and child anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1), 21-29.
- Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E. J., Towe-Goodman, N. y Egger, H. (2013). Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence



and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1294-1303.

Glasheen, C., Richardson, G. A. y Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of women's mental health*, 13(1), 61-74.

Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M. P. y Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, 23(2), 289-294.

Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, y C. Spielberger (Eds.). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. London: L.E.A.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.

Hopkins, J., Lavigne, J. V., Gouze, K. R., LeBailly, S. A., y Bryant, F. B. (2013). Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 705-722.

Hosokawa, R. y Katsura, T. (2017). Marital relationship, parenting practices, and social skills development in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 2.

Hu, L., y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

- Hudson, J. L., Dodd, H. F. y Bovopoulos, N. (2011). Temperament, family environment and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 939-951.
- Hudson, J. L. y Dodd, H. F. (2012). Informing early intervention: preschool predictors of anxiety disorders in middle childhood. *PLoS ONE*, 7(8).
- Hudson, J. L., Doyle, A. M. y Gar, N. (2009). Child and maternal influence on parenting behavior in clinically anxious children. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 38(2), 256-262.
- Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour research and therapy*, 39(12), 1411-1427.
- Hughes, A. A., Furr, J. M., Sood, E. D., Barmish, A. J. y Kendall, P. C. (2009). Anxiety, mood, and substance use disorders in parents of children with anxiety disorders. *Child psychiatry and human development*, 40(3), 405-419.
- Infante Blanco, A., y Martínez Licona, J. F. (2016). Concepciones sobre la crianza: El pensamiento de madres y padres de familia. *Liberabit*, 22(1), 31-41.
- Jöreskog, K. G., y Sörbom, D. (1984). *LISREL VI users guide* (3rd ed.). Mooresville, IN: Scientific Software.
- Kennedy, S. J., Rapee, R. M. y Edwards, S. L. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 48(6), 602-609.

- Kerns, K. A., Siener, S. y Brumariu, L. E. (2011). Mother–child relationships, family context, and child characteristics as predictors of anxiety symptoms in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 23(02), 593-604.
- Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L. y Klein, A. M. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1107-1116.
- Lønfeldt, N. N., Esbjørn, B. H., Normann, N., Breinholst, S., y Francis, S. E. (2017). Do Mother's Metacognitions, Beliefs, and Behaviors Predict Child Anxiety-Related Metacognitions?. In *Child y Youth Care Forum* (pp. 1-23). Springer US.
- Luby, J. L. (2013). Treatment of anxiety and depression in the preschool period. *Journal of the American academy of child y adolescent psychiatry*, 52(4), 346-358.
- Lucas, N., Nicholson, J. M., y Maguire, B. (2011). Parenting practices and behaviours. *Annual statistical report 2010*, 43
- Maccoby, E. E., y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor*.
- Mackinnon, D. P., Fairchild, A. J., y Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593–614.
- Mackinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., y Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83–104.

- Magaz, A., y García, E. M. (1998). Perfil de estilos educativos. *Manual de referencia. España: Bizcaia, Grupo Albor-COHS.*
- Marakovitz, S. E., Wagmiller, R. L., Mian, N. D., Briggs-Gowan, M. J. y Carter, A. S. (2011). Lost toy? Monsters under the bed? Contributions of temperament and family factors to early internalizing problems in boys and girls. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology, 40(2), 233-244.*
- Martín, V., Granero, R., y Ezpeleta, L. (2014). Comorbilidad del trastorno negativista desafiante y los trastornos de ansiedad en preescolares. *Psicothema, 26(1), 27-33.*
- Méndez, F. X. (2012). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos.* Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento.* Pirámide: Madrid.
- Mian, N. D., Carter, A. S., Pine, D. S., Wakschlag, L. S. y Briggs-Gowan, M. J. (2015). Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(9), 1017-1025.*
- Mian, N. D., Godoy, L., Briggs-Gowan, M. J. y Carter, A. S. (2012). Patterns of anxiety symptoms in toddlers and preschool-age children: Evidence of early differentiation. *Journal of anxiety disorders, 26(1), 102-110.*
- Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J. y Carter, A. S. (2011). An ecological risk model for early childhood anxiety: The importance of early child symptoms and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39(4), 501-512.*

