

**TESIS DOCTORAL**

**2013**



**LA ANSIEDAD INFANTIL  
DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL**

**Aránzazu Coca Vila**

**Licenciada en Psicopedagogía**

**Facultad de Psicología**

**Dra. M<sup>a</sup> Victoria del Barrio Gándara**

**Dr. José Luis Camino Roca**

**Dpto. de Psicología de la Personalidad, Evaluación  
y Tratamiento Psicológicos**

**Facultad de Psicología (UNED)**

**LA ANSIEDAD INFANTIL  
DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL**

**Aránzazu Coca Vila**

**Licenciada en Psicopedagogía**

**Dra. M<sup>a</sup> Victoria del Barrio Gándara**

**Dr. José Luis Camino Roca**

Agradecimientos a la Dra. M<sup>a</sup> Victoria del Barrio Gándara (UNED), al Dr. José Luis Camino Roca (UB) y al Dr. José Luis Martorell Ypiéns (UNED) por sus orientaciones y apoyo en esta investigación.

**Dedicado a Josep Lluís, amigo y mentor.**

## INDICE

<b>INDICE</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1. Los trastornos de ansiedad</b> .....	<b>12</b>
2.1.1. Origen terminológico de “ansiedad” .....	12
2.1.2. Ansiedad, estrés y miedo .....	18
2.1.3. La ansiedad patológica.....	20
2.1.3.1. Desencadenantes de la respuesta ansiosa .....	22
2.1.3.2. Epidemiología y comorbilidad.....	24
2.1.4. Clasificación y criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad según DSM-IV-TR y CIE-10.....	25
<b>2.2. Los trastornos de ansiedad en la infancia</b> .....	<b>26</b>
2.2.1. Componentes de la ansiedad infantil.....	29
2.2.2. Tipología de los trastornos de ansiedad en la infancia .....	31
2.2.3. Factores de riesgo .....	34
2.2.4. Epidemiología y comorbilidad.....	37
2.2.5. Clasificación y criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad en la infancia según DSM-IV-TR y CIE-10.....	41
2.2.6. Estudios relativos al origen de la ansiedad infantil .....	46
2.2.6.1. Acerca de los factores genéticos. ....	46
2.2.6.2. Acerca de los factores ambientales. ....	48
2.2.6.3. Acerca de la correlación entre factores genéticos y ambientales.....	50
2.2.7. Interpretaciones teóricas sobre la ansiedad .....	52
2.2.7.1. Modelo psicodinámico .....	52
2.2.7.2. Modelo cognitivo-comportamental .....	58
2.2.7.3. Modelo evolutivo. ....	62
2.2.7.4. Modelo humanista-existencial.....	64
<b>2.3. El Análisis Transaccional</b> .....	<b>71</b>
2.3.1. Qué es el AT: conceptos básicos.....	71
2.3.2. Teoría de la Personalidad y Estados del Yo.....	73
2.3.2.1. Los tres Estados del Yo.....	73
2.3.2.2. El Guión de Vida.....	77
2.3.2.3. El Miniguión y los Impulsores de la acción .....	82



2.3.5. La psicopatología según el AT.....	85
2.3.5.1. La Escuela Clásica .....	89
2.3.5.2. La Escuela de Redecisión.....	90
2.3.5.3. La Escuela de Cathexis .....	91
2.3.5.4. Cuadro resumen de las principales escuelas de trabajo en AT.....	91
2.3.6. La ansiedad según el AT.....	93
2.3.6.1. Los fundamentos del concepto de angustia en el Análisis transaccional: de Kierkegaard a Rollo May.....	93
2.3.6.2. Psicodiagnóstico de la ansiedad según el transaccionalista Jean Wilmotte.....	101
2.3.6.3. Psicodiagnóstico de la ansiedad según los transaccionalistas Mary McClure y Robert Goulding .....	104
2.3.6.4. Psicodiagnóstico de la ansiedad según la línea humanista integradora de Ana Gimeno-Bayón y Ramón Rosal .....	109
2.3.6.5. Psicodiagnóstico de la ansiedad según la teoría de la “patata caliente” y el desarrollo de “rackets” de Fanita English.....	114
2.3.6.6. Psicodiagnóstico de la ansiedad según el Triángulo del Minigión de Taibi Kahler .....	117
<b>3. PRESENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>122</b>
<b>3.1. El estudio del perfil de los padres de niños ansiosos en Análisis Transaccional ....</b>	<b>122</b>
<b>3.2. Diseño y objetivos de esta investigación.....</b>	<b>123</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>126</b>
<b>4.1. Hipótesis.....</b>	<b>126</b>
<b>4.2. Muestra .....</b>	<b>126</b>
4.2.1. Características del Grupo Población General.....	128
4.2.2. Características del Grupo Clínico .....	130
4.2.3. Equiparación de grupos.....	131
<b>4.3. Instrumentos.....</b>	<b>133</b>
4.3.1. Evaluación de la ansiedad de los niños .....	133
4.3.2. Evaluación de la personalidad de los progenitores .....	134
<b>4.4. Procedimiento.....</b>	<b>138</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>139</b>
<b>5.1. Descriptores de ansiedad en la totalidad de la muestra.....</b>	<b>139</b>
5.1.1. Descriptores de la ansiedad en el Grupo Población General.....	139
5.1.2. Descriptores de la ansiedad en el Grupo Clínico .....	141
5.1.3. Comparación de los descriptores de ansiedad entre ambos grupos.....	142

<b>5.2. Descriptores de la personalidad de los progenitores.....</b>	<b>144</b>
5.2.1. Descriptores de la personalidad de los progenitores del Grupo Población General.....	144
5.2.1.1. Los Impulsores del Análisis Transaccional.....	144
5.2.1.2. Los factores de personalidad de Eysenck.....	146
5.2.2. Descriptores de la personalidad de los progenitores del Grupo Clínico.....	148
5.2.2.1. Los Impulsores del Análisis Transaccional.....	148
5.2.2.2. Los factores de personalidad de Eysenck.....	150
5.2.3. Comparación de los descriptores de la personalidad de los progenitores entre el Grupo Población General y el Grupo Clínico.....	153
<b>5.3. Relación entre Impulsores y personalidad de los progenitores y ansiedad de los niños .....</b>	<b>156</b>
5.3.1. Relación entre Impulsores y personalidad de los progenitores y ansiedad de los niños en el Grupo Población General.....	156
5.3.1.1. Análisis de correlación y significación.....	156
5.3.1.2. Predictores de la ansiedad .....	159
5.3.1.2.1. Factores predictivos en la Ansiedad-Estado .....	159
5.3.1.2.1. Factores predictivos en la Ansiedad-Rasgo .....	161
5.3.2. Relación entre Impulsores y personalidad de los progenitores y ansiedad de los niños en el Grupo Clínico .....	163
5.3.2.1. Análisis de correlación y significación.....	163
<b>5.4. Resumen de los resultados obtenidos .....</b>	<b>164</b>
<b>5.5. Comprobación de hipótesis en relación con resultados .....</b>	<b>168</b>
<b>6. DISCUSION .....</b>	<b>170</b>
<b>6.1. Limitaciones del estudio .....</b>	<b>173</b>
<b>6.2. Futuras líneas de investigación .....</b>	<b>174</b>
<b>6.3. Implicaciones de la investigación de la toma de decisiones preventivas .....</b>	<b>175</b>
<b>7. PUBLICACIONES.....</b>	<b>176</b>
<b>7.1. Abstract del artículo en la Revista Acción Psicológica .....</b>	<b>176</b>
<b>7.2. Artículo: Evaluación de factores de personalidad de los progenitores y ansiedad en los hijos en una muestra de población española .....</b>	<b>178</b>
<b>8. INDICE DE TABLAS .....</b>	<b>209</b>
<b>9. INDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>211</b>

**10. BIBLIOGRAFÍA..... 213**

**11. APÉNDICE DOCUMENTAL..... 228**

# 1. INTRODUCCIÓN

Los niños comprenden a la gente mucho mejor que los mayores adiestrados  
que estudian el comportamiento humano.  
Eric Berne, *Qué dice Ud. Después de decir hola.*

La libertad es la capacidad del hombre de tomar parte en su propio desarrollo. Es nuestra  
capacidad de moldearnos a nosotros mismos.  
Rollo May, *Angustia y sociedad.*

La angustia es el vértigo de la libertad.  
Soren Kierkegaard, *El concepto de la angustia.*

Creemos sinceramente que la cuestión de si los factores de personalidad de los progenitores condicionan la sensibilidad del hijo para desarrollar una patología psicológica sigue siendo uno de los temas que impulsan más investigaciones en el marco de las relaciones padres-hijos. Investigaciones recientes donde se han estudiado factores de personalidad de los padres han indicado que existe una fuerte correlación entre personalidad de los padres, el estilo educativo que utilizan y la patología del niño. Xu, Zhu y Chen (2002) estudiaron los estilos educativos de los progenitores a partir de la administración de pruebas y el análisis correlacional entre temperamento y estilo educativo de los padres en una muestra de 549 niños preescolares. Los resultados indicaron que el temperamento de los niños está afectado por factores como la atención afectuosa, el reconocimiento, el castigo severo y la sobreprotección (a nivel de expresión emocional de los progenitores); la cultura, la moral y el tiempo de exposición del niño delante del TV (a nivel de la cultura y organización familiar); y la ansiedad materna (a nivel de psicopatología de los progenitores). La investigación de Zhao (2010) también se centró en el estilo educativo y su influencia en la formación de la personalidad y la patología de los hijos con resultados similares a los de Xu, Zhu y Chen (2002), aunque se estudiaron únicamente los factores maternos. Para conocer las relaciones entre el apego materno, el estilo de crianza y el nivel de ansiedad en los hijos se utilizó una muestra de 182 preescolares y los resultados indicaron que tanto el exceso de apego (sobreprotección) como la ausencia de éste corresponden con un estilo educativo autoritario y correlaciona con la ansiedad por separación, fobia social y ansiedad generalizada del niño.

Concretamente, la ansiedad de la madre correlacionó con todas las puntuaciones de la ansiedad infantil, y la ausencia de apego correlacionó con las lesiones físicas y ansiedad generalizada de los niños. La investigación concluyó que el tipo de apego materno y el estilo educativo correspondiente tienen efectos sobre la ansiedad de los preescolares.

Sin embargo, otras investigaciones apuntan a que no existe tal relación entre la patología de los progenitores y la de los niños. Manuzza et al. (2002) investigaron si la preocupación paternal está relacionada con la preocupación patológica (o ansiedad) de los hijos. Para ello estudió un grupo de 261 niños entre 6 y 17 años cuyos progenitores estaban diagnosticados de trastornos de ansiedad u otros trastornos emocionales recogidos en el DSM-IV y otro grupo de 79 niños del mismo rango de edad cuyos padres no presentaban esos trastornos. Los resultados fueron reveladores, ya que no se obtuvo diferencias significativas en las puntuaciones entre los niños de progenitores con o sin trastornos. La investigación concluyó que factores como la preocupación de los progenitores no tienen por qué influir necesariamente en la sensibilidad ansiosa de los hijos.

En muchas ocasiones en nuestro trabajo como terapeuta hemos podido observar como el inicio de una psicoterapia de un niño ha conllevado tarde o temprano el inicio de una terapia por parte de alguno de los progenitores, si no de ambos. Al trabajar especialmente en el tratamiento de la ansiedad infantil, ha tenido más relevancia ser testigo de cómo la cura de la ansiedad del niño depende de la transformación de la percepción de éste sobre sí mismo (como un ser bueno, sano y amado) y sobre la vida (empezando por su familia, como un grupo sano y estructuralmente fuerte y fiable; continuando por la vida, en el más puro sentido de existencia, como algo bello y seguro) y cómo esto a su vez depende de transformar los mensajes que le hablan de todo ello, algunos de los cuales ya están grabados en la mente del niño y otros los continúa recibiendo de su entorno más inmediato, es decir, de sus progenitores.

Habiendo terminado la formación como terapeuta transaccional, y pudiendo recoger estas observaciones en el trabajo de campo, decidimos administrar por defecto un cuestionario de análisis de *drivers* a los padres de niños en tratamiento. Nuestra intención era conocer qué mensajes ulteriores podían estar enviando a sus hijos a partir de conocer qué mensajes se enviaban por defecto (al ser automáticos) a sí mismos. El interés que suscitaron los resultados del análisis de *drivers* en los propios padres fue en algunas ocasiones más

grande que el mostrado por los avances del hijo, lo que conllevó a iniciar un proceso de revisión del propio guión o plan de vida por parte de muchos progenitores y esto, a su vez, se tradujo en un cambio (a veces de forma muy evidente, otras de forma muy sutil) en su estilo educativo hacia el niño. Y no se trataba de un cambio en el estilo de ejercer la autoridad o enseñar determinados valores y normas, sino una transformación en la carga de emotividad que acompaña a cada uno de los gestos, movimientos y conducta en general del padre y de la madre, y que hablan de cuál es su posicionamiento en su cuerpo, en la vida, como hombre, como mujer, como padre y como madre, si positivo o negativo y qué papel juega su hijo o hija en todo ello, pasando a ser de negativo a más positivo en esta transformación. Ahí nació nuestro interés en profundizar en la relación entre la personalidad de los progenitores y la ansiedad de sus hijos, en concreto entre la Posición Existencial de los padres y madres y la ansiedad infantil, siendo el análisis de los *drivers* el instrumento que nos permitía acercarnos al conocimiento de lo primero.

El término *Miniguión* es una de las piezas claves de la teoría del Análisis Transaccional (desde ahora, AT) para la observación de patrones de conducta en el individuo. Fue acuñado por primera vez por Taibi Kahler (Kahler y Capers, 1974) y lo definió como una secuencia de conductas observables y específicas en cada persona, un proceso segundo a segundo en el cual el individuo repite el mismo tipo de respuestas que refuerzan su guión de vida una y otra vez, se trate de un guión de vida positivo (sano o, en términos del AT, desde el OK) o negativo (patológico o desde el No-OK). Los pasos que conforman el Miniguión fueron sistematizados por Kahler como si se tratara de un programa de computadora. El resultado es una secuencia de conductas movidas por mensajes internos llamados *drivers* o Impulsores (en su traducción española) porque impulsan al individuo a dirigirse hacia una respuesta concreta inadecuada o de No-OK. Es decir, aunque parezca que el Impulsor es un mensaje que invita al individuo a crecer y desarrollarse de forma sana, en realidad contiene un conjunto de condiciones que la persona debe cumplir si quiere alcanzar la estima y la aceptación de los demás, que la conduce a un camino de búsqueda y cumplimiento de condiciones que jamás conseguirá satisfacer, con el correspondiente sentimiento de fracaso personal. Como vemos, los Impulsores son mensajes o “consejos” parentales enviados al hijo y son el primer paso que desencadena la secuencia del miniguión. El niño conserva estos mensajes interiorizados como si se tratara de una cinta magnetofónica que después pone en funcionamiento cuando de algún modo se siente inseguro o ve peligrar su aceptación y

estima, creyendo que así podrá conservarla o conseguirla. Los Impulsores, como veremos, se reducen a cinco: Sé Fuerte, Complace, Sé Perfecto, Date prisa y Esfuérate.

Conociendo la importancia de los Impulsores en la formación de la personalidad del individuo y su papel en la comunicación padres-hijos, se ha querido conocer cuáles son los Impulsores dominantes en una muestra de padres y madres de la población española y cómo se relacionan con los niveles de ansiedad de sus hijos. A continuación presentamos el siguiente estudio *ex post facto* prospectivo simple, donde hemos definido la personalidad paterna y materna como la variable independiente y la ansiedad de los hijos como la variable dependiente.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Los trastornos de ansiedad

#### 2.1.1. Origen terminológico de “ansiedad”

Aproximadamente una década después de la bomba atómica de Hiroshima, el poeta inglés Wystan Hugh Auden calificó a nuestro tiempo como la era de la ansiedad<sup>1</sup>. Suena a tópico asociar nuestra sociedad y nuestros días con la ansiedad y el estrés. Su origen se remonta al nacimiento de la humanidad y no se puede afirmar que otras épocas hayan estado libres de agentes estresantes, seguramente diferentes a los de hoy en día.

La historia de la ansiedad está estrechamente vinculada al concepto psicoanalítico de "neurosis". Podríamos decir que este término fue con el que se hizo referencia en un inicio a aquella sintomatología que hoy calificaríamos con el término “ansiedad”. El uso del término neurosis, así como de sus derivados (tales como neurastenia o histeria), ha sido más propio de la literatura de la psicología dinámica, aunque su contenido original, establecido por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769 en su “Synopsis nosologiae methodicae”, no correspondía estrictamente al uso que actualmente se hace de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni daño de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la demencia y la manía.

Curiosamente esta sintomatología se consideró durante muchos años una enfermedad familiar o de origen hereditario. En 1869 el neurólogo George M. Beard acuñó el término de neurastenia para describir un cuadro clínico formado por síntomas de fatiga, estrés, dolor de cabeza, impotencia, neuralgia y depresión, como resultado de una disminución de la actividad del sistema nervioso central y del cual Beard pudo observar que en gran medida era un trastorno hereditario (Beard, 1878). En 1871 Jacob Mendes DaCosta describió el concepto

---

<sup>1</sup> “La edad de la ansiedad” (1947), es un largo poema dramático que le hizo merecedor del Premio Pulitzer de Poesía en 1948.



“corazón irritable”, primer nombre para los trastornos de pánico. Curiosamente en casi la mitad de los soldados diagnosticados de síndrome de DaCosta durante la II Guerra Mundial se detectó una historia familiar de trastornos nerviosos. No sería hasta casi un siglo más tarde, con el trabajo que Donald Klein y Max Fink (Klein y Fink, 1962), cuando se propuso por primera vez que los ataques de pánico debieran separarse de las demás formas de ansiedad al presentar características y condicionantes propios.

Pero fue Sigmund Freud quien hizo la contribución más decisiva al acuñar el concepto de “neurosis de angustia”, desarrollado en su obra "Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis" publicada entre 1892 y 1899. Con este término compuesto el médico vienés aúna y relaciona por primera vez los dos términos más vinculados en su origen y uso a la ansiedad: la neurosis y la angustia. Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, puntualiza que le es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo.

El estudio realizado en 1893 por el psicólogo y neurólogo francés Pierre Janet, titulado “Etat mental des hystériques” (Janet, 1907), hizo importantes contribuciones al estudio moderno de los desórdenes mentales y emocionales, realizando una primera aproximación a la clasificación de diferentes formas de angustia: nerviosismo (lo que entenderíamos en la actualidad por estrés), histeria (cercana al concepto de ansiedad patológica), fobia a los objetos (actual fobias simples), fobia de las situaciones (cercana al concepto de agorafobia) y fobia de las situaciones sociales (actual fobia social).

Tal vez el autor que presentó con mayor claridad el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de ansiedad fue el francés Henry Ey y sus colaboradores P. Bernard y Ch. Brisset (Ey, 1969). La neurosis de angustia que describió Freud constituye para Ey el tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. Distinguió entre las neurosis "indiferenciadas", que corresponden en su totalidad a la neurosis de angustia en su concepto

más freudiano, y las "grandemente diferenciadas", en las que se incluyen las fobias y el trastorno obsesivo.

Paralelamente al desarrollo de las teorías psicoanalíticas acerca de los trastornos de ansiedad, encontramos una incipiente emergencia de líneas de investigación psicológica en clara oposición a la tradición dinámica: la línea cognitiva-conductual y la línea humanista-existencial, ambas con el uso de un término propio (o en todo caso, más proclive) para hacer referencia a este tipo de trastornos.

El término alemán "Angst" (del cual proviene "angustia" y cuyo significado literal es "miedo") fue traducido al inglés por "anxiety" y al español por "ansiedad". La escuela conductista, que a lo largo de las décadas ha ido desarrollándose (o completándose, según se mire) hacia el cognitivismo, en su empeño en extrapolar el método propio de las Ciencias Naturales (o método científico) a la psicología, se ha decantado más hacia el uso del término "ansiedad" en sus estudios psicológicos, cuyas conclusiones constituyen, en gran medida, la base de la tipología y clasificación de los trastornos de ansiedad tal como actualmente ha aceptado la mayoría de la comunidad científica.

Iván Pávlov es conocido sobre todo por formular la ley del reflejo condicionado que desarrolló entre 1890 y 1900 después de observar que la salivación de los perros que utilizaba en sus experimentos se producía ante la presencia de comida o de los propios experimentadores, y luego determinó que podía ser resultado de una actividad psíquica. Realizó el conocido experimento consistente en hacer sonar una campana justo antes de dar alimento a un perro, llegando a la conclusión de que, cuando el perro tenía hambre, comenzaba a salivar nada más oír el sonido de la campana. Esta observación llevó a Pávlov a desarrollar un método experimental para estudiar la adquisición de nuevas conexiones de estímulo-respuesta y concluyendo que la generalización del estímulo supone una tendencia a producir la respuesta condicionada ante estímulos similares al condicionamiento. Llevó a cabo numerosos estudios que fueron la base del condicionamiento clásico. Nunca se consideró un psicólogo, sino un fisiólogo, ya que rechazó toda explicación basada en una supuesta "conciencia" del sujeto para producir la respuesta ante un estímulo, apegándose estrictamente a las explicaciones fisiológicas y al funcionamiento del sistema nervioso débil.

El conductismo llegó en 1913 de la mano de John Watson, muy impresionado por los trabajos de Pávlov, poniendo énfasis en la conducta observable (tanto humana como animal), considerada el verdadero objeto de estudio de la psicología, y las relaciones entre estímulo y respuesta, más que en el estado mental interno de la gente (aunque Watson nunca negó la existencia del mundo privado o íntimo del individuo). De entre sus experimentos, destaca el caso del pequeño Albert ya que pudo provocar una respuesta de tipo ansiosa en un niño de 11 meses, demostrando así que existe un procedimiento para la elicitación de la ansiedad. Para Watson, la ansiedad es sobre todo una respuesta aprendida a partir de un suceso que la condiciona y promueve y cuyo condicionamiento queda grabado en la mente del individuo.

Hans Eysenck representa la cúspide de la interrelación entre conductismo y cognitivismo. Incluyó por primera vez la ansiedad como un componente de la personalidad el cual puede estar más o menos desarrollado dependiendo de la salud de cada individuo, y vuelve a vincular este término con el de neurosis tal como hizo Freud aunque con un significado muy diferente ya que en Eysenck tiene un carácter fisiológico y no emocional. Nos detenemos más extensamente en el trabajo de este autor al haber utilizado en nuestra investigación el Cuestionario de Personalidad EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 2001) como instrumento de evaluación.

El origen de la teoría de la personalidad postulada por Eysenck se gestó en un trabajo de tipo experimental ya que la necesidad de dotar de rigor sus planteamientos hizo que Eysenck utilizara los recursos que la metodología experimental ofrecía en aquel momento. Hay que señalar que para este autor la conducta humana está determinada en parte por factores biológicos y en parte por el aprendizaje social, de ahí que una teoría de la personalidad debe incorporar los determinantes biológicos y sociales necesariamente. Aunque Eysenck en sus estudios ha estado más cerca de lo biológico que de lo social, este sesgo se debió más a la dinámica de la propia investigación, marcada por el interés de aislar y analizar los rasgos de personalidad estables (Andrés, 1997).

Fue en 1947 cuando Eysenck define la personalidad como un conjunto de tres factores o dimensiones (conocido con las siglas P.E.N.): psicoticismo, extraversión y neuroticismo (Eysenck, 1947). Cada una de ellas está relacionada con lo que este autor consideró los motores de la conducta: reproducción, conservación y autodefensa respectivamente. Estas

dimensiones tienen unas bases biológicas a nivel neuroquímico y están compuestas por nueve factores de segundo orden o rasgos:

-En la Extraversión, los nueve factores de segundo orden son: sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, buscador de sensaciones, despreocupación, dominancia, surgencia (espontaneidad) y aventurero. Se trata de una dimensión bipolar en la que en el extremo alto se encuentra la extraversión y en el otro extremo, el de las puntuaciones bajas, hallamos la introversión. Detrás de esta dimensión está el SARA (Sistema de Activación Reticular Ascendente) que se encarga de activar la corteza cerebral. La Extraversión viene determinada por el nivel de excitación del córtex cerebral y su control (denominado “nivel de arousal”), tal y como expuso en la teoría del Arousal/Activación (Eysenck, 1967). Según esta teoría, las personas que tienen en condiciones de reposo un nivel de arousal crónicamente bajo tienden a comportarse siguiendo un patrón extravertido, mientras que los que tienen en reposo un nivel de arousal crónicamente más elevado tienden a comportarse de forma introvertida. Según Eysenck, esta es la dimensión social.

-En el Neuroticismo, los nueve factores de segundo orden son: ansiedad, depresión, sentimiento de culpa, baja autoestima, tensión, irracionalidad, timidez, tristeza y emotividad. Esta dimensión es tectónica, sólo encontramos una patología en uno de los extremos de la misma, el polo alto, mientras que en el polo opuesto se encuentra el control de las emociones, es decir, la normalidad. El Neuroticismo debe entenderse como una disposición temperamental hacia respuestas ansiosas en donde juega un papel importante la actividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y cuya principal característica es su nivel de labilidad, es decir, la facilidad con que el sistema se activa y cambia de forma rápida el sentido de su actividad. Así, el individuo con un alto nivel de Neuroticismo será aquel cuyo SNA tenga un nivel de labilidad máximo; por el contrario, el individuo estable emocionalmente, el que puntúa bajo en la dimensión de Neuroticismo, es aquél que tiene poca labilidad en el SNA. Según Eysenck, ésta es la dimensión emotiva.

-En el Psicoticismo, los nueve factores de segundo orden son: agresividad, frialdad, egocentrismo, impersonalidad, impulsividad, antisocial, ausencia de empatía, creatividad y rigidez. En cuanto al Psicoticismo, inicialmente Eysenck relacionó esta

dimensión con el funcionamiento del sistema hormonal del individuo, en concreto con el funcionamiento de los andrógenos, lo que explicaba que los hombres puntuaran más alto en esta dimensión. En los últimos estudios de Eysenck se amplía esta hipótesis definiendo esta dimensión de la personalidad como una combinación de factores bioquímicos en los que está implicada la serotonina que actúan sobre el funcionamiento de la inhibición cognitiva dando en consecuencia las conductas propias del psicoticismo. Según Eysenck, esta es la dimensión impulsiva.

La formulación genérica más completa del modelo PEN se encuentra en el texto que el autor publica en 1981, donde lo describe de forma completa y sistemática (Eysenck, 1981). Eysenck plantea su modelo de personalidad recapitulando aportaciones teóricas previas de otros autores acerca del temperamento y al análisis factorial aplicado al estudio de la personalidad. Así, Eysenck integra en su trabajo empírico la tradición holandesa de estudio experimental de la personalidad (los trabajos de Heymans<sup>2</sup>), la inglesa del estudio factorial de la personalidad (trabajos de Spearman<sup>3</sup>) y la oriental de la fundamentación biofisiológica de la personalidad (recogiendo las aportaciones de los estudios Pávlov y por tanto de la relación entre el funcionamiento del SNC y las dimensiones del temperamento). Eysenck define y sitúa la ansiedad como un componente intrínseco de la neurosis y ésta es una dimensión unidireccional de la personalidad, es decir, que únicamente encontramos una patología en uno de los extremos de la misma, el polo alto, mientras que en el polo opuesto se encuentra el control de las emociones, es decir, la normalidad.

En una línea de investigación muy diferente, la escuela humanista-existencial iba desarrollando sus estudios sobre los estados de ánimo entorno al término “angustia”. Su concepto tradicional está basado en la etimología (del latín, *angere*) y hace referencia a la vivencia de estrechamiento, de opresión y agobio, lo que coloca su experiencia en el terreno

---

<sup>2</sup> Corneille Heymans (1892-1968), fisiólogo y farmacólogo belga que recibió el premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1938 por el descubrimiento de unos receptores sensoriales en las paredes de los vasos sanguíneos y de su importante papel en el control de la respiración.

<sup>3</sup> Charles Edward Spearman (1863-1945), psicólogo británico. Spearman desarrolló la técnica estadística conocida como análisis factorial y el coeficiente de correlación ordinal que lleva su nombre, que permite correlacionar dos variables por rangos en lugar de medir el rendimiento separado en cada una de ellas. Sus obras más importantes son *The nature of intelligence and the principles of cognition* (1923) y *The abilities of man* (1927).

de la corporalidad con una repercusión de sobrecogimiento interno que no necesita acompañarse de objeto concreto. Así, cuando alguien exclama que se está agobiando, hace alusión no únicamente a una percepción física sino también, y sobre todo, a una preocupación o forma de inquietud vital.

El español Juan José López-Ibor representa la aproximación del pensamiento biologicista con el enfoque existencialista que propone el humanismo a la hora de entender las patologías mentales. Muestra de ello es el voluminoso texto que escribió en 1966, titulado “Las neurosis como enfermedades del ánimo” (López-Ibor, 1966). En él confirma y hace suya la idea de que las neurosis tienen a la angustia como elemento central. Sin embargo, influido por la filosofía de Heidegger y Scheler, sostiene que la angustia es la percepción subjetiva de estar envuelto por la nada y constituye una experiencia fundamental y exclusiva de la naturaleza humana. Bajo esta perspectiva, López-Ibor acuñó el concepto de “angustia vital”, una angustia que está sostenida por la percepción del ser humano de tener una corporalidad finita y caduca, es decir, por la conciencia de que está encaminado a la desaparición en la muerte, con lo cual la angustia, aún siendo patológica, no deja de ser, para este autor, un fenómeno natural enraizado a la condición humana.

Observamos con todo esto que el término “ansiedad” proviene del desarrollo de los conceptos neurosis y angustia, con las que se hacía referencia a toda respuesta emocional excesiva e inadecuada por contexto. Veamos ahora otros términos que recogen estados similares o que guardan relación con la ansiedad.

### **2.1.2. Ansiedad, estrés y miedo**

Con frecuencia los conceptos “ansiedad”, “estrés” y “miedo” son utilizados de forma arbitraria y con significado múltiple según variadas circunstancias. Creemos necesaria hacer una diferenciación en el uso de cada uno de ellos con el fin de poder clarificar qué acepción del término ansiedad se utilizará en esta investigación.

Por un lado, la “ansiedad” se acompañaría de sobresalto, excitación, aceleración, con inquietud y temor a que ocurra algo y mayor repercusión respiratoria. El miedo y la aceleración son componentes propias de la experiencia ansiosa. Saldaña (2001) define la

ansiedad como la anticipación aprensiva de un peligro o desgracia futuro (interno o externo) acompañada de un sentimiento de malestar o síntomas somáticos de tensión. Si bien el miedo se produce en situaciones en que se percibe un peligro presente, la ansiedad es un estado de aprensión sobre un peligro futuro; mientras que en el miedo hay una amenaza bien definida, en la ansiedad es vaga o poco precisa.

Vemos el “miedo” como componente de la ansiedad, sin embargo su uso independiente debe reservarse para definir aquellas reacciones más “comprensibles” ante situaciones de peligro identificado a partir de estímulos u objetos concretos. Otra diferenciación alternativa es la basada en el estímulo (Sandin, 1997) y sugiere que el miedo está vinculado a la acción (o inactividad absoluta como el “quedarse congelado/a”), es decir, es un motivo cuya finalidad primaria es el escape/evitación. En cambio, la ansiedad implicaría un estado de activación no dirigido (p.ej., por fracaso en la discriminación) o un miedo no resuelto (ocurre cuando la acción es imposible, como por ejemplo ante situaciones incontrolables o por falta de decisión).

Berazaluce y Diego (2003) definen el miedo forma parte del conjunto de emociones innatas al ser humano, una reacción normal y adaptativa en situaciones que implican peligro o amenaza real. Existe una evolución del miedo, es decir, cambios en los tipos de temores del niño según la etapa del desarrollo de éste. Por lo general, los temores disminuyen con la edad y su naturaleza evoluciona de miedos físicos a sociales. Es decir, en los primeros años de vida son más frecuentes los miedos a animales, ruidos fuertes, oscuridad, seres imaginarios, etc., mientras que en la adolescencia prevalecen los temores a equivocarse o no tener razón, al fracaso escolar, a parecer ridículo y a ser observado por los demás. La forma más habitual de adquirir miedos durante la infancia es a través del aprendizaje por inducción, que consiste en adquirir miedos a partir de la información que transmiten las personas que le rodean. El niño no suele adquirir los miedos de otros niños de su edad. Tampoco es frecuente que los adquiera de experiencias personales desagradables sino que es más fácil que padres e hijos compartan miedos. Subrayan, pues, el aspecto relacional entre padres e hijos que existe en el desarrollo de los miedos y su conversión éstos en alguna forma de tipología ansiosa. A lo largo de su desarrollo, el niño experimenta miedos muy variados, la mayoría de los cuales, por su baja intensidad, son saludables porque le ayudan a aprender a enfrentarse a situaciones estresantes. Pero algunos de estos miedos persisten incluso cuando es adulto, son intensos y

alteran el funcionamiento diario de la persona, convirtiéndose en un problema. Es entonces cuando podemos empezar a hablar de ansiedad patológica.

Por último, el término “estrés” atiende a un doble sentido: por un lado, la reacción del organismo ante situaciones ansiógenas, es decir, la adaptación funcional que el cuerpo debe hacer con un componente de sobreesfuerzo. Por otro lado, también se utiliza el término para denominar la fuente de ansiedad, es decir, definir aquella circunstancia, ambiente u objeto que originan ansiedad y ponen en marcha todo el proceso adaptador psico-fisiológico.

