



**Universitat Autònoma de Barcelona**  
**Facultat de Psicologia**  
**Departament de Psicologia Clínica i de la Salut**

**Estils Educatius i Ansietat Infantil:**  
**Un Model Conceptual basat en les**  
**diferències de gènere**

**Marina Monguillot Alonso**

**Tesi doctoral dirigida per:**  
**Dra. Maria Claustre Jané Ballabriga**  
**Dr. Albert Bonillo Martín**

**Bellaterra, 2012**

## **RECONeixEMENTS**

La creació d'aquest treball es va iniciar gràcies a l'Ajuda FIS 070027.

## **AGRAÏMENTS**

Als meus directors:

A la M<sup>a</sup> Claustre per la seva inestimable experiència i coneixement de l'apassionant món de la Psicopatologia Infantil.

A l'Albert pels seus coneixements i consells metodològics i per tot el que he après sobre Models Estructurals.

Gràcies a tots dos per la vostra dedicació, i sobretot pel vostre suport incondicional i comprensió.

Als meus companys de doctorat i amics:

A l'Eva i en Rodrigo per els moments viscuts i pel que hem après els uns dels altres.

A l'Ari per les preocupacions acadèmiques i personals compartides.

Als meus amics:

Per escoltar-me parlar de la tesi constantment, per entendre'm i per acompanyar-me durant aquest camí.

A la meva família:

Als meus pares, per creure en mi i pels seus ànims en els moments difícils.

A la meva germana, per la seva paciència i creació del disseny de portada.

*Educar és ajudar a desplegar*

*les possibilitats que l'infant porta en nèixer.*

Lluís Folch i Camarasa

Psiquiatre i educador

## SUMARI

1.	INTRODUCCIÓ .....	1
2.	MARC TEÒRIC.....	4
2.1	Estil Educatiu: Definició i classificació. ....	4
2.2	Estil Educatiu i psicopatologia .....	8
2.3	Diferències de gènere en l'estil educatiu .....	10
2.3.1	Sexe o gènere? .....	10
2.3.2	Diferències en les pautes educatives .....	11
2.4	Simptomatologia ansiosa .....	12
2.4.1	Ansietat Generalitzada .....	14
2.4.2	Fòbia Específica .....	14
2.4.3	Ansietat per Separació .....	14
2.4.4	Fòbia Social.....	15
2.4.5	Prevalença, curs i comorbiditat.....	16
2.5	Ansietat Infantil i Nivell Socioeconòmic .....	17
2.6	Ansietat Infantil i Esdeveniments Vitals Estressants .....	18
2.7	Estil Educatiu i Ansietat Infantil.....	19
2.7.1	Estil Educatiu i Ansietat: Diferències de Gènere .....	22
2.8	Simptomatologia ansiosa en els cuidadors .....	23
2.9	Simptomatologia depressiva en els cuidadors .....	27
2.10	Presentació del Model Estructural .....	30
3.	OBJECTIUS .....	35
3.1	Objectiu general .....	35
3.2	Objectius específics .....	35
4.	HIPÒTESIS.....	36
4.1	Hipòtesis generals .....	36
4.2	Hipòtesis específiques.....	36

5. MÈTODE .....	38
5.1 Participants .....	38
5.2 Instruments .....	41
5.3 Procediment.....	44
5.4 Anàlisi estadística .....	45
6. RESULTATS .....	47
6.1 Descriptius: Distribució simptomatologia ansiosa .....	47
6.2 Regressions lineals: Variables d'ajust.....	49
6.3 Models d'Equacions Estructurals .....	50
6.3.1 Consideracions Inicials dels Models d'Equacions Estructurals.....	50
6.3.2 Models de Mesura .....	52
6.3.3 Models Estructurals.....	64
7. DISCUSSIÓ .....	73
7.1 Distribució de la simptomatologia .....	73
7.2 Nivell Socioeconòmic i Ansietat Infantil .....	74
7.3 Esdeveniments Estressants i Ansietat per Separació .....	74
7.4 Estils Educatius i simptomatologia ansiosa infantil.....	75
7.4.1 Estil Educatiu i Ansietat Generalitzada.....	76
7.4.2 Estil Educatiu i Ansietat per Separació .....	77
7.4.3 Estil Educatiu i Fòbia Social .....	78
7.5 Simptomatologia ansiosa en el cuidador .....	79
7.6 Simptomatologia depressiva en el cuidador .....	82
7.8 Consideracions finals.....	84
8. IMPLICACIONS CLÍNIQUES.....	86
9. LIMITACIONS .....	90
10. CONCLUSIONS .....	91
11. FUTURES LÍNEES D'INVESTIGACIÓ.....	92
12. REFERÈNCIES .....	93
13. ANNEXOS.....	122

## **LLISTAT DE TAULES**

Taula 1: Agrupacions conductes parentals.....	5
Taula 2: Instruments que mesuren Estil Educatiu.....	6
Taula 3: Descriptius de les principals variables sociodemogràfiques.....	40
Taula 4: Distribució variables principals Sexe Masculí.....	47
Taula 5: Distribució variables principals Sexe Femení.....	48
Taula 6: Ansietat i Nivell Socioeconòmic.....	49
Taula 7: Ansietat i Esdeveniments Vitals Estressants.....	49
Taula 8: Rebuig i Ansietat Infantil.....	65
Taula 9: Caliu i Ansietat Infantil en el Sexe Masculí.....	68
Taula 10: Efectes de l'ansietat del progenitor a través del Control.....	72

## **LLISTAT DE FIGURES**

Figura 1: Model proposat.....	33
Figura 2: Localització de les escoles.....	38
Figura 3: CFA Goldberg.....	53
Figura 4: CFA Goldberg Sexe Masculí.....	54
Figura 5: CFA Goldberg Sexe Femení.....	55
Figura 6: CFA EMBU-P.....	57
Figura 7: CFA EMBU-P Sexe Masculí.....	58
Figura 8: CFA EMBU-P Sexe Femení.....	59
Figura 9: CFA CSI-4.....	61
Figura 10: CFA CSI-4 Sexe Masculí.....	62
Figura 11: CFA CSI-4 Sexe Femení.....	63
Figura 12: SEM 1.....	64
Figura 13: SEM 2.....	67
Figura 14: SEM 3 Sexe Masculí.....	68
Figura 15: SEM 3 Sexe Femení.....	69

## **LLISTAT D'ANNEXOS**

Annex A: Qüestionari sociodemogràfic per a pares (esdeveniments estressants)....	124
Annex B: Inventari de Golberg.....	125
Annex C: EMBU-P.....	126
Annex D: CSI-4.....	131

## 1. INTRODUCCIÓ

La motivació principal d'aquest treball és contribuir al coneixement dels Factors de Risc en Ansietat Infantil, destacant la importància del paper dels pares o cuidadors, així com investigar quines dimensions de l'Estil Educatiu estan relacionades amb cada tipus de simptomatologia específica i en cada gènere, amb la intenció d'aportar un petit gra de sorra a la recerca incipient sobre la importància d'incloure un component parental en la prevenció i tractament de l'ansietat infantil.

L'objectiu és la creació d'un model d'equacions estructurals per a cada gènere, a través del qual també es pretén avaluar la funció medidora de l'estil educatiu entre la simptomatologia afectiva en els cuidadors i la simptomatologia ansiosa en els menors.

Les dimensions de l'estil educatiu mesurades seran el Control, el Rebuig i el Caliu Emocional, pel que fa a la simptomatologia dels pares, es valorarà la presència de simptomatologia ansiosa i simptomatologia depressiva. Amb relació a la simptomatologia en els menors, es tindran en compte els símptomes d'Ansietat Generalitzada, Ansietat per Separació, Fòbia Social i Fòbia Específica.

S'espera que el control, el rebuig i el baix caliu en els cuidadors afectin a tots els tipus de simptomatologia ansiosa en el nen, a més a més es preveu que aquestes dimensions educatives estiguin afectades pels graus de simptomatologia parental, així doncs esperem que l'ansietat en el cuidador augmenti el grau de control, mentre que la simptomatologia depressiva en el cuidador augmenti els nivells de rebuig i disminueixi els de caliu emocional. De manera paral·lela es



plantegen hipòtesis específiques de cadascuna d'aquestes relacions, segons el gènere i la simptomatologia específica que presenta el menor.

Els resultats d'aquest treball aporten un model conceptual per a cada gènere, mostrant diferències, en primer lloc, en com la simptomatologia dels cuidadors afecta a l'estil educatiu i en segon lloc, en com cada dimensió de l'estil educatiu afecta al tipus de simptomatologia.

En el següent apartat (2) es presenta el suport teòric existent sobre el tema que ens ocupa, primerament es delimita el concepte d'Estil Educatiu i les seves dimensions, es parla breument dels seus efectes en psicopatologia i de si aquestes dimensions educatives poden variar segons el gènere del menor. En segon lloc, es descriu la simptomatologia d'ansietat inclosa en l'estudi i finalment s'exposen més àmpliament cadascuna de les variables incloses en el model estructural, fins arribar a l'últim punt d'aquest apartat on es presenta l'hipotètic model.

En el tercer i quart apartat es presenten els objectius i hipòtesis de l'estudi. En el cinquè apartat s'inclou el mètode amb els seus corresponents punts (Participants, Instruments, Procediment i Anàlisi Estadística).

El sisè apartat conté els resultats, en primer lloc s'exposen les dades relacionades amb la distribució de la simptomatologia i les variables d'ajust, en segon lloc es descriuen els resultats obtinguts en els Models de Mesura (Anàlisis Factorials Confirmatòries) i finalment es presenten els Models Estructurals.

Dins del setè apartat s'inclou la discussió dels resultats obtinguts, contrastant amb la recerca prèvia sobre el tema. En els apartats 8, 9 i 10 s'inclouen respectivament, implicacions clíniques, limitacions, conclusions i futures línies d'investigació.

Finalment, en l'apartat 12 hi figuren les referències i en el 13 els annexos, on s'inclouen els ítems dels qüestionaris utilitzats en l'estudi.

## 2. MARC TEÒRIC

### 2.1 Estil Educatiu: Definició i classificació

En aquest apartat, a partir d'una breu introducció històrica, es presenten les dimensions de l'estil educatiu incloses en el present estudi.

En primer lloc, distingirem entre pràctiques educatives específiques i estils educatius.

Les pràctiques paternes estan definides pel seu contingut específic i pels seus igualment específics objectius de socialització. Per contra, l'estil educatiu descriu la interacció pares-fill a través d'un ampli ventall de situacions. Aquest últim fou definit per Darling i Steinberg (1993) com una constel·lació d'actituds cap al nen, les quals creen un clima emocional en el que són expressades les conductes dels pares.

Històricament aquestes actituds dels pares i la seva influència en el desenvolupament infantil ja foren estudiades a principis del segle XX. Dins dels teòrics de l'aprenentatge, Watson (1928) feia referència al control com a mètode de socialització pares-fills. Mentre que dins la corrent psicoanalítica Freud (1933) fou pioner en mencionar els efectes d'un excessiu vincle i sobreprotecció.

Al 1939 Symonds proposa les dimensions acceptació/rebuig i dominància/submissió. Al llarg del segle XX apareixen diverses agrupacions de conductes parentals en dimensions educatives, però totes giren en torn a les dimensions afecte-acceptació vers hostilitat-rebuig i control vers permissivitat (es mostren a la Taula 1).

Taula 1: Agrupacions conductes parentals

---

Baldwin (1955)	Caliu afectiu / hostilitat i despreniment/implicació
Sears, Maccoby i Levin (1957)	Afecte i permissivitat / control estricte
Becker i Krug (1964)	Caliu /sentiments negatius i tolerància /severitat
Hoffman (1970)	Afirmació de poder, retirada d'afecte i inducció
Ownby i Murray (1982)	Control, afecte i implicació activa.
Michaels, Messé i Stollak (1983)	Amor, càstig i exigència.

---

A partir dels anys 40 comencen a sorgir els primers instruments per a mesurar les pautes educatives, creant-se diferents factors que agrupen els ítems de cada qüestionari. Es mostren a la Taula 2.

**Taula 2: Instruments que mesuren Estil Educatiu**

---

<i>Fels Parent-Behavior Rating Scales,</i> Champney (1941)	Democràcia a la llar, acceptació del fill i indulgència.
<i>Parental Attitude Research Instrument (PARI),</i> Schaefer i Bell (1958)	Autoritarisme – control, hostilitat – rebuig i actituds democràtiques.
<i>Parent-Child Relations Questionnaire (PCR),</i> Roe i Siegelman (1963)	Amor, protecció, exigència, rebuig, negligència i despreocupació.
<i>Children’s Reports of Parental Behavior Inventory (CRPBI),</i> Schaefer (1965)	Acceptació vers rebuig, autonomia psicològica vers control psicològic i control ferm vers control lax.
<i>Parental Bonding Instrument (PBI),</i> Parker, Tupling i Brown (1979)	Afecte i sobreprotecció.
<i>Egna Minnen Beträfande Uppfostran (EMBU),</i> Perris, Jacobson, Linström, Von Knorring i Perris (1980)	Rebuig, Caliu Emocional, Intents de Control i Favoritisme.

---

A finals dels anys 60, amb Diana Baumrind, apareix el primer model categòric que permetrà agrupar els pares en tres tipologies diferenciades. Combinant les dimensions acceptació i control formula els següents estils educatius: Democràtic, amb alta acceptació i alt control; Autoritari, amb baixa acceptació i alt control; i Permissiu, on l'acceptació és alta i el control és baix (Baumrind, 1967; 1971).

Al 1983 MacCoby i Martin reformulen la teoria de Baumrind en funció de les dimensions control/exigència i afecte/sensibilitat. Els seu model coincideix amb les tres categories de Baumrind, però divideix els pares permissius en indulgents o indiferents/negligents, coincidint els pares indulgents amb la definició de l'estil Permissiu (baix control i alt afecte) de Baumrind; i els pares indiferents/negligents serien aquells que puntuen baix tant en control com en afecte.

Després d'aquesta aproximació històrica, on s'han presentat models categòrics i models dimensionals, cal deixar palès que en aquest treball s'ha utilitzat un enfocament dimensional. Avui en dia, l'acció socialitzadora dels pares es concebuda de forma menys categòrica i més permeable (Jiménez i Muñoz, 2005) o, dit d'altra manera, més propera a la realitat. Cal assenyalar que els estils educatius mai es donen com a tals en estat pur: de fet són models teòrics que ens apropen a la realitat i en els que es donen variacions dins d'amplis marges (Pérez, 2003). És doncs necessari el fet d'estudiar aquests constructes de manera quantitativa per copsar aquesta variabilitat.

En aquesta investigació s'estudiaran les dimensions de Rebuig, Caliu Emocional (o afecte) i Control (o sobreprotecció).

El Rebuig serà entès com aquelles conductes de desaprovació del cuidador cap al nen, per exemple, excessiva severitat, càstigs o culpes immerescudes. Alguns autors defineixen el Rebuig com el pol oposat a l'afecte/acceptació, significat aquest una manca de suport emocional, de reciprocitat i d'implicació (Rapee, 1997).

Pel que fa a l'Afecte o Caliu Emocional, fa referència al nivell de resposta dels progenitors i es mesura a partir de conductes de suport i acceptació, incloent la demostració d'afecte i orgull, en definitiva és el sentiment de consideració positiva que el cuidador transmet al menor ( McLeod, Wood i Weisz, 2007).

En últim terme, pel que fa al Control o Sobreprotecció, s'inclouran conductes que comporten la restricció d'activitats i el reforç d'una excessiva dependència dels progenitors (Wood, McLeod, Sigman, Hwang i Chu, 2003). Diversos autors defineixen aquesta dimensió com el pol oposat a proporcionar autonomia (Clark i Ladd, 2000; Steinberg, Elmer i Mounts, 1989).

## **2.2 Estil Educatiu i psicopatologia**

Com ja s'ha comentat, els estudis coincideixen en identificar dues grans dimensions: afecte o caliu emocional vers hostilitat o rebuig i control vers permissivitat. L'aspecte important per determinar la influència de l'estil educatiu dels pares en els seus fills seria la combinació d'aquestes dues característiques (Castro, 2005). S'han trobat clares associacions entre pautes educatives específiques i diversos problemes infantils.

En concret, un estil de control i exigència sense afecte s'associa a Trastorns Internalitzats, mentre que un estil excessivament permissiu amb indiferència i rebuig s'associa a Trastorns Externalitzats (O'Connor, 2002).

Pel que fa als problemes afectius, el baix caliu emocional està lligat amb l'ansietat i la depressió. A més a més aquests símptomes emocionals es vinculen amb la sobreprotecció (Dadds, Barret, Rapee i Ryan 1996).

Amb relació als problemes de conducta, el tipus de conductes parentals associades amb aquests són: alt criticisme i hostilitat, càstig sever, disciplina inconsistent, baix caliu emocional, baixa implicació, baix encoratjament i pobre supervisió. Investigacions epidemiològiques a gran escala avalen aquests fets, com els estudis de l'Illa de Wight (Rutter, Tizard, Yule, Graham i Whitmore, 1976) així com estudis clàssics com el de Patterson (1982). A més a més, gran quantitat d'estudis confirmen aquests resultats (Denham et al., 2000; Kilgore, Synder i Lentz, 2000; Lyons-Ruth, 1996).

Per acabar, si ens centrem en l'estil educatiu com a factor protector i no com a factor de risc, els autors coincideixen en la importància de la demostració d'afecte i acceptació (Maccoby i Martin, 1983; Parker 1984) i en que cal deixar cert grau d'autonomia, procurant no sobreprotegir als infants ni interferir excessivament en les seves activitats (Parker, 1984).

D'acord amb Belsky (1984), l'estil educatiu que promou un desenvolupament òptim de l'infant es caracteritza per una criança atenta, afectuosa, estimulante, amb resposta i no restrictiva durant la infància; consisteix en tenir cura, assistir i exercir cert control en els anys preescolars; i es basa en la utilització del raonament, la disciplina consistent i l'expressió d'afecte durant els anys escolars.



## 2.3 Diferències de gènere en l'estil educatiu

### 2.3.1 Sexe o gènere?

L'ús d'aquests dos termes ha estat debatut àmpliament (Unger, 1979) i continua vigent el debat sobre quina paraula és més adient utilitzar (Muehlenhard i Peterson, 2011).

Els autors coincideixen en definir el sexe com aquelles característiques, diferents en l'home i en la dona, que venen donades per la biologia, com ara característiques físiques i anatòmiques, cromosomes i hormones (Helgeson, 2005; Lips 2008).

El gènere ha estat definit utilitzant les diferències entre home i dona que van més enllà de l'organisme i la constitució física.

Alguns autors parlen de categories socials femenines i masculines, les quals tenen associats determinats rols (Helgeson, 2005). Altres autors el defineixen en funció de trets i conductes considerats més pròpiament masculins o femenins i que es consideren adequats segons les influències socioculturals (Holmes, 2007).

A la franja d'edat estudiada (de 6 a 8 anys) els nens tenen plena consciència del seu sexe i ja desenvolupen conductes socialment estereotipades pròpies de cada gènere, així com les conductes que desenvolupen els seus pares cap a ells (Vasta, Haith i Miller, 2001). Per aquest motiu i per qüestions pràctiques en endavant s'usaran els termes gènere i sexe indistintament.

### **2.3.2 Diferències en les pautes educatives**

Alguns articles han mostrat evidència de que els nens i les nenes són tractats de manera diferent pels seus pares. Aquests treballs suggereixen que aspectes com l'afecte i el caliu emocional podrien ser més utilitzats en nenes i aspectes més disciplinaris i controladors més utilitzats en nens (Lytton i Romney, 1991; Someya, Uehara, Kadowaki, Tang i Takahashi, 2000). També hi ha evidència de que aquest estil més autoritari en els nois és més utilitzat per pares que per mares (Lytton y Romney, 1991; Siegal, 1987).

Altres autors argumenten que els nois es socialitzen per desenvolupar motivacions més individuals i assertives, mentre que les noies es socialitzen a través de motius de col·lectivitat i col·laboració (Leaper i Friedman, 2007). En la mateixa línia Williams, Radin i Allegro (1992) van argumentar que als nois se'ls ensenyava a ser més competents instrumentalment i les noies eren ensenyades per ser expressives, amb implicació afectiva, sensibilitat i comprensió.

Estudis més actuals confirmen que les filles es mostren més sensibles a la percepció dels hàbits de criaça materns i paterns relacionats amb la comunicació i l'afecte i els fills són més sensibles a la percepció del control, la disciplina i l'hostilitat (Mestre, Samper, Tur i Díez, 2007; Gaylord, Kitzman i Colema, 2003).

Rodríguez, Del Barrio, i Carrasco (2009) van demostrar en un grup de nens i adolescents, de 8 a 16 anys, que les nenes eren més sensibles a l'afecte, proximitat i implicació, mentre que els nens eren més sensibles al control, la supervisió, l'autoritat, l'hostilitat i la permissivitat, tant per part de mares com de pares.

Tot i això, els resultats de la recerca en aquest àmbit són inconsistents i hi ha certa controvèrsia, provocada possiblement pels canvis que s'han donat en l'estil educatiu al llarg dels anys, avançant cap a una educació més igualitària.

## 2.4 Simptomatologia ansiosa

L'element comú i central dels trastorns d'ansietat és la por. És normatiu que els infants desenvolupin certs temors, doncs funciona evolutivament com a sistema de protecció (Morris, R.J. i Kratochwill, 1997). Per exemple, als 3 anys és normal la por a certs animals i als 5 anys es tem a la foscor i als monstres (Sandín, 1997). Però si aquestes pors es perpetuen o són desmesurades en relació a l'estímul que les provoca ens trobem davant de problemes d'ansietat, en aquest cas, citant a Echebúrua i de Corral (2009), les respostes de temor funcionen com un *dispositiu antirobatori defectuós*, que s'activa i prevé d'un perill inexistent. En la mateixa línia Kindt i Van Den Hout (2001), consideren que en edats primerenques els infants estan caracteritzats per una vigilància atencional cap a l'amenaça, i a mida que creixen adquireixen l'habilitat d'inhibir aquesta vigilància. Els nens ansiosos no adquiririen aquesta capacitat d'inhibició, i continuarien amb aquest *dispositiu antirobatori defectuós* per protegir-se de perills inexistents.

El manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV-TR; *American Psychiatric Association*, 2001) contempla els següents diagnòstics en l'apartat Trastorns d'Ansietat: Trastorn d'Angoixa sense Agorafòbia, Trastorn d'Angoixa amb Agorafòbia, Agorafòbia sense història de Trastorn d'Angoixa, Trastorn Obsessiu Compulsiu, Trastorn per Estrés Posttraumàtic, Trastorn per Estrés Agut, Fòbia Específica, Fòbia Social i Trastorn d'Ansietat Generalitzada; en l'apartat

Trastorns d'inici a la infància o adolescència s' inclou el Trastorn d'Ansietat per Separació.

Dels trastorns mencionats en el paràgraf anterior, s'han exclòs d'aquest estudi el Trastorn d'Angoixa i l'Agorafòbia, el Trastorn Obsessiu Compulsiu i els trastorns que necessiten de la prèvia presència d'un esdeveniment traumàtic, com el Trastorn d'Estrès Posttraumàtic i el Trastorn per Estrés Agut.

En primer lloc, pel que fa al pànic i agorafòbia, sembla ser que els atacs de pànic no comencen fins a l'adolescència o principis de l'adulthood (Kessler, Berglund, Demler, Jin i Walters, 2005); l'aparició a la infància és infreqüent i s'ha trobat només en mostres clíniques (Ollendick, Mattis i King, 1994).

En segon lloc, amb relació al TOC, a més a més dels seus inicis en l' infància tardana o adolescència (Kessler et al., 2005), és considerat fenomenològicament diferent a la resta de trastorns d'ansietat, sovint acompanyat de tics i altres alteracions: se l'ha considerat un trastorn associat a trastorns funcionals de circuits frontoestriats (Marsh, Maia i Peterson, 2009). A la CIE-10 (O.M.S, 1992) no s'inclou en la categoria de trastorns d'ansietat i de cara al DSM-V s'està plantejant la seva no inclusió i el seu agrupament, junt amb altres trastorns, en una nova categoria anomenada Trastorns de l'Espectre Obsessiu-Compulsiu (Hollander, Kim, Braun, Simeon i Zohar, 2009).

A continuació, es descriuran les característiques dels problemes d'ansietat inclosos en aquesta investigació. Cal matisar que no s'ha treballat amb diagnòstics DSM pròpiament dits, doncs no s'han tingut en compte criteris de durada, ni de deteriorament social, ja que l'estudi es realitza amb població general i la prevalença seria baixa.

### **2.4.1 Ansietat Generalitzada**

L'element central de l'Ansietat Generalitzada és la constant preocupació sobre diverses circumstàncies de la vida, com el rendiment escolar, la pròpia aparença o el futur (criteri A, DSM-IV-TR). Aquesta preocupació sol anar acompanyada per símptomes somàtics, com la tensió muscular i les dificultats per dormir (criteri C). Beidel i Alfano (2011) defineixen la preocupació com un procés cognitiu caracteritzat per pensaments de valència negativa o imatges relacionades amb potencials amenaces. Tots els infants experimenten aquests tipus de pensaments en determinades circumstàncies, però els nens amb ansietat generalitzada es diferencien dels altres en el nombre d'àrees de preocupació i en les dificultats per controlar aquesta preocupació (Criteri B).

Els afectats solen ser nens perfeccionistes i rígids, que sovint busquen seguretat a través de la confirmació dels adults (Toro, 2011).

### **2.4.2 Fòbia Específica**

En aquest cas el ventall de pors és molt més limitat. La Fòbia Específica es defineix com el temor acusat i persistent que és excessiu o irracional, desencadenat per la presència o anticipació d'un objecte o situació específics (criteri A, DSM-IV-TR). L'exposició al estímul fòbic provoca una resposta immediata d'ansietat, que en el cas dels nens, es pot traduir en plors, rabioles, inhibició o abraçades (criteri B). Finalment, a diferència dels adults, en els infants la por pot no ser reconeguda com irracional (criteri C).

### **2.4.3 Ansietat per Separació**

El tret principal és la severa i excessiva por a la separació dels cuidadors o de les persones a les que el nen està vinculat afectivament. Aquesta por es pot

manifestar de les següents maneres (criteri A, DSM-IV-TR): Malestar quan s'anticipa o quan té lloc una separació, preocupació sobre possibles mals que poden succeir a les figures vinculades o a ell mateix, negativa persistent per anar a l'escola o altres llocs, no voler estar sol a casa, no voler dormir sol o fora de casa, malsons amb temàtica de separació i queixes somàtiques al produir-se o anticipar la separació.

Els nens que la pateixen tendeixen a convertir-se en l'ombra de la persona objecte de la seva vinculació, inclús precisen del seu contacte físic persistent i adquireixen una dependència molt intensa (Toro, 2011).

#### **2.4.4 Fòbia Social**

La característica principal és la por exagerada a actuar d'una manera humiliant o comprometedora en situacions socials. La por es produeix en situacions en les que l'individu entra en contacte amb persones desconegudes o es veu exposat a l'escrutini dels altres. L'ansietat s'ha de produir en situacions amb iguals, no només amb interaccions amb adults i no ha d'estar causada per una incapacitat de socialització, és a dir, que el nen interactua satisfactòriament amb aquells que li són familiars (Criteri A, DSM-IV).