- Möller, E. L., Majdandžić, M. y Bögels, S. M. (2015). Parental anxiety, parenting behavior, and infant anxiety: Differential associations for fathers and mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2626-2637.
- Möller, E. L., Nikolić, M., Majdandžić, M. y Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: a meta-analysis. *Clinical psychology review*.45, 17-33.
- Montoya, A. K., y Hayes, A. F. (2017). Two-condition within-participant statistical mediation analysis: A path-analytic framework. *Psychological Methods*, 22(1), 6.
- Morgan, A. J., Rapee, R. M., Salim, A., Goharpey, N., Tamir, E., McLellan, L. F., y Bayer, J. K. (2017). Internet-Delivered Parenting Program for Prevention and Early Intervention of Anxiety Problems in Young Children: Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*.
- Muris, P., Meesters, C., Mayer, B., Bogie, N., Luijten, M., Geebelen, E., ... y Smit, C. (2003). The Koala Fear Questionnaire: a standardized self-report scale for assessing fears and fearfulness in pre-school and primary school children. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 597-617.
- Murray, L., Lau, P. Y., Arteche, A., , C., Russ, S., Zoppa, L. D., Muggeo, M., Stein, A. y Cooper, P. (2012). Parenting by anxious mothers: effects of disorder subtype, context and child characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.53(2), 188-196.
- Murray, L., De Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M. y Cooper, P. J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety:

- The role of social referencing processes in infancy. *Child development*, 79(4), 1049-1064.
- Nerín, N. F., Nieto, M. Á. P. y de Dios Pérez, M. J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Niehues, A. N., Bundy, A., Broom, A., Tranter, P., Ragen, J., y Engelen, L. (2013). Everyday uncertainties: reframing perceptions of risk in outdoor free play. *Journal of Adventure Education y Outdoor Learning*, 13(3), 223-237
- Ooi, J., Dodd, H. F. y Walsh, J. (2015). Shared Cognition in Childhood Anxiety: Interpretation Bias in Preschool Children and Their Parents. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3413-3422.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria [Anxiety symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115–20.
- Pahl, K. M. y Barrett, P. M. (2010). Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the Fun FRIENDS program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(3), 14-25.
- Pahl, K. M., Barrett, P. M. y Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 311-320.
- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D. y Muris, P. (2014). The relationships among parental anxiety, parenting, and children's anxiety: The mediating

- effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 399-409.
- Pine, D. S., Helfinstein, S. M., Bar-Haim, Y., Nelson, E. y Fox, N. A. (2009). Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 34(1), 213-228.
- Platt, R., Williams, S. R., y Ginsburg, G. S. (2016). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry y Human Development*, 47(1), 23-34.
- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M. D., de Sanmamed, M. F., Guillamón, I., Riley, A., y Alonso, J. (2004). Adaptación de la versión española del perfil de salud infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE). *Anales de Pediatría*, 60, (6), 522-529.
- Rapee, R. M., Kennedy, S. J., Ingram, M., Edwards, S. L. y Sweeney, L. (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1518-1525.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A. y Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341.
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 69-80.

- Ravens-Sieberer, U., y Bullinger, M. (1998). KINDL-Revidierter Fragebogen für Kinder und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research (2nd ed.)*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Dykinson.
- Sandín, B. (1999). Delimitaciones conceptuales. En B. Sandín (Ed.), *Las fobias específicas* (pp. 13-24). Madrid: UNED-FUE.
- Santrock, J. W. (2003). *Psicología del desarrollo en la infancia*. Madrid: McGraw-Hill.
- Schreier, A., Wittchen, H. U., Höfler, M., y Lieb, R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 308-309.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A. y Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 131-143.
- Silverman, W. K., y Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV.: Child interview schedule* (Vol. 2). Graywind Publications.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C. y Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy* .39(11), 1293-1316.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). STAI. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. TEA, Madrid.



- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173–80.
- Sterba, S., Egger, H. L., y Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1005–13.
- Sterba, S. K., Prinstein, M. J., y Cox, M. J. (2007). Trajectories of internalizing problems across childhood: Heterogeneity, external validity, and gender differences. *Development and Psychopathology*, 19, 345–66. doi: 10.1017/S0954579407070174
- Stumper, A., Danzig, A. P., Dyson, M. W., Olino, T. M., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2017). Parents' behavioral inhibition moderates association of preschoolers' BI with risk for age 9 anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 210, 35-42.
- Teetsel, R. N., Ginsburg, G. S. y Drake, K. L. (2014). Anxiety-promoting parenting behaviors: a comparison of anxious mothers and fathers. *Child Psychiatry y Human Development*, 45(2), 133-142.
- Thomasgard, M. y Metz, W. P. (1996) The two-year stability of parental perceptions of child vulnerability and parental overprotection. *Journal of Developmental y Behavioral Pediatrics*, 17(4), 222-228.
- Torío, S., Peña, J. V. y Rodríguez, M. D. C. (2009). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 16.
- Towe-Goodman, N. R., Franz, L., Copeland, W., Angold, A. y Egger, H. (2014). Perceived family impact of preschool anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 53(4), 437-446.

- Valiente, R. M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003). *Miedos en la infancia y en la adolescencia*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Van der Giessen, D. y Bögels, S. M. (2017). Father-Child and Mother-Child Interactions with Children with Anxiety Disorders: Emotional Expressivity and Flexibility of Dyads. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-12
- Van der Sluis, C. M. (2016). Anxiety disorders in young children: Parent and child contributions to the maintenance, assessment and treatment
- Walker, M. A. (2016). *Social and Emotional Functioning and Academic Skills in Preschool: Attention Problems, Anxiety and Adaptability* (Doctoral dissertation, University of Alberta).
- Wang, M. y Zhao, J. (2015). Anxiety disorder symptoms in chinese preschool children. *Child Psychiatry y Human Development*, 46(1), 158-166.
- Whalen, D. J., Sylvester, C. M., y Luby, J. L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
- Wichstrøm, L., Belsky, J. y Berg-Nielsen, T. S. (2013). Preschool predictors of childhood anxiety disorders: a prospective community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1327-1336.
- Whiteside, S. P., y Brown, A. M. (2008). Exploring the utility of the Spence Children's Anxiety Scales parent- and child-report forms in a North American sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1440-46.

## Anexos



# CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

---

## Datos sobre la persona que contesta los cuestionarios (marca con una X):

PADRE \_\_\_/MADRE \_\_\_/OTRO FAMILIAR: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_.

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_.

NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria/EGB: \_\_\_ Secundaria/BUP: \_\_\_ Bachillerato/COU: \_\_\_  
Universitarios: \_\_\_ Formación Profesional: \_\_\_

## OCUPACION ACTUAL:

\_\_\_ Empleado/a, Sector: \_\_\_\_\_,

Puesto: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Autónomo/a, Sector: \_\_\_\_\_.

\_\_\_ Desempleado/a

\_\_\_ Ama de casa

\_\_\_ Otro:

SÍ NO

¿Es la persona que más tiempo pasa con el niño/a?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

## Datos sobre el niño (marca con una X):

SEXO: niño \_\_\_/niña \_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NÚMERO DE HERMANOS (SIN CONTARLE A ÉL): \_\_\_

SEXO Y FECHA DE NACIMIENTO DE LOS HERMANOS (SI LOS HAY):

niño \_\_\_/niña \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

niño \_\_\_/niña \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

niño \_\_\_/niña \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO RASGO

---

A continuación, encontrarás unas frases que describen cómo podemos sentirnos. Lee atentamente cada una y marca con una X, la casilla que mejor defina como te sientes tú.