Otro juego de palabras que debiera diferenciarse es el que sucede entre el fenómeno psicopatológico llamado “crisis de angustia” y los denominados “trastornos de angustia”. La crisis de angustia es un término utilizado para referirse al ataque de pánico y es un mecanismo psicopatológico que en algunas ocasiones se manifiesta aisladamente y en otras como síntoma de un trastorno mayor, convirtiéndose entonces en el trastorno de angustia (Perna, 2007).

Para evitar equívocos, en la presente investigación haremos referencia en todo momento al término “ansiedad” al ser de nuestro interés estudiar los componentes de miedo y sobresalto en los niños y su relación con el perfil de los padres.

### **2.1.3. La ansiedad patológica**

En un primer acercamiento a la ampliación de su definición, Rodríguez-Sacristán (1995) define la ansiedad como la reacción del organismo ante situaciones de amenaza que se caracteriza por vivencias displacenteras con formas de expresión muy diferentes a través de signos y síntomas somáticos o comportamientos variados, con un relevante valor defensivo que se aprende y constituye en la infancia.

Como forma de reacción es un mecanismo de defensa y aprendizaje necesario para el ser humano, ya que permite a éste proteger su supervivencia y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento ante futuras circunstancias adversas. Es por eso que podemos hablar de una ansiedad “normal” y otra “patológica”. La primera es un estado emocional de tensión que



puede tener su origen en un estímulo “positivo” o “negativo”, es decir, agradable o desagradable, y que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en sí mismo y le enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla. Aunque su respuesta ansiosa sea “aparatoso”, no habrá repercusiones para el futuro de su organización y maduración emocional. De hecho, Del Barrio (1996) la define como una emoción básica que puede dar lugar a la aparición de un variado tipo de trastornos como miedos, fobias y obsesiones siendo los primeros la modalidad más frecuente de ansiedad en los niños, normales en edades muy tempranas pero que de ser persistentes en el tiempo y si escapan del control del niño deben ser considerados alteraciones ansiosas de tipo desadaptativo. Es en este sentido que podemos definir la ansiedad patológica como un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el individuo siente una mezcla de inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad no imputable a circunstancias reales, vivenciado todo de una forma psíquica intensa, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor, inestabilidad y somatizaciones.

En la naturaleza, la ansiedad es una emoción y un estado de ánimo normal de grado muy elemental tanto en los animales como en el ser humano, como ya observó Darwin en sus investigaciones (Darwin, 1872). Las reacciones evolutivas de ansiedad ejercen una función de alarma y protección en las situaciones de amenaza, por lo que tienden a facilitar la supervivencia. Los diferentes modelos explicativos de la ansiedad están de acuerdo en afirmar que todas las personas desarrollan una ansiedad emocional durante la lactancia y que incluso la inexistencia de ansiedad se considera característica de algunos trastornos de la personalidad antisocial (Angst, Ajdacic, Eich y Rössler, 2007). Desde un punto de vista dimensional, la ansiedad normal y la patológica representan una especie de espectro continuo, de forma que la dificultad estriba en poder definir una más o menos clara línea divisoria entre la que debiera ser considerada normal o adecuada de su conversión a la patológica. Sin embargo, la ansiedad patológica contemplada desde un punto de vista categorial se define a partir de patrones sintomáticos característicos (síndromes o trastornos) junto con su duración y sus consecuencias, aunque su definición está todavía en desarrollo tal como se aprecia en las modificaciones recogidas en los manuales diagnósticos DSM-III, DSMR-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR.

### ***2.1.3.1. Desencadenantes de la respuesta ansiosa***

Perna y Bellodi (2007) han evaluado las diferentes teorías existentes acerca de los factores que pueden desencadenar una crisis de angustia o bien una respuesta ansiosa en un individuo y en sus conclusiones han podido establecer cuatro rasgos comunes que, al parecer, están siempre presentes a la hora de explicar qué hace que se desencadene una conducta ansiosa:

1. La existencia de alarmas. Las alarmas se pueden interpretar desde varias perspectivas: podemos contemplar un sistema de alarma “biológico” y un sistema de alarma “cognitivo”, además de considerar la existencia de alarmas verdaderas y falsas.
2. La función significativa desempeñada por la *respiración* (Perna y Bellodi, 1998; Perna y Griez, 2003). Por otra parte, la respiración se puede contemplar como una respuesta corporal frente a la emoción y el terror.
3. Los procesos de aprendizaje y condicionamiento.
4. Los mecanismos de realimentación, círculos viciosos que podrían implicar a los mecanismos fisiológicos básicos y a los procesos cognitivos.

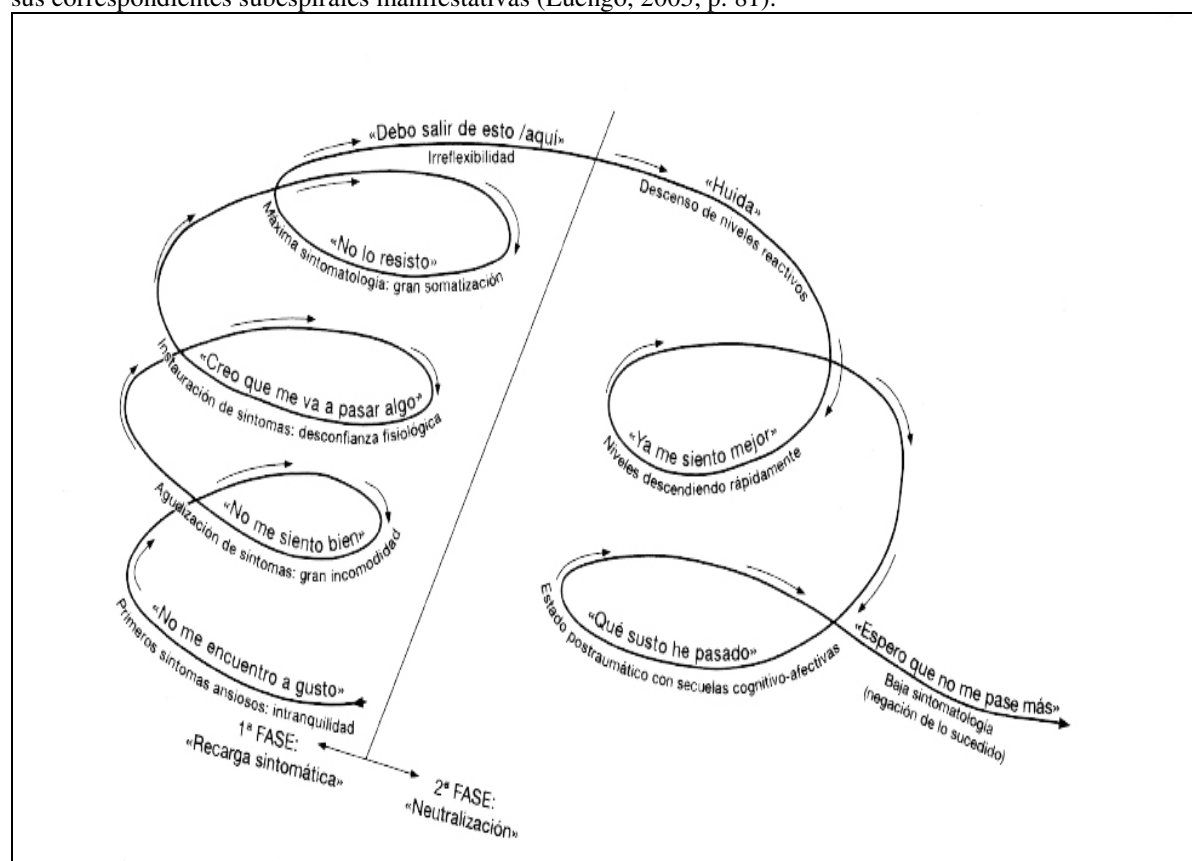
Quizás el factor sobre el que se ha conseguido un consenso en relación con los modelos explicativos más importantes de la activación de la respuesta ansiosa es el de la función de un sistema de alarma. La evolución ha aportado a los organismos una amplia gama de mecanismos que les permiten mantener la estabilidad interna y conservar el bienestar corporal. Los estudios realizados por Parsons (Parsons et al., 2001) explican que estos procesos fisiológicos reguladores tienen lugar de manera continua a nivel inconsciente y sólo en ocasiones alcanzan el nivel consciente en forma de emociones primarias (como el miedo, la tristeza o la rabia) y sensaciones fisiológicas extremas (como la sed o la sensación de falta de aire). Los mismos estudios sostienen que estas sensaciones fisiológicas extremas están fundamentadas en patrones complejos similares de alteraciones funcionales localizadas principalmente en áreas cerebrales filogenéticamente antiguas. Balaban y Thayer (2001) han propuesto la posibilidad de que, entre las diferentes estructuras cerebrales básicas supuestamente implicadas en el control de las emociones primarias, el núcleo parabraquial (o núcleo del tronco encefálico) es el más determinante ya que mantiene una representación de la sensación interna de bienestar (o, en su ausencia, de falta de bienestar) al mismo tiempo que participa en la generación de las respuestas emocionales y comportamentales. La

estimulación química de este núcleo influye tanto en el patrón respiratorio como en la función cardiovascular. El núcleo parabraquial podría filtrar e integrar la información interoceptiva procedente de las funciones homeostáticas básicas (respiración, funciones cardíaca y circulatoria y equilibrio) y coordinar los mecanismos adaptativos necesarios para el mantenimiento de la estabilidad interna y del bienestar corporal. La alteración de esta red neuronal podría explicar la aparición de la ansiedad o, como fenómeno puntual, la crisis de angustia como representación de la alarma de carácter más agudo e intenso que se activa en el ser humano. Dicho de otra manera, la ansiedad, como estado emocional originado a partir de los sistemas vegetativos básicos, procedería de sensores internos y superficiales que desempeñan la función evolutiva de dar la alarma de que la supervivencia del organismo está amenazada (Denton et al., 1999; Luengo, 2003 y 2005 y Parsons et al., 2001).

Perna y Bellodi (2007) concluyen que el trastorno de angustia está centrado principalmente en dos funciones clave: una constituida por los mecanismos homeostáticos relacionados con la fisiología corporal básica, y otra representada por los mecanismos de condicionamiento. Así, al experimentar una crisis de angustia, el individuo no solamente queda condicionado en su comportamiento, sino también en sus reacciones físicas. Por ejemplo, una ligera modificación de la función respiratoria (incluso por debajo del nivel consciente) podría activar reacciones físicas condicionadas capaces de generar una crisis de angustia o una respuesta ansiosa (Cano, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 2007). Si así fuera, significaría que experimentar ansiedad, sea por una razón circunstancial “justificada” o por una falsa percepción fisiológica, deja una huella en forma de aprendizaje que condicionará a la vez siguientes percepciones y reacciones físicas consecuentes, generándose un círculo vicioso que se retroalimenta y fortalece con la experiencia del individuo (ver figura 1). Así lo detalla Luengo (2005):

“La reacción ansiosa ya desnaturalizada deja al individuo sumido en una especie de perplejidad fatalista a partir de la necesitada aunque tergiversada y urgente interpretación de los síntomas que efectúa; en realidad uno queda a merced de la propia explosión agitativa... y siendo ésta automática e involuntaria queda a merced de una especie de capricho orgánico que deviene atentatorio en sí mismo” (Luengo, 2005, p. 80).

**Figura 1:** Hipótesis explicativa de la composición sintomatológica de un proceso agitado o espiral ansiosa, con sus correspondientes subespirales manifestativas (Luengo, 2005, p. 81).



### 2.1.3.2. Epidemiología y comorbilidad

En 2005, el Consenso Español sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada informaba que la tasa de población adulta española afectada por algún tipo de trastorno de la ansiedad alcanzaba el 20% (casi 2 de cada 10 españoles), siendo las mujeres españolas las más afectadas (hasta casi el doble). La mayoría de estudios estadísticos concluyen que la ansiedad, juntamente con la depresión, es el trastorno clínico más frecuente en la población en general. Los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a finales de 2007 indican que en España existen más de cinco millones de personas afectadas por ansiedad, depresión u otros trastornos mentales, lo que representa un 10% sobre la población.

Según la “Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad” (2008)<sup>4</sup>, entre el 15 y el 20% de la población española podría sufrir un episodio de ansiedad anualmente, y

<sup>4</sup> Guía que forma parte de una colección realizada por la Organización Médica Colegial (OMC), con el aval del Ministerio de Sanidad y Consumo y el patrocinio de Wyeth, y cuya edición actualizada ha sido presentada en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

entre el 25 y el 30% lo padecerían al menos una vez a lo largo de su vida. En el III Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos Comórbidos celebrado en Barcelona el 2006<sup>5</sup> se llegó a la conclusión que el número de casos de ansiedad en España había aumentado en los últimos años en paralelo a los casos de depresión, dado que entre un 50% y un 90% de los enfermos con depresión presentan síntomas de ansiedad (Balanza, Morales, Guerrero y Conesa, 2008).

#### **2.1.4. Clasificación y criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad según DSM-IV-TR y CIE-10.**

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta revisada, DSM-IV-TR. Para el diagnóstico de otros trastornos de ansiedad, el DSM-IV-TR dedica el apartado genérico “Trastornos de ansiedad”, donde detalla los criterios para el diagnóstico de cada categoría de ansiedad (ver tabla 1).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es la clasificación oficial de la Organización Mundial de la Salud para los Trastornos Mentales y, por consiguiente, tiene una gran influencia sobre el pensamiento y la práctica psiquiátrica. Se han efectuado 10 revisiones desde que apareció la primera clasificación en 1900. El CIE-10 clasifica los trastornos de ansiedad dentro del apartado “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (F40-49), con el nombre de “Otros trastornos de ansiedad” (F41). El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, pero éstos deben ser claramente secundarios o menos graves.

---

<sup>5</sup> Instituto Europeo de Neurociencias (IDN), III Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos Comórbidos, 26 y 27 de enero de 2006, Barcelona.

**Tabla 1:** Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR y CIE-10.

DSM-IV-TR	CIE-10
<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>F40-49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.</b>
	<b>F41. Otros trastornos de ansiedad.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)</li> <li>b) Agorafobia <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)</li> <li>b. Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01)</li> <li>c. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00)</li> </ul> </li> <li>c) Fobia específica (F40.02)</li> <li>d) Fobia social (F40.1)</li> <li>e) Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)</li> <li>f) Trastorno por estrés postraumático (F43.1)</li> <li>g) Trastorno por estrés agudo (F43.0)</li> <li>h) Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)</li> <li>i) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)</li> <li>j) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).</li> <li>b) Trastorno de ansiedad generalizada.</li> <li>c) Trastorno mixto de ansioso-depresivo.</li> <li>d) Otro trastorno mixto de ansiedad.</li> <li>e) Otros trastornos de ansiedad especificados.</li> <li>f) Trastorno de ansiedad sin especificación.</li> </ul>

Como veremos más adelante, además de estos trastornos, en el DSM-IV TR se incluye finalmente la ansiedad por separación como trastorno de ansiedad infantil.

## 2.2. Los trastornos de ansiedad en la infancia

Debido a su inmadurez en el abordaje cognitivo de las situaciones y en la capacidad verbal, los lactantes y los niños en edad de empezar a caminar expresan sus temores a través de comportamientos como expresiones faciales, tensión corporal o búsqueda de cariño y protección. A medida que desarrollan su capacidad de anticipar mentalmente las situaciones y de comunicarse verbalmente, los niños experimentan y expresan una ansiedad que cada vez es más comparable a la del adulto, incluyendo el recelo cognitivo y la rumiación psíquica (largos diálogos internos que hacia la adolescencia suelen tener un marcado trasfondo filosófico y en ocasiones negativista). Al igual que ocurre en el adulto, la ansiedad en el niño es una emoción, un sentimiento desagradable de tensión acompañado de modificaciones fisiológicas. Puede convertirse en desadaptativa si es excesiva o inapropiada respecto a la

etapa de desarrollo, y también si causa alteraciones funcionales significativas, en cuyo caso se puede considerar un trastorno de ansiedad. Como veremos más adelante, los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías psicopatológicas de mayor prevalencia en los niños y adolescentes.

Durante el desarrollo de la infancia existen diferencias en las manifestaciones de la ansiedad normal y de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, los lactantes y los niños pequeños sufren estrés con los ruidos súbitos, la separación de sus figuras de apego y el miedo a los animales o a la oscuridad; los niños más mayores experimentan ansiedad de rendimiento, y la ansiedad social acompañada de alteraciones somáticas es más frecuente en los adolescentes. Por tanto, lo que se considera normal en un niño pequeño puede constituir un trastorno en el niño mayor (Fong y Garralda, 2007).

Berazaluce y Estíbaliz (2003) describen los niños con ansiedad patológica como niños preocupados de forma desproporcionada, poco realista y exagerada, por un gran número de acontecimientos y situaciones. Tienen una gran inseguridad en sí mismos y por ello buscan constantemente aprobación por parte de los adultos y necesitan que les tranquilicen respecto a su valía personal.

“Son niños inquietos, perfeccionistas, impacientes, que se fatigan con facilidad, irritables, con dificultad para concentrarse, con alteraciones del sueño y muy temerosos. El centro de sus preocupaciones es variable... Lo que caracteriza a todas ellas es el miedo a no controlar todos los aspectos negativos que pueden surgir en una situación determinada” (Berazaluce y Estíbaliz, 2003, p. 251).

Echeburúa realiza una observación interesante para esta investigación al puntualizar que los padres ansiosos pueden agravar los síntomas transmitiendo sus propios miedos al niño, de forma que le obstaculizan la exploración normal del entorno y el desarrollo de las estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a los miedos. Por tanto, podemos prever cómo la ansiedad infantil puede ser condicionada por factores de personalidad de los padres o adultos implicados directamente en la crianza del niño. Esto explicaría por qué no se ha llegado a determinar un origen claro de la ansiedad patológica y por qué su pronóstico no acostumbra a ser favorable, llegando a cronificarse con el transcurso del tiempo, con un

agravamiento adicional ante las situaciones de estrés (exámenes, por ejemplo) y con la aparición de manifestaciones diversas (tics nerviosos, miedo a hablar en público, etc.).

Jalenques, Coudert y Lachal (1994) añaden el factor relacional en su definición de ansiedad patológica como condicionamiento de ésta según el lugar y las personas que acompañan al niño:

“Malestar más o menos permanente, con una manifestación psíquica, física y relacional, que puede ceder, sin embargo, cuando el niño se encuentra con sus padres o, por el contrario, fuera de casa, con sus compañeros y estando en grupo... Por tanto esta ansiedad crónica se acentúa en ocasiones durante ciertos momentos de la jornada” (Jalenques, Coudert y Lachal, 1994, p. 10).

Los mismos autores describen otras características de este tipo de ansiedad, como por ejemplo su manifestación cuando el niño está desocupado. Se produce entonces una inhibición del juego que se diferencia claramente de la anhedonia del niño deprimido: el pequeño ansioso conserva las ganas de jugar, pero tiene dificultades para organizar su juego, se siente “confundido”, pasa de una actividad a otra sin conseguir concentrarse y pronto experimenta un sentimiento de aburrimiento.

En ocasiones, la ansiedad patológica adopta el disfraz de un estado de retraimiento y de distracción que en realidad representa un estado de máxima alerta: el niño permanece atento a todo lo que le rodea aunque sin interesarse verdaderamente por nada en concreto, y plantea de forma continua una serie de interrogantes a sus padres. De hecho, otro síntoma propio del niño ansioso y un rasgo diferencial respecto a la depresión, es la huida de la soledad (recordemos la agitación como componente característico, conjuntamente con el miedo, de la ansiedad). Así, es frecuente que el niño busque al adulto o a cualquier otra compañía, no pudiendo, por ejemplo, realizar solo sus deberes escolares, “escapando” de su habitación para instalarse en la cocina o en el salón de la casa, en medio del ruido y de la actividad del resto de miembros de la familia.



### **2.2.1. Componentes de la ansiedad infantil**

Las manifestaciones particulares o características propias de la ansiedad infantil son principalmente cuatro (Jalenques, Coudert y Lachal, 1994):

#### **1º. Componente comportamental:**

En forma de cólera, agitación, inestabilidad psicomotriz y trastornos de atención.

Frecuentemente la cólera es la expresión comportamental de la ansiedad y el niño que la sufra presentará labilidad emocional y será sensible a los mínimos reproches u observaciones poniéndose colérico de manera repetida.

También durante una crisis ansiosa el niño puede presentar una agitación clásica desordenada, durante la cual no puede “aguantarse” más e incita que el entorno le contenga emocional y físicamente. El niño tiende entonces a debatirse, a luchar, y la impulsividad de las descargas motoras es alta en esos momentos. También están la inestabilidad psicomotriz y los problemas de concentración, pasando de una actividad a otra sin interesarse realmente o estar motivado, a menudo con gestos impulsivos que no controla bien respecto a los objetos. El niño puede expresar un contacto demasiado fácil con su entorno, con dificultad para encontrar límites sin llegar a establecer una verdadera relación con los otros niños. Dentro de la inestabilidad psicomotriz podemos encontrar la aparición de tics, hipertonía global o segmentaria, dificultad para relajarse y enlentecimiento motor.

#### **2º. Componente emocional.**

La ansiedad contiene una percepción interna del sujeto de un tipo de sentimiento descrito como desagradable, que ha recibido el nombre de afecto negativo. La identificación de esta forma de afecto ha llevado al denominado modelo tripartito para diferenciar la aparición de este sentimiento en la ansiedad y en la depresión. Fue Tellegen (1985) el que diferenció por primera vez la ansiedad de la depresión basándose en los conceptos de afectividad positiva y negativa a partir de la teoría del afecto. El afecto positivo refleja la medida en que una persona se siente activa, entusiasta, alerta, con energía y participación gratificante, mientras que el afecto negativo representa un factor de diestrés y participación desagradable, con predominio de sentimientos negativos como el disgusto, la ira, la culpa o el

nerviosismo. Según este autor, la diferencia fundamental entre la ansiedad y la depresión consiste en que sólo en la segunda se hay bajo o poco afecto positivo, es decir, que el bajo afecto positivo sería una característica específica de la depresión. Siguiendo este mismo modelo explicativo, fueron Clark y Watson (1991) quienes propusieron el modelo tripartito para explicar tanto las características distintivas como las solapadas entre la ansiedad y la depresión. Según este modelo, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos comparten un factor general de diestrés o alta afectividad negativa. En cambio, los aspectos distintivos son la hiperactivación fisiológica, propia únicamente de la ansiedad, y la anhedonía (bajo afecto positivo) específica sólo de la depresión. Siguiendo el modelo, el tercer factor que permite realizar el diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión es la activación autónoma o inhibición conductual, que es elevada en el caso del trastorno depresivo y muy baja (ya que presentan mucha activación fisiológica) en los trastornos de ansiedad.

### **3º. Componente somático.**

Las cefaleas cuya intensidad varía bruscamente en relación con el entorno y cuyo horario coincide con acontecimientos potencialmente ansiógenos, al igual que los dolores abdominales, sudoración fría, hiperventilación, taquicardia y malestares digestivos, pueden considerarse como manifestaciones propias de un cuadro ansioso en el niño. Algunos niños expresan malestar físico mediante quejas hipocondríacas y ocultan temores sobre la integridad y el funcionamiento de su cuerpo. Por otro lado, si bien no se pueden considerar la enuresis y la encopresis como equivalentes ansiosos, en cierto número de casos estos trastornos esfinterianos aparecen en un contexto de ansiedad crónica, asociados a síntomas de angustia de separación y a fobias (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). La anorexia es también un signo funcional que puede formar parte de un cuadro ansioso (Fernández, Jiménez, Badía, Jaurrieta, Solano y Vallejo, 2003 y Toro, 2001). De igual forma los trastornos del sueño en forma de pesadillas repetitivas, miedo a dormirse, noches agitadas con frecuentes despertares y ansiedad matinal (al despertar).

#### **4º. Componente cognitivo.**

Hace referencia a las formas de “racionalizar” la ansiedad: obsesiones, prejuicios, manías, etc. En ocasiones el niño ansioso va desinteresándose por las tareas escolares y las actividades sociales para replegarse en el juego individual y en su mundo interior. Ante una crisis ansiosa el pensamiento se vuelve desorganizado, pasando a funcionar de forma rápida (taqui-psíquica) o lenta (bradi-psíquica). En otras ocasiones se produce a un bloqueo intelectual (lo comúnmente llamado “quedarse en blanco”).

#### **5º. Componente relacional.**

Los trastornos de ansiedad alteran el individuo y consecuentemente también las formas de relación de éste con su entorno. Podemos distinguir tres tipos de conducta en el niño ansioso que afectan a su sociabilidad: la inhibición, la evitación y la dependencia:

-Inhibición: Puede tratarse sencillamente de timidez o de una patología mayor con mutismo, bloqueo intelectual e incluso alguna estereotipia o tic nervioso.

-Conductas de evitación: Son, al igual que en el adulto, unos recursos empleados por el niño para evitar el enfrentamiento a situaciones u objetos fóbicos.

-Dependencia ansiosa: Es otra manera en el niño de evitar las circunstancias ansiógenas y de protegerse, desarrollando un lazo excesivo de insatisfacción permanente y de tipo regresivo hacia al adulto.

### **2.2.2. Tipología de los trastornos de ansiedad en la infancia**

Mientras que los trastornos de ansiedad infantil y del adulto comparten el síntoma básico de ansiedad, hay subgrupos diferentes que reflejan las etapas de desarrollo. Algunos trastornos de ansiedad, como la ansiedad por separación, son específicos de la niñez, mientras que otros (como la agorafobia) no se observan en los niños. Las distintas subcategorías varían según la naturaleza de los síntomas, la edad de inicio del problema, las características epidemiológicas, el pronóstico y el tratamiento.

Los niños con trastornos de ansiedad pueden presentar una gama de síntomas que va desde la preocupación y el distrés leves a los cuadros abrumadores e incapacitantes de ansiedad que interfieren con la actividad. Sin embargo, hay ciertos obstáculos que dificultan clasificar la ansiedad infantil dentro de la psiquiatría. Los de mayor consideración son (Caballero, Mojarro y Rodríguez-Sacristán, 1995):

1. La ansiedad es una experiencia propia de todas las edades del ser humano, pero es la infancia la que ocupa un lugar predominante y mantiene una expresión particular en la patología infanto-juvenil.
2. Al encontrarnos en la etapa infantil, estamos sujetos al dinamismo y a los cambios en este período donde se está formando la personalidad.
3. Hay que tener en cuenta el ambiente y el concepto de “normalidad” en un ambiente, variables éstas difíciles de controlar debido a su variedad.

Es por ello que los diferentes manuales de ordenación y clasificación de los trastornos mentales han ofrecido un tratamiento diverso a la ansiedad infantil. En la actualidad, las formas de ordenación y de clasificación a partir de los cuales se definen diferentes tipos de ansiedad en la infancia pueden agruparse según diferentes criterios:

1. Según su expresión en el tiempo, en ansiedad aguda y crónica.
2. Según su estructura global, en ansiedad generalizada, excesiva, anticipatoria, de evitación y de separación.
3. Según el criterio de personalidad, en ansiedad-rasgo o ansiedad-estado.
4. Según la forma clínica en fóbica, en ansiedad obsesiva, psicótica, depresiva, neurótica, hipocondríaca, somatizada y consecuyente con procesos orgánicos.

Echeburúa (2000) distingue la siguiente tipología en la ansiedad infantil:

- a) Trastornos Fóbicos:
  - Fobias específicas
  - Fobia escolar
  - Trastorno de evitación
  
- b) Trastornos de ansiedad:
  - Ansiedad de separación
  - Ansiedad excesiva
  
- c) Otros trastornos de ansiedad:
  - Trastorno obsesivo-compulsivo
  - Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

El mismo autor excluye los trastornos de ansiedad adultos ya que, si bien éstos tienen antecedentes en la infancia, su continuidad no está clara y merece, pues, que los trastornos de ansiedad en la infancia sean tratados diferencialmente de los adultos. También distingue los trastornos fóbicos de los trastornos de ansiedad en dos apartados, incluyendo en los primeros el trastorno de evitación al tratarse de una evitación fóbica a lo desconocido. Resalta a la vez la distinción entre ansiedad por separación y fobia escolar y recoge el trastorno mixto de ansiedad y depresión por la frecuente asociación entre estos dos problemas clínicos en la infancia.

Especial mención merece la tipología que señala Spielberger (Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983) y que recoge en el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños STAIC (Spielberger, 2001), cuestionario que se ha utilizado como instrumento de recogida de datos en esta investigación. Este autor distingue entre Ansiedad-Rasgo (AR) y Ansiedad-Estado (AE) para diferenciar aquella ansiedad que ha pasado a formar parte de la personalidad del individuo de aquella que aparece sólo esporádicamente. Así, la Ansiedad-Rasgo es una dimensión de la personalidad, lo que lleva implícito ser una característica relativamente estable del niño por la que tiende a reaccionar de una manera más o menos habitual con conductas y vivencias ansiosas ante situaciones similares. Sin embargo, la Ansiedad-Estado se considera una respuesta generalmente transitoria ante vivencias o

síntomas orgánicos displacenteros, más propia de la llamada ansiedad “normal” o no patológica.

### **2.2.3. Factores de riesgo**

En el conjunto de la experiencia ansiosa participan numerosos elementos, factores y dimensiones que la constituyen, la matizan o la influyen. Por un lado, el factor cognitivo pasa a ser el de mayor relevancia en su relación con la ansiedad, ya que el desarrollo del primero va matizando el tipo de percepción emocional y, por tanto, la manera de vivir la ansiedad. Por otro lado, cada vez es más frecuente subrayar la importancia del factor familiar y la correlación existente entre la psicopatología familiar y el tipo de trastorno específico de ansiedad. En este sentido, Torgensen (1988, 1990) resalta la influencia del factor genético en el caso de fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos y los ataques de pánico. Sin embargo, más allá de la genética, existe evidencia creciente sobre la existencia de patrones familiares relacionados con la transmisión del miedo y los trastornos de ansiedad. Es decir, que los padres con tendencia a ser miedosos y/o con trastornos de ansiedad suelen tener hijos con miedos o ansiedad, en mayor proporción que los padres normales o depresivos. Curiosamente, este patrón parece estar más vinculado a la madre que al padre, lo cual sugeriría que gran parte de la contribución de dicho patrón se debe a factores ambientales (educación) más que genéticos.

Otros factores de predisposición a la ansiedad son el temperamento y el género. Sobre este último, las observaciones coinciden en que son más frecuentes las conductas ansiosas en mujeres que en varones (King, Hamilton y Ollendick, 1994; Pons, Queralt, Mars, García-Merita y Balaguer, 2010 y Sandín, 1997). En general, las chicas refieren más frecuencia e intensidad en los miedos que los chicos, si bien algunos autores han señalado que las diferencias pueden estar moduladas por la edad (durante la adolescencia las diferencias son mayores que en edades anteriores). Este hecho podría apoyar la idea de que tales diferencias obedecen principalmente a factores biológicos, determinados por la diferenciación sexual del cerebro (Sandín, 1984a) y posiblemente por los niveles sistémicos de hormonas, ya que durante esta etapa se producen grandes cambios endocrinos que difieren según el sexo.

En cuanto al temperamento, tal vez la variable mejor estudiada de este factor es la denominada inhibición conductual. Es una variable temperamental que puede observarse

tempranamente en algunos niños y consiste en una tendencia a reaccionar con elevada activación y retraimiento ante las situaciones no familiares. Parece algo universal, ya que se ha observado en distintas culturas y en diferentes especies de animales. Es por ello que la inhibición conductual se ha propuesto como un factor de vulnerabilidad hacia los trastornos de ansiedad en general (Sandín, 1997). En el modelo tripartito de Clark y Watson (1991) que hemos mencionado con anterioridad se definen la activación fisiológica (inhibida o desinhibida) como un factor de temperamento básico que, junto con la afectividad negativa y la afectividad positiva, predisponen al desarrollo tanto de los trastornos de ansiedad como de los depresivos.

Destacamos el estudio epidemiológico de Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo relacionados con los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación a partir de una muestra clínica de entre 6-17 años de edad. Los factores estudiados fueron: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental y los resultados mostraron que existían perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica (ver tabla 1):

- Para los trastornos conductuales: tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, las discusiones y peleas familiares, el maltrato físico, repetir curso y problemas tempranos de comportamiento.
- Para los trastornos de ansiedad: la edad de la madre (madres jóvenes), problemas en el parto, miedo al maltrato físico, estar preocupado por la familia y tomar medicación a diario.
- Para los trastornos depresivos: tener más edad (ser el mayor de los hermanos), estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes y el estado psicopatológico de la madre.
- Para los trastornos de eliminación: tener menos edad, ser varón y el retraso en las pautas de desarrollo.

En cuanto a los factores tempranos, las complicaciones durante el embarazo se asociaron con los trastornos depresivos, los problemas relativos al parto con los de ansiedad, fumar durante el embarazo y los problemas de comportamiento en la primera infancia con los conductuales y el retraso en las pautas de desarrollo con los de eliminación.

