

# ***Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: Una revisión. (\*)***

**Ana M<sup>a</sup> TABOADA JIMÉNEZ**  
**Lourdes EZPELETA ASCASO**  
**Nuria DE LA OSA CHAPARRO**  
*Universitat Autònoma de Barcelona.*

## ***Resumen***

En esta revisión se presentan los hallazgos más importantes encontrados en la literatura sobre los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En primer lugar se describen aquellas variables disposicionales del niño como el temperamento, autoestima, sexo... que pueden constituir potenciales factores de riesgo de ansiedad. A continuación se hace referencia a factores de tipo genético, familiar, ambiental y social, para finalmente acabar presentando dos modelos que integran el conjunto de estos factores y así poder abordar de una forma más completa y comprensible la génesis de los trastornos de ansiedad en la infancia. Las conclusiones a las que se llega es que, pese al creciente conocimiento de los factores que intervienen en la gestación de los trastornos de ansiedad, la etiología de los mismos está todavía por conocer. Asimismo, se subraya la necesidad de considerar la confluencia o interacción entre múltiples factores de riesgo para explicar la etiología de estos trastornos, más que los efectos aislados que puedan estar ejerciendo cada uno de ellos sobre el individuo.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, trastornos de ansiedad, psicopatología en el niño y adolescente.

## ***Abstract***

This review presents the main findings in current literature about risk factors for anxiety disorders in children and adolescents. Individual child variables, such as temperament, self-esteem and gender, are first described. Genetic, family and social factors are then reviewed. Two models that integrate all these factors and help to understand the development of anxiety disorders in childhood are introduced. Conclusions are that, although much is known about the factors that intervene in these disorders, their etiology is still to be clarified. The need to consider the confluence or interaction among multiple factors in order to understand the etiology of anxiety disorders, rather than isolated effects, is emphasized.

**Keywords:** Risk factors, anxiety disorders, child and adolescent psychopathology.

---

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

**Dirección de los autores:** Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social. Facultat de Psicologia, Edifici B Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Bellaterra. Barcelona.

Diversos estudios epidemiológicos constatan que los trastornos de ansiedad probablemente constituyen la categoría nosológica más prevalente de todos los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia (Bernstein y Borchardt, 1991; Bragado, 1994; Echeburúa, 1993a; Hollander, Simeon y Gorman, 1996; Kashani y Orvaschel, 1988; 1990). Aunque los trabajos en esta área no han compartido criterios metodológicos estrictos y han proporcionado datos muy variables (Ayuso, 1988; Benjamin, Costello y Warren, 1990; Bernstein y Borchardt, 1991; Clark, Smith, Neighbors, Skerlec y Randall, 1994; Echeburúa, 1993a, b), los datos disponibles en este campo sitúan la prevalencia de estos trastornos entre un 5% y un 21% (Benjamin et al., 1990; Costello y Angold, 1995; Kashani y Orvaschel, 1988; 1990).

Los trastornos de ansiedad, además, tienen una gran relevancia clínica por los considerables efectos que ejercen sobre otras áreas de funcionamiento. Muchos procesos de pensamiento, así como también respuestas conductuales y psicológicas pueden ser dramáticamente alteradas bajo la influencia de la ansiedad (Ayuso, 1988; Cautela y Groden, 1989; Echeburúa, 1993a; Valdés y de Flores, 1990).

La elevada prevalencia de estos trastornos y los efectos perjudiciales que conllevan sobre otras áreas de funcionamiento, justifican la gran importancia del estudio de los factores que están relacionados con la etiología de estos trastornos, no tan solo para detectar a sujetos y a grupos de alto riesgo, sino también para desarrollar estrategias efectivas de intervención y diseñar programas de prevención eficaces.

El objetivo de este artículo es, pues, realizar una revisión de los factores de riesgo, así como también de los modelos etiológicos de los trastornos de ansiedad en la infancia y

adolescencia sugeridos por diferentes autores en la literatura, con el fin de tener una visión integradora sobre la gestación de estos trastornos, y despertar nuevas expectativas de cara a investigaciones futuras. En primer lugar se tratarán las características o factores disposicionales del niño (temperamento, autoestima, relación de apego con el cuidador, sexo, factores genéticos...), para referirnos seguidamente a los factores familiares (armonía marital, trastornos psicológicos en los padres, estilo educativo,...), ambientales y sociales (factores estresantes, nivel socioeconómico y cultural, teorías del aprendizaje...), para acabar presentando modelos que intentan integrar el conjunto de todos estos factores.

### Factores disposicionales del niño

Una de las características del niño que ha sido más consistentemente relacionada con los trastornos de ansiedad en la infancia ha sido el *temperamento*, en particular el temperamento inhibido. Las investigaciones más importantes sobre los aspectos psicológicos asociados a la inhibición conductual, o temperamento inhibido (Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons y Johnson, 1988), provienen de los proyectos longitudinales dirigidos por Kagan y colaboradores en el *Harvard Infant Study Laboratory* de Cambridge. Estos investigadores durante 7 años y medio siguieron dos cohortes independientes de niños, seleccionados a los 21 ó 31 meses de edad por ser, o bien conductualmente inhibidos, o bien conductualmente desinhibidos cuando se les exponía a situaciones, personas u objetos desconocidos. Los niños inhibidos fueron definidos por una fuerte tendencia a la introversión y a retraerse ante situaciones de incertidumbre (muy tímidos, no sonríen en situaciones desconocidas, no

das en cada una de las tareas. Un resumen de los resultados significativos de estos análisis, así como de la dirección de las diferencias pueden verse en las tablas 2, 3 y 4.

De la misma manera, la interacción significativa de PCTA por resultado para la capacidad y las diferencias entre sujetos Tipo-A y B en este factor en la condición de éxito pueden verse ilustradas en la figura 1.

Dada la gran cantidad de resultados obtenidos, podemos concluir sumariamente que:

1. En general, el esfuerzo se utilizó más en el fracaso que en el éxito, mientras que la facilidad se empleó más en el éxito que en el fracaso.

2. Para el éxito, los sujetos Tipo-A hacen atribuciones más internas que los sujetos Tipo-B, debiéndose estas diferencias a la tendencia de los sujetos Tipo-A a explicar el éxito por la capacidad, y la de los sujetos Tipo-B a atribuirlo a la facilidad.

3. Los sujetos Tipo-A, en el fracaso son más internos e inestables (esfuerzo) que en

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de los factores atribucionales en función de los grupos de sujetos y el resultado obtenido.

	CAPACIDAD	ESFUERZO	FACILIDAD	SUERTE
<b>TIPO-A:</b>				
Éxito	1,59 (3,8)	1,18 (3,1)	5,09 (3,8)	0 (0)
Fracaso	1,18 (3,1)	3,9 (4,3)	1,95 (3,9)	0,9 (2,6)
<b>TIPO-B:</b>				
Éxito	0 (0)	0,95 (2,9)	7,35 (3)	0 (0)
Fracaso	2,5 (3,9)	2,95 (4,3)	2,2 (3,5)	0,25 (1,1)
<b>TOTAL</b>				
Éxito	0,83 (2,63)	1,07 (2,97)	6,17 (3,59)	0 (0)
Fracaso	1,81 (3,58)	3,45 (4,26)	2,07 (3,66)	0,25 (1,1)

Tabla 2. Resultados del Análisis de Varianza: PCTA por resultado

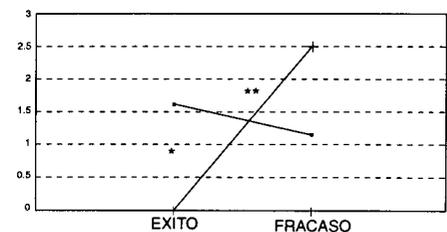
	F (1,40)	P	Dirección de la diferencia
Resultado:			
Esfuerzo	9,09	.005	Fracaso > Éxito
Facilidad	33,11	.000	Fracaso < Éxito
Interacción:			
PCTA x Result.	4,19	.05	
Éxito:			
Capacidad	4,12	.05	A > B
Facilidad	4,51	.05	A < B

Tabla 3. Tipo-A: Resultados de los análisis de varianza.

	F (1,21)	P	Dirección de la diferencia
Capacidad	6,11	.02	Fracaso > Éxito
Facilidad	9,78	.005	Fracaso < Éxito
Tipo-B/Éxito			
	6,21	.02	Facilidad > Capacidad
	9,27	.006	Facilidad > Esfuerzo
	40,21	.000	Facilidad > Suerte
	4,54	.04	Capacidad > Suerte
Tipo-B/Fracaso			
	4,3	.05	No capacidad > Mala Suerte
	6,06	.02	No esfuerzo > Mala Suerte

Tabla 4. Tipo-B: Resultado de los análisis de varianza.

	F (1,19)	P	Dirección de la diferencia
Capacidad	7,89	.01	Fracaso > Éxito
Facilidad	24,91	.000	Fracaso < Éxito
Tipo-B/Éxito			
	116,28	.000	Facilidad > Capacidad
	25,11	.000	Facilidad > Esfuerzo
	116,28	.000	Facilidad > Suerte
Tipo-B/Fracaso			
	5,5	.03	No capacidad > Mala Suerte
	6,96	.02	No esfuerzo > Mala Suerte
	5,11	.04	Dificultad > Mala Suerte



\*P < .05    \*\*P < .01    — TIPO-A    - - TIPO-B

Figura 1. Interacción PCTA por resultado para el factor capacidad

el éxito, mientras que los Tipo-B, por el contrario, ante el fracaso son más internos y estables (capacidad) que ante el éxito.

Si nos detenemos a analizar pormenorizadamente las conclusiones que concisa y previamente hemos expuesto, podemos matizar que:

a) El hecho de que se apele al esfuerzo más en el fracaso que en el éxito, parece que se debe, principalmente a los sujetos Tipo-A, pues son estos sujetos y no los B, los que lo utilizan significativamente más en el fracaso que en el éxito. Adicionalmente, los sujetos Tipo-A atribuyen el fracaso en mayor medida a la falta de esfuerzo que a cualquier otro factor, siendo significativas las diferencias con la falta de capacidad y la mala suerte, mientras que el grupo de sujetos Tipo-B apela por igual a la falta de capacidad, de esfuerzo y a la dificultad de la tarea.

b) La facilidad se utiliza más en el éxito que en el fracaso, y esto se debe en mayor medida a los sujetos Tipo-B, que apelan significativamente más que los sujetos Tipo-A a la facilidad como factor explicativo de su éxito.

c) La interacción encontrada para el factor causal de capacidad se entiende gracias a que los sujetos Tipo-A utilizan la capacidad para explicar el éxito, en mayor medida que lo hacen los Tipo-B y porque, además, los sujetos Tipo-B emplean la capacidad más en el fracaso que en el éxito (exactamente no hubo ningún sujeto Tipo-B que se decantara por este factor para el éxito).

## Discusión

Los resultados de la presente investigación parecen sugerir que los sujetos Tipo-A utilizan la llamada *atribución defensiva*, tal y como se ha encontrado en algunos de los estudios mencionados anteriormente (Lep-

pin y Schwarzer, 1991; Janisse et al., 1991; Pérez García et al., 1989; Pérez García y Sanjuán, 1996; Rhodewalt et al., 1988; Strube, 1985; Strube y Boland, 1986; Strube et al., 1987). Por un lado, los sujetos Tipo-A son más internos que los B para el éxito; por otro lado, en el fracaso son más internos e inestables (esfuerzo) que en el éxito. Por el contrario, los Tipo-B, ante el fracaso son más internos y estables (capacidad) que ante el éxito.

El hecho de que los sujetos Tipo-A sean más inestables (esfuerzo) para el fracaso que para el éxito pone de relieve la gran necesidad de estos sujetos, no sólo de mantener el control sobre la situación (Glass, 1977), sino también de preservar su autoestima (Price, 1982), pues la falta de esfuerzo es potencialmente modificable en una situación futura, con lo cual pueden creer que conseguirán tener éxito simplemente esforzándose más.

Sería interesante para futuras investigaciones tener en cuenta algunas consideraciones relevantes en el estudio del estilo explicativo. Así, por ejemplo, existe alguna evidencia de que las atribuciones cambian en función de que la situación amenace al control o a la autoestima (Rhodewalt et al., 1988; Pérez García et al., 1989) por lo cual sería necesario diferenciar ambos tipos de situaciones con el fin de aclarar qué factores atribucionales tienen más peso en cada una de ellas.