| <b>En este momento me siento...</b>           | <b>Nada</b> | <b>Algo</b> | <b>Bastante</b> | <b>Mucho</b> |
|---|-------------|-------------|-----------------|--------------|
| Me siento calmado                             |             |             |                 |              |
| Me siento seguro                              |             |             |                 |              |
| Estoy tenso                                   |             |             |                 |              |
| Estoy contrariado                             |             |             |                 |              |
| Me siento cómodo (estoy a gusto)              |             |             |                 |              |
| Me siento alterado                            |             |             |                 |              |
| Estoy preocupado ahora por desgracias futuras |             |             |                 |              |
| Me siento descansado                          |             |             |                 |              |
| Me siento angustiado                          |             |             |                 |              |
| Me siento confortable                         |             |             |                 |              |
| Tengo confianza en mí mismo                   |             |             |                 |              |
| Me siento nervioso                            |             |             |                 |              |
| Estoy desasosegado                            |             |             |                 |              |
| Me siento muy "atado" (como oprimido)         |             |             |                 |              |
| Estoy relajado                                |             |             |                 |              |
| Me siento satisfecho                          |             |             |                 |              |
| Estoy preocupado                              |             |             |                 |              |
| Me siento aturdido y sobreexcitado            |             |             |                 |              |
| Me siento alegre                              |             |             |                 |              |
| En este momento me siento bien                |             |             |                 |              |

## CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO RASGO

Ahora, encontrarás frases que utilizamos para expresar cómo nos sentimos. Lee cada una y marca con una X, la casilla que mejor describa cómo te sientes en general.

| <b>Normalmente me siento...</b>                                    | <b>Casi nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>A menudo</b> | <b>Casi siempre</b> |
|--|-------------------|----------------|-----------------|---------------------|
| Me siento bien   |                   |                |                 |                     |
| Me canso rápidamente   |                   |                |                 |                     |
| Siento ganas de llorar   |                   |                |                 |                     |
| Me gustaría ser tan feliz como otros                               |                   |                |                 |                     |
| Pierdo oportunidades por no decidirme pronto                       |                   |                |                 |                     |
| Me siento descansado   |                   |                |                 |                     |
| Soy una persona tranquila, serena y sosegada                       |                   |                |                 |                     |
| Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas         |                   |                |                 |                     |
| Me preocupo demasiado por cosas sin importancia                    |                   |                |                 |                     |
| Soy feliz  |                   |                |                 |                     |
| Suelo tomar las cosas demasiado seriamente                         |                   |                |                 |                     |
| Me falta confianza en mí mismo                                     |                   |                |                 |                     |
| Me siento seguro   |                   |                |                 |                     |
| No suelo afrontar las crisis o dificultades                        |                   |                |                 |                     |
| Me siento triste (melancólico)                                     |                   |                |                 |                     |
| Estoy satisfecho   |                   |                |                 |                     |
| Me rondan y molestan pensamientos sin importancia                  |                   |                |                 |                     |
| Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos            |                   |                |                 |                     |
| Soy una persona estable  |                   |                |                 |                     |
| Cuando pienso en asuntos y preocupaciones me pongo tenso y agitado |                   |                |                 |                     |

## PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS

A continuación aparecen una serie de afirmaciones sobre cómo piensan, sienten o actúan los padres en relación con sus hijos. Lee con atención cada una de estas afirmaciones y marca con una "X" la respuesta que más se aproxime a lo que piensas en la actualidad. No hay respuestas buenas ni malas. Cuando termines, comprueba que has contestado a todas las afirmaciones.

