



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Sintomatología ansiosa-depresiva en una muestra infantil y su relación con el estilo educativo percibido

Alumna: María Zamora Laso

Tutora: Prof. D^a. Lourdes Espinosa Fernández
Dpto: Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico

Julio, 2016

ÍNDICE

Resumen / Abstract.....3

Introducción.....4-11

Método.....11-14

Participantes

Instrumentos

Procedimiento

Resultados.....14-17

Discusión.....17-21

Bibliografía.....21-25

Anexos.....26-30

Consentimiento Informado

Comisión de Ética

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA-DEPRESIVA EN UNA MUESTRA INFANTIL Y SU RELACIÓN CON EL ESTILO EDUCATIVO PERCIBIDO

María Zamora Laso

Universidad de Jaén (España)

RESUMEN

Este estudio, por una parte evalúa la presencia de ansiedad y depresión, a través de cuestionarios, en una muestra infantil y analiza su relación con el estilo educativo percibido. Participaron 139 sujetos de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. Las puntuaciones obtenidas tanto en ansiedad como en depresión sitúan a la muestra por debajo de las puntuaciones medias, no habiéndose encontrado diferencias en las puntuaciones ni en función del sexo ni en función del curso académico. Por su parte, los análisis de correlación muestran la existencia de relaciones significativas entre algunas de las dimensiones del estilo educativo percibido con las puntuaciones en ansiedad y depresión, de acuerdo con lo esperado según la literatura revisada.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, infancia, estilo educativo percibido.

ABSTRACT

On the one hand, this study evaluates the presence of anxiety and depression through questionnaires in an infantile sample and it analyzes the relationship with the perceived educational style. 139 people of ages between 8 and 12 took part on it. The scores obtained either in anxiety and in depression place the sample under the average scores, not finding differences in scores neither based on gender or academic course. Meanwhile, the correlation analysis show the existence of significant relationships among some of the dimensions of the perceived educational style with the scores in anxiety and depression, according to the expected in the reviewed literature.

Key words: Anxiety, depression, childhood, perceived educational style.

INTRODUCCIÓN

El período infanto-juvenil se caracteriza por un crecimiento y maduración constantes, en el que los niños/as al pasar de la etapa preescolar a la etapa escolar pueden sufrir cambios emocionales, fundamentalmente al adaptarse a las nuevas condiciones (nuevas amistades, adquisición de nuevos conocimientos, adaptarse al ritmo de las clases y de los profesores, así como a toda una serie de normas).

La ansiedad considerada como un mecanismo defensivo que sucede en cualquier persona. Es un sistema de alerta ante situaciones percibidas como amenazantes. Su función es la de movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas. Por ello, es considerado como una respuesta o un mecanismo de carácter adaptativo. Sin embargo, en ocasiones, la ansiedad alcanza una alta intensidad o aparece en situaciones donde no hay motivo de alarma real, por lo que pierde su valor adaptativo, provocando malestar y un mal funcionamiento psicosocial y fisiológico (Espada, Méndez y Orgilés, 2012).

Según la American Psychological Association (APA, 2010), la ansiedad es una emoción caracterizada por sensación de tensión, ideas o creencias y algunos cambios a nivel fisiológico como: sudoración, temblores, mareo o ritmo cardíaco acelerado. Las personas con trastornos de ansiedad suelen tener constantemente pensamientos negativos con respecto a las situaciones (Delgado y Gómez, 2015).

El Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM 5, APA, 2013) define la ansiedad como una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura, asociada a una tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. El nivel de ansiedad disminuye cuando se realizan conductas de escape y evitación. Algunos de los trastornos de ansiedad que aparecen en el DSM 5 (APA, 2013) son los siguientes:

- Trastorno de Ansiedad por Separación: La persona con trastornos de ansiedad por separación se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para su nivel de desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. El miedo, la ansiedad o la

evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

- Fobia Específica: La persona con fobia específica presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

- Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social): la persona siente miedo o ansiedad intensa ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. Esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros. La persona tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- Trastorno de Pánico: la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (p. ej., evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo y malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo las crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico funcionan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de amplia variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (p. ej., abuso sustancias, trastornos depresivos y

trastornos psicóticos). Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

- Agorafobia: Los individuos con agorafobia se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme o evita estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante.

- Trastorno de Ansiedad Generalizada: Las características principales son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como la inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

- Trastorno Obsesivo-Compulsivo: se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Mientras que el contenido específico de las obsesiones y las compulsiones varía entre los individuos, ciertas dimensiones de los síntomas del TOC son comunes, como los síntomas de limpieza (las obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza), la simetría (obsesiones de simetría y repetición, compulsiones de contar y de orden) y los pensamientos tabú o prohibidos (p. ej., de agresión sexual y obsesiones y compulsiones relacionadas con la religión) y de daño (p. ej., el temor a hacerse daño a uno mismo o a otros y compulsiones de comprobación relacionadas). El especificador de tics relacionados con el TOC se

utiliza cuando un individuo tiene una historia actual o pasada de un trastorno de tics.

Nota: El DSM V contempla como novedad, con respecto a anteriores versiones, eliminar de la categoría de los trastornos de ansiedad el trastorno obsesivo-compulsivo. En esta versión aparece en una categoría nueva denominada Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

Si nos referimos a la ansiedad infantil, tenemos que decir que su característica principal es la preocupación, por lo que los pensamientos, ideas y creencias en los niños/as con ansiedad suelen ser negativos. Una de las preocupaciones está relacionada con la seguridad personal y tendencia a complacer a los demás. Así el estudio realizado por Jacques y Mash (2004, citado en Esparza y Rodríguez, 2009) corrobora que los niños/as con ansiedad tienden a preocuparse más por el futuro, por su bienestar y por las reacciones con otras personas. En el ámbito social, los niños/as con ansiedad presentan dificultades a la hora de relacionarse con los compañeros, ya que éstos tienden a calificarlos como niños/as tímidos y aislados, lo que produce una situación de aislamiento, de rechazo, de temor y un bajo rendimiento por parte de los niños/as (Caballo y Simón, 2004, citado en Delgado et al., 2015).