Del mismo modo, la evidencia de la facilidad o dificultad de la tarea tiene implicaciones en las atribuciones causales, pues si la dificultad es tan grande como para que los sujetos crean que todo el mundo fallará, o incluso si se les informa de que la mayoría de la gente fracasa, los sujetos no se sentirán implicados y no se esforzarán (Schwartz et al., 1986), y por lo tanto se puede preveer

que atribuirán su fracaso a la dificultad de la tarea. Sin embargo, ante un fracaso sentido como personal las diferencias individuales podrían emerger y sería posible saber si las atribuciones hechas son internas (estables o inestables) o externas.

Asimismo, si la facilidad de la tarea es muy evidente, independientemente de que se les informe o no de ello, también puede haber una tendencia a atribuir el éxito a la facilidad de la misma, que es lo que parece haber ocurrido en el estudio que nos ocupa aquí, pues, en general, todos los sujetos coincidieron en indicar la facilidad como factor causal del éxito en mayor medida que cualquier otro factor. Además, ambos grupos de sujetos emplearon la facilidad más en el éxito que en el fracaso.

Otra consideración, que creemos podría tener implicaciones, es el hecho de que sean los mismos sujetos los que pasan consecutivamente por una experiencia de éxito y otra de fracaso, pues podrían enmascarse los resultados, en el sentido de que pudieran contestar intentando ser congruentes, es decir, apelando al mismo factor atributivo en ambos tipos de resultados, por lo cual creemos que sería interesante tenerlo en cuenta en investigaciones futuras.

Adicionalmente, nos parece adecuado, para futuros estudios, cambiar la forma de evaluación de las atribuciones, pues la interpretación que hagan los sujetos de las dimensiones causales puede diferir de las propuestas teóricamente (internalidad-externalidad y estabilidad-inestabilidad), así, por ejemplo, Touhey y Villemez (1980) comprobaron que los sujetos con alta motivación de logro veían la capacidad como modificable (por ejemplo, la práctica puede aumentar la habilidad). Es posible que los sujetos Tipo-A pudieran creer lo mismo, ya que

también se caracterizan por estar altamente motivados por el logro, y de ser así, se podrían ensombrecer los resultados obtenidos en los estudios. También parece lógico pensar que las personas que tienden a creer que, en general, tienen mala suerte, no están entendiendo este factor causal como externo e inestable, pues el hecho de creer que se tiene mala suerte en un amplio abanico de situaciones, implica cierta internalidad y estabilidad.

También es interesante hacer notar, tal como señala Skinner (1996), que atribuir el éxito a una causa (por ejemplo, la capacidad) implica que el sujeto cree que existe una relación entre un medio (la capacidad) y un resultado (el éxito), tal como proponen las teorías atribucionales, pero también implica la creencia de que se posee ese medio (capacidad), mientras que cuando se trata de un fracaso, la creencia relativa a la conexión medio-resultado se mantiene, pero no así la relativa a la posesión (en este caso faltaría capacidad). Se hace necesario por lo tanto, diferenciar entre las creencias causales y las relativas a la competencia de uno.

Por todo ello y para finalizar, nos gustaría añadir que sería interesante seguir en esta línea de investigación para conseguir aclarar ciertas incógnitas sobre el estilo atributivo de los sujetos Tipo-A, teniendo en consideración algunas de las propuestas mencionadas anteriormente, como el hecho de enfrentarles con situaciones que amenacen al control o a la autoestima, la evidencia de la facilidad o dificultad de la tarea, el hecho de que el éxito o fracaso en la tarea sea personal o universal, el método de evaluación de las atribuciones, así como diferenciar entre explicaciones causales y creencias sobre la propia competencia.

## Referencias

- Bermúdez, J., Pérez García, A.M. y Sánchez-Elvira, M.A. (1991). *Inventario de Medida del Patrón de Conducta Tipo-A: JASE-H*. Informe del Departamento de Psicología de la Personalidad. Madrid: UNED.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, M.A. y Pérez García, A.M. (1988). Medida del Patrón de Conducta Tipo-A en muestras españolas: Datos preliminares. *Jornadas de Psicología y Salud*. Madrid, UNED, 18-20 de Febrero.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, M.A. y Pérez García, A.M. (1991). Medida del Patrón de Conducta Tipo-A en muestras españolas: Datos psicométricos del JAS para estudiantes. *Boletín de Psicología*, 31, 41-77.
- Booth-Kewley, S. y Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Brunson, B.I. y Matthews, K.A. (1981). The Type A coronary-prone behavior pattern and reactions to uncontrollable stress: An analysis of performance strategies, affect, and attributions during failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 906-918.
- Buchanan, G.M. (1995). Explanatory style and coronary heart disease. En G.M. Buchanan y M.E.P. Seligman (Eds.). *Explanatory style*. Hillsdale, New Jersey: LEA. (225-232).
- Carver, C.S. (1980). Perceived coercion, resistance to persuasion, and the Type A behavior pattern. *Journal of Research in Personality*, 14, 467-481.
- Clark, L.K. y Miller, S.M. (1990). Self-reliance and desire for control in the Type A behavior pattern. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 319-325.
- Furham, A., Hillard, A. y Brewin, C.R. (1985). Type A behavior pattern and attributions of responsibility. *Motivation and Emotion*, 9, 39-51.
- Glass, D.C. (1977). *Behavior Patterns, Stress and Coronary Disease*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Haynes, S.G. y Matthews, K.A. (1988). The association of Type A behavior with cardiovascular disease: Update and critical review. En B.K. Houston y C.R. Snyder (Eds.): *Type A Behavior Pattern: Research, Theory and Intervention*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Janisse, M.P., Yerama, C., Yeh, E., Moser, C.G. y Dick, D.G. (1991). Type A behavior and the processing of causal attributions of success and failure. En C.D. Spielberger, I.G. Sarason, J. Strelau y J.M.T. Brebner (Eds.) *Stress and Anxiety, Vol. 13*. Nueva York: Hemisphere Publishing Corp. (247-259).
- Krantz, D.S., Glass, D.C. y Snyder, M.L. (1974). Helplessness, stress level, and the coronary-prone behavior pattern. *Journal of Experimental Social Psychology*, 10, 284-300.
- Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Deitz, D., Friedman, R. y Pickering, T. (1992). The patterning of psychological attributes and distress by «job strain» and social support in a sample of working men. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 379-405.
- Leppin, A. y Schwarzer, R. (1991). Attributions of Type A individuals in an experimental academic stress situation. En C.D. Spielberger, I.G. Sarason, J. Strelau y J.M.T. Brebner (Eds.) *Stress and Anxiety, Vol. 13*. Nueva York: Hemisphere Publishing Corp. (261-273).
- Matthews, K.A. (1979). Effort to control by children and adults with Type A

- coronary-prone behavior pattern. *Child Development*, 50, 842-847.
- Matthews, K.A. (1988). CHD and Type A behavior: Update on an alternative to the Booth-Kewley and Friedman quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- Matthews, K.A. y Haynes, S.G. (1986). Type A Behavior Pattern and coronary disease risk. *American Journal of Epidemiology*, 123, 923-959.
- Miller, S.M., Lack, E.R. y Asroff, S. (1985). Preference for control and the coronary-prone behavior pattern: «I'd rather do it my self». *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 492-499.
- Musante, L., MacDougall, J.M. y Dembroski, T.M. (1984). The Type A behavior pattern and attributions for success and failure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 544-553.
- Musante, L., MacDougall, J.M., Dembroski, T.M. y Van Horn, A.E. (1983). Component analysis of the Type A behavior pattern in male and female college students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1104-1107.
- Pérez García, A.M., Sánchez-Elvira, A. y Bermúdez, J. (1989). Aproximación al estudio de las expectativas de rendimiento y estilo atributivo del patrón de conducta Tipo-A. *Boletín de Psicología*, 23, 65-84.
- Pérez García, A.M. y Sanjuán, P. (1996). Type A behaviour pattern's (Global and main components) attentional performance, cardiovascular reactivity, and causal attributions in the presence of different levels of interference. *Personality and Individual Differences*, 20(1), 81-93.
- Pérez García, A.M. y Santed, M.A. (1993). Patrón de conducta Tipo-A y amenaza a la libertad conductual: Reactancia psicológica como evidencia de la necesidad de control. *Boletín de Psicología*, 39, 77-92.
- Pérez García, A.M., Sánchez-Elvira, M.A., Susín, P. y Bermúdez, J. (1993). Componentes del Patrón de Conducta Tipo-A: Estudio de la reactividad psicofisiológica ante situaciones elicitoras de hostilidad. En M. Fornes y M.T. Anguera (Eds.) *aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU, (477-498).
- Price, V.A. (1982). *Type A Behavior Pattern. A Model for Research and Practice*. Nueva York: Academic Press.
- Rhodewalt, F. (1984). Self-involvement, self-attribution and the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 662-670.
- Rhodewalt, F. y Comer, R. (1982). Coronary-prone behavior and reactance: The attractiveness of an eliminated choice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 152-158.
- Rhodewalt, F. y Davison, J.Jr. (1983). Reactance and the coronary-prone behavior pattern: The role of self attribution in responses to reduced behavioral freedom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 220-228.
- Rhodewalt, F., Strube, M.J., Hill, C.A. y Sansone, C. (1988). Strategic self-attribution and Type A behavior. *Journal of Research in Personality*, 22, 60-74.
- Schwartz, D.P., Burish, T.G., O'Rourke, D.F. y Holmes, D.S. (1986). Influence of personal and universal failure on the subsequent performance of persons with Type A and Type B behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 459-462.

- Skinner, E.A.(1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549-570.
- Strube, M.J.(1985). Attributional style and the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 500-509.
- Strube, M.J., Berry, J.M. y Moergen, S. (1985). Relinquishment of control and the Type A behavior pattern: The role of performance evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 831-842.
- Strube, M.J. y Boland, S.M.(1986). Postperformance attributions and task persistence among Type A and B individuals: A clarification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 413- 420.
- Strube, M.J., Boland, S.M., Manfredó, P.A. y Al-Falaj, A.(1987). Type A behavior pattern and the self-evaluation of abilities: Empirical tests of self-appraisal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 956-974.
- Strube, M.J. y Werner, C.M.(1985). Relinquishment of control and the Type A Behavior Pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 688-701.
- Touhey, J.C. y Villemez, W.J. (1980). Ability attribution as result of variable effort and achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 211-216.
- Weidner, G.(1980). Self-handicapping following learned helplessness treatment ant the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 319-325.

# ***Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: Una revisión.<sup>(\*)</sup>***

**Ana M<sup>a</sup> TABOADA JIMÉNEZ**  
**Lourdes EZPELETA ASCASO**  
**Nuria DE LA OSA CHAPARRO**  
*Universitat Autònoma de Barcelona.*

## ***Resumen***

En esta revisión se presentan los hallazgos más importantes encontrados en la literatura sobre los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En primer lugar se describen aquellas variables disposicionales del niño como el temperamento, autoestima, sexo... que pueden constituir potenciales factores de riesgo de ansiedad. A continuación se hace referencia a factores de tipo genético, familiar, ambiental y social, para finalmente acabar presentando dos modelos que integran el conjunto de estos factores y así poder abordar de una forma más completa y comprensible la génesis de los trastornos de ansiedad en la infancia. Las conclusiones a las que se llega es que, pese al creciente conocimiento de los factores que intervienen en la gestación de los trastornos de ansiedad, la etiología de los mismos está todavía por conocer. Asimismo, se subraya la necesidad de considerar la confluencia o interacción entre múltiples factores de riesgo para explicar la etiología de estos trastornos, más que los efectos aislados que puedan estar ejerciendo cada uno de ellos sobre el individuo.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, trastornos de ansiedad, psicopatología en el niño y adolescente.

## ***Abstract***

This review presents the main findings in current literature about risk factors for anxiety disorders in children and adolescents. Individual child variables, such as temperament, self-esteem and gender, are first described. Genetic, family and social factors are then reviewed. Two models that integrate all these factors and help to understand the development of anxiety disorders in childhood are introduced. Conclusions are that, although much is known about the factors that intervene in these disorders, their etiology is still to be clarified. The need to consider the confluence or interaction among multiple factors in order to understand the etiology of anxiety disorders, rather than isolated effects, is emphasized.

**Keywords:** Risk factors, anxiety disorders, child and adolescent psychopathology.

---

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

**Dirección de los autores:** Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social. Facultat de Psicologia, Edifici B Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Bellaterra. Barcelona.