|   |    |    |
|---|----|----|
| Los padres tenemos la obligación de educar a nuestros hijos evitándoles cualquier tipo de malestar o incomodidad.       | SÍ | NO |
| Para que mis hijos progresen en la vida tengo que enseñarles y luego permitirles que practiquen lo que les he enseñado. | SÍ | NO |
| La clave para educar bien a los hijos consiste, especialmente, en castigarlos cuando se porten mal                      | SÍ | NO |
| Me molesta que alguno de mis hijos me pida ayuda para hacer algo; creo que debería hacerlo solo/a                       | SÍ | NO |
| Me pongo nervioso cuando veo que uno de mis hijos quiere hacer algo sin mi ayuda o supervisión.                         | SÍ | NO |
| Los hijos saben cuidarse solos; los padres no tenemos por qué estar constantemente preocupándonos por ellos.            | SÍ | NO |
| Frecuentemente estoy preocupado/a por la posibilidad de que mis hijos sufran algún daño                                 | SÍ | NO |
| Me agrada que mis hijos tengan iniciativa para hacer cosas, aunque cometan errores                                      | SÍ | NO |
| Los padres debemos exigir a nuestros hijos que, en cualquier ocasión, hagan las cosas lo mejor posible.                 | SÍ | NO |
| Me siento mal, cuando alguno de mis hijos rechaza mi ayuda para hacer algo  | SÍ | NO |
| Creo que los padres tenemos que dejar a los hijos "a su aire" para que aprendan por su cuenta                           | SÍ | NO |
| Me angustio, cuando pienso que, tal vez, no esté educando bien a mis hijos  | SÍ | NO |
| Me agrada enseñar a mis hijos cosas nuevas  | SÍ | NO |
| Para que los niños maduren y se hagan responsables se les debe castigar por su mala conducta.                           | SÍ | NO |
| La educación de los hijos puede llevarse a cabo perfectamente sin recompensas ni castigos                               | SÍ | NO |
| Cuando alguno de mis hijos está enfermo me asusto mucho   | SÍ | NO |
| En mi opinión, es normal que mis hijos cometan errores mientras están aprendiendo                                       | SÍ | NO |

## PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS

|   |    |    |
|---|----|----|
| Noto tensión o nerviosismo cuando alguno de mis hijos está fuera de casa  | SÍ | NO |
| Pienso que los hijos no se merecen premios o elogios por comportarse como deben.  | SÍ | NO |
| Me preocupo mucho cuando pienso que algún día mis hijos tendrán que cuidar de sí mismos.  | SÍ | NO |
| Cuando alguno de mis hijos se pone enfermo, lo primero que pienso es que es algo propio de su edad o de la época y que se le pasará pronto. | SÍ | NO |
| Tenemos la obligación de enseñar poco a poco a nuestros hijos a tomar sus propias decisiones  | SÍ | NO |
| Lo mejor es que los hijos aprendan por los daños que sufren en su vida  | SÍ | NO |
| Los padres somos responsables de todo lo malo que les pueda ocurrir a nuestros hijos  | SÍ | NO |
| Cuando mis hijos aprenden algo nuevo, compruebo que es correcto y adecuado para ellos   | SÍ | NO |
| Me gustaría ayudar a mis hijos en todo  | SÍ | NO |
| Creo que la vida es la mejor escuela, sin que sea necesario estar dando constantemente consejos a los hijos                                 | SÍ | NO |
| Pienso que los padres debemos supervisar el desarrollo de nuestros hijos, sin angustiarnos  | SÍ | NO |
| Me siento mal, cuando pienso en todas las contrariedades que mis hijos tendrán en la vida   | SÍ | NO |
| Los padres no podemos evitar todos los daños que les puedan ocurrir a nuestros hijos  | SÍ | NO |
| Me irrito, cuando veo que alguno de mis hijos no hace las cosas exactamente como yo le he dicho que las haga                                | SÍ | NO |
| Cuando alguno de mis hijos está enfermo, acudo al pediatra, tranquilo, sin preocuparme en exceso.   | SÍ | NO |
| Por lo general, cuando alguno de mis hijos hace algo mal y sufre por ello, procuro consolarlo y ayudarlo a ver en qué se ha equivocado.     | SÍ | NO |
| Los padres deben dejar que sus hijos se desarrollen, sin limitarlos con normas o prohibiciones.   | SÍ | NO |



## PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS

|   |    |    |
|---|----|----|
| Si a alguno de mis hijos le pasa algo desagradable por no haberme hecho caso, le recrimino por ello.                    | SÍ | NO |
| Para que los hijos progresen, los padres tenemos que ayudarles casi constantemente.                                     | SÍ | NO |
| Los padres debemos llevar una vida normal, sin preocuparnos demasiado por el desarrollo de los hijos.                   | SÍ | NO |
| Los castigos enseñan a los hijos a respetar a los padres.   | SÍ | NO |
| Los padres no tenemos la culpa de las cosas que les puedan ocurrir a nuestros hijos.                                    | SÍ | NO |
| Los padres tienen la obligación de establecer normas severas de comportamiento para sus hijos.                          | SÍ | NO |
| Cuando los hijos se quejan por algo, la mayoría de veces exageran.  | SÍ | NO |
| Cuando veo que alguno de mis hijos va a cometer un error, generalmente, le dejo que lo haga para que aprenda.           | SÍ | NO |
| Creo que mis hijos pueden aprender a cuidar de si mismos por su cuenta.   | SÍ | NO |
| Los padres tenemos que utilizar frecuentemente los castigos para prevenir problemas futuros                             | SÍ | NO |
| Me pongo nervioso/a, cuando oigo a alguien que dice que los padres debemos ayudar a los hijos a resolver sus problemas. | SÍ | NO |
| Los padres deben enseñar a sus hijos que la vida está llena de dificultades contra las que hay que luchar.              | SÍ | NO |
| Cuando un hijo sale solo, los padres deben enseñarle todo lo que necesita saber para cuidar de sí.                      | SÍ | NO |
| Cuando los hijos están enfermos, hay que atenderles, pero seguir castigándolos, igual que si estuvieran bien.           | SÍ | NO |

# CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA KINDL-KIDDY

A continuación, encontrarás una serie de preguntas sobre el bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud de su hijo/a. Lee cada pregunta atentamente y contesta con una "X", según como crees que SE HA SENTIDO TU HIJO la semana pasada.

| <b>La semana pasada mi hijo...</b>                | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|---|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Se ha sentido enfermo/a                           |       |            |               |              |         |
| Le ha dolido algo                                 |       |            |               |              |         |
| Ha estado muy cansado/a                           |       |            |               |              |         |
| Ha tenido mucha fuerza y energía                  |       |            |               |              |         |
| Se ha reído y divertido mucho                     |       |            |               |              |         |
| Se ha aburrido mucho                              |       |            |               |              |         |
| Se ha sentido solo/a                              |       |            |               |              |         |
| Ha tenido miedo y se ha sentido inseguro/a        |       |            |               |              |         |
| Se ha sentido orgulloso de sí mismo/a             |       |            |               |              |         |
| Se ha gustado a sí mismo/a                        |       |            |               |              |         |
| Se ha sentido bien consigo mismo                  |       |            |               |              |         |
| Ha tenido muchas buenas ideas                     |       |            |               |              |         |
| Se ha llevado bien con nosotros (su familia)      |       |            |               |              |         |
| Se ha sentido a gusto en casa                     |       |            |               |              |         |
| Hemos tenido fuertes discusiones o peleas en casa |       |            |               |              |         |
| Ha sentido que no le dejábamos tomar decisiones   |       |            |               |              |         |
| Ha jugado con amigos/as                           |       |            |               |              |         |
| Ha caído bien a los demás                         |       |            |               |              |         |
| Se ha llevado bien con sus amigos/as              |       |            |               |              |         |
| Se ha sentido diferente de los demás              |       |            |               |              |         |
| Ha podido hacer bien las tareas escolares         |       |            |               |              |         |
| Se lo ha pasado bien en la guardería/colegio      |       |            |               |              |         |
| Ha tenido ganas de ir a la guardería/colegio      |       |            |               |              |         |
| Ha cometido muchos errores en sus deberes         |       |            |               |              |         |