La prevalencia en ansiedad tiene un alto porcentaje, que se encuentra entre el 13,6% y el 29,8%. (Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005, citado en Delgado et al., 2015). Así mismo, lo afirma la Psychiatric American Association (APA, 2002), indicando que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad se ubican en los primeros lugares de prevalencia (Delgado et al., 2015).

Aproximadamente el 10% de menores y adolescentes presentan trastornos de ansiedad, oscilando entre un 5,6% y un 21% según el tipo de trastorno (Anderson, 1994; Angold, Bragado, Costello, 1995; Angold, Costello, Erkanli, Keeler y Mustillo, 2003; Benjamín, Costello y Warren, 1990; Kashani y Orvaschel, 1990, citado en Alcántara, Castro, Fernández, López Pina y López Soler, 2010), y se observa un incremento con la edad (Becoña y Miguez, 2007, citado en Alcántara et al., 2010).

En cuanto a la depresión, ésta se define como un problema psicológico complejo caracterizado por un estado de ánimo irascible, falta de motivación y disminución de la conducta adaptativa. Incluye, también, alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, pobre autoconcepto, baja autoestima, sentimientos de

culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio e intentos de suicidio en la que los sistemas psicofisiológicos y motores son los más afectados (Méndez, Olivares y Ros, 2001, citado por Esparza et al., 2009). La depresión tiene una repercusión negativa en el ámbito personal (malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (deterioro de las relaciones padres-hijos), escolar (descenso del rendimiento académico) y social (aislamiento). Méndez et al. (2001, citado por Esparza et al., 2009) afirman que la característica principal de la depresión es un estado de ánimo generalizado de infelicidad claramente subjetivo.

Los niños y adolescentes que presentan depresión suelen manifestar una pérdida del hábito de placer, insociabilidad, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos (Israel y Wicks, 1997, citado en Esparza et al., 2009). También aparece susceptibilidad, dificultades de aprendizaje, inseguridad, resistencia al juego, faltas de asistencia a clases y, en general, problemas de comportamiento que se hacen evidentes en los diversos contextos del niño como el hogar y la escuela (Buela, Carretero y De los Santos, 2001 y Navarro, 2004, citado en Esparza et al., 2009).

En función de la edad, la depresión presenta una serie de características. Centrándonos en la etapa infantil, cabe destacar que predomina el llanto permanente, decaimiento, pasividad, disminución del peso corporal, mayor propensión a presentar procesos de tipo infeccioso, retraso en el desarrollo psicomotor, inexpresividad en mirada y rostro, inmovilidad y rechazo al contacto. Aparecen síntomas psicósomáticos, enuresis (hacer pipí en la cama), onicofagia (comerse las uñas), manipulación genital, miedos nocturnos, llanto, que pueden desarrollarse en tres fases de la conducta; primero, una etapa de protesta, que corresponde a una ansiedad de separación (de la madre); un periodo de desesperación, en caso de que la separación con la madre se fortalezca con expresiones de pena y de duelo; y, un estado de separación, en el que se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma. Pueden, incluso, que se apeguen desesperadamente a quien se ocupa de ellos o que dejen de comunicarse. Ésta etapa se caracteriza también por la falta de sonrisa, la apatía hacia el juego y la falta de implicación en cualquier tipo de actividad. Los niños/as se irritan o lloran con facilidad, agreden, y pueden realizar actividades destructivas hacia objetos, personas y hacia ellos mismos. Suelen quejarse constantemente de dolores físicos, como dolores de cabeza y abdominales u otras molestias gastrointestinales. También se observa una disminución

en la capacidad y expresividad verbal. Puede darse aversión al colegio ya que presentan una gran dificultad para separarse de sus padres y para adaptarse al centro educativo. Muchas veces, éste estado depresivo en los niños/as está conectado a algún acontecimiento familiar, como el nacimiento de un hermano, e incluso se debe tener en cuenta el contexto familiar puesto que la depresión en estas edades a menudo se asocia a maltrato intrafamiliar. (Bermúdez y Bermúdez, 2006).

En España las cifras de depresión en la población general se mantienen en un 10%, pero ascienden a un 14% en la población clínica infantil de 8 a 12 años (Alcántara et al., 2010, citado en Del Barrio, 2010).

Las pautas de crianza son consideradas un factor clave para el desarrollo de los niños. Solís-Cámara et al. (2007, citado en Cuervo, 2010) definieron la crianza como las actitudes y comportamientos de los padres hacia sus hijos. El entorno familiar es el primero que influye en que los niños adquieran las primeras nociones de aprendizaje, como puede ser a través del modelado, del tipo de comunicación, y sobre todo a través de dos acciones como son el control y el afecto (García y Henao, 2009).

Tal y como afirma Cuervo (2010), los conflictos que enfrentan a los padres regularmente y el estrés habitado, debido a funciones relacionadas con la crianza, pueden influir sobre las características de los hijos y su ajuste emocional.

También Griffith, Mineka, Newcomb y Zinbarg (2007, citado en Cuervo, 2010) dicen que la sobreprotección y la apreciación negativa del cuidado y la educación están relacionadas con síntomas de desajustes emocionales en la infancia y la adolescencia como la ansiedad y la depresión. En este sentido, en algunos estudios (ej., Arvelo, 2003 y Builes, Múnera, Salazar y Schnitter, 2006, citado en Esparza et al., 2009) se ha encontrado una relación positiva entre bajos niveles de reforzamiento por parte de los padres hacia los hijos con la presencia de sintomatología depresiva en éstos.

Tal y como mantiene Diana Baumrind (1967, 1971, citado en Delgado et al., 2015), los estilos de crianza son tendencias que rigen la manera de criar, se caracterizan por la forma en que los padres expresan el afecto e implementan normas y reglas. Ésta autora define los estilos parentales como aquella forma manifiesta en la que los padres y madres ejercen el proceso de normatización y el manejo de autoridad en sus hijos e hijas. Al respecto, Baumrind (1967), propuso cuatro estilos parentales, los cuales fueron complementados por la APA (2013):

- Padres autoritarios: Son poco flexibles, se muestran severos y con muchas reglas; están de acuerdo con el castigo como manera de corregir a sus

hijos, desencadenando dicho estilo en posibles niños irritables, temerosos, temperamentales, malhumorados, vulnerables al estrés y con poco interés por realizarse.