L'exposició a les mencionades situacions provoca una resposta immediata d'ansietat, en el cas dels nens, com ja s'ha comentat en el cas de la Fòbia Específica, aquesta ansietat es pot traduir en plors, rabioles, inhibició o abraçades (criteri B) i pot manca el reconeixement d'irracionalitat (criteri C).

## 2.4.5 Prevalença, curs i comorbiditat

Els estudis epidemiològics coincideixen en assenyalar els trastorns d'ansietat com els problemes psicològics més freqüents durant la infància i adolescència (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler i Agnold, 2003). Amb una prevalença del 5 al 10% de la població general, amb predomini del sexe femení (Pine i Klein 2008), tot i que sembla ser que segons els tipus de simptomatologia les proporcions s'igualen com es comenta més endavant.

Pel que fa al curs, hi ha evidència indicant majoritàriament un curs crònic (Kessler et al., 2005; Roza, Hofstra, Van der Ende i Verhulst 2003).

A continuació, es descriuen les particularitats segons el tipus de simptomatologia:

En primer lloc, pel que fa a l'Ansietat Generalitzada, sembla que, tot i començar en edats infantils, els casos augmenten a l'arribar a l'adolescència. És també en aquesta etapa on trobem un predomini del sexe femení, ja que durant la infantesa sembla que ambdós sexes tenen incidències similars (Masi et al, 2004).

En segon lloc, en relació amb la Fòbia Específica, se sap que típicament comença en edats infantils i que pot començar abans en el sexe masculí (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001). En població espanyola s'ha trobat com el trastorn d'ansietat més prevalent en edats infantils (Bragado, Carrasco, Sánchez i Bersabé, 1996).

En tercer lloc, amb referència a l' Ansietat per Separació, l'inici és més precoç que en els altres trastorns (Last et al., 1991) i la prevalença és major abans de l'adolescència (Costello, Egger i Agnold, 2005). És l'únic trastorn d'ansietat inclòs en l'apartat de trastorns d'inici a la infància al DSM, i a la CIE s'especifica que s'ha

d'iniciar a la infància primerenca. En poblacions epidemiològiques el trastorn és més freqüent en nenes; en poblacions clíniques sembla ser igual de freqüent (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001).

En quart lloc, sobre la Fòbia Social, els seus inicis se situen típicament a l'adolescència o segona infància, però sol haver-hi l'antecedent de timidesa o inhibició social en edats més primerenques (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001). Les dades recolzen, com en el cas de l'Ansietat Generalitzada, que la distribució per sexes abans de l'adolescència és aproximadament igual en ambdós sexes (Beidel, Turner i Morris 1999).

Per acabar aquest apartat, cal dir que del 40 al 60% dels nens ansiosos compleixen criteris per més d'un trastorn d'ansietat (Benjamin, Costello i Warren, 1990; Kashani i Orvaschel, 1990) i que el Trastorn d'Ansietat Generalitzada rarament es presenta sol, de manera que acostuma a anar acompanyat d'altres problemes d'ansietat (Pine i Klein, 2008).

## **2.5 Ansietat Infantil i Nivell Socioeconòmic**

Tot i que hi ha dades que relacionen un baix estatus socioeconòmic amb un major risc de patir ansietat infantil (Bragado et al., 1996; Taboada, Ezpeleta i de la Osa 1998) i s'han trobat associacions entre l'ansietat pediàtrica i un baix nivell socioeconòmic en alguns estudis epidemiològics (Cronk, Slutske, Madden, Bucholz i Heath, 2004; Xue, Leventhal, Brooks-Gunn i Earls, 2005). Les dades no són concloents i pocs estudis han trobat un baix nivell socioeconòmic com a predictor de l'ansietat infantil (Moffit et al., 2007).



## 2.6 Ansietat Infantil i Esdeveniments Vitals Estressants

S'entén com a Esdeveniment Vital Estressant, qualsevol fet o circumstància que succeeixi a la vida de les persones, amb un inici i un final identificables, que té el potencial per alterar l'estat mental o el benestar físic (Goodyer, 2001). Holmes i Rahe (1967) el defineixen com a qualsevol fet que impliqui un canvi en el patró de vida de l'individu i en funció d'aquest un esforç d'adaptació.

Persones que han patit esdeveniments estressants han desenvolupat ansietat, però altres no. Per explicar aquesta variabilitat, es fa referència al paper de les vulnerabilitats individuals i de les experiències prèvies d'aprenentatge (Muris, Merckelbach, Jong i Ollendick, 2002).

Alguns estudis prospectius donen resultats consistents pel que fa al rol causal dels *life events* (Goodyer, Wright i Altham, 1988; Phillips, Hammen, Brennan, Najman i Bor, 2005). Però també hi ha estudis, com el de Kim, Coenger, Elder i Lorenz (2003), que mostren influències recíproques, és a dir, els esdeveniments succeïrien després del trastorn; finalment altres autors també han considerat la importància del tipus d'esdeveniment viscut (Eley i Stevenson, 2000; Shanahan, Copeland, Costello i Agnold, 2008).

L'exposició primerenca a l'adversitat pot afectar al desenvolupament dels sistemes psicofisiològics del nen, com per exemple l'eix hipotalàmic-pituitari-adrenal (HPA) (Phillips, et al., 2005), però els processos a través dels quals l'experiència d'esdeveniments negatius influeix en el desenvolupament de simptomatologia ansiosa poden estar influïts per diversos factors com les alteracions en les pràctiques parentals (Creswell, O'Connor i Brewin, 2008), la psicopatologia paterna (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel i Perrin, 1991) i la vulnerabilitat individual (Edwards, Rapee i Kennedy, 2010).

En general, la literatura no indica una relació causal dels life events amb l'ansietat, excepte alguns estudis (Allen, Rapee i Sandberg, 2008) i la relació entre esdeveniments vitals estressants i ansietat pediàtrica no ha estat consistent (Eley i Stevenson 2000; Williamson, Birmaher, Dahl i Ryan, 2005).

## 2.7 Estil Educatiu i Ansietat Infantil

Els models teòrics de l'ansietat han destacat la influència de l'estil educatiu en el desenvolupament, manteniment i millora de l'ansietat infantil (Chorpita i Barlow, 1998; Dadds i Roth, 2001; Fox, Henderson, Marshall, Nichols i Ghera, 2005).

Seguint el que Parker (1983) va anomenar *Affectionless Control*, molts estudis destaquen la combinació d'alt control i baix afecte com la pauta més predictiva de l'ansietat infantil (Gar, Hudson, Rapee, 2005; Gerlsma, Emmelkamp i Arrindell, 1990; Greco i Morris, 2002).

Estudis més actuals continuen confirmant aquesta relació (McLeod, Wood, Weisz, 2007; Van der Bruggen, Stams i Bögels, 2008; Verhoeven, Bögels i van der Bruggen, 2012) i es parla tant de baix afecte, com de rebuig parental, no quedant clara en ocasions la diferència entre aquests dos constructes, doncs hi ha estudis que els presenten per separat i altres que inclouen el baix afecte com una dimensió del rebuig (McLeod et al., 2007).

Amb referència al control parental, aquest inclou conductes que limiten l'exposició del nen a experiències autònomes d'aprenentatge i la solució de problemes per ell mateix (Bögels i Brechman-Toussaint, 2006; Wood et al., 2003).

Quan els pares exerceixen alts nivells de control en contexts on és apropiat que el nen actuï independentment, el menor pot experimentar baixa autoeficàcia i

fins i tot increment de l'ansietat. L'excés de control parental limita el desenvolupament de l'autonomia del nen i el condueix a percebre l'entorn com incontrolable (Dadds, 2002; Hudson i Rapee, 2001; Leib et al., 2000; Rapee, 1997, 2001; Teichman i Ziv, 1994; Wood et al., 2003).

Barlow (2002) destaca com a factor clau en la psicopatologia de l'ansietat aquesta percepció dels esdeveniments fora de control. La manca de control percebut és vista com una vulnerabilitat psicològica per al desenvolupament de problemes d'ansietat, Chorpita i Barlow (1998) inclouen en el seu model teòric el locus de control extern en el nen com a mediador de la relació entre la sobreprotecció parental i l'ansietat infantil.

Finalment, Van der Bruggen et al. (2008), en la seva revisió, citen tres maneres a través de les quals el control parental pot potenciar l'ansietat en el nen. D'entrada, incrementant la percepció d'amenaça; en segon lloc, reduint el control percebut sobre l'amenaça i, en últim terme, no donant l'oportunitat d'explorar nous entorns i per tant dificultant l'adquisició de conductes d'afrontament.

Atesa la condició de factor de risc del control parental, la conducta contrària, és a dir, el donar autonomia, ha estat relacionada negativament amb l'ansietat infantil (McLeod et al. 2007). Els pares que animen la independència dels seus fills i els encoratgen per fer front a les situacions difícils poden reduir la probabilitat de que aquests desenvolupin un trastorn d'ansietat (Rapee 2001).

Però no tots els resultats donen suport a aquesta hipòtesi, Verhoeven et al. (2012) troben, en menors de 10 anys, que alts nivells de donar autonomia corresponen amb alts nivells d'ansietat. Els autors expliquen aquest resultat fent referència a les necessitats de protecció del menor en edats més primerenques,

de manera que un excés d'autonomia podria fer que aquest se sentís desemparat o no confiés en la capacitat del cuidador per assistir-lo, fet que podria generar en el nen sentiments d'incertesa i ansietat (Thompson, 2004).

Continuant amb el raonament anterior, els infants necessiten sentir-se cuidats i recolzats per als seus pares a fi d'assolir un saludable desenvolupament emocional. Conseqüentment, les conductes parentals mancades d'afecte i caliu emocional conduiran a sentiments d'inseguretat en el menor, els quals poden desencadenar problemes d'ansietat (Moore, Whaley i Sigman, 2004).

De manera paral·lela, les conductes hostils i de rebuig conduiran a potenciar aquesta incertesa en el nen. Estant també associades amb simptomatologia ansiosa (Bögels i Van Melick, 2004). S'ha hipotetitzat que el rebuig parental minva la capacitat de regular les emocions i incrementa la sensibilitat a l'ansietat en els infants (Chorpita i Barlow, 1998; Gottman, Katz i Hooven, 1997; Hudson i Rapee, 2001; Leib et al., 2000; Manassis i Bradley, 1994; Rapee, 1997; Rubin i Mills, 1991; Wood, 2006; Wood et al. 2003).

Globalment, es pot afirmar que alts nivells de rebuig i sobreimplicació s'associen a majors nivells d'ansietat, essent la sobreimplicació la que explica major part de la variància en ansietat infantil (McLeod et al., 2007).

En canvi, el fet de proporcionar afecte i autonomia, aquesta última ajustada a l'edat del nen, estan associats amb menor ansietat (McLeod et al., 2007).

Pel que fa a la relació de les dimensions educatives en relació als diferents tipus de simptomatologia, la problemàtica més estudiada ha estat la Fòbia Social, que s'ha trobat relacionada amb conductes de control i sobreprotecció (Bögels i Van Melick 2001; Rork i Morris, 2009). En un estudi amb població general, on mare i fill realitzaven la tasca de preparar un petit discurs, aquells infants que van rebre nivells excessius de control i ajuda preparant el seu discurs van mostrar més

ansietat durant aquest que els nens que van rebre menys control matern. Així mateix, una mostra d'adults diagnosticats de fòbia social va informar que, durant la seva infantesa, els seus pares eren més controladors sobre la seva habilitat de participar en activitats socials (Rapee i Melville, 1997).

També es troben estudis que relacionen l'Ansietat per Separació amb l'excessiva implicació parental (Gray, Carter i Silverman, 2011; Wood, 2006). En concret, Wood mostra una relació específica entre l'intrusivitat i el trastorn d'ansietat per separació, mentre que aquesta relació no es dona ni en la fòbia social ni en l'ansietat generalitzada. Els pares intrusius són definits com aquells que imposen un nivell de funcionament d'imaduresa al seu fill i en restringeixen l'autonomia (Ispa et al., 2004). El que ocorre doncs, és que el nen té menys experiències independents i per tant la sensació de que si s'allunya dels seus pares no podrà fer front a les demandes de l'ambient per ell mateix.

Respecte a l'Ansietat Generalitzada, els estudis l'han relacionat amb baixos nivells de resposta i suport emocional (Mellon i Moutavelis, 2011).

### **2.7.1 Estil Educatiu i Ansietat: Diferències de Gènere**

Actualment no existeix consens de com exactament el gènere modera la relació entre estil educatiu i psicopatologia, però si se sap que el gènere pot influenciar les respostes a determinades pràctiques parentals (Grusec i Goodnow, 1994).

Hi ha dades a favor d'una relació més forta, entre un estil educatiu controlador i l'ansietat infantil, en el cas del sexe femení. Ollendick i Horsh (2007) informen de que només en el sexe femení augmenta el nombre de pors paral·lelament a la

sobreprotecció materna. Van der Bruggen, Stams i Bögels (2008) en el seu metanàlisi també van trobar efectes més forts del control parental observat en nenes. Els autors argumenten aquests resultats fent referència a la sensibilitat a l'ansietat: sembla ser que els infants amb un nivell alt de sensibilitat a l'ansietat són més susceptibles a les influències parentals (Belsky, Hsieh i Crinc, 1998; Kochanska i Aksan, 2006). Com que la sensibilitat a l'ansietat sol ser més alta en el sexe femení (Silverman, Goedhart, Barrett, i Turner, 2003) els efectes del control parental en l'ansietat infantil també serien més significatius en nenes. Tot i això van der Bruggen, Bögels i van Zeilst (2010) amb una mostra de 8 a 11 anys, troben efectes contraris, estant el control més fortament relacionat amb l'ansietat en el sexe masculí, en la mateixa direcció, Rork i Morris (2009) amb població de 10 a 13 anys troben que la sobreprotecció materna només està relacionada amb l'ansietat en general en nois.

Finalment, altres estudis no troben relacions significatives en aquest aspecte, considerant l'associació de la conducta paterna amb l'ansietat infantil similar en ambdós sexes (McLeod, et al., 2007; Verhoeven, Bögels i van der Bruggen, 2012).

## **2.8 Simptomatologia ansiosa en els cuidadors**

L'ansietat tant paterna com materna, és considerada com un factor de risc per a l'ansietat infantil (Bögels i Brechman-Toussaint, 2006; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel, i Perrin, 1991; Muris, 2006). Es troben més casos d'ansietat entre els nens que tenen pares ansiosos i es creu que hi ha més risc si és la mare qui presenta la simptomatologia (Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook i Parkinson, 2006).

La recerca dona suport a quatre factors a través dels quals es pot transmetre aquesta ansietat: Factors genètics, conductes de modelat, transmissió d'informació negativa i un estil educatiu controlador i sobreprotector.

Per començar, fent referència als factors genètics, l'evidència d'estudis amb bessons suggereix que els gens aporten aproximadament un 30-50% de la variabilitat en simptomatologia ansiosa (Barlow, 2002; Eley et al., 2003). En general, els estudis revelen una influència genètica de nivell moderat (Ehringer et al., 2006; Gregory i Eley, 2007) a petit (Gordon i Hen, 2004).

Es creu que el component genètic de l'ansietat és probablement comú a tots els trastorns d'aquest grup (Eley, 1997; Gregory i Eley 2007). En la majoria de casos, sembla que el que s'hereta és la tendència a desenvolupar un trastorn d'ansietat, més que la presència d'un trastorn específic. L'individu hereta una tendència a ser ansiós i probablement altres factors determinen l'expressió específica d'un determinat trastorn (Eley, Rijdsdijk, Perrin, O'Connor i Bolton 2007) de manera que les influències genètiques de l'ansietat tret són especialment altes, amb una heredabilitat estimada de més del 50% (Muris, 2006).

Sembla probable que l'herència està determinada per un nombre de gens relativament ampli (en lloc d'un únic gen) i que no és específica per un trastorn particular. L'heredabilitat per factors temperamentals com la Inhibició Conductual és més alta que per específics símptomes o desordres (Goldsmith i Lemery, 2000). Així doncs, el que s'hereta pot ser una tendència general, com per exemple la reactivitat emocional. En aquest àmbit es parla del concepte d'Endofenotip, definit com un component heretable i mesurable, que no es veu a simple vista i que es troba a mig camí entre la simptomatologia i el genotip. Un

endofenotip pot ser neurofisiològic, bioquímic, endocrí, neuroanatòmic, cognitiu o neuropsicològic (Gottesman i Gould, 2003).

Pine i Klein (2008) plantegen tres línees de treball sobre potencials endofenotips en els trastorns d'ansietat pediàtrics. Primer, els estudis sobre inhibició conductual (Kagan, Snidman, McMains i Woodward, 2001; Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards i Sweeney, 2005), segon, els treballs sobre una augmentada reactivitat autonòmica (Grillon, Dierker i Merikangas, 1997; Merikangas, Avenevoli, Dierker i Grillon, 1999; Terleph et al., 2006) i finalment, les investigacions sobre les anomalies en la regulació de l'atenció durant l'exposició a l'amenaça (Pine et al., 2005).

En segon lloc, amb referència a les conductes de modelat, se sap, des dels estudis pioners de Bandura (1977) que moltes conductes s'adquireixen per aprenentatge vicari, entre elles les conductes de temor. Així doncs, observar als pares actuant o parlant de manera ansiosa sobre algun fet, pot portar als nens a associar amb la por o l'aprensió fets similars que es puguin trobar en un futur. Un modelat ansiós per part dels pares també contribueix al desenvolupament de biaixos cognitius i a una percepció limitada del control personal. En general, hi ha evidència que el modelament juga un paper important en la transmissió intergeneracional de l'ansietat (Fisak i Grills-Taquechel, 2007; Gerull i Rapee, 2002; Mineka i Zinbarg 2006; Murray, Cooper, Creswell, Schofield i Sack, 2007; Murray et al., 2008).

En tercer lloc, amb relació a la transmissió d'informació negativa, també es confirma el seu paper en la transmissió familiar de l'ansietat (Muris, Bodden, Merckelbach, Ollendik i King, 2003).



El procés de proporcionar informació transmetent amenaça i la seva influència en el desenvolupament de pors en el nen, s'ha estudiat en diversos estudis experimentals en poblacions generals (Field i Lawson, 2003; Lawson, Banerjee i Field, 2007).

S'ha identificat que els pares i/o cuidadors juguen un important rol en la transmissió de pors, a través de l'educació i la transferència d'informació (Hadwin, Garner i Pérez-Olivas 2006).

A través de la instrucció i les converses espontànies, els pares, tant conscient com inconscientment, transmeten cognicions avaluatives als seus fills (Fivush, 1991; Nelson, 1993). S'han trobat associacions sistemàtiques entre la naturalesa del discurs dels pares i el propi funcionament socio-emocional del nen (Dunn, Brown i Beardsall, 1991; Fivush i Vasudeva, 2002).

Finalment, els pares ansiosos fan més comentaris catastrofistes als seus fills que els pares no ansiosos (Moore et al., 2004; Suveg, Zeman, Flannery-Schroeder i Cassano, 2005; Whaley, Pinto i Sigman, 1999).

Respecte a l'estil educatiu, s'ha hipotetitzat que els pares ansiosos tenen menor capacitat d'ajustar el control a l'edat del nen, exercint nivells de control més elevats dels que són necessaris per al nivell de desenvolupament de l'infant (Ballash, Leyfer, Buckley i Woodruff-Borden, 2006). Concretament, són propensos a sobreprotegir als seus fills degut a la seva incrementada percepció del perill (Gar, Hudson i Rapee, 2005).

En general les investigacions confirmen que els pares que pateixen simptomatologia ansiosa tendeixen a utilitzar un tipus d'estil educatiu ansiós i sobreprotector (Dadds i Roth, 2001; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel i Perrin, 1991) exercint nivells de control més elevats que els pares sense simptomatologia (Hudson i Rapee, 2001), així com donant menys autonomia als

seus fills (Whaley et al., 1999; Woodruff-Borden, Morrow, Bourland i Cambron, 2002). Estudis amb mares ansioses confirmen que és menys probable que aquestes manifestin un afecte positiu i que donin autonomia als seus fills durant la interacció amb aquests (Ginsburg, Grover i Lalongo 2004; Moore et al., 2004).

En definitiva, l'ansietat paterna interfereix en les interaccions pares-fill que són necessàries per a que l'infant desenvolupi una correcta regulació de les emocions i sensació de control (Craske i Waters, 2005). Tanmateix, l'estat d'ansietat paterna influeix en el desenvolupament de biaixos cognitius, respostes d'evitació i interpretació dels esdeveniments com amenaçants en el menor (Short, Barret, Dadds i Fox, 2001; Whaley et al., 1999; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan i Slattery, 2000).

Les influències interactives, tant dels factors genètics com dels factors ambientals comentats, poden fer a l'infant més vulnerable a patir simptomatologia ansiosa.

Pel que fa a les diferències de gènere, alguns estudis suggereixen una associació més forta de l'ansietat parental i el control en els progenitors de fills de sexe masculí (Hudson i Rapee 2001; Leaper, 2002; van der Bruggen et al., 2008).

## **2.9 Simptomatologia depressiva en els cuidadors**

Els símptomes depressius han estat considerats al llarg de la literatura com un factor de risc per als problemes internalitzats en la descendència (Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau i Olfson, 1997; Weissman et al., 2006) tenint significatives implicacions en l'ajust dels nens (Marchand i Hock, 1998; Pesonen, Raikkonen, Stranberg, Kelitikangas i Jarvenpa, 2004). No obstant, els mecanismes a través dels quals es transmet aquesta vulnerabilitat no són tan clars com en el cas dels progenitors amb simptomatologia ansiosa.

Pel que fa a la influència d'aquests símptomes en l'estil educatiu, els progenitors amb simptomatologia depressiva, solen tenir una visió més negativa del món en general, de manera que la percepció dels seus fills pot estar també marcada per aquesta tendència a la negativitat, mostrant doncs més hostilitat i rebuig, així com disminuïda sensibilitat i resposta emocional als requeriments de l'infant. L'expressió de símptomes depressius pot interferir en la criança dels fills, promovent uns estils educatius marcats per una disciplina laxa i inconsistent, criticisme, hostilitat, rebuig cap al nen i manca de suport (Goodman i Gotlib, 1999; Marchand i Hock, 1998).

Els estudis coincideixen a descriure característiques similars en l'estil educatiu de pares i mares amb simptomatologia depressiva, essent les característiques comunes el fet de ser més hostils i menys implicats emocional i afectivament amb els seus fills (Cummings, Keller i Davies, 2005; Kane i Garber, 2004; Lovejoy, Graczyk, O'Hare i Neuman, 2000).

Lovejoy et al. 2000, en el seu metanàlisi, analitzen diversos estudis que mostren associacions significatives entre els símptomes depressius materns i els dèficits en l'estil educatiu, conclouent també que les conductes més afectades són les relacionades amb la negativitat i la manca d'implicació i compromís.

D'altra banda, hi ha estudis que destaquen la manca de conductes positives en l'estil educatiu. Lee, Anderson, Horowitz i August (2009) troben que els símptomes depressius dels pares estan relacionats negativament amb un estil educatiu positiu, entès com aquell que garantitza el saludable desenvolupament de l'infant. Aquests pares mostraven menys comunicació amb els seus fills, menys implicació i menys confiança.

La mateixa relació es troba en mostres que només inclouen mares: els resultats indiquen que és menys probable que aquestes tinguin relacions positives i bona

comunicació amb els seus fills (Bosquet i Egeland, 2001; Lyons-Ruth i Wolfe, 2000) o que s'impliquin en estratègies proactives de disciplina (Goodman i Gotlib, 1999; Kochanska i Kuczynski, 1987).

Per acabar, també s'ha trobat que la remissió de la depressió materna s'associa a canvis en les informacions que fa l'infant sobre les conductes parentals, Foster et al., (2008) mostren que, al remetre la simptomatologia, els menors informaven de que les mares els somreien més, els ajudaven a sentir-se millor quan no estaven bé, els mostraven més afecte i els afalagaven més.

Pel que fa a les diferències de gènere els resultats tampoc són clars en aquest àmbit. A això s'hi afegeix que la majoria d'estudis es centren en la depressió post part i en mares diagnosticades de depressió major. Tot i això hi ha estudis que recolzen que els nois presenten més risc de ser afectats per la depressió dels progenitors, principalment materna. Murray, Kempton, Woolgar i Hopper (1993) troben que mares depressives interactuen més amb les seves filles que amb els seus fills. Els autors ho expliquen per la manca de regulació en els nens, és a dir, les nenes tindrien més habilitat per regular les seves emocions i controlar el seu estat emocional, mentre que els nens perdrien més el control, resultant així més aversius per la seva conducta negativa i provocant un allunyament d'aquestes mares amb simptomatologia depressiva (Tronick i Weinberg 1997). Així mateix Weinber, Tronick, Cohn i Olson (1999), confirmen que els infants amb alta emocionalitat negativa són especialment vulnerables quan el cuidador esta deprimit.

Finalment altres estudis han trobat que la depressió postpart representa més risc per als nens comparat amb les nenes, en termes del seu rendiment cognitiu (Hay et al., 2001; Murray et al., 1993) i que el sexe masculí podria ser més vulnerable

a la depressió materna durant la primera i mitjana infància, mentre que el sexe femení ho seria més durant l'adolescència (Cummings i Davies, 1999).

## 2.10 Presentació del Model Estructural

Fins ara s'han comentat per separat cadascuna de les variables i les relacions entre elles trobades a la literatura. Integrant aquestes dades es va arribar al model teòric que es pretén contrastar en aquesta investigació.

Rapee (2001) proposa un model que assumeix que els pares de nens ansiosos és probable que també ho siguin i això propicia un estil educatiu *overinvolved*, és a dir massa implicat, controlador i sobreprotector. Així mateix els nens amb una vulnerabilitat genètica a l'ansietat és més probable que tinguin alts nivells d'arousal i emocionalitat. Al seu torn, el pare ansiós respon al seu fill més sensible, *sensitive child*, amb incrementada implicació i protecció per tal de prevenir o reduir l'estrès en el menor. El model assumeix que aquest estil educatiu desadaptat reforça la vulnerabilitat del nen a l'ansietat, incrementant la percepció d'amenaça d'aquest, reduint el control percebut del nen sobre l'amenaça i finalment incrementa les conductes evitatives.

Com ja s'ha comentat, els pares ansiosos tenen menys capacitat d'ajustar el control al nivell de desenvolupament de l'infant (Ballash, Leyfer, Buckley i Woodruff-Borden, 2006) i són més propensos a sobreprotegir als seus fills (Gar et al., 2005). Fins i tot poden tendir a descriure els problemes del nen com irresolubles o perillosos, encoratjant-lo a veure els problemes d'una manera catastròfica, i extingint o castigant les expressions del nen de pensaments d'afrontament i estratègies de solució de problemes (Whaley et al., 1999).

En la mateixa línia es troba que baixos nivells d'atorgar autonomia es relacionen significativament amb altes puntuacions d'ansietat en fills de pares ansiosos (Ginsburg et al., 2004).

McLeod et al., (2007) realitzen una revisió del tema, conclouent que l'excessiu control parental pot jugar un important paper en els trastorns d'ansietat dels nens, funcionat tant com a causa de l'ansietat, com a resposta a l'ansietat del nen o com una expressió de la pròpia ansietat dels pares.

Edwards et al., (2010) en un estudi longitudinal, confirmen que l'ansietat materna prediu la sobreprotecció, la qual un any després va predir símptomes d'ansietat infantil.