Diversos estudios epidemiológicos constatan que los trastornos de ansiedad probablemente constituyen la categoría nosológica más prevalente de todos los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia (Bernstein y Borchardt, 1991; Bragado, 1994; Echeburúa, 1993a; Hollander, Simeon y Gorman, 1996; Kashani y Orvaschel, 1988; 1990). Aunque los trabajos en esta área no han compartido criterios metodológicos estrictos y han proporcionado datos muy variables (Ayuso, 1988; Benjamin, Costello y Warren, 1990; Bernstein y Borchardt, 1991; Clark, Smith, Neighbors, Skerlec y Randall, 1994; Echeburúa, 1993a, b), los datos disponibles en este campo sitúan la prevalencia de estos trastornos entre un 5% y un 21% (Benjamin et al., 1990; Costello y Angold, 1995; Kashani y Orvaschel, 1988; 1990).

Los trastornos de ansiedad, además, tienen una gran relevancia clínica por los considerables efectos que ejercen sobre otras áreas de funcionamiento. Muchos procesos de pensamiento, así como también respuestas conductuales y psicológicas pueden ser dramáticamente alteradas bajo la influencia de la ansiedad (Ayuso, 1988; Cautela y Groden, 1989; Echeburúa, 1993a; Valdés y de Flores, 1990).

La elevada prevalencia de estos trastornos y los efectos perjudiciales que conllevan sobre otras áreas de funcionamiento, justifican la gran importancia del estudio de los factores que están relacionados con la etiología de estos trastornos, no tan solo para detectar a sujetos y a grupos de alto riesgo, sino también para desarrollar estrategias efectivas de intervención y diseñar programas de prevención eficaces.

El objetivo de este artículo es, pues, realizar una revisión de los factores de riesgo, así como también de los modelos etiológicos de los trastornos de ansiedad en la infancia y

adolescencia sugeridos por diferentes autores en la literatura, con el fin de tener una visión integradora sobre la gestación de estos trastornos, y despertar nuevas expectativas de cara a investigaciones futuras. En primer lugar se tratarán las características o factores disposicionales del niño (temperamento, autoestima, relación de apego con el cuidador, sexo, factores genéticos...), para referirnos seguidamente a los factores familiares (armonía marital, trastornos psicológicos en los padres, estilo educativo,...), ambientales y sociales (factores estresantes, nivel socioeconómico y cultural, teorías del aprendizaje...), para acabar presentando modelos que intentan integrar el conjunto de todos estos factores.

### Factores disposicionales del niño

Una de las características del niño que ha sido más consistentemente relacionada con los trastornos de ansiedad en la infancia ha sido el *temperamento*, en particular el temperamento inhibido. Las investigaciones más importantes sobre los aspectos psicológicos asociados a la inhibición conductual, o temperamento inhibido (Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons y Johnson, 1988), provienen de los proyectos longitudinales dirigidos por Kagan y colaboradores en el *Harvard Infant Study Laboratory* de Cambridge. Estos investigadores durante 7 años y medio siguieron dos cohortes independientes de niños, seleccionados a los 21 ó 31 meses de edad por ser, o bien conductualmente inhibidos, o bien conductualmente desinhibidos cuando se les exponía a situaciones, personas u objetos desconocidos. Los niños inhibidos fueron definidos por una fuerte tendencia a la introversión y a retraerse ante situaciones de incertidumbre (muy tímidos, no sonríen en situaciones desconocidas, no

se acercan a objetos nuevos, no inspeccionan el ambiente...), mientras que los desinhibidos se caracterizaban por ser propensos a la espontaneidad y aproximación (muy sociales, extrovertidos, sonrían en situaciones desconocidas, se acercan y tocan todo objeto nuevo, inspeccionan todo el ambiente...).

En un primer estudio, Biederman et al. (1990) hipotetizaron que un rasgo temperamental que podría estar relacionado con un elevado riesgo para el desarrollo de algún trastorno de ansiedad en la infancia, podría ser la inhibición conductual. Evaluaron, pues, los aspectos psicopatológicos asociados con la inhibición conductual en una muestra transversal de niños de alto riesgo por tener padres con trastorno de angustia y agorafobia mediante entrevistas con las madres utilizando la *Diagnostic Interview for Children and adolescents-Parent version* (DICA-P) (Herjanic and Reich, 1982; Orvaschel, 1985). En la muestra de niños seguidos longitudinalmente por Kagan y colaboradores, se realizaron preguntas por teléfono a diferentes madres para detectar qué niños podrían ser inhibidos y quiénes no. Los casos más extremos (muy inhibidos o muy desinhibidos) fueron seleccionados para pasar a una segunda fase en la cual se observaban sus reacciones ante la exposición de diferentes situaciones que eran cuantificadas siguiendo unos criterios determinados. Estos autores encontraron que los niños de padres con trastorno de angustia y agorafobia, con o sin comorbilidad con depresión, eran los que presentaban una proporción más elevada de inhibición conductual en comparación con los niños de la cohorte de Kagan. Y, a su vez, la inhibición conductual estaba asociada con una proporción más alta de trastornos de ansiedad tanto en los niños de alto riesgo (hijos de padres con trastornos de angustia y/o agorafobia) como en los niños valorados

muy tempranamente como inhibidos y seguidos longitudinalmente. Estos resultados sugieren que la inhibición conductual podría ser un factor de riesgo para el posterior desarrollo de trastornos de ansiedad en la infancia, mientras que la psicopatología de los padres, limitado a trastorno de angustia y agorafobia, podría conferir un cierto riesgo para inhibición conductual en los niños, y no tanto para un trastorno de ansiedad. Sin embargo, como en la cohorte de Kagan y colaboradores la inhibición conductual de los niños se determinó al margen de la psicopatología parental, cabe admitir también que este rasgo temperamental pueda ser un riesgo añadido a la psicopatología parental.

Con el fin de comprobar este último supuesto, Rosebaum et al. (1991) se plantearon una nueva hipótesis en la que postulaban que si la inhibición conductual estaba asociada con trastornos de ansiedad (trastornos de angustia y agorafobia), era de esperar encontrar una mayor proporción de estos trastornos en los familiares de niños inhibidos conductualmente. Los resultados hallados mostraron que los padres de niños inhibidos contaban con una proporción significativamente más alta de múltiples trastornos de ansiedad, así como también de antecedentes de haber padecido estos trastornos, que los padres de niños desinhibidos y controles normales, ( $p \leq 0.05$ ). Estos resultados coinciden con los encontrados por Biederman et al. (1990), en los cuales el 88% de los niños inhibidos pertenecían a la muestra de alto riesgo, es decir, a los niños de padres con trastorno de angustia y agorafobia. La conclusión a la que llegan estos autores es que la inhibición conductual identificada en niños de padres con trastornos de angustia y agorafobia, y asociada más tarde con trastornos de ansiedad en el niño, podría ser un marcador de una predisposición para la ansiedad.

Puesto que la inhibición conductual se ha visto que era más prevalente en los hijos de padres con trastorno de angustia y agorafobia, surgió la necesidad de investigar si los niños que eran inhibidos y además tenían algún trastorno de ansiedad, tenían más carga familiar de los trastornos mencionados, que los niños que también eran inhibidos pero que no reunieron criterios para ningún trastorno de ansiedad. Todos los niños fueron evaluados por la entrevista *Diagnostic Interview por Children and Adolescents-Parent version* (DICA-P) (Herjanic and Reich, 1982; Orvachel, 1985). Los padres en cambio, fueron explorados a través de la entrevista *The Diagnostic Interview Schedule* (DISC) (Robins et al. 1981). Se observó que la inhibición conductual confería un cierto riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en la infancia, pero este riesgo se incrementaba bajo la presencia de múltiples trastornos de ansiedad en los padres ( $p = 0.003$ ). Esto sugiere que la inhibición, cuando coexiste con psicopatología parental, puede ser una forma más severa de predisposición a la ansiedad, es decir, la inhibición conductual puede ser un factor de riesgo independiente para el inicio de un trastorno de ansiedad en la infancia, o bien un riesgo añadido a la psicopatología parental (Rosenbaum et al., 1992). Esta idea ya fue hipotetizada por Biederman et al. (1990) y confirmada por Biederman et al. (1993), quienes utilizaron el mismo instrumento de medida. Para evaluar a los niños (DICA-A/C) y para evaluar a los padres la entrevista (DICA-P) y la entrevista *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia* (K-SADS) (Orvachel, 1985), respectivamente; Sin embargo, estos autores encontraron que la presencia de una mayor carga familiar de trastornos de ansiedad en los padres (principalmente trastorno de angustia y/o agorafobia) de niños inhibidos se asociaba a una mayor

presencia de una diversidad de trastornos en los hijos. Estos autores sugieren la necesidad del estudio de muestras más grandes de niños con y sin inhibición conductual cuyos padres presenten trastornos de ansiedad, y de niños con y sin inhibición conductual cuyos padres no presenten ninguno de estos trastornos, para poder confirmar este supuesto.

Puesto que no todos los niños inhibidos a los 21 meses de edad eran inhibidos a los 2, 5 y 7 años de edad, se estudió también si aquellos que continuaban mostrándose inhibidos de forma estable (es decir, seguían siendo inhibidos a los 2, 5 y 7 años de edad) tenían un riesgo mayor para trastornos de ansiedad que aquellos que dejaban de ser inhibidos en estas edades o bien únicamente manifestaban inhibición en determinadas situaciones (inhibidos inestables) (Hirshfeld et al., 1992). Estos autores sugieren que estudios que analicen las relaciones entre los padres y el niño, y entre los hermanos y el niño, son necesarios para determinar el rol que juegan estas relaciones en la estabilidad de la inhibición o, incluso, en el inicio de los trastornos de ansiedad. Realizaron la evaluación mediante la observación de cómo reaccionaban los niños ante diferentes situaciones desconocidas que diferían según la edad del niño. Encontraron que la inhibición conductual estaba asociada con los trastornos de ansiedad en general, particularmente cuando se trataba de niños que se mostraban inhibidos de forma consistente o estable ( $p < 0.05$ ). Los mencionados autores intentaron explicar la estabilidad de la inhibición conductual como resultado de la interacción recíproca entre factores genéticos y ambientales. Ellos plantearon que un niño con tendencia a ser inhibido podría elicitar en los padres conductas protectoras, o bien en los hermanos mayores conductas agresivas. Estas conductas, a su vez, actuarían incrementando la

indecisión del niño para aproximarse a lo desconocido, y reactivaría de nuevo en los padres más protección. De esta forma se autopertuaría un ciclo que facilitaría la estabilidad de la inhibición conductual.

Investigadores de otros lugares también sostienen algunos de estos descubrimientos. Por ejemplo, Jalenques y Coudert (1990) utilizando los criterios del DSM-III-R (APA, 1987), encontraron que los niños que eran más introvertidos o inhibidos tenían un riesgo más elevado para desarrollar trastorno de ansiedad excesiva o trastorno de evitación que los niños que no presentaban estas características. Asimismo, Rende (1993) estudió asociaciones psicopatológicas de tres dimensiones temperamentales mediante el EAS (*Dimension of temperament*, Buss y Plomin, 1984). Los autores parten de que la emocionalidad podría estar relacionada con depresión; la actividad con trastornos de hiperactividad; y la sociabilidad con delincuencia. Consideran, pues, que estos rasgos en sus formas extremas podrían ser predictores de problemas psicológicos (que en el estudio de Rende, se centra especialmente en los trastornos de ansiedad. En una muestra longitudinal, encontraron que una elevada emocionalidad, ( $p < 0.01$ ) y una baja sociabilidad ( $p < 0.05$ ), estaba asociado con puntuaciones altas en ansiedad en las niñas. Para los niños, la dimensión que predecía ansiedad era una elevada emocionalidad ( $p < 0.01$ ). Si esta elevada emocionalidad implica una elevada activación del sistema nervioso simpático, o un bajo umbral de activación simpática, y la baja sociabilidad la entendemos como una tendencia a retraerse (Bowen, Vitaro, Kerr y Pelletier, 1995), ambos constructos, relacionados con inhibición conductual (Biderman et al. 1993; Hirshfeld et al. 1992; Manassis y Bradley, 1994; *Basic Behavioral Science Task Force*, 1996), podríamos pensar que los resultados

de este estudio no difieren de los anteriores. Y más recientemente, *Basic Behavioral Science Task Force* (1996) afirman también, que los niños caracterizados por un temperamento muy inhibido (baja sociabilidad), tienen un riesgo elevado para desarrollar diferentes trastornos de ansiedad, así como también depresión, durante la infancia y la adolescencia. Al mismo tiempo, estos niños tienen una mayor probabilidad de tener familiares diagnosticados clínicamente como ansiosos o deprimidos. Estos autores sugieren que podría haber una base familiar para la timidez. En cambio el nivel de actividad, parece no relacionarse con ningún trastorno de ansiedad.