- Padres con autoridad: Son cariñosos, están dispuestos a apoyar a sus hijos sin dejar de lado el papel normativo de la crianza. Se muestran firmes a la hora de poner límites, los cuales se ponen por medio de una serie de reglas, diálogos y razonamiento con los hijos, dando como resultado niños que tienden a ser amistosos, autónomos, curiosos, cooperativos y encaminados a conseguir el éxito.

- Padres permisivos: Se muestran cariñosos, aunque relajados, puesto que no ponen límites claros a sus hijos. No están pendientes de sus actividades y no exigen que haya un comportamiento adecuado en las situaciones que se presentan. A partir de esto, los niños se muestran impulsivos, rebeldes, dominantes, agresivos, con baja autoestima y con pocos deseos de auto realizarse.

- Padres pasivos (negligentes): Se muestran indiferentes, poco accesibles y tienden a estar ausentes, manifestando poco o nulo afecto, lo que tiene como consecuencia niños con poca autoestima, baja confianza en sí mismos y pocas ambiciones, buscando en ocasiones otros modelos a seguir diferentes a los padres (Delgado et al., 2015).

Siguiendo ésta línea, Espinosa-Fernández, García-López, Muela y Ordóñez (2013) señalan que el estilo educativo de los padres juega un papel importante en el desarrollo de la ansiedad de los niños/as, ya que si los padres se muestran poco afectivos, con poca aceptación y un bajo nivel de afinidad, se puede generar una relación insegura entre padres e hijos. En el extremo opuesto, cuando existe una protección excesiva y alto control puede generar en el niño dependencia a los demás.

Por su parte, Richaud de Minzi (2005, citado en Cuervo, 2010) encontró que las familias democráticas promueven afrontamientos adaptativos y defensores ante la depresión y la soledad, mientras que las familias autoritarias generan incertidumbre, evitación de los problemas, afrontamientos desadaptativos, depresión, además, la soledad está asociada al rechazo y a la falta de interés de los padres.

Cabe destacar que existen otros factores que juegan un papel relevante en el desarrollo de un estado de ansiedad y depresión en los niños/as, como son los factores

contextuales y situacionales, entre los que se destacan la falta de apoyo social y condiciones sociodemográficas, como el bajo nivel socioeconómico, la presencia de amenazas, los estilos de afrontamiento, la ausencia de una afectividad positiva y resistente por parte de los padres, y los conflictos y un poder parental inconsistente (Catalán, 2000, citado en Esparza et al., 2009).

Si hablamos del contexto escolar partimos de la premisa que este presenta condiciones positivas que aportan bienestar a los niños/as. Sin embargo, se ha demostrado que si existen problemas que plantean dificultades en los niños/as como es el ambiente físico, ya que las aulas demasiado llenas de alumnos, con demasiado ruido, con temperaturas no adecuadas o defectos de iluminación, estos pueden afectar notablemente en los niños/as (Orlandini, 1996, citado en Esparza et al., 2009). Otros problemas que pueden existir son dificultades de integración, malas relaciones sociales, dificultades académicas (ej., fracaso escolar), los cuales pueden estar relacionados con la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva en los niños/as.

Otro factor que destacan Israel et al. (1997, citado en Esparza et al., 2009) es la influencia genética, pues los niños/as con padres que presenten problemas o trastornos emocionales tienen una mayor tendencia a desarrollar depresión en la infancia.

El objetivo general de la presente investigación es evaluar la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva en una muestra de niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, así como comprobar si existe alguna relación entre esa sintomatología y el estilo educativo percibido de los padres.

MÉTODO

Participantes

La muestra está constituida por 139 estudiantes de Educación Primaria, desde 3º hasta 6º. Estos alumnos pertenecen a los Colegios Públicos, Virgen de Tíscar y José Luis Verdes, de la localidad de Quesada, provincia de Jaén, los cuales pertenecen a una zona de nivel social, económico y cultural medio. Los sujetos se encuentran dentro de un rango de edad entre los 8 y los 12 años (siendo la edad media 9,73 años y una desviación típica de 1,244). De todos ellos 70 eran niños y 69 eran niñas.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados son los siguientes:

Alabama Parenting Questionnaire, APQ (Shelton et al., 1996). Evalúa los diferentes estilos educativos parentales y consta de 42 ítems tipo likert con una escala de 1 “nunca” a 5 “siempre”. En su interpretación tiene en cuenta 6 escalas; implicación parental (del padre y de la madre), crianza positiva, disciplina apropiada, disciplina inconsistente, pobre supervisión y disciplina severa. La prueba muestra una elevada consistencia interna y una validez moderada (Dadds, Maujean y Fraser, 2003; Shelton et al., 1996).

Escala de Ansiedad para Niños de Spence, SCAS (Spence Children's Anxiety Scale, Spence, 1997). Está compuesta por 44 ítems que evalúan síntomas de ansiedad frecuentes en niños. Consta de 6 subescalas: Ataques de pánico/Agorafobia (6 ítems pánico y 3 ítems agorafobia), Trastorno de ansiedad por separación (6 ítems), Fobia social 6 ítems), Miedos (5 ítems), Trastorno obsesivo-compulsivo (6 ítems) y Trastorno de ansiedad generalizada (6 ítems). Contiene además 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se responde en una escala de 4 puntos, desde 0 (nunca) hasta 3 (siempre). Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntuación, más ansiedad. La consistencia interna es muy alta, oscila entre 0,80 y 0,93.

Cuestionario de ansiedad infantil, CMAS-R (Children's Manifest Anxiety Scale, Reynolds y Richmord, 1997). Consta de 37 ítems; y con 4 subescalas:

1. Ansiedad fisiológica: cuyos ítems se relacionan con manifestaciones fisiológicas como lo son: dificultades de sueño, náuseas, fatiga, sudoración excesiva, entre otras. (10 ítems).