Per tant, és possible afirmar que hi ha una estreta relació entre l'ansietat materna, la sobreprotecció dels fills i les respostes d'ansietat per part d'aquests (Toro, 2006).

En el cas de la simptomatologia depressiva, també s'han trobat diversos treballs que corroboren el paper de les dimensions educatives com a potencials mediadors entre la simptomatologia depressiva en els progenitors (especialment materna) i els problemes d'ajust en l'infant (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart i Curtis, 2004).

Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch i Brownridge (2007) troben que l'acceptació i el suport disminueixen en mares depressives i això alhora propicia símptomes internalitzants en els menors. Burt et al. (2005), també confirmen que la depressió materna està lligada amb problemes d'ajust en el nen i aquest lligam està parcialment mediat per l'entorn familiar i la conducta parental. En la mateixa línia, en el treball de Weissman et al., (2007), la depressió materna disminuïa el benestar emocional i cognitiu del nen, i part d'aquesta disminució emanava d'un estil educatiu amb menys suport i implicació.

Finalment es considera important citar dos estudis centrats en la remissió de la depressió materna. Primerament, Weissman et al., (2006) informen de que després de tres mesos de tractament amb citaloparm, la remissió de la depressió materna es va associar significativament amb la disminució del nivell de simptomatologia internalitzant i externalitzant en el nen. En la mateixa direcció, Foster et al., (2008) troben que els infants informaven de més conductes de caliu emocional i acceptació, alhora que presentaven menys símptomes internalitzants i externalitzants, quan la depressió materna havia remés.

En definitiva els pares amb simptomatologia depressiva poden fer que el nen se senti insegur amb relació als seus pares, sentin-se rebutjat i/o mancat d'afecte. Així doncs el nen amb una mare depressiva interioritza gradualment l'expectativa de que la seva mare no és capaç de satisfer les seves necessitats i que ell mateix no mereix atenció (Toro, 2005), de manera que es propicia en el menor la sensació d'inseguretat i manca de control, de la qual ja s'ha parlat, i això possiblement propici l'aparició de simptomatologia ansiosa.

Recapitulant, tant la simptomatologia depressiva com ansiosa interfereixen amb un adequat estil educatiu. Per una banda, els pares afectats per símptomes depressius moguts per la seva visió negativa de la vida i per unes capacitats disminuïdes per afrontar-la seran menys capaços de satisfer les necessitats dels seus fills, portant a terme conductes de retirada, poc suport o fins i tot rebuig. D'altra banda els pares ansiosos, amb la seva percepció centrada amb l'amenaça i els suposats perills de l'entorn, tendiran a sobreprotegir als seus fills. Aquests estils educatius contribuiran a problemes emocionals en l'infant.

Així doncs, el paper de les dimensions educatives, en la present investigació serà el de mediador, esperant confirmar les trajectòries mostrades en la Figura 1, indicant el signe (+) una relació positiva i el signe (-) negativa.

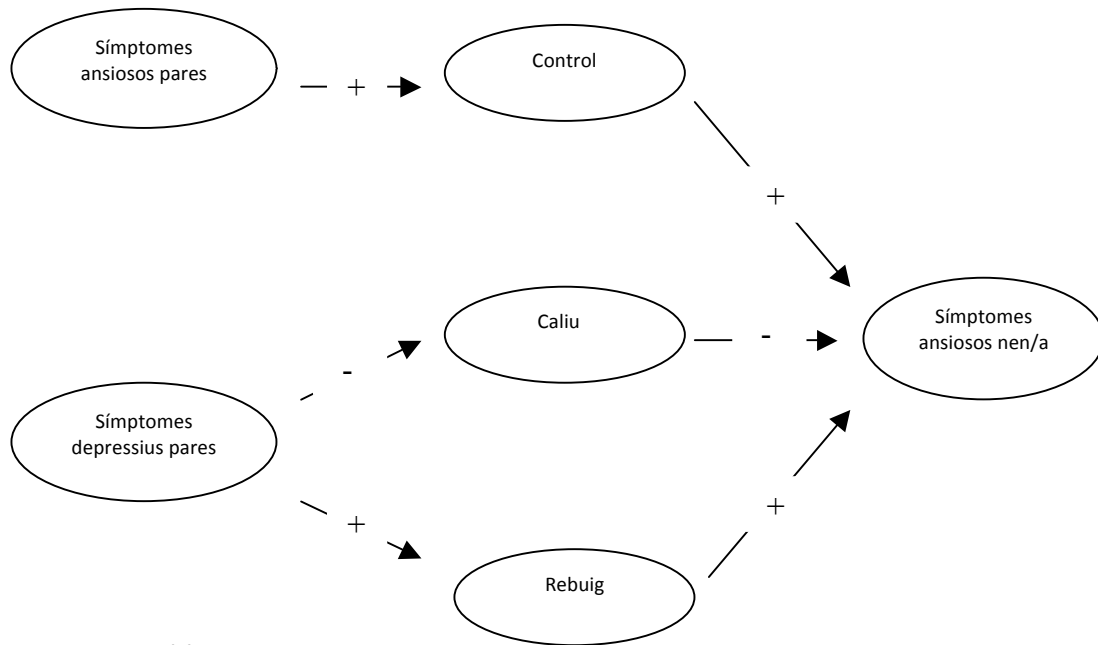


Figura 1: Model proposat

Baron i Kenny (1986) estableixen una sèrie de condicions per a que una variable es pugui considerar un mediador:

- En primer lloc, la variable independent ha d'estar relacionada amb la variable medidora.
- En segon lloc, la variable medidora ha d'estar relacionada amb la variable dependent.
- En tercer lloc, la variable independent també ha d'estar relacionada directament amb la variable dependent.
- Per últim, si es controla estadísticament l'associació compartida de la variable independent amb variable medidora s'hauria d'atenuar l'associació entre la variable dependent i la variable independent.



Mackinnon, Lokwood, Hoffman, West i Sheets (2002), modifiquen el tercer criteri, postulant que, per a que la mediació existeixi, no és necessari que hi hagi una relació directa significativa entre la variable independent i la variable dependent.

Una vegada considerats els elements principals del model, també cal tenir en compte altres variables que podrien influir en la simptomatologia ansiosa infantil, com el nombre d'esdeveniments vitals estressants i el nivell socioeconòmic, donat que les dades trobades en la revisió bibliogràfica realitzada mostren que el seu paper no està clar, es van considerar variables d'ajust i la seva inclusió al model es va decidir a posteriori.

## **3. OBJECTIUS**

### **3.1 Objectiu general**

Fins al moment es compta amb una àmplia recerca sobre com determinades dimensions educatives són considerades factor de risc per a l'ansietat infantil, però poques vegades els diferents tipus de simptomatologia s'estudien per separat (Beidel i Alfano, 2011) i en una mostra de població general, de manera que un dels objectius principals en aquesta investigació és esbrinar quines dimensions de l'estil educatiu estan associades amb cada simptomatologia específica i dins de població que no ha estat diagnosticada. De la mateixa manera, actualment no existeix consens –i es compta amb pocs estudis- sobre com el gènere modera la relació entre estil educatiu i ansietat infantil; aquest és doncs l'altre objectiu principal d'aquest estudi.

L'objectiu global del present estudi és la creació d'un model estructural per a cada gènere, on l'estil educatiu funcioni com a mediador entre la simptomatologia afectiva en els cuidadors i la simptomatologia ansiosa en els menors.

### **3.2 Objectius específics**

- Estudiar les relacions de les dimensions Rebuig, Caliu Emocional i Control amb cadascun dels tipus de simptomatologia ansiosa infantil: Ansietat Generalitzada, Ansietat per Separació, Fòbia Social i Fòbia Específica.
- Mesurar l'efecte de la simptomatologia ansiosa dels cuidadors en el control exercit en el seu estil educatiu.
- Mesurar l'efecte de la simptomatologia depressiva dels cuidadors en els nivells de caliu emocional.

- Investigar els efectes de l'ansietat del cuidador en cadascun dels tipus de simptomatologia ansiosa infantil.
- Estudiar les diferències que es produeixen en cadascuna de les relacions anteriors segons el gènere del menor.
- Provar els efectes de les variables nivell socioeconòmic i esdeveniments vitals estressants en els tipus de simptomatologia ansiosa estudiats.

## **4. HIPÒTESIS**

### **4.1 Hipòtesis generals**

D'acord amb els objectius proposats i el suport teòric fins ara existent s'espera:

- Una relació directa del control i el rebuig en els cuidadors amb tots els tipus de simptomatologia ansiosa.
- Una relació inversa del grau de caliu emocional amb tots els tipus de simptomatologia ansiosa.
- Un efecte directe de l'ansietat del cuidador en la simptomatologia ansiosa, així com un efecte indirecte a través de la dimensió control.
- I un efecte indirecte de la simptomatologia depressiva en el cuidador a través de les dimensions rebuig i caliu emocional.

### **4.2 Hipòtesis específiques**

#### **Hipòtesis relacionades amb la distribució dels símptomes**

Primerament s'espera que la simptomatologia d'ansietat generalitzada sigui similar en ambdós sexes; en segon lloc es preveu que hi hagi més

simptomatologia de fòbia específica en els nens (ja que els símptomes poden començar abans en el sexe masculí); finalment s'esperen puntuacions similars de fòbia social en tots dos gèneres.

Per acabar s'espera una alta comorbiditat entre els diferents tipus de simptomatologia.

### **Hipòtesis específiques segons el tipus de simptomatologia**

En primer lloc, s'espera que la dimensió educativa control afecti en major grau a la Fòbia Social i a l'Ansietat per Separació. En segon lloc, s'espera que l'Ansietat Generalitzada estigui més negativament relacionada amb el caliu emocional que els altres tipus de simptomatologia.

### **Hipòtesis específiques segons el gènere**

Segons les dades obtingudes en la revisió bibliogràfica realitzada:

- La relació del control amb la simptomatologia ansiosa hauria de ser més forta en el sexe femení.
- L'ansietat dels cuidadors hauria d'afectar en major mesura els nivells de control exercits en el cas del sexe masculí.
- L'associació del rebuig i el caliu amb la simptomatologia depressiva també es preveu que sigui més forta en els nens.

## 5. MÈTODE

### 5.1 Participants

Aquest estudi forma part d'un projecte d'investigació per a detectar signes d'alerta de desenvolupament patològic en nens dels primers cursos de primària, dut a terme per *La Unitat de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència de la Universitat Autònoma de Barcelona* a la comarca d'Osona (Catalunya, Espanya) amb el suport del Equip d'Assessorament Psicopedagògic (EAP) d'Osona i l'aprovació de la *Conselleria d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya*. S'utilitzà el mostreig per conglomerats amb totes les escoles de la comarca d'Osona. Hi havia 63 escoles de primària a la zona, 47 eren públiques i 16 privades. Varen ser seleccionades a l'atzar per participar en aquest projecte 29 escoles, d'aquestes en varen participar 25, 21 eren públiques i 4 eren privades. Es mostra la distribució geogràfica de les escoles a la Figura 2.

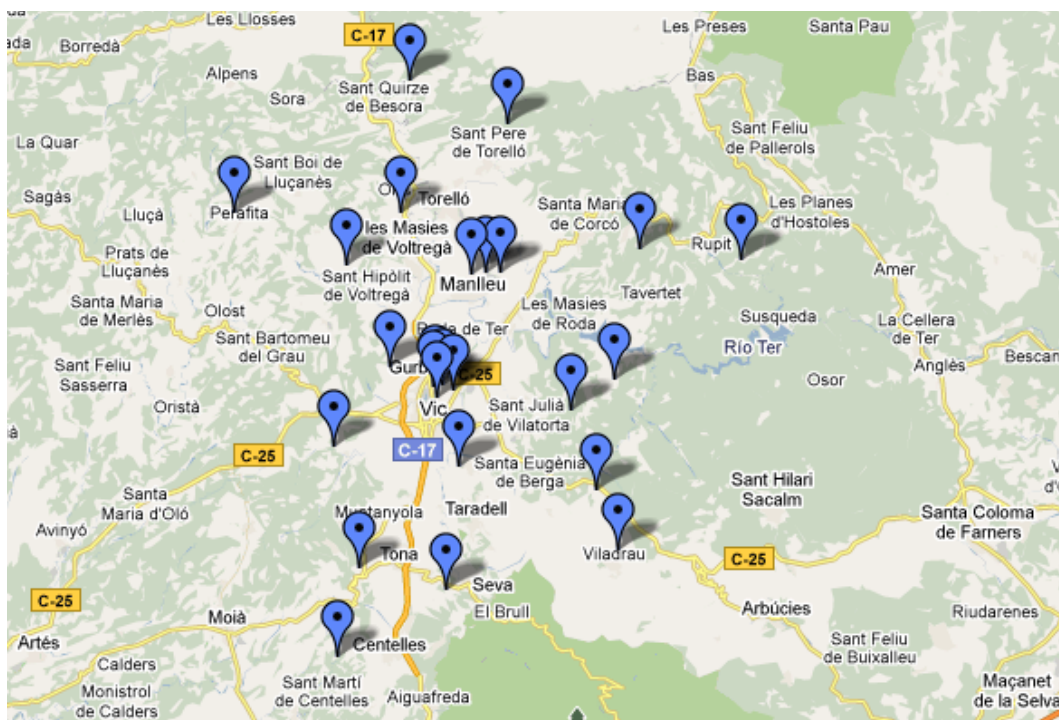


Figura 2: Localització de les escoles

Es va obtenir el consentiment patern per a 731 nens. A través d'una avaluació prèvia realitzada per l'EAP, es varen excloure de l'estudi aquells nens amb retard mental i trastorns greus de l'espectre autista ( $n=4$ ). També foren exclosos aquells que duïen menys d'un any vivint a Espanya ( $n=6$ ) i aquells els pares dels quals no van contestar més del 50% de les preguntes o els pares dels quals semblaven no entendre les preguntes dels qüestionaris ( $n=19$ ). De manera que la N resultant fou de 702 subjectes. D'aquests 361 pertanyien al sexe masculí (51.4%) i 341 al sexe femení (48.6%). Tots els subjectes estaven en el rang d'edat de 6 a 8 anys (mitjana=7.25 DE=0.67) i la majoria pertanyien al nivell socioeconòmic mig. Es mostren la resta de característiques de la mostra a la Taula 3.

**Taula 3: Descriptius de les principals variables sociodemogràfiques**

		Nens		Nenes		Total	
		N	%	N	%	N	%
Informant	Pare	43	11,9	43	12,6	86	12,3
	Mare	269	74,5	233	68,3	502	71,5
	Pare i Mare	46	12,7	58	17,0	104	14,8
	Padrastra_Madrastra	0	0,0	1	0,3	1	0,1
	Avi_Àvia	1	0,3	2	0,6	3	0,4
	Altres	0	0,0	3	0,9	3	0,4
	NC	2	0,6	1	0,3	3	0,4
Tipus de parella	Estable	317	87,8	291	85,8	608	86,9
	Separat amb parella	15	4,2	21	6,2	36	5,1
	Separat sense parella	15	4,2	13	3,8	28	4,0
	Mare o pare i fill	14	3,9	14	4,1	28	4,0
Procedència mare	Catalunya	147	40,7	124	36,4	271	38,6
	Espanya	175	48,5	176	51,6	351	50,0
	Estranger	39	10,8	41	12,0	80	11,4
Procedència pare	Catalunya	142	39,3	127	37,2	269	38,3
	Espanya	171	47,4	174	51,0	345	49,1
	Estranger	45	12,5	37	10,9	82	11,7
	NC	3	0,9	3	0,9	6	0,9
Procedència nen	Catalunya	146	40,4	138	40,5	284	40,5
	Espanya	179	49,6	179	52,5	358	51,0
	Estranger	35	9,7	24	7,0	59	8,4
	NC	1	0,3	0	0,0	1	0,1
Nivell socio - econòmic	Mig_Alt	92	25,4	93	27,2	185	26,3
	Mig_Baix	203	56,3	186	54,6	389	55,4
	Baix	66	18,3	62	18,2	128	18,3

## 5.2 Instruments

### **Qüestionari sociodemogràfic per a pares (Domènech, Canals, Viñas i Jané, 1999).**

Modificat *ad hoc* per a mesurar dades generals, proporciona informació sobre les variables sociodemogràfiques del nen i les variables familiars. Els ítems es distribueixen en les següents àrees: Circumstàncies familiars, Salut familiar, Activitats d'oci del nen, Esdeveniments vitals estressants del nen i Salut actual del nen.

Es va utilitzar per mesurar els esdeveniments vitals estressants (consultar Annex A) i les variables sociodemogràfiques que hem vist a la Taula 3.

### ***Four factor index of Social Prestige (ISP) (Hollingshead, 1975).***

Es va utilitzar com a mesura de l'estatus socioeconòmic (consultar Taula 3) Estableix set categories diferents tant per al nivell d'estudi, com per la professió dels pares. Divideix la distribució social en cinc nivells, *alt*, *mig-alt*, *mig-baix* i *baix*.

### **Qüestionari de Salut General de Goldberg (QSG-28, Lobo, Pérez-Echeverría i Artal 1986).**

El QSG-28 es la versió en castellà del General Health Questionnaire (GHQ-28, Golberg i Hillier, 1979).

És un qüestionari autoadministrat amb format de resposta tipus Likert i consta de 28 ítems agrupats en quatre subescales de 7 ítems: subescala A (*síntomes somàtics*), subescala B (*ansietat i insomni*), subescala C (*disfunció social*) i subescala D (*depressió greu*).



Es varen utilitzar la subescala B i D per mesurar simptomatologia ansiosa i depressiva en el cuidador.

Les anàlisis factorials en les diferents cultures confirmen l'estructura de quatre factors (Werneke, Goldberg, Yalcin i Üstün, 2000). La seva versió espanyola ha estat demostrada com a vàlida i fiable (Lobo et al., 1986).

### **EMBU-P (Castro, de Pablo, Gómez, Arrindell i Toro, 1997)**

Versió espanyola per a pares de l'EMBU-P (acrònim de l'*Egna Minnen Beträffande Uppfostram-My memories of upbringing*; Perris, Jacobsson, Lindström, Von Knorring, i Perris, 1980). Format per 52 ítems, aquests s'agrupen en quatre factors: Caliu emocional, Intents de Control, Rebuig i Favoritisme. La mateixa estructura es troba en les versions per adults (Arrindell, et al.,1998), adolescents (Gerlsma, Arrindell, Van Der Veen i Emmelkamp, 1991) i nens (Castro, Toro, Van Der Ende i Arrindell, 1993).

El primer factor, *Caliu Emocional*, està format per 17 ítems que reflexen l'acceptació parental i la demostració d'afecte tant física com verbal.

El segon factor, *Intents de Control*, es compon de 19 ítems que mesuren l'excessiva implicació dels pares en les activitats dels seus fills i els intents de dominar i dirigir les seves decisions. Els mencionats intents de control inclouen tant conductes de sobreprotecció (com prohibir al nen, per por, activitats que altres nens si poden fer) com conductes de control (relacionades tant amb els límits dins la unitat familiar com relacionades amb una influència desmesurada sobre el que el menor ha de pensar o sentir).

El tercer factor, *Rebuig*, avalua, mitjançant 13 ítems, l'hostilitat parental (tant física com verbal), la indiferència i la negligència.

Finalment, el quart factor, *Favoritisme*, està format per tres ítems, reflexa si existeix una preferència per part dels pares cap al nen o la nena comparat amb els seus altres germans (Castro et al.,1997).

El format de resposta és una escala tipus Likert de 4 punts, que va de 1 (*no mai*) a 4 (*sí sempre*). Les seves escales, excepte Favoritisme, tenen una bona consistència interna (mesurada mitjançant alfa de Cronbach): Caliu Emocional (0,84), Rebuig (0,75), Intents de Control (0,76) i Favoritisme (0,66), (Castro et al., 1997). Es varen utilitzar les dades procedents de les escales Caliu Emocional, Intents de Control i Rebuig.

**Inventari de símptomes infantils-4 versió per a pares (Gadow i Sprafkin, 1994; Gadow i Sprafkin, 2002).**

Segueix els criteris diagnòstics del DSM-IV per identificar trastorns emocionals i conductuals en nens entre 5 i 12 anys. L'adaptació espanyola fou validada a Catalunya demostrant excel·lents propietats psicomètriques (Canals, 2002).

Està format per 97 ítems i avalua els següents trastorns emocionals i conductuals: Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat, Trastorn Negativista Desafiament, Trastorn de Conducta, Trastorn d'Ansietat Generalitzada, Fòbia específica, Trastorn Obsessiu Compulsiu, Tics motors i vocals, Esquizofrènia, Distímia, Depressió, Trastorn Autista, Síndrome d'Asperger, Fòbia social, Ansietat per Separació, Enuresis i Encopresis.

El càlcul de les puntuacions es pot realitzar a nivell dimensional (severitat del símptoma, de manera que mai=0, de vegades=1, sovint=2, molt sovint=3) i a nivell categòric (presència o no de símptomes, on absent=0 i present=1).

En el present estudi es va utilitzar el barem dimensional i es varen recollir les puntuacions obtingudes en les escales de Trastorn d'Ansietat Generalitzada, Trastorn d'Ansietat per Separació, Fòbia Social i Fòbia Específica.

Cal matisar que, de cadascun dels qüestionaris, només es varen utilitzar aquells ítems que van mostrar un adequat valor en l'anàlisi factorial prèviament

realitzat, per tal d'assegurar una mesura fiable i vàlida de cadascun dels constructes inclosos en l'estudi, com es veurà més endavant.

### **5.3 Procediment**

L'EAP (Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica) d'Osona es va encarregar de la selecció a l'atzar de les escoles i del primer contacte per a la participació en l'estudi. Com a incentiu, es va oferir la devolució dels resultats al professorat i als pares en termes relacionats amb el desenvolupament dels nens. Mitjançant una reunió es va explicar als pares i als professors l'objectiu general de la investigació i els mètodes que s'utilitzarien en l'estudi.

Tota la informació va ser tractada de manera confidencial i les escoles i l'EAP foren informats dels nens que presentaven simptomatologia. Els pares van firmar una carta de consentiment previ i van tenir l'opció de respondre els qüestionaris a la reunió o a casa. A aquells pares que no varen poder assistir a la reunió se'ls van enviar els qüestionaris i la informació per correu. Els pares van retornar els qüestionaris completats a l'escola per a que els recollís l'equip d'investigació. Per completar els ítems que no es van respondre es va contactar amb els pares per telèfon.

Així doncs, el disseny pot ser classificat com a transversal analític i les variables incloses en l'estudi foren: Simptomatologia ansiosa en el cuidador (Variable Independent), simptomatologia depressiva en el cuidador (Variable Independent), els estils educatius de rebuig, control i caliu com a variables mediadores, i la simptomatologia ansiosa en el menor com a Variable Dependent, amb les variables d'ajust "total d'esdeveniments vitals estressants al llarg de la vida del nen" i "nivell socioeconòmic"

## 5.4 Anàlisi estadística

En primer lloc, cal comentar que, d'acord amb l'objectiu principal d'aquesta investigació, la mostra es va dividir en dues submostres segons el sexe dels subjectes i les anàlisis es varen realitzar per separat en cadascuna d'aquestes submostres.

En segon lloc, es van realitzar dos models de regressió per a cada sexe amb les variables d'ajust, per tal de precisar els efectes sobre la simptomatologia ansiosa dels esdeveniments vitals estressants i el nivell socioeconòmic.

Seguidament es va crear un model d'equacions estructurals o SEM (*Structural Equation Modeling*) utilitzant el mètode de la màxima versemblança ML (*maximum likelihood*) com a estimador.

L'ús d'un model d'equacions estructurals permet examinar les associacions entre diversos resultats així com disgregar l'efecte total de les variables explicatives en efectes directes i efectes indirectes (Bollen 1989).

El SEM és una tècnica multivariada amb dos components principals: un model de mesura i un model estructural (Byrne, 2011). El primer consisteix en diverses anàlisis factorials, en les qual les variables observades s'agrupen en una sèrie de constructes latents i el segon proporciona l'estimació de les relacions entre les diferents variables en el model.

Seguint l'estratègia habitual a l'hora d'ajustar un model SEM, es va realitzar en primer lloc l'Anàlisi Factorial Confirmatòria o CFA (*Confirmatory Factor Analyses*) amb les escales dels qüestionaris EMBU-P, QSG-28 i CSI-4 utilitzades en l'estudi. Es varen realitzar diversos models per a cada qüestionari que seran comentats en l'apartat de resultats.

Pel que fa a la part estructural del model, amb el model teòric proposat com a punt de partida, es varen ajustar les diferents variables fins arribar a un model específic per a cada gènere.

Es va utilitzar el programa SPSS versió 19.0 per a l'anàlisi descriptiva i les regressions lineals i el programa Mplus versió 5.1 (Muthén and Muthén, 2007) per als models d'equacions estructurals.

## 6. RESULTATS

### 6.1 Descriptius: Distribució simptomatologia ansiosa

En primer lloc es presenten a la Taula 4 (Sexe Masculí) i a la Taula 5 (Sexe Femení) els valors dels descriptius, calculats a partir de les puntuacions en cadascun dels qüestionaris utilitzats.

**Taula 4: Distribució variables principals Sexe Masculí**

---

	Mínim	Màxim	Mitjana	DE
E. Vitals Estressants	0	7	0,84	1,12
Ansietat cuidador	5	31	12,16	3,71
Depressió cuidador	6	22	7,89	2,08
Síntomes TAG	0	13	1,79	2,04
Síntomes FS	0	7	1,28	1,43
Síntomes TAS	0	18	1,52	2,10
Síntomes FE	0	3	0,39	0,55
Rebuig	4	16	5,98	1,49
Control	6	17	8,45	1,79
Caliu	14	28	25,75	2,88

---

**Taula 5: Distribució variables principals Sexe Femení**

	Mínim	Màxim	Mitjana	DE
E. Vitals Estressants	0	7	0,80	1,13
Ansietat cuidador	3	31	12,20	3,77
Depressió cuidador	6	21	6,82	1,90
Símtomes TAG	0	10	1,49	1,86
Símtomes FS	0	9	1,30	1,40
Símtomes TAS	0	14	1,71	2,23
Símtomes FE	0	3	0,49	0,68
Rebuig	4	13	5,78	1,40
Control	6	24	8,52	2,06
Caliu	10	28	25,74	3,02

Pel que fa a l'ansietat generalitzada les puntuacions foren lleugerament més altes i més variables en el gènere masculí, mentre que en l'ansietat per separació les nenes superaven als nens. Pel que fa a la resta de simptomatologia les puntuacions eren similars en ambdós sexes.

## 6.2 Regressions lineals: Variables d'ajust

Es van realitzar regressions lineals múltiples amb les variables “Nivell socioeconòmic” i “Total d'esdeveniments vitals en l'últim any” com a variables predictores dels diferents tipus de simptomatologia ansiosa. Es mostren els resultats a les Taules 6 i 7 respectivament.