**Tabla 2: Ratios de los factores de riesgo para cada grupo de trastornos (análisis multivariado de regresión logística) (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).**

VARIABLES	Conductuales OR (p)	Ansiedad OR (p)	Depresivos OR (p)	Eliminación OR (p)
Sexo (varones)	—	—	—	2,74 (0,009)
Edad <sup>(a)</sup>	—	—	1,21 (0,001)	0,78 (<0,001)
Edad de la madre <sup>(a)</sup>	—	1,05 (0,013)	—	—
Edad del padre <sup>(a)</sup>	0,94 (0,045)	—	—	—
<i>Estresores (según padres)</i>				
• Nº de personas que conviven <sup>(a)</sup>	—	—	—	1,38 (0,085)
• Estar preocupado por la familia/hogar	—	1,70 (0,051)	4,65 (<0,001)	—
<i>Estresores (según niño)</i>				
• Discusiones /peleas familiares	2,27 (0,054)	—	—	—
• Preocupación muerte ser querido	2,67 (0,006)	—	—	0,38 (0,015)
• Problemas de alcoholismo	—	—	3,11 (0,043)	—
• Maltrato físico al niño	6,79 (0,006)	—	—	—
• Miedo a ser maltratado	—	3,52 (<0,001)	—	—
Repetir curso	2,12 (0,057)	—	—	—
Complicaciones embarazo	—	—	1,89 (0,088)	—
Problemas en el parto	—	1,80 (0,031)	—	—
Retraso pautas desarrollo	—	—	—	8,94 (<0,001)
Problemas comportamiento (1-5 años)	3,20 (0,008)	—	—	—
Ingesta diaria de medicación	—	2,02 (0,075)	—	—
Enfermedades frecuentes	—	—	2,42 (0,029)	—
Hándicaps físicos	—	—	2,38 (0,069)	—
Psicopatología materna <sup>(a)</sup>	—	—	1,01 (0,030)	—
Porcentaje de predicciones correctas	73.45%	62.22%	86.55%	81.85%
<i>Nota.</i> ORs ajustadas por sexo y edad El valor de p corresponde al estadístico Wald. <sup>(a)</sup> Variable cuantitativa				

Más recientemente, en los estudios longitudinales realizados por Fong y Garralda (2005 y 2007) se distinguen principalmente tres tipos de factores directamente vinculados y precipitadores de los trastornos de ansiedad en la infancia: factores intrínsecos (temperamento y factores genéticos), interacciones progenitores-hijo (estilo de crianza y procesos familiares) y acontecimientos vitales gravemente amenazantes (situaciones de pérdida y adversidad social). En cuanto a los factores intrínsecos y acontecimientos vitales amenazantes (situaciones altamente estresantes) estos estudios confirman las observaciones ya recogidas en estudios precedentes: los niños que presentan rasgos temperamentales



tempranos de pasividad y timidez se asocian con ansiedad en etapas evolutivas posteriores, añadiendo además que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad de sufrir un trastorno psiquiátrico similar a la de los niños cuyos padres sufren trastornos de ansiedad, aunque en este último grupo es más frecuente el diagnóstico de trastorno de ansiedad puro. Los estudios también puntualizan que los niños que pertenecen a familias en las que los padres se enfrentan a factores estresantes crónicos como el hacinamiento en el hogar, la pobreza y las desavenencias conyugales tienen una probabilidad mayor de sufrir inseguridad y de sentir ansiedad y temor. La disponibilidad emocional de los padres para sus hijos posiblemente va estar reducida si sus pensamientos y sentimientos están centrados en múltiples problemas sociales, con un espacio emocional muy escaso para el niño.

Por su relación con los objetivos de nuestra investigación, resaltamos las observaciones de Fong y Garralda (2007) respecto a las interacciones progenitores-hijo y estilo de crianza como factores que contribuyen a la ansiedad infantil, que señalan que los padres de niños con ansiedad muestran una actitud de exceso de control y de rechazo excesivo en la crianza de sus hijos, con un elevado nivel de “emoción expresada” que conlleva una implicación emocional excesiva en todo lo que se refiere a sus hijos. Es posible que el comportamiento de los padres con este estilo de crianza impida el desarrollo de la autonomía, de manera que el niño se siente menos seguro y muestra una ansiedad mayor. Sin embargo, Fong expresa sus dudas sobre si el estilo de crianza aplicado por los padres contribuye a la ansiedad infantil o bien si realmente ocurre lo contrario, es decir, que la conducta del niño conlleva a que los progenitores desarrollen ese estilo de crianza.

#### **2.2.4. Epidemiología y comorbilidad**

Según la ACTAD (Associació Catalana pel Tractament del Trastorns d’Ansietat i Depressió)<sup>6</sup>, los trastornos de ansiedad son unas de las patologías psiquiátricas más frecuentes en la infancia y la adolescencia, afectando aproximadamente a 13 de cada 100 niños y adolescentes entre 9 y 17 años, siendo el más común de los problemas mentales, emocionales y de conducta por encima de la depresión (AA.VV., 2010).

---

<sup>6</sup> Asociación catalana para el tratamiento de los trastorno de ansiedad y depresión. Dirección: c/Europa 22, 08028 Barcelona, [www.actad.org](http://www.actad.org).

Epidemiológicamente, Jalenques, Coudert y Lachal (1994) señalan que las fobias simples se manifiestan tempranamente en la infancia (entre cuatro y cinco años de edad) mientras que las fobias sociales y la agorafobia aparecen preferentemente en la adolescencia. La fobia escolar parece más frecuente hacia la edad de 11 años (que corresponde muy a menudo en los niños a la transición de la escuela primaria a la secundaria). En el trastorno de ansiedad por separación, la edad de comienzo más frecuente es entre los siete y los nueve años, mientras que el trastorno por ansiedad generalizada sobreviene preferentemente en el momento de la pubertad o incluso después.

Saldaña (2001) puntualiza que la mayoría de las fobias específicas comienzan en la infancia, a excepción de la claustrofobia, la fobia a conducir y la fobia a las alturas que se inician a partir de los 20 años. La fobia social se iniciaría entre los 15-20 años e incluso antes, el trastorno de pánico a los 24 años y la agorafobia a los 28 años. Siguiendo con el mismo autor, el trastorno por estrés postraumático puede comenzar a cualquier edad y el trastorno obsesivo-compulsivo suele comenzar en la adolescencia o al principio de la vida adulta.

Un estudio realizado sobre las características de los niños y adolescentes cuyos padres solicitaron tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud reveló que los trastornos más prevalentes fueron los de conducta (23%), seguidos de los depresivos (14.6%), de ansiedad (13.3%), del desarrollo (12.7%) y de eliminación (9.7%) (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). También se encontró una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los sujetos (ver tabla 3) así como entre el tipo de trastorno y el género (ver tabla 4).

Podemos observar que la ansiedad, junto con la depresión y los trastornos de alimentación son más frecuentes en las mujeres, mientras que en los varones prevalecen los trastornos de conducta, del sueño y eliminación. También observamos que los trastornos de ansiedad aumentan con la entrada de la pubertad (grupo de edad entre los 10 y 13 años). El estudio concluye que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva.

**Tabla 3: Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad (en porcentajes) (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).**

	0-5 años	6-9 años	10-13 años	14-18 años
1. Trastornos de conducta	7.6	15.4	28.6	39.0
2. Trastornos depresivos	17.3	11.5	14.4	19.5
3. Trastornos de ansiedad	7.7	13.3	17.4	11.2
4. Trastornos especif. del desarrollo	15.4	22.1	11.1	9.1
5. Trastornos de eliminación	13.4	13.4	7.9	2.6
6. Ausencia de trastorno	3.8	5.4	5.6	7.8
7. Trastornos del sueño	1.9	8.1	4.0	1.3
8. Tras. de la actividad y la atención	5.8	7.4	2.4	0.0
9. Tras. de rivalidad entre hermanos	7.7	2.7	0.8	0.0
10. Reacción a estrés agudo o grave	5.8	1.4	0.8	3.9
11. Tras. de la conducta alimentaria	5.8	0.7	0.8	2.6

**Tabla 4: Prevalencia de los trastornos más comunes según género (en porcentajes) (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).**

	Varones	Mujeres	Razón V/M
1. Trastornos de conducta	24.2	21.0	1.16
2. Trastornos depresivos	10.6	22.3	0.48
3. Trastornos de ansiedad	11.4	16.5	0.69
4. Trastornos específicos del desarrollo	14.4	9.4	1.54
5. Trastornos de eliminación	12.8	3.6	3.56
6. Ausencia de trastorno	6.0	5.0	1.20
7. Trastornos del sueño	3.8	6.5	0.58
8. Trastor. de la actividad y la atención	5.7	1.4	4.07
9. Trastor. de rivalidad entre hermanos	3.0	0.7	4.28
10. Reacción a estrés agudo o grave	1.2	4.4	0.27
11. Trastorno de la conducta alimentaria	1.2	2.8	0.42

Citando de nuevo el estudio reciente de Fong y Garralda (2007), observamos que el trastorno de ansiedad por separación presenta una incidencia del 2-4% en la población general, pudiendo aparecer a cualquier edad aunque es más frecuente su inicio alrededor de los 7 años de edad. El trastorno de ansiedad generalizada suele afectar a niños más mayores y aproximadamente el 3% tiende a presentar una incidencia máxima durante la adolescencia y afecta por igual a los niños de ambos sexos. La fobia social se observa con mayor frecuencia

durante la adolescencia, más frecuente en niñas que en niños y presenta una frecuencia del 1-7%. Las crisis de angustia o ataques de pánico son infrecuentes antes de la pubertad, se inicia con una incidencia máxima en pacientes de 15 a 19 años de edad, muestra una frecuencia de aproximadamente el 5% y afecta por igual a los adolescentes de ambos sexos. Por último, la fobia específica o simple es más infrecuente, sólo se observa en el 2-4% de los niños y tiende a afectar a niños mayores de 5 años de edad por igual a ambos sexos.

Siguiendo el mismo estudio, conocemos que los trastornos de ansiedad y la comorbilidad general con otros trastornos psiquiátricos como el trastorno negativista desafiante, la depresión mayor, la hipercinesia o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el abuso de sustancias se aproxima al 40%:

-Trastorno negativista desafiante: Algunos niños que sufren trastornos de ansiedad pueden presentar un comportamiento negativista como expresión de un comportamiento de ansiedad con evitación. En estos casos, el comportamiento puede mejorar tras el tratamiento de la ansiedad.

-Hipercinesia o trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Los niños que sufren trastornos de ansiedad presentan con frecuencia problemas de atención y concentración en las situaciones de ansiedad. Esta circunstancia obliga a establecer el diagnóstico diferencial con el trastorno hiperkinético, en el que la característica principal es la inatención acompañada de hiperactividad e impulsividad.

-Trastorno por estrés postraumático: Aunque el antecedente de acontecimientos estresantes es clave para el diagnóstico diferencial, es importante tener en cuenta que los niños con ansiedad preexistente muestran una vulnerabilidad especial a los efectos del traumatismo emocional y que los niños que han sufrido un traumatismo de este tipo pueden cumplir los criterios de uno o más trastornos de ansiedad.

-Depresión: Puede ser un trastorno primario subyacente a los síntomas de ansiedad o bien puede aparecer como una alteración comórbida en los trastornos de ansiedad. Esta segunda posibilidad se ha asociado a una edad mayor del niño, a niveles mayores de alteración y de ansiedad social y una mala evolución a largo plazo de los trastornos de ansiedad.

-Abuso del alcohol: Es infrecuente durante la niñez, pero tiene relevancia debido a que existe una asociación familiar entre alcoholismo y trastornos de ansiedad. Por otro lado, existe una relación temporal ya que los niños con trastornos de ansiedad muestran un riesgo elevado de alcoholismo durante la adolescencia al poder utilizar el alcohol para reducir su sintomatología de ansiedad.

-Trastornos del espectro autista (por ejemplo, el síndrome de Asperger): Se deben considerar en los casos en los que la sintomatología de ansiedad aparece combinada con dificultades sociales y de comunicación junto con patrones limitados de intereses. Los síntomas graves de ansiedad y las fobias simples son muy frecuentes en los niños con este tipo de trastornos.

### **2.2.5. Clasificación y criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad en la infancia según DSM-IV-TR y CIE-10**

En la clasificación del DSM-IV-TR (2000) se hace referencia a los trastornos de ansiedad en la infancia en el apartado “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, haciendo mención únicamente de la “Ansiedad por separación” (ver tabla 5). El manual también define como “Ansiedad por separación de inicio temprano” a los cuadros clínicos que tienen lugar antes de los seis años de edad.

**Tabla 5: Criterios diagnósticos de la ansiedad por separación según el DSM-IV-TR (2000).**

<p><b>“Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”</b></p> <p><b>“Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia”</b></p> <p><b>“Ansiedad por separación” (F93.0)</b></p> <p>A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.</li> <li>(2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.</li> <li>(3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. Ej. extraviarse o ser secuestrado)</li> <li>(4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.</li> <li>(5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.</li> <li>(6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.</li> <li>(7) Pesadillas repetidas con temática de separación.</li> <li>(8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.</li> </ol> <p>B. La duración del trastorno es de por los menos 4 semanas.</p> <p>C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.</p> <p>D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.</p>
--

A partir de la versión DSM-IV-TR, la categoría “Trastorno por ansiedad excesiva infantil” que se definía en anteriores ediciones ha quedado incluida en el “Trastorno de ansiedad generalizada”, fuera del apartado dedicado a los trastornos de la infancia. En la descripción de sus criterios diagnósticos se hacen indicaciones concretas para el diagnóstico en la infancia (ver tabla 6).

**Tabla 6:** Criterios diagnósticos de la Ansiedad Generalizada según el DSM-IV-TR (2000).

<p><b>Trastornos de Ansiedad (apartado 7).</b></p> <p><b>F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil).</b></p> <p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de 6 meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (alguno de los cuales han persistido más de 6 meses). <b>Nota: en los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. inquietud o impaciencia</li> <li>2. fatigabilidad fácil</li> <li>3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco</li> <li>4. irritabilidad</li> <li>5. tensión muscular</li> <li>6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).</li> </ol> <p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p> <p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej. Drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. Ej. Hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p>
--

En la CIE-10 (1992) los trastornos de ansiedad en la infancia están incluidos en el apartado “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” (F90-98), en la categoría “Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia” (F93) (ver tabla 7).

**Tabla 7:** Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad en la infancia según CIE-10.

---

**F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia****F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia****F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia**

El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de la ansiedad, y cuando la ansiedad aparezca por primera vez en edades tempranas. Este trastorno se diferencia de la ansiedad normal de separación por su gravedad que es de un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá de la edad habitual) y cuando se acompañe de un comportamiento social significativamente restringido. Además, el diagnóstico requiere que no haya alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad (si están presentes, debe tenerse en cuenta la posibilidad de las categorías F40-F49). La ansiedad de separación que comienza en una edad no adecuada al momento evolutivo (por ejemplo, durante la adolescencia) no debe ser codificado de acuerdo con esta categoría a menos que constituya la persistencia de lo que fue una ansiedad de separación infantil propiamente dicha.

Pautas para el diagnóstico: El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de individuos con los que el niño está vinculado (por lo general, los padres u otros miembros de la familia) y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones posibles. La ansiedad de separación puede presentarse como:

- a) Preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de éstas le abordara.
- b) Preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como, por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado).
- c) Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones, como miedo a algo que pudiese suceder en el colegio).
- d) Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa.
- e) Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día.
- f) Pesadillas reiteradas sobre la separación.
- g) Síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio.
- h) Malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante.

Excluye:

- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1).
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2).
- Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).
- Trastornos neuróticos (F40-F48).

**F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia**

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores concretos a un amplio rango de objetos y situaciones. Algunos de estos temores (o fobias) no forman parte del desarrollo



psicosocial normal, como en el caso de la agorafobia. Cuando estos temores se presentan en la infancia deben ser catalogados de acuerdo con la categoría de la sección F40-F48. No obstante algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en grados variables en la mayoría de los niños, por ejemplo, temores a animales en el período preescolar.

Pautas para el diagnóstico: Esta categoría debe ser sólo usada para temores que se presentan en períodos evolutivos específicos y cuando se satisfacen las pautas adicionales para todos los trastornos de F93 y:

- a) El comienzo ha tenido lugar en el período evolutivo adecuado.
- b) El grado de ansiedad es clínicamente anormal.
- c) La ansiedad no forma parte de un trastorno más amplio.

Excluye: Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

### **F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia**

Pautas para el diagnóstico: Los afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer principalmente ante adultos o ante compañeros. El temor se acompaña de un grado normal de dependencia selectiva de los padres o de otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado que desborda los límites normales para la edad del chico y se acompaña de una incapacidad social claramente significativa.

Incluye: Trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia.

### **F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia**

Incluye:

Trastorno de identidad.

Trastornos mentales y del comportamiento.

Trastorno de ansiedad.

Rivalidades entre compañeros (no hermanos).

---

Comparativamente, podemos apreciar diferencias en los criterios de clasificación de cada uno de los manuales, observando que hay una mayor explicitación entorno a la ansiedad infantil en el manual CIE-10 (ver tabla 8).

**Tabla 8:** Comparación y clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia.

DSM-IV-TR	CIE-10
<p>Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.</p> <p>Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:</p> <p style="padding-left: 40px;">Ansiedad por separación (F93.0)</p> <p>Trastornos de Ansiedad (apartado 7):</p> <p style="padding-left: 40px;">F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil).</p>	<p>F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia:</p> <p style="padding-left: 40px;">F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia:</p> <p style="padding-left: 80px;">F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia</p> <p style="padding-left: 80px;">F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia</p> <p style="padding-left: 80px;">F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia</p> <p style="padding-left: 80px;">F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia:</p> <p style="padding-left: 120px;">Trastorno de ansiedad (F41.1).</p>

### 2.2.6. Estudios relativos al origen de la ansiedad infantil

A grandes rasgos podemos hablar de tres líneas de investigación sobre el origen y desarrollo de los trastornos de ansiedad en la infancia. Por un lado están aquellos estudios que ponen el acento en las bases genéticas de este tipo de trastorno, estudiando la posible correlación entre progenitores ansiosos e hijos ansiosos. Por otro lado, están aquellas investigaciones cuyo interés se ha centrado en conocer la influencia de los factores ambientales en el desarrollo de la ansiedad. Estos estudios se basan en la correlación entre estilos de crianza y la ansiedad de los niños así como el tipo de apego materno y la ansiedad del hijo. Por último, está la línea de investigación que combina la genética y los factores ambientales como facilitadores ambos del desarrollo de trastornos de la ansiedad infantil.

#### 2.2.6.1. Acerca de los factores genéticos.

Uno de los primeros estudios sobre esta cuestión lo llevó a cabo Berg en 1976 (Berg, 1976). Éste, mediante una encuesta a 786 mujeres agorafóbicas, de las que 299 tenían al menos un niño en edad comprendida entre siete y 15 años, pudo evaluar la incidencia de las

fobias escolares entre estos niños (alrededor del 7%, alcanzando un 14% para los niños de 11 a 15 años). Para el autor, sin embargo, la elevada incidencia de fobias escolares entre estos niños no estaba ligada específicamente a la agorafobia, sino más bien a la existencia de un trastorno psicopatológico materno en general.

Otro de los primeros estudios al respecto lo realizó un grupo de investigadores de la Universidad de Yale. Estudiaron la frecuencia y la naturaleza de los trastornos psicopatológicos que puedan existir entre los hijos de sujetos con episodio depresivo mayor asociado o no a trastornos por ansiedad, comparándolos con los hijos de individuos libres de trastorno psiquiátrico (Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon y Prusoff, 1984). La concordancia entre la patología de los padres sobre los trastornos presentados por sus hijos era en general alta, en particular para los síntomas depresivos (82%) y ansiosos (73%). El estudio concluía que la acumulación familiar de trastornos depresivos o ansiosos contribuía a aumentar de forma significativa el riesgo para sus hijos.

Actualmente esta línea de investigación se centra en el estudio comparativo de los trastornos del estado de ánimo entre hermanos gemelos. Es un ejemplo el estudio llevado a cabo por Eley, Bolton, O'Connor, Perrin, Smith, Plomin (2003) en el que examinaron la diferenciación fenotípica y genética de la conducta ansiosa observada por las madres de 4564 parejas de gemelos de cuatro años de edad. Se confirmó cinco factores correlacionados de estas conductas: malestar general, ansiedad por separación, miedos, trastorno obsesivo-compulsivo y conductas timidez /inhibición. Las influencias genéticas fueron encontrados en los cinco factores aunque el patrón de influencias difieren considerablemente entre ellos, con estimaciones de heredabilidad particularmente altos para el trastorno obsesivo-compulsivo y la timidez/inhibición, mientras que con una considerable influencia ambiental en el caso de la ansiedad por separación. Estudios posteriores en la comparación entre gemelos (Bolton, Eley, O'Connor, Perrin, Rabe-Hesketh, Rijdsdijk y Smith, 2006) también apuntaron resultados similares, resaltando una estimación de heredabilidad alta para el trastorno de ansiedad por separación y fobia específica.

### ***2.2.6.2. Acerca de los factores ambientales.***

El tipo de apego de los padres, en especial el de las madres, y el estilo de crianza son los dos factores que más han impulsado el estudio de la relación entre el ambiente y los trastornos de ansiedad en la infancia.

La teoría del apego sugiere que el cariño de los padres puede servir como un factor protector contra la patología infantil, es por eso que el control de los padres y la expresión del afecto son dos variables que figuran de manera prominente en la literatura de la ansiedad infantil. Un ejemplo de esta línea de investigación es la llevada a cabo por Kaufmann para estudiar la transmisión entre generaciones de la preocupación y la ansiedad a través de la observación de la calidad del apego madre-niño (Kaufmann, 2004). A través de un estudio longitudinal de ocho años, durante los cuales se observó las interacciones entre niños y sus progenitores con la aplicación de diversas pruebas psicométricas, los resultados indicaron que la preocupación maternal pronostica un índice de preocupación alto en niños de siete años de edad. Sus conclusiones señalan la preocupación maternal y la calidad del apego como importantes factores de riesgo en el desarrollo de la sensibilidad para la preocupación y el desarrollo de la ansiedad en el niño.

Posteriormente, el estudio llevado a cabo por Poltrock con 68 familias con hijos de ocho a 11 años, centrado en la viabilidad del cariño de los padres como moderador entre el control parental y la ansiedad del niño (Poltrock 2007), llegó a conclusiones similares. Se creó una gráfica de las representaciones de las interacciones significativas y se encontró que en los casos en los que hay un alto control maternal el cariño maternal actúa como un factor de protección y de minimización de la ansiedad infantil. Más recientemente, Zhao (2010) ha estudiado la influencia del apego en la formación de la personalidad y la patología de los hijos, aunque se centra únicamente en el estudio de los factores maternos. Para conocer las relaciones entre el apego materno, el estilo de crianza y el nivel de ansiedad en los hijos utilizó una muestra de 182 preescolares. Los resultados indican que tanto el exceso de apego (sobreprotección) como su ausencia corresponden con un estilo educativo autoritario y éste correlaciona con la ansiedad por separación, fobia social y ansiedad generalizada del niño.

El estilo de crianza y sus efectos en el desarrollo de trastornos de ansiedad también ha sido objeto de números estudios que consideran que la ansiedad infantil tiene su origen en un proceso de “contaminación” de las emociones paternas/maternas hacia las emociones

infantiles. En este sentido, Dumas, LaFreinère y Serketich (1995) investigaron el tipo de transacciones existentes entre madres e hijos de diferente tipo de alteración en la conducta. La muestra se dividía en tres grupos: hijos con competencia social ajustada, hijos agresivos e hijos con ansiedad y la edad de éstos comprendía entre los 2.5 y 6.5 años. Las interacciones entre madres e hijos con competencia social eran positivas y recíprocas, donde la madre marcaba límites firmes y prudentes ante los intentos de coerción del niño. En el caso de madres con niños agresivos, las transacciones eran relativamente positivas, sin embargo cuando los niños intentaban hacerse con el control de la situación de forma violenta, las madres respondían adecuadamente puesto que no se oponían a conductas de control más extremas. En el caso de madres con hijos ansiosos las transacciones eran generalmente aversivas: las madres intentaban tomar el control del niño con coacción y los niños intentaban manipular a la madre ofreciendo resistencia y violencia. Ante estos resultados, la investigación concluyó que los niños son agentes activos que influyen y a la vez son influidos por sus relaciones sociales con la madre y que sus conductas son reflejo de ese tipo de relación. Desde esta perspectiva la respuesta ansiosa de un niño viene condicionada por la forma como interacciona la madre con el hijo.

Similares resultados obtuvo Hock (1992) en cuya investigación estudió los intercambios de actos comunicativos aversivos entre 59 madres y sus hijos, de entre 8 y 14 años. Hock concluyó que las relaciones de tipo aversivo constituyen un elemento especialmente importante en el desarrollo de la ansiedad infantil. Así lo constataron también en su investigación Xu, Zhu y Chen (2002), con una muestra de 549 niños preescolares entre tres y seis años de edad con la que estudió la correlación entre temperamento del niño y el estilo educativo de los padres. Los resultados indican que el temperamento de los niños está afectado por factores como la atención afectuosa, el reconocimiento, el castigo severo y la sobreprotección (a nivel de expresión emocional de los progenitores); la cultura, la moral y el tiempo de exposición del niño delante del TV (a nivel de la cultura y organización familiar); y la ansiedad materna (a nivel de psicopatología de los progenitores).

El interés que tienen los estilos de interacción en la comunicación entre padres e hijos quedó posteriormente constatado por una investigación más amplia realizada por Carrera (Carrera et al., 2004). En su investigación estudió los estilos de crianza parental en pacientes con trastorno de angustia así como la consistencia de las actitudes parentales entre ambos progenitores. La conclusión es que los hijos con trastorno de angustia perciben a sus madres

como más sobreprotectoras que la población general. Además, los padres del estudio se mostraron discrepantes entre ambos en cuanto al nivel de afecto y protección que daban a sus hijos, siendo las madres significativamente más protectoras que los padres. Destacamos en este estudio la discrepancia en los estilos educativos entre ambos padres, aspecto éste que nos hace cuestionar sobre si existen diferencias significativas entre el perfil de personalidad de la madre y del padre cuyos hijos tienen ansiedad y avanzamos que éste será un objetivo a estudiar en esta investigación.

El meta-análisis realizado por Wood, McLeod, Hwang y Chu (2003) concluyó que la mayoría de los estudios que examinan la relación entre el estilo de crianza de los hijos o el comportamiento y la ansiedad infantil se han centrado en tres dimensiones en cuanto a los progenitores: aceptación, control y modelado de comportamiento ansioso. Los resultados de las investigaciones analizadas apuntan a que el control parental está más asociado a la ansiedad infantil especialmente en los niños tímidos o inhibidos, así como que las características situacionales y la propia ansiedad de los padres actúan como variables moderadoras en el desarrollo de la ansiedad del niño.

### ***2.2.6.3. Acerca de la correlación entre factores genéticos y ambientales***

Esta línea de investigación comprende la genética y los factores ambientales como facilitadores ambos del desarrollo de trastornos de la ansiedad en la infancia. En concreto, investiga cómo la genética influye en diferentes aspectos del ambiente condicionando la salud mental de los hijos, lo que Eley ha denominado con el término “correlación genes-ambiente” (Eley, 2007). Estas investigaciones, basadas en el estudio de la familia y comparaciones entre gemelos, asumen que los resultados deben considerar por igual la combinación de genética compartida y ambiente compartido, ya que no es posible diferenciar entre ambas posibilidades. Otro aspecto relevante dentro de esta línea de investigación es la relevancia que se otorga al tipo de ambiente en el desarrollo de los trastorno de ansiedad. Este autor señala que la influencia del entorno compartido sobre la ansiedad es mayor que en el caso de otras patologías. Por ejemplo, en la ansiedad por separación existe un ambiente compartido más significativo o intenso, ya que incorpora el comportamiento de los progenitores como modelo y la implicación del vínculo a través de dependencias extremas con las figuras de apego. Según este autor, hay tres mecanismos a través de los cuales se pueden producir las correlaciones genes-ambiente.

Por un lado, están las “correlaciones evocadoras genes-ambiente” que se refieren al hecho de que el comportamiento de un niño evoca ciertas reacciones en los demás, lo que a su vez influye en el ambiente experimentado. Este enfoque sugiere que el niño puede influir en su propio ambiente mucho más de lo que se había considerado previamente así como los genes que hereda el niño de sus progenitores y que influyen en el desarrollo de los síntomas también causan un impacto sobre la propia vida de los padres (Pike, McGuire, Hetherington, Reiss y Plomin, 1996). Por ejemplo, un lactante sociable y sonriente evoca respuestas positivas en las personas que le rodean, mientras que un lactante irritable y poco sociable evoca respuestas muy diferentes. Así, se puede establecer un círculo vicioso en el que los comportamientos más positivos o negativos del niño modelan el ambiente y definen las posibilidades mayores o menores de un desarrollo psicológico óptimo. Estas fueron las conclusiones a las que llegó Zhang, Zhou y Wu (2008) en un estudio longitudinal de dos años con una muestra de 81 preescolares y sus padres (tanto padres como madres) cuyo objetivo era estudiar las influencias recíprocas entre los niños y su ambiente circundante. Los resultados constataron la relación existente entre la relación de la madre y el padre con las conductas del niño. En concreto, una mala relación madre-niño predice problemas de agresividad y represión; una mala relación padre-niño predice problemas de conducta y delincuencia del niño. Si la mala relación es con ambos padres, se predicen trastornos de ansiedad, agresividad y delincuencia.

Por otro lado, la “correlación activa genes-ambiente” hace referencia al hecho de que los niños crecen y cuando alcanzan la adolescencia o la edad adulta, toman decisiones respecto a su ambiente. Por ejemplo, un niño que es brillante en el colegio puede decidir incorporarse a actividades extraescolares incrementando así su aprendizaje y sus posibilidades. Sin embargo, un niño con problemas escolares puede no sentirse cómodo con una exposición suplementaria a situaciones de aprendizaje y, como consecuencia, pierde esta oportunidad en su desarrollo.

Por último, es probable que los padres con una personalidad antisocial no sólo transmitan a sus hijos los genes relacionados con este tipo de comportamiento sino que también los expongan a dicha conducta, con lo que los niños adoptarán y aprenderán ese modelo (Scarr y McCartney, 1983). Esta secuencia se ha denominado “correlación pasiva genes-ambiente”. Otro ejemplo es el estudio que llevaron a cabo Hamen, Shih, Altman y Brennan (2003) donde se observó que los hijos de mujeres adultas con depresión y con

dificultades crónicas en las relaciones interpersonales mostraban una incidencia mayor de depresión respecto a los hijos de mujeres con depresión pero sin dificultades en las relaciones interpersonales y que los hijos de mujeres sin depresión. Dentro de este enfoque adquiere especial relevancia el estudio de los sesgos cognitivos como mediadores potenciales del riesgo genético (Stein, Jang y Livesley, 1999; Eley y Brown, 2004 y Eley, Gregory, Clark y Ehlers, 2007). Por ejemplo, respecto a la sensibilidad a la ansiedad de un niño, algunos estudios han podido aislarla como variable de factor de riesgo (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005) llegando a la conclusión de que la transmisión hereditaria de la sensibilidad para la ansiedad es alta, alrededor del 50%, y que la variación restante se explica por el ambiente no compartido tanto en adultos, adolescentes como en niños. Es un ejemplo los adolescentes cuyos padres carecían de titulaciones académicas y que mostraban niveles elevados de riesgo familiar fueron los que tenían mayores probabilidades de presentar puntuaciones de depresión altas. Esto implica que los adolescentes de familias con una tasa elevada de depresión muestran un riesgo especialmente elevado de sufrir depresión si sus padres carecen de titulaciones académicas. Este efecto podría estar mediado por las estrategias de superación y por la capacidad de búsqueda de ayuda, habilidades que pueden estar más desarrolladas en las familias en las que los padres poseen titulaciones académicas, actuando el sesgo cognitivo como mediador del riesgo genético.

## **2.2.7. Interpretaciones teóricas sobre la ansiedad**

### ***2.2.7.1. Modelo psicodinámico***

#### ***Sigmund Freud (1856-1939).***

La primera preocupación de Freud fue el estudio de la histeria, a través del cual llegó a la conclusión de que los síntomas histéricos dependían de conflictos psíquicos internos reprimidos y el tratamiento de los mismos debía centrarse en que el paciente reprodujera los sucesos traumáticos que habían ocasionado tales conflictos (Freud, 1980).

Freud llegó a la convicción de que el origen de los trastornos mentales está en la vida sexual y que la sexualidad comienza mucho antes de lo que en aquellos momentos se pensaba, en la primera infancia. Estas reflexiones quedan reflejadas especialmente en el caso “Juanito” con el análisis de la fobia a los caballos de un niño de cinco años a la que Freud



relacionó con el desarrollo sexual y su deseo erótico reprimido (Freud, 1967 y 1986). Desde esta perspectiva aportó una visión evolutiva respecto a la formación de la personalidad basada en una serie de etapas en el desarrollo sexual. Cada una de las etapas tiene el mismo objetivo: la consecución de placer sexual, el desarrollo de la libido. La diferencia entre cada una de ellas está en el "objeto" elegido para conseguir ese placer, ya que el niño recibe gratificación instintiva desde diferentes zonas del cuerpo en función de la etapa en que se encuentra. La primera etapa de desarrollo es la etapa oral, donde la que la boca es la zona erógena por excelencia durante el primer año de la vida. A continuación se da la etapa anal hasta los tres años. Le sigue la etapa fálica, alrededor de los cuatro años, hasta llegar a una etapa de latencia, de la que despierta al llegar a la pubertad con la fase genital.

Podemos ver que Freud tenía una concepción hedonista de la conducta humana: comprendía que el placer venía dado por la ausencia de tensión y el displacer por la presencia de aquella. El ser humano, inicialmente, se orienta hacia el placer (principio de placer o impulso de vida) y evita las tensiones, el displacer y la ansiedad que le generaría no obtenerlo. Posteriormente Freud añadió que también existe en el ser humano el impulso por la destrucción (impulso de muerte) en su necesidad de expresar y reducir las tensiones.