2. Inquietud/Hipersensibilidad: incluye ítems referidos a la preocupación excesiva sobre situaciones o eventos, generalmente son vagas y se encuentra mal interpretadas por el niño. Además se puede identificar fragilidad emocional. (11 ítems).

3. Preocupaciones sociales/Concentración: se relaciona con miedos de naturaleza social o personal y esto repercute en la atención y concentración. (7 ítems).

4. Mentira: permite verificar si las respuestas que está dando el sujeto son confiables. (9 ítems).

Finalmente se encuentra la puntuación de ansiedad total.

El cuestionario cuenta con opciones de respuesta de “SI” y “No” frente a los ítems. La aplicación de la prueba tiene una duración aproximadamente de 15 minutos, permitiendo obtener la puntuación de ansiedad total y las cuatro subescalas. Se puede aplicar de manera individual o colectiva. El cuestionario cuenta con una consistencia interna de 0,83 estimado con la fórmula Kuder-Richardson.

Cuestionario de Depresión Infantil, CDI. (Children's Depression Inventory, Kovacs, 1992). En su adaptación al castellano por Del Barrio y Carrasco (2004). Consta de 27 ítems, cada uno de ellos con tres ponderaciones posibles, 0-1-2, en función del grado de depresión que indique la respuesta del niño o adolescente. Así, el “0” indica normalidad en la respuesta, el “1” indica cierta intensidad de la respuesta pero no excesiva, y el “2” indica la presencia inequívoca de un síntoma depresivo. La puntuación máxima que se puede obtener es de 54. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. El CDI evalúa dos escalas: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de depresión. Es aplicable en un rango de edad desde los 7 a los 17 años. La adaptación española muestra un alfa de Cronbach de 0,7.

Procedimiento

Los colegios fueron seleccionados por cercanía y conocimiento de la directiva de los mismos. Tras comunicarles a éstas y a los responsables del departamento de orientación de los colegios en qué consistía el estudio, los tutores de cada curso se encargaron de entregarles a los alumnos el consentimiento informado para que se lo dieran a sus padres y lo devolvieran firmado y, de esta manera, tener su autorización para poder participar en el estudio. El cuadernillo de cuestionarios fue cumplimentado de forma colectiva en las horas lectivas que la directiva había establecido previamente. Los alumnos contestaron los cuestionarios en sus clases, teniendo conocimiento de que el cuadernillo era totalmente anónimo y la información proporcionada sería confidencial. Así mismo, contaron con la presencia de la tutora de éste trabajo, estudiante de último curso de psicología, para resolver cualquier tipo de duda que pudiera surgirles durante el proceso. En los cuadernillos se encontraban todos los cuestionarios y escalas explicados anteriormente, más una hoja donde se le solicitaba información adicional como su edad, edad de los padres y profesión de los mismos,

número de hermanos y nota media del último trimestre. La comisión ética de la Universidad de Jaén también dio el visto bueno de éste estudio.

RESULTADOS

Para realizar los análisis se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS (Versión 23). Se llevaron a cabo análisis descriptivos y análisis de correlación de Pearson para determinar la relación existente entre las diferentes variables del estudio.

Análisis descriptivos de las puntuaciones de ansiedad y depresión.

En las tablas 1, 2 y 3 se muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en ansiedad (tablas 1 y 2) y depresión (tabla 3). Además de las puntuaciones totales, se muestran los datos descriptivos diferenciando por sexo y por curso escolar. En todos los casos, se puede apreciar que la puntuación media obtenida se sitúa por debajo de la media de cada subescala o de la escala total según el caso. No se ha encontrado diferencias significativas entre niños y niñas en ninguna de las variables de ansiedad ni en depresión e igual sucede en relación al curso escolar, no se han encontrado diferencias significativas ni en ansiedad ni en depresión en función del curso escolar.

Tabla 1. Puntuaciones medias y desviación típicas de las subescalas del cuestionario SACS en función del sexo, curso escolar y en la muestra total

del sexo, curso escolar y en la muestra total														
		N	APA		TAS		Fobia Social		Miedos		TOC		TAG	
			Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
SEXO	Niño	70	5,09	4,79	5,87	2,91	4,89	3,52	3,46	2,94	5,51	3,22	6,73	3,47
	Niña	69	4,70	3,95	5,87	3,14	5,26	3,08	3,91	3,01	6,51	3,3	6,96	3,83
CURSO	3º	32	4,34	4,06	5,50	2,75	4,25	2,78	3,34	3,43	5,16	3,29	5,66	3,06
	4º	32	5,31	4,34	6,16	3,39	5,00	3,46	3,37	2,47	5,59	2,82	7,16	3,62
	5º	33	4,42	4,43	6,09	3,37	5,64	4,03	4,42	3,16	6,00	3,47	6,61	4,03
	6º	42	5,36	4,65	5,76	2,65	5,31	2,87	3,60	2,78	6,98	3,34	7,69	3,62
TOTAL		139	4,89	4,38	5,87	3,01	5,07	3,3	3,68	2,97	6,01	3,29	6,84	3,64

DT: Desviación típica

APA: Ataques de pánico/agorafobia (Puntuación máxima: 27 Puntuación mínima: 0 Puntuación media: 13,5)

TAS: Trastorno de ansiedad por separación (Puntuación máxima: 18; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 9)

FS: Fobia Social (Puntuación máxima: 18; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 9)

M: Miedos (Puntuación máxima: 18; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 9)

TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo (Puntuación máxima: 18; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 9)

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada (Puntuación máxima: 18; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 9)

Tabla 2. Puntuaciones medias y desviación típicas de las subescalas del cuestionario CMAS en función del sexo, curso escolar y en la muestra total

		N	CMAS-AF		CMAS-I		CMAS-PS		CMAS-T	
			Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
SEXO	Niño	70	5,09	4,79	5,87	2,91	4,89	3,52	3,46	2,94
	Niña	69	4,70	3,95	5,87	3,14	5,26	3,08	3,91	3,01
CURSO	3º	32	3,78	2,71	5,06	2,85	2,41	2,04	11,25	6,67
	4º	32	4,84	2,23	6,31	2,59	2,69	4,27	13,84	5,37
	5º	33	4,73	2,85	6,27	2,84	2,24	2,00	13,24	6,46
	6º	42	6,00	2,12	6,69	2,25	2,40	1,91	14,19	5,24
TOTAL		139	4,65	2,49	6,13	2,66	2,43	1,89	13,21	5,96