# ESCALA DE ANSIEDAD PREESCOLAR DE SPENCE

Marque la frecuencia con la que ocurren a su hijo las siguientes afirmaciones

|    |   |       |            |         |                 |              |
|----|---|-------|------------|---------|-----------------|--------------|
| 1  | Le resulta difícil dejar de preocuparse   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 2  | Le preocupa hacer algo que le haga parecer tonto delante de otras personas  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 3  | Comprueba una y otra vez que ha hecho las cosas bien (como haber cerrado la puerta o el grifo)  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 4  | Está tenso, inquieto e irritable debido a que se preocupa demasiado   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 5  | Le da miedo pedir ayuda a un adulto   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 6  | Se resiste a ir a dormir sin usted o a dormir fuera de casa   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 7  | Tiene miedo a las alturas (a los lugares altos)   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 8  | Tiene problemas para dormir por estar preocupado por algo   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 9  | Se lava las manos una y otra vez muchas veces al día  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 10 | Le asustan los lugares con mucha gente o los espacios cerrados  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 11 | Le asusta conocer o hablar con gente desconocida  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 12 | Se preocupa demasiado porque algo malo le pase a sus padres   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 13 | Tiene miedo a las tormentas eléctricas  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 14 | Pasa gran parte del día preocupado por varias cosas   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 15 | Le da miedo hablar delante de la clase (en el grupo de preescolar).   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 16 | Le preocupa que le pase algo malo (como perderse o que le raptan) y que no pueda volver a verle a usted.  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 17 | Le da miedo ir a nadar  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 18 | Tiene que tener las cosas en un orden o en una posición determinada para evitar que ocurran cosas malas   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 19 | Le preocupa hacer el ridículo delante de otras personas   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 20 | Tiene miedo a los insectos y/o a las arañas   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 21 | Tiene pensamientos o imágenes negativos o absurdos que se repiten una y otra vez  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 22 | Sufre cuando se queda en la escuela o con una niñera  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 23 | Le da miedo acercarse a otros niños y unirse a sus actividades  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 24 | Tiene miedo a los perros  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 25 | Tiene pesadillas en las que lo separan de usted   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 26 | Tiene miedo a la oscuridad  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 27 | Tiene que pensar en algo concreto (como ciertos números o palabras) para evitar que ocurran cosas malas   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 28 | Pide que se le proteja cuando no es necesario   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 29 | ¿Ha sufrido su hijo alguna vez una experiencia muy mala o traumática (como un accidente grave, la muerte de algún familiar o amigo, agresión, robo, catástrofe, etc.) | SI    | NO         |         |                 |              |

## ESCALA DE ANSIEDAD PREESCOLAR DE SPENCE

---

Por favor, describa brevemente la experiencia que ha sufrido su hijo:

---

---

---

---

Si ha contestado NO a la pregunta 29 ya ha terminado. Si ha contestado SI, responda por favor a las siguientes preguntas.

Desde que pasó ese suceso, ¿Le ocurre a su hijo lo siguiente?

|    |   |       |            |         |                 |              |
|----|---|-------|------------|---------|-----------------|--------------|
| 30 | Tiene sueños desagradables o pesadillas sobre lo ocurrido   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 31 | Se acuerda de lo ocurrido y lo pasa mal   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 32 | Sufre cuando se le recuerda el suceso   | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 33 | Actúa de repente como si estuviera reviviendo la experiencia  | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |
| 34 | Muestra síntomas físicos de miedo (como sudor, temblores, se le acelera el corazón) cuando se le recuerda el suceso | Nunca | Casi nunca | A veces | Bastantes veces | Muchas veces |