Todos estos hallazgos sugieren que, a pesar de no poder discernir la importancia relativa de factores de riesgo transmitidos genéticamente o ambientalmente (Rosebaum et al. 1992), la inhibición conductual podría ser una manifestación temprana de una predisposición familiar para los trastornos de ansiedad (Biderman, Rosebaum, Chaloff y Kagan, 1995). Sin embargo, puesto que no todos los niños inhibidos conductualmente desarrollan trastornos de ansiedad (Biderman et al. 1993; Manassis, Bradley, Goldberg, Hood y Swinson, 1995) y algunos niños ansiosos no tienen una historia previa de inhibición (Manassis et al. 1995), surge la necesidad de considerar la inhibición conductual como uno de los múltiples factores que pueden estar contribuyendo en la génesis de los trastornos de ansiedad (Biderman et al. 1993; Manassis et al. 1995).

Así por ejemplo, una variable muy importante que no se ha tenido en cuenta en estos estudios sobre inhibición conductual, es el sexo de los sujetos. Ciertos rasgos temperamentales observados muy tempranamente en la vida (Costas, 1990) como por ejemplo el nivel de habituación, orientación, motricidad, variabilidad de estados, estabi-

lidad del sistema nervioso vegetativo, reflejos... evaluado con la *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, (NBAS) (Brazelton, 1973, 1984); o por ejemplo, medidas del umbral doloroso, madurez motriz, fijación visual y seguimiento de objetos, estimación de la irritabilidad o sensibilidad ante diferentes estímulos, tono muscular... evaluado con el *Graham Behavioral Test for Neonates* (Graham, 1956), podrían predecir desadaptaciones conductuales o estilos conductuales (Costas, 1990) en la infancia y adolescencia, pero los patrones de conexión para los diferentes síndromes psicopatológicos difieren en niños y niñas (Rende, 1993). Por consiguiente, las tendencias psicopatológicas y las consecuencias de la inhibición conductual podrían diferir en función del sexo de los sujetos (Bowen et al., 1995). De momento, la inhibición conductual parece ser más estable en las niñas que en los niños desde la infancia temprana hasta la adolescencia (Kerr, Lambert, Stattin y Klackenberg-Larsson, 1994). Por otro lado, Bowen et al. (1995) encontraron que, en la literatura, la timidez es considerada un rasgo más apropiado para niñas que para niños. Así, por ejemplo, en un estudio revisado por estos autores, se halló que las madres de niños tímidos se mostraban más descontentas con sus hijos que las madres de niñas tímidas. La timidez en las niñas predecía sensibilidad, delicadeza y satisfacción en sus madres, no siendo así para los niños. En éstos la timidez se volvía menos aceptable para sus madres a medida que se iban haciendo mayores. Esto es posible dado que en las mujeres socialmente se espera un rol de comportamiento femenino caracterizado por temerosidad, necesidad de protección, más dispuestas a reconocer y comunicar sus temores etc... En cambio para los niños el comportamiento social esperado es de valor, fortaleza, ausen-

cia de temor y defensa del sexo débil (Bragado, 1994). Esta aceptabilidad diferencial de la timidez en niños y niñas, podría explicar el hecho de que la timidez o inhibición sea más estable en niñas que en niños. Y, por otro lado, la inhibición conductual en niños podría ser un mejor predictor de posteriores problemas internalizantes que en las niñas (Bowen et al. 1995). No obstante, futuros estudios deben replicar este supuesto.

Todo esto nos sugiere que el temperamento del niño, ya muy tempranamente, va a interactuar con el entorno y posiblemente contribuirá en la formación de los vínculos sociales en el establecimiento de las relaciones con los que le rodean (Werner, 1993), ya que como se ha visto en estudios anteriores, el temperamento del niño juega un rol esencial en el establecimiento de las relaciones con los que le rodean. Por ejemplo, un niño con un temperamento fácil (que se adapta fácilmente a las situaciones, con humor positivo, que sea regular en sus hábitos biológicos diarios, que sea capaz de mantener la atención), elicitará más respuestas positivas de su madre que un niño con un temperamento difícil (que sea muy activo, que responda a las situaciones de manera muy intensa, que se distraiga fácilmente), determinando así, el tipo de relación que se establezca e influyendo en su posterior adaptación.

Así pues, la relación de *apego*, entendido como la relación o vínculo afectivo especial que se establece entre el niño y sus cuidadores, cuya finalidad principal es proporcionar al niño supervivencia y seguridad, entre otros durante la primera infancia, (*Basic Behavioral Science Task Force*, 1996; López, 1985), es otro de los factores que podría estar relacionado con el posterior desarrollo de los trastornos de ansiedad. En un estudio en el que se examinó si la inhibición conductual, la inseguridad del vínculo

afectivo o ambos podrían estar asociados con ansiedad en una población de alto riesgo (niños de madres ansiosas), los resultados demostraron que tanto la inhibición como una relación de apego inseguro parecían estar asociadas con una mayor vulnerabilidad para la ansiedad ( $p < 0.05$ ) (Manassis, Bradley, Goldberg, Hood y Swinson, 1995). Sin embargo, la inseguridad del apego y la inhibición conductual por sí solas no son suficientes para explicar el desarrollo de estos trastornos (Manassis y Bradley, 1994). De hecho, en el estudio de Manassis et al. (1995) evaluaron la relación de apego con un procedimiento experimental estandarizado: el *Strange Situacion Procedure* (Ainsworth y Wittingm, 1969) y encontraron que los niños que tenían mayor riesgo de padecer ansiedad eran aquellos que además de ser inhibidos tenían una relación de apego inseguro, y cuyas madres experimentaban múltiples estresores, tenían síntomas depresivos y se sentían incompetentes como madres y frustradas con el niño. Lo que no queda claro es cómo la inhibición y la inseguridad del apego podrían interactuar para incrementar el riesgo de ansiedad. Uno de los dos factores podría ser de mayor importancia que otro en el desarrollo de ciertos tipos de ansiedad. O bien, los diferentes tipos de relación de apego inseguro podrían interactuar con la inhibición conductual de diferentes formas para dar lugar a los distintos tipos de trastornos de ansiedad. Pero estas dos hipótesis no han sido probadas.

*Basic Behavioral Science Task Force* (1996) no relacionó directamente el apego con los trastornos de ansiedad, pero sí dejó claro que los niños que presentaban un apego seguro tenían más probabilidad de ser empáticos, menos conflictivos y más competentes en sus relaciones con los adultos y compañeros que los niños caracterizados por

un apego inseguro. Estos últimos tendían a tener más problemas en sus relaciones con las otras personas dado que sus conductas eran a veces hostiles, distantes o demasiado dependientes, con lo cual sus relaciones sociales se veían significativamente afectadas. Este autor sugiere que un apego inseguro en la infancia puede predecir, entre otros, dificultades en las relaciones con los iguales. Por otro lado, está claro que estas relaciones con los iguales son de esencial importancia para el desarrollo de las competencias sociales de los niños. El niño que presente problemas importantes en sus relaciones con los iguales, no sólo se verá privado de ocasiones para aprender las habilidades necesarias para interactuar con los otros (Jiménez, 1995a; Manassis y Bradley, 1994), sino que además presentará un elevado riesgo para padecer posteriores problemas psicológicos (Jiménez, 1995a; La Greca, 1993; Taboada, Granero, de la Osa y Ezpeleta, 1996). Por ejemplo, hay evidencia de que un déficit en habilidades sociales o, unas pobres relaciones sociales en la infancia, está asociado con toda una gama de problemas internalizantes, entre los cuales se encuentra la ansiedad (Jiménez, 1995a). Así pues, una relación de apego inseguro, aunque no directamente, podría tener una cierta asociación con el desarrollo de estos trastornos.

Por otro lado, los estudios revisados sobre trastornos de ansiedad en la infancia confirman una prevalencia más alta de estos trastornos en niñas que en niños (Clark, Smith, Neighbors, Skerlec y Randall, 1994; Costello y Angold, 1995; Kashani y Orvaschel, 1990; Kashani, Orvaschel, Rosenberg y Reid, 1989; Rodríguez-Sacristán, 1995). Aunque estas diferencias entre *sexos* desaparecen cuando se considera cada trastorno separadamente (Bird, Gould, Yager, Staghezza y Canino, 1989; Costello y Angold, 1995; Last, Perrin,

Hersen y Kazdin, 1992). Tan sólo para el trastorno de ansiedad excesiva la diferencia entre *sexos* parece ser clara y consistente (Costello y Angold, 1995). Estas diferencias, hasta el momento, no han sido explicadas satisfactoriamente y podrían, en cambio, orientar el entendimiento de la etiología de los trastornos de ansiedad (Clark, Smith, et al. 1994).

La *autoestima* es otro de los factores que juega un importante rol en el desarrollo de muchos trastornos mentales como la depresión y trastornos alimentarios (*Basic Behavioral Science Task Force*, 1996). Pero pocos estudios han relacionado directamente autoestima con trastornos de ansiedad. Tan solo Messer y Beidel (1994) observaron que los niños ansiosos presentaban una autoestima más baja que los niños controles normales, ( $p < 0.001$ ). Por otro lado, sabemos que la vulnerabilidad cognitiva juega un importante rol en la gestación de estos trastornos, dado que implica sesgos sistemáticos en el procesamiento cognitivo, que a su vez influyen en el impacto emocional de los acontecimientos ambientales (Clark, Smith et al. 1994; Eysenck, 1992; Caprara y Rutter, 1995).

Según todo esto, es obvio que ciertos atributos del niño como el temperamento, el sexo, la percepción cognitiva, la autoestima, la relación de apego y las habilidades sociales deben considerarse para un mejor entendimiento de la génesis de los trastornos de ansiedad en la infancia.

Asimismo, no podemos olvidar el papel que puede ejercer la herencia en estos trastornos. Son pocos los estudios que han examinado la contribución relativa de la herencia y el ambiente en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, y menos todavía si consideramos el terreno infantil. Sin embargo los datos disponibles, pese a ser algunos contradictorios, sugieren que si bien los *factores genéticos* ejercen alguna influencia en

la etiología de los trastornos de ansiedad, ésta no es determinista ni isomórfica para todos los tipos de trastornos de ansiedad.

Algunos investigadores, por ejemplo, han encontrado, bien en investigaciones propias o bien en la literatura, que la ansiedad generalizada no está influida por factores genéticos (Torgersen, 1983; Torgersen, 1988; Ayuso, 1988); otros afirman que cuando se consideraba este trastorno con una duración de un mes, sí parecía ser heredable, pero los descubrimientos eran menos claros cuando se definía con una duración de seis meses. Y, finalmente, Reider, Kaufmann y Knowles (1996) establecen que los estudios revisados informan de un mayor porcentaje de agregación familiar para este trastorno. Resultados similares se han encontrado para el trastorno obsesivo compulsivo. Mientras algunos investigadores (Rapoport, 1989; Torgersen, 1983; Torgersen, 1988) parecen encontrar una base genética para este trastorno, Reider et al. (1996) informan que los estudios revisados demuestran lo contrario. En cuanto al resto de trastornos (trastorno de ansiedad por separación, fobias, crisis de angustia, agorafobia, trastorno por evitación), los resultados tampoco están claros, pero parece haber más consistencia al considerar un componente genético en la génesis de los mismos.