DT: Desviación típica

CMAS-AF: Ansiedad Fisiológica (Puntuación máxima: 10; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 5)

CMAS-I: Inquietud/Hipersensibilidad (Puntuación máxima: 11; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 5,5)

CMAS-PS: Preocupaciones Sociales/Concentración (Puntuación máxima: 7; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 3,5)

CMAS-T: Puntuación total en el cuestionario CMAS (Puntuación máxima: 28; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 14)

Tabla 3. Puntuaciones medias y desviación típicas de las subescalas del cuestionario CDI en función del sexo y en función del curso escolar

		N	CDI-EAD		CDI-AN		CDI- T	
			Media	DT	Media	DT	Media	DT
SEXO	Niño	70	7,41	5,42	4,27	3,11	11,69	7,99
	Niña	69	7,55	5,43	3,81	3,36	11,36	8,18
CURSO	3º	32	6,88	5,59	3,94	3,85	10,81	9,10
	4º	32	8,72	6,26	4,63	3,43	13,34	9,08
	5º	33	7,70	4,95	4,12	2,98	11,82	7,35
	6º	42	6,83	4,91	3,62	2,77	10,45	6,86
TOTAL		139	7,48	5,41	4,04	3,23	11,53	8,06

DT: Desviación típica

CDI-EAD: Subescala de Disforia (Puntuación máxima: 34; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 17)

CDI-AN: Subescala de Autoestima Negativa (Puntuación máxima: 20; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 10)

CDI-T: Puntuación total del cuestionario CDI (Puntuación máxima: 54; Puntuación mínima: 0; Puntuación media: 27)

Relación entre el estilo educativo percibido y las variables de ansiedad y depresión

Se ha encontrado que existe una relación significativa positiva entre la dimensión de implicación parental de la madre y la variable de ansiedad, relacionándose con los trastornos de ansiedad por separación ($r= 0,237$; $p=0,005$) y ansiedad generalizada ($r= 0,255$; $p= 0,002$), es decir, a más implicación parental de la madre, más ansiedad por separación y más ansiedad generalizada hay.

También podemos observar que existe una relación significativa negativa entre la dimensión de implicación parental del padre y las variables de ansiedad y depresión, relacionándose con las siguientes subescalas: inquietud/hipersensibilidad ($r= -0,211$; $p= 0,013$), preocupaciones sociales ($r= -0,196$; $p= 0,021$), CMAS total ($r= -0,217$; $p= 0,01$), estado de ánimo disfórico ($r= -0,239$; $p= 0,005$) y CDI total ($r= -0,217$; $p= 0,0010$), es decir, que a más implicación parental del padre hay menos ansiedad y menos depresión.

En la dimensión de crianza positiva, hemos encontrado que hay una correlación significativa negativa con la variable de depresión, tanto por parte del padre como de la madre, con las subescalas de estado de ánimo disfórico ($r= -0,301$; $p= 0,000$) y CDI total ($r= -0,247$; $p= 0,003$), es decir, a más crianza positiva por parte de ambos padres los niños puntúan menos en depresión.

En la dimensión de pobre supervisión hay una correlación significativa positiva con las variables de ansiedad y depresión, tanto por parte del padre como de la madre, con las siguientes subescalas: ataques de pánico y agorafobia ($r= 0,297$; $p= 0,00$), preocupaciones sociales/concentración ($r= 0,273$; $p= 0,01$), estado de ánimo disfórico ($r= 0,328$; $p= 0,000$), autoestima negativa ($r= 0,404$; $p= 0,000$) y CDI total ($r= 0,383$; $p= 0,000$), lo cual quiere decir, que a mayor pobre supervisión tanto la ansiedad como la depresión son más elevadas.

En la dimensión disciplina inconsistente, hemos encontrado que existe una correlación significativa positiva con la variable de ansiedad, tanto por parte del padre como de la madre, relacionándose con las siguientes subescalas: ataques de pánico y agorafobia ($r= 0,271$; $p= 0,001$), trastorno de ansiedad por separación ($r= 0,260$; $p= 0,002$), preocupaciones sociales/concentración ($r= 0,199$; $p= 0,019$) y CMAS total ($r= 0,181$; $p= 0,033$), lo que quiere decir que a más disciplina inconsistente más ansiedad.

Por último, en la dimensión castigo positivo encontramos que hay una correlación significativa positiva con la variable de depresión, tanto por parte del padre como de la madre, relacionándose con las subescalas de autoestima negativa ($r= 0,196$;

$p= 0,04$) y CDI total ($r= 0,181$; $p= 0,03$), es decir, a mayor castigo corporal mayor es el nivel de depresión.

DISCUSIÓN

El objetivo general de nuestro estudio ha sido analizar la relación entre ansiedad y depresión con el estilo educativo percibido en una muestra infantil. La muestra estuvo formada por 139 sujetos con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años (70 chicos y 69 chicas).

Las medias obtenidas de la muestra total en ansiedad, evaluadas con los cuestionarios SCAS y CMAS, y las medias obtenidas de la muestra total en depresión, evaluadas con el cuestionario CDI, indican que los niños en la etapa infantil se encuentran por debajo del punto de corte utilizado en dichos cuestionarios para indicar la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva. No se aprecian diferencias en el sexo, es decir, no hay diferencia entre chicos y chicas en las puntuaciones obtenidas en las variables de ansiedad y depresión; y lo mismo ocurre con el curso, es decir, no hay diferencias por cursos en ninguna de las variables, ni en ansiedad, ni en depresión.

Centrándonos en la relación entre las variables estilo educativo percibido y ansiedad y depresión, tal y como se esperaba, se ha encontrado algunas relaciones significativas entre las variables. En concreto, se ha hallado que puntuaciones altas en la implicación parental de la madre se relacionan con puntuaciones altas en ansiedad; puntuaciones altas en la implicación parental del padre se relacionan con puntuaciones bajas en ansiedad y depresión; puntuaciones altas en crianza positiva se relacionan con puntuaciones bajas en depresión; puntuaciones altas en pobre supervisión se relacionan con puntuaciones altas en ansiedad y depresión; puntuaciones altas en disciplina inconsistente se relacionan con puntuaciones altas en ansiedad; y puntuaciones altas en castigo corporal se relacionan con puntuaciones altas en depresión. Ansiedad y depresión pueden considerarse dos trastornos asociados que en la mayoría de los casos van de la mano.

De manera más detallada, en éste estudio hemos encontrado, en primer lugar, una relación significativa positiva entre la implicación parental de la madre y los trastornos de ansiedad por separación y ansiedad generalizada. En este sentido, se podría decir que debido a que los niños reciben una mayor atención por parte de la madre desarrollan esa ansiedad, por lo que se debería dar a éstos una mayor autonomía

para que puedan empezar a desenvolverse por sí mismos y se puedan adaptar a las situaciones estresantes, disminuyendo así la probabilidad de sufrir ansiedad.

En segundo lugar, encontramos que hay una relación significativa negativa entre la implicación parental del padre y las dimensiones de: inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales y estado de ánimo disfórico. En este sentido se podría decir, que debido a que los niños reciben una mayor atención por parte del padre desarrollan menos ansiedad y menos depresión, por lo que el apoyo del padre les reconforta para enfrentarse ante cualquier situación estresante.

En tercer lugar, podemos ver que existe una correlación significativa negativa entre la crianza positiva, tanto por parte del padre como de la madre, y el estado de ánimo disfórico, podríamos decir que una crianza positiva en los niños hace que estos presenten un nivel de depresión más bajo que si no tuvieran esa educación, lo que les hace sentirse más seguros de sí mismos.

En cuarto lugar, se puede observar que hay una correlación significativa positiva entre la pobre supervisión, tanto por parte del padre como de la madre, y las dimensiones de: ataques de pánico y agorafobia, preocupaciones sociales/concentración, estado de ánimo disfórico y autoestima negativa, lo cual quiere decir, que a mayor pobre supervisión tanto la ansiedad como la depresión serán más elevadas, por lo que sería recomendable que los padres estuvieran más pendientes de sus hijos y les prestaran la atención que éstos necesitan para no desarrollar esa ansiedad.

En quinto lugar podemos ver que existe una correlación significativa positiva entre la disciplina inconsistente, tanto por parte del padre como de la madre, y las dimensiones de: ataques de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad por separación y preocupaciones sociales/concentración, lo que quiere decir que a más disciplina inconsistente habrá más ansiedad, sería recomendable que los padres le presten la atención necesaria a los niños, pero a la vez le tienen que dar su espacio para que ellos adquieran su propia autonomía y puedan enfrentarse a las situaciones de estrés.

Y por último, en sexto lugar, observamos que hay una correlación significativa positiva entre el castigo corporal, tanto por parte del padre como de la madre, y la dimensiones de autoestima negativa, es decir, a mayor castigo corporal mayor será el nivel de depresión.

Éstos resultados obtenidos se encuentran en la misma línea que otros estudios hallados. Los resultados obtenidos por Ferrando, Ramírez y Sainz (2015) señalan que las variables de la inteligencia emocional de los niños más afectadas por los estilos

parentales son el manejo del estrés y el estado de ánimo, obteniendo mejores niveles cuando los padres y madres presentan un estilo democrático. Éstos resultados, están de acuerdo con las conclusiones a las que llega Páez et al. (2006, citado en Ferrando et al., 2015) quienes indican que un cuidador emotivo a las señales del niño y que responde a ellas, características del padre democrático, inducirá una alta IE en los niños, es decir, una buena capacidad de regulación emocional, basada en la minimización del estrés, aceptación, etc. Esto coincide con el estudio de Baumrind (1967, citado en García y Henao, 2009) la cual consiguió establecer conexiones entre la relación de los padres y algunas características socioemocionales de los niños y niñas, las cuales eran establecidas según el tipo de comunicación y normas que se utilizara dentro del entorno familiar. Se observó que un estilo parental con un control firme pero conducido por estados importantes de amor, cariño y entendimiento hacia sus hijos e hijas, alcanzaban el desarrollo de niños/as estables, consistentes y responsables. Estas son las características de un estilo parental estable.

Los resultados hallados por García et al. (2009) consideran que un estilo parental estable se relaciona específicamente con el estilo parental recibido de un grupo solo de madres cuyos hijos e hijas presentan un mejor desempeño en comprensión emocional, mientras que un estilo parental dominante o permisivo presenta relaciones inversas, es decir, que a mayor estilo dominante o permisivo, menor rendimiento tendrán los niños a nivel emocional.

García y Román (2005, citado en García et al., 2009), evaluaron las prácticas educativas recibidas en el entorno familiar, encontrando que los estilos parentales autoritarios generaban en sus hijos e hijas un incremento en los niveles de autoestima. Se suma a esto el que sus padres y madres hagan una evaluación de sus hijos e hijas como educados, obedientes y responsables. Los padres y madres que presentan características de un estilo parental estable y equilibrado son aquellos que entienden las necesidades de sus hijos e hijas, sin eliminar exigencias, costumbres, hábitos y responsabilidades propias para desarrollo de los niños y niñas.

Richaud De Minzi (2005, citado en García et al., 2009), consideró que los padres y madres con un estilo educativo democrático y equilibrado, tenían menor probabilidad de generar en sus hijos e hijas estados emocionales de depresión y soledad. Estos niños y niñas obtenían niveles emocionales y niveles de empatía más elevados, permitiéndoles así tener mayores habilidades sociales con sus iguales. Mientras que aquellos padres y

madres que utilizaban acciones sancionadoras, generaban en sus hijos e hijas conductas de inestabilidad, sentimientos de abandono, y estados emocionales de depresión.

Richaud De Minzi (2005) señala que el rechazo, el desinterés y el control patológico, por parte de ambos padres, se relaciona con niños aislados a los que les gusta estar solos por desconfianza hacia los demás (afinidad por la soledad), lo que desarrolla en ellos un estado emocional de depresión. Cuando el niño percibe baja aprobación y poco control de parte de sus padres (padres negligentes, descuidados) se siente solitario con respecto a ellos. Parecería entonces que la depreciación del niño por parte de los padres se encadena con la desconfianza hacia los demás y la tendencia a estar solo (afinidad por la soledad) mientras que el control patológico se asocia a sentimientos de incapacitación y por lo tanto a sentirse rechazado por los demás (aversión a la soledad).

Según Lautrey (1980, citado en Richaud De Minzi, 2005) los padres con un estilo educativo autoritario dan a los niños/as la independencia y autonomía de aprender a través de una mayor interacción con otros niños/as, otros adultos y con el ambiente físico. El limitar las interacciones de los niños/as y evitar los conflictos interpersonales a través de la implantación de reglas que evitan que ocurra el conflicto, prohíbe a los niños/as de las oportunidades de desarrollar las capacidades de comprometerse en las relaciones y resolver los problemas.

El control desmesurado puede llevar a sentirse alejado o apartado, lo que afecta el acercamiento del niño a los otros (aversión a la soledad). Por otro lado, son necesarias algunas limitaciones que permitan buenas relaciones con los iguales (Alíes-Jardel, Fourdrinier, Roux y Schneider, 2002, citado en Richaud De Minzi, 2005).

Anhalt (2008, citado en Delgado y Gómez, 2015), encontró que uno de los detonantes de la ansiedad social surgía a partir de un estilo de crianza en el cual los padres prestaban poca atención a sus hijos y sus necesidades. Van der Bruggen, Stams, Boëgels, Paulussen-Hoogeboom (2012, citado en Delgado et al., 2015), también hacen énfasis en que los extremos de emocionalidad en la crianza como indiferencia o sobreprotección, afectan la autoestima infantil. Este estilo de crianza negligente tiene como característica la poca atención que los padres les prestan a sus hijos, y la posible percepción de rechazo de los niños, lo cual es corroborado por Rodríguez (2005, citado Delgado et al., 2015) quien identificó que algunas emociones pueden convertirse en desencadenantes de ansiedad y están relacionadas a la necesidad del menor de ser aprobado por su entorno; en este mismo sentido Caballo y Simón (2004), plantearon

también que el niño se describe como perfeccionista, ávido para complacer a los demás y requieren la aprobación.

Por otra parte Rodríguez (2005, citado en Delgado et al., 2015), encontró que otro factor relacionado a la ansiedad infantil es el ámbito académico, definiéndose este como las dificultades escolares, accidentes en el colegio, discusión o pleitos con compañeros que están directamente relacionados con la posible aparición de rasgos de ansiedad.

En resumen, podemos concluir tanto con ésta investigación como con los estudios anteriormente hallados, que las familias con un estilo educativo de crianza positiva favorecen afrontamientos adaptativos de la amenaza y protegen a los niños/as de los estado de ansiedad y depresión, ya que generan en los niños/as mayor nivel de seguridad y autonomía para desenvolverse por ellos mismos. Por el contrario, las familias con un estilo educativo de pobre supervisión y disciplina inconsistente, promueven afrontamientos desadaptativos, generando estados de ansiedad y depresión en los niños/as.

A lo largo del estudio, se ha contado también con una serie de limitaciones. Ante la selección de la muestra, el proceso no fue aleatorio, sino que se utilizaron los datos de todos los sujetos de los centros elegidos. Por lo que para mejorar el estudio, sería conveniente recabar información de más centros, para poder contrastar los resultados y ver si éstos son similares o varían según el centro. Otra limitación tendría que ver con la fuente de información utilizada, pues el estudio estaría más enriquecido, si además de los niños y niñas, se utilizara a los padres como informantes, lo que permitiría también contrastar la información proporcionada por los niños y niñas con la información proporcionada por los padres. Estas limitaciones pueden ser objeto de mejora en investigaciones futuras o en una ampliación de ésta misma investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, K. R., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Balladriga, M. C. J., Viñas, F., & Doménech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613–618.

Alles-Jardel, M., Fourdrinier, C., Roux, A. & Schneider, B. H. (2002). Parents' structuring of children's daily lives in relation to the quality and stability of children's friendships. *International Journal of Psychology*, 37(2), 65-73.

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson (original publicado en el 2000).

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5). Washington, DC.: American Psychiatric Association; 2013.

American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6ta ed.) Washington, DC: Autor.

Anhalt, K. (2008). Parenting characteristics associated with anxiety and depression: a multivariate approach. *Journal of early and intensive behavior intervention*, 3 (5), 122-137.

Arvelo, L. (2003). Función paterna, pautas de crianza y desarrollo psicológico en adolescentes: implicaciones psicoeducativas. *Acción Pedagógica*, 12 (1), 20-30.

Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology monographs*, 75(1), 43-88.

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

Bermúdez, MP., & Bermúdez, A. (2006). *Manual de psicología clínica infantil. Técnicas de evaluación y Tratamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Buela, G., Carretero, H. & De los Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24 (3), 17-23.

Caballo, V. & Simón, M. (2004). *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente: trastornos específicos* (pp. 93-100). Madrid, España: Piramide Editores S.A.

Catalán, R. (2000). Factores psicosociales. En Vallejo, J. & Gastó, C. (Eds). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.

Costello, E.J. & Angold, A. (1995). Developmental Epidemiology. En D. Cichetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Theory and Methods*. New York: Wiley Interscience.

Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General of Psychiatry*, 60, 837-844.

Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información Psicológica*, (100), 49–59.

Delgado, L. M. (2015). Prácticas de Crianza y su Relación con la Ansiedad Infantil.

Esparza, N., & Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión, 5(1), 47–65.

García, J., & Román, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), pp. 76-82.

Henao, G., & García, M. C. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamérica de Ciencias Sociales*, 7(2), 785–802.

Jacques, H. & Mash, E.J. (2004). A Test of the Tripartite Model of Anxiety and Depression in Elementary and High School Boys and Girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 32 (1), 13-25.

Kashani, J. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 62 (6), 593-602.

Lautrey, I. (1980). *Classe sociale, milieufamilial, intelligence*. Paris: Presses Universitaires de France.

Martínez, Á. C. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas*, 6(1), 111–121.

Méndez, F.X., Olivares, J. & Ros, M.C. (2001). Estado de ánimo depresivo. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En Caballo, V. & Simon, M.A. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales*. Madrid: Pirámide.

Méndez, X., Orgilés, M. & Espada, J. P. (2012). Terapia de Conducta en los miedos y fobias infantiles. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo (eds.), *Manual de Terapia de Conducta en la infancia* (pp. 117 – 150). Madrid: Dykinson.

Miguez, M. C. & Becoña, E. (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 41-50.

Newcomb, K., Mineka, S., Zinbarg, R. & Griffith, J. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognition Therapy Research* 31, 419-436.

Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L., García-López, L. J., & Muela-Martínez, J. A. (2013). Inhibición conductual y su relación con los trastornos de ansiedad infantil. *Terapia Psicológica*, 31(3), 355–362.

Orlandini, A. (1996). *El estrés: ¿qué es y cómo evitarlo?* México: Fondo de Cultura Económica.

Ramírez-Lucas, A., Ferrando-Prieto, M., & Sainz-Gómez, M. (2015). ¿Influyen los estilos parentales y la inteligencia emocional de los padres en el desarrollo emocional de sus hijos escolarizados en 2º ciclo de Educación Infantil? *Acción Psicológica*, 12(1), 65–78.

Richaud De Minzi, M. C. (2005). Revista Latinoamericana de Psicología, 37(1), 47-58.

Rodríguez, J. (2005). Psicopatología infantil básica. *La Ansiedad y sus Trastornos de la infancia* (pp. 183-194). Madrid: Ediciones pirámide.

Soler, C. L., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., & López Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325–334.

Solís-Camara, P., Díaz, M., Ovando, P., Esquivel, E., Acosta, I. & Torres, A. (2007). La contribución del bienestar subjetivo, las expectativas y la crianza materna en los logros escolares de sus niños y en la valoración de la participación de los padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 71-82.

Van der Bruggen, C., Stams, G., Boëgels, M. & Paulussen-Hoogeboom, M. (2012). Parenting behaviour as a mediator between young children's negative emotionality and their anxiety/depression. *Journal Infant and Child development*, 19, 354-365.

Wicks, R. & Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

ANEXOS

Anexo I.- Consentimiento Informado

Anexo II.- Comité de Ética

CONSENTIMIENTO INFORMADO (DOCUMENTO INFORMATIVO)

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y, si es necesario puede consultar las dudas que tenga en el teléfono o dirección que aparece al final de esta página.

Naturaleza del estudio:

Se va a llevar a cabo un estudio cuyo título es “**Sintomatología ansiosa-depresiva en una muestra infantil y su relación con el estilo educativo percibido**” y para ello, se va a recoger información, a través de una serie de preguntas (en formato cuestionario), a niños con edades comprendidas entre los 8 y 12 años. El objetivo fundamental del estudio es evaluar, de manera general, la presencia de algunos síntomas relacionados con la ansiedad y/o con un estado de ánimo deprimido en los niños y ver si existe relación con el estilo educativo que los niños perciben de sus padres.

El estudio se enmarca dentro de los Trabajos Fin de Grado que los alumnos del Grado de Psicología de la Universidad de Jaén han de realizar en su cuarto año de carrera. En concreto, este estudio será realizado por la alumna María Zamora Laso, bajo la tutorización de la Doctora y Profesora de Psicología en la Universidad de Jaén Lourdes Espinosa Fernández. La recogida de información a los niños, se realizará, de manera colectiva, en el horario que determine el tutor/a de cada curso y tras la autorización y visto bueno por parte del equipo directivo del centro docente. La recogida de información no conllevará más de una hora de duración.

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto conlleve ninguna repercusión para él.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos para el participante: Ninguno

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con María Zamora Laso en el teléfono 656575084 ó mediante correo electrónico: mzl00003@red.ujaen.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Sintomatología ansiosa-depresiva en una muestra infantil y su relación con el estilo educativo percibido”

Yo (Nombre y Apellidos):.....,
padre o madre (o representante legal) del alumno/s:.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
- He podido resolver las dudas que se me han planteado.
- Comprendo que la participación de mi hijo es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta de ninguna forma en mi hijo.

Presto libremente mi conformidad para que mi hijo participe en el estudio sobre
“Sintomatología ansiosa-depresiva en una muestra infantil y su relación con el estilo educativo percibido”

Firma del padre o la madre
(o representante legal en su caso)

D/D^a:.....

Fecha:

(DEVOLVED ESTA HOJA AL TUTOR/A)



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Vicerrectorado de Investigación

COMISIÓN DE ÉTICA

Tipo de actividad : TFG

Referencia: MAY.16/10

Título de la actividad: Sintomatología ansiosa-depresiva en una muestra infantil y su relación con el estilo educativo percibido

Convocatoria y/o entidad a la que se presenta: TFG

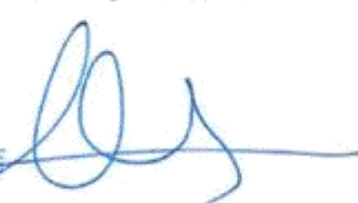
- tutora : Lourdes Espinosa Fernandez

Tipo de experimentación o actividad sometida a informe: Investigación en humanos

Informe que se emite : FAVORABLE

Observaciones:

Jaén, 6 de junio de 2016




Amelia Aránega Jiménez
Presidenta de la Comisión de Ética



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Vicerrectorado de Investigación

Campus Las Lagunillas, s/n- Edificio B-1
Tlf. 953/212597- Fax 953/211968
E-mail vicinv@ujaen.es
23071 Jaén

De: Vicerrectorado de Investigación,
A: Lourdes Espinosa Fernández
Jaén a 06 de junio de 2016

Por indicación de la Vicerrectora de Investigación, adjunto se remite informe favorable solicitado por usted del Comité de Ética.

Atentamente,

M.ª. Pepa González Rubia
Secretaría de Apoyo a Órganos de Gobierno