Taula 6: Ansietat i nivell socioeconòmic

	Sexe Masculí			Sexe Femení		
	B	E.T.	Sig.	B	E.T.	Sig.
Ansietat Generalitzada	0,162	0,166	0,328	0,282	0,151	0,063
Ansietat per separació	0,282	0,167	0,092	0,113	0,181	0,532
Fòbia Social	0,180	0,116	0,122	0,182	0,114	0,111
Fòbia Específica	0,035	0,011	0,651	0,014	0,021	0,488

Taula 7: Ansietat i esdeveniments vitals estressants

	Sexe Masculí			Sexe Femení		
	B	E.T.	Sig.	B	E.T.	Sig.
Ansietat Generalitzada	0,096	0,097	0,326	0,173	0,090	0,055
Ansietat per separació	<b>0,337</b>	<b>0,098</b>	<b>0,001</b>	<b>0,343</b>	<b>0,107</b>	<b>0,002</b>
Fòbia Social	-0,057	0,068	0,057	0,132	0,068	0,053
Fòbia Específica	0,001	0,007	0,852	-0,002	0,012	0,857



Com es pot apreciar a les Taules 6 i 7, només varen ser significatius els resultats dels esdeveniments vitals estressants amb l'ansietat per separació, així doncs només s'inclourà en el model SEM aquesta relació.

## 6.3 Models d'Equacions Estructurals

### 6.3.1 Consideracions Inicials dels Models d'Equacions Estructurals

Abans d'utilitzar un model d'equacions estructurals s'han de tenir en compte una sèrie de condicions (Kaplan, 2000):

- Normalitat multivariada de les dades.
- Absència de valors *system missing*.
- Mida de la mostra suficientment gran.

En el present estudi, la prova de Kolmogorov-Smirnov va revelar l'evidència de dades asimètriques en les dues submostres ( $p < 0.0001$  al aplicar la prova a tots els ítems dels tres qüestionaris utilitzats) per tant les anàlisis es van basar en l'estimador MLM (*robust maximum likelihood*) per tal de corregir la no normalitat de les dades.

Pel que fa a la resta de consideracions, no hi havia valors *system missing* a les dades i la mida de la mostra era suficientment gran: segons Ruiz, Pardo i San Martín (2010) podem considerar una bona garantia una mida superior a 200 subjectes.

Per valorar l'ajust dels diferents models es van utilitzar els Índexs presentats a continuació.

- Chi quadrat ( $\chi^2$ ) i raó de chi quadrat amb els graus de llibertat ( $\chi^2 / gl$ ), en el cas de chi quadrat indica un bon ajust si és significatiu ( $p < 0.05$ ) i el seu quocient amb els graus de llibertat indica un bon ajust si és menor a 3 (Ruiz i cols., 2010).

- Índex de Tucker-Lewis, TLI (*Tucker-Lewis Fit Index*; Bollen 1989): oscil·la de 0 a 1, indicant millor ajust els valors propers a 1.

- Índex d'ajust comparatiu, CFI (*Comparative Fit Index*; Bentler 1990): pren valors de 0 a 1, un valor de 0.90 representa un adequat ajust i un valor de 0.95 un bon ajust (Hu i Bentler, 1999).

- Error quadràtic mitjà d'aproximació, RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*; Steiger i Lind, 1980): Es consideren acceptables valors entorn a 0.05 (Brown i Cudeck, 1993). Alguns autors estableixen que un valor menor de 0.10 indica un ajust raonable, un valor menor 0.06 un ajust acceptable i finalment un valor menor de 0.05 un bon ajust (Fan, Thomson i Wang, 1999; Hu i Bentler 1999).

Browne i Cudeck (1993), en relació a l'Interval de Confiança (90%) proposen valors entre 0.05 i 0.08 com indicadors de raonable ajust i valors entre 0.08 i 0.10 com a indicadors d'ajust pobre o desajust (*misfit*). Batista i Coenders (2000) afegeixen que, si els dos extrems del interval de confiança del RMSEA són inferiors a 0.05, el model té un ajust millor que acceptable.

- Residual quadràtic mitjà estandarditzat, SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*): pren valors de 0 a 1, considerant adequats valors menors de 0.08 (Hu i Bentler, 1999).

Kaplan defensa l'amplia aplicació d'índexs d'ajust alternatius quan l'objectiu parcial del model és tenir confiança interpretant els paràmetres estimats (Kaplan, 2000). Així mateix altres autors recomanen utilitzar una combinació d'Índex d'ajust per a la valoració del model (Hu i Bentler, 1999; Schreider, Stage, King, Nora i Barlow, 2006).

A més a més, alguns autors es mostren reticents a l'ús de punts de tall fixos per valorar l'ajust del model i defensen l'estratègia de comprar els índexs d'ajust entre models alternatius (Millsap, 2007). Aquesta ha estat la manera de procedir en aquest estudi, a partir del model proposat s'han comparat models alternatius, arribant finalment a models més parc i més ajustats a la realitat. Segons Batista i Coenders (2000) un model ha de ser tan parc com sigui possible i aconseguim millorar el model si afegim restriccions que eliminin paràmetres poc rellevants. En la present investigació així s'ha fet, deixant d'incloure en el model aquelles variables que no eren significatives en cap de les dues submostres.

En primer lloc es presenten les anàlisis factorials confirmatòries corresponents als qüestionaris utilitzats i en segon lloc els models estructurals.

## **6.3.2 Models de Mesura**

### **6.3.2.1 Anàlisi Factorial Confirmatòria del Qüestionari de Salut General de Goldberg**

#### Model 1

Els ítems es varen agrupar tal i com es mostra a la Figura 3 (per a més informació s'ajunten les escales complertes a l'Annex B), en la mateixa figura es presenten els índexs d'ajust, que com es pot apreciar informen d'un pobre ajust.

## Model 2

Examinant els Índexs de Modificació, MI (*Modification Indexs*) es va veure que l'ítem D5, *¿Ha notado a veces que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?*, pesava significativament tant en l'escala d'Ansietat com en la de Depressió en les dues submostres, es va fer de nou el CFA incloent l'ítem D5 en l'escala d'Ansietat i el resultat va ser un model millorat i amb bon ajust, aquest es presenta a continuació a les Figures 4 i 5, on es poden veure els índexs d'ajust i pesos específics de cada ítem.

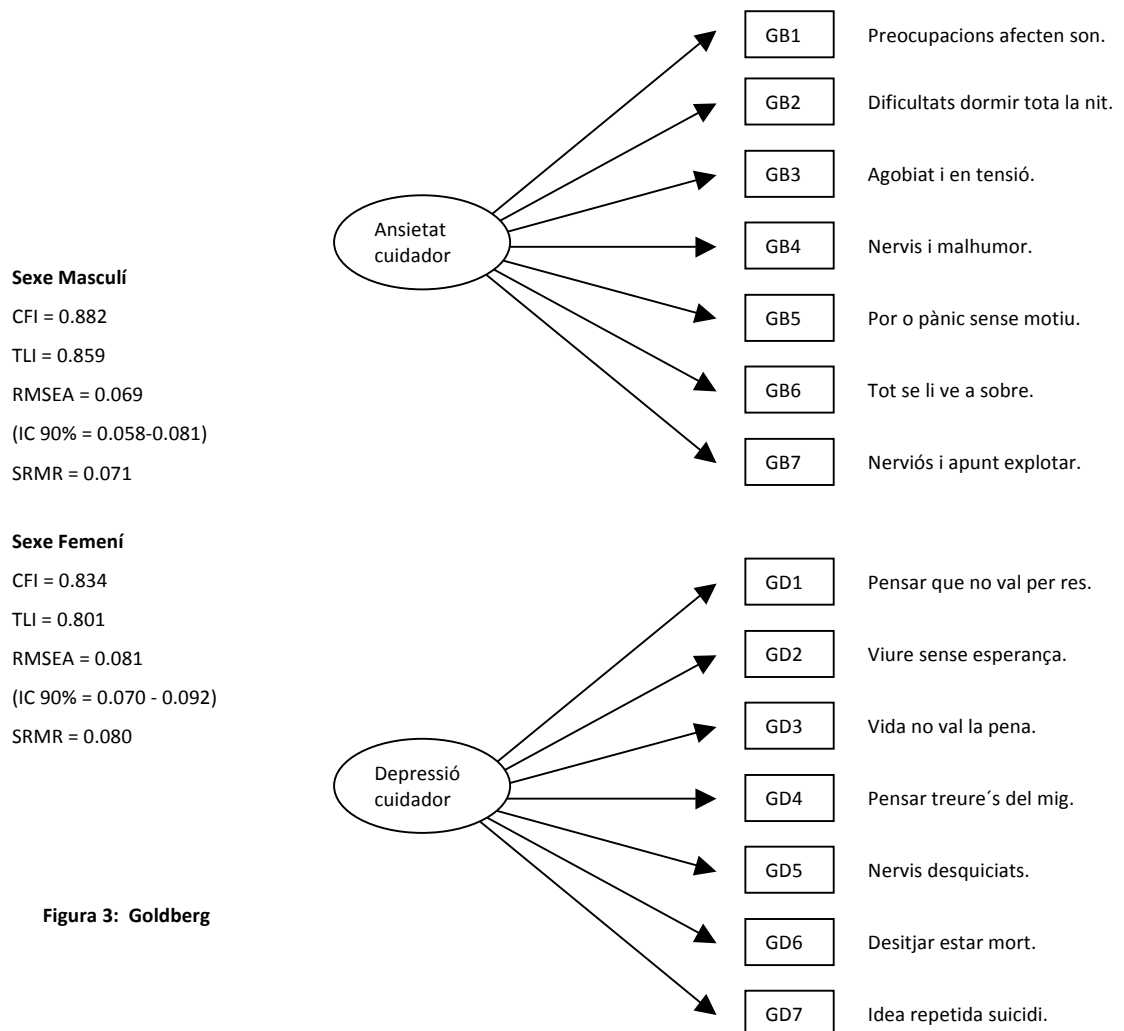


Figura 3: Goldberg

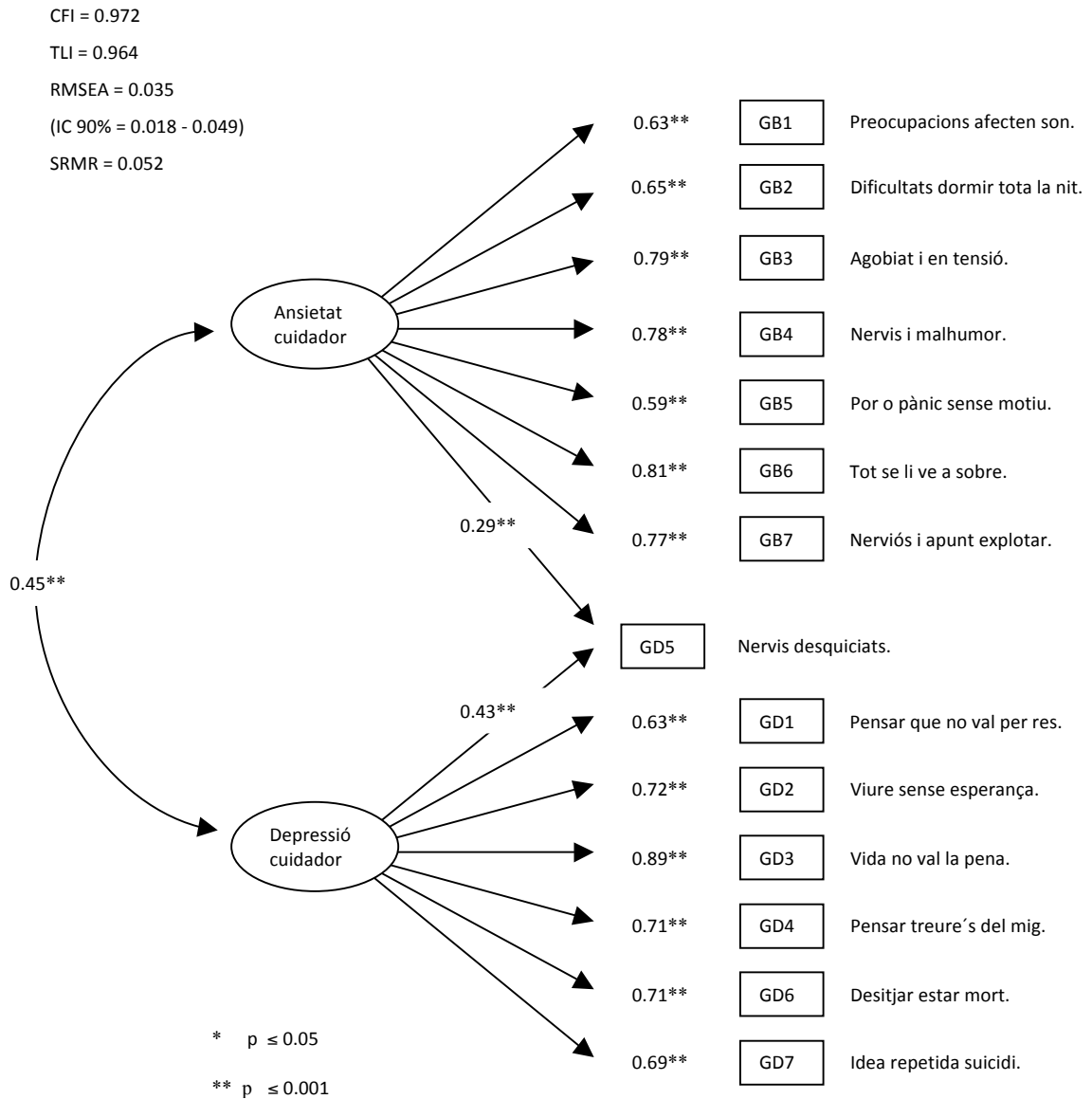


Figura 4: Goldberg Sexe Masculí

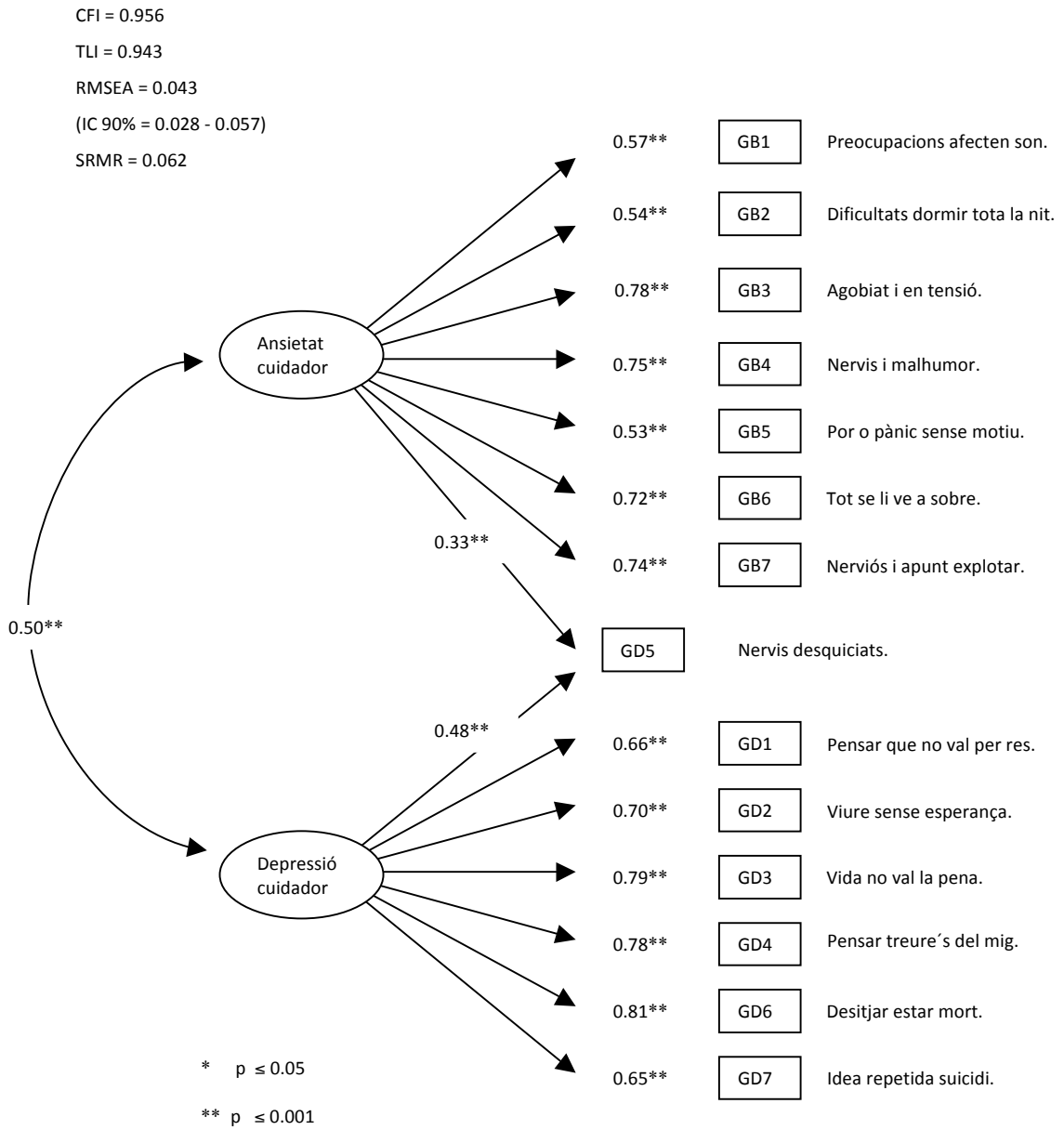


Figura 5: Goldberg Sexe Femení

### 6.3.2.2 Anàlisi Factorial Confirmatòria de l'EMBU-P

#### Model 1

En primer lloc es va realitzar l'agrupació dels ítems en factors seguint l'organització de la versió espanyola del qüestionari (Castro, de Pablo, Gómez, Arrindell i Toro, 1997). Es pot veure la distribució i els índexs d'ajust a la Figura 6. Per veure els ítems complets consultar Annex C.

#### Model 2

Donat el pobre ajust del primer model es varen excloure aquells ítems amb càrregues factorials inferiors 0.20. Comparant amb les anàlisis de Penelo (2009), aquests mateixos ítems també tenien càrregues inferiors a 0.20 (es mostren en negreta i amb els pesos corresponents al sexe masculí i femení respectivament a la Figura 6).

Tot i així els models continuaven mostrant un pobre ajust, com es mostra a continuació.

Sexe Masculí:

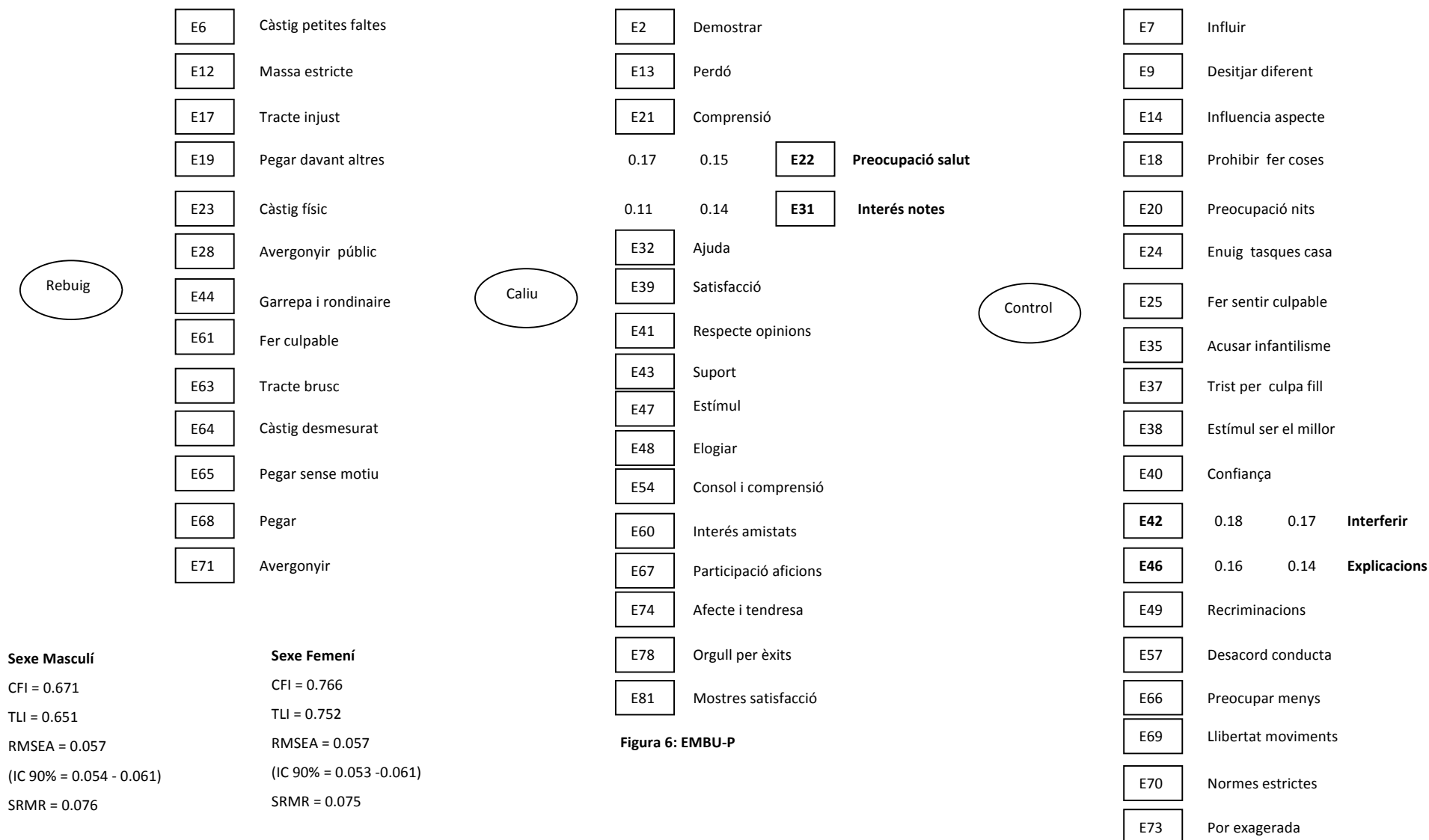
CFI = 0.671, TLI = 0.651, RMSEA = 0.057 (IC 90% = 0.054 a 0.061) i SRMR = 0.076.

Sexe Femení:

CFI = 0.766, TLI = 0.752, RMSEA = 0.057 (IC 90% = 0.053 a 0.061) i SRMR = 0.075.

#### Model 3

Per tal de solucionar aquesta manca d'ajust es van anar modificant els models, excloent progressivament aquells ítems no significatius en les dues submostres, fins arribar al model 3 amb un acceptable ajust per al sexe masculí i un bon ajust per al sexe femení. Es mostren els resultats a les Figures 7 i 8, respectivament.



**Sexe Masculí**

CFI = 0.671

TLI = 0.651

RMSEA = 0.057

(IC 90% = 0.054 - 0.061)

SRMR = 0.076

**Sexe Femení**

CFI = 0.766

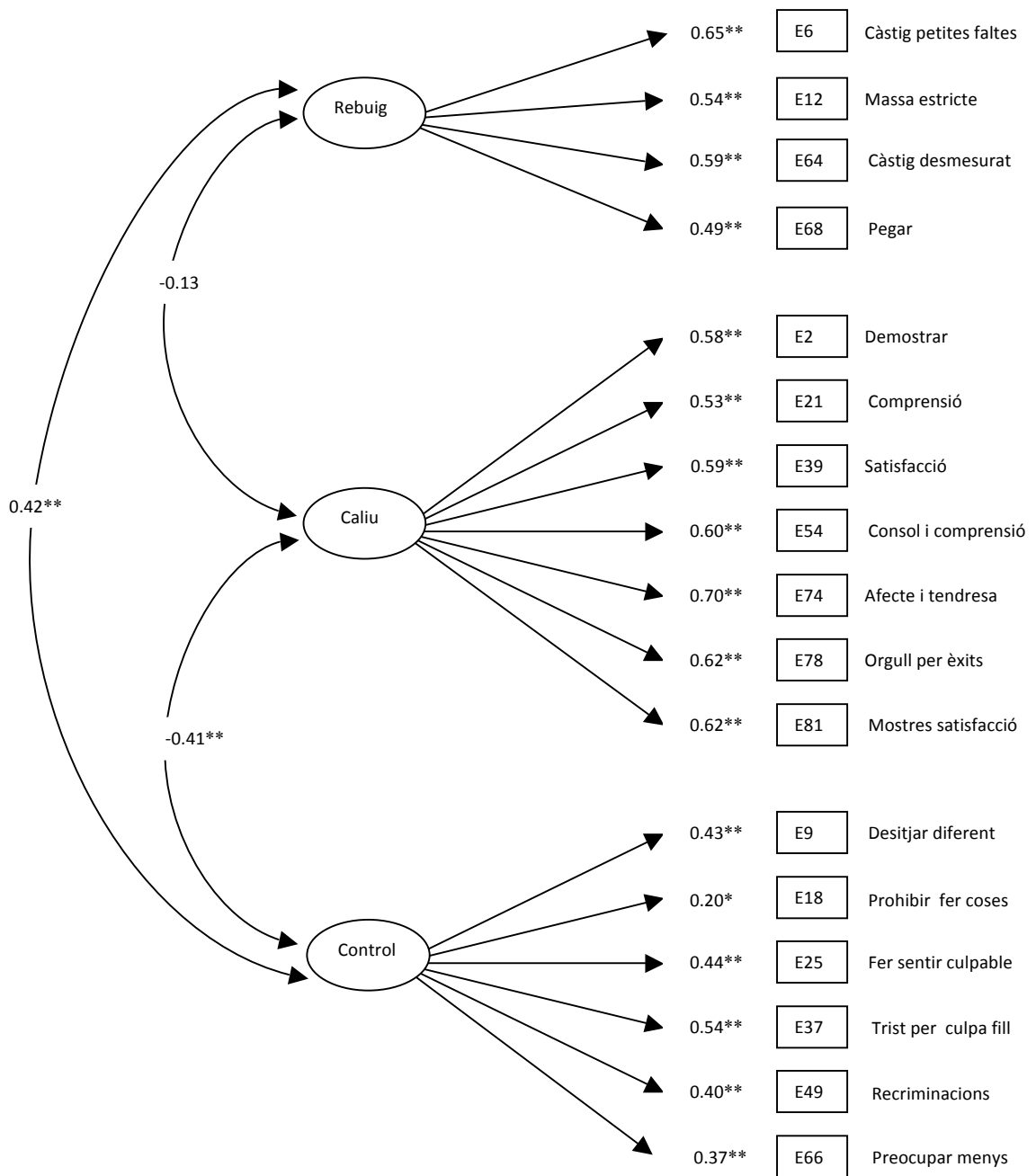
TLI = 0.752

RMSEA = 0.057

(IC 90% = 0.053 - 0.061)

SRMR = 0.075

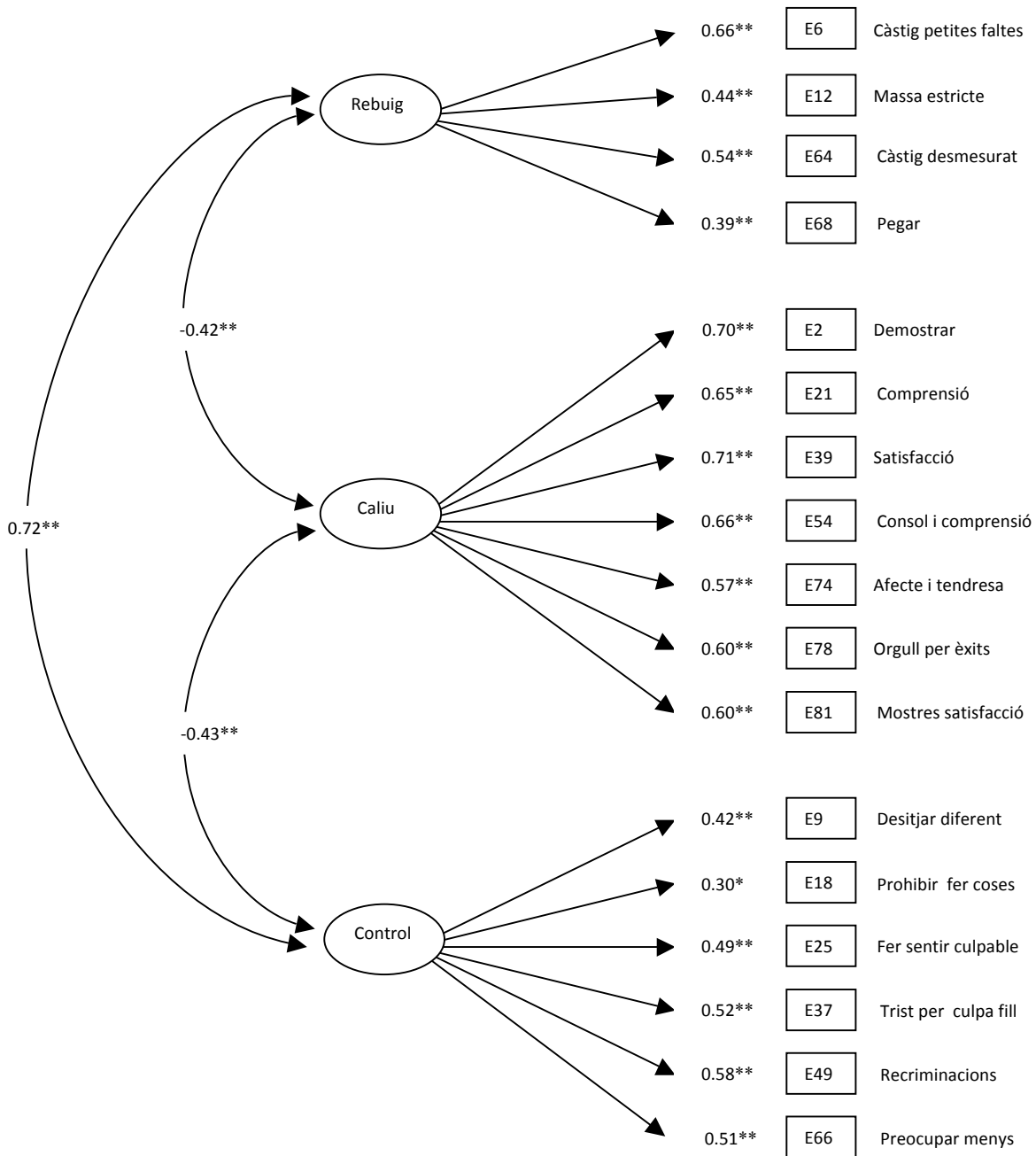




CFI = 0.854  
 TLI = 0.829  
 RMSEA = 0.048  
 (IC 90% = 0.038 - 0.058)  
 SRMR = 0.065

\*  $p \leq 0.05$   
 \*\*  $p \leq 0.001$

Figura 7: EMBU-P Sexe Masculí



CFI = 0.966  
 TLI = 0.959  
 RMSEA = 0.025  
 (IC 90% = 0.000 - 0.039)  
 SRMR = 0.050

\*  $p \leq 0.05$   
 \*\*  $p \leq 0.001$

Figura 8: EMBU-P Sexe Femení

### 6.3.2.3 Anàlisi Factorial Confirmatòria del CSI-4

#### Model 1

Els ítems es varen agrupar en les següents escales, tal i com estan distribuïts al qüestionari (veure Annex D i Figura 9):

- Trastorn d' Ansietat Generalitzada.
- Fòbia Social.
- Trastorn d'Ansietat per separació.