No hay que olvidar que todos estos estudios se han realizado con adultos, con lo cual no podemos generalizar estos resultados al campo infantil. No obstante, los hallazgos encontrados sugieren que no podemos descartar un componente genético en el estudio de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

### Factores familiares

Numerosos estudios empíricos y epidemiológicos demuestran que la presencia de

trastornos psicológicos en los padres está asociada a una mayor proporción de psicopatología en los niños. Sin embargo, no parece existir una relación isomórfica entre el diagnóstico de los padres y el funcionamiento del niño (Gotlib y Avison, 1993). Así por ejemplo, Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon y Prusoff (1984) utilizaron la entrevista *Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version* (SADS-L), para evaluar a los padres. Los niños no fueron entrevistados directamente y fueron evaluados (a ciegas por parte del entrevistador) del status psicológico paterno mediante la historia familiar obtenida por múltiples informantes y informes médicos; y para una mejor estimación del diagnóstico del niño, finalmente un psiquiatra evaluaba directamente a los niños mediante una entrevista siguiendo los criterios DSM-III-R. Esto mismo también se realizó con los padres. Demostraron, en una muestra de niños de 6 a 17 años, que aquellos cuyos padres tenían depresión mayor primaria y trastornos de ansiedad diversos, tenían un riesgo incrementado para ambos trastornos, cuando se les comparaba con los niños de padres con sólo depresión o con controles normales. Estos hallazgos fueron replicados más tarde por Mufson, Weissman y Warner (1992).

Turner, Beidel y Costello (1987) estudiaron la presencia de trastornos psicológicos en hijos de padres con trastornos de ansiedad, con trastorno distímico y sin psicopatología, siendo estos últimos separados en dos grupos. El grupo control-1 incluía niños de padres sin psicopatología a quienes se les solicitaba si permitían que sus hijos participaran en el estudio. El grupo control-2 estaba formado por niños escogidos en escuelas como sanos según los resultados obtenidos tras administrar una entrevista semiestructurada. Los niños fueron evaluados mediante la *Fear Survey Schedule for Children*

*Revised* (FSSC-R, Ollendick, 1983), el *State-traits Anxiety Inventory for Children* (STAIC) (Spielberger, 1973), y la *Child Assessment Schedule* (CAS) (Hodges et al. 1982). Los padres fueron evaluados separadamente del niño mediante la entrevista CAS (Hodges et al. 1982) y también con la *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS) (DiNardo et al. 1983). Se aplicó un análisis de la variancia de un factor y encontraron (mediante el índice de Odds Ratio) que los niños de padres con trastornos de ansiedad tenían 7 veces más probabilidad de tener un diagnóstico de ansiedad que los niños de padres normales, ( $p < 0.01$ ); y 2 veces más probabilidad de tener similares diagnósticos que los hijos de padres distímicos, aunque en este último caso esta diferencia no fue significativa, ( $p > 0.05$ ). Estos resultados hicieron pensar que podría ser la presencia de algún trastorno emocional en los padres (ansiedad, depresión...) lo que confiere un cierto riesgo para las alteraciones psicológicas en los hijos.

Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin (1991) en un estudio en el que compararon la psicopatología de los familiares de tres grupos de niños: niños con ansiedad (trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad excesiva, trastorno por evitación, trastorno fóbico, trastornos de angustia, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo; niños con trastorno de conducta y niños controles sin psicopatología. Los niños fueron evaluados con la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia por School-Age Children* (K-SADS) (Orvaschel, 1985), los familiares de primer grado fueron evaluados mediante la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID) y los familiares de segundo grado fueron evaluados a través de la información proporcionada por los propios padres del niño, utilizando el método de Historia Familiar. En-

contraron que, en general, los niños que manifestaban trastornos de ansiedad contaban con una mayor proporción de estos trastornos en sus familiares de primer grado, ( $p < 0.00001$ ). Sin embargo, cuando se realizó un análisis separadamente en función del sexo, esta asociación sólo se observó para los niños, ( $p < 0.001$ ). En las niñas no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con psicopatología, ( $p < 0.10$ ), pero ambos sí diferían del grupo control. En una segunda exploración en la que la familia era considerada como unidad de análisis, encontraron que el porcentaje de familias que tenían por lo menos un familiar de primer grado con algún trastorno de ansiedad, era superior en el grupo de niños ansiosos, comparado con los otros dos grupos. Sin embargo, cuando el familiar de primer grado se limitaba a los padres, no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos psicopatológicos. Y si se tenía en cuenta el sexo del familiar, lo más sorprendente es que la presencia de una mayor proporción de trastornos de ansiedad sólo era significativa para los padres de niños ansiosos con respecto al resto de grupos, pero no para las madres. En cambio, la prevalencia de estos trastornos de ansiedad era más alta en las madres que en los padres. Estos resultados sugieren que, aún siendo más prevalentes estos trastornos en las madres, cuando se manifiestan en los padres hay una mayor probabilidad de que los hijos tengan trastornos de ansiedad. Esto se contradice con las afirmaciones hechas por Krohne y Hock (1991), quienes sostienen que existe una estrecha asociación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad de las niñas; no siendo así para los niños. Por otro lado, Last et al. (1991) demostraron también que aunque no había diferencias significativas entre los familiares de niños con múltiples trastornos de ansiedad,

comparados con aquellos que tan solo manifestaban uno, sí que se pudo observar una tendencia a la significación en la dirección esperada.

Por otro lado, Last et al. (1991) demostraron también que aunque no había diferencias significativas entre los familiares de niños con múltiples trastornos de ansiedad, comparados con aquellos que tan solo manifestaban uno, sí que se pudo observar una tendencia a la significación en la dirección esperada. La conclusión a la que llegaron es que podría existir un componente familiar implicado en la patogénesis de los trastornos de ansiedad.

Más recientemente un grupo de investigadores analizaron los efectos de la depresión mayor y trastorno de angustia sobre el riesgo de depresión y ansiedad en los hijos. Para ello se evaluó la presencia de psicopatología en los niños a través de la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic version K-SADS-E* (Orvaschel et al. 1982). En los padres y familiares adultos se estimó sus diagnósticos siguiendo los criterios del DSM-III-R y a través de la información que proporcionaban ellos mismos y sus cónyuges y otros familiares adultos para finalmente pasar a ser valorados por un psiquiatra y un psicólogo, los cuales no tenían acceso a la información recogida. Asimismo, para evaluar el ambiente familiar se utilizó la *Family Adaptability and Cohesion Scale* (FACES) (Olson et al. 1979). Los resultados mostraron que el riesgo para trastornos de ansiedad era mayor cuando los padres tenían un inicio temprano de la depresión y ésta era recurrente; no siendo así cuando el inicio había sido tardío y no era recurrente. Sin embargo, cuando se estudió el espectro de los trastornos de angustia y se controló por baja y alta adaptabilidad (una alta adaptabilidad es indicativa de un ambiente familiar caótico, donde hay gran desorden, intercambio de roles continuos, poca disciplina etc.; y una baja

adaptabilidad reflejaría todo lo contrario al extremo: gran orden y disciplina, roles muy bien establecidos etc.), la depresión temprana y recurrente pérdida significación, resultados que fueron interpretados como indicadores de que el ambiente familiar caótico podría actuar como un moderador de esta asociación (Warner, Mufson y Weissman, 1995). Estos resultados apoyan la hipótesis de que por lo menos para un subconjunto de trastornos psicológicos, lo que se puede heredar es una vulnerabilidad para el trastorno, que podría manifestarse si además están presentes estresores ambientales (Warner et al. 1995).

Otros estudios han hallado también una transmisión familiar de los trastornos de ansiedad. Así por ejemplo, Jalenques y Coudert (1990) estudiaron como factores de riesgo el temperamento (especialmente inhibido), la introversión, el nivel sociocultural, antecedentes familiares de ansiedad y/o depresión, el sexo, la edad del niño etc. Los trastornos de ansiedad en el niño, que se evaluaron siguiendo criterios DSM-III-R, fueron: trastorno de ansiedad, trastorno por evitación, trastorno de ansiedad por separación, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, fobias simples, fobia social, trastornos de angustia, agorafobia y ansiedad no específica. Los resultados muestran una clara asociación entre los diferentes factores de riesgo y algunos trastornos de ansiedad. El temperamento inhibido se asocia con trastorno de ansiedad excesiva y trastorno por evitación, bajo nivel sociocultural se asocia con trastorno de ansiedad por separación y alto nivel sociocultural se asocia con trastorno por ansiedad excesiva. La presencia de ansiedad y/o depresión en los padres parece asociarse a una mayor presencia de trastornos de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad por separación etc... Así pues, los factores de riesgo

evaluados parecen tener un cierto impacto en los hijos (Kashani, Vaidya et al. 1990).

Por otro lado, Last et al. (1991) intentaron estudiar la existencia de algún patrón específico en la transmisión de los diferentes trastornos de ansiedad (por separación, ansiedad excesiva, por evitación, por estrés postraumático, obsesivo-compulsivo, fóbico, de ansiedad...). Pero no encontraron datos a favor de esta especificidad. Ellos hipotetizaron que el tipo de trastorno de ansiedad específico en el niño deberían asociarse al tipo de trastorno de ansiedad específico en los padres. Sin embargo, los resultados fueron contrarios a los esperados. Por ejemplo, el trastorno de angustia era más prevalente en las familias con niños que presentaban trastorno de ansiedad excesiva, que también era más prevalente en las familias que tenían este mismo trastorno, pero también en las familias que tenían hijos con trastorno de ansiedad por separación, etc.

En resumen, parece observarse que hay una gran evidencia sobre la existencia de un factor familiar en la génesis de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, no está del todo claro si el mecanismo específico de transmisión o la naturaleza del factor familiar es de origen genético, ambiental o una combinación de ambas cosas (Last et al. 1991; Messer y Beidel, 1994; Rende y Plomin, 1993; Thapar y McGuffin, 1995; Toro, 1991; Turner, Beidel y Costello, 1987; Turner, Beidel y Epstein, 1991). Lo que sí queda claro es que la psicopatología parental pone al niño no sólo ante un riesgo genético, sino ante otras múltiples condiciones de riesgo ambiental (Downey y Walker, 1992; Masten y Coatsworth, 1995; Rende y Plomin, 1993) como por ejemplo, una elevada exposición a estrés, inestabilidad de las relaciones familiares, baja calidad en el rol de padres, indisponibilidad emocional de los padres... (Canino,

Bird, Rubio-Stipec, Bravo y Alegría, 1990; Fendrich, Warner y Weissman, 1990; Gotlib y Avison, 1993; Hammen, Burge y Stansbury, 1990; Masten y Coatsworth, 1995). Asimismo, Hammen, Burge y Stansbury (1990) sostienen que la relación entre funcionamiento maternal y características del niño es recíproca y que ambos se afectan por vías que implican un ciclo negativo de mutuo desequilibrio.

De entre los factores del ambiente familiar que más se han estudiado como posibles factores riesgo de psicopatología en el niño, destacan las variables referentes a *armonía marital*. Sin embargo, este factor ha sido estudiado en su mayor parte como posible predictor de psicopatología externalizante y son muy pocos los estudios que han abordado su relación con problemas de tipo internalizante (Dadds y Powell, 1991). Expondremos a continuación los datos disponibles que, aunque no demasiado consistentes, sí que pueden aportar datos de interés para el investigador.

En un estudio realizado por Fendrich, Warner y Weissman (1990) se exploró el efecto de diferentes medidas de discordia marital sobre la psicopatología del niño, en dos muestras diferentes: una muestra de niños con padres deprimidos, y una muestra de niños con padres sin este trastorno. Curiosamente encontraron que los trastornos de ansiedad en los niños no estaban asociados con ninguna medida de problemas maritales en ambas muestras pero, en cambio, sí se evidenció una asociación con la depresión de los padres, ( $p < 0.001$ ). Este hallazgo es consistente con otras investigaciones en donde la depresión de la madre parecía ser un predictor de ansiedad en sus hijos (Mufson, Weissman y Warner, 1992; Turner, Beidel y Costello, 1987; Weissman et al. 1984).

Stark, Humphrey, Crook y Lewis (1990) evaluaron el ambiente familiar de 4 grupos

de niños: deprimidos, ansiosos, deprimidos y ansiosos, y controles normales. Los descubrimientos de este estudio fueron sorprendentes al no encontrar diferencias significativas entre el grupo de niños depresivos y el grupo de niños ansiosos pero sí entre el grupo de ansiosos comparado con el de depresivos-ansiosos. Estos últimos percibían a sus familias como menos democráticas a la hora de tomar decisiones en la familia, menos implicadas en actividades recreacionales, más enmarañadas y sentían menos apoyo dentro de la familia y más conflicto. Los autores no esperaban que los dos grupos que presentan ansiedad, al ser más similares en sintomatología, difirieran entre sí. En cambio sí esperaban encontrar diferencias ente deprimidos y ansiosos. No está claro el por qué de estos resultados, pero quizá - sugieren los autores - son debidos al mayor nivel de gravedad sintomatológica de este grupo de niños (depresivos-ansiosos).