Es a partir del análisis de los adultos como Freud llegó poco a poco a comprender al niño. En su concepción del aparato psíquico, en la metapsicología, Freud le da una importancia particular a los sentimientos, especialmente a la angustia (*Angst*). Esta la define como un sentimiento particular, una sensación (*Empfindung*) desagradable, diferente de otras sensaciones desagradables como la tensión, el dolor o la pena, de la que se derivarán funciones y acciones de descarga, con la posibilidad de que la angustia sea transformada, desplazada o representada. Para Freud, la angustia, si existe en el lactante, sólo aparece como tal en una fase más avanzada del desarrollo y centrada en temas sucesivos: a) la oscuridad, b) cuando el niño está solo o c) cuando la madre es reemplazada por una persona extraña, tres casos que se pueden resumir en una única condición: la ausencia de la madre (Freud, 1926). En adelante, ciertas situaciones angustiantes pueden traer consigo sensaciones de abandono o de pérdida de objeto, entre ellas la angustia de castración, que es la angustia ante el temor a la pérdida del pene y, en última instancia, la angustia del parto que corresponde a la separación original. Para Freud, el término "ansiedad" se circunscribe, pues, a situaciones en que se extraña a alguien amado o se anhela la presencia de alguien o algún objeto. En este sentido, Freud propone una sucesión de formas consideradas como situaciones ansiógenas durante la

infancia: angustia a quedarse solo, ante los extraños, angustia de castración, angustia moral y angustia social con angustia de pérdida del cariño en la niña. Estas diferentes variantes de angustia inducen otras tantas formas de compensación, de síntomas secundarios, de inhibición y de modificación del carácter, configurando entre todas los principales cuadros descritos en la clínica.

Desde este enfoque, la ansiedad infantil es la manifestación de la represión de los impulsos sexuales del niño que, tempranamente, se encuentra en la circunstancia de no poder satisfacer el placer de la zona erógena o bien, en el caso de los niños muy pequeños, se encuentran sin la presencia continuada de la figura materna o sin su afecto.

### ***William Lewis Stern (1871-1938).***

Stern era considerado en su tiempo como un psicólogo de la juventud y la principal autoridad en psicología diferencial. Introdujo en el estudio de la inteligencia el concepto de cociente de inteligencia o índice de inteligencia y la práctica de dividir la edad de desarrollo mental por la edad cronológica (Stern, 1967). Hacemos aquí mención del trabajo de este autor por su aportación a la comprensión de cómo la ansiedad puede transmitirse generacionalmente y muy precozmente en el seno de una familia, teniendo como resorte principal la identificación. Se puede hablar de identificación en dos casos por lo menos:

1. El de una identificación con un rasgo de la persona a la que el niño está unido, un rasgo de carácter, por ejemplo.
2. El de una identificación con una emoción vivida por el otro. Es el tipo de identificación llamada “histórica” que explica, por ejemplo, la contagiosidad de la angustia.

Sobre el primer caso de identificación es sobre el que se apoya la comprensión de los rasgos de carácter del niño ansioso, tratándose entonces de una constante de su personalidad: por ejemplo, la tendencia a sentirse incómodo en las relaciones sociales, fuera del medio familiar. Por el contrario, el segundo tipo de identificación aclara la comprensión de lo que sucede en el momento de una interacción entre un padre ansioso y su hijo. Ahora bien, este fenómeno existe desde el origen de la vida y Stern ha estudiado de modo particular la manera como un bebé percibe el significado de un estado interno de su madre y la manera como ésta

capta el significado de un estado interno en su bebé, lo que este autor denomina “acuerdo afectivo”.

Desde este enfoque, la ansiedad infantil es una identificación (más imaginaria que real) que el niño ha realizado de un estado anímico de sus figuras de apego, siendo en ocasiones una consecuencia del ejercicio de conectar y hacerse cargo del estado anímico que percibe de su contexto familiar o próximo, confundiendo con él y haciéndolo propio.

### ***Melanie Klein (1882 -1960).***

Desde la perspectiva psicoanalítica de Klein, el desarrollo personal se concibe como enriquecimiento de la personalidad y esto se consigue a través de la superación de etapas tempranas de la niñez y la superación de los conflictos que éstas conllevan: la ansiedad, la culpa, la envidia y finalmente el logro de la gratitud. Klein enfatiza en un posicionamiento ahora muy extendido en casi todos los enfoques y métodos de trabajo de la psicología: que alcanzar el equilibrio con el mundo psíquico interno y el mundo externo es la clave para desarrollar la capacidad de disfrutar de las cosas y llevar relaciones gratificantes de amor con los demás. Klein se basa fundamentalmente en las teorías freudianas y establece que la neurosis es un escollo ineludible, por así decirlo, para cada niño. Así, todos los niños pasan por una neurosis que no difiere de uno a otro más que por su intensidad y, respecto a la propia neurosis, por la actitud del niño frente a sus dificultades. Distingue dos tipos de angustia: por un lado, la angustia persecutoria, desarrollada en los 6 primeros meses de vida, en el período llamado esquizoparanoide, y, por otro, la angustia depresiva, teniendo que pasar todo niño por estas “posiciones” para ir madurando, por lo que habría una forma de angustia normal y evolutiva (Klein, 1990). Pero cuando en un niño los obstáculos que se oponen a su adaptación a la realidad sobrepasan ciertos niveles y cuando las dificultades que sufre son demasiado grandes, entonces se puede hablar del desarrollo de una ansiedad patológica.

Desde este enfoque, la ansiedad infantil forma parte de la progresión del niño (especialmente en los primeros meses de vida) por los diferentes períodos y etapas de su desarrollo emocional. La ansiedad pasa a fijarse y a hacerse patológica cuando el niño no puede adoptar una posición interna que le permita superar emociones como la envidia, la agresividad o la culpa que siente ante una figura de apego, generalmente la madre. Desde la óptica de Klein, hay que buscar el origen de un trastorno de ansiedad infantil en la anamnesis del primer año de vida del niño.

### ***Anna Freud (1895-1982).***

Lo que sobresale en sus trabajos es el papel de la regresión en la formación de los síntomas, especialmente en las fobias y la importancia de los mecanismos de defensa que, muy rápidamente, van a “disfrazar” y en ocasiones aparentar la desaparición de la angustia (Freud, 1984 y 1985). Anna Freud describe un Yo determinado por la angustia ante el Superyó, que se le aparece como amenaza proveniente del mundo exterior en forma de normas, prohibiciones o bien circunstancias contextuales o familiares complejas de entender y aceptar por parte del niño. Ahí está la fuente de la neurosis, ligada a la imposibilidad de satisfacer de impulsos del Ello debido a un Yo sumiso. Es por esto que Anna Freud cuestiona y critica a la educación tanto escolar como parental, pues éstas debieran ser capaces de constituir un Superyó más flexible que condicionara menos la espontaneidad del Ello.

Cuando la angustia emerge, el Yo utiliza mecanismos de defensa, que no son otra cosa que procesos psicológicos automáticos que protegen al niño de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos (una circunstancia contextual o familiar poco aceptable para el Ello del niño) o internos (impulsos del Ello que el Yo no puede aceptar y permitir que se expresen). Los mecanismos de defensa mediatizan, pues, la reacción del niño ante los conflictos emocionales. Se han llegado a definir hasta 15 mecanismos de defensa diferentes que no explicaremos aquí por no tratarse del objetivo nuestra investigación, pero de entre los cuales destacamos la proyección, la sublimación, la regresión y el aislamiento como las defensas más comunes de la etapa infantil.

Los síntomas neuróticos aparecen como modos de fijación de mecanismos defensivos, es decir, el Yo hace un uso invariable como una fijación de una o varias defensas en su

momento erigidas contra un conflicto emocional, que se repite exactamente con el retorno estereotipado del mismo conflicto o exigencia (sean externa o interna). Ciertas neurosis guardan relaciones estables con determinado tipo de defensas, por ejemplo la histeria con la represión y la neurosis obsesiva con el proceso de aislamiento y anulación. Esta misma conexión aparece con los afectos a ellos ligados y marcará la formación del carácter, que actúa como una coraza, una armadura que constriñe las defensas desarrolladas contra los impulsos del Ello, una célula del Yo que, según la gravedad de las características del desarrollo del niño, se pone a trabajar contra el Ello en lugar de operar hacia el mundo, como si se tratara de una autolesión del individuo contra sí mismo, dando lugar a la patología.

Desde este enfoque, la ansiedad infantil es una reacción de Yo ante los impulsos del Ello, para lo cual utilizará los mecanismos de defensa, el uso de los cuales puede quedar fijado en el carácter de la persona o, en casos más graves, en una patología o trastorno de ansiedad.

### ***Donald Woods Winnicott (1896-1971).***

También centró sus estudios en la relación madre-lactante y la evolución posterior del sujeto a partir de tal relación. Winnicott observa que existe una preocupación maternal primaria espontánea en los cuidados de la madre hacia el bebé, sin embargo puntualiza que un exceso de apego entre la madre y el hijo es patológico. Lo importante, apunta este autor, es que exista un equilibrio entre una madre “suficientemente buena” y una madre “banalmente dedicada” al niño (Winnicott, 1993). Una madre suficientemente buena es aquella que es capaz de dar cabida al desarrollo del verdadero yo o “self” del niño, es decir acoger su gesto espontáneo, en el sentido de lo que el niño quiere expresar, e interpretar su necesidad y devolvérsela como gratificación. Es decir, el adecuado desarrollo de la identidad del niño será posible en respuesta al repetido éxito de la complicidad de la madre ante la forma “espontáneo” y auténtica de mostrarse el niño, de modo que éste irá creyendo que su forma de ser no parece entrar en competencia con el afecto materno.

Por el contrario, si la madre no es suficientemente buena y no es capaz de sentir y responder a las necesidades del pequeño, su actitud sustituirá el gesto espontáneo del niño por una conformidad forzada o conducta adaptativa, que puede ir desde un nivel superfluo pero

necesario (aprender e interiorizar normas sociales de convivencia) hasta un nivel severo y patológico llegando a provocar un trastorno clínico. Este falso “self” es como una máscara de la falsa persona que constantemente intenta conseguir anticiparse a la demanda del otro, para mantener la relación y se empleará cada vez que se tenga que cumplir con normas exteriores, como ser educado o seguir códigos sociales.

Cuando se produce una gran separación entre verdadero y falso “self” del niño, su expresión auténtica como ser desaparece por completo y tiene consecuencias en el desarrollo tanto emocional como intelectual del niño, con una baja capacidad para la simbolización y una vida culturalmente muy empobrecida. En la edad adulta se puede observar en personas extremadamente inquietas o impacientes, con poca capacidad de concentración y gran necesidad de reaccionar a las demandas de la realidad externa, al tiempo que sintiendo malestar consigo mismas (Winnicott, 1999).

Según Winnicott, la ansiedad infantil es producto de la permanente vigencia de los repetidos y agotadores estímulos externos que recuerdan al niño cómo debe ser (no sólo como debe comportarse) y la consecuente incapacidad de conexión consigo mismo.

#### ***2.2.7.2. Modelo cognitivo-comportamental***

Los modelos comportamentales y cognitivo-comportamentales forman el segundo grupo de vías metodológicas para el análisis de la ansiedad. Bajo esta denominación se incluyen unos acercamientos que tienen un rasgo en común: seguir los principios de la “teoría de aprendizaje”. Con arreglo a esa premisa básica inicial, la ansiedad sería una conducta inadaptada aprendida a través de hábitos persistentes y con una fortísima dependencia funcional del ambiente (aunque no se descarta la posibilidad de que existan circunstancias facilitadoras en el sujeto que la propicien). El aprendizaje puede llevarse a cabo a través de diversas vías:

1. Mediante condicionamiento clásico. Se trata de un procedimiento por el cual si se asocia un estímulo aversivo que en principio era neutro y precede a otro evento o circunstancia que no lo es (es decir, que tiene el poder de provocar ansiedad en sí mismo), una vez establecida la asociación entre ambos el primer evento empieza a provocar una reacción similar a la que provocaba el segundo evento ansioso. La

ansiedad es considerada una respuesta aprendida en el curso de este tipo de experiencia traumática. Los autores más reconocidos de este modelo son John Watson, considerado el padre de este modelo, y Joseph Wolpe, fundador de la terapia de la conducta y artífice de la técnica psicoterapéutica conocida como “desensibilización sistemática” consiste en la exposición *in vivo* o bien imaginaria de estímulos temidos junto con la aplicación simultánea de estrategias de relajación. Para ello Wolpe creó las escalas de Unidades Subjetivas de Ansiedad, con las cuales se registra y cuantifica la ansiedad y malestar subjetivos para posteriormente poder desensibilizarlos (como si se desprogramaran) de la mente del individuo.

Desde este enfoque, la ansiedad infantil es una respuesta aprendida a partir de un tipo de experiencia traumática que ha vivido el niño.

2. Mediante condicionamiento operante. El aprendizaje de la respuesta ansiosa se realiza debido a la adquisición de un beneficio. Burrhus Frederic Skinner insistió en el hecho de que todo comportamiento está condicionado por sus consecuencias en el entorno, llamadas “refuerzo”, entendidas como todo aquello que aumenta la probabilidad de emisión de una respuesta. En el caso del niño, las rabiets o pataletas conllevan una focalización de la atención del entorno en él, lo que puede ser considerado con un factor que incrementa la probabilidad de nuevas pataletas en el futuro.

Desde este enfoque, la ansiedad infantil es una respuesta aprendida y reforzada a partir de la adquisición de un beneficio.

3. Mediante aprendizaje vicario u observacional. Este modelo explica el desarrollo de ciertas conductas y reacciones emocionales a través de lo que el sujeto observa en otros sujetos convirtiéndose éstos en modelos, sin que tenga que mediar ninguna experiencia traumática directa. Para Albert Bandura, el autor más destacado de este modelo explicativo, la personalidad se desarrolla a partir de la interacción de tres factores: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona (Bandura, 1977). Estas variantes permitieron a Bandura establecer que el niño imita

espontáneamente el comportamiento de sus padres y de otras figuras referenciales principalmente (amigos, maestros, etc.) Este aprendizaje por imitación se desarrolla en dos fases: una de adquisición durante la cual el niño aprende los comportamientos del modelo, estén presentes o no reforzadores externos, y a continuación una de actuación en la que el niño ejecuta los nuevos comportamientos sin la presencia del modelo (Bandura 1983).

Desde la perspectiva del aprendizaje vicario, la ansiedad infantil es una respuesta emocional del niño aprendida por copia a partir de la ansiedad que sufren sus figuras de apego o referenciales.

4. Mediante predisposición adquirida, basada en la teoría de Martin Seligman (1971). Seligman, más conocido por sus experimentos sobre la indefensión aprendida y su relación con la depresión, desarrolla también una particular manera de entender la ansiedad y su funcionalidad, según la cual los seres humanos llevamos en nuestro código genético una predisposición innata a reaccionar con ansiedad y temor ante ciertos eventos mantenidos y reforzados en la historia de la evolución, que han supuesto un peligro para la supervivencia de la especie aunque en la actualidad carezcan de dicho valor amenazante (Rachman y Seligman, 1976).

Seligman se preguntaba por qué las fobias son selectivas, resistentes a la extinción, irracionales y susceptibles de ser aprendidas en un solo ensayo, llegando a la conclusión de que los humanos estamos preparados para aprender respuestas de miedo a un conjunto limitado de objetos y situaciones y no-preparados para aprender el resto. Existirían, pues, unos estímulos relevantes de miedo o potencialmente fóbicos y por el contrario, unos estímulos irrelevantes de miedo que no predisponen a la respuesta ansiosa o fóbica. La teoría del aprendizaje preparado de miedo tiene un carácter, pues, filogenético, ya que el conjunto de estímulos relevantes de miedo no es arbitrario sino que está relacionado con la supervivencia humana y por tanto ha sido seleccionado de forma natural a lo largo de la evolución de la especie humana, teniendo en común haber sido peligrosos para el hombre pretecnológico en su medio natural.



Desde la perspectiva de la predisposición adquirida, la ansiedad infantil parte de un aprendizaje de naturaleza filogenética y consiste en el desarrollo del miedo cuando el niño experimenta un estímulo relacionado con la supervivencia humana.

5. Por distorsiones cognitivas. Actualmente, los modelos cognitivos defienden la teoría de que el niño percibe de forma errónea las demandas del entorno y consecuentemente se van organizando distorsiones cognitivas que permanecen en la mente (Luengo, 2003). Como resultado se deformarán las percepciones, memorias e interpretaciones de las experiencias que el niño va viviendo, dando lugar a vivencias ansiosas de su realidad. Una de las metodologías más representativas de este enfoque en la teoría racional-emotiva desarrollada por Albert Ellis a partir de 1955. Ellis expone en sus estudios que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto-doctrinamiento" en exigencias irracionales, es decir, no son los acontecimientos externos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas sino que es el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, quien en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos (Ellis, 1988). El que esos eventos produzcan estados emocionales perturbadores extremos, irracionales o racionales, dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas o creencias de ese sujeto particular. Según Ellis, la ansiedad es una consecuencia emocional negativa patológica que toma el puesto de otra emoción negativa pero no patológica: la inquietud (Ellis, 2000). Esta última es una consecuencia emocional de un sujeto cuya creencia racional aplicada a una experiencia que haya vivido ha sido: "*Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera*". En cambio, la ansiedad es la respuesta emocional de un sujeto que frente a un evento ha tenido la creencia irracional: "*Eso no debería ocurrir, sería horrible si ocurre*", con lo cual anticipa un peligro y desarrolla una respuesta ansiosa.

Desde el enfoque cognitivista, tanto la ansiedad en niños como en adultos es fruto de las creencias que el individuo aplica sobre las experiencias o eventos que vive, quedando sellada la respuesta ansiosa para aquellos otros eventos que guarden relación entre sí especialmente si el sujeto expresa baja tolerancia a la frustración y un bienestar exigente o inmediato.

### **2.2.7.3. Modelo evolutivo.**

Este tercer acercamiento metodológico al estudio de la ansiedad infantil lo encabeza René Spitz y se centra en el desarrollo del sentido del Yo diferenciado del niño para explicar la ansiedad infantil. Según este autor, las relaciones objetales del niño (es decir, su conciencia de que es un ser diferenciado de sus figuras de apego) no se establecen antes de los ocho meses. Ante esta afirmación, define lo que denomina “ansiedad de los ocho meses” (Spitz, 1965):

- a. Alrededor de los ocho meses se produce la conducta de retraimiento del bebé ante los extraños.
- b. Esta conducta de retraimiento ante los desconocidos no implica alejamiento ante algo temible sino una forma de ansiedad de separación: ante la presencia de un extraño el niño reacciona porque ése ser no es la madre y ésta lo ha abandonado.
- c. Esa capacidad del niño para identificar extraños en el niño de ocho meses refleja el hecho de que ahora ha establecido una auténtica relación objetal y de que la madre se ha convertido en su objeto libidinal, el objeto de su amor.
- d. Consecuentemente la ansiedad provocada por los desconocidos y la ansiedad experimentada ante una separación tienen en común un elemento central: el miedo a la pérdida de un objeto, el miedo a la pérdida de la madre.

Por otro lado, Spitz sostiene que cuando un niño sufre la pérdida de una figura de apego, esto no afectará a su desarrollo emocional si aquélla regresa en un periodo no superior a los cinco meses. Por el contrario, si el niño es privado del afecto durante un espacio de tiempo superior, su bienestar psicológico irá deteriorándose en aumento hasta convertirse en un trastorno clínico.

Siguiendo este mismo enfoque a la hora de entender la ansiedad infantil incluimos a John Bowlby, cuyas teorías se entrelazan con las de Spitz pero con algunas concreciones. Se caracteriza por resaltar la relación vinculadora madre-bebé, considerándola como experiencia clave para entender la ansiedad. Según este autor, las condiciones que la determinan son (Bowlby, 1976a):

- a) La sobredependencia como estilo de crianza.
- b) Un periodo de separación entre madre y bebé después de un período de cuidado materno permanente.
- c) Amenazas de abandono o suicidio por parte de la madre.
- d) La figura de apego exige al hijo que actúe como su cuidador, con lo cual se invierten los roles corrientes de padres e hijos.

Como podemos observar, Bowlby centra especialmente su atención en la figura materna como referente del mundo emocional del niño y cuya relación con éste determinará en gran medida la conducta ansiosa. La ansiedad de niño, por tanto, tiene como fin mantener hasta un punto máximo la accesibilidad de la figura de apego. De perder el contacto con su madre, el niño tendrá ansiedad y, posteriormente, ira en cuanto constituye tanto un reproche por lo ocurrido como un medio de evitar que se produzca nuevamente. Por consiguiente, el amor, la ansiedad, la ira y a veces el odio son para Bowlby emociones entrelazadas y correspondientes a un mismo tipo de situación (la experiencia de la pérdida) y provocados por la misma persona (la figura de apego, predominantemente la madre) y cuya intensidad y frecuencia hacen que se agraven cada vez más. Como los modelos de figuras de apego y expectativas en torno a su conducta se elaboran durante los años de la infancia y tienden, de allí en adelante, a no sufrir modificación alguna, la conducta actual de una persona puede explicarse, no en función de su situación presente, sino de experiencias acumuladas muchos años atrás (Bowlby, 1976b).

Desde la perspectiva del modelo evolutivo, la ansiedad infantil es una reacción del niño ante la pérdida o abandono de las figuras de apego, especialmente de la madre, así como también ante la excesiva intervención de aquellas sobre la vida del niño (sobrepotección).

#### **2.2.7.4. Modelo humanista-existencial**

Los enfoques humanistas tienen las siguientes características comunes:

1. Ponen énfasis en los aspectos subjetivos de cada individuo: en la percepción del mundo única y personal de cada sujeto.
2. Tienen un gran influjo de las filosofías relacionadas con la fenomenología y el existencialismo, preocupadas por aspectos como el yo (“Self”), el existir o el ser.
3. Rechazan los conceptos motivacionales de la teoría psicoanalítica y conductista por el carácter determinista y mecanicista de ambas posiciones.

#### ***El existencialismo:***

La idea central del análisis existencial es analizar la estructura de aquello que se hace en la vida. L. Binswanger (1881-1966) denominaba a esta estructura *Dasein* y J. Sartre (1905-1980) la denominó proyecto existencial. Villegas define la psicoterapia existencial como “un método de relación interpersonal y de análisis psicológico cuya finalidad es provocar un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficientes para asumir y desarrollar libremente la propia existencia” (Villegas, 1988, p. 55).

Binswanger es el autor más relevante de este enfoque dentro de la psicología. Su aportación más notable reside en la incorporación a la psicopatología y la psicoterapia del análisis de la estructura del *Dasein*. Distinguió entre *Umwelt* (nuestra relación con los aspectos biológicos y físicos del mundo, nuestro ser en cuanto naturaleza), *Mitwelt* (mundo interpersonal, es decir, nuestro ser con los otros), y *Eigenwelt* (forma con la que nos experimentamos a nosotros mismos). En cuanto a la psicopatología, Binswanger concebía los trastornos mentales como una desviación del ser-en-el-mundo del sujeto que, en tanto posee una estructura, podemos estudiar, describir y rectificar. A la hora de estudiar los trastornos, Binswanger focaliza su análisis en la manera como el sujeto vive la vida, en aquello en lo que la ha convertido, más allá de la descripción de síntomas que éste describa utilizando el lenguaje:

“(…) Nuestra tarea es más bien buscar el principio nuevo a partir del cual hay que comprender este desorden. Pero este principio no lo encontramos ya dentro de la manifestación lingüística y de la expresión dotada de sentido, del pensamiento mismo,

sino solamente en la forma de vida en su conjunto, en el estilo de vida variablemente oscilante, brincante de estos enfermos” (Binswanger, 2006, p. 579).

La patología, y en concreto la ansiedad, es consecuencia de la estructura que un individuo ha conferido a su mundo, estructura que empuja al sujeto a percibir el mundo y percibirse a sí mismo como un ser que no puede hacer frente a la realidad en la que siente y percibe vivir:

“Cuando hablamos de forma de vida y estilo de vida, hablamos del modo y manera cómo el hombre o un grupo de hombres, un pueblo, una clase, un estamento, y también un grupo de enfermos de este tipo *están en el mundo*. Y según sea el modo de su ser-en-el-mundo, se configura también el modo de ser de ellos mismos o, como decimos de forma falsa, de su yo. Sí mismo y mundo no se dejan separar aquí, sino que son solamente conceptos límites polares dentro del *único ser-en-el-mundo*” (Binswanger, 2006, p. 579).

En esta misma línea, otro autor destacado, V. Frankl (1905-1997), enfatiza en la idea de la pérdida de significado (sentido) en la vida o vacío existencial como causa de la desazón y patología en el individuo. Frankl ha acuñado la expresión “neurosis noogena” para hacer referencia a esta situación que, en su opinión, representa el aspecto clave de la neurosis. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a encontrar significado a su vida:

“La vida es potencialmente significativa hasta el último momento, hasta el último suspiro, gracias al hecho de que se pueden extraer significados hasta del sufrimiento” (Frankl, 1985, p. 298).

### ***El enfoque no-directivo:***

C. Rogers (1902-1987) ha sido una figura determinante en el campo de la psicoterapia y creador del método de trabajo terapéutico no-directivo. Éste trata de mostrar cómo el desarrollo humano se puede modificar, perturbar o restaurar durante la historia del individuo, en especial de su historia infantil a partir de la existencia de la atención positiva de otro y del tipo de calidad de ésta o, mejor dicho, de la percepción subjetiva que tenga el individuo de

ésta. Aquí está el punto esencial en la teoría de Rogers para comprender el proceso de desadaptación y de readaptación psicológicos. Consiste en el hecho de que otro (“otro” que sea significativo) pueda influir sobre el proceso de evaluación propia del individuo. Por tanto, vemos que el origen de la inadaptación psicológica, y por tanto de cualquier forma de neurosis, reside en perturbaciones del sistema de evaluación de la experiencia, resultante de influencias exteriores, y de la percepción personal negativa que el individuo haga de sí mismo consecuentemente (Rogers, 1979).

De acuerdo con esta posición, Rogers cree que el individuo percibe el mundo que le rodea de un modo singular y único y que estas percepciones constituyen su realidad o mundo privado, su campo fenoménico. En este sentido, la conducta manifiesta de la persona no responde a la realidad, responde a su propia experiencia y a su interpretación subjetiva de la realidad externa y de sí mismo. Por tanto, si el psicólogo quiere explicar la conducta deberá tratar de comprender los fenómenos de la experiencia subjetiva y eso sólo es posible en el marco del trabajo psicoterapéutico. Por eso mismo Rogers considera que su teoría es, sobre todo, una teoría de la psicoterapia y del proceso de cambio de la conducta humana a través de las relaciones interpersonales, de la cual puede derivarse una teoría de la personalidad (Rogers, 1972).

Cuando las experiencias vividas y percibidas subjetivamente que han conformado el autoconcepto del individuo no entran en oposición o incompatibilidad con las experiencias que vive día a día el sujeto (es decir, cuando su autoconcepto le permite aprehender la realidad de forma que pueda adaptarse a ella), Rogers supone que la persona ha alcanzado la madurez y está bien ajustada psíquicamente. Sin embargo, pueden existir incongruencias entre lo que la persona cree ser (*self*) y lo que experimenta de la realidad, y si la incongruencia se hace especialmente grande aparecerá el trastorno patológico.

El estado de incongruencia genera en la persona una sensación de tensión y confusión interior, al tiempo que provoca rigidez perceptiva debido a la necesidad de distorsionar la realidad para adaptarla a un *self* artificial, percepciones erróneas causadas tanto por la distorsión como por la omisión de ciertos datos en la conciencia, y un modo de actuar regido más por unas creencias que por una confrontación adecuada con la realidad. El individuo no puede percibirse a sí mismo como incongruente, por lo que cuando la experiencia le presente datos discrepantes con su *self*, tenderá a preservar la congruencia con la propia imagen

aunque tenga que distorsionar sus propios sentimientos, experiencias y acciones. En este proceso, la experiencia discrepante es percibida como amenazante, ya que si tal experiencia fuera correctamente simbolizada pondría en peligro el concepto que tiene la persona sobre sí misma y, por tanto, su autoestima. Esta sensación de amenaza es la responsable de la ansiedad neurótica. Los mecanismos de distorsión o negación de la experiencia son reacciones de defensa que impiden que esto ocurra. Este esquema rogeriano de sensación de amenaza/evitación de la incongruencia guarda una gran semejanza con el esquema freudiano de ansiedad, protección del yo y mecanismos de defensa: en ambos casos se postula la existencia de un proceso defensivo producido por una sensación emocional displacentera (Freud) o amenazante (Rogers) para el autoconcepto, que se procura reducir mediante ciertos mecanismos defensivos que garantizan la supremacía del yo (Freud) o la congruencia del *self* (Rogers).

El desajuste psíquico vendrá determinado por la magnitud del proceso de incongruencia y defensa. Sobre esta base, Rogers establece dos tipos de conductas patológicas:

- Las “conductas defensivas”, que comprenden las conductas neuróticas: trastornos de ansiedad, fobias y depresión, básicamente. El aspecto característico de las conductas defensivas es que el individuo consigue ocultar su incongruencia mediante una combinación de los mecanismos de distorsión y negación.
  
- Las “conductas desorganizadas”, que son más graves y se corresponden con las conductas psicóticas. Responden a un grado de incongruencia tan importante que el mecanismo defensivo resulta ineficaz para controlarlo. Cuando una experiencia significativa pone repentinamente de manifiesto la incongruencia, es decir, se llega a percibir claramente, el individuo experimenta un estado de ruptura y desorganización provocado por el desmoronamiento del *self*.

### ***La Gestalt:***

La terapia gestáltica nació de la mano de F. Perls (1893-1970) y de su esposa Laura Perls (1905-1990). Según la Gestalt, el individuo es un organismo unificado que se manifiesta en tres niveles de energía: nivel corporal o de las sensaciones, nivel emocional o

de los sentimientos y nivel mental o de los procesos de pensamiento (Vázquez, 2003). La persona, para satisfacer sus necesidades, debe tener integrados estos tres niveles y esto lo consigue a través de la relación que mantiene con el entorno, efectuando transformaciones en su interior que compensen los movimientos externos y realizando intercambios con él. A través de este proceso, que Perls llamó homeostasis, el individuo satisface sus necesidades, pero si falla, el individuo se desestructura. Citando al propio Perls:

“Para que el individuo satisfaga sus necesidades, para crear o completar la Gestalt, para pasar a otro asunto, tiene que ser capaz de sentir lo que necesita y debe saber cómo manejarse a sí mismo y a su ambiente, ya que incluso las necesidades puramente fisiológicas pueden ser satisfechas únicamente mediante la interacción del organismo y el ambiente” (Perls, 1982, p. 56).

Vemos, pues, que el individuo no es autosuficiente, sino que su supervivencia depende de su relación con el ambiente. La naturaleza de esa relación determina su situación dependiendo que dicha relación sea satisfactoria o no. Si por alguna dificultad el individuo es incapaz de percibir sus necesidades dominantes o de manipular su entorno para lograr satisfacerlas, entonces se comportará de un modo desorganizado e inefectivo:

“Todas las perturbaciones neuróticas surgen de la incapacidad del individuo por encontrar y mantener el balance adecuado entre él mismo y el resto del mundo. Tiene en común el hecho de que en la neurosis, el límite social y ambiental se siente extendiéndose demasiado por sobre el individuo. El neurótico es el hombre sobre el cual la sociedad actúa con demasiada fuerza. Su neurosis es una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador. La neurosis es su técnica más efectiva para mantener su balance y su sentido de autorregulación en una situación en la cual siente que la suerte no le favorece” (Perls, 1982, p. 54).

Desde la Gestalt, las personas con problemas relacionados con la ansiedad comparten muchos rasgos de personalidad comunes. Es lo que recibe el nombre de rasgos de “personalidad de ansiedad elevada” (Peurifoy, 1993): alto nivel de creatividad, pensamiento



rígido, necesidad excesiva de aprobación, expectativas extremadamente elevadas respecto de uno mismo, perfeccionismo, competitividad, necesidad excesiva de mantener el control y tendencia a no prestar atención a las necesidades físicas del cuerpo.

### ***La Bioenergética:***

El marco de referencia y entendimiento de la llamada terapia analítica bioenergética parte principalmente de la reflexión teórica de W. Reich (1897-1957). Sus tesis básicas las podríamos resumir en las siguientes proposiciones (Pelayo, 2003):

- No tenemos un cuerpo, sino que somos un cuerpo. El cuerpo que tenemos no es al azar, es una expresión de nuestra manera de estar con nosotros mismos y con lo otro, sean personas, cosas o grupos. De ahí lo que la bioenergética llama lectura y lenguaje de la personalidad a través del cuerpo, lugar de encuentro, vivencia y desarrollo de los procesos emocionales, energéticos y mentales.
- El cuerpo es energía viviente. De ahí la importancia que se le da a la respiración, al movimiento, al grado de excitación no convulsiva, al buen funcionamiento de las funciones vitales, al sonido y a la expresión. El desequilibrio producirá tensiones, bloqueos y formas de comportamiento y carácter neurótico.
- La estructura del carácter indica cómo el individuo se conduce o es frecuente a su necesidad de amar, a la búsqueda de intimidad y acercamiento y al esfuerzo por encontrar el placer y su lugar en la realidad sociocultural y política en la que vive. Así lo concretaba A. Lowen (1910-2008), otro de los autores destacados de la bioenergética:

“Los estados de excitación negativa no muestran los mismos efectos. Cuando el cuerpo manifiesta una actividad incrementada en un estado de pánico, los movimientos son violentos e inconexos y la excitación se concentra en su mayor parte en la musculatura y en el corazón, que puede latir a ritmo acelerado (Lowen, 1990, p. 21).

La Bionergética, pues, entiende la ansiedad como un bloqueo en la energía corporal con su consecuente sintomatología producido por un desarreglo de tipo emocional. Como cuerpo y mente están conectados formando una unidad, trabajar el desbloqueo corporal a través de la reeducación del lenguaje, el movimiento y la respiración principalmente facilitará la recuperación del equilibrio emocional.