En el cas de la Fòbia Específica, es mesura a partir d'un ítem (C49) que es va tractar com una variable observada.

A la Figura 9 es mostren els índexs d'ajust per ambdós sexes.

#### Model 2

Donat que el primer model no presentava un adequat ajust es va eliminar l'ítem C91 (ressaltat en gris a la Figura 9) seguint el criteri de no significació per ambdós sexes.

Tot i que l'ajust del model va millorar, encara no era suficientment bo, es presenten els índexs d'ajust a continuació:

Sexe Masculí

CFI = 0.897, TLI = 0.875, RMSEA = 0.038 (IC 90% = 0.027 a 0.049) i SRMR = 0.059.

Sexe Femení

CFI = 0.843, TLI = 0.809, RMSEA = 0.046 (IC 90% = 0.035 a 0.056) i SRMR = 0.062.

#### Model 3

Es varen excloure els ítems C86 i C95, amb valors p allunyats de la significació. Es mostren en negreta a la Figura 9, el model final per a cada gènere es presenta a les Figures 10 i 11.

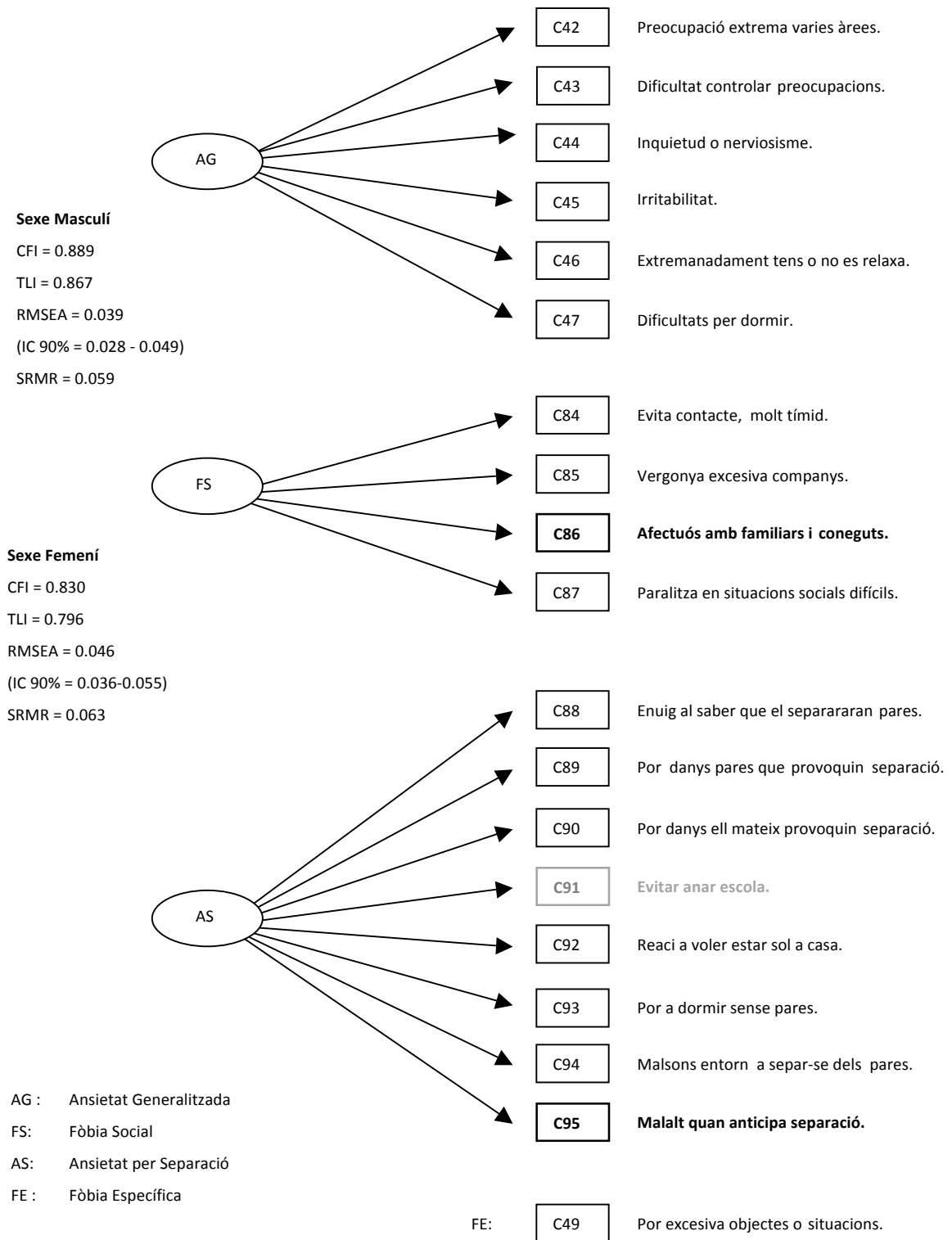
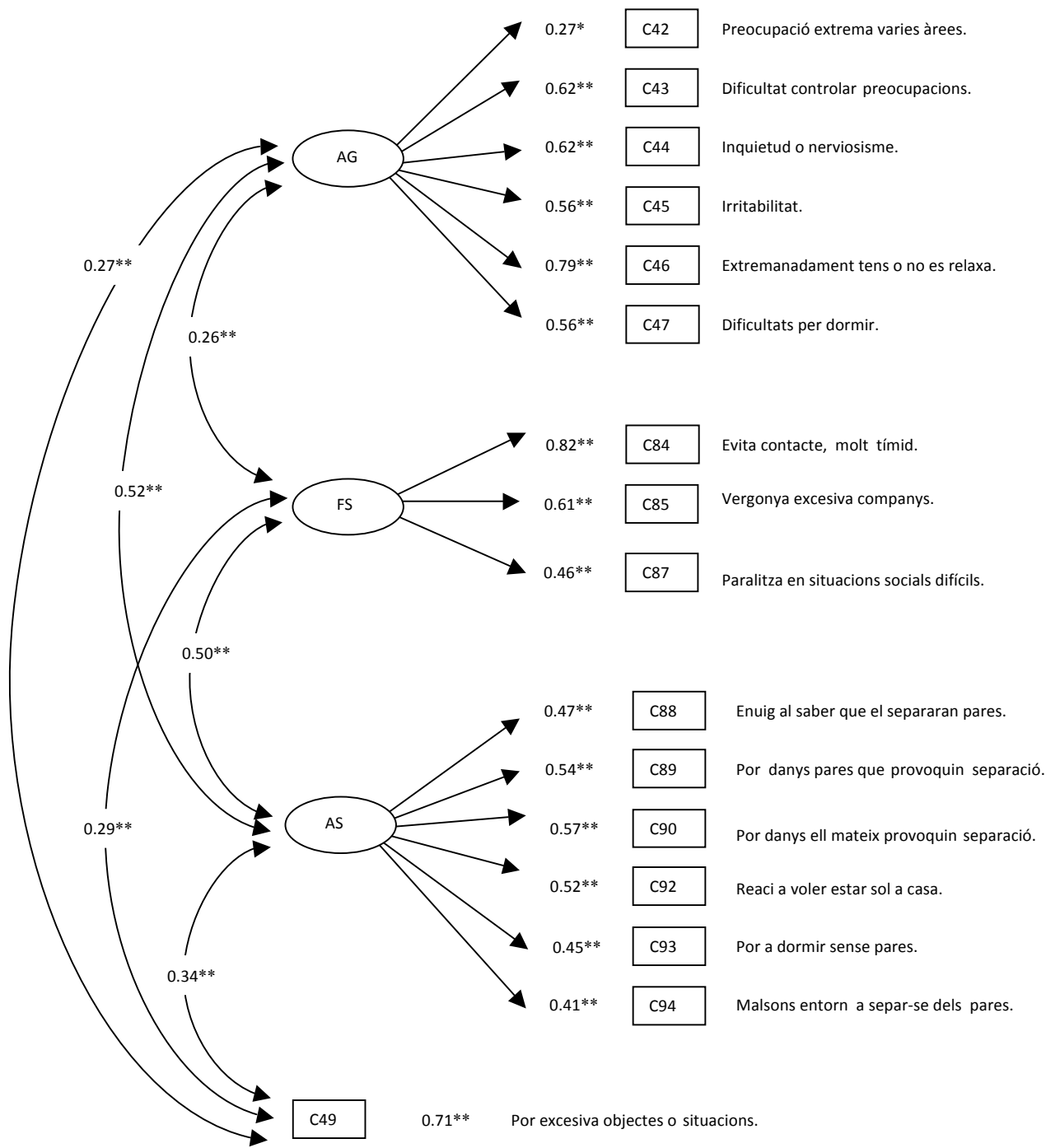


Figura 9: CSI-4



CFI = 0.935

TLI = 0.919

RMSEA = 0.032

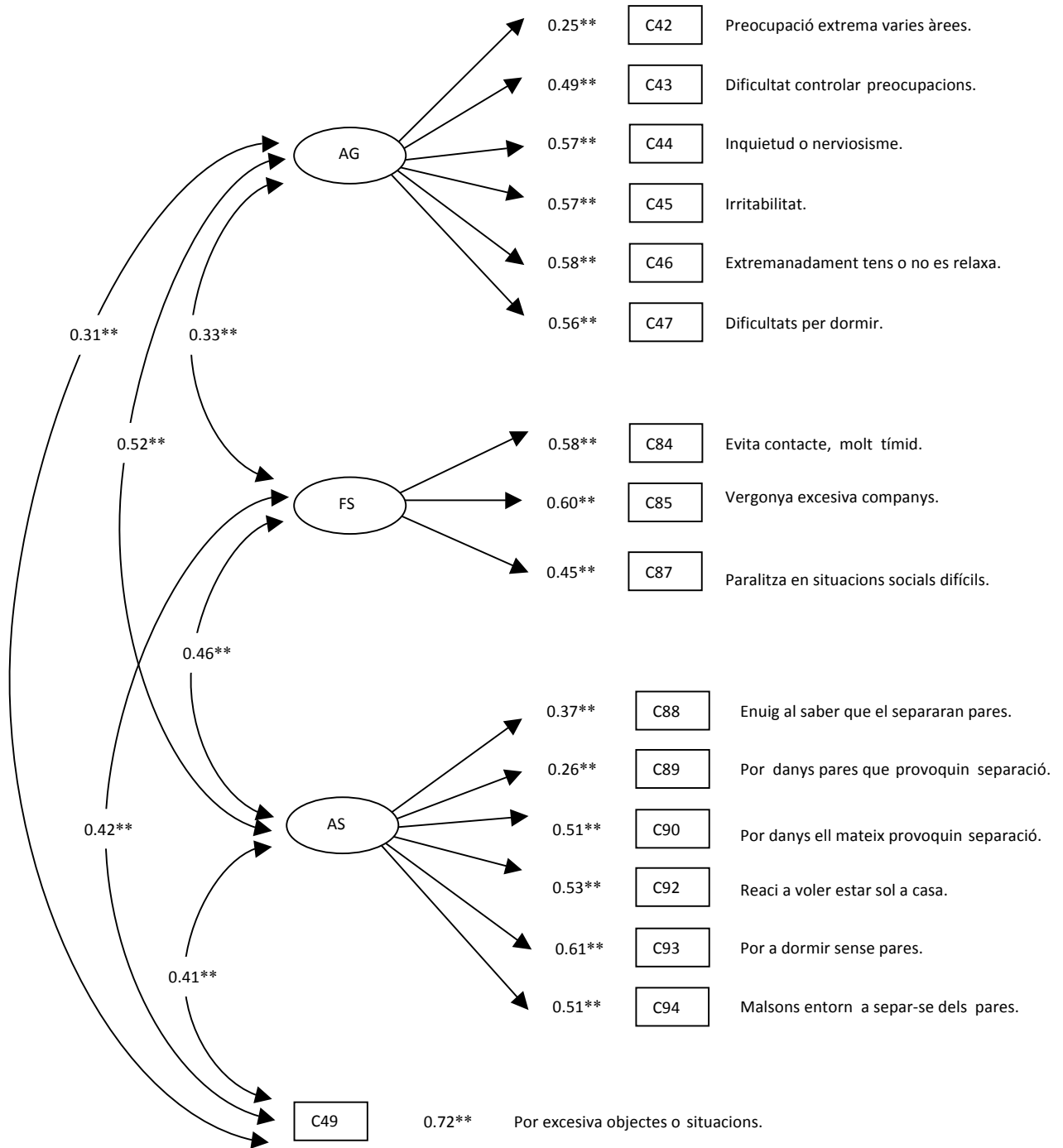
(IC 90% = 0.017 - 0.045)

SRMR = 0.055

\*  $p \leq 0.05$

\*\*  $p \leq 0.001$

Figura 10: CSI-4 Sexe Masculí



CFI = 0.871  
 TLI = 0.838  
 RMSEA = 0.045  
 (IC 90% = 0.032 - 0.057)  
 SRMR = 0.058

\*  $p \leq 0.05$   
 \*\*  $p \leq 0.001$

Figura 11: CSI-4 Sexe Femení

### 6.3.3 Models estructurals

#### 6.3.3.1 Model 1

En primer lloc es varen incloure a l'anàlisi estructural totes les variables incloses a les hipòtesis de l'estudi, a més a més de la relació dels esdeveniments vitals estressants amb l'ansietat per separació d'acord amb els resultats de les regressions preliminars. Es mostren els resultats i la distribució de les variables a la Figura 12.

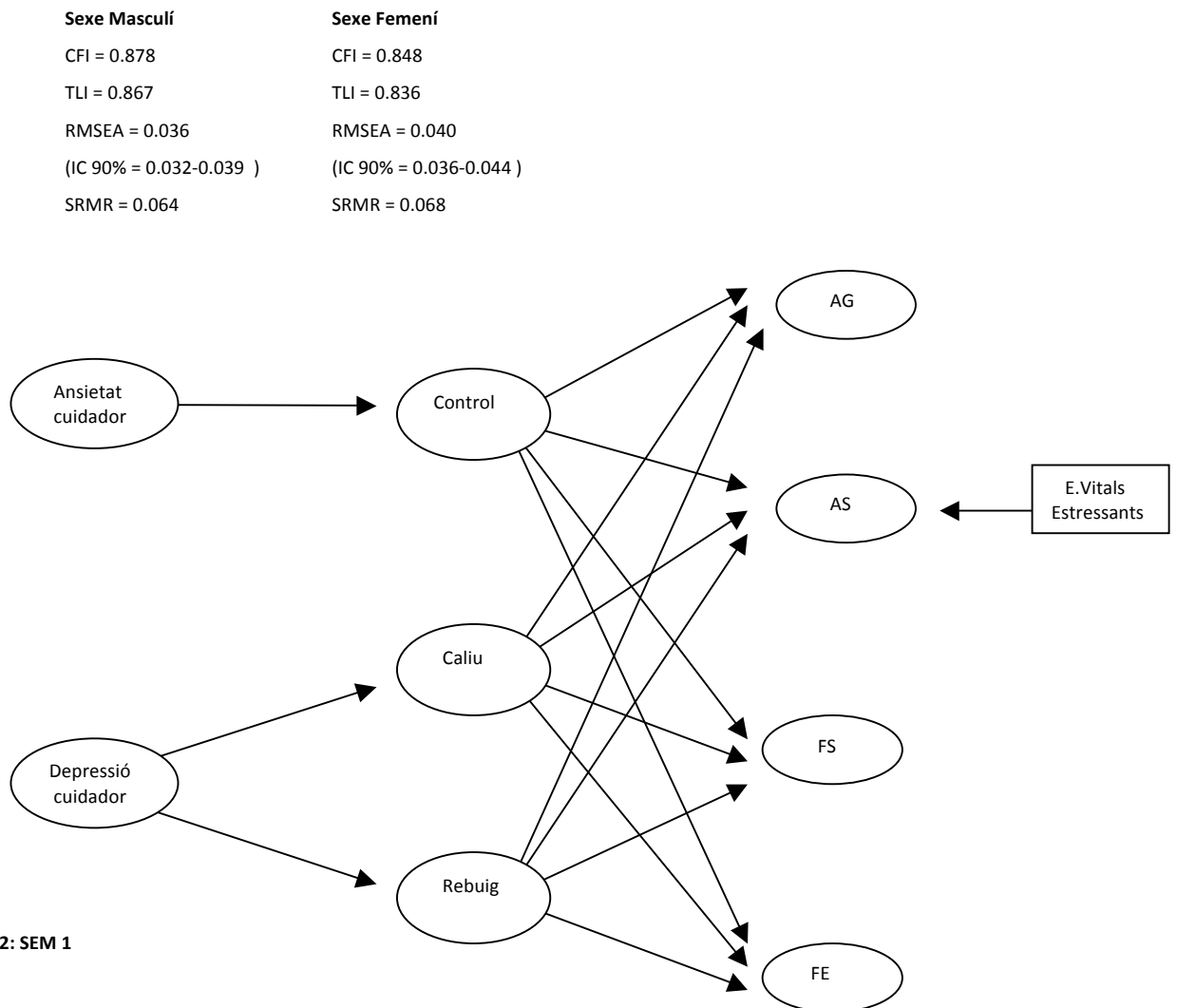


Figura 12: SEM 1

Es va detectar que la variable rebuig no estava influenciada per la depressió en el cuidador ni en nens ni en nenes respectivament ( $\beta=0.181$   $p=0.236$ ;  $\beta=0.221$   $p=0.175$ ) ni tampoc mantenia cap relació significativa amb cadascun dels problemes d'ansietat en cap dels dos gèneres. Possiblement el fet de mantenir dins dels models diverses regressions que no eren significatives estava afectant a l'ajust d'aquests. Es mostren els valors d'aquestes relacions a la Taula 8.

Taula 8: Rebuig i Ansietat Infantil

		Nens		Nenes	
		$\beta$	p	$\beta$	p
Rebuig	TAG	0.117	0.093	0.181	0.236
	TAS	-0.078	0.254	-0.039	0.846
	FS	0.029	0.631	-0.244	0.165
	FE	0.038	0.561	0.164	0.187

### 6.3.3.2 Model 2

El fet de no incloure la variable rebuig va millorar els resultats dels models (veure Figura 13). Arribats a aquest punt, es va decidir crear models específics per a cadascun dels sexes, doncs revisant les variables no significatives es va veure que les relacions dels estils educatius control i caliu amb els trastorns d'ansietat eren diferents segons el gènere del menor, a més a més la simptomatologia en el cuidador també exercia efectes diferents segons el sexe.



En primer lloc, en el cas dels nens, l'efecte del caliu emocional, no va ser significatiu per a cap dels tipus d'ansietat, es mostren els valors a la Taula 9, pel que fa al control si es va trobar una relació significativa amb la simptomatologia ansiosa, excepte en el cas de la Fòbia Específica ( $\beta=0.100$ ,  $p=0.237$ ). En relació a la simptomatologia del cuidador, la depressió no influïa en els nivells de caliu, es a dir que no s'obtenien puntuacions menors de caliu en pares amb simptomatologia ( $\beta=-0.014$ ,  $p = 0.794$ ), pel que fa a l'ansietat en el cuidador si va afectar als trastorns d'ansietat, excepte en el cas de la Fòbia Social ( $\beta= 0.091$ ,  $p=0.187$ ).

Pel que fa a les nenes, el caliu si mantenia una relació inversa amb la simptomatologia ansiosa, però només amb l'Ansietat Generalitzada, en els altres tipus de simptomatologia trobem els següents resultats: Ansietat per Separació ( $\beta=-0.085$ ,  $p=0.368$ ), Fòbia Social ( $\beta=-0.152$ ,  $p=0.164$ ) i Fòbia Específica ( $\beta=-0.033$ ,  $p=0.590$ ). Si ens fixem en el control, els resultats són similars als dels nens, es troben relacions significatives en l'Ansietat generalitzada, l'Ansietat per Separació i la Fòbia Social, mentre que la relació amb la Fòbia Específica tampoc és significativa ( $\beta= 0.201$ ,  $p=0.070$ ). En relació als símptomes en els progenitors, es va trobar que la simptomatologia ansiosa en el cuidador no mantenia una relació directa amb l'Ansietat per Separació ( $\beta=0.097$ ,  $p=0.206$ ) ni amb la Fòbia Social ( $\beta=0.024$ ,  $p=0.757$ ). La simptomatologia depressiva si va afectar als nivells de caliu emocional en el sexe femení.

Les trajectòries comentades no significatives, es varen excloure dels models finals (Figures 14 i 15).