Un año más tarde, Dadds y Powell (1991) estudiaron los efectos de diferentes formas de equilibrio marital (armonía global, desacuerdo y conflicto parental) sobre la conducta agresiva y ansiosa del niño, teniendo en cuenta el sexo de los sujetos. Puesto que estos investigadores hallaron en la literatura gran asociación entre discordia marital y problemas externalizantes en niños pero no en niñas, hipotizaron que para niños era de esperar encontrar esta misma asociación, mientras que para las niñas la discordia marital podría estar más asociada con la presencia de problemas de tipo internalizante. Los resultados de este estudio, sin embargo, no fueron como se esperaba. Se observó una relación entre discordia parental y agresión para todos los sujetos de la muestra; y en relación a la ansiedad de los sujetos, ambas medidas, armonía marital y desacuerdo en la crianza de los hijos, estaban asocia-

das con ansiedad pero únicamente para los niños. La ansiedad de las niñas no presentó ninguna asociación significativa con ninguna de estas medidas. Una posible explicación de estos resultados sugerida por los mismos autores es que, como la evaluación de los niveles de ansiedad en los hijos únicamente se hizo a partir de la información proporcionada por las madres, podría ser que las madres angustiadas de su situación matrimonial tengan una tendencia a no percibir los incrementos de la ansiedad en las niñas como un problema.

Aunque pocos, estos estudios no parecen demostrar una clara asociación entre armonía marital y trastornos de ansiedad. Únicamente cuando se estudia separadamente en función del sexo, el grado de armonía marital parece estar asociado con la ansiedad en los niños, pero no en las niñas. Sin embargo, son necesarios más estudios para verificar estos resultados.

Otro de los factores de riesgo bastante considerado entre los investigadores es el *estilo educativo de los padres*. En el ámbito infantil parece ser que un estilo educativo caracterizado por alta controlabilidad o sobreprotección puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad (Gerlsma, Emmelkamp, Arrindell, 1990; Manassis y Bradley, 1994; Messer y Beidel, 1994; Toro, 1991), aunque como veremos a continuación, algunos estudios han encontrado efectos diferenciales en función del sexo del sujeto.

Así por ejemplo, Krohne y Hock (1991) realizaron un estudio basado en la observación sistemática para comprobar si las conductas restrictivas de las madres para con sus hijos, entendidas como una disposición pronunciada al control del niño, podrían predecir ansiedad. Puesto que la literatura sugiere que la actitud de los padres hacia los hijos puede

tener efectos diferenciales en función del sexo, estos autores analizaron sus observaciones teniendo en cuenta esta variable. Se registró el estilo educativo a través de una situación de juego en la que madre e hijo tenían que construir un puzzle. Una conducta restrictiva en la madre quedaba definida cuando la madre trataba de resolver los problemas y dificultades que iban surgiendo, dejando poca iniciativa y poco tiempo al niño para que él mismo intentara resolverlo. Esto se manifestaba por una continua intervención de la madre en el juego. Los resultados a los que se llegaron fueron diferentes para niños que para niñas. En las niñas una conducta muy restrictiva de las madres estaba asociada a altos niveles de ansiedad. En cambio en los niños la relación fue inversa. La explicación que dieron los autores a estos resultados fue que las niñas perciben la intervención activa de las madres como competitiva y por tanto, les induce ansiedad; mientras que los niños ven esta conducta como de apoyo o ayuda, reduciéndoles así la ansiedad.

Resultados similares fueron encontrados por Bowen et al. (1995), que demostraron que la sobreprotección tenía efectos diferenciales en función del sexo. Sin embargo, añadieron un pequeño matiz. La sobreprotección en los niños actuaba como factor protector para el desarrollo de trastornos de ansiedad, pero únicamente cuando se trataba de niños inhibidos conductualmente. Este efecto moderador, en cambio, no fue encontrado para las niñas. Ellos sugieren que, si asumimos que la actitud de las madres hacia los niños inhibidos conductualmente es generalmente negativa en comparación con las niñas, entonces una actitud no sobreprotectora en estos niños acentuaría el riesgo para posteriores problemas internalizantes.

Teichman y Ziv (1994) examinaron la relación existente entre cohesión (grado de

proximidad, lealtad e independencia) y adaptabilidad (grado de rigidez, intercambio de roles y disciplina) familiar de padres y abuelos, y los niveles de ansiedad en el niño. Utilizaron la *Adaptability Cohesion Evaluation Scales* (FACES III) (Teichman y Navon, 1990) para evaluar las relaciones familiares. Y para evaluar la ansiedad rasgo de los niños emplearon la *Trait Anxiety Inventory for Children* (TAIC) que es una parte del cuestionario STAIC (Spielberger et al., 1973). Encontraron que el nivel de adaptabilidad en la familia no estaba relacionado con los niveles de ansiedad rasgo del niño. En cambio, los descubrimientos acerca de la cohesión familiar mostraron que una alta cohesión percibida en los padres predecía niveles altos de ansiedad rasgo en el niño, no siendo así para las abuelas en donde una baja cohesión era lo que predecía más altos niveles de ansiedad en el niño. Estas discrepancias entre padres y abuelas se interpretó como sigue. Mientras la proximidad intensa (elevada cohesión) en los padres puede ser entendida como sobreprotección, la cual actuaría incrementando la ansiedad del niño, esta elevada proximidad en las abuelas podría ser considerada como apoyo y seguridad, valores que contribuyen a la reducción de la ansiedad. Respecto a los abuelos, no se encontró ninguna influencia sobre la ansiedad rasgo de los nietos.

Estos estudios parece que apoyan que un estilo educativo de sobreprotección puede contribuir en el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, dado que los dos primeros han encontrado efectos diferenciales de la sobreprotección sobre niños y niñas, siendo los efectos más perjudiciales en las niñas, remarcan la importancia de considerar la variable sexo para posteriores investigaciones.

## Factores ambientales y sociales

Existe un cierto consenso en considerar que los *acontecimientos vitales estresantes* contribuyen significativamente y consistentemente en la predicción de psicopatología. Más específicamente, parece que se requiere la presencia de ciertos estresores para el desarrollo de algunos trastornos psicológicos. Así por ejemplo, Jensen, Bloedau, Degroot, Ussery y Davis (1990), estudiaron si determinados factores, como la presencia de psicopatología parental, el alcoholismo, la discordia familiar, el divorcio, el temperamento del niño, enfermedades físicas del niño, la posición entre los hermanos, la edad, la capacidad de afrontamiento, el nivel socioeconómico, el tamaño familiar etc., podrían constituir factores de riesgo de padecer psicopatología. Los resultados de este estudio muestran que la presencia de estos factores (aunque no todos) se asocian significativamente con una alta presencia de sintomatología psicológica en el niño, destacando especialmente como estresores la presencia de mal funcionamiento familiar y psicopatología parental. Los autores concluyen que para una mejor explicación de la psicopatología del niño se debería considerar la interacción ambiente-persona. Warner, Mufson y Weissman (1995), se centraron en el estudio del ambiente familiar (cohesión, adaptabilidad y ajuste marital), la presencia de psicopatología en los padres (depresión mayor y crisis de angustia), el nivel socioeconómico y cultural... como posibles factores de riesgo de padecer psicopatología en los hijos. Los resultados son similares a los de Jensen et al. (1990). Estos autores apoyan la hipótesis de que para un subconjunto de trastornos psiquiátricos, lo que puede ser heredado es una cierta vulnerabilidad para el trastorno; pero que se requieren cier-

tos factores estresantes para que se manifieste la psicopatología. Por lo que respecta a los trastornos de ansiedad en la infancia, parece que esta asociación es bastante consistente en la literatura, demostrando que un número elevado de acontecimientos vitales estresantes pueden contribuir en el desarrollo de todos los trastornos de ansiedad (Bernstein y Borchardt, 1991; Kashani, Vaidya, et al., 1990; Monroe y Wade, 1988; Toro, 1991). No obstante, algunos estudios han encontrado poca relación entre acontecimientos vitales estresantes y trastornos de ansiedad (Velez, Johnson y Cohen, 1989). Estos autores realizaron un estudio longitudinal en el que evaluaron mediante la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (Costello et al., 1984) aplicada a padres y a niños, para determinar la presencia de psicopatología. Al mismo tiempo se administraron diversas escalas para medir factores familiares, el estilo educativo, problemas de embarazo, historia médica del niño, nivel socioeconómico y cultural, la etnia etc.... En un primer análisis (1983) encontraron que el trastorno de ansiedad excesiva estaba relacionado con la presencia de problemas de embarazo, y el trastorno de ansiedad por separación con una baja educación de ambos padres y un bajo nivel socioeconómico y cultural. Sin embargo, en un segundo análisis (1985), la asociación observada fue mucho más débil e incluso insuficiente, y tan solo el bajo nivel socioeconómico y cultural y el estilo educativo de la madre se asociaba con la presencia de trastorno de ansiedad por separación; y la historia de salud mental en el padre se asociaba muy débilmente con el trastorno de ansiedad excesiva. Los autores comentan que los acontecimientos vitales estresantes evaluados están más relacionados con problemas externalizantes y mucho menos con problemas internalizantes. Otros tan sólo

han encontrado que existe asociación con el trastorno de ansiedad excesiva pero no con el trastorno de ansiedad de separación (Costello y Angold, 1995). Asimismo, Monroe y Wade (1988) afirman que los diferentes subtipos de trastornos de ansiedad pueden estar relacionados de muy diferentes maneras a los acontecimientos vitales estresantes y que la cualidad de dichos acontecimientos parece de específica relevancia para la forma del trastorno expresado.

El *nivel socioeconómico bajo* es otra de las variables que ha sido relacionada con la psicopatología en general (Jensen et al. 1990; Gotlib y Avison, 1993). Sin embargo, su importancia para los trastornos de ansiedad varía en función del tipo de trastorno al que nos refiramos (Jalenques y Coudert, 1990). Así por ejemplo, diferentes autores han encontrado una asociación entre nivel socioeconómico bajo y trastorno de ansiedad de separación, pero han fracasado en sus intentos de relacionarlo con el trastorno de ansiedad excesiva (Costello y Angold, 1995; Jalenques y Coudert, 1990; Velez et al. 1989). No se sabe cual es el mecanismo de asociación con la psicopatología, pero se postula que posiblemente su efecto no es directo sino mediatizado por factores influidos por el mismo (Gotlib y Avison, 1993; Jensen et al. 1990).

También numerosos investigadores sostienen que no podemos olvidar las teorías del *aprendizaje* en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos de ansiedad, en particular de los trastornos de tipo fóbico (Ayuso, 1988; Echeburúa, 1993b; Fernández, 1986; Jiménez, 1995b; Mineka, 1985; Rodríguez-Sacristán, 1995; Silverman y Ginsburg, 1995). En los niños que desarrollan trastornos de ansiedad, este tipo de aprendizaje podría verse facilitado por una cierta predisposición biológica, admitiendo la posibilidad de que existan circunstancias en el organismo que

propicien este aprendizaje (Echeburúa, 1993b; Rodríguez-Sacristán, 1995). Esto nos puede ayudar, entre otros, a entender el por qué algunos individuos desarrollan miedos o ansiedad ante ciertos estímulos, y otros no.

**Posibles modelos etiológicos explicativos de los trastornos de ansiedad**

A continuación presentamos algunos modelos etiológicos de los trastornos de ansiedad que han sido propuestos por diferentes autores.