Tal y como lo explica Reich (1949), cuando el niño se enfrenta a experiencias dolorosas durante su crecimiento, va a intentar superarlo contrayéndose contra el dolor lo que va a generar un estado de contracción crónica en el organismo volviéndose una especie de “armadura”. Este estado de contracción va a constituir un obstáculo para la libre circulación de la energía. Lowen amplía esta idea al puntualizar que la contracción del organismo y los mecanismos de defensa a nivel físico y psíquico son como “lechos” que se forman durante el desarrollo del niño cuando éste se encara a varias frustraciones que le impiden su crecimiento o pulso natural. Para resolver estos conflictos ocasionados por la estructura defensiva de todo organismo debe trabajarse primero la capa muscular, para trabajar posteriormente con la capa del ego y por último la capa emocional:

“Las capas pueden compensarse de la manera siguiente, empezando por el exterior: la capa del ego que contiene las defensas psíquicas y es la más externa de la personalidad... La capa muscular, en la que se encuentran las tensiones musculares crónicas que apoyan y justifican las defensas del ego y al mismo tiempo protegen al individuo contra la capa interior de sentimientos reprimidos que no se atreve a expresar. La capa emocional de sentimiento, en que se incluyen las emociones reprimidas de cólera, pánico, desesperación, tristeza y dolor. El centro o corazón, del cual emana el sentimiento de amar y ser amado” (Lowen, 1985, p. 113).

El enraizamiento es un aspecto fundamental en el análisis bioenergético y un concepto desarrollado por Lowen. Es la capacidad de estar conectado consigo a nivel corporal y emocional, de estar consciente de lo que se vive en estos niveles, y de estar conectado, pues, con la realidad presente sin distorsionarla. Un buen enraizamiento permite contener y expresar sus emociones con claridad y afecto, siendo la vía para prevenir y curar la angustia liberándola de rigidez de la capa muscular.

***El Análisis Transaccional:***

Este es el modelo a partir del cual esta investigación estudia la ansiedad infantil. Por ese motivo, le dedicamos un capítulo a parte con el fin de conocer sus características de una forma más exhaustiva.

**2.3. El Análisis Transaccional****2.3.1. Qué es el AT: conceptos básicos**

El Análisis Transaccional (en adelante, AT) es una teoría de la personalidad y de las relaciones humanas que en la actualidad se aplica a la psicoterapia, al crecimiento personal y organizacional y al ámbito de la educación.

El creador de esta teoría fue el psiquiatra Eric Berne (1910-1970) y sus orígenes se hallan en los primeros artículos sobre la intuición que escribió a partir de 1949, desarrollada posteriormente con numerosas publicaciones (Berne, 1952, 1953a, 1953b, 1954, 1955a, 1955b, 1956, 1957a, 1957b, 1957c, 1958a, 1958b, 1959a, 1959b, 1960a, 1960b, 1960c, 1961, 1962a, 1962b, 1962c, 1962d, 1963, 1964a, 1964b, 1964c, 1964d, 1964e, 1966a, 1966b, 1966c, 1966d, 1968, 1969, 1970 y 1973). Fue en el Seminario de Psiquiatría y Psicología Social de San Francisco donde Berne elaboró los primeros conceptos y aplicaciones del AT. En 1965 el Seminario se convirtió en la ITAA (Asociación Internacional de Análisis Transaccional) con el objetivo de fomentar la teoría del AT y el entrenamiento de terapeutas para su aplicación.

Desde su origen, el AT se esfuerza por acercar la psicología a sus usuarios y abreviar los procesos de curación, otorgando al terapeuta un papel activo. Los conceptos de la teoría se expresan a través de un vocabulario sencillo, de ahí su conveniencia para muchos pacientes, pero también para los profesionales, que pueden explicar los fenómenos de forma intencionadamente fácil por su proximidad con las vivencias inmediatas de las personas. Su objetivo es controlar la conducta públicamente observada (palabras y actos) mediante la modificación de los pensamientos y sentimientos, por lo que recupera la importancia del cuerpo y de aquello sensorial en la formación y cambio de personalidad en el tratamiento de

los trastornos afectivos. No pretende sólo interpretar y analizar, sino también controlar y tolerar las angustias y ansiedades para hacerlas más soportables.

A lo largo de su obra, Berne repite tres principios que guían sus propuestas. En primer lugar, la convicción de que las personas poseen un impulso innato hacia el bienestar pero que puede truncarse por otras personas o educadores durante los primeros años de vida. En segundo lugar, cada uno es responsable de su propia vida y tiene el potencial de decidir, para bien o para mal, qué hacer con ella, pues todos tenemos los recursos necesarios para cambiar en pos de la autonomía. Y en tercer lugar, el AT permite, en definitiva, comprender nuestras relaciones, sentir y tomar conciencia de nosotros mismos y actuar para cambiar.

En su epistemología, el AT se basa en el análisis de cuatro argumentos clave: los Estados del Yo, las transacciones, los juegos psicológicos y los Guiones de Vida. En cuanto a los Estados del Yo, el AT lleva a cabo un análisis estructural de primer y segundo orden que permite comprender el interior de una persona (nivel intrapsíquico); el análisis transaccional permite captar las relaciones entre dos personas (nivel interpersonal); el análisis de los juegos psicológicos permite comprender las transacciones que implican sentimientos desagradables o que acaban mal; y por último, con el análisis del Guión de Vida el AT puede entrever el plan vital que está siguiendo una persona.

El AT también comprende un lenguaje terminológico propio que, aunque a lo largo de este trabajo iremos explicando para hacer más comprensible la lectura, presentamos a continuación con los conceptos más importantes utilizados en esta teoría de la personalidad (ver tabla 9).

**Tabla 9: Glosario de los principales conceptos del Análisis Transaccional.**

**ANÁLISIS ESTRUCTURAL:** Análisis de la personalidad según los Estados del Yo Padre, Adulto y Niño.

**ANÁLISIS FUNCIONAL:** Análisis del tipo de relaciones o transacciones que mantiene una persona con otras, es decir, análisis de la forma como se comunica.

**IMPULSORES:** Conocidos también con el nombre de *drivers*, son mensajes que los padres dan a los hijos sobre lo que hay que hacer para ser una “persona bien” o “triunfar en la vida”. Son mensajes condicionales, es decir, llevan una condición para su cumplimiento: “sólo estarás bien si...”, y el niño lo incorpora poco a poco a su sistema de valores. Hay 5 Impulsores: “Sé Fuerte”, “Sé Perfecto”, “Date Prisa”, “Complace” y “Esfuézate”.

**PERMISO:** Es un mensaje que puede ser emitido de forma explícita o implícita y que da a entender a quien lo recibe que puede llevar a cabo una acción o sentir una emoción.

**MANDATO:** Mensaje de tipo imperativo que el niño recibe de forma tácita y que obstaculiza la realización de una acción o la expresión de una emoción. Es un mensaje opuesto a un Permiso.

**GUIÓN DE VIDA:** Es un plan de vida no consciente que cada individuo asume en la primera infancia en interacción con el medio en que le toca vivir. El Guión puede traducirse como el “qué” hará en la vida y los Impulsores son el “cómo” lo hará.

**JUEGOS PSICOLÓGICOS:** Modo de relación entre personas con una trampa inconsciente, que deja en ellas emociones negativas.

**POSICIÓN EXISTENCIAL:** Es la forma en que el individuo siente y piensa de sí mismo y de los demás, lo que caracteriza su modo de vivir, y genera una actitud ante la vida positiva o negativa.

## 2.3.2. Teoría de la Personalidad y Estados del Yo

### 2.3.2.1. Los tres Estados del Yo

Para el AT, la personalidad del individuo se compone de tres instancias de reflexión y acción que se desarrollan progresivamente durante la infancia: el Estado del Yo Padre, el Estado del Yo Adulto y el Estado del Yo Niño. Berne observa patrones de comportamiento asociados a estados de ánimo que actúan los unos sobre los otros y realiza la siguiente descripción de los Estados del Yo:

“Fenomenológicamente, un Estado del Yo se puede describir como un sistema coherente de sentimientos relacionados a un sujeto dado, y operativamente, como un

conjunto de normas de conducta; o pragmáticamente, como un sistema de sentimientos que motiva a un conjunto relacionado de normas de conducta” (Berne, 1961, p. 15).

Una parte de nosotros mismos experimenta sentimientos, emociones y deseos (Niño); otra prohíbe o da permisos en función de lo previamente adquirido (Padre), mientras que la tercera reflexiona y toma una decisión lógica (Adulto). No pueden actuar a la vez, pero sí que interactúan de forma alternativa en función de las situaciones. Berne utiliza una descripción no técnica de los Estados del Yo para tratar las manifestaciones fenomenológicas de los tres órganos psíquicos que denomina exteropíquico, neopíquico y arqueopíquico. Veamos sus diferencias.

**a) Exteropíquico o Estado del Yo Padre:**

Berne (1961) definió el Estado del Yo Padre como una serie de sentimientos, actitudes y pautas de conducta que se asemejan a los de una figura parental (Berne, 1961). Todos los individuos están dotados de un Yo Padre, una conducta que deriva de los progenitores (o de los que han ocupado su lugar) y que el niño tiende a imitar desde la más temprana edad.

“El Estado del Yo paterno... deriva de los padres o de quienes hacen a sus veces, como pueden ser los abuelos, los hermanos mayores, maestros y otros superiores o personas con autoridad, y tutores, cuyas formas de conducta hemos adoptado registrándolas por así decirlo en nuestra mente como en una cinta sonora” (Rogoll, 1999, pp. 13-14).

Es decir, el Estado del Yo Padre funciona como una grabadora donde almacena los mensajes informadores de lo que se debe hacer en cada situación. Estas recomendaciones, consejos, órdenes, influencias, etc., se inculcan a los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia y después se reiteran a través de las personas que ejercen una influencia sobre el individuo, como los maestros, amigos o la pareja. Así que la persona actúa, habla, reacciona, siente y piensa de acuerdo a las impresiones de sus padres que guarda como si de un almacén se tratara. El Yo Padre es el responsable de las normas, de los valores tradicionales, de las reglas sociales y de las leyes, por eso castiga y premia, critica y alienta. Es a la vez el que determina valores morales y la conciencia de éstos, imprescindibles para la supervivencia de

los niños, la cultura, la civilización. Dicta la conducta que debemos adoptar en la vida cotidiana. Diferencia el bien del mal, lo que es necesario hacer de lo que no se debe hacer. Lo más habitual es que se exprese desde personas de más edad hacia las más jóvenes (desde los padres hacia los hijos, desde los superiores a los subordinados). Un ejemplo:

*La madre a la hija: “Cámbiate de vestido, que está muy sucio”.*

Aunque también se puede expresar en sentido inverso:

*La hija a su padre: “Papá, tienes que ponerte la servilleta”.*

*La secretaria a su jefe: “¿Cómo tolera usted tales retrasos?”.*

De acuerdo con su función, el yo Padre se subdivide en una parte nutricia llamada Padre Nutricio, y en otra crítica o de control llamada Padre Crítico. A la primera de ellas le corresponden las propiedades de un amable protector, tales como cuidar, alabar, proteger, ayudar, alimentar, instruir, etc. Dice lo que está bien y es justo, se hace cargo de los problemas y favorece su resolución. De la segunda proceden las propiedades típicas de las personas autoritarias: criticar, mandar, tiranizar, castigar, prohibir, corregir, controlar, cuidar del orden, protestar, etc. Vela por la seguridad de los demás y el cumplimiento de las leyes.

#### **b) Neopsique o Estado del Yo Adulto:**

Berne definió el Estado del Yo Adulto como “estado del yo en el cual la persona aprecia objetivamente lo que le rodea, y calcula sus posibilidades y probabilidades sobre la base de la experiencia pasada” (Berne, 1972, p.26). El yo Adulto existe en el niño desde la aparición del lenguaje, pero se considera que no está formado completamente hasta los 12 o 14 años. Con este Estado observamos de forma objetiva nuestro entorno y nos basamos en nuestras experiencias precedentes para sopesar las diferentes posibilidades y probabilidades. Es como una especie de ordenador que capta los datos y los combina de forma lógica para llevar a cabo las mejores opciones y elegir la solución correcta. Se obtiene un conocimiento sin prejuicios de la realidad, ya que se trabaja independientemente de los sentimientos y los estados anímicos, aunque la influencia de los otros dos Estados del Yo pueden desvalorizarlo. Como es la parte fría y reflexiva de la persona, su modo de expresión suele ser interrogativo,

orientado a captar, analizar e interpretar los mejores datos de una situación. Veamos un ejemplo:

*El alcalde a sus vecinos: “¿Cuáles son las posibilidades visto el estado actual de las cosas?”*

*El entrenador a los jugadores de fútbol: “¿Qué opináis sobre la cuestión?”*

### **c) Arquopsique o Estado del Yo Niño:**

El Niño es un Estado del Yo conservado desde la primera infancia. “Todas las personas llevan dentro un niño o una niña que siente, piensa, actúa, habla y responde igual que lo hacían él o ella cuando eran niños de una cierta edad” (Berne, 1973, p. 26).

El Yo Niño contiene todos los deseos y sentimientos que aparecen de forma natural en un individuo. En él se experimenta las emociones: necesita ser amado, se muestra furioso y tiene miedo, tristeza y alegría. Este Estado del Yo se subdivide en dos: el Niño Adaptado y el Niño Libre o Natural. En el Niño Adaptado de cualquier persona encontramos las características de un niño influido por los mensajes de sus educadores y por su entorno: obediencia, buenos modales, memorismo en el aprendizaje, sentimiento de culpabilidad, miedos, vacilaciones, insubordinación, sin iniciativa, etc. Según las circunstancias, las presiones del medio ambiente o la actitud de los padres, el individuo se expresará bien como Niño Sumiso o bien como Niño Rebelde que se opone y crítica y sólo se rinde después de pataletas, lloros y caprichos. En el Niño Libre o Natural, en cambio, vemos al niño más espontáneo: juega, observa curioso, ríe y llora según sus criterios, es espontáneo y no sabe de normas sociales. Es muy comunicativo, sabe cómo hacer que los demás participen de sus emociones y sus sentimientos, transmite el buen humor y también la melancolía.

Para distinguir entre sí los tres Estados del Yo y diagnosticarlos contamos con tres alternativas: analizar la actitud corporal, el tono de voz y el lenguaje.

- a) El movimiento del cuerpo nos da un indicio del Estado del Yo de una persona sin necesidad de hablar con ella. El Padre Crítico se caracteriza por cejas fruncidas, mirada inquisitiva, movimientos de cabeza o el golpeo impaciente con el pie. En el Padre Nutricio se reconoce la niña que lava, viste y acuna su muñeca o en la



enfermera que cura una herida. Los rasgos característicos del Niño Adaptado son la cabeza hundida, los hombros alzados, los ataques de cólera, el levantar la mano para poder hablar, etc. En Niño Libre aparece en las personas que bailan, gritan o ríen.

- b) El tono de voz es otra posibilidad para conocer los Estados del Yo. El Padre Crítico lanza improperios en el lugar de trabajo, el Padre Nutricio es la voz consoladora de una madre o un amigo, el Adulto es el locutor que da las noticias con voz neutra, el Niño Libre es el cronista deportivo que se entusiasma cuando su equipo preferido gana el partido, y el Niño Adaptado es el examinado que habla con inseguridad.
- c) Por último, existen palabras características para los distintos Estados del Yo. Por ejemplo, en el Padre Crítico: deber, ordenar, prohibir, siempre, jamás, ¡no!, necio, ridículo. En el Padre Nutricio: preocuparse, cuidar, aconsejar, alentar. En el Adulto: quién, qué, cuándo, dónde, comparar, reflexionar, informar, medir, objetivo. En el Niño Libre: bailar, saltar, alegrarse, probar, indiferente, curioso, ingenioso. En el Niño Adaptado: me temo, me gustaría, no puedo, envidiar, molestarse, obedecer.

Una persona sana puede elegir el Estado del Yo adecuado a una situación determinada. Pero cuando el individuo no puede hacer uso de alguno de los Estados del Yo el AT lo define como una persona bloqueada o psíquicamente enferma. Por ejemplo, la ausencia del Estado del Yo Adulto apunta a una psicosis; la ausencia del Estado del Yo Padre es un individuo sin conciencia que explota su entorno sin miramientos capaz de llegar a la violencia física como los psicópatas. Por otro lado, también existen los trastornos anímicos producidos por la contaminación de un Estado del Yo a otro, es decir, cuando los tres Estados del Yo se entrecruzan, como veremos más adelante. El proceso de descontaminación es justamente uno de los cometidos más importantes de la terapia en AT.

### ***2.3.2.2. El Guión de Vida***

Siguiendo la definición de Martorell (2006), el Guión de Vida es:

“Un plan de vida basado en decisiones tomadas en la infancia como respuesta a los mensajes y actitudes parentales, justificado y reforzado selectivamente por acontecimientos simultáneos y posteriores a las decisiones, y que culmina en una alternativa elegida, la cual determina un concreto curso de vida. Como se ve, el concepto subyacente a los guiones es el de programación” (Martorell, 2006, p. 227).

De forma más esquemática, Berne definió el Guión de Vida como un plan preconsciente de vida, dado que la formación del mismo no se realiza basándose en las decisiones del Estado del Yo Adulto, sino en el Niño (Berne, 1973). El Guión se basa, pues, en decisiones infantiles firmes y en una programación parental continuamente reforzada. Es decir, en un momento determinado de la infancia de una persona, ésta decide escoger un determinado Guión. Cuanto más pronto se tome la decisión peor será la elección y sus consecuencias, dado que el niño carece de suficiente madurez para tomar decisiones adecuadas desde el Adulto (lógicas y objetivables) y su decisión será supeditada exclusivamente al ambiente familiar y los designios de ésta. En el futuro, el individuo adulto puede llegar a adquirir un mayor nivel de consciencia de tales decisiones que tomó en su infancia y del Guión que hasta el momento ha seguido en su vida para re-escribirlo a partir de decisiones más adecuadas sobre sí mismo y sobre la vida (Bucero, 2009). Esto es lo que básicamente constituye para el AT la “curación” de un paciente.

Las influencias que condicionan la elección del Guión de Vida son las siguientes (adaptación de Gutiérrez, 1983):

1) **Los mensajes permisivos:** también conocidos como “permisos”, pueden ser emitidos de forma explícita o implícita y da a entender a quien lo recibe que puede llevar a cabo una acción o sentir una emoción. Los más importantes son (adaptación de Allen y Allen, 1972):

- Permiso para vivir
- Permiso para conocer
- Permiso para existir
- Permiso para pertenecer a un grupo
- Permiso para comunicar
- Permiso para decidir por ti mismo

2) **Los mensajes inhibidores:** también conocidos como “mandatos”, son órdenes imperativas que el niño recibe de forma tácita y que obstaculizan la realización de una acción o la expresión de una emoción. Los más importantes son (adaptación de Goulding y Goulding, 1979):

- No vivas
- Sé tonto
- No seas tú
- No pertenezcas a ningún grupo
- No expreses
- Depende de alguien

Existen otro tipo de mensajes que aparentemente parecen buenos para el desarrollo del niño, pero que en realidad sirven para reforzar los mandatos. Se trata de los Impulsores, mensajes que se transmiten desde el Estado del Yo Padre del progenitor y van dirigidos al Estado Padre del Niño del hijo. El análisis de los Impulsores y su posible influencia en el desarrollo de trastornos de la ansiedad en la infancia es uno de los principales objetivos de esta investigación, por lo que dedicaremos el siguiente capítulo a estudiarlos con más detenimiento.

3) **El Programa:** Generalmente proviene del Estado del Yo Adulto del progenitor del mismo sexo y va dirigido al Adulto del hijo, su finalidad es la de indicar cómo cumplir los permisos y mandatos.

Hay que tener en cuenta que el niño, por su inmadurez neurológica y cognitiva, no tiene capacidad para realizar un análisis objetivo de los mensajes que recibe de sus progenitores, por lo que muchos de ellos son parcial o totalmente mal entendidos, o bien magnificados por el hijo (Holtby, 1976; White y White, 1974). La parte intuitiva del Estado del Yo Niño, llamada también Pequeño Profesor, recibe tanto los datos en bruto como los datos sobre sus propias necesidades (más reconocimiento o atención de sus padres, por ejemplo) y toma una decisión sobre el significado “mandatorio” del mensaje paterno. Concretamente decide sobre el significado de los datos del mensaje, su valor (si traen reconocimiento o afecto) y qué hacer con ello. Sólo tras ese proceso de análisis subjetivo, se

incorpora el mensaje en su mente. El mensaje se adapta según la visión del mundo de un niño para cubrir las necesidades propias de la edad y sus carencias.

Existen diferentes tipos de Guiones. En una primera distinción, Berne definió los Guiones del ganador (se fija unas metas y las cumple), no ganador (fija unas metas pero no las alcanza) y perdedor (está desorientado, no fija unas metas), los guiones banales (como los que se implantan desde los roles masculino y femenino) y los guiones hamárticos (autodestructivos o con final trágico). Berne distinguió otros seis tipos de Guiones según el uso del tiempo vital del individuo: Guiones “Nunca”, “Siempre”, “Hasta que”, “Después de”, “Una y otra vez” y “Final Abierto” (Berne, 1961 y 1973). Otra categorización de los Guiones de Vida es la que propone Steiner (1974) según lo que se prohíbe al individuo: Guión de “No Amor” (depresión), “No Mente” (locura) y “No Gozo” (drogadicción). Por otro lado, Kertész e Induni (1978b) amplían la clasificación inicial de Berne: Guión de “Triunfador” (sabe perder para ganar algo), “Ganador” (no sabe perder), “Trepador” (sin intimidad honesta, compra a la gente y se vende), “No Ganador” y “Perdedor”.

El estudio del Guión de Vida permite reconocer de forma minuciosa las motivaciones vitales de un individuo, los juegos que utilizará en sus interacciones con el entorno y el tipo de desenlace al que será conducido (un ejemplo son los estudios del Guión de Vida de algunos personajes históricos, reales y ficticios, realizados por Aladro, Martínez de las Heras, Semova y Padilla, 2008 y Valbuena, 2006a, 2006b y 2007).

Los guiones que capacitan para una vida sana y creativa suelen formarse en un entorno familiar que proporciona mensajes positivos o permisos como “estás bien”, “puedes pensar”, “puedes equivocarte” o “te quiero y me gustas”. El niño necesita mensajes positivos para poder vivir. Si se dan de forma incondicional, actúan como un permiso para que el niño se desarrolle de forma libre. El primer permiso que necesita un recién nacido es el de poder existir sin más; si se le trata con desprecio, se le deniega el permiso para vivir y se le formula el mandato “¡no existas!”. El segundo permiso, hacia los tres años, es el de ser uno mismo. Las niñas suelen tener el mandato “no seas tú misma” cuando los padres esperaban el nacimiento de un niño, no de una niña. La consecuencia puede ser confusión, inferioridad, inseguridad o depresión. El mandato “no seas niño” se da cuando los padres no dan al niño el permiso de vivir conforme su propia edad. Si los padres son reservados, el niño recibe el mandato “no te acerques a mí”, y además les hacen creer que es peligroso acercarse a

personas del mismo sexo o de sexo distinto. Si los padres prohíben determinadas emociones (por ejemplo, la tristeza o el miedo) se envía el mandato “no sientas” y se sustituyen sus sentimientos originarios por tramas sentimentales. “No pienses” se envía cuando no se dan respuestas razonables a las preguntas del niño y se rechazan sus decisiones. El mandato “no hagas eso” implica que los padres temen que algún día el niño pueda tener más éxito que ellos. De los mandatos “no estés sano” puede nacer el hipocondríaco y el niño ansioso, como veremos más adelante en esta investigación. Los hijos deciden si quieren doblegarse o no a los mandatos y de eso dependerán que en el futuro se sientan personas satisfechas o insatisfechas. Recogiendo las palabras de Rogoll (1986):

“A las personas que disponen su vida de acuerdo con ese guión de insatisfacción, las llamamos en AT perdedoras o ranas. Tienen problemas graves que no son capaces de resolver sin la ayuda de un extraño, terapeuta o abogado. Cuando unos progenitores que se sienten satisfechos transmiten a sus hijos unos sentimientos preferentemente satisfactorios en forma de permiso, esos niños pueden desarrollarse hasta convertirse en ganadores, en príncipes o princesas. Serán ellos los que decidan por sí mismos lo que quieren y pueden hacer, pensar y sentir, sin por ello dominar o explotar a sus semejantes” (Rogoll, 1986, p. 91).

Podemos decir que el Guión de Vida tiene como función principal conseguir y mantener el amor de los padres, como subraya Martorell (2000):

“Si el amor está disponible, entonces [conseguir] una atención positiva; si ésta no está disponible, entonces la atención negativa (regaños, golpes, malas caras), pero al menos su presencia” (Martorell, 2000, p. 142).

Partiendo de esta función nuclear, el Guión de Vida pretende evitar la angustia, obtener la atención y el cuidado de los padres, dar las reglas con las que moverse en la familia y en el mundo, decir cómo es la persona (si está bien o mal) y decir cómo son los otros y el mundo (si están bien o mal).

### 2.3.2.3. *El Miniguión y los Impulsores de la acción*

El término Miniguión es una de las piezas claves de la teoría del Análisis Transaccional para la observación de patrones de conducta en el individuo. Fue acuñado por primera vez por Taibi Kahler y lo definió como una secuencia de conductas observables y específicas en cada persona, un proceso segundo a segundo en el cual el individuo repite el mismo tipo de respuestas que refuerzan su Guión de Vida una y otra vez, se trate de un guion de vida positivo (sano o, en términos del AT, desde el OK) o negativo (patológico o desde el No-OK) (Kahler y Capers, 1974). El Miniguión no es un resumen del Guión de Vida, es más bien como una pequeña rueda motora o impulsora de la vida o del Guión. La substancia básica son unos mensajes condicionados que empujan al individuo hacia una actitud determinada frente a la vida y a la forma de comportarse. El Guión es lo que hará la persona en la vida, cómo vivirá, con quién se casará, qué trabajo tendrá o cómo morirá (si como triunfador, fracasado o enfermo por ejemplo). *Cómo* hará todo esto, es el Miniguión. Lo hará dándose prisa, siendo perfecto, complaciendo a los otros, trabajando duro o siendo fuerte y ocultando sus sentimientos (Roman et al., 1983).

Los pasos que conforman el Miniguión fueron sistematizados por Kahler como si se tratara de un programa de computadora. El resultado es una secuencia de conductas movidas por mensajes internos llamados Impulsores o *Drivers*, porque impulsan al individuo a dirigirse hacia una respuesta concreta inadecuada o de No-OK. Es decir, aunque parezca que el Impulsor es un mensaje que invita al individuo a crecer y desarrollarse de forma sana, en realidad contiene un conjunto de condiciones que la persona debe cumplir si quiere alcanzar la estima y la aceptación de los demás, que la conduce a un camino de búsqueda y cumplimiento de condiciones que jamás conseguirá satisfacer, con el correspondiente sentimiento de fracaso personal (Kahler y Capers, 1974).

Cuatro son los pasos que conforman la secuencia del Miniguión, siendo los Impulsores el primero de ellos (Kahler, 1975a y 1975b). Aunque no es el objetivo en esta investigación estudiar cada uno de los pasos, los mencionamos para poder señalar el papel fundamental de los Impulsores en su desarrollo (ver tabla 10).

**Tabla 10:** Los cuatro pasos del Miniguión (adaptación de Kertész, 1984, p. 404).

Paso nº	Nombre del paso o etapa	Posición Existencial	Ejemplo
1	IMPULSOR: condición para alcanzar el bienestar personal y la aceptación de los demás.	Estás OK mientras cumplas el <i>Impulsor</i> .	¡Sé perfecto! ¡Complace a los demás! ¡Date prisa! ¡Sé fuerte! ¡Esfuérzate con lo que haces!
2	FRENADOR: predominan los mensajes limitadores tipo “No...” y condicionales tipo “Si... entonces...”, que impiden la acción, pensamiento o emoción libres.	-/+ (desvalorizado)	“Si quieres ser buena persona y que te aprecien, sacrificate por los demás”. “Si quieres ser sabio, no te equivoques”. “Si quieres tener éxito en la vida, aguanta el dolor”.
3	VENGATIVO: se acumula resentimiento.	+/- (paranoide)	“Se van a enterar”. “Después de todo lo que he hecho”. “Paso de la gente, no me entienden”.
4	BENEFICIO FINAL: sentimiento de fracaso personal, desesperanza.	-/- (depresivo o nihilista)	“Da igual, no vale la pena”. “Nada tiene sentido”. “Estoy confundido, quiero desaparecer”.

Como vemos, los Impulsores son mensajes o consejos parentales enviados al hijo y son el primer paso que desencadena la secuencia del Miniguión. El niño conserva estos mensajes interiorizados que después ejecuta cuando de algún modo se siente inseguro o ve peligrar su aceptación y estima, creyendo que así podrá conservarla o conseguirla. Los Impulsores se reducen a cinco: Sé Fuerte, Complace, Sé Perfecto, Date prisa y Esfuérzate. Exponemos la descripción de cada uno de ellos:

- Con el **Impulsor “Sé Fuerte”** (*Be Strong*) el individuo juega al héroe sin apenas expresar sentimientos pues éstos delatan debilidad y reconocer las debilidades significaría un fracaso. Síntomas conductuales clave: dureza emocional, rigidez, autosuficiencia, capacidad de sufrimiento, aceptación voluntaria de dificultades excesivas.

- El **Impulsor “Complace”** (*Please me*) hace que el individuo se sienta responsable de contribuir al bienestar de los otros. Las necesidades y deseos personales quedan relevados, ya que es más importante para el individuo sentirse necesitado. Se evita la espontaneidad, el pensamiento propio y hasta la crítica. Igualmente funciona a la inversa: el individuo espera que los demás le den la razón y esten agradecidos, dependiendo de su opinión y perdiendo la autonomía personal. Síntomas conductuales clave: pendiente de deseos ajenos, complacencia, sumisión, necesidad de aceptación.
- Bajo el **Impulsor “Sé Perfecto”** (*Be Perfect*) el individuo se esfuerza por alcanzar la perfección que también exige a los demás. Emplea palabras grandilocuentes y responde más de lo que le han preguntado para asegurarse de ser entendido bien. Síntomas conductuales clave: detallismo, magnificación de lo bueno-malo, desvalorización de los resultados.
- El **Impulsor “Date Prisa”** (*Hurry up*) estimula a hablar, actuar o pensar aún más de prisa, con agitación y “nerviosismo”, creyendo que todo debe ocurrir en seguida. El individuo interrumpe a los demás, obligándoles con ello a terminar la frase y exigiéndole que se asegure de lo que hace o dice de forma inminente, a veces para no permitir que se lleve a cabo ninguna intimidad. Síntomas conductuales clave: impaciencia, desorganización personal y temporal, inquietud, hiperactividad “caótica”.
- En el **Impulsor “Esfuézate”** (*Try Hard*), la espontaneidad y capacidad de pensar queda bloqueada, de modo que el individuo cree que tiene la obligación de repetir las preguntas que le dirigen, haciéndose más ignorante de lo que realmente es. Síntomas conductuales clave: duda, inclusión de tareas, voluntarismo decreciente, carencia de resultados.

Los Impulsores refuerzan el Guión de Vida muchas veces al día. Cada vez que la conducta del individuo está bajo el influjo de un Impulsor (lo que sucede casi todo el tiempo) la energía que se utiliza se extrae del Estado del Yo Adulto influyendo por tanto en la estructura cognitiva, de manera que los pensamientos quedan contaminados por ese Impulsor y a su merced (Kahler y Capers, 1974; Kahler, 1975a, 1975b y 2010).



Conociendo la importancia de los Impulsores en la formación de la personalidad del individuo y su papel en la comunicación padres-hijos, con esta investigación hemos querido conocer cuáles son los Impulsores dominantes en una muestra de padres y madres de la población española y cómo se relacionan con la ansiedad de sus hijos.

### **2.3.5. La psicopatología según el AT**

La evaluación de la personalidad es central en la selección del enfoque psicoterapéutico adecuado para cada paciente. Pero la propia forma de entender la evaluación de la personalidad determina la manera como debe entenderse la psicopatología, sus causas y desarrollo, además de sus formas de intervención terapéutica. Por tanto, partimos de que para poder definir qué es la psicopatología, todo método de estudio de la mente humana debe definir un modelo antropológico que incluya una forma de entender la formación y el funcionamiento de la personalidad en el individuo.

El modelo que propone Theodore Millon en sus estudios (Millon, 1998 y 1999) supone el esfuerzo de unir la psicopatología, los trastornos de la personalidad, su teoría de la personalidad y el tratamiento psicológico, en un intento por integrar las perspectivas diagnósticas nomotéticas (las que no tienen en cuenta la subjetividad del individuo proponiendo estudios generalistas en la población con una clasificación estandarizada de las psicopatologías) e ideográficas (que por el contrario, observan únicamente la singularidad del individuo oponiéndose a su comparación y clasificación con los demás individuos). Creemos interesante este modelo integrador porque permite ubicar la perspectiva que tiene el AT en el abordaje de la personalidad y la forma de entender y acercarse a sus trastornos. Millon (1999) define nueve principios acerca de la personalidad y la psicopatología, de los que nosotros partiremos para reflejar los principios epistemológicos propios del AT.