Sexe Masculí	Sexe Femení
CFI = 0.886	CFI = 0.866
TLI = 0.876	TLI = 0.855
RMSEA = 0.036	RMSEA = 0.040
(IC 90% =0.036-0.039 )	(IC 90% =0.035-0.044)
SRMR = 0.064	SRMR = 0.068

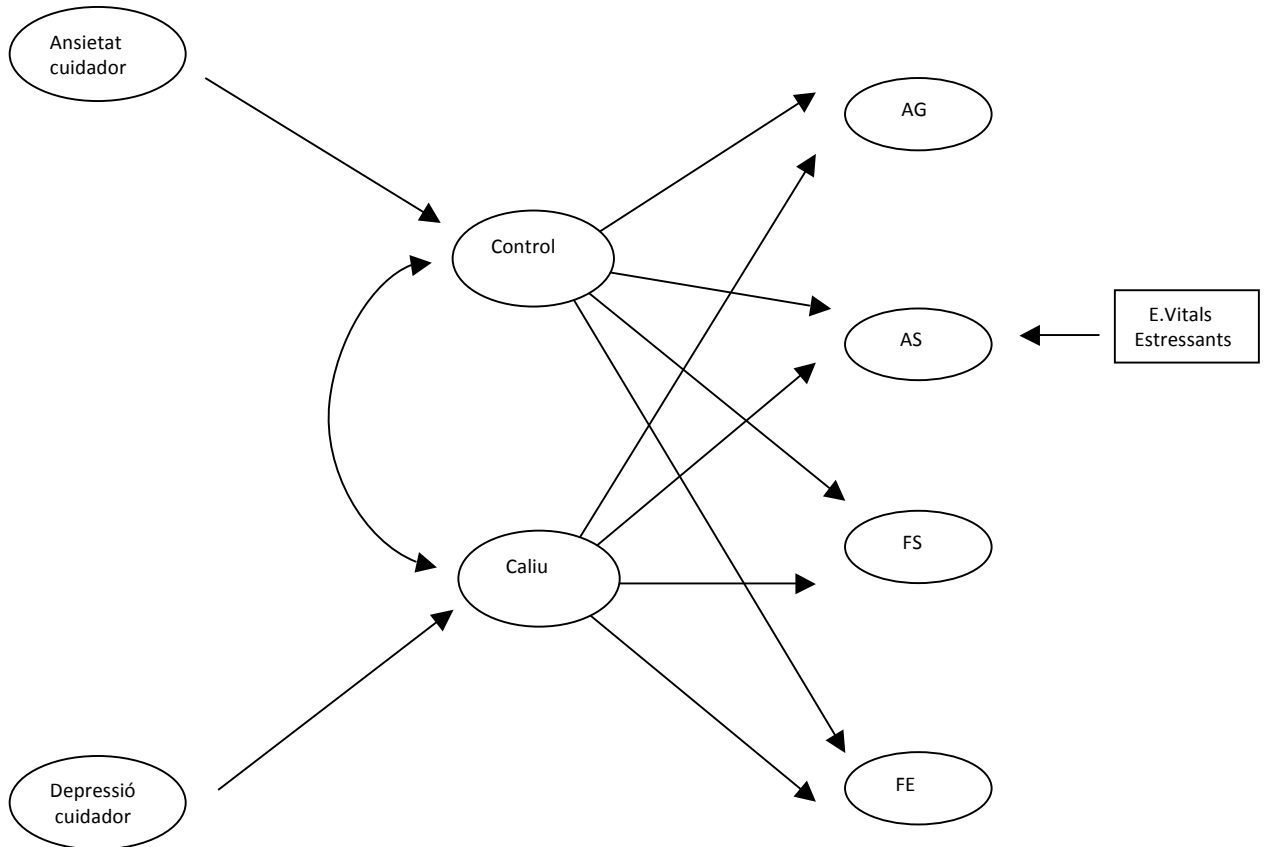


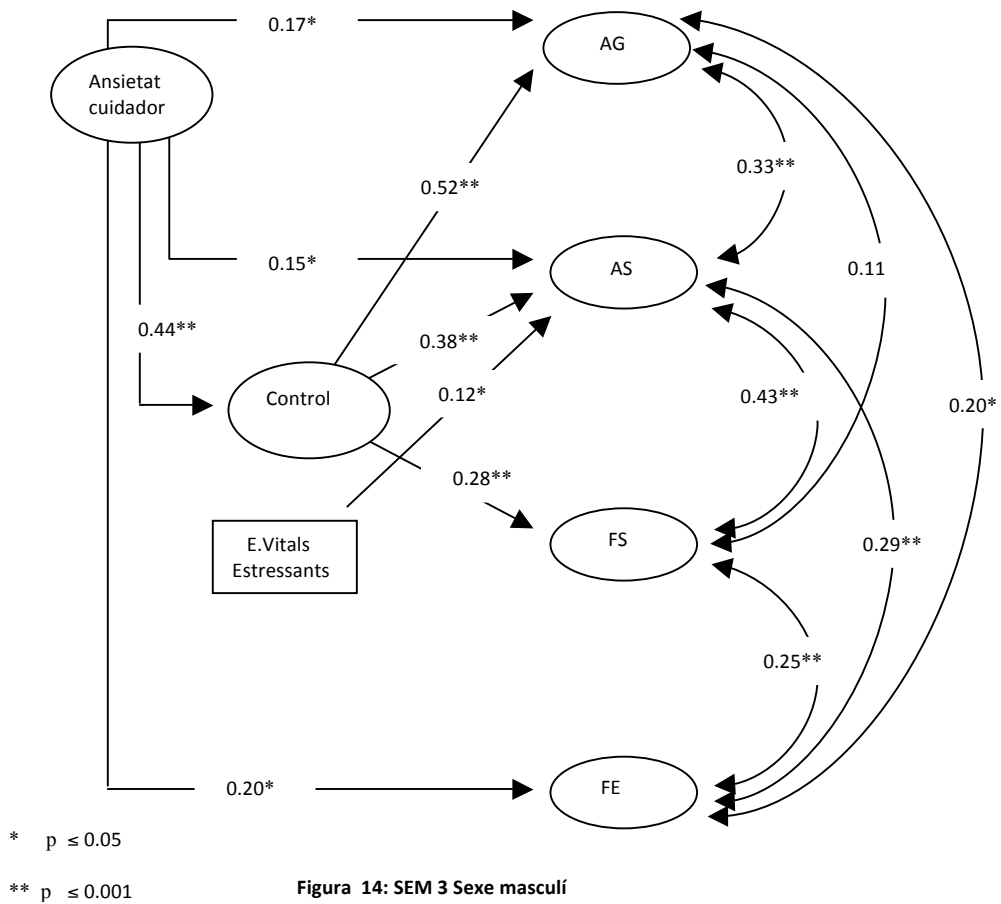
Figura 13: SEM 2

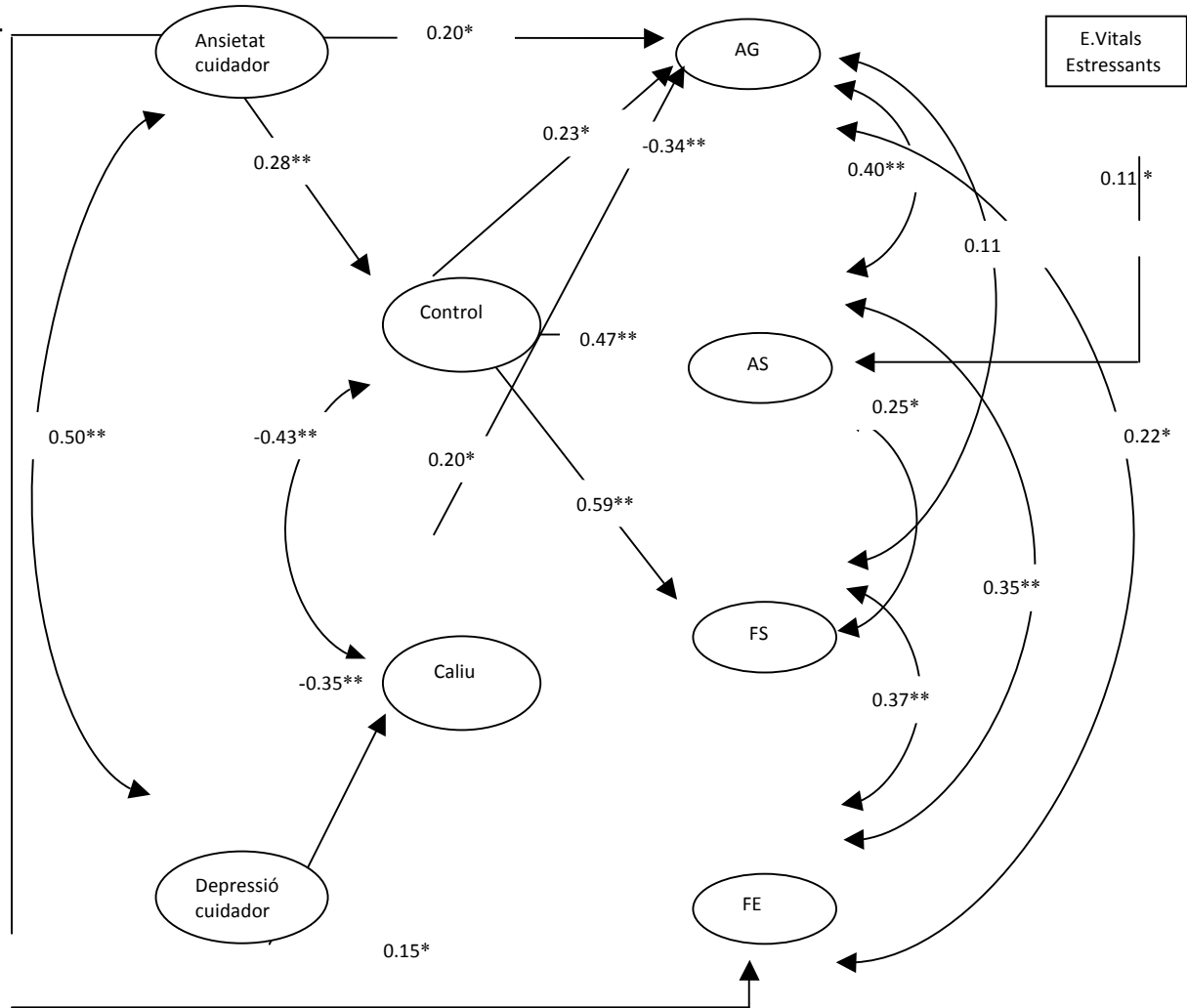
Taula 9: Caliu i ansietat infantil sexe masculí

		Nens	
		$\beta$	p
Caliu	AG	0.002	0.973
	AS	-0.058	0.376
	FS	0.098	0.120
	FE	0.030	0.164

### 6.3.3.3 Model 3

A continuació es presenten els models específics per a cada gènere (Figures 14 i 15).





\*  $p \leq 0.05$   
 \*\*  $p \leq 0.001$

Figura 15: SEM 3 Sexe femení

### **Ajust dels models**

En el cas del sexe masculí, es va trobar un bon ajust del model ( $\chi^2 = 875.436$ ,  $p < 0.0001$ ,  $gl=607$ ) ( $\chi^2/gl > 3$ ), els índexs d'ajust comparatiu eren molt propers a 1 (CFI=0.905 i TLI=0.896). El RMSEA també indica molt bon ajust, essent de 0.035 amb un Interval de Confiança de 0.030 a 0.039 i finalment el SRMR també presenta un valor indicatiu de bon ajust (0.065).

En el cas del sexe femení les millores observades foren menors, tot i que el model va presentar un ajust acceptable, ( $\chi^2 = 1328.269$ ,  $p < 0.0001$ ,  $gl=875$ ) ( $\chi^2 /gl < 3$ ). Els valors CFI i TLI foren respectivament, de 0.867 i 0.857. El RMSEA va indicar un bon ajust (0.039, IC 90%=0.035 a 0.043) i el SRMR també (0.068).

### **Comorbiditat simptomatologia**

Cadascun dels tipus de simptomatologia va mostrar relacions amb la resta, excepte l'ansietat generalitzada i la fòbia social, produint-se en ambdós sexes el mateix resultat.

En els nens la relació de major magnitud fou la de l'ansietat per separació i la fòbia social i en el cas de les nenes la de l'ansietat generalitzada amb l'ansietat per separació.

### **Relació control-caliu en el sexe femení**

Es va trobar una relació inversa i significativa de les dimensions caliu emocional i control ( $\beta=-0.34$ ,  $p < 0.001$ ).

### **Esdeveniments vitals estressants i ansietat per separació**

Els resultats eren gairebé iguals en ambdós sexes, mostrant els esdeveniments vitals estressants una petita però significativa influència en l'ansietat per separació.

### **Estils educatius i simptomatologia ansiosa infantil**

En primer lloc, la dimensió caliu emocional, només es va relacionar negativament amb la simptomatologia d'ansietat generalitzada, a més a més això només ocorre amb les nenes ( $\beta=-0.34$ ,  $p < 0.001$ ).

En segon lloc, en relació al estil educatiu controlador i sobreprotector, va mostrarr una influencia significativa en tots els tipus de simptomatologia ansiosa i en ambdós sexes. Sí es troben, però, diferències en la magnitud d'aquesta influència entre nens i nenes que es comenten a continuació.

En el cas de l'ansietat generalitzada l'efecte del control és mes del doble en el sexe masculí, essent també més significatiu ( $p < 0.001$  vers  $p < 0.05$  en el sexe femení).

Pel que fa a l'ansietat per separació i a la fòbia social l'efecte del control és més gran per al sexe femení.

Finalment, en relació a la fòbia específica, no va mostrar cap relació amb el control patern en el model estructural per a cap dels dos gèneres.

### **Sintomatologia en els cuidadors**

La simptomatologia depressiva va influenciar els nivells de caliu, però només en el sexe femení, de manera que per cada unitat, en desviacions típiques, que augmenten els símptomes depressius en el cuidador disminueixen en 0.35 desviacions típiques els nivells de caliu.

Els símptomes ansiosos en els progenitors si van afectar de manera significativa el grau de control exercit en ambdós submostres, essent l'efecte més gran en el sexe masculí.

Pel que fa als efectes directes d'aquesta simptomatologia ansiosa dels cuidadors en l'ansietat dels menors, només els trobem amb determinada simptomatologia i varien segons el sexe. Per l'ansietat generalitzada la influencia és similar en ambdós sexes. Per a la fòbia específica l'efecte és una mica més gran en nens. En relació a l'ansietat per separació només és significativa la influència en els nens. Finalment la fòbia social no es veu afectada per l'ansietat dels cuidadors en cap dels dos sexes.

### Efectes indirectes: Control com a mediador

Es mostren els resultats per a cada sexe a la Taula 10.

Taula 10: Efectes de l'ansietat del progenitor a través del control

		Nens		Nenes	
		$\beta$	p	$\beta$	p
Ansietat cuidador visió control a	AG	<b>0.229</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.063</b>	<b>0.045</b>
	AS	<b>0.165</b>	<b>0.001</b>	<b>0.132</b>	<b>0.012</b>
	FS	<b>0.123</b>	<b>0.001</b>	<b>0.166</b>	<b>0.003</b>
	FE	0.033	0.342	0.050	0.055

Pel que fa a l'ansietat generalitzada, en els nens l'efecte de l'ansietat del cuidador a través del control mostra una elevada significació, mentre que en les nenes l'efecte, tot i ser significatiu, fou molt menor.

Amb referència a l'ansietat per separació i la fòbia social, en tots dos casos si es va confirmar un efecte indirecte força significatiu de l'ansietat en el cuidador a través del control.

Finalment, pel que fa a la fòbia específica, com ja s'ha comentat només es va veure afectada per l'ansietat en el cuidador de manera directa, per tant els anàlisis indirectes foren no significatius tant per nens com per nenes.

### Efectes indirectes: Caliu com a mediador

L'efecte indirecte de la depressió en el cuidador en l'ansietat generalitzada, a través del caliu, va ser significatiu ( $\beta = 0.19$ ,  $p < 0.001$ ) en el sexe femení.

## 7. DISCUSSIÓ

En primer lloc cal mencionar que els models de mesura no s'inclouran en aquest apartat, doncs s'han utilitzat com una eina per valorar les propietats psicomètriques de cadascun dels qüestionaris utilitzats i així garantir que els ítems inclosos en l'anàlisi, per a crear les variables latents, asseguraven una bona validesa de constructe.

### 7.1 Distribució de la simptomatologia

Es varen trobar puntuacions similars en ambdós sexes en Fòbia Social i en Fòbia Específica, dades coincidents amb la distribució d'aquests trastorns abans de l'adolescència (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001; Beidel et al., 1999). Pel que fa a l'ansietat per separació i com s'esperava, ja que el trastorn és més freqüent en el sexe femení en poblacions epidemiològiques (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001), les nenes varen obtenir majors puntuacions. En canvi pel que fa a l'ansietat generalitzada i al contrari de la hipòtesi formulada, els nens obtingueren majors puntuacions que les nenes.

Amb referència a les relacions entre els diferents tipus de simptomatologia, els resultats foren els esperats, gairebé tots els tipus de simptomatologia van mostrar relacions significatives i similars en ambdós sexes (exceptuant la fòbia social i l'ansietat generalitzada). Així doncs les dades donen suport a la recerca si s'al·ludeix al fet que del 40 al 60 % dels nens ansiosos compleixen criteris per més d'un trastorn d'ansietat (Benjamin, Costello i Warren, 1990; Kashani i Orvaschel, 1990).



## 7.2 Nivell Socioeconòmic i Ansietat Infantil

L'estatus socioeconòmic no es va trobar relacionat amb l'ansietat infantil, coincidint amb la literatura, doncs hi ha alguna evidència de que el baix nivell socioeconòmic pot produir algun risc, però les dades són confuses i el grau de risc en l'ansietat pediàtrica és petit (Rapee, 2012).

## 7.3 Esdeveniments Estressants i Ansietat per Separació

El fet de que el nombre d'esdeveniments vitals estressants viscuts en l'últim any estigui només relacionat amb l'ansietat per separació i no amb els altres tipus de simptomatologia, és una dada que no s'ha trobat en altres estudis en la revisió bibliogràfica realitzada. Es podria explicar aquest fet al·ludint al tipus d'esdeveniments viscuts i les conseqüències d'aquests. Si pensem en la simptomatologia de l'ansietat per separació, es probable que es vegi més afectada per esdeveniments estressants que impliquin pèrdues o distanciaments de les figures de vinculació. Sandberg i Rutter (2008) fan una classificació dels tipus *de life events* segons si suposen canvis en l'entorn o canvis a nivell cognitiu, en aquest cas estariem davant de *life events* del primer tipus com s'exposa en el següent paràgraf.

Si ens fixem en els ítems que es varen utilitzar per mesurar aquests esdeveniments (consultar Annex A), gairebé tots estan relacionats amb pèrdues o impliquen passar menys temps amb persones a les que el nen pot estar vinculat (hospitalitzacions i morts de familiars, canvis de feina dels pares, accidents...). De manera que si els infants han viscut esdeveniments estressants d'aquest tipus manifestaran més por a separar-se de les figures amb les quals estan vinculats, ja que temen que una possible pèrdua es repeteixi.

## 7.4 Estils Educatius i simptomatologia ansiosa infantil

Primerament, i en contra de les hipòtesis plantejades, el rebuig no va jugar un paper significatiu en el model teòric proposat, però si comparem els ítems inclosos en l'anàlisi, veiem que es pot tractar del pol contrari a les conductes de caliu emocional. Per exemple *¿Ha castigado a su hijo con dureza incluso por cosas que no tenían importancia?* vers *¿Ha demostrado a su hijo que está usted satisfecho de él?* El primer ítem, de l'escala de Rebuig, mostra una consideració totalment negativa cap al nen, en canvi, el segon (escala de Caliu) mostra el sentiment oposat: satisfacció i consideració positiva. De manera que, incloure totes dues dimensions en el model podria provocar que el paper d'una d'elles, en aquest cas el rebuig, fos redundant, essent suficient incloure només l'escala de Caliu Emocional.

Alguns autors recolzen aquest raonament i defineixen la dimensió de caliu com un constructe que aniria d'un extrem de conducta afectuosa, responent i centrada en el menor, a un altre extrem amb una conducta cap als fills de rebuig i poc responent (Castro, 2005; McLeod et al., 2007).

En segon lloc, els resultats amb el caliu emocional també foren sorprenents, ja que aquest només va jugar un paper significatiu en el grup de sexe femení.

Pel que fa al control si es varen obtenir els resultats esperats, estant relacionat amb tots els tipus de simptomatologia, excepte en el cas de la Fòbia Específica.

No obstant això, si ens fixem en la hipòtesi més específica, veiem que només es compleix totalment en el cas de les nenes, ja que s'esperava que la Fòbia Social i l'Ansietat per Separació fossin les més relacionades amb el control; en els nens es compleix de forma parcial, ja que la simptomatologia més relacionada amb aquesta dimensió és l'Ansietat Generalitzada seguida de l'Ansietat per Separació.

### 7.4.1 Estil Educatiu i Ansietat Generalitzada

Es troben importants diferències segons el gènere del menor. En primer lloc, en les nenes, aquest tipus de simptomatologia va en augment amb la manca de caliu emocional. Les dades indiquen que el gènere femení és més sensible al suport i a l'afecte (Mestre, Samper, Tur i Díez 2007; Gaylord; Kitzman i Coleman, 2003) i que les nenes tendeixen a una major necessitat de comunicació, implicació i proximitat (Rodríguez, Del Barrio, i Carrasco, 2009). En aquest sentit, durant la infància les nenes tenen tendència a ser més complaents que els nens amb progenitors, mestres i altres figures d'autoritat (Cowan i Avants, 1988; Maccoby, 1988).

Aquest desig de complaure i quedar bé amb l'adult porta lligada una necessitat d'alabança i consideració positiva, la qual, si ja no es veu satisfeta en el nucli familiar, farà que la nena pensi que en la resta d'entorns succeirà el mateix. Com diuen Cartwright-Hatton, Laskey, Rust i McNally (2010), es crearà un model intern de com funciona el món (*internal working model of the world*) conclouent que és difícil aconseguir suport i consideració positiva, fet que, probablement, li potenciarà la inseguretat i la conduirà a mostrar extremada preocupació per fer les coses bé, per actuar correctament, per prendre les decisions adequades, etc. Portant tot plegat a una necessitat constant de reafirmació, a la incapacitat per relaxar-se i als altres símptomes típics de l'ansietat generalitzada.

En canvi, pel que fa al control, les nenes es veuen molt menys afectades, essent més significativa i de major magnitud la relació en els nens. Sembla que els fills són més sensibles al control i a la supervisió (Mestre et al., 2007; Gaylord et al., 2003) i com ja s'ha comentat en apartats anteriors, tot indica que el sexe masculí es socialitza per desenvolupar motivacions més individuals i ser més competents instrumentalment, mentre que el femení està més orientat a motius de col·lectivitat (Leaper i Friedman, 2007; Williams, Radin i Allegro, 1992). Si ens fixem en els estereotips de gènere durant la infància, hi ha dades que recolzen que els nens són considerats "masculins", pels

seus iguals i pels iguals de gènere contrari, per les activitats que duen a terme, mentre que les nenes són considerades “femenines” per la seva aparença (Miller, Lurye, Zoslus i Ruble, 2009).

Així doncs s’espera que els nens siguin més competents instrumentalment i que tinguin domini de certes activitats i situacions. Com ja hem vist, els pares controladors dificulten la realització de determinades activitats, entorpint l’adquisició de noves destreses i habilitats d’afrontament. Per aquest motiu, el control podria afectar més als símptomes d’ansietat generalitzada en el sexe masculí, doncs els nens, d’acord a l’educació rebuda i al seu propi estereotip de gènere, sentirien major frustració i preocupació davant la sensació de no poder fer front a les demandes de l’entorn.

Així doncs, és possible que en el sexe masculí les preocupacions pròpies de l’ansietat generalitzada vagin més lligades a la pròpia competència en determinades activitats, per contra en el sexe femení podrien estar més lligades a motius d’acceptació i aprovació.

#### **7.4.2 Estil Educatiu i Ansietat per Separació**

Tal i com s’esperava, fou el segon tipus de simptomatologia més afectada pel control, essent l’efecte més gran en el cas del sexe femení. Podríem explicar aquest resultat fent referència a les conductes d’evitació, més tolerades en el sexe femení (Appelton, 2008) i encara més en el cas dels cuidadors sobreprotectors.

Des de la Teoria Bifactorial de Mowrer (1960), és conegut el rol de manteniment del problema que suposen les conductes d’evitació (a través d’un procés de reforçament negatiu), doncs evitar suposa no entrar en contacte amb un estímul o situació aversiva. Tanmateix, si s’eviten les situacions temudes, en aquest cas la separació dels

cuidadors, no es té l'oportunitat de descobrir que no passa res ni d'aprendre noves habilitats d'afrontament.

Citant a Orgilés, Espada i Méndez (2005), l'absència d'una història prèvia de separacions breus dels pares justifica la falta d'habitució del nen a romandre sense ells i el reforç de les conductes de dependència o vinculació excessiva genera en els nens poca autonomia i el buscar el contacte i protecció paterna constantment. Això mateix succeiria amb aquestes nenes a les quals se'ls estant permetent aquest tipus de conductes de "no afrontament", explicant així la major relació de la dimensió control amb l'ansietat per separació en el sexe femení.

### **7.4.3 Estil Educatiu i Fòbia Social**

En ambdós sexes es varen obtenir relacions significatives amb el control, però la magnitud fou molt més alta en el cas del sexe femení.

Aquest resultat es pot relacionar amb el tret temperamental de la Inhibició Conductual (Kagan, Reznick i Snidman, 1988) el qual està estretament vinculat a l'ansietat social (Haslam, 2003; Nigg, 2006). Sembla ser que aquest tipus de conductes provoquen diferents respostes segons el sexe del menor: en el cas de les nenes se'ls permet més inhibició i més conductes evitatives, impedit que la nena realitzi determinades activitats o participi en determinades situacions que podrien ser per ella amenaçants (Appelton, 2008).

Reprement la qüestió dels estereotips de gènere durant la infància, com s'ha comentat, les nenes són considerades "femenines" per la seva aparença (Miller, Lurye, Zoslus i Ruble, 2009) i el sexe femení està més orientat a motius més socials i de col·lectivitat (Leaper i Friedman, 2007; Williams, Radin i Allegro, 1992). Fets que podrien implicar més preocupació per ser acceptades socialment i més por a l'avaluació social. Estudis

sobre l'estructura factorial del CASI (*Childhood Anxiety Sensitivity Index*) confirmen que les nenes puntuen més alt en tots els factors incloent la Sensibilitat a l'Avaluació Social (Widenfelt, Siebelink, Goedhart, i Treffers, 2002).

En definitiva, la conducta sobreprotectora reforçaria totes aquestes pors i potenciarà, com en el cas de l'ansietat per separació, el no fer-hi front, mantenint així la simptomatologia.

#### **7.4.4 Estil Educatiu i Fòbia Específica**

En aquest cas, la dimensió control no va afectar a cap dels dos gèneres. Possiblement degut al caràcter molt més específic de les pors i al fet de que la seva adquisició estigui molt més relacionada amb aspectes d'aprenentatge vicari i transmissió d'informació (Rachman, 1977). D'una altra banda, alguns autors apunten que està més influenciada per factors genètics que els altres trastorns d'ansietat (Bolton et al., 2006).

### **7.5 Simptomatologia ansiosa en el cuidador**

Confirmant les hipòtesis inicials i d'acord amb els treballs previs (Bögels i Brechman-Toussain, 2006), a mesura que augmenta la simptomatologia ansiosa en el cuidador, augmenten les conductes controladores en l'estil educatiu. Aquesta relació és més gran en el cas dels nens, tal i com s'esperava d'acord amb alguns estudis previs (Leaper, 2002). Això podria ser degut a que els nens tendeixen a tenir més activitat motora que les nenes i a participar en jocs més rudes i/o agressius; en conseqüència, es poden implicar en activitats que comportin més risc. Així doncs, els seus cuidadors ansiosos poden considerar que corren més perill i per tant augmenten les seves conductes sobreprotectores en major grau que els pares amb descendència femenina.

Podem dir que els cuidadors ansiosos utilitzen, en l'educació dels seus infants, conductes que limiten l'exposició d'aquests a experiències autònomes d'aprenentatge. I ho fan per la seva pròpia por a que pugui succeir alguna cosa. Aquesta manera d'actuar és el que Muris, Meesters i van Brakel (2003), van anomenar *Anxious Rearing Behaviours* en la seva versió del EMBU-C. Si ens fixem ens els ítems d'aquest qüestionari i en els ítems utilitzats en el present estudi, l'ítem 18 de l'EMBU-P (*¿Ha prohibido a su hijo hacer cosas que otros niños de su edad si podian hacer, por miedo a que le sucediera algo malo?*) és gairebé igual al ítem 29 del EMBU-C d'aquests autors (*Your parents are anxious people and therefore you are not allowed to do as many things as other children*). Per tant podríem dir que també hem mesurat aquesta preocupació típicament ansiosa i com afecta als infants. Igualment s'han valorat, amb la resta d'ítems, conductes d'intrusivitat i sobreimplicació (*¿Cree que su hijo ha deseado que usted se ocupara menos por sus actividades?*) i conductes relacionades amb un control més psicològic (*¿Cuando le ha parecido mal algo que ha hecho su hijo se ha entristecido tanto que ha llegado él a sentir-se culpable?*).

Així doncs aquestes conductes de criança ansiosa, d'intrusivitat i de control psicològic, totes elles incloses en la dimensió control, seran, en part, la manera com els pares ansiosos transmetran les pors a la seva descendència de manera indirecta. Tot seguit es comenten els efectes, tant indirectes com directes, de l'ansietat en els progenitors en cada tipus de simptomatologia.

Primerament, cal puntualitzar, que quan parlem d'afectació directa, estem fent referència als efectes conjunts de: transmissió genètica (Gregory i Eley 2007), modelament (Murray et al., 2008) i transmissió d'informació negativa (Field i Lawson, 2003; Lawson, Banerjee i Field, 2007).

Pel que fa a l'**Ansietat Generalitzada**, els efectes directes són molt similars en ambdós sexes, confirmant doncs els resultats esperats. En canvi els efectes indirectes a través de la variable control són més grans en el cas dels nens. Com ja s'ha comentat els nens podrien ser més sensibles a aquesta dimensió educativa per diversos motius (Mestre et al., 2007; Gaylord et al., 2003).

En el cas de l'**Ansietat per Separació**, no es troba una relació directa en les nenes però sí indirecte a través del control; en el cas dels nens, sí es va trobar una relació directa e indirecta.

Podria ser que la simptomatologia d'ansietat per separació en els nens fos més hereditària, o bé més afectada pel modelament o per la transmissió d'informació negativa. Pel que fa a la genètica, només es va trobar un estudi fent referència a aquest tema i les dades eren contràries: mostrant més heretabilitat en el sexe femení (Feigon, Waldman, Levy i Hay, 2001). Així doncs, potser són el modelament i la transmissió d'informació els que més estant afectant a aquesta relació en el cas del sexe masculí. Seria lògic que així fos, ja que com hem vist les nenes únicament estaven afectades pel control, ja que era més tolerat pels pares un estil de dependència i no afrontament (Appelton, 2008).

Podria ser que als nens els afectés més veure als seus pares patir davant les separacions. A tall d'exemple, imaginem que el pare surt de viatge i la mare fa les següents recomanacions: *vigila, no corris, que últimament hi ha molts accidents, que la carretera és molt perillosa, sobretot tot just arribis truca'm que si no patiré, etc.* Òbviament, el nen veurà la separació com un fet terrible en el que pot passar qualsevol cosa; la mare no només està transmetent informació negativa sinó que també està modelant una conducta de preocupació i patiment. Així doncs els nens es podrien veure més afectats per aquest tipus de conductes mentre que les nenes es veurien més afectades per les conductes sobreprotectores.



Amb relació a la **Fòbia Social**, i en tots dos sexes, només es troba una relació indirecta a través del control, resultats contraris als esperats donada l'alta relació del tret Inhibició Conductual amb aquesta problemàtica i el seu caràcter hereditari com a característica temperamental (Muris, 2011). És possible que aquest resultat sigui degut a que estem mesurant símptomes d'ansietat general en els progenitors i no simptomatologia específica: probablement, si s'hagués valorat la presència d'ansietat social en els pares els resultats haurien estat diferents.

Finalment, en la **Fòbia Específica** només es troba una relació directa. Com ja s'ha mencionat, la seva adquisició probablement està més relacionada amb aspectes d'aprenentatge vicari i transmissió d'informació (Rachman, 1977) i amb aspectes genètics (Bolton et al., 2006). Alguns estudis mostren, en el cas de la fòbia animal i situacional, que els factors genètics vinculats podrien ser diferents als de la resta de trastorns d'ansietat (Hettema, Prescott, Myers, Neale i Kendler, 2005).

## 7.6 Simptomatologia depressiva en el cuidador

En el cas de la simptomatologia depressiva, només va afectar al caliu en el grup de les nenes, al contrari de l'esperat.

En primer lloc, els cuidadors de la mostra amb la que s'ha treballat, en gran majoria mares, tot i presentar simptomatologia no arriben a complir criteris de depressió major. Per aquest fet, el seu estil educatiu podria estar menys afectat i per tant només afectar al sexe femení i a determinada simptomatologia com hem vist.

Un dels motius que feia pensar que els nois es veurien més afectats per a la depressió materna i per tant, per la manca de caliu, era la hipòtesi de que podien ser considerats

més aversius pel fet de tenir menys habilitats de regulació emocional (Tronick i Weinberg, 1997), es a dir que realitzarien més conductes negatives (rabiòles, rondinar, etc...) que les nenes i això allunyaria a les mares deprimides.

Però potser en l'estudi que ens ocupa han estat les nenes les que han resultat més aversives. Com ja s'ha citat, en aquestes edats el sexe femení té un major desig de complaure al adult, així com una major necessitat d'alabança i consideració positiva (Cowan i Avants, 1988; Maccoby, 1988). Conseqüentment demandarà més atenció i necessitarà més aprovació i reafirmació: Això podria provocar en les mares depressives el mateix sentiment que la manca de regulació emocional del nen, provocant així el contrari del que la nena demanda, és a dir una consideració més negativa reflexada en la manca de caliu emocional.

## **7.7 Paper mediador de les dimensions Control i Caliu**

Seguint a Baron i Kenny (1986) es pot considerar que el control és una variable medidora entre l'ansietat del cuidador i l'ansietat infantil, però no en tots els tipus de simptomatologia com hem vist.

- Fent referència a la primera condició (relació de la variable independent amb la variable medidora) és compleix en les dues submostres, doncs l'ansietat del cuidador esta significativament relacionada amb el grau de control.
- Pel que fa a la segona condició (relació de la variable medidora amb la variable depenent), es compleix en tots dos sexes per a l'ansietat generalitzada, l'ansietat per separació i la fòbia social.
- Finalment, la variable independent també s'ha de relacionar directament amb la variable depenent. Segons aquesta premissa, en el cas del sexe femení només podríem considerar que el control fa de medidor en l'ansietat generalitzada. En el

cas del sexe masculí el control faria de mediador en l'ansietat generalitzada i en l'ansietat per separació.

Com ja s'ha dit, Mackinnon i et al. (2002), modifiquen el tercer criteri, afegint que no és necessari que hi hagi una relació directa entre la variable independent i la variable dependent. Seguint a aquests autors el control exercia un rol mediador per a tots els tipus de simptomatologia i en ambdós sexes, excepte per a la Fòbia Específica.

Pel que fa al caliu emocional, fa el paper de variable medidora entre la depressió en el cuidador i l'ansietat generalitzada en el gènere femení seguint el criteri menys restrictiu de Mackinnon et al. (2002), ja que la relació directa entre la depressió en el cuidador i l'ansietat infantil no fou una hipòtesi inclosa en l'estudi.

## **7.8 Consideracions finals**

Recollint tot el que s'ha dit al llarg d'aquesta discussió, es pot concloure que els infants possiblement ja presentin certa vulnerabilitat i que els pares, influenciats per la seva simptomatologia i alhora per al gènere del menor, potenciarien l'aparició de símptomes ansiosos en el nen, ja que responen a aquesta vulnerabilitat amb pràctiques parentals que reforcen les dificultats del infant.

Per exemple, els nens inhibits és més probable que provoquin més sobreprotecció en els seus pares, i alhora aquest tipus de criança és més probable que conduïxi a futura ansietat. Un estudi longitudinal recolza aquest fet (Edwards, Rapee i Kennedy, 2010). A més a més en la revisió de Murray, Creswell i Cooper (2009) es parla de que el tret temperamental de la inhibició conductual és probable que sigui un predictor de l'ansietat infantil si va acompanyat d'estils educatius problemàtics.

En conclusió es pot dir que la transmissió genètica confereix un risc més ampli i general, mentre que l'entorn familiar possiblement modela o converteix aquest risc en manifestacions específiques (Rapee, 2012). Els resultats del present estudi donarien suport a aquesta afirmació. Així doncs el temperament seria la tendència general que s'hereta i els factors de l'entorn familiar, al seu torn influenciats pel gènere del menor, podrien afectar al desenvolupament d'una determinada simptomatologia.

## 8. IMPLICACIONS CLÍNIQUES

Com en tota investigació sobre factors de risc, la principal implicació clínica és la prevenció, en aquest cas, prevenció de l'ansietat infantil a partir de modificar certes dimensions educatives.

No es tracta de culpabilitzar als pares dels problemes del nen, sinó de que els pares se'n adonin que són de gran importància per al saludable desenvolupament del seu fill. En el programa *From Timid to Tiger* de Cartwright-Hatton et al. (2010), una proposta de tractament grupal per pares de nens ansiosos, es planteja als pares una analogia senzilla i molt gràfica. Es tracta de la recepta d'un pastís (*Anxiety Cake*), on es presenten els diversos elements que conflueixen en el desenvolupament de l'ansietat infantil, dels quals ja s'ha parlat al llarg d'aquest treball (genètica, temperament, entorn, experiències estressants i estil educatiu). Continuant amb l'analogia del pastís, es fa veure als pares que tots els ingredients són importants i que si en modifiquen algun, el resultat final serà diferent. Se'ls encoratja i anima a modificar l'ingredient estil educatiu, fent-los veure que ells tenen la clau per impedir que el seu fill reuneixi tots els ingredients necessaris per aquest *Anxiety Cake*.

Si tenim nens amb certa vulnerabilitat temperamental, és important no deixar que aquesta vulnerabilitat desemboqui en símptomes ansiosos i que aquests símptomes no acabin finalment en un trastorn d'ansietat. Cada vegada se sap més sobre quines són les conductes o actituds parentals que mantenen aquests símptomes. Per tant, es tracta de d'incidir en aquestes conductes i incloure-les en els tractaments infantils. Per exemple Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards i Sweeney (2010) varen fer un seguiment a preescolars inhibits després de una intervenció centrada en els pares. Aquesta intervenció incloïa, entre altres components, la reestructuració cognitiva als pares i un component psicoeducatiu (en el qual es destacava l'important efecte de la sobreprotecció en l'ansietat infantil). Els resultats de l'estudi van mostrar nivells

d'ansietat significativament més baixos en aquells infants els pares dels quals havien rebut la intervenció.

Fox, Henderson, Rubin, Calkins i Schmidt (2001) també van mostrar que nens amb vulnerabilitat per a la conducta inhibida, si tenien oportunitats de socialització amb altres nens, tenien un desenvolupament positiu. En la mateixa línia, Rapee (2001) afirma que els pares que animen l'independència dels seus fills i els encoratgen per fer front a les situacions difícils poden reduir la probabilitat de que aquests desenvolupin un trastorn d'ansietat (Rapee 2001).

Aquest és, però, un camp encara incipient en ansietat infantil, no només en l'àrea de la prevenció si no també si es compara amb la gran quantitat de programes per pares que s'han creat en el tractament dels trastorns de conducta disruptiva i que s'usen avui en dia en la pràctica clínica.

El tractament d'elecció per a l'ansietat infantil és la Teràpia Cognitiu Conductual (Rapee, 2012). Dos dels programes més coneguts són el *Coping Cat* de Kendall (1990) i el programa *FRIENDS* (Short, Barret i Fox, 2001). Tot i que aquest últim inclou reestructuració cognitiva als pares, encara estan molt centrats en l'adquisició d'estratègies en el nen, punt òbviament crucial en el tractament de l'ansietat infantil, però el qual podria millorar afegint un component dirigit a modificar l'estil educatiu patern. Tot i que, encara és poca la recerca sobre el tema, ja es comença a plantejar la importància d'incloure als pares com a participants actius en el tractament i tot i que les dades no són concloents, s'informa d'alguns beneficis (Creswell i Cartwright-Hatton, 2007). Malgrat que els resultats en aquest àrea són inconsistents (Breinholst, Esbjørn, Reinholdt-Dunne i Stallard, 2012) s'han començat a crear alguns programes basats en aquest component parental:

- Choate, Pincus, Eyberg i Barlow (2005) van adaptar el programa Parent-Child Interaction Therapy de Brinkmeyer i Eyberg (2003) per a infants de 4 a 8 anys amb Trastorn d'Ansietat per Separació. Aquest programa, entre d'altres components, ensenya als pares a ser afectuosos, donar suport al seu fill, alabar el seu comportament quan calgui i proporcionar-li sentiments de control i seguretat per tal que les situacions de separació siguin més fàcils.
- Cartwright-Hatton et al. (2010), creen el programa *From Timid to Tiger. A Treatment Manual for Parenting the Anxious Child*, el qual s'ha mencionat a l'inici d'aquest apartat. Els seus components guarden una estreta relació amb els resultats d'aquest estudi.

Com hem vist, la sobreprotecció afecta a tots els tipus d'ansietat, creant sentiments de baixa autoeficàcia en el menor. En aquest sentit s'ensenyen tècniques per a fer sentir segur al nen i amb control sobre les situacions, per tal que aquest adquireixi el sentiment de que pot controlar certes coses i que el món és un lloc força segur.

També s'explica el rol de l'aprenentatge vicari i s'ajuda als pares a identificar situacions on es probable que estiguin modelant comportaments ansiosos, o de no afrontament. Així com se'ls proporcionen tècniques per a que aprenguin a controlar les expressions i conductes que poden estar transmetent ansietat al nen. Finalment i també amb concordància amb els nostres resultats, es ressalta la importància del caliu emocional i s'entrena als pares a reforçar les conductes d'afrontament.

De manera global els autors proporcionen als pares un model causal de l'ansietat infantil, fent èmfasi en els estils educatius, i transmetent-los que estan en la millor posició per ajudar a créixer el seu fill amb seguretat i confiança.

Tal i com s'ha comentat al inici d'aquest apartat, l'ideal seria poder arribar a la prevenció de l'ansietat infantil, arribant a identificar exactament aquells elements

parentals que convertirien un temperament determinat en simptomatologia, tenint en compte el tipus de simptomatologia i el gènere del menor. Tot i que encara cal molta recerca en el tema, programes com el de Rapee et al. (2010) mostren resultats molt esperançadors.



## 9. LIMITACIONS

En primer lloc, cal mencionar la poca participació dels pares alhora de respondre els qüestionaris, de manera que majoritàriament les dades de simptomatologia del cuidador i estil educatiu procedien de la mare. Aquest fet ha pogut ocasionar pèrdua d'informació sobre alguns casos, ja que podia donar-se el cas que fos el pare qui presentés simptomatologia ansiosa o depressiva i/o qui exercís un estil educatiu de baix caliu o alt control.

En segon lloc, el fet de no contar amb una metodologia unitària per a mesurar l'estil educatiu també és podria considerar una limitació. És a dir, tot i que l'EMBU és un qüestionari força utilitzat en recerca, i per això es va triar, els estudis fins a la data utilitzen varietat de qüestionaris i molts d'ells mètodes d'observació. Això provoca que no hi hagi una manera unificada de mesurar l'estil educatiu i fa més difícil la comparació entre estudis.

## 10. CONCLUSIONS

Les dades més rellevants en aquesta investigació van ser les següents:

- En primer lloc, la manca de relació de la dimensió rebuig amb tots els tipus de simptomatologia d'ansietat infantil i el fet que tampoc es va veure afectat per la simptomatologia depressiva dels progenitors.
- En segon lloc, el paper mediador del caliu entre els símptomes depressius en el cuidador i l'ansietat generalitzada només en el sexe femení.
- En tercer lloc, el rol mediador del control entre l'ansietat en el cuidador i la simptomatologia d' Ansietat Generalitzada, Ansietat per Separació i Fòbia Social.

Els resultats més nous, foren els reflexats per la interacció entre el gènere del menor i el tipus de simptomatologia:

- L'ansietat en els nens no es veu afectada per al caliu; en canvi en les nenes si, però només en l'Ansietat Generalitzada.
- Veiem que el control afecta molt més a les nenes en Fòbia Social i Ansietat per Separació.
- En canvi, en els nens, la simptomatologia més afectada per al control és l'Ansietat Generalitzada.

No s'han trobat resultats similars en altres estudis, per tant s'obre una nova branca, dins de l'investigació dels estils educatius i l'ansietat infantil, més específica i més centrada en les diferències individuals.

## **11. FUTURES LÍNEES D'INVESTIGACIÓ**

D'entrada, caldria replicar els resultats en una mostra on s'inclougui l'estil educatiu de pares i mares. Altrament cal seguir investigant si les diferències de gènere trobades es donen en altres condicions, així com les diferències trobades dins de cada simptomatologia en relació amb els estils educatius.

També seria d'interès mesurar la simptomatologia parental ansiosa de manera més específica, igual que s'ha fet en el cas dels nens, per esbrinar si realment el tipus de símptomes importen o si es manté la tendència general, que els estudis fins a la data recolzen, de que el que es transmet és una vulnerabilitat menys precisa i que per tant, no importaria el tipus d'ansietat que presentin els cuidadors.

Com hem vist, les dades sobre afegir un component parental en el tractament de l'ansietat infantil són inconsistents (Breinholst et al., 2012). És possible que els components que s'estiguin incloent no siguin els més adequats o no siguin prou específics, de manera que cal seguir investigant en aquesta àrea per arribar exactament a aquelles dimensions parentals més relacionades amb cada tipus de simptomatologia ansiosa infantil i esbrinar si es repeteixen els canvis en aquestes relacions per factors individuals com el gènere.

## 12. REFERÈNCIES

Allen, J.L., Rapee, R.M. i Sandberg, S. (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1047-1056.

American Psychiatric Association (2001). Trastornos de ansiedad. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2001). Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

Appelton, P. (2008). A developmental framework for understanding children's anxiety. In P. Appelton (Ed.), *Children's anxiety. A contextual approach*. (pp. 3-39). New York.: Routledge. Taylor & Francis.

Arrindell W.A., Perris, H., Denia, M., Van der Ende, J., Perris, C., Kokkevi, A., Anasagasti, J.I. i Esiman, M. (1998). The constancy of structure of perceived parental rearing style in greek and spanish subjects as compared with the dutch. *International Journal of Psychology*, 23, 3-23.

Baldwin, A. L. (Ed.). (1955). *Behaviour and development in childhood*. New York: Dryden Press.

Ballash, N., Leyfer, O., Buckley, A. F. i Woodruff-Borden, J. (2006). Parental control in the etiology of anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(2), 113-133.

Bandura A. (1977). *Social Learning Theory*, vol.247, Prentice-Hall.

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Baron, R.M. i Kenny, D.A. (1986), "The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–82.
- Batista, J.M. i Coenders, G. (2000). Análisis de las condiciones de aplicación. In Batista, J.M. i Coenders, G. (Ed.), *Modelos de ecuaciones estructurales*. (pp. 78-102). Madrid / Salamanca: La Muralla / Hespérides.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of paternal authority. *Developmental Psychology Monograph*, 41 (1), part 2.
- Becker, W.C. i Krug, R.S. (1964). A circumplex model for social behaviour in children. *Child Development*, 35, 371-396.
- Beidel D.C., Turner, S.M. i Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643.
- Beidel, D.C. i Alfano, C.A. (2011). *Child anxiety disorders. A guide to research and treatment*. (2nd. ed.). New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., Hsieh, K. i Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years:

Differential susceptibility to rearing experience? *Development and Psychopathology*, 10(2), 301-319.

Benjamin, R.S., Costello, E.J., Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(4), 293-316.

Bentler, P. M. (1990). Fit indexes, large multipliers, constraint changes and incomplete data in structural models. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 163-172.

Bögels, S.M. i Brechman-Toussaint, M.L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.

Bögels, S.M. i van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1583-1596.

Bolton, D., Eley, T.C., O'Connor, T.G., Perrin, S., Rabe-Hesketh, S., Frühling, R. i Smith, P. (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 36(3), 335-344.

Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 17, 303-316.

Bosquet, M. i Egeland, B.(2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: Implications for attachment-based interventions. *Attachment Human Development*, 3(2), 173-199.

- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. i Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M.L. i Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 416-424.
- Brinkmeyer, M.Y. i Eyberg, S.M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In A.E. Kazdin i J.R. Weisz (Ed.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204-223). New York: Guilford.
- Browne, M.W. i Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. i Long, J.S. (Ed.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Sage: Thousand Oaks.
- Burt, K.B., Van Dulmen, M.H.M., Carlivati, J., Egeland, B., Sroufe, L.A., Forman, D.R. et al. (2005). Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: The importance of independent data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(5), 490.
- Byrne, B. M. (2011). *Structural equation modeling with mplus: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 17, 303-316.
- Canals, J. (2002). Estudi de fiabilitat i validesa del CSI-4. manuscrito no publicado. tarragona: Universitat rovera i virgili.
- Cartwright-Hatton, S., Laskey, B., Rust, S. i McNally, D. (2010). *From timid to tiger. A treatment manual for parenting the anxious child*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Castro, J. (2005). Disciplina y estilo educativo familiar. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. (pp. 319-330). Barcelona: Masson.
- Castro, J., de Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W.A. i Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 230-235.
- Castro, J., Toro, J., Van Der Ende, J., i Arrindell, W.A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in spanish children with the EMBU. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, 45-57.
- Clark, K.E., i Ladd, G.W. (2000). Connectedness and autonomy support in parent-child relationships: Links to children's socioemotional orientation and peer relationships. *Developmental Psychology*, 36, 485-498.
- Cooper, P.J., Fearn, V., Willets, L., Seabrook, H. i Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 205-212.
- Costello, E.J., Egger, H.L. i Agnold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631-648.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. i Agnold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Cowan, G. i Avants, S.K. (1988). Children's influence strategies: Structure, sex differences, and bilateral mother-child influence. *Child Development*, 59, 1303-1313.



- Craske, M. G., i Waters, A. M. (2005). Panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. . *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 197-225.
- Creswell, C. i Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 232-252.
- Creswell, C., O'Connor, T, i Brewin, C. (2008). The impact of parents expectations on parenting behavior: An experimental investigation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 483-490.
- Cronk, N.J., Slutske, W.S., Madden, P.A. F., Bucholz, K.K. i Heath, A.C. (2004). Risk for separation anxiety disorder among girls: Paternal absence, socioeconomic disadvantage, and genetic vulnerability. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 237-247.
- Champney, H. (1941). The measurement of parent behavior. *Child Development*, 12, 131-166.
- Choate, M.L., Pincus, D.B., Eyberg, S.M. i Barlow, D.H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 126-135.
- Chorpita, B.F i Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cummings, E.M. i Davies, P.T. (1999). Depressed parents and family functioning: Interpersonal effects and children's functioning and development. In T. Joiner i J.C. Coyne (Ed.), *The interactional nature of depression* (Washington, D.C ed., pp. 299-327) American Psychological Association.

- Cummings, E.M., Keller, P.S. i Davies, P.T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479-489.
- Dadds, M.R. (2002). Learning and intimacy in the families of anxious children. In R.J. Mc Mahon i R.D Peters (Eds.), *The effects of parental dysfunction on children* (pp. 87-104). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Dadds, M.R, i Roth, J.H. (2001). Family processes in the development of anxiety problems. In M.W. Vasey y M.R Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp.278-303). Oxford: Oxford University Press.
- Dadds, M.R., Barret, P.M., Rapee, R.M., i Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(6), 715-734.
- Darling, N. i Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-489.
- Denham, S.A., Workman, E., Cole, P.M., Weissnrod, C., Kendziora, K.T. i Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12(1), 23-45.
- Doménech, E., Canals, F., Viñas, F. i Jané, M.C. (1991). *Cuestionario de datos socio-demográficos*. Manuscrito no publicado. Bellaterra, Barcelona.
- Dunn, J., Brown, J., Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*, 27(3), 448-455.

Echeburúa, E. i de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia i adolescencia*. Madrid: Piràmide.

Edison, S.C., Evans, M.A., McHolm, A.E. Cunningham, C.E., Nowakoski, M.E., Boyle, M. i Schmidt, L.A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(3), 270-290.

Edwards, S.L., Rapee, R.M. i Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(3), 313-321.

Ehringer, M.A., Rhee, S.H., Young, S., Corley, R. i Hewitt, J.K. (2006). Genetic and environmental contributions to common psychopathologies of childhood and adolescence: A study of twins and their siblings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 1-17.

Eley, T. C. (1997). General genes: A new theme in developmental psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 6(4), 90-95.

Eley, T.C., Bolton, D., O'Connor, T.G., Perrin, S., Smith, P. i Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 945-960.

Eley, T.C. Rijdsdijk, F.V., Perrin, S., O'Connor, T.G. i Bolton, D. (2008). A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(6), 839-848.

Eley, T.C., i Stevenson, J. (2000). Specific life events and chronic experiences differentially associated with depression and anxiety in young twins. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 383-394.

- Elgar, F.J., McGrath, P.J., Waschbusch, D.A., Stewart, S.H., i Curtis, L.J. (2004). Mutual influences on maternal mood and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review, 24*, 441-459.
- Elgar F.J., Mills, S. L. R., McGrath P.J., Waschbusch D.A. i Brownridge, D.A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(943), 955.
- Ensor, R., Hart, M., Jacobs, L., i Hughes, C. (2011). Gender differences in children's problem behaviours in competitive play with friends. *The British Journal of Developmental Psychology, 29*(2), 176-187.
- Fan, X., Thompson, B., i Wang L. (1999). Effects of sample size, estimation methods, an model specification on estructural equation modeling fit inidixes. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 56-83.
- Feigon, S.A., Waldman, I.D, Levy, F. i Hay., D.A. (2001). Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior Genetics, 31*(5), 403-411.
- Field, A.H i Lawson, J. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: Effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 41*(11), 1277-1293.
- Fisak, B. i 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.
- Fivush, R. (1991). The social construction of personal narratives. *Merrill - Palmer Quarterly, 37*(1), 59-82.

Fivush, R. i Vasueva, A. (2002). Remembering to relate: Socioemotional correlates of mother-child reminiscing. *Journal of Cognition and Development*, 3(1), 73-90.

Foster, E.C., Webster, M.C., Weissman, M., Pilowsky, D., Wickramaratne, P.J., Talati, A. et al. (2008). Remission of maternal depression: Relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 714-724.

Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., i Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56, 235-262.

Fox, N.A., Henderson, H.A., Rubin, K.H., Calkins, S.D. i Schmidt L.A. (2001). Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: Psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child Development*, 72(1), 1-21.

Freud, S. (1933). *New introductory lectures in psychoanalysis*. New York: Norton.

Gadow, K. D. i Sprafkin, J. (1994). Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Gadow, K. D. i Sprafkin, J. (2002). *Child symptom inventory 4: Screening and norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Gar, N.S., Hudson, J.L i Rapee, R.M. (2005). Family Factors and the Development of Anxiety Disorders. En J.L Hudson y R.M Rapee (Ed.) *Psychopathology and the Family* (pp. 125-145). Elsevier Ltd.

Gaylord, N.K., Kitzman, M. i Coleman, J.K. (2003). Parent and children's perceptions of parental behaviour: Associations with children's psychological adjustment in the classroom. *Parenting: Science and Practice*, 3(1), 23-47.

- Gerlsma, C., Arrindell, W.A., Van der Veen, N. i Emmelkamp, P.M.G (1991). A parental rearing style questionnaire for use with adolescents: Psychometric evaluation of the EMBU-A. *Personality and Individual Differences*, 12, 1245-1253.
- Gerull, F.C. i Rapee, R.M. (2002). Mother knows best: The effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 279-287.
- Ginsburg, G.S., Grover, R.L. i Ialongo, N. (2004). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child outcomes. *Child Family Behavior Therapy*, 26(4), 23-41.
- Goldberg D.P. i Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldsmith, H.H., i Lemery, K.S. (2000). Linking temperamental fearfulness and anxiety symptoms: A behavior–genetic perspective. *Biological Psychiatry*, 48(12), 1199-1209.
- Goodyer, I. M. (2001). Life events: Their nature and effects. In I.M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (2nd ed., pp. 204-232). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodyer, I.M., Wright, C. i Altham, P.M.E. (1988). Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 651-667.
- Goodman, S.H. i Gotlib, L.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.

- Gottman, J.M., Katz, L.F. i Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gray, M.K., Carter, R. i Silverman, W. (2011). Anxiety Symptoms in African American Children: Relations with Ethnic Pride, Anxiety Sensitivity, and Parenting. *Journal of Child and Family Studies* 20, 205-213.
- Greco, L.A., i Morris, T.L. (2002). Paternal child rearing and child social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behaviour. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 24, 259-267.
- Gregory, A.M. i Eley T.C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 199-212.
- Grillon, C., Dierker, L. i Merikangas, K.R. (1997). Startle modulation in children at risk for anxiety disorders and/or alcoholism. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36(7), 925-932.
- Grusec, J.E. i Goodnow, J.J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30(1), 4-19.
- Haslam, N. (2003). The dimensional view of personality disorders: A review of the taxometric evidence. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 75-93.
- Hay, D.F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A. i Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871-889.

Hadwin, J.A., Garner, M. i Pérez-Olivas, G. (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 876-894.

Hegelson, V. S. (2005). *Psychology of gender*. (2nd ed.). Upper Sadle River: Pearson.

Hettema, J.M., Prescott, C.A., Myers, J.M., Neale, M.C. i Kendler, K.S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 182-189.

Hoffman, M. (1970). Conscience, personality and socialization techniques. *Human Development*, 13 (2), 90.

Hollander, E. Kim, S., Braun, A., Simeon, D. i Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Research*, 170(1), 3.

Hollingshead, A. B. (1975). Four factor index of social status. Unpublished manuscript. Connecticut: Yale university, department of sociology.

Holmes, M. (2007). *What is gender? sociological approaches*. Los Angeles: Sage.

Holmes, T.H. i Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

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

Hudson, J. L. i Rape, R.M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411-1427.



- Ispa, J.M., Fine, M.A., Halgunseth, L.C., Harper, S., Robinson, J., Boyce, L. et al. (2004). Maternal intrusiveness, maternal warmth, and mother-toddler relationship outcomes: variations across low-income ethnic and acculturation groups. *Child Development*, 75, 1613-1631.
- Jiménez, J.M. i Muñoz, A. (2005). Socialización familiar y estilos educativos a comienzos del siglo XXI. *Estudios De Psicología*, 26(3), 315-327.
- Kagan, J., Reznick, J.S. i Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58(6), 1459-1473.
- Kagan, J., Snidman, N., McManis, M., i Woodward, S. (2001). Temperamental contributions to the affect family of anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 677-688.
- Kane, P., i Garber, J. (1994). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 14, 146-155.
- Kaplan, D. (2000). Evaluating and modifying structural equation models. In Kaplan D. (Ed.), *Structural equation modeling. foundations and extensions*. (pp. 106-129). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. (Filadelfia, PA ed.) Temple University.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., i Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

- Kilgore, K., Snyder, J., i Lentz, C. (2000). The contribution of parental discipline, parental monitoring, and school risk to early-onset conduct problems in african american boys and girls. *Developmental Psychology*, 36(6), 835-845.
- Kindt, M. i Van Den Hout, M. (2001). Selective attention and anxiety: A perspective on developmental issues and the causal status. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 193-202.
- Kim, K.J., Coenger, R.D., Elder Jr., G.H. i Lorenz, F.O. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74, 127-143.
- Kochanska, G. i Aksan, N. (2006). Children's conscience and self-regulation. *Journal of Personality*, 74(6), 1587-1617.
- Kochanska, G. i kuczynski, L. (1987). Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(3), 441-456.
- Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H. i Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48(10), 928-934.
- Lawson, J., Banerjee, R. i Field, A.P. (2007). The effects of verbal information on children's fear beliefs about social situations. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 21-37.
- Leaper, C. (2002). Parenting girls and boys. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 1: Children and parenting*. (2nd ed., pp. 189-225). US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Leaper, C. i Friedman, C.K. (2007). The socialization gender. In Grusec, J.E. i Hasting, P.D (Ed.), *Handbook of socialization: Theory and research*. (pp. 561-587). New York: The Guilford Press.
- Lee, C.S. Anderson, J.R., Horowitz, J.L. i Gerald J.A. (2009). Family income and parenting: The role of parental depression and social support. *Family Relations*, 58(4), 417-430.
- Lieb, R., Witchen, H.U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M.B. i Merikangas, K.R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of general Psychiatry*, 57, 859-866.
- Lips, H. *Sex and gender: An introduction*. (6th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. i Artal J. (1986). Validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28) in a spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lovejoy, M.C., Graczyck, P.A., O' Hare, E. i Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 64-73.
- Lyons-Ruth, K. i Wolfe, R. (2000). Depression and the parenting of young children: Making the case for early preventive mental health services. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), 148-153.

- Lytton, H., i Romney, D.M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109(2), 267-296.
- Maccoby, E.E. (1988). Gender as a social category. *Developmental Psychology*, 24, 755-765.
- Maccoby, E.E., i Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E.M. Hetherington (Ed.), *Socialization, personality and social development. vol. IV. handbook of child psychology*. (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- MacKinnon, D.P. Lockwood, C.M. Hoffman, J.M., West, S.G. i Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7(1), 83-104.
- Manassis, K. i Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- Marchand, J.F. i Hock, E. (1998). The relations of problem behaviors in preschool children to depressive symptoms in mothers and fathers. *Journal of Genetic Psychology*, 159, 353-366.
- Marsh, R., Maia, T.V. i Peterson, S.B. (2009). Functional disturbances within frontostriatal Circuits Across multiple childhood psychopathologies. *Am J Psychiatry*, 166(6), 664-674.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, Bertini, N. i Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(6), 752.

- McLeod, B.D., Wood, J.J. i Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.
- Mellon, R.C. i Moutavelis, A.G. (2011). Parental educational practices in relation to children's anxiety disorder-related behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 829-834.
- Merikangas, K.R., Avenevoli, S., Dierker, L., i Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523-1535.
- Mestre, M.V., Samper, P., Tur, A. i Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 54(4), 691-703.
- Michaels, G.Y., Messé, L.A. i Stollak, G.E. (1983). Seeing parental behaviour through different eyes: Exploring the importance of person perception processes in parents and children. *Genetic Psychology Monographs*, 107, 3-60.
- Miller, C.F., Lurye, L.E., Zoskus, K.M. i Ruble, D.M. (2009). Accessibility of gender stereotype domains: Developmental and gender differences in children. *Sex Roles*, 60(11-12), 870-881.
- Millsap, R. E. (2007). Structural equation modeling made difficult. personality and individual differences. *Personality and Individual Differences*, 42, 875-881.
- Mineka, S. i Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *The American Psychologist*, 61(1), 10-26.

- Moore, P. S., Whaley, S. E., i Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(3), 471-476.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B.J., Melchior, M., Goldberg, D. i Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors and a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine, 37*, 441-452.
- Muehlenhard, C.L. i Peterson, Z.D. (2011). Distinguishing between sex and gender: History, current conceptualizations, and implications. *Sex Roles, 64*, 791-803.
- Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: Considerations from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral Development, 30*(1), 5-11.
- Muris, P., Bodden, D., Merckelbach, H., Ollendik, T.H, i King, N. Fear of the beast: A prospective study on the effects of negative information on childhood fear. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 195-208.
- Muris, P., Meesters, C. i van Brakel, A. (2003). Assessment of anxious rearing behaviors with a modified version of 'egna minnen betröffande uppfostran' questionnaire for children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 25*(4), 229-237.
- Muris, P. Merckelbach, H., Jong, P.J. i Ollendick, T.H. (1996). The etiology of specific fears and phobias in children: A critique of the non-associative account. *Behavior Research and Therapy, 34*, 265-268.
- Murray, L., Cooper, P.J, Creswell, C., Schofield E. i Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social

- responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(1), 45-52.
- Murray, L., Creswell, C. i Cooper, P.J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423.
- Murray L., DeRosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, L., Royal-Lawson, M. i Cooper, P.J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, 79(4), 1049-1064.
- Murray L., Kempton C., Woolgar M., i Hooper R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-1101.
- Muthén, L.K. i Muthén, B.O. (2007). *Mplus user's guide*. Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, 4(1), 7-14.
- Nigg, T. J. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(3-4), 395-422.
- O'Connor, T. G. (2002). Anotation: The 'effects' of parenting reconsidered: Findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43(5), 555-572.
- Ollendick, T.H. i Horsch, L.M. (2007). Fears in clinic-referred children: Relations with child anxiety sensitivity, maternal overcontrol, and maternal phobic anxiety. *Behavior Therapy*, 38(4), 402-411.

- Ollendick, T.H., Mattis, S.G. i King, J. (1994). Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35(1), 113.
- O.M.S. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades 10, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Forma.
- Orgilés, M., Espada, J.P. i Méndez, F.X. (2005). Terapia de conducta en los trastornos de ansiedad infantil. In M.A.Comenche i M.A.Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 141-185). Madrid: Dykinson.
- Ownby, R.L. i Murray, J.N. Dimensions of parental behavior: Results of cluster and factor analysis. *Psychological Reports*, 51, 1045-1046.
- Parker, G., Tupling, H. i Brown, L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune and Stratton.
- Parker, G. (1984). The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 101-106.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process: A social learning Approach*, vol.3, Casatalia, Eugene.
- Penelo, E. (2009). *Cuestionarios de estilo educativo percibido por niños (EMBU-C), adolescentes (EMBU-A) y progenitores (EMBU-P): Propiedades psicométricas en muestra clínica española*, Tesis no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.



- Pérez, P. M. (2003). Crianza y estilos familiares de educación. En E. Gervilla (Ed.), *Educación familiar. nuevas relaciones humanas y humanizadoras*. (pp. 65-80). Madrid: Narcea.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., von Knorring, L. i Perris H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274.
- Pesonen, A.K., Raikonen, K., Strandberg, T., Keltikangas, J.L. i Jarvenpaa, A.L. (2004). Insecure adult attachment style and depressive symptoms: Implications for parental perceptions of infant temperament. *Infant Mental Health Journal*, 25, 99-116.
- Phillips, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A., Najman, J.M. i Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 13-24.
- Pine, D.S. i Klein, R.G. (2008). Anxiety disorders. A Rutter, M., Bishop, D. V. M., Pine D. S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. i Thapar, A. (Ed.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 628-647). Malden: Blackwell.
- Pine, D.S., Klein, R.G., Mannuzza, S., Moulton, J.L., Lissek, S.G i Woldehawariat, G. (2005). Face-emotion processing in offspring at risk for panic disorder. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 44(7), 664-672.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 125-134.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.

- Rapee, R. M. (2001). The development of generalised anxiety. In M.W. Vasey & M.R Dadds (Ed.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York: Oxford University Press.
- Rapee, R.M. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In J.M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Rapee, R.M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., i Sweeney, L. (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *The American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1518-1525.
- Rapee, R.M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., i Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 488-497.
- Rapee, R.M., i Melville, L.F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5, 7-11.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., i McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. In S.Reiss (Ed.), *Theoretical issues in behavior therapy*. (pp. 107-122). New York: Academic Press.
- Rodríguez, M.A., Del Barrio, M.V. i Carrasco, M.A. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? diferencias por edad y sexo. *Escritos De Psicología*, 2, 10-18.

- Roe, A. i Siegelman, M. (1963). A parent-child relations questionnaire. *Child Development, 34*, 355-369.
- Rork, K.E. i Morris, T.L. (2009). Influence of parenting factors on childhood social anxiety: Direct observation of parental warmth and control. *Child Family Behavior Therapy, 31*(3), 220-235.
- Roza, S.J., Hofstra, M.B., Van der Ende, J., i Verhulst, F.C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *The American Journal of Psychiatry, 160*(12), 2116-2121.
- Rubin, K.H i Mills (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science, 23*, 300-317.
- Ruiz, M.A., Pardo, A. i San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles Del Psicólogo, 31*(1), 34-45.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. i Whitmore, K. (1976). Isle of wight studies, 1964-1974. *Psychological Medicine, 6*(2), 313-332.
- Sander, S., i Rutter, P. (2008). Acute life stresses. In Rutter, M., Bishop, D. V. M., Pine D. S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. i Thapar, A. (Ed.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 628-647). Malden: Blackwell.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Schaefer, E.S. i Bell, R.Q. (1958). Development of a parental attitude research instrument. *Child Development, 29*, 339-361.

- Schaefer, E. S. (1965). Children's reports of parental behavior: An inventory. *Child Development, 36*, 413-424.
- Schreider, J.B., Stage, F.K., King, J., Nora, A., Barlow, E.A. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Education Research., 99*(6), 323-337.
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E.J i Agnold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Psychiatry, 49*, 34-42.
- Short, A.L., Barret P.M. i Fox, T.L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. journal of clinical child and adolescent psychology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 30*, 525-535.
- Short, A.L., Barret, P.M., Dadds, M.R. i Fox, T.L. (2001). The influence of family and experimental context on cognition in anxious children. . *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 585-598.
- Sears, R.R., Macoby, E.E. i Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston, Ill: Row, Peterson.
- Siegal, M. (1987). Are sons and daughters treated more differently by fathers than by mothers? *Developmental Review, 7*(3), 183-209.
- Silverman, W.K., Goedhart, A.W. Barrett, P., i Turner, C. (2003). The facets of anxiety sensitivity represented in the childhood anxiety sensitivity index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 364-374.

Someya, T., Uehara, T., Kadowaki, M., Tang, S.W. i Takahashi, S. (2000). Effects of gender difference and birth order on perceived parenting styles, measured by the EMBU scale, in Japanese two-sibling subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(1), 77-81. S

Steiger, J.H. i Lind, J.C. (1980). *Statistically-based tests for the number of factors. Comunicació presentada a the Annual Spring Meeting of Psychometric Society.* Iowa City, Iowa.

Steinberg, L., Elmer, J.D., i Mounts, N.S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.

Suveg, C., Zeman, J., Flannery-Schroeder, E. i Cassano, M. (2005). Emotion socialization in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 145-155.

Symonds, P.M. (1939). *The psychology of parent-child relationships.* New York: Appelton-Century-Crofts.

Taboada, A.M., Ezpeleta, L., i de la Osa, N. (1998). T( trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de riesgo. 4,1, 1-6. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 1-6.

Teichman, Y. i Ziv, R. (1994). Characteristics of extended family and children's trait anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 291-303.

Terleph, T.A., Klein, R.G., Roberson-Nay, R., Mannuzza, S., Moulton, J.L. III. i Woldehawariat, G. et al. (2006). Stress responsivity and HPA axis activity in juveniles: Results from a home-based CO<sup>2</sup> inhalation study. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 738-740.

- Toro, J. (2005). La familia como factor de riesgo en psicopatología infantil. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. (pp. 291-313). Barcelona: Masson.
- Toro, J. (2006). Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. (6th ed., ). Barcelona: Masson.
- Toro, J. (2011). Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. (7ª ed., pp. 561-584). Barcelona: Masson.
- Tronick, E. Z. i Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray i P. J. Cooper (Ed.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). New York: Guilford Press.
- Unger, R. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, *34*, 1085-1094.
- Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M. i van Zeilst, N. (2010). What influences parental controlling behaviour? the role of parent and child trait anxiety. *Cognition and Emotion*, *24*(1), 141-149. s
- Van der Bruggen, C.O., Stams, J.M. i Bögels, S.M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *49*(12), 1257-1269.
- Vasta, R., Hait, M., i Miller, S. (2001). Desarrollo del papel del género y diferencias entre los sexos. *Psicología infantil*. (pp. 659-705). Barcelona: Ariel.

- Verhoeven, M., Bögels, S. i van der Bruggen, C.C. (2012). Unique roles of mothering and fathering in child anxiety; moderation by child's age and gender. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 331-343.
- Watson, J.B. (1928). Psychological care of infant and child. New York: Norton.
- Weinberg, M.K, Tronick, E.Z, Cohn J.F. i Olson K.L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35, 175-188.
- Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau i Olfson. (1997). Offspring of depressed patients. 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.
- Weissman, M.M., Pilowsky, D.J., Wickramaratne, P.J., Talati, A., Wisniewski, S.R., Fava, M. et al. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR\*D-child report. *Journal of the American Medical Association*, 295(12), 1389-1398.
- Werneke, U., Goldberg, D.P., Yalcin, I. i Üstün. (2000). The stability of the factor structure of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 30, 823-829.
- Williams, E., Radin, N., i Allegro, T. (1992). Sex role attitudes of adolescents reared primarily by their fathers: An 11-year follow-up. *Merrill - Palmer Quarterly*, 38(4), 457-476.
- Williamson, D.E., Birmaher, B., Dahl, R.E., i Ryan, N.D. (2005). Stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(4), 571-580.

Widenfelt, B.M., Siebelink, B.M., Goedhart, A.W. i Treffers, P.D.A. (2002). The dutch childhood anxiety sensitivity index: Psychometric properties and factor structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 90-100.

Whaley, S.E. Pinto, A. i Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826-836.

Wood, J.J. (2006). Parental Intrusiveness and Children's Separation Anxiety in a Clinical Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 73-87.

Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C., i Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44(1), 134-151.

Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. i Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.

Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., i Slattery, M.J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-446.



## **13. ANNEXOS**

## **ANNEX A**

### **Qüestionari sociodemogràfic per a pares (Domènech, Canals, Viñas i Jané, 1999) (Esdeveniments vitals estressants)**

*Durant el present curs ha succeït algun d'aquests esdeveniments:*

- |   |   |
|---|---|
| <i>-Naixement o adopció d'un germà/na.</i>          | <i>-El pare té menys responsabilitats a la feina.</i> |
| <i>-Hospitalització d'un germà/na.</i>              | <i>-El pare ha perdut la feina.</i>                   |
| <i>-Hospitalització del pare.</i>                   | <i>-La mare té més responsabilitats a la feina.</i>   |
| <i>-Hospitalització de la mare.</i>                 | <i>-La mare té menys responsabilitats a la feina.</i> |
| <i>-Mort d'un germà/na.</i>                         | <i>-La mare ha perdut la feina.</i>                   |
| <i>-Mort del pare.</i>                              | <i>-Canvi de casa o pis.</i>                          |
| <i>-Mort de l'àvia.</i>                             | <i>-Accident de trànsit greu.</i>                     |
| <i>-Mort d'un amic o company del seu fill.</i>      |   |
| <i>-S'han separat els pares.</i>                    |   |
| <i>-El pare ha canviat de feina.</i>                |   |
| <i>-El pare té més responsabilitats a la feina.</i> |   |

## **ANNEX B**

## **Qüestionari de Salut General de Goldberg (QSG-28, Lobo, Pérez-Echeverría i Artal 1986).**

### *Escala Ansiedad e Insomnio (B)*

- 1- *¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?*
- 2- *¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?*
- 3- *¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?*
- 4- *¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?*
- 5- *¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?*
- 6- *¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?*
- 7- *¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?*

### *Escala Depresión (D)*

1. *¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?*
2. *¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?*
3. *¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?*
4. *¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?*
5. *¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?*
6. *¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?*
7. *¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?*

## **ANNEX C**

### **EMBU-P (Castro, de Pablo, Gómez, Arrindell i Toro, 1997)**

1. *¿Ha puesto usted impedimentos a casi todo lo que ha hecho su hijo?*
2. *¿Ha demostrado a su hijo con palabras y gestos que le quiere?*
3. *¿Ha mimado más a este hijo que a los otros?*
4. *¿Cree que realmente quiere a su hijo?*
5. *¿Ha dejado de dirigir la palabra a su hijo durante mucho tiempo si él ha hecho algo que le ha molestado a usted?*
6. *¿Ha castigado a su hijo incluso por cometer pequeñas faltas?*
7. *¿Ha tratado de influir en su hijo para que fuera una persona bien situada en la vida?*
8. *¿Ha decepcionado a su hijo al no concederle algo que él deseaba?*
9. *¿Ha deseado que su hijo fuera diferente en algún aspecto?*
10. *¿Ha permitido que su hijo tuviera cosas que no podían tener sus hermanos?*
11. *¿Cree que ha castigado a su hijo merecidamente?*
12. *¿Cree que ha sido demasiado severo con su hijo?*
13. *¿Cuándo su hijo ha hecho una trastada, ¿ha podido remediar la situación pidiéndole perdón a usted?*
14. *¿Ha querido decidir cómo debía vestirse su hijo o que aspecto debía tener?*
15. *¿Ha mentido a su hijo?*
16. *¿Ha tenido la sensación de querer menos a este hijo que a los otros?*
17. *¿Cree que ha tratado injustamente a este hijo en comparación con los otros?*
18. *¿Ha prohibido a su hijo hacer cosas que otros niños de su edad si podían hacer, por miedo a que le sucediera algo malo?*
19. *¿Ha pegado o a reñido a su hijo en presencia de otras personas?*
20. *¿Se ha preocupado de saber qué hacía su hijo por las noches?*
21. *¿Cuándo las cosas han ido mal a su hijo, ¿ha intentado comprenderle y animarle?*
22. *¿Se ha preocupado usted sinceramente por la salud de su hijo?*

23. *¿Ha impuesto a su hijo más castigos corporales de los que se merecía?*
24. *¿Se ha enfadado con su hijo por no ayudar en las tareas de la casa como usted habría querido?*
25. *Cuando le ha parecido mal algo que ha hecho su hijo, ¿se ha entristecido usted tanto que él ha llegado a sentirse culpable?*
26. *¿Ha permitido que su hijo tenga las mismas cosas que sus amigos, si ha sido posible pagarlas?*
27. *¿Cree que a su hijo le ha resultado difícil acercarse a usted?*
28. *¿Ha explicado usted ante otras personas algo que su hijo haya dicho o hecho, de forma que él se haya sentido avergonzado?*
29. *¿Cree que quiere más a este hijo que a los otros?*
30. *¿Ha dejado de conceder a su hijo cosas que el realmente necesitaba?*
31. *¿Ha demostrado usted interés en que su hijo saque buenas notas?*
32. *¿Ha ayudado a su hijo cuando se ha enfrentado a una tarea difícil?*
33. *¿Ha tratado a su hijo como si fuera la “oveja negra” o el que carga con los platos rotos o con las culpas de los demás?*
34. *¿Ha deseado que su hijo se pareciera a alguna otra persona?*
35. *¿Ha dicho a su hijo frases como ésta: “Siendo tan mayor (o siendo un chico o una chica) no deberías comportarte de esta forma?”*
36. *¿Ha criticado a los amigos más íntimos de su hijo?*
37. *¿Ha estado triste por culpa de su hijo?*
38. *¿Ha intentado estimular a su hijo para que fuera el mejor?*
39. *¿Ha demostrado a su hijo que está usted satisfecho de él?*
40. *¿Ha confiado en su hijo de tal forma que le ha permitido actuar bajo su propia responsabilidad?*
41. *¿Ha respetado las opiniones de su hijo?*
42. *Si su hijo ha tenido pequeños secretos, ¿ha querido usted que se los explicara?*
43. *¿Ha querido usted estar al lado de su hijo?*

44. *¿Cree que ha sido algo “tacaño” y “cascarrabias” con su hijo?*
45. *¿Ha dicho a su hijo frases como ésta: “Si haces eso voy a ponerme muy triste”?*
46. *Al volver a casa, su hijo, ¿ha tenido que dar explicaciones de lo que había estado haciendo?*
47. *¿Ha intentado que la niñez o adolescencia de su hijo sea estimulante, interesante y atractiva (por ejemplo, dándole a leer buenos libros, animándole a salir de excursión, etc.)?*
48. *¿Ha alabado el comportamiento de su hijo?*
49. *¿Ha dicho a su hijo frases como ésta: “Así nos agradeces todo lo que nos hemos esforzado por ti y todos los sacrificios que hemos hecho por tu bien”?*
50. *¿Ha negado a su hijo cosas que él creía necesitar haciéndole ver que podía volverse un niño mimado?*
51. *¿Cree que su hijo a llegado a sentirse culpable por haberse comportado de un modo que le desagrada a usted?*
52. *Cuando su hijo entró en el colegio, ¿tenía usted grandes esperanzas de que sacara buenas notas, destacara como deportista, etc.?*
53. *¿Ha ignorado usted a su hijo y no le ha dicho nada cuando ha sido descuidado en sus cosas, encargos, recados, etc.?*
54. *Cuando su hijo ha estado triste, ¿ha podido buscar ayuda y comprensión en usted?*
55. *¿Ha castigado a su hijo sin que haya hecho nada malo o incorrecto?*
56. *¿Ha permitido que su hijo haga las mismas cosas que han podido hacer sus hermanos?*
57. *¿Ha dicho a su hijo que usted no estaba de acuerdo con la forma de comportarse él en casa?*
58. *¿Ha obligado a su hijo a comer más de lo que quería?*
59. *¿Ha criticado a su hijo o le ha dicho que era vago e inútil delante de otras personas?*

60. *¿Se ha interesado usted por el tipo de amigos con los que su hijo sale o ha salido más frecuentemente?*
61. *¿Ha sido éste el hijo al que usted ha echado las culpas cuando ha pasado algo?*
62. *¿Ha aceptado a su hijo tal como es?*
63. *¿Ha sido usted brusco i poco amable con su hijo?*
64. *¿Ha castigado a su hijo con dureza incluso por cosas que no tenían importancia?*
65. *¿Ha pegado a su hijo sin motivo?*
66. *¿Cree que su hijo ha deseado que usted se ocupara menos por sus actividades?*
67. *¿Ha participado usted en las aficiones y diversiones de su hijo?*
68. *¿Ha pegado usted a su hijo?*
69. *¿Ha podido su hijo ir donde ha querido sin que usted se preocupara demasiado?*
70. *¿Ha puesto limitaciones estrictas a lo que su hijo pudiera o no pudiera hacer, obligándole a respetarlas rigurosamente?*
71. *¿Ha tratado a su hijo de manera que él se haya sentido avergonzado?*
72. *¿Ha permitido que sus otros hijos tengan cosas que no ha dejado tener a éste?*
73. *¿Ha tenido usted un miedo exagerado a que le pasara algo a su hijo?*
74. *¿Cree que ha habido cariño y ternura entre usted y su hijo?*
75. *¿Ha respetado que su hijo tenga opiniones diferentes a las de usted?*
76. *¿Ha estado enfadado o disgustado con su hijo sin decirle el porqué?*
77. *¿Ha mandado a su hijo a la cama sin cenar?*
78. *¿Ha estado orgulloso de su hijo cuando él ha conseguido algo que se había propuesto?*
79. *¿Ha mostrado predilección por este hijo en comparación con los otros?*
80. *¿Ha echado la culpa a sus otros hijos aunque éste fuera el culpable de lo ocurrido?*
81. *¿Ha manifestado a su hijo que estaba satisfecho de él mediante expresiones físicas cariñosas como darle palmadas a la espalda, abrazarlo, etc.?*

## **ANNEX D**

**Inventari de símptomes infantils-4 versió per a pares (Gadow i Sprafkin, 1994; Gadow i Sprafkin, 2002).**

### *Ansiedad Generalizada*

- 42. Está extremadamente preocupado en lo que concierne a sus habilidades académicas, actividades sociales o atletismo.*
- 43. Tiene dificultad en controlar sus preocupaciones o angustias.*
- 44. Es inquieto(a) o nervioso(a).*



- 45. *Está irritado la mayor parte del día.*
- 46. *Es extremadamente tenso o incapaz de relajar-se.*
- 47. *Tiene dificultad en dormirse y mantener-se dormido.*

#### *Fobia Específica*

- 49. *Tiene miedo excesivo de ciertos objetos o situaciones específicas (animales, altura, tormentas, insectos, etc).*

#### *Fobia Social*

- 84. *Trata de evitar el contacto con extraños, es muy tímido(a).*
- 85. *Es excesivamente vergonzoso(a) con sus compañeros(as).*
- 86. *Es generalmente cariñoso(a) con familiares y adultos conocido.*
- 87. *Cuando el niño(a) está en una situación social difícil, él/ella llora, se paraliza o deja de conversar.*

#### *Ansiedad por Separación*

- 88. *Se enoja al saber que lo van a separar del hogar o de sus padres.*
- 89. *Piensa angustiosamente que sus padres van a ser heridos o se van a ir del hogar y no van a regresar.*
- 90. *Piensa angustiosamente que algún desastre (perderse, secuestro, etc.) lo va a separar de sus padres.*
- 91. *Evita ir a la escuela para quedarse en casa con sus padres.*
- 92. *Se angustia o es reacio a que lo dejen en casa (solo o con una niñera).*
- 93. *Tiene miedo a dormir sin la compañía de sus padres.*
- 94. *Tiene pesadillas en que lo separan de sus padres.*

*95. Se queja de que está enfermo(a) cuando sabe que lo van a separar de sus padres o del hogar.*