En la figura 1 se muestra uno de los modelos etiológicos de los trastornos de

ansiedad que recoge muchos de los factores de riesgo que se han ido describiendo a lo largo de este trabajo. Este modelo ha sido descrito por Echeburúa (1993b) basándose en un modelo muy similar previamente presentado por Toro (1991). Echeburúa (1993b) sostiene que en la génesis de los trastornos de ansiedad ejercen una gran influencia los acontecimientos vitales estresantes y el estilo educativo de los padres. Asimismo, el temperamento del niño, entendido como la tendencia reactiva innata propia de cada individuo que se mantiene relativamente estable a lo largo del tiempo, también juega un papel importante en la gestación de estos

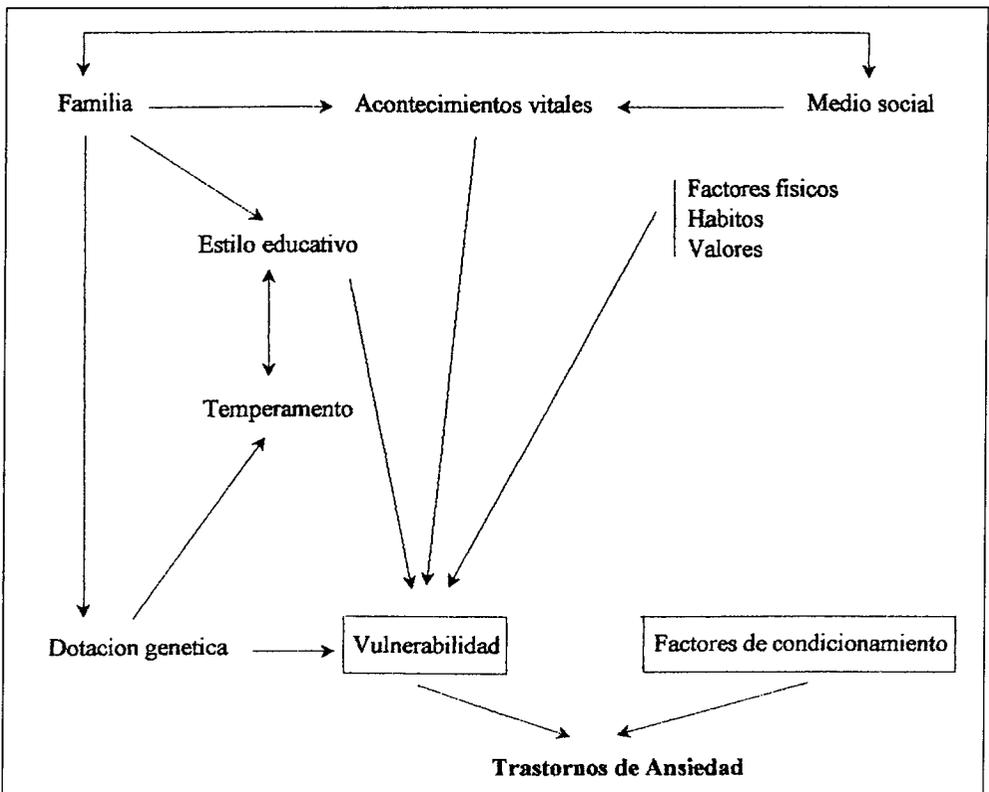


Figura 1. Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia. (Echeburúa, 1993b, basado en el modelo de Toro, 1991)

trastornos. Por otro lado, no hay que olvidar el contexto familiar en el que se dan todos estos factores y que su continua interacción determina el grado de vulnerabilidad propio de cada niño, que a su vez, estaría propiciando ciertos tipos de aprendizajes responsables de los distintos trastornos de ansiedad.

En la figura 2 se presenta un segundo modelo propuesto por Manassis y Bradley (1994) que también intenta integrar los distintos factores de riesgo, descritos en este estudio, que contribuyen en el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, su enfoque es algo diferente al anterior; la interacción

entre los factores de riesgo se ha planteado de manera diferente. Estos autores otorgan gran importancia a dos elementos básicos: el temperamento del niño y la relación de apego entre el niño y su cuidador, ambos considerados de gran relevancia para el desarrollo del modelo de procesamiento interno del individuo. El temperamento refleja una predisposición biológica, posiblemente genética, y es relativamente estable a lo largo del tiempo. No obstante, la continua interacción con factores del medio ambiente como por ejemplo la familia, puede producir cambios importantes en el mismo. Por otro lado, la formación

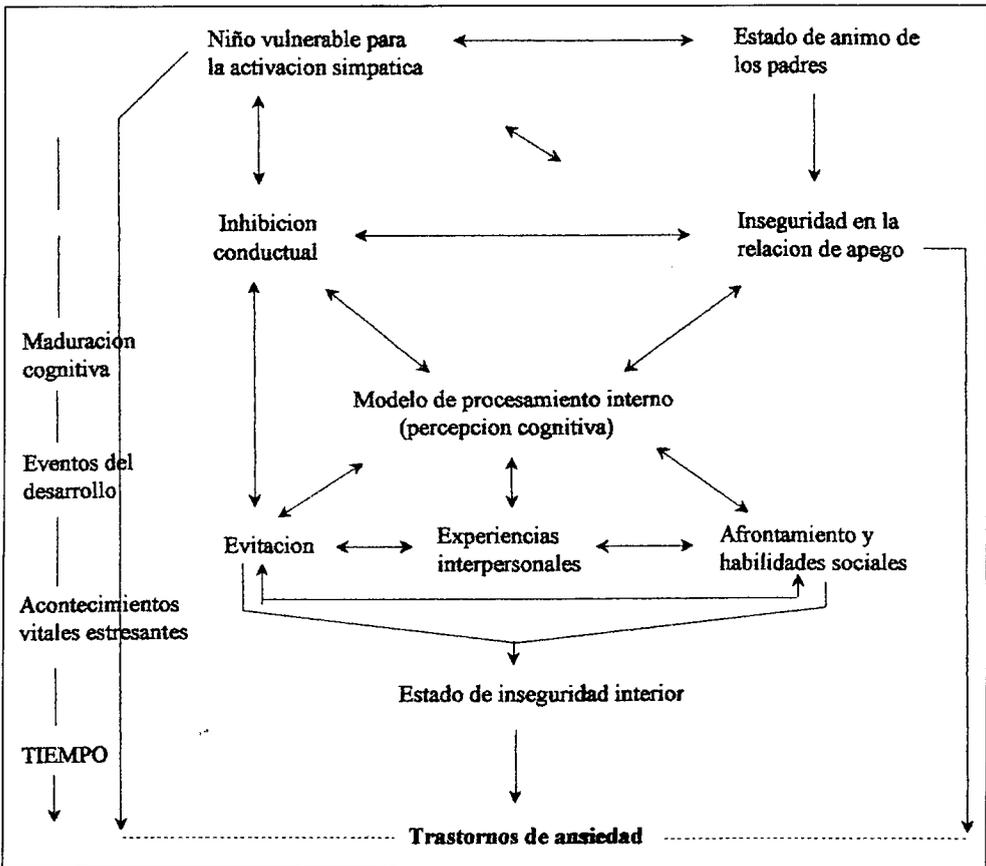


Figura 2. Modelo etiológico de los trastornos de ansiedad (Manassis y Bradley, 1994)

de la relación de apego va a depender de las características propias del cuidador y de las características propias del niño. La calidad de esta relación es de suma importancia para el desarrollo del modelo de procesamiento interno, que es definido como una representación mental del mundo, de los otros y de uno mismo, que es de gran relevancia para el individuo y que orienta la percepción de las diferentes experiencias y de la propia conducta. Este autor, pues, sostiene que la interacción entre esta vulnerabilidad del niño y la respuesta o conducta de los padres, es lo que va a determinar el grado de dificultad de afrontamiento ante situaciones de estrés, que a su vez, dependerá en gran parte del modelo de procesamiento interno que el niño se haya formado. Si el resultado es una gran dificultad para afrontar estas situaciones, dando lugar a la evitación de las mismas y por consiguiente limitando el desarrollo de habilidades sociales necesarias para interactuar correctamente con los otros, esto puede generar un estado persistente de inseguridad interior. Es en este momento de gran inseguridad, cuando la presencia de ciertos acontecimientos vitales potencialmente estresantes pueden ser de suma importancia para el desencadenamiento de los trastornos de ansiedad.

En la figura 3 se muestra otro modelo más sencillo en el que la interacción entre un temperamento caracterizado por ser inhibido y una relación de apego inseguro entre el niño y su cuidador, es lo que podría dar lugar a los trastornos de ansiedad (Manassis, Bradley et al., 1995). Estos autores consideran diferentes formas de apego inseguro, y en función del tipo de interacción entre el temperamento inhibido y las diferentes formas de este apego inseguro es lo que determinará el tipo de trastorno de ansiedad que se desencadenará.

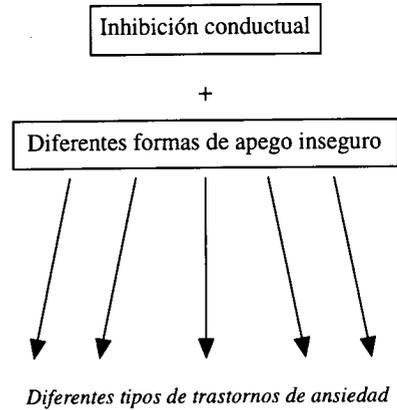


Figura 3. Modelo etiológico de los trastornos de ansiedad (Manassis, Bradley et al., 1995)

En la figura 4, Torgersen (1988) explica la aparición de los trastornos de ansiedad desde una perspectiva interaccionista, donde la interacción recíproca entre determinadas características de la persona y su contexto es lo que desencadenará los diferentes trastornos de ansiedad, así como también cualquier otro tipo de trastorno (respuesta). Esta respuesta del sujeto interactuará de nuevo y de forma recíproca con sus propias características y su contexto, perpetuándose así un ciclo entre persona-contexto-respuesta.

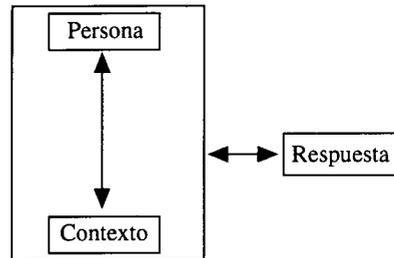


Figura 4. Modelo etiológico de psicopatología (Torgersen, 1988)

Finalmente, en la figura 5 presentamos un mapa de interacciones propuesto por las autoras en otro estudio, que pretende expli-

car los factores de riesgo y sus posibles interacciones que podrían verse implicados en la aparición de los trastornos de ansiedad

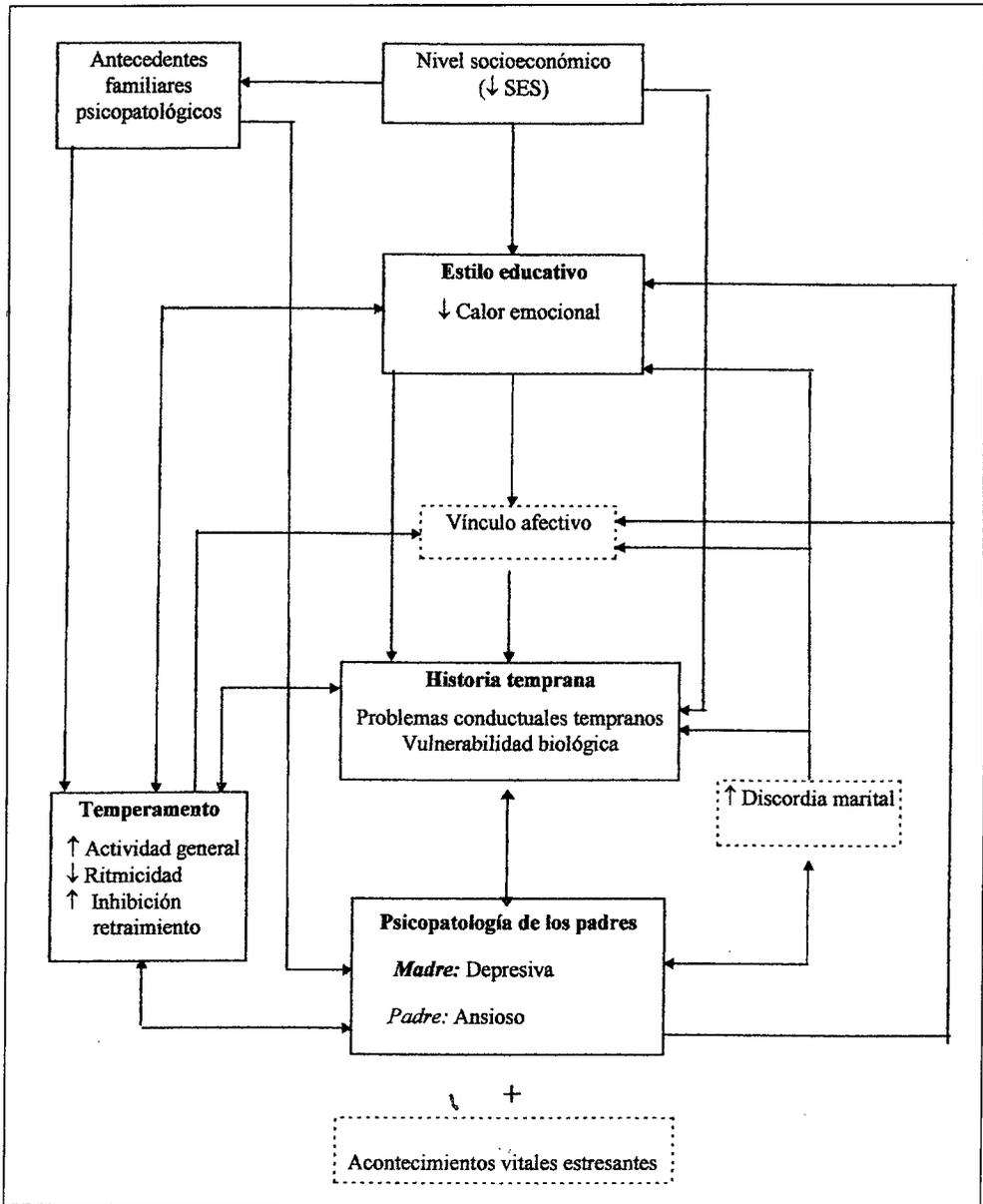


Figura 5. Interacciones entre los factores de riesgo de ansiedad (Taboada et al., en prensa)

(Taboada, Ezpeleta, de la Osa, en prensa). A modo de ejemplo, si nos situamos en el temperamento del niño, éste podría reflejar una manifestación temprana de una predisposición familiar para los mismos; a su vez, el temperamento, pese permanecer más o menos estable a lo largo de la vida, puede ser susceptible de sufrir modificaciones por variables ambientales como por ejemplo el estilo educativo. Este temperamento contribuirá en la formación de los vínculos sociales, así como también en la relación que se establezca entre el niño y su cuidador (relación de apego), que es de gran importancia para un buen desarrollo del niño. Si esta relación de apego se ve negativamente afectada puede desencadenar retrasos evolutivos, problemas conductuales tempranos etc., aspectos que de forma recíproca interactuarán con la familia, perpetuándose así un ciclo determinado entre el niño y su contexto, etc.