En cuanto a la manera que tiene el AT de entender la personalidad, podemos resumirlo en dos principios básicos:

**Principio 1:** La personalidad consiste en múltiples niveles de datos y todos ellos la conforman y la explican.

- a) Biofísicos: los que básicamente utiliza la medicina, que entiende que la enfermedad física es consecuencia de trastornos de los sistemas orgánicos y la enfermedad psicológica es consecuencia de alteraciones del sistema nervioso que afectan la conducta, las emociones y los procesos cognitivos.
- b) Intrapsíquicos: los tenidos en cuenta originariamente por las corrientes psicodinámicas que conceden relevancia a la influencia de las experiencias conflictivas infantiles.
- c) Fenomenológicos: que implican observar y destacar no tanto la realidad física ni los procesos inconscientes, sino la forma en que las cosas son sentidas y elaboradas por el individuo.
- d) Comportamentales: los observados por la psicología experimental, destacándose las influencias ambientales como factores que refuerzan y controlan las psicopatologías.
- e) Socioculturales: los más atendidos por los enfoques sociológicos y antropológicos, interesados por la influencia de los grupos y las etnias en la salud mental del individuo.

**Principio 2:** La personalidad existe en un *continuum*, no es posible una división estricta entre la normalidad y la patología. Por tanto, para cada tipo de personalidad, en caso de hacer existir una clasificación, existe su forma sana y su correspondiente trastorno cuando los factores que la caracterizan se ven debilitados o mermados por causas procedentes de alguno o varios de los factores antes mencionados.

Por otro lado, el **AT entiende la psicopatología** desde un prisma concreto que resumimos en cinco principios categóricos (adaptación de Gimeno-Bayón y Rosal, 2003):

**Principio 1:** Los trastornos de la personalidad no son enfermedades, entendidas éstas como invasiones externas o fallos estructurales de la mente. El AT entiende la psicopatología como resultado de una disfunción de la capacidad de la personalidad

para enfrentarse a las dificultades de la vida, ya que depende de la personalidad y sus características que el individuo tenga la capacidad o autoeficacia para funcionar con más o menos bienestar.

**Principio 2:** Los trastornos de la personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados. Dicho de otra manera, ocupan un espacio y una función en la personalidad y representan patrones fuertemente incrustados de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos y conflictos que guían la experiencia y transforman la percepción que tiene el individuo de los acontecimientos.

**Principio 3:** Consecuentemente, los trastornos de la personalidad no son entidades estáticas y permanentes, sino de carácter dimensional. Son sistemas dinámicos, en movimiento, que ajustan y transforman la percepción interna y la vida externa del individuo desde las oportunidades y experiencias de su día a día y la capacidad de la personalidad para asumirlas y transformarlas.

**Principio 4:** La psicopatología de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema. Por tanto, dada la interdependencia de los elementos que componen el sistema de la personalidad, la actuación sobre uno de ellos tendrá efecto en todos los otros, sean los comportamentales, cognitivos, emocionales e incluso farmacológicos. Consecuentemente, los trastornos de la personalidad requieren modalidades de intervención combinados y diseñados estratégicamente que representen este interaccionismo.

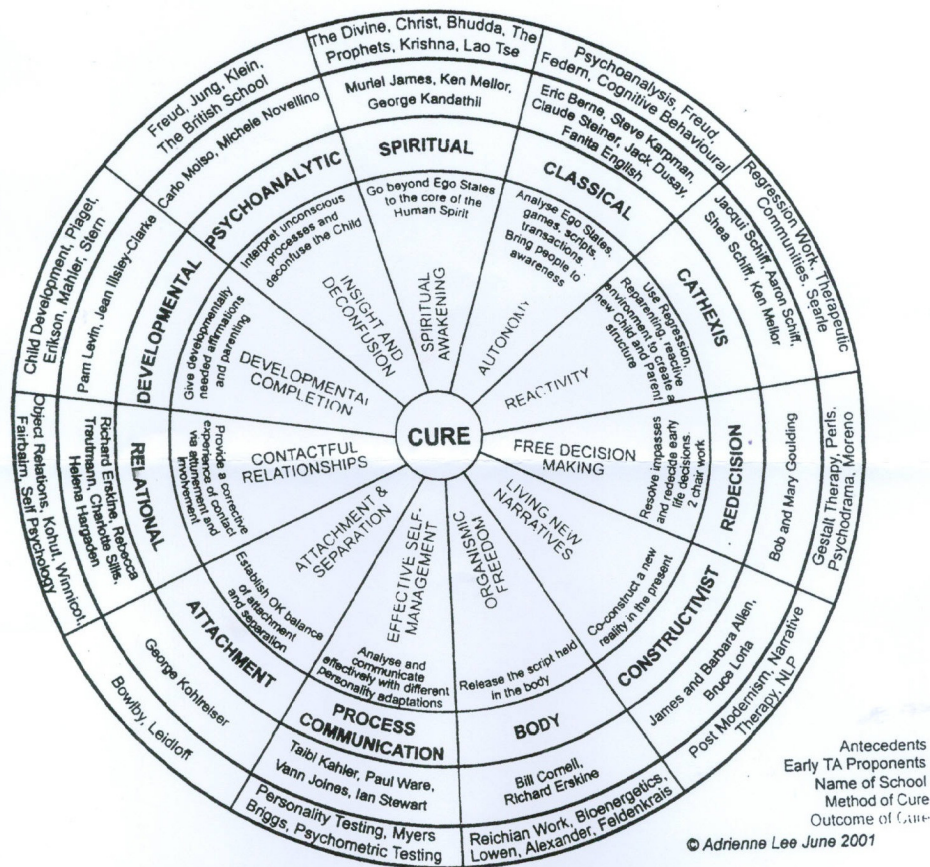
**Principio 5:** Por todo lo indicado en los principios anteriores, el AT entiende que los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva.

Después de la muerte de Berne en 1971, y como consecuencia de la trayectoria seguida por los posteriores y principales estudiosos del Análisis Transaccional, se puede hablar fundamentalmente de tres escuelas transaccionalistas (Gimeno-Bayón y Rosal, 2003): **la Escuela Clásica, la Escuela de Redecisión y la Escuela de Cathexis**. Todas ellas entienden la personalidad y su disfunción desde el prisma propio del AT, diferenciándose en las

técnicas de intervención sobre la personalidad para dotarla de la capacidad de alcanzar el bienestar en el individuo. La **base de intervención** en todas las escuelas y subescuelas citadas es el contrato terapéutico, aunque la Escuela de Cathexis, que trabaja principalmente con psicóticos, reclama este requisito sólo en los casos en los que el paciente sea apto para formalizar dicho contrato. La **meta** coincide en todas las escuelas con la que especificó Berne y que definió como **el logro de la autonomía**, consistente en tener la capacidad para escoger y expresar sentimientos genuinos y saber prescindir de sentimientos parásitos, lo que Berne llamaba espontaneidad. En la comunicación interpersonal, la autonomía se manifiesta en la capacidad de ser francos al comunicarnos, de dejar fluir la afectividad del Niño Natural, lo que Berne llamaba intimidad.

Posteriormente, Adrienne Lee (2006) ha propuesto una clasificación más amplia de las escuelas transaccionalistas, hasta un total de 11 diferentes (ver figura 2): Clásica, Cathexis, Redecisión, Constructivista, Corporal, Procesos Comunicativos, Apego, Relacional, Desarrollo, Psicoanalítica y Espiritual. Actualmente existe un debate abierto sobre la aceptación de esta propuesta de clasificación. Sin embargo consenso en aceptar la definición de las tres escuelas principales mencionadas anteriormente: la escuela Clásica, la de Redecisión y la Cathexis. Por eso mismo pasamos a comentar estas últimas brevemente.

Figura 2: Propuesta de clasificación de escuelas transaccionistas (Lee, 2001, p. 10).



Nota de los círculos concéntricos, de exterior a interior: antecedentes, autores transaccionistas, nombre de la escuela, método terapéutico y objetivos.

### 2.3.5.1. La Escuela Clásica

En ella distinguimos tres grupos:

- a) **La Escuela Berniana**, que se gestó y profundizó en los trabajos del Seminario de San Francisco, presidido por Eric Berne, dentro del cual destacaron Stephen B. Karpman (1968) y John Dusay (1972). Sitúa la psicopatología en el Niño Adaptado a partir de un trauma de la primera infancia. En cuanto a las técnicas o tratamientos metodológicos prioritarios, se centra especialmente en el trabajo de descontaminación del Adulto de las interferencias del Padre o del Niño Adaptado, concediendo especial relevancia a las tres “P” del Análisis Transaccional: Permiso, Protección y Potencia. También presta mucha atención a los juegos psicológicos y al Guión de Vida. Su objetivo es conseguir que el individuo

alcance un Adulto descontaminado, un Niño no confundido y la capacidad para utilizar los Estados del Yo adecuados a cada situación.

- b) **Grupo de la Psiquiatría Social**, de Claude Steiner (1971, 1974, 2004 y 2010). También sitúa la psicopatología en el Niño Adaptado, pero no exclusivamente a partir del trauma infantil sino también a partir de un proceso educativo conducente al desamor, la locura o la tristeza. Es por eso que se ocupa especialmente de la reeducación para capacitar al individuo en el amor, en la inteligencia y en la alegría. Su objetivo es ayudar a vencer una situación social opresiva a través de la desactivación del Padre Crítico (al cual llaman “Padre Cerdo”), potenciar la actitud cooperativa, la abundancia de caricias y detectar los juegos de poder.
- c) **Grupo de la Fundación Asklepeion**, iniciado por Martin Groder (1968). Sitúa la psicopatología en el Pequeño Profesor por la influencia ejercida por los mandatos inhibidores de las figuras parentales sobre la percepción del estado Niño del paciente que le conduce inconscientemente a tomar decisiones insanas y obstaculizadoras del ejercicio de algunos de sus potenciales. En cuanto a los objetivos en el tratamiento, coincide con los definidos en el Grupo de Psiquiatría Social.

#### ***2.3.5.2. La Escuela de Redecisión***

Encabezado por Robert L. Goulding y su esposa, Mary McClure Goulding (1978, 1979, 1991), aquí el blanco de la intervención no lo constituyen sólo los conflictos interpersonales como en los anteriores grupos, sino que prestan una especial atención en ayudar a los pacientes a superar sus conflictos intrapsíquicos conformándolos a expectativas sanas.

Al igual que la Fundación Asklepeion, sitúan la psicopatología principalmente en el Pequeño Profesor y los tratamientos metodológicos que utiliza proceden principalmente de la Psicoterapia Gestalt y de enfoques terapéuticos que utilizan la visualización y técnicas psicocorporales que ayudan a imaginar y revivir, por parte de los clientes, experiencias traumáticas de la infancia. Una parte importante de la sesión terapéutica se dedica a los “trabajos vivenciales”, experimentados principalmente desde el estado Niño, dando lugar a la

experiencia emocional sana del Niño Natural y a las intuiciones del Pequeño Profesor que preparan el terreno para las redecisiones liberadoras del Guión de la Vida. Esta escuela tiene como objetivo, pues, la liberación de las decisiones del Guión de la Vida que obstaculizan el sano fluir del ciclo de la experiencia.

#### ***2.3.5.3. La Escuela de Cathexis***

Encabezada por J.L. Schiff (1970, 1977), esta escuela, al igual que la Escuela de Redecisión, se centra en los conflictos intrapsíquicos del individuo. La psicopatología puede estar situada en el Adulto o en el Pequeño Profesor o en el Niño Natural, es decir, de una contaminación de los Estados del Yo Adulto y Niño a partir de descuentos frecuentes por parte de sus figuras parentales que afectan a la percepción de las necesidades, sentimientos y problemas del estado Niño. Las técnicas predominantes que utiliza esta escuela son: a) técnicas de estructuración cognitiva que permitan la confrontación de las conductas, sentimientos y pensamientos patológicos; b) ayudar al cliente a satisfacer las necesidades del Niño Natural con las que tropezó y vencer los primitivos problemas del desarrollo psíquico; c) con algunos clientes muy perturbados emocionalmente se procede al trabajo de reemplazar un Estado Padre inefectivo por un nuevo Padre. El objetivo principal de la Escuela de Cathexis es conseguir que el individuo desarrolle un nuevo Estado Padre, claramente más sano que el anterior, a partir de la incorporación de los psicoterapeutas como figuras parentales.

#### ***2.3.5.4. Cuadro resumen de las principales escuelas de trabajo en AT***

La tabla 11 resume y compara las líneas de trabajo de las principales escuelas del Análisis Transaccional.

**Tabla 11:** Características de las principales Escuelas del Análisis Transaccional.

ESCUELAS		AUTORES	OBJETIVOS Y RESULTADOS	DEFINICIÓN DE PATOLOGÍA	TÉCNICAS
CLÁSICA	<b>Escuela Berniana</b>	E. Berne; Karpman; Dusay.	Alcanzar un A descontaminado.	Se encuentra en el NA, por trauma de la primera infancia.	-Descontaminación del A de las interferencias del P o del NA. -Inclusión de las tres "P": Permiso, Protección, Potencia. -Observación de la presencia de juegos psicológicos. -Análisis del guión de vida.
	<b>Grupo de Psiquiatría Social</b>	C. Steiner.	Vencer una situación social opresiva desactivando el PC.	En el NA, por traumas infantiles y del proceso educativo.	-Desarrollar la actitud cooperativa en la comunicación interpersonal. -Detectar juegos de poder. -Potenciar la abundancia de caricias.
	<b>Fundación Asklepeion</b>	M. Groder.		En el PP, por mensajes parentales erróneos.	-Desarrollar la actitud cooperativa en la comunicación interpersonal. -Detectar juegos de poder. -Potenciar la abundancia de caricias.
<b>REDECISIÓN</b>		Goulding & Goulding	Superación de conflictos intrapsíquicos. Liberación de las decisiones del guión obstaculizadoras.	En el PP, por mensajes parentales erróneos.	-Visualización. -técnicas psicocorporales. -Técnicas vivenciales.
<b>CATHEXIS</b>		J.L. Schiff	Superación de conflictos intrapsíquicos. Desarrollar un nuevo estado P.	En el A o NA por contaminación de P.	-Estructuración cognitiva. -Técnicas de reparentalización.

NA: Niño adaptado; A: Adulto; PP: Pequeño Profesor; PC: Padre Crítico.



### 2.3.6. La ansiedad según el AT

#### *2.3.6.1. Los fundamentos del concepto de angustia en el Análisis transaccional: de Kierkegaard a Rollo May*

Haciendo una lectura de los primeros documentos de Eric Berne, el lector puede deducir el amplio conocimiento cultural de este autor por las numerosas citas de filósofos, psicólogos y literatos como Balzac, Bateson, Chamisso, Huizinga, Kierkegaard, Sartre, Stendhal o Wittgenstein. Es evidente la influencia que las filosofías Fenomenológica y Existencial ejercieron sobre el pensamiento de Berne y en su acercamiento al trabajo de la angustia en el ser humano (Camino, 2006 y 2013).

Por ejemplo, en el primer documento que escribió Berne (1961) se constata el reiterado uso del término “fenomenología” en todas sus formas, insertándolo plenamente en el núcleo teórico de la obra. En el segundo documento que escribió Berne (1962), el autor hace uso de los términos “temporalidad” y “existencialismo” de modo que ambos conceptos queden relacionados, expresando de esta manera la interdependencia que el autor descubrió entre el tiempo vital y la existencia. Conocemos que Berne llegó a la Fenomenología a través de la filosofía del Existencialismo, en especial por el conocimiento de dos grandes representantes de esta línea filosófica a quienes cita en sus obras: Kierkegaard y Sartre (Camino, Coca, Garés, Sáez y Vilardell, 2002). Ambos coinciden en una temática común: la “preocupación por la existencia”, la libertad, la conciencia, el dolor y el sufrimiento, la “autenticidad” en la comunicación, la temporalidad, la muerte y especialmente la contingencia de la vida humana, que genera angustia. De hecho, el Existencialismo es vivir la presencia de la muerte y admitir la angustia como componente esencial del ser humano (Camino, 2009). El Análisis Transaccional y la articulación del modelo antropológico y psicológico que propone, así como el entendimiento de la patología mental en general y de la ansiedad en particular, tienen como fundamento el carácter propio de estas dos escuelas de pensamiento.

Si partimos de Kierkegaard<sup>7</sup> como fuente epistemológica, vemos que en sus reflexiones acerca de la ansiedad este autor observó que el ser humano escapa de la ansiedad neurótica en la medida en que se libera como individuo y al mismo tiempo logra estar en comunidad con el entorno social (Kierkegaard y Merchán, 1975; Kierkegaard y Rivero, 2007). La libertad,

---

<sup>7</sup>Søren Aabye Kierkegaard (1813-1855). Filósofo y teólogo danés. Es considerado el padre del Existencialismo por hacer filosofía del sufrimiento y la angustia.

pues, significa conocerse a sí mismo y actuar de manera responsable hacia uno mismo; significa tener la capacidad en continuo crecimiento para hacer frente a nuestras posibilidades, tanto de desarrollo individual como de profundización de las relaciones con nuestro prójimo, junto con una realización de estas posibilidades. Kierkegaard insistía en que cuanto mayor sea la libertad potencial de individuo, cuanto más creativas sean las posibilidades, mayor será su ansiedad potencial. Por lo tanto, Kierkegaard sostenía que la libertad implica siempre una ansiedad potencial, y definió la ansiedad como “el vértigo de la libertad” considerando a esta ansiedad como normal y no patológica.

Kierkegaard concretaba que la ansiedad del niño pequeño es “ambigua” ya que advierte la separación entre él y su medio. Pero cuando desarrolla la conciencia de sí mismo la elección consciente entra en escena: se da cuenta de que sus objetivos y sus deseos pueden implicar entrar en tensión con sus padres y desafiarlos. Desarrollarse como individuo único con un potencial exclusivo lleva el precio de hacer frente a la ansiedad implícita en la adopción de una posición tanto *en contra* como *con* el propio medio. Del resultado, de que consiga mantener ese equilibrio entre sí mismo y las exigencias de su entorno (la educación recibida), depende su desarrollo como individuo y por tanto el de su personalidad. Ésta última sólo se alcanza cuando se avanza, a pesar de los conflictos, de la culpa, del aislamiento y de la ansiedad. Si uno no avanza, el resultado final es la ansiedad patológica.

Para Kierkegaard, la ansiedad neurótica es el resultado de la reducción que ocurre porque la persona teme a la libertad. Esta reducción implica bloquear áreas de libertad, de experiencia o de conciencia. De hecho, la expresión justa de Kierkegaard para la neurosis era “encerramiento”. Esta personalidad se caracteriza por diversas formas de rigidez, carencia de libertad, vacuidad y tedio. Las dos fuentes de la ansiedad neurótica –la desunión dentro del yo y la falta de acuerdo con el prójimo– se superan mediante procesos simultáneos; superar una es vencer a la otra al mismo tiempo. Sin embargo, para ello es necesario que el individuo tenga la valentía de hacer frente a las experiencias amenazantes del aislamiento y la ansiedad que son “normales” en el sentido de que no es posible evitarlas si es que uno ha de cumplir con sus posibilidades en la consecución de la personalidad. En consecuencia, resulta comprensible que Kierkegaard considerara a la ansiedad como una maestra; de hecho, sostenía que la ansiedad es mejor maestra que la realidad, pues la realidad se puede evitar temporalmente en tanto que la ansiedad es un educador omnipresente que uno siempre lleva consigo.

Estas consideraciones acerca de la ansiedad y su sentido normal y evolutivo, así como el origen del patológico, fue recogido por el psicólogo existencialista Rollo May<sup>8</sup>. Aunque con frecuencia se le asocia con la psicología humanista, May se diferencia de otros psicólogos humanistas como Maslow o Rogers por su necesidad de profundizar en las dimensiones de la existencia y la aprehensión trágica que le atribuye el individuo, origen de la angustia existencial. No en vano, May era un amigo cercano del teólogo luterano Paul Tillich<sup>9</sup> cuyas ideas impregnaron en gran manera su teoría acerca de la angustia, fuertemente influenciado también por la corriente filosófica de la época, el Existencialismo. Tillich describe la angustia como la reacción del hombre a la amenaza de no-ser (Tillich, 1968). Ya que el individuo tiene conciencia de su ser, también sabe que en cualquier momento puede cesar de existir. Por lo tanto en términos filosóficos la angustia surge en la conciencia individual de ser como opuesta a la siempre presente posibilidad de no-ser. Y “no-ser” no significa simplemente la muerte física, sino que afecta también al ámbito psicológico y espiritual, ya que es la amenaza de la falta de sentido de la propia existencia.

May profundiza acerca de la naturaleza humana, la necesidad del desarrollo de la personalidad y la individualidad de cada uno y la ansiedad como manifestación de la imposibilidad por llevarlo a cabo (May, 1975 y 1990). Vuelca su enfoque terapéutico en su publicación principal, *El dilema del hombre. Respuestas a los problemas del amor y de la angustia* (May, 2000).

May centra su atención en la importancia del sistema de valores y de los constructos personales como pieza fundamental para entender el origen de la respuesta ansiosa. Así, el rasgo distintivo de la ansiedad humana proviene del hecho de que el individuo es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo sobre la base de símbolos y significados, y los identifica con su existencia como persona. Es la amenaza a estos valores lo que produce ansiedad, definiendo a ésta última como la aprensión desentrelazada por la amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia como persona:

“Evidentemente, el primer valor del bebé es el cuidado, la nutrición y el amor que recibe de su madre o de quien reemplaza; una amenaza a éstos, además de constituir de hecho una amenaza a la existencia del niño, da origen a una profunda ansiedad. Pero a

---

<sup>8</sup> Rollo May (1909-1994). Psicólogo y psicoterapeuta existencialista estadounidense.

<sup>9</sup> Paul Tillich (1886-1965). Filósofo y teólogo germano-estadounidense.

medida que la madurez avanza, los valores se van transformando. **Se convierten en un deseo de ser aprobado por la madre, por ejemplo, y luego de “triunfar” ante los ojos de los padres y los pares, de alcanzar más tarde una posición en términos culturales y por fin, en el adulto maduro,** los valores pueden llegar a ser la devoción a la libertad, a una religión o a la verdad científica. No estoy diciendo que ésta sea una escala exacta de maduración; sólo intento ejemplificar aproximadamente que **la maduración implica una transformación continua de los valores originales que se identifican con la propia existencia y que cuando son amenazados provocan ansiedad, y que en el ser humano normal estos valores adoptan un carácter cada vez más simbólico.** Con seguridad, **cuanto más neurótica sea la ansiedad de un individuo, más probable es que trate de satisfacer año tras año los mismos valores que sostenía en etapas anteriores: todavía está, como lo hemos visto en muchos casos clínicos, buscando reiterada y compulsivamente el amor y el cuidado maternos.** Pero cuanto más sana es la persona, resulta menos factible concebir sus valores como adulto como una suma de sus necesidades e instintos previos” (May, 2000, p. 82).

Ya que la ansiedad es la reacción ante una amenaza a los valores que el individuo identifica con su propia existencia, nadie puede evitarla, ya que los valores siempre forman parte de la existencia del individuo, dándole sentido, y siempre están en proceso de cambio y reforma:

“Lo que importa aquí para comprender la ansiedad es que el hombre, el usuario de los símbolos, interpreta su experiencia en términos simbólicos y considera a estos símbolos como valores que al ser amenazados dan origen a una profunda ansiedad. En consecuencia, no se puede separar nunca la comprensión de la ansiedad de los símbolos éticos que constituyen un aspecto del ambiente normal del hombre... Empleo los términos “símbolos” y “valores” incidentalmente, en el sentido de la quintaesencia de la experiencia. Constituyen una “condensación” de las relaciones y satisfacciones más reales, y, por lo tanto, una amenaza contra un valor simbólico- como la bandera nacional o el status en el caso de Tom- puede tener un tremendo poder generador de ansiedad” (May, 2000, p. 84).

La ansiedad patológica aparece cuando una persona ha sido incapaz de hacer frente a la ansiedad normal en el momento de una verdadera crisis en su crecimiento y de una amenaza a sus valores. La ansiedad patológica es el resultado final de una ansiedad normal previa que no fue enfrentada.

“La ansiedad normal resulta más evidente en las etapas de individuación que ocurren en cada fase del desarrollo. El niño aprende a caminar y abandona la seguridad previa de su corralito; va a la escuela, en la adolescencia se inclina hacia el sexo opuesto; mas tarde deja su hogar para ganarse la vida, se casa y concluye, finalmente, debiendo separarse de sus valores inmediatos en el lecho mortuario. No quiero decir que todos estos acontecimientos sean necesariamente crisis reales, aunque siempre son crisis *potenciales*; lo que procuro es indicar que todo crecimiento consiste en una rendición, generadora de ansiedad, de los valores pasados a medida que se los va ampliando. El crecimiento, y con él la ansiedad normal, consiste en la renuncia a la seguridad inmediata a cambio de metas más vastas, para concluir con la muerte como etapa final de este continuo” (May, 2000, p. 88).

Las orientaciones que propone May para el enfoque terapéutico en el tratamiento de la ansiedad son, resumidamente, las siguientes:

- El objetivo de la terapia no es liberar al paciente de la ansiedad sino, por el contrario, ayudarlo a liberarse de la ansiedad neurótica para que pueda hacer frente a la ansiedad normal de manera positiva.
- Evitar en la medida que sea posible el uso de medicación ansiolítica (a excepción cuando es necesario aliviarla para hacer factible la psicoterapia), ya que eliminar de esta forma la ansiedad representa “tapar” la oportunidad de crecer, es decir, la posibilidad de transformar los valores de los cuales la ansiedad es el anverso. La ansiedad patológica es un síntoma consecuente de que el individuo no se ha enfrentado a crisis previas, con lo cual eliminar el síntoma sin ayudar a la persona a descubrir su conflicto básico es despojarla de su mejor antena direccional y de la motivación para comprenderse a sí misma y seguir creciendo.

- Debe constituir un objetivo en la terapia que el paciente alcance valores sólidos, entendiéndolo por ello que sean firmes y a la vez lo suficientemente flexibles para permitir que el individuo pueda hacer frente a los cambios o etapas de crisis que le posibilita la vida. Es decir, cuanto más firmes y más flexibles sean los propios valores, mayor será la capacidad que uno tenga de hacer frente a la ansiedad de manera constructiva.

Por otro lado, Kurt Riezler<sup>10</sup> subrayó la dimensión social que conforma la angustia, ya que el contexto y el otro tienen el poder de potenciarla o calmarla porque son referentes para el individuo. Partiendo de la idea de Tillich de que el individuo teme a la “nada” porque no sabe lo que ésta conlleva o en qué consiste, los otros individuos se convierten en referentes que dotan la mente de un esquema que le protege de intuir el vacío, ya que, para empezar, le confieren identidad en el momento en que reconocen la existencia de ese sujeto:

“El niño no tiene aún un esquema establecido de orden, un sistema de cosas permanentes que envuelvan su mundo. Sin embargo no vive en un estado constante de miedo indefinido... Su sistema de orden está en construcción. Lentamente amplía la estrechez de su mundo, reorganizando el orden previo con cada nueva experiencia. De este modo marcha a tropezones en el borde de un abismo, ciegamente pero con cuidado, un poco ansioso pero más que nada curioso, retrocediendo a cada toque de angustia y ensayando nuevamente, ignorando las exigencias que es incapaz de llenar, evitando lo inconocible” (Riezler, 1975, p. 30).

Para el niño, el contexto-objeto referencial a través del cual creará esquemas de pensamiento que le permitirán llenar el vacío del todavía mundo desconocido, empezando por incorporar una identidad propia como ser, es la figura materna:

“No podemos aislar al niño. El proceso en el cual él forma su mundo preliminar no podría progresar si no tuviera la conciencia de vivir en el mundo de sus mayores. Su primer supuesto es su madre con sus conocimientos. Una vez más aquí la psicología individual fácilmente lleva el error. La madre no es uno de los muchos ítems en el campo fenomenal, todo él está referido a ella. El supuesto de lo que ella conoce

---

<sup>10</sup> Kurt Riezler (1882-1955). Filósofo existencialista y diplomático alemán.

subyace y acompaña cada hipótesis que el niño formula con respecto a la naturaleza de las cosas. A medida que el niño construye su propio mundo “aprende” el mundo de sus mayores. La objetivación se mezcla dando nombre; él es Jack o simplemente él” mucho antes que se descubra como persona. La referencia a su madre y a su conocimiento protege el juego de la curiosidad contra la angustia. Asustado, el niño se esconde detrás de la falda de su madre” (Riezler, 1975, p. 31).

Así pues, el conocimiento o ignorancia de uno mismo (dificultad en construir un Yo definido) y del entorno (ya sea inmediato o social) determinaran la distinción entre el miedo ordinario (a algo concreto) y la angustia indefinida (al no-sentido, por no-referencia, de la vida o parte de ella). Y la adquisición de ese esquema referencia básico es el primer educador, es decir, la madre, que se convierte en medida de todo lo existente. La falta de esta figura referencial (por omisión o porque su presencia es débil) y, por tanto, la carencia de sus mensajes que ofrecen un marco a la identidad del niño y un sentido a lo que éste experimenta del entorno y del juego, empujaran al individuo a la ansiedad patológica.

Carl A. Whitaker<sup>11</sup> y Thomas P. Malone, siguiendo esta misma línea, se refieren a una angustia primigenia/primaria propia del niño que todavía no ha organizado su mundo interno a partir de sus referentes externos y con lo cual parte de la “nada” hacia cada vez un constructo más amplio de lo que él es como individuo y el entorno. A medida que vaya organizando sus estados emocionales, más irá estructurando su personalidad y disminuirá la angustia-origen:

“La angustia... representa la forma más primitiva que el afecto o el sentimiento puede revestir en el ser humano. Difiere de otros afectos, sin embargo, en el hecho de que tanto en sus aspectos subjetivos como en sus expresiones motrices y bioquímicas predomina la desorganización. En este sentido representa el afecto más primitivo y básico visto en el niño. A partir de la matriz de angustia experimentada por el niño después del nacimiento, se diferencian otros afectos o tonalidades de sentimientos que se organizan. De este modo el desarrollo del yo en el niño se correlaciona directamente con una organización creciente de los estados afectivos a partir de una

---

<sup>11</sup> Carl Whitaker (1912-1995). Psiquiatra estadounidense, especializado en terapia familiar.

energía o afecto no organizado: la angustia... Esta organización se lleva a cabo en el marco de la relación interpersonal múltiple y cada vez más amplia del niño. La organización final del afecto, por ejemplo, el sentimiento de amor y la capacidad de amar es intrapersonal, pero tal como es experimentada inicialmente se lleva a cabo en la relación genitor-niño” (Whitaker y Malone, 1975, p. 107).

En el niño, la angustia emerge cada vez que la relación interpersonal de apoyo fracasa, dado que no hay aún una organización firme de su mundo emocional:

“En forma semejante a la del niño, el adulto puede organizar sus afectos no intrapersonalmente sino alrededor de las relaciones interpersonales. Un adulto cuyas relaciones con otros adultos apoyan su necesidad infantil responderá con angustia cada vez que esa relación se destruye. Cada vez que la organización intrapersonal se quiebra (desintegración del yo), o donde un adulto infantil, inadecuado pierde seguridad en una relación interpersonal, el resultado es angustia” (Whitaker y Malone, 1975, p. 108).

En resumen, podemos decir que los aspectos que recoge el AT del pensamiento Fenomenológico y Existencialista respecto a la ansiedad son:

- Por parte del Existencialismo, el concepto de “autenticidad” o “inautenticidad” que se aplica a la conducta y a las emociones. Así que puede darse una “falsa alegría” o “falsa tristeza”, que se clasifican como inauténticas.
- También la responsabilidad individual frente al “proyecto de vida” y su decisión temprana, que en AT se llama Guión de Vida, donde radican las creencias sobre uno mismo y la vida.
- El AT postula una pedagogía de la acción, por la que cada sujeto es capaz de “re-decidir” la propia vida y salir de aquello que la oprime a través de la toma de decisiones pertinentes y participación en la vida social y política, lo que otorga responsabilidad y preocupación por los demás. Esta toma de decisiones se realiza desde un yo consciente, que el AT señala como Estado del Yo Adulto.



- El concepto de temporalidad humana, como una existencia que precede a la esencia, siendo todo lo que podemos disponer. La psicología de Análisis Transaccional trabaja la temporalidad sartriana de forma conveniente para el sujeto, a partir de la estructuración del tiempo para emplearlo de forma eficaz y sana.

Como concluye Camino (2009):

“Nos conviene conocer la realidad de una existencia, si es auténtica o no; ya que, somos los responsables de nuestro estar en el mundo, y de la forma en que nos relacionamos los unos con los otros; con el fin de poner medios y toma de decisiones, necesarios y convenientes, para el cambio” (Camino, 2009, p. 356).

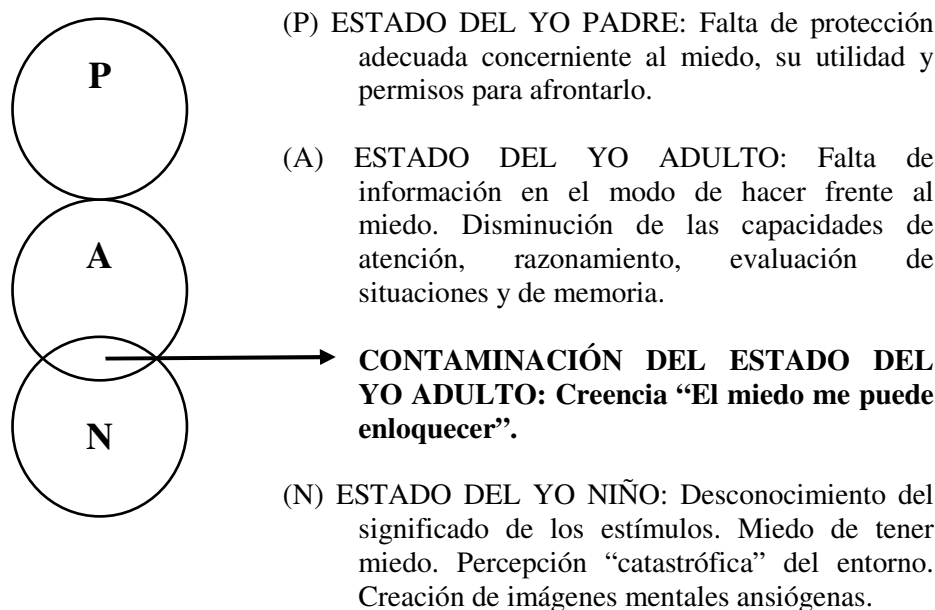
### ***2.3.6.2. Psicodiagnóstico de la ansiedad según el transaccionalista Jean Wilmotte***

Jean Wilmotte<sup>12</sup> dedica sus estudios a los trastornos de ansiedad y depresión, que publica en 1982 en la revista *Actualités en Analyse Transactionnelle* (Wilmotte, 1982). Su propuesta para el psicodiagnóstico de la ansiedad la encontramos en el artículo *Tratamiento desde el AT de la neurosis de angustia* (Wilmotte, 1987) y lo describe de la siguiente forma:

- 1°. Hay una importante contaminación del Estado del Yo Adulto por el Estado del Yo Niño. Puede deberse a una respuesta aprendida que ha sido reforzada (premiada o esperada por alguna figura parental).
- 2°. Consecuentemente, la personalidad adquiere la siguiente estructura:
  - a) Los Estados del Yo: hay una contaminación del Estado del Yo Adulto por parte del Estado Niño.

---

<sup>12</sup> Jean Wilmotte (Bruselas, 1942). Psicoterapeuta y analista transaccional belga.



- b) No hay Guión de Vida característico o propio para el trastorno de ansiedad.
- c) Los juegos psicológicos más frecuentes son: “Sí, pero...”, “tú ves cómo lo intento...” y “psiquiatría”.
- d) La Posición Existencial es: No OK / OK. El individuo adopta una postura negativa de hacer frente a la ansiedad esforzándose en evitarla, sin llegar a solucionar el conflicto o problema subyacente.

Los estudios realizados posteriormente por Widdowson, aunque centrados en el trastorno depresivo, corresponden con algunas de las observaciones de Wilmotte (Widdowson, 2012a y 2012b), remarcando la importancia de la relación terapéutica entre terapeuta y paciente para que el primero pueda transmitir los permisos y los mensajes nutricios que el segundo necesita para que descontamine el Estado del Yo Adulto y alcance la autonomía que le permita el cambio en su Guión de Vida.

Las orientaciones que propone Wilmotte para el enfoque terapéutico son:

- Desde el inicio del tratamiento, darle al paciente el permiso de tomarse su tiempo para curarse. El mandato “Date prisa” explica sus muchos contactos anteriores con

profesionales de la salud en situaciones de urgencia, ya que este tipo de paciente acepta el empleo necesario de tiempo para un tratamiento más profundo.

- En una primera etapa, el terapeuta debe trabajar con un Estado Padre Nutricio eficaz y tranquilizador, y un Estado Adulto dispuesto a comunicar informaciones útiles al Adulto contaminado del paciente.
- Consolidar el Estado Adulto: Facilitar información al Estado Adulto para desactivar el mandato “No pienses”.
- Descontaminación del Estado Adulto: Reevaluar los pensamientos “catastróficos”. Se entrena a reemplazar esos pensamientos por otros mejor adaptados a la realidad. Tasar esos pensamientos de 0 a 100 (según su grado de ansiedad) para disminuir la grandiosidad. Utilizar la técnica de fantasía guiada sobre la última media hora antes del fin del mundo: “¿qué harías la última media hora antes del fin del mundo? ¿A qué dedicarías el tiempo?”.
- Informar al Estado Padre: Debe asimilar lo siguiente: a) la angustia es inherente a la condición humana. Algunos incluso la buscan como algo agradable; b) el miedo (cuando no es extremo) juega un papel de alarma muy útil para protegerse; c) no le vuelve a uno loco; d) la novedad, lo extraño y desconocido pueden dar lugar al miedo (y al placer) y e) hacer una lista de “trucos personales” para defenderse en estas situaciones.
- Adecuación del Estado Niño: intrigando al Pequeño Profesor, provocándole para que se plantee cuestiones y las visualice como algo no agresivo. El Niño debe conquistar la posición OK que le permita “dejarse ir en la vida”.
- Por último, cerrar las salidas trágicas: realizar contratos de no suicidio y de no locura.

### ***2.3.6.3. Psicodiagnóstico de la ansiedad según los transaccionalistas Mary McClure y Robert Goulding***

Para Mary McClure y Robert Goulding<sup>13</sup>, la ansiedad puede tener dos orígenes: traumas infantiles debido a situaciones extremas que haya vivido el individuo en su infancia (por ejemplo, vivir guerras o maltratos), o bien por copia de modelos en su convivencia diaria con sus progenitores.

Este último factor es el que, según estos autores, genera la ansiedad más patológica y la que más va a apreciar el entorno debido a las conductas que manifestará el individuo que la sufre. Los Goulding centran su estudio, pues, en los mensajes parentales que el niño recibe y que hacen que se convierta en lo que llegaron a definir como un “preocupador”. Exponen su enfoque terapéutico en la que fue su principal publicación, realizada en 1979 y titulada *Changing lives through redecision therapy* (“Cambiano la vida a través de la terapia de redecisión”). Los padres enseñan a sus hijos a preocuparse de muchas maneras (Goulding y Goulding, 1978 y 1991):

*¿Y si...?*

*¡Nunca sabes cuando te va a caer un relámpago!*

*¡Algún día no tendrás tanta suerte!*

*¡Vigila!*

*¡Ten cuidado!*

*¡Los males nunca vienen solos!*

*¡Cuando seas madre, sabrás lo que es preocuparse!*

*Si te encuentras demasiado bien, seguro que te va a pasar algo malo.*

*Una persona no puede dejar de preocuparse de....*

*El momento de preocuparse es cuando todo parece ir bien.*

*Estoy muy preocupada por vosotros, chicos.*

*¡Menuda preocupación es eso!*

*¡Los problemas vienen cuando menos te los esperas!*

*Niños, estad quietos. A vuestro padre le preocupa algo.*

*Si no te preocupas, debe de ser un descuido.*

---

<sup>13</sup> Mary McClure Goulding y Bob Goulding (1918-1992). Psicoterapeutas transaccionalistas que desarrollaron la terapia de redecisión, considerada una de las ramas principales del análisis transaccional.

*Siempre pasa aquello de lo que nunca te has preocupado.*

*Justo cuando piensas que todo va bien, de pronto empiezan los problemas.*

*Si esperas lo peor, nunca quedarás defraudado.*

A partir de estos mensajes parentales, el niño toma decisiones (extrae conclusiones) acerca de sí mismo y de los demás (la sociedad, el mundo y la vida). Muchas de estas decisiones fueron positivas, como por ejemplo: “soy especial”, “soy encantador”, “soy el mejor lector de la clase”, “soy un buen trabajador”, “los maestros son buenos y me ayudarán a ser listo”, “mi papá es mi amigo”, “yo ayudo a mi hermano, él me ayuda a mí”. Otras decisiones, sin embargo, pueden no ser positivas: “nunca voy a conseguir lo que quiero”, “sólo soy importante cuando cuido a los demás”, “hay algo malo en mí”, “nunca tengo que llorar porque soy un chico”, “no puedes confiar en los padres porque finalmente te abandonarán”, “hay algunas personas que no son buenas porque tienen un diferente color de piel”, “hay otros más listos que yo” o “si no quiero salir mal parado debo ir a la mía, porque las demás personas son peligrosas”.

Cuando el niño hace decisiones positivas, difícilmente sufrirá ansiedad patológica. Por ejemplo, el niño que crece sabiendo que “papá y yo somos amigos”, se sentirá preocupado cuando su padre esté enfermo, pero no tendrá ansiedad obsesionado por la salud de su padre cuando éste se encuentre bien, a no ser que haya tomado decisiones negativas como “siempre necesitaré a mi papá, o de lo contrario mi papá puede morir”:

“Estas tempranas decisiones infantiles pueden dominar la vida de una persona, aun cuando ésta no se acuerde de haberlas tomado nunca. Igual que usted aprendió las reglas de tráfico y sigue cumpliéndolas automáticamente, también puede conducirse automáticamente por la vida utilizando las reglas que utilizó en la infancia. Freud denominó a los sueños la senda real hacia el inconsciente. Las preocupaciones constituyen la senda real hacia el inconsciente y hacia el consciente. Al igual que los sueños, se escriben cuando se está despierto, con lo que también quedó afectada nuestra mente consciente” (Goulding y Goulding, 1991, p. 34).

En la misma línea, los estudios de Cowles-Boyd (1980) acerca de los diferentes desenlaces de un Guión también apuntan a la cronificación de un circuito o pauta de acción

que conduce al individuo a un estado de ansiedad permanente cuando no es capaz de cambiar las decisiones internas que tomó en la infancia, pero en cambio ha aprendido a disimularlas para evitar comportarse con actos moralmente no aceptables. Es decir, ha podido cerrar las puertas de escape o desenlace del Guión:

“Las puertas de escape, no importa lo trágicas que sean, están planeadas por el Estado del Yo Niño como soluciones para problemas intolerables. Cuando estas opciones están bloqueadas por las decisiones del Estado del Yo Adulto, el Estado Niño experimenta una confusión creciente y estrés sin ninguna salida potencial. El resultado de este estrés en el estado Niño se evidencia más a menudo por una manifestación subsiguiente de alteraciones somáticas, especialmente en aquellos casos en los cuales el conflicto continua sin resolverse por un período de varios meses” (Cowles-Boyd, 1980, p. 430).

En este sentido, tener un control social sobre lo que dicta el Guión puede tener como repercusión una somatización. La patología es entendida aquí como el reflejo de la contención que realiza el individuo al no llevar a cabo actos moral o socialmente inaceptables, aunque internamente sigan existiendo las decisiones negativas que en su momento tomó sobre su vida o la de los demás. Por ejemplo, un niño que siente odio hacia su padre puede bloquear la puerta de salida de agredirlo o agredirse a sí mismo, sin embargo las decisiones sobre su persona y la figura paterna no se han modificado y eso le conllevará alguna forma de somatización o un estado de ansiedad permanente.

En la tabla 12 detallamos los diferentes tipos de decisiones que el niño puede tomar acerca de su vida y que Goulding agrupó.

**Tabla 12:** Grupos de decisiones sobre la vida (Goulding y Goulding, 1991).

<p>Crecer:</p> <p>Nunca crecí</p> <p>Soy mayor y sigo creciendo</p>	<p>Pensar:</p> <p>No puedo pensar</p> <p>¡Estoy pensando!</p>	<p>Hacer:</p> <p>Tengo miedo a decidirme</p> <p>A toda máquina</p>
<p>Sentir:</p> <p>No siento nada</p> <p>Mis sentimientos me hacen humano</p>	<p>Ser feliz:</p> <p>Tengo miedo a ser demasiado feliz</p> <p>Me estoy sonriendo</p>	<p>Triunfar:</p> <p>Nunca puedo ganar</p> <p>¡Estoy en camino!</p>
<p>Estar orgulloso:</p> <p>Nunca soy suficiente bueno</p> <p>¡Por supuesto que soy importante!</p>	<p>Ser importante:</p> <p>No me siento importante</p> <p>¡Por supuesto que soy importante!</p>	<p>Pertenencias:</p> <p>Estoy al margen</p> <p>Hacedme un lugar</p>
<p>Jugar:</p> <p>Nunca fui niño</p> <p>No es demasiado tarde para tener una infancia feliz</p>	<p>Ser diferente:</p> <p>Algo va mal en mí</p> <p>Me siento bien tal como soy</p>	<p>Intimar:</p> <p>Yo no soy digno de amor y tú no eres digna de confianza</p> <p>Me atrevo a quererme a mí y a ti</p>
<p>Desear y recibir:</p> <p>No consigo lo que quiero</p> <p>No saber lo que se quiere</p> <p>Saber lo que se quiere pero no concedérselo</p> <p>Saber lo que se quiere pero no decírselo a nadie que pueda concederlo</p> <p>Saber lo que se quiere y decírselo sólo a quienes no puedan darlo</p> <p>Querer sólo lo que nadie pueda dar</p> <p>Conseguir lo que se quiere pero sentirse insatisfecho</p> <p>Reglas para desear algo con éxito</p>	<p>Confiar:</p> <p>No confío en la gente</p> <p>Estoy aprendiendo a confiar</p>	<p>Cuidar de mí:</p> <p>Igualmente podría estar muerto</p> <p>Me gusta mi vida</p>
<p>Despreocuparse</p>	<p>Vivir ahora</p>	

La dependencia y codependencia explican el desarrollo de trastornos de ansiedad y el individuo puede creer que la solución está en cambiar a los demás. Deberá aprender a

transformar sus decisiones internas condicionadas por el vínculo patológico que le une a los demás proponiéndose nuevas decisiones substitutorias, como por ejemplo:

- ✓ *No soy responsable de los sentimientos de los demás. Soy responsable de mis propios sentimientos.*
- ✓ *No soy responsable de los pensamientos de los demás. Soy responsable de mis propios pensamientos.*
- ✓ *No soy responsable de las acciones de los demás. Soy responsable de mis propias ambiciones.*
- ✓ *Como no soy responsable de las emociones, pensamientos o acciones de los demás, mis preocupaciones no pueden hacerles cambiar. Como soy responsable de mí, puedo dejar de preocuparme.*

Las orientaciones que proponen Goulding y Goulding para el enfoque terapéutico son:

- Establecer la fantasía de la expectativa catastrófica hasta el final. Por ejemplo: a) imaginarse y vivenciar la escena de la pérdida de conocimiento en público y el ridículo que eventualmente podría experimentar: b) imaginarse la propia agonía y la muerte; c) imaginarse que se afrontan las situaciones particularmente amenazadoras o las fantasías particularmente dolorosas. Aprender a hacerles frente sin ceder a la ansiedad.
- Utilizar técnicas de visualización y uso de símbolos, por ejemplo:
  - Utilizar pistolas o arcos y flechas imaginarios para disparar a sus preocupaciones.
  - Utilizar cascadas o rápidos de agua para arrojarlas.
  - Inventar dragones que soplan fuego y las derriten.
  - Convertir su preocupación en un gran globo y pínchelo.
  - Envolver cuidadosamente su preocupación y enviarla a la “Oficina de Devoluciones”.



#### ***2.3.6.4. Psicodiagnóstico de la ansiedad según la línea humanista integradora de Ana Gimeno-Bayón y Ramón Rosal***

Desde el Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista, Ramón Rosal, en colaboración con Ana Gimeno-Bayón<sup>14</sup>, hacen su aportación al estudio de la ansiedad en términos de AT desde diversas investigaciones (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001a, 2001b y 2003), exponiendo los principios claves para su psicodiagnóstico en una obra clave: *Tratamiento de los trastornos de personalidad y algunos síndromes con análisis transaccional*, publicado en el 2003.

Gimeno-Bayón y Rosal proponen un esquema básico para el diagnóstico de los principales trastornos psicológicos en AT que reproducimos en la tabla 13.

---

<sup>14</sup> Ramón Rosal (Barcelona, 1932) y Ana Gimeno-Bayón (Zaragoza, 1947), son doctores en psicología. En 1978 crearon el Instituto Erich Fromm de psicología humanista, ubicado en Barcelona y dedicado a la investigación y formación de los modelos psicoterapéuticos humanistas. Han elaborado un modelo propio de intervención psicoterapéutica denominado “Psicoterapia integradora humanista”.

**Tabla 13:** Esquema básico para el diagnóstico descriptivo desde el AT (adaptación de Gimeno-Bayón y Rosal, 2003, pp. 91-92).

<p>0. Algunos rasgos de la comunicación no verbal (cuando merecen ser destacados).</p> <p>1. Procesos conductuales:</p> <p>1.1. Subsistema práxico:</p> <p>a) Administración de caricias</p> <p>b) Comportamientos no productivos (“pasividad”)</p> <p>c) Juegos psicológicos favoritos</p> <p>d) Estructuración del tiempo</p> <p>1.2. Subsistema emocional</p> <p>a) Emociones parásitas (o <i>rackets</i>)</p> <p>b) Emociones prohibidas</p> <p>1.3. Subsistema cognitivo:</p> <p>a) Descuentos y distorsiones cognitivas</p> <p>b) Creencias, pensamientos automáticos típicos, actitudes y supuestos típicos.</p> <p>2. Sistema de la personalidad</p> <p>2.1. Estados del yo</p> <p>2.2. Posición vital o existencial predominante</p> <p>3. Psicodinámica</p> <p>3.1. Conflictos</p> <p>3.2. Tipo de guión</p> <p>4. Génesis o etiología</p> <p>4.1. Experiencias emocionalmente relevantes</p> <p>4.2. Caricias recibidas</p> <p>4.3. Mandatos parentales inhibidores</p> <p>4.4. Mensajes parentales impulsores</p> <p>5. Orientaciones para la psicoterapia</p> <p>5.1. Forma de presentarse</p> <p>5.2. Reacciones habituales ante el terapeuta</p> <p>5.3. Reacciones habituales de los terapeutas</p> <p>5.4. Actuaciones adecuadas del terapeuta</p>
---

A partir del esquema de análisis propuesto, Gimeno-Bayón y Rosal (2003) describen la ansiedad en los siguientes términos transaccionalistas:

- 1º. El Pequeño Profesor necesita protección. Se produce una desincronización estructural que se traduce en bloqueo en el Niño, con una exclusión momentánea de Adulto y Padre. El niño duda sobre la capacidad del entorno para contenerle (física y emocionalmente) y/o para aceptarle, creada a partir de una fabulación o una vivencia real. También puede ser debido a haber recibido caricias que invitan al niño a sentirse frágil, vulnerable (como en un estilo de crianza sobreprotector). Por tanto, hay un cambio de percepción respecto a los contactos garantizados y el Pequeño Profesor

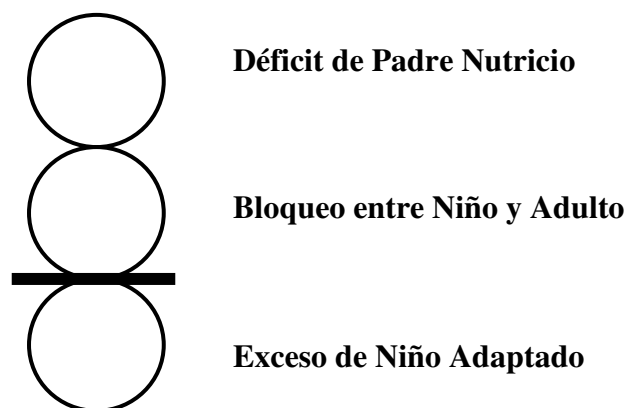
intuye que no puede enfrentarse a la vida. Se produce una ruptura brusca del vínculo principal con los referentes.

2°. Consecuentemente, el Niño Natural somatiza emociones (emociones parásitas o *rackets*, propias de la ansiedad: taquicardia, sudoración, apneas, etc.) ante cualquier situación de vacío, desconocida y sin estructuración del tiempo:

- a) Emociones prohibidas: prohibida la rabia, prohibido frenar la tendencia a complacer, prohibida la confianza y, por tanto, prohibida la tranquilidad y la alegría.
- b) Actividad cognitiva: descuento del presente real, ya que todo es motivo de preocupación, todo es peligroso; descuento de la capacidad de autoprotección, dificultad para confiar en la propia capacidad de ayuda y en la ajena.

3°. Consecuentemente, la personalidad se estructura de la siguiente manera:

- a) En los Estados del Yo: hay un conflicto interestructural en el Estado del Yo Padre y Estado del Yo Niño con el consecuente bloqueo o “corte” entre los Estados del Yo Adulto y Niño que impide el desarrollo y el dominio del Estado Adulto en el individuo.



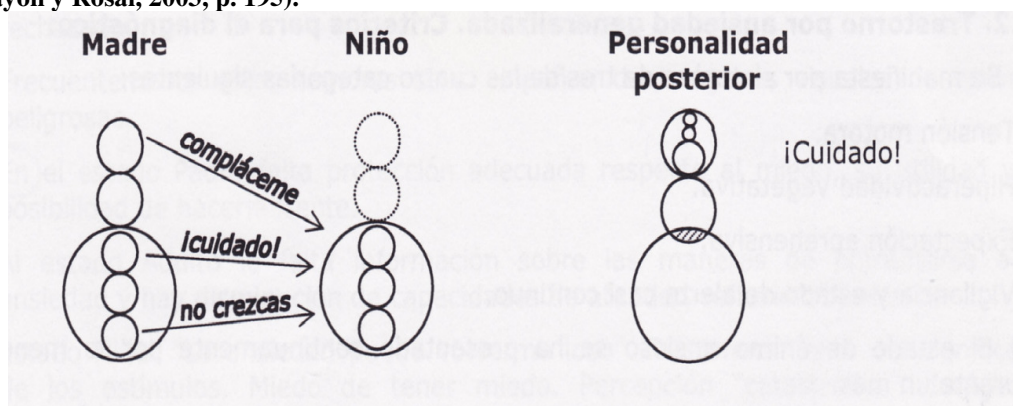
- b) La Posición Existencial predominante es No OK / OK: “los demás están mejor que yo”, “soy más débil que el resto”.
- c) El Guión de Vida es Perdedor sin alegría (Steiner, 1974). El futuro no se puede controlar para evitar los peligros de la vida: “Estoy amenazado y no tengo recursos”, “soy pequeño y necesito protección”, “he de estar siempre vigilando que no se vaya mi mamá”.
- d) Los mandatos parentales inhibidores y mensajes impulsores predominantes son (ver figura 3):

-Mandato “Compláceme” desde el Padre de la madre al Niño del hijo.

-Mensaje “Cuidado”, desde el Pequeño Profesor de la madre al Niño del hijo. La propia madre es una ansiosa, su Pequeño Profesor también prevé amenazas en el entorno y la vida en general.

-Mandato “No crezcas”, desde el Niño Natural de la madre al Niño del hijo. La propia madre necesita protección, contención, vive asustada por alguna razón de su propia biografía. Transmite al hijo que es importante buscar y garantizar quien le proteja y cuide.

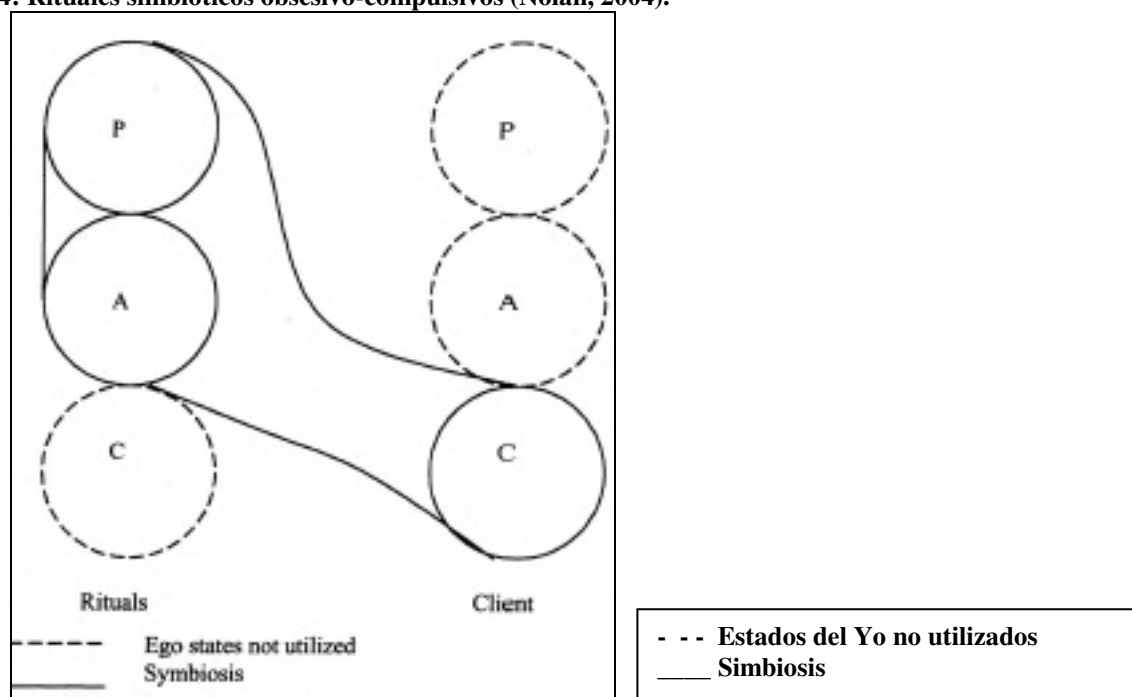
**Figura 3: Mandatos parentales en los trastornos de ansiedad y estructura de la personalidad consecuente (Gimeno-Bayón y Rosal, 2003, p. 195).**



- e) Los Impulsores frecuentes que se desarrollan en el niño ansioso son “Sé fuerte” y “Complace” (“crece para cuidarme”).

Los estudios de Nolan en el campo del trastorno obsesivo-compulsivo han constatado este modelo explicativo de la ansiedad desde el AT (Nolan, 2004 y 2008). Así, en el caso de un sujeto obsesivo-compulsivo, se produce un bloqueo entre los estados del Yo Adulto y Niño debido a la pérdida o a una mala calidad de la relación simbiótica entre progenitor e hijo. El niño aprende a vincularse con otros objetos (no-personas) que le aportan el control y seguridad que necesitan (a través de los rituales propios de este trastorno), convirtiéndose dichos objetos de dependencia en los Estados del Yo Padre y Adulto requeridos (ver figura 4).

**Figura 4: Rituales simbióticos obsesivo-compulsivos (Nolan, 2004).**



En resumen, las orientaciones que proponen Gimeno-Bayón y Rosal para el enfoque terapéutico son:

- Técnicas de reparentamiento para el fortalecimiento del Estado Adulto y de un Estado Padre sano, que dejen de expresar el mandato “¡Cuidado!”. Desaconseja la técnica de

la redecisión de Goulding ya que en la base del trastorno hay múltiples escenas, imposibilitando centrarse en una principal.

- Descontaminación del Adulto transmitiéndole el mensaje “Tú no eres un niño, eres una persona adulta”.
- Probablemente se requerirá el trabajo del duelo por la separación de la madre del bebé (física o emocionalmente por falta de vínculo). Incorporación del permiso para dejar de revivir escenas y reconciliación con las figuras parentales.

### ***2.3.6.5. Psicodiagnóstico de la ansiedad según la teoría de la “patata caliente” y el desarrollo de “rackets” de Fanita English***

El modelo que ofrece Fanita English<sup>15</sup> parte de acabar de definir la función de una parte del Estado del Yo Niño, el Pequeño Profesor, en su intento por mantener el equilibrio en el bienestar del individuo (English, 1972, 1976 y 1979).

Si como hemos visto anteriormente, el Guión es un plan de vida elaborado por el niño como reacción a unos mandatos o mensajes prohibitivos que vienen de sus padres, el Epiguión se engendra después de que estos mandatos queden insertados en la mente del niño y es creado por el Pequeño Profesor que lucha por eliminar dichos mandatos y evitar así su cumplimiento y caer en un Guión trágico. Actúa, pues, como una función ego-defensiva del Guión de Vida (Cheney, 1973).

El Estado del Yo Adulto del Niño, o Pequeño Profesor, está al servicio de la vida, es intuitivo y es capaz de mover la acción del individuo, pero en un niño le falta experiencia y eso le impide valorar con objetividad el Guión que está a punto de construir. Busca ante todo los reconocimientos y permisos de los padres, por eso está indefenso ante los mandatos que también reciba, porque muchos de ellos no sabrá reconocerlos o los confundirá con mensajes permisivos. En estas condiciones, recurre al pensamiento mágico y construye el Epiguión, que es un plan secreto para esquivar mágicamente el Guión pasándoselo a otro y así escapar a su propio destino. Bajo esta creencia mágica, el Guión se convierte en una “patata caliente” que traspasar a otro para quedar uno liberado. El Guión proviene de los padres al hijo; el

---

<sup>15</sup> Fanita English (Rumania, 1916). Psicoterapeuta transaccionalista.

Epiguión proviene del propio niño a sí mismo. El Pequeño Profesor es intuitivamente consciente del carácter destructor del Guión y quiere apartarlo mágicamente: aplicando los mandatos a otra persona a través de determinados juegos psicológicos o chantajes emocionales. Intenta así evitar las consecuencias destructivas del Guión por medios mágicos en la creencia de que si la maldición puede transferirse a cualquier otro, no tendrá que sufrir.

Cuando el Epiguión se acepta por otra persona, el individuo tiene un arranque de energía, pues está temporalmente “liberado” de su Guión trágico, pero cae bajo su golpe si la víctima no pone en práctica su final trágico. El Epiguión tiene un fondo de desesperación que bien podría decir “sufriré si tú no te sacrificas por mí”. Veamos un ejemplo propuesto por English (1979):

“Un padre deja de beber en exceso a causa, dice, de la preocupación que tiene por su hijo toxicómano. De hecho, deja de beber porque su hijo ha tomado a su cuenta la maldición y ha aceptado el Epiguión de su padre. El hijo fue curado y el padre volvió a ser alcohólico. El alivio temporal de estar desembarazado de su “patata caliente” se anuló cuando lo recibió de nuevo” (English, 1979, p. 40).

A menudo, el niño recibe, impotente, el Epiguión de uno de sus progenitores. Éste es el “enfermo mental oficial” de la familia. El progenitor lleva un Guión trágico y su Pequeño Profesor busca a su alrededor alguien suficientemente vulnerable para traspasarle su destino. Y un hijo es, de hecho, la figura más vulnerable y sugestionable que lo aceptará. English se refiere así a los “enfermos imaginarios” que desarrollan la patología correspondiente a sus progenitores, lo cual entendería muchos de los trastornos psicológicos, como por ejemplo los trastornos de ansiedad o la depresión, como una “patata caliente” traspasada por uno de los progenitores y “heredada” por el hijo como propio Guión.

Entre los dos y seis años de edad los niños aprenden palabras que corresponden a sus emociones, por lo que pueden identificar correctamente un sentimiento o una actitud (por ejemplo, "tengo miedo" o “estoy triste”). En muchas familias ciertas emociones están mal etiquetadas o son reprimidas. Los hijos de esas familias pueden crecer sin la capacidad de reconocer algunos de sus propios sentimientos o reacciones emocionales, o con la creencia de que ciertos sentimientos son malos mientras que la manifestación de otros es premiada por sus padres. Así es como algunas personas aprenden a sustituir la tristeza por la ira o la

generosidad por la codicia o la envidia, por ejemplo. Una vez que estas personas crecen, la gente alrededor de ellos a menudo siente que hay algo falso en la manifestación de tales sentimientos sustitutos. Lo más frecuente es que alguno de los sentimientos auténticos que el niño exprese tenga que ser reprimidos o sustituidos por un *racket* ya que si no serían incompatibles con la forma que tienen los progenitores de ver, sentir y pensar el mundo. Así, los niños aprenden a no sentir los que realmente sienten y a sentir lo que sus padres quieren que sientan. Berne llamó a estos sentimientos *rackets*, porque pensaba que las personas que manifiestan lo que obviamente eran sentimientos o actitudes falsas estaban extorsionando caricias (Berne, 1964). English dedicó parte de sus investigaciones en profundizar en estas falsas emociones.

Los *rackets* son sentimientos inauténticos aprendidos por el Estado del Yo Niño Adaptado independientemente de la Posición Existencial en la que se encuentre, que implica la descalificación de un sentimiento genuino y espontáneo del Niño Natural y que son utilizados para obtener determinadas caricias negativas, generalmente de lástima o agresivas. El *racket* transforma al individuo en una víctima que busca caricias de protección y cuidados o bien de autoridad y control, con lo cual se convierte en un manipulador del ambiente (o chantajista emocional). Según Kertész e Induni (1978), los sentimientos auténticos siempre se experimentan pero son rápidamente substituidos por el *racket*, de manera que el Estado del Yo Adulto no llega a registrarlos e incluso llega a racionalizarlos confundiendo con una emoción auténtica. En la tabla 14 presentamos la correspondencia de cada emoción auténtica con sus *rackets* más frecuentes y una valoración del tipo de ambiente familiar que los condicionó y reforzó. Se aprecia la relación existente entre las emociones auténticas y el control ejercido por los padres sobre sus hijos durante la infancia, sobre todo a la hora de gestionar “contingencias”, y que tendrá como resultado que una emoción espontánea no-aprendida continúe manifestándose o se le busque un *racket* substitutivo.



**Tabla 14: Emociones auténticas, *rackets* y ambiente familiar (adaptación de Roman et al., 1983, p. 124).**

EMOCIÓN AUTÉNTICA	RACKETS MÁS FRECUENTES	AMBIENTE FAMILIAR CONDICIONADOR
<b>MIEDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falsa alegría</li> </ul>	-Se le induce a reirse del peligro.
<b>ALEGRÍA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Culpa</li> <li>Ansiedad</li> <li>Falso miedo</li> <li>Falsa tristeza (llorar de alegría)</li> </ul>	-No se puede estar alegre si no los están todos. -Cada vez que está alegre se le reprocha. -Cada vez que está alegre se le castiga. -Se teme que si se muestra directamente alegría pasará algo malo. Se frena llorando.
<b>TRISTEZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falsa alegría</li> <li>Falsa rabia o resentimiento</li> <li>Ansiedad</li> </ul>	-Se ríen de él cuando está mal. -Se burlan de él cuando está mal -Temen no controlar su tristeza y entristecer a otros y que éstos se depriman.
<b>AFECTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansiedad</li> <li>Falsa rabia</li> <li>Celos</li> </ul>	-Al demostrar afecto, lo rebajan o rechazan. -Pelean para evitar intimidad. -Se muestran preferencias en las caricias.
<b>RABIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falsa alegría</li> <li>Ansiedad, falsa tristeza</li> <li>Culpa</li> </ul>	-Se ríen cuando están enojados. -Si alguien se enoja temen que sea capaz de matar. -Si se muestra rabia hacen sentirse culpable.

A partir de esta correspondencia emoción auténtica / *racket*, Mundy (1976) llegó a la conclusión en sus investigaciones que las mayoría de los trastornos psicossomáticos son producidos principalmente por tres *rackets*: la ansiedad, el resentimiento y la depresión. La acumulación y repetición de estos *rackets* moviliza el Sistema Nervioso Autónomo que acompaña a toda emoción normal, llegando a producir primero alteraciones funcionales (por ejemplo, hiperacidez gástrica) y luego alteraciones orgánicas más severas (por ejemplo, una úlcera de duodeno).

#### **2.3.6.6. Psicodiagnóstico de la ansiedad según el Triángulo del Minigión de Taibi Kahler**

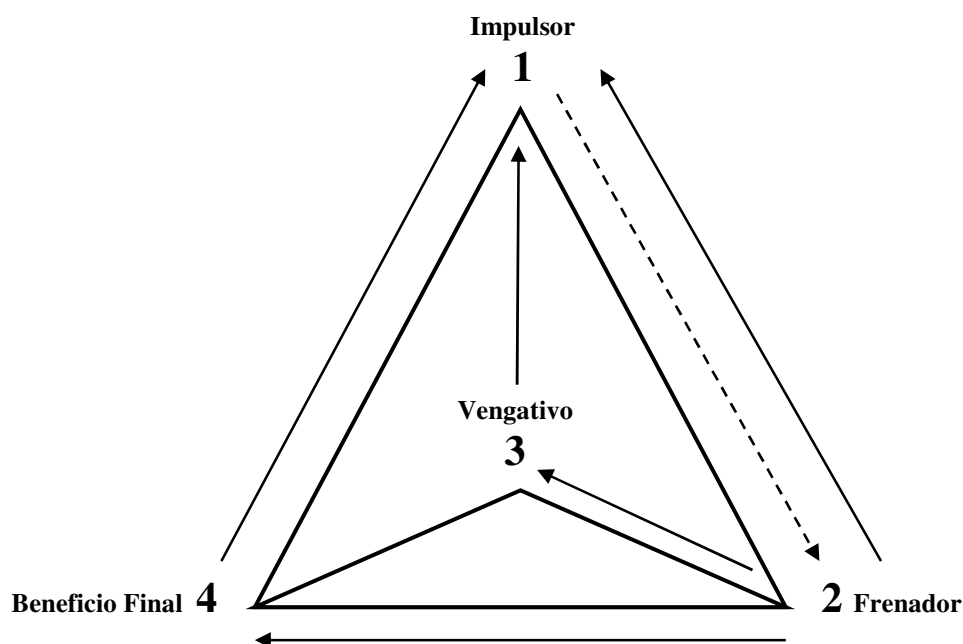
Como hemos comentado anteriormente, el Minigión es una secuencia de conductas observables y específicas en cada persona. Un proceso segundo a segundo en el cual el individuo repite el mismo tipo de respuestas que refuerzan su Guión de vida una y otra vez, se trate de un guion de vida positivo (sano o, en términos del AT, desde el OK) o negativo

(patológico o desde el No-OK) (Kahler y Capers, 1974). El resultado es una secuencia de conductas movidas por mensajes internos llamados Impulsores o *Drivers*, porque impulsan al individuo a dirigirse hacia una respuesta concreta inadecuada. El Impulsor contiene un conjunto de condiciones que la persona debe cumplir si quiere alcanzar la estima y la aceptación de los demás, que la conduce a un camino de búsqueda y cumplimiento de condiciones que jamás conseguirá satisfacer, con el correspondiente sentimiento de fracaso personal.

Los pasos que conforman la secuencia del Minigión son cuatro, siendo los Impulsores el primero de ellos (Kahler, 1975a y 1975b):

1. **Impulsor:** mensaje-condición para alcanzar el bienestar personal y la aceptación de los demás.
2. **Frenador:** mensajes-limitadores del tipo “No...” y condicionales tipo “Si... entonces...”, que impiden la acción, pensamiento o emoción libres.
3. **Vengativo:** acumulación de resentimiento, sentimiento de fracaso personal, desesperanza y desarrollo de la psicopatología consecuente y no evoluciona al Beneficio final.
4. **Beneficio final:** arrancador del estadio anterior que envía al individuo al Impulsor para empezar la secuencia de nuevo.

Para analizar esta secuencia, Kahler la dibujó en el llamado Triángulo del Minigión que presentamos en la tabla 15 y describimos a continuación.

**Tabla 15: Triángulo del Miniguión de Kahler (1974, 1975a, 1975b).**

Se parte del Impulsor (1), que es el bienestar condicionado, ya que envía mensajes del tipo: “estarás bien si... (los cinco Impulsores: complaces, eres perfecto, eres fuerte, te das prisa, te esfuerzas)”. Como el individuo no puede estar constantemente llevando a cabo el mensaje del Impulsor, se frustra y cae en el Frenador (2) donde experimenta *rackets* y una Posición Existencial -/+ (baja autoestima). Cuando esta secuencia es muy frecuente y es reforzada por más mensajes de su entorno (que recuerdan al individuo que no está cumpliendo con el mensaje del Impulsor), pasa a acumular resentimiento en la fase Vengativo (3), donde vuelve a experimentar *rackets* y pasa a la Posición Existencial -/- (depresiva). Es en el Beneficio Final (4) donde recuerda lo que tiene que hacer para encontrarse bien, algo parecido a: “si fueras... (los cinco Impulsores: complaciente, perfecto, fuerte, rápido, te esforzaras), estarías bien”, recordando que la manera que tiene de recuperarse es volviendo a intentar cumplir el Impulsor, o sea regresando a la posición (1).

Sin embargo, puede ser que el individuo, o bien por el paso de los años y viendo que no resuelve sus problemas, o bien por la intensidad con la que recibe los mensajes parentales condicionantes (en el caso de un niño), quede anclado en el Vengativo (3) porque tome la decisión emocional de rendirse en su intento por conseguir ese bienestar condicionado. En este caso, el individuo también toma una decisión emocional al sentirse fracasado que afecta

a su identidad y por tanto también a su bienestar psicológico, ocasionando los trastornos del ánimo. Estas personas quedan atrapadas en un rol que se dedican a repetir a lo largo de toda su vida. Se muestran rígidas, bloqueadas, insatisfechas con su trabajo y con las relaciones afectivas (Haykin, 1980).

Según su Impulsor dominante, cuando el individuo cae en el Frenador (2) desarrolla una creencia mágica o fantasiosa en relación a los otros y su incapacidad para conseguir el bienestar condicionado. Por ejemplo:

- Con el Impulsor Sé Fuerte: el individuo exige no mostrar sentimientos y desprecia a los que los manifiesten.
- Con el Impulsor Sé Perfecto: el individuo exige perfección y juzga a los otros por negligentes.
- Con el Impulsor Complace: el individuo exige obediencia y ve a los que se expresan como contestatarios.
- Con el Impulsor Date Prisa: el individuo exige rapidez y cree que los otros le impiden hacer las cosas a tiempo.
- Con el Impulsor Esfuérate: el individuo exige que hagan e inicien las cosas dedicándose constantemente con esfuerzo para ser el mejor.

¿Qué pasa entonces cuando, movido por alguna de estas creencias, el individuo siente una y otra vez que no puede cumplir con la condición que le hará feliz a él y a su entorno? Dicho de otra manera, ¿qué pasa cuando no puede cumplir con su destino, el marcado por la programación familiar (y recordado por el Impulsor) y por el que depende no sólo su bienestar sino también el cumplimiento de las expectativas que otros han depositado sobre él? Que el individuo siente que fracasa como tal. Estas creencias le conducen a una Posición Existencial que, repetidamente, puede cronificarse en una posición depresiva que le conduzca a la psicopatología. Si alberga desesperanza por la vida, estará más cerca del trastorno depresivo; si se siente atrapado en una trama vital que se ve incapaz de resolver, estará más cerca de desarrollar un trastorno de ansiedad.

El Miniguión y el primer estadio de su secuencia, los Impulsores, constituyen un elemento crucial de individuo en la formación de la personalidad del individuo y juegan un

papel condicionante de la comunicación padres-hijos, ya que es a través de los mensajes de los progenitores que el niño aprende sobre la vida, sobre sí mismo y compone su plan de vida o Guión.

En esta investigación hemos querido conocer si existe una relación entre los Impulsores de los progenitores y el desarrollo o mantenimiento del trastorno de ansiedad en los hijos.

### 3. PRESENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. El estudio del perfil de los padres de niños ansiosos en Análisis Transaccional

Al considerar el papel que pueden desempeñar los padres como un factor de riesgo específico, podemos concluir que hay por lo menos cuatro plausibles vías que lo vinculan con la ansiedad infantil (Wood, McLeod, Hwang y Chu, 2003): a) algunos tipos de padres y comportamientos directamente puede causar o provocar ansiedad en la infancia, b) ciertas manifestaciones infantiles del miedo y la ansiedad pueden provocar determinadas pautas de estilo de crianza c) la similitud genética entre los niños y sus padres pueden actuar también sobre la ansiedad infantil y d) la suma de (a), (b) y (c) provoca que se refuercen entre sí en un bucle de retroalimentación. Podemos deducir, pues, que la ontogenia de la ansiedad infantil es un proceso complejo y multideterminado (Craske, 1999; Vasey y Dadds, 2001).

En el caso de las investigaciones realizadas en el marco del Análisis Transaccional, aunque son escasas, observamos que el acercamiento a esta patología se ha realizado desde tres perspectivas: el estudio del impacto social sobre la familia (Mazzetti, 1997), el estudio del tipo de apego madre-hijo (Nolan, 2008) y el estudio de la relación del paciente ansioso consigo mismo (Murakami, 2006).

El estudio de Mazzetti (1997) aplicando el Análisis Transaccional en el trabajo con hijos de familias inmigrantes en Italia fue revelador. Estos niños presentaban cuadros clínicos de ansiedad, depresión y en algún caso también trastorno de conducta. El autor concluye que el origen de los trastornos se encuentra, por un lado, en los mensajes portadores de dolor y vivencia de conflictos que la familia transmite al hijo, tales como “no cambies” o “no pertenezcas” y la presión psicológica que ejercen en el adolescente. Y por otro lado, en la incapacidad de estos sujetos (la familia inmigrante) de vivir auténticamente (es decir, de acuerdo con su educación y "forma de ser cultural") debido a la presión social que reciben a través de mensajes como “no seas tú mismo” o “no pertenezcas a esta sociedad”. Mazzetti puntualiza que estos mandatos u órdenes que recibe el adolescente atacan su sentido de identidad y de seguridad y por ello generan desesperanza en forma de ansiedad, depresión y problemas de conducta. El cambio de creencias vitales y el aprendizaje de permisos

emocionales son, concluye, la forma de intervención terapéutica que necesitan jóvenes para sanar y cambiar su Guión de Vida de fracaso hacia uno de ganador.

Especial mención tiene el estudio de Nolan al que ya nos hemos referido anteriormente sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y su descripción y tratamiento desde el Análisis Transaccional (Nolan, 2008). Este autor centra su trabajo con estos pacientes en el estudio de la calidad de la relación madre-hijo, observando que el ambiente familiar que describen todos ellos es de desorganización y hostilidad en las relaciones familiares. Nolan recalca la importancia del vínculo materno para la correcta maduración del sistema nervioso central del hijo y como un apego negativo siembra las bases del desarrollo de este tipo de trastorno. Concluye que la alteración de la simbiosis natural entre madre e hijo en los primeros años de vida, donde el Estado del Yo Niño del hijo se complementa con los estados del Yo Padre y Adulto de la madre formando una unidad entre los tres estados, provoca una alteración en el hijo de la percepción de la realidad, dando como resultado un sentimiento de peligro constante en el entorno que le impulsa a establecer relaciones de gran dependencia con objetos (dando paso a los rituales y repeticiones propias de este trastorno).

Aunque sus estudios son de tipo descriptivo y se centran en pacientes adultos, son igualmente interesantes las conclusiones de Murakami, médico psiquiatra, que desde la experiencia clínica en la atención de pacientes con trastornos de ansiedad y episodios de estrés apuntan a la importancia del análisis relacional entre el paciente y su entorno, pero sobre todo entre el paciente y la relación que mantiene consigo mismo (Murakami, 2006). Murakami propone el método de análisis basado en el Análisis Transaccional para el estudio y diagnóstico de la personalidad del paciente y los mensajes que promueven vivencias de estrés y ansiedad.

En función de estas consideraciones nos planteamos los siguientes objetivos en nuestra investigación.

### **3.2. Diseño y objetivos de esta investigación**

De las líneas de investigación mencionadas, nuestra investigación se sitúa dentro de los estudios de ambiente familiar en el desarrollo de la ansiedad infantil. Los Impulsores no

son pautas de comportamiento genéticas, sino aprendidas, y de carácter general para todo aquel que las observa, es decir, no cambian en el individuo según el contexto. Por tanto, consideramos los Impulsores como factores de ambiente compartido por toda la familia y, por tanto, observados y quizás copiados (por modelo o anti-modelo) por los hijos hacia sus progenitores. No analizamos otros factores ambientales, como el estilo de crianza o características culturales-sociales del ambiente. Tampoco se tienen en cuenta los factores individuales de carácter biológico como el cociente intelectual o temperamento de los progenitores e hijos. Otras investigaciones se han centrado en rasgos patológicos de los progenitores, aunque no siempre en el estudio de la ansiedad infantil encontramos elementos fuera de la normalidad, como circunstancias familiares estresantes o antecedentes clínicos en alguno de los progenitores. En esta investigación partimos del estudio de rasgos de personalidad estables y no-patológicos, como lo son los Impulsores que propone el Análisis Transaccional y los factores de personalidad de Eysenck.

Se trata de un estudio *ex post facto* prospectivo simple. La variable independiente es la personalidad paterna y materna (Sé Fuerte, Date Prisa, Sé Perfecto, Complace, Esfuérzate, Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Sinceridad). Dado que el número de ítems que integran cada subescala es diferente, las puntuaciones de cada sujeto fueron promediadas por el número de ítems de cada subescala, a fin de poder llevar a cabo el análisis de medidas repetidas. La variable dependiente es la ansiedad de los hijos en sus formas Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo.

El estudio de los Impulsores de los progenitores como un factor de ambiente compartido y su relación con la sensibilidad del hijo para desarrollar un trastorno de ansiedad marca los objetivos de esta investigación, que son los siguientes:

1. Conocer los niveles de ansiedad de los niños en una muestra de población general y otra muestra clínica.
2. Conocer los Impulsores dominantes en padres y madres en una muestra de población general y otra muestra clínica y sus diferencias.

Los cinco Impulsores descritos por el Análisis Transaccional son los siguientes:

- Sé Fuerte (SF): que conduce al individuo a la dureza emocional.
- Complace (C): que conduce al individuo a la dependencia emocional.



- Sé Perfecto (SP): que conduce al individuo al perfeccionismo.
- Date Prisa (DP): que conduce al individuo al estrés.
- Esfuézate (E): que conduce al individuo a la inseguridad.

3. Conocer los factores de personalidad en padres y madres en una muestra de población general y otra muestra clínica y sus diferencias.

Los cuatro factores de personalidad que evalúa el Cuestionario de Personalidad EPQ-R de Eysenck son los siguientes (Eysenck y Eysenck, 2001):

- Extraversión (E), cuyos rasgos son: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero.
- Emotividad (Neuroticismo, N), cuyos rasgos son: ansioso, deprimido, sentimientos de culpa, baja autoestima, tenso, irracional, tímido, triste y emotivo.
- Dureza (Psicoticismo, P), cuyos rasgos son: agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, baja empatía, creativo y rígido.
- Escala L (Sinceridad): que indica el nivel de sinceridad en las respuestas del individuo.

4. Estudiar la relación de los Impulsores paternos/maternos como factores de ambiente compartido con el desarrollo de la ansiedad infantil.
5. Estudiar la relación de los factores de personalidad paternos/maternos con el desarrollo de la ansiedad infantil.

Para llevar a cabo estos objetivos hemos realizado una primera correlación de todas las variables a fin de conocer aquellas que presentaban una más fuerte interacción. Seguidamente hemos seleccionado aquellas variables más potentemente correlacionadas para llevar a cabo análisis de regresión y así determinar qué elementos de los Impulsores y de la personalidad de los progenitores son mejores predictores de la ansiedad de los hijos. Los análisis de regresión nos indicaran cuales son los Impulsores y factores de personalidad que explican mejor los distintos tipos de ansiedad en los niños. El conjunto de análisis ha sido realizado con el paquete estadístico MINITAB, versión 15, para Windows.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Hipótesis

1. Las puntuaciones en ansiedad de los niños del grupo población general diferirán de las puntuaciones de los niños del grupo clínico.
2. Se espera que los Impulsores de los progenitores del grupo población general difieran de los Impulsores del grupo clínico.
3. Se espera que los factores de personalidad de los progenitores del grupo población general difieran de los del grupo clínico.
4. Existirá relación entre los Impulsores de los progenitores y la ansiedad de los niños en ambos grupos.
5. Existirá relación entre los factores de personalidad de los progenitores y la ansiedad de los niños en ambos grupos.

### 4.2. Muestra

La extracción de la muestra ha sido incidental, urbana, de la ciudad de Barcelona y Gerona. Todos los niños estaban escolarizados, en centros que han aceptado participar en la investigación. La muestra total se compone de niños y sus padres: un total de 72 sujetos, 37 niños y 35 niñas, de entre seis y 14 años de edad, y 72 parejas de progenitores. La muestra ha sido extraída de dos tipos de población: un grupo proveniente de centros escolares al que hemos denominado “grupo población general”, y otro proveniente de dos gabinetes o centros de psicología al que hemos llamado “grupo clínico”:

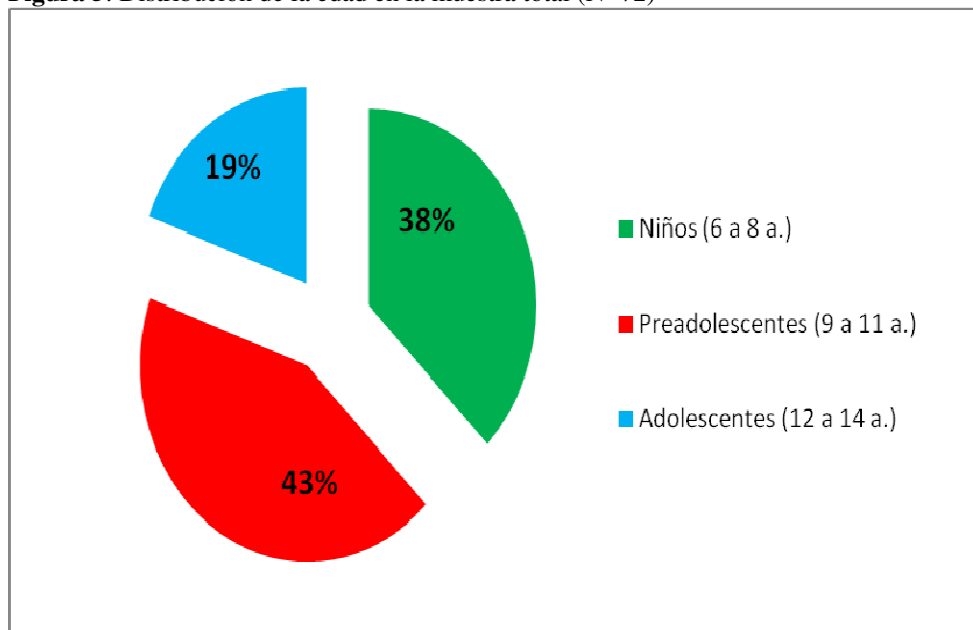
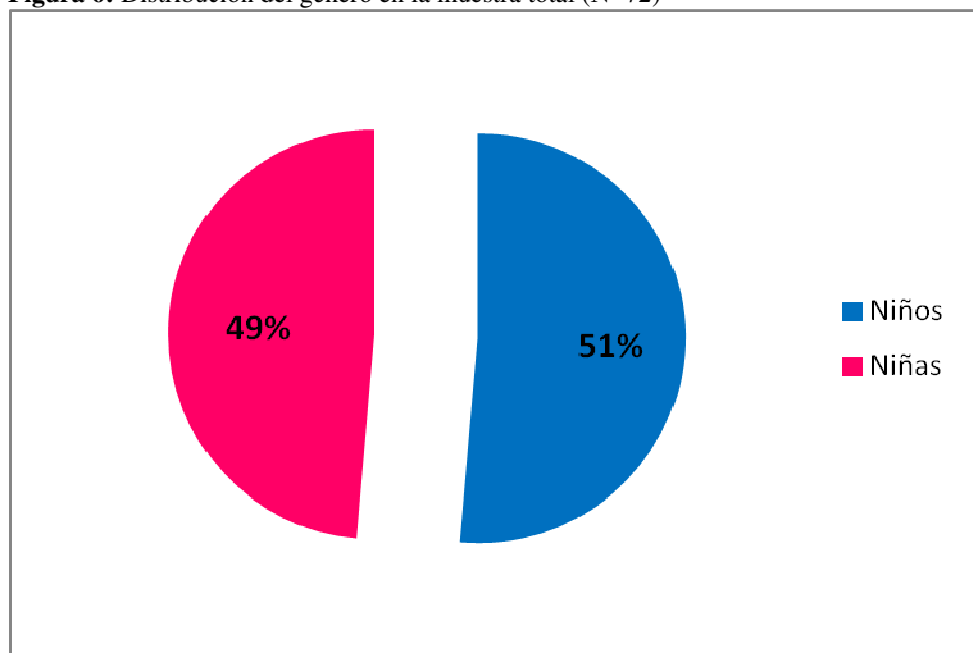
**GRUPOS DE LA MUESTRA TOTAL N= 72 niños**

Grupo población general.	n=36 niños
Grupo clínico.	n=36 niños

Los niños del grupo clínico, en el momento de esta investigación, se encontraban realizando una terapia en un centro de psicología. Por motivos éticos los centros de los que provienen no han considerado conveniente dejarnos recoger directamente el diagnóstico individualizado y el tipo de terapia que llevaba a cabo cada niño ni la duración de su tratamiento. Sin embargo, sí nos han informado genéricamente que, el trabajo que se realiza sobre los niños en los dos centros de psicología que han participado, está centrado básicamente en problemas de lenguaje y trastornos de conducta.

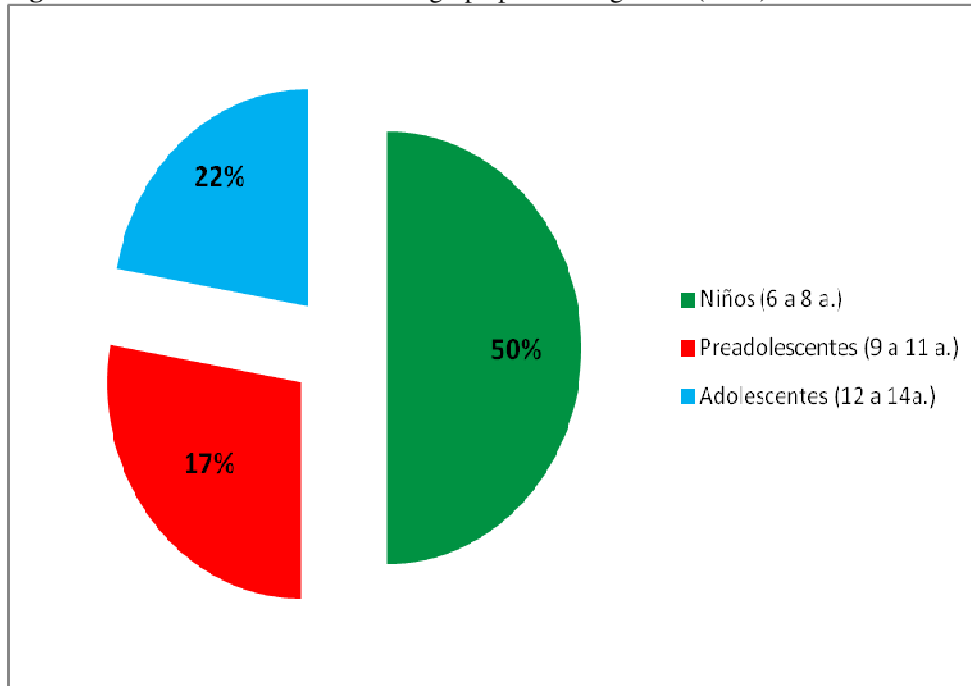
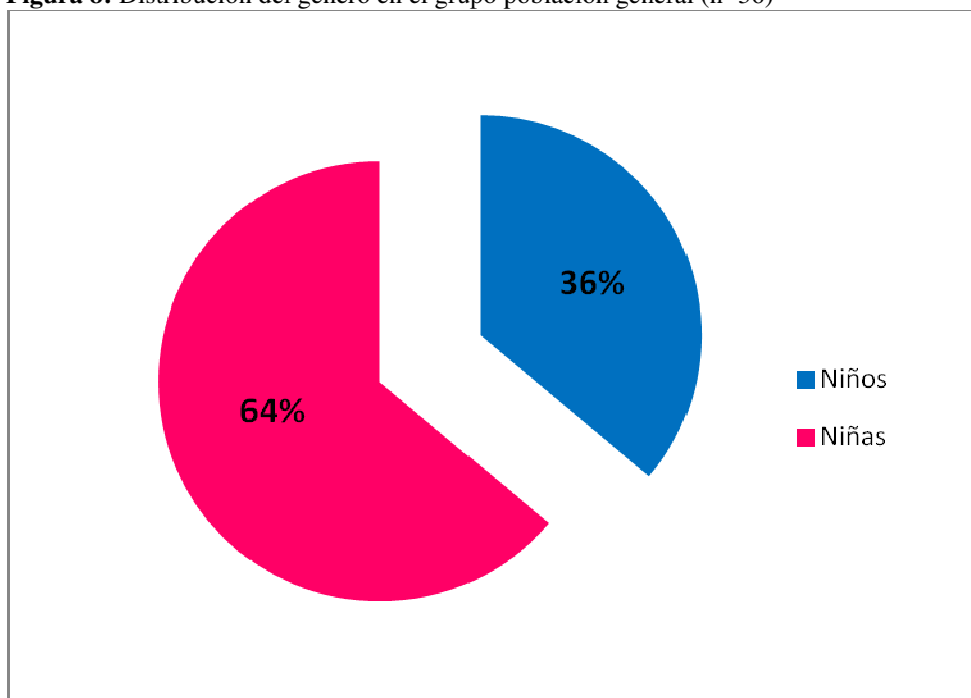
La muestra de niños procedentes de población general ha sido escogida teniendo en cuenta el nivel de edad y clase social de la muestra clínica. Hemos reclutado incidentalmente las aulas que han dado permiso para ser evaluadas de todas aquellas a las que se había solicitado. Por lo tanto sus características de personalidad responden fácticamente a las características de la población general escolarizada.

Hemos distinguido tres grupos de edad: niños (de seis a ocho años), preadolescentes (de 9 a 11 años) y adolescentes (de 12 a 14 años). En la figura 5 mostramos la distribución de las edades de la muestra total y en la figura 6 la distribución del género.

**Figura 5:** Distribución de la edad en la muestra total (N=72)**Figura 6:** Distribución del género en la muestra total (N=72)

#### 4.2.1. Características del Grupo Población General

Con un total de 36 sujetos, predominan los niños de seis a ocho años de edad (ver figura 7) y las niñas por encima de los niños (ver figura 8).

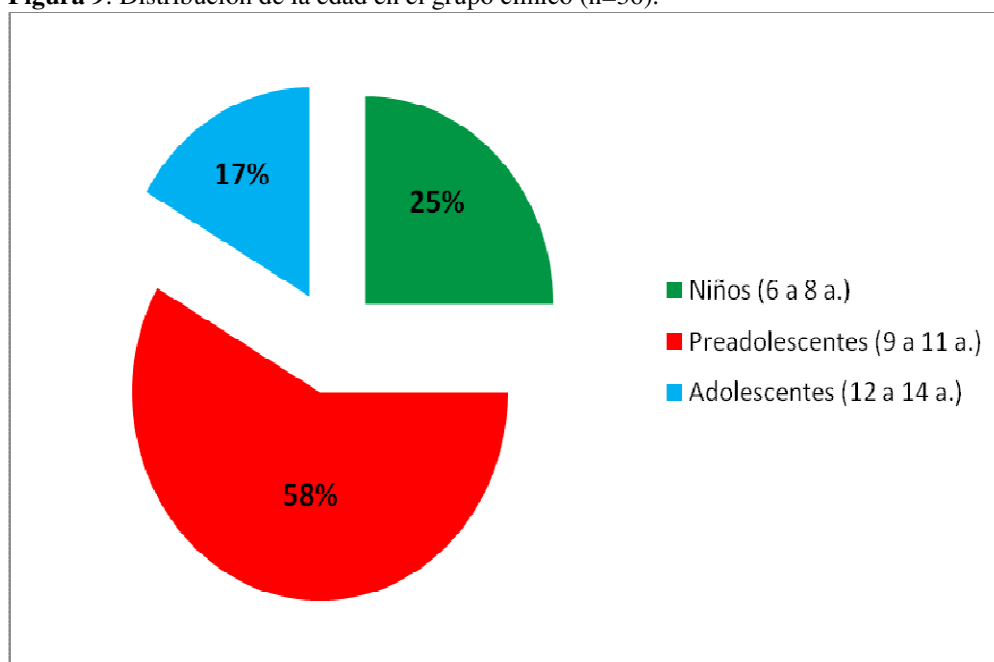
**Figura 7:** Distribución de la edad en el grupo población general (n=36)**Figura 8:** Distribución del género en el grupo población general (n=36)

La edad media de los padres de este grupo es de 42.63 años (DT = 5.68) y la edad media de las madres es de 39.91 años (DT = 3.93). El nivel socio-económico de estas familias es medio.

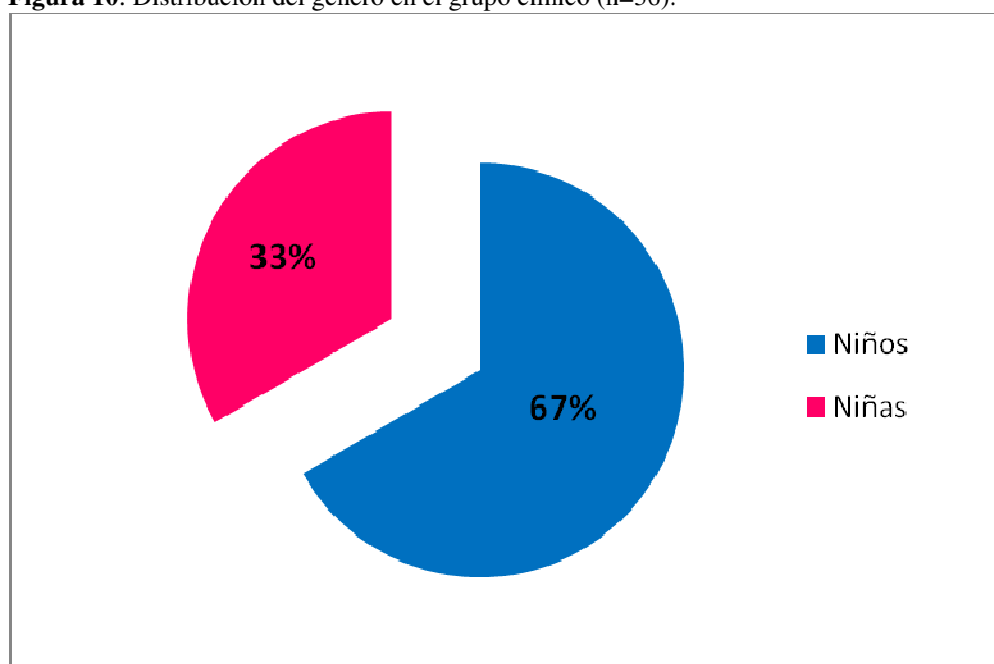
#### 4.2.2. Características del Grupo Clínico

Con un total de 36 sujetos, predominan los niños de 9 a 11 años (ver figura 9). Entendemos, pues, que este sector de la población es el que solicita más terapia. También es relevante observar que, a diferencia del grupo población general, hay más niños que niñas (ver figura 10).

**Figura 9:** Distribución de la edad en el grupo clínico (n=36).



**Figura 10:** Distribución del género en el grupo clínico (n=36).



En cuanto a los progenitores de este grupo, la edad media de los padres es 43 años (DT = 4.36), y la de las madres es 40 años (DT = 4.21). El nivel socio-económico de estas familias es medio.

A continuación resumimos los datos más relevantes de total de la muestra (ver tabla 16).

**Tabla 16: Resumen del total de la muestra y sus grupos.**

<b>MUESTRA TOTAL, N=72</b>	
<b>GRUPO POBLACIÓN GENERAL, n=36</b>	<b>GRUPO CLÍNICO, n=36</b>
<b>Género:</b>	<b>Género:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños: 13</li> <li>• Niñas: 23</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños: 24</li> <li>• Niñas: 12</li> </ul>
<b>Edad:</b>	<b>Edad:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 niños</li> <li>• 10 preadolescentes</li> <li>• 8 adolescentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 niños</li> <li>• 21 preadolescentes</li> <li>• 6 adolescentes</li> </ul>
<b>Edad media de los progenitores