Estos modelos, aunque distintos, tratan de explicar cómo los distintos factores de riesgo podrían interactuar entre sí para dar lugar a los trastornos de ansiedad

## Conclusiones

Vemos pues, que el estudio de la etiología de los trastornos de ansiedad es una tarea ardua y compleja. Se han detectado numerosos factores de riesgo, pero por sí solos son incapaces de explicar completamente el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Es más, la falta de consistencia entre los diferentes factores de riesgo hallados entre los distintos investigadores sugiere, una vez más, que es necesario considerar la confluencia o interacción de múltiples factores de riesgo para explicar la etiología de estos trastornos. Sin embargo, también se observan divergencias en los modelos explicativos presentados, y podríamos pensar

que cada uno de ellos por sí solos no son capaces de explicar totalmente, ni parcialmente la génesis de los trastornos de ansiedad. Esto nos conduce cada vez más a pensar, ya no de factores aislados que ejercen influencias independientes sobre cada sujeto, sino de múltiples factores que están en continua interacción, ejerciendo así, efectos diferentes sobre los distintos individuos en función de la naturaleza de la interacción. Todo ello sugiere que, pese al creciente conocimiento de los factores que intervienen en la gestación de estos trastornos, la etiología de los mismos todavía está por conocer.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed. revised)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Ainsworth, M.D.S. y Wittingm, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. En B.M. Foss (Ed.). *Determinants of Infant Behavior*. Londres: Methuen.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, (1996). Basic behavioral science research for mental health. Vulnerability and resilience. *American Psychologist*, 51, 22-28.
- Benjamin, R.S., Costello, E.J. y Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316.
- Bernstein, G.A. y Borchardt, C.M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal*

- of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 519-532.
- Biederman, J., Rosebaum, J.F., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R. y Kagan, J. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Biederman, J., Rosebaum, J.F., Chaloff, J. y Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as risk factor for anxiety disorders. En J.S. March (Ed.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 61-81). Nueva York: Guilford Press.
- Biederman, J., Rosebaum, J.F., Hirshfeld, D.R., Faraone, S.V., Bolduc, E.A., Gersten, M., Meminger, S.R., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J.S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Bird, H.R., Gould, M.S., Yager, T., Staghezza, B., y Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (6), 847-850.
- Bowen, F., Vitaro, F., Kerr, M. y Pelletier, D. (1995). Childhood internalizing problems: prediction from kindergarten, effect of maternal overprotectiveness, and sex differences. *Development and Psychopathology*, 7, 481-498.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Brazelton, T.B. (1973). *Neonatal behavioral assessment scale*. Londres: SIMP/Heinemann.
- Brazelton, T.B. (1984). *Neonatal behavioral assessment scale*. Londres: SIMP/Blackwell.
- Buss, A.H. y Plomin, R. (1984). *Early Developing Personality Traits*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Rubio-Stipec, M., Bravo, M. y Alegría, M. (1990). Children of parents with psychiatric disorder in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 398-406.
- Caprara, G.V. y Rutter, M. (1995). Individual development and social change. En M. Rutter y D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people. Time Trends and Their Causes*. (pp. 35-66) Londres: John Wiley & Sons.
- Cautela, J.R., y Groden, J. (1989). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Clark, D.B., Smith, M.G., Neighbors, B.D., Skerlec, L.M. y Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14, 113-137.
- Costas, C. (1990). Avaluació del comportament neonatal. *Quaderns/Cuadernos de Psicología*, 10, 71-92.
- Costello, E.J. y Angold, A. (1995). Epidemiology. En: J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Costello, A.J., Edelbrock, C.S., Dulcan, M.C. y Kalas, R. (1984). *Testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in a clinical population*. Rockville, Md: Center for Epidemiological Studies, National Institute of Mental Health.

- Dadds, M.R. y Powell, M.B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 553-567.
- DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T. y Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- Downey, G. y Walker, E. (1992). Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Development and Psychopathology*, 4, 81-95.
- Echeburúa, E. (1993a). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1993b). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Barcelona: Pirámide.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety the cognitive perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Fendrich, M., Warner, V. y Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26, 40-50.
- Fernández, J. (1986). Modelos de condicionamiento en la ansiedad: una evaluación. En A. Tobeña (Ed.), *Trastornos de ansiedad. Orígenes y Tratamiento* (pp. 41-54). Barcelona: Alamex.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P.M.G., y Arrindell, W.A. (1990). Anxiety, depression, and perceptions of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-278.
- Gotlib, I.H. y Avison, W.R. (1993). Children at risk for psychopathology. En Ch. G. Costello (Ed.), *Basic Issues in Psychopathology* (pp. 271-319). Nueva York: Guilford Press.
- Grahan, F. (1956). Behavioral differences between normal and traumatized newborn, I: The Test procedures. *Psychological Monographs*, 427.
- Hammen, C., Burge, D. y Stansbury, K. (1990). Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample: A Causal modeling analysis. *Development Psychology*, 26, 24-30.
- Herjanic, B. y Reich, W. (1982). Development of structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Hirshfeld, D.R., Rosebaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Snidman, N., Reznick, J.S. y Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103-111.
- Hodges K., McKnew, D., Cytryn, L., Stern, L. y Kline, J. (1982). The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview: A report on reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 468-473.
- Hollander, E., Simeon, D. y Gorman, J.M. (1996). Trastornos de ansiedad. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Jalenques, I., Coudert, A.J. (1990). Les troubles anxieux de l'enfant: existe-t-il des facteurs de risque?. *Annal Pédiatrie*, 37, 487-495.
- Jensen, P.S., Bloedau, L., Degroot, J., Ussery, T., y Davis, H. (1990). Children

- at risk: I. Risk factors and child symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 51-59.
- Jiménez, M. (1995a). Pobres relaciones sociales en la infancia y psicopatología. En M. Jiménez (Ed.), *Psicopatología infantil* (pp. 125-141). Málaga: Aljibe.
- Jiménez, M. (1995b). Miedos, fobias y trastornos de ansiedad en la infancia. En M. Jiménez (Ed.), *Psicopatología Infantil* (pp. 37-60). Málaga: Aljibe.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N., Gibbons, J. y Johnson, M.O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 59, 1580-1589.
- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145, 960-964.
- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kashani, J.H., Orvaschel, H., Rosenberg, T.K., y Reid, J.C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescent: A developmental perspective. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.
- Kashani, J.H., Vaidya, A.F., Soltys, S.M., Dandoy, A.C., Katz, L.M. y Reid, J.C. (1990). Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 319-323.
- Kerr, M., Lambert, W.W., Stattin, H. y Klackenber-Larsson, I. (1994). Stability of inhibition in a Swedish longitudinal sample. *Child Development*, 65, 138-146.
- Krohne, H.W. y Hock, M. (1991). Relations between restrictive mother-child interactions and anxiety or the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.
- La Greca, A.M. (1993). Social skills training with children: where do we go from here?. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 288-298.
- Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H. y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M., y Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R Anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- López, F. (1985). *La formación de los vínculos sociales*. Madrid: Agisa.
- Manassis, K. y Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. y Swinson, R.P. (1995). Behavioral inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 87-92.
- Masten, A.S. y Coatsworth, J.D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. En D. Cicchetti, y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol.2)(pp. 715-751). Nueva York: Wiley.
- Messer, S.C., y Beidel, D.C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Mineka, S. (1985). Animal Models of Anxiety-Based Disorders: Their use-

- fulness and limitations. En A. Hussain Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders* (pp. 199-244). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Monroe, S.M., y Wade, S.L. (1988). Life events. En C.G. Last, y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Anxiety Disorders* (pp. 293-305). Nueva York: Pergamon Press.
- Mufson, L., Weissman, M.M. y Warner, V. (1992). Depression and anxiety in parents and children: A direct interview study. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 1-13.
- Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. y Rusell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: 1. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Orvaschel, H. (1985). Psychiatric interviews suitable for use in research with children and adolescents. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 737-745.
- Orvaschel, H., Puig-Antich, J., Chambers, W., Tabrizi, M.A., y Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of prepuberal major depression with the Kiddie-SADS-E. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 21, 392-397.
- Rapoport, J.L. (1989). *El chico que no podía dejar de lavarse las manos*. Barcelona: Ultramar.
- Reider, R.O., Kaufmann, C.A. y Knowles, J.A. (1996). Genética. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 37-85). Barcelona: Áncora.
- Rende, R.D. (1993). Longitudinal relations between temperament traits and behavioral syndromes in middle childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 287-290.
- Rende, R. y Plomin, R. (1993). Families at risk for psychopathology: Who becomes affected and why?. *Development and Psychopathology*, 5, 529-540.
- Robins, L.N.; Helzer, J.E.; Groughan, J.; Ratcliff, K.S. (1981). The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview, Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archive of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). La ansiedad en la infancia. La experiencia de angustia en los niños. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 521-554). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rosebaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Hirshfeld, D.R., Faraone, S.V. y Kagan, J. (1992). Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 475-481.
- Rosebaum, J.F., Biederman, J., Hirshfeld, D.R., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J.S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal Psychiatry Research*, 25, 49-65.
- Silverman, W.K., y Ginsburg, G.S. (1995). Specific phobia and generalized anxiety disorder. En J.S. March (Ed.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 151-180). Nueva York: Guilford Press.
- Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.D., Montouri, J. y Plazek, D. (1973). *Preliminary Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stark, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K. y Lewis, D. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.
- Taboada, A., Ezpeleta, L. y De la Osa, N. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*. (En prensa)
- Taboada, A., Granero, R, De la Osa, N. y Ezpeleta, L. (1996). Estudio del CBC como medida de las HHSS: Capacidad Predictiva de Psicopatología. Póster presentado al: *IV Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Málaga, Abril.
- Teichman, Y. y Navon, S. (1990). Family evaluation. The circumplex model. *Psychologia, Israel Journal of Psychology*, 2, 36-46.
- Teichman, Y. y Ziv, R. (1994). Characteristics of extended family and children's trait anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 291-303.
- Thapar, A. y McGuffin, P. (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable?. *Journal Child Psychiatry*, 36, 439-477.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089.
- Torgersen, S. (1988). Genetics. En C.G. Last y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Anxiety Disorders* (pp. 159-170). Nueva York: Pergamon Press.
- Toro, J. (1991). Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 735-757). Barcelona: Masson-Salvat.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 229-235.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Epstein, L.H. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 151-166.
- Valdés, M., y De Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Velez, C.N., Johnson, J., y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Warner, V., Mufson, L., y Weissman, M.M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: Mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 786-797.
- Weissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K.R., Gammon, G.D. y Prusoff, B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. *Archives of General Psychiatry*, 41, 845-852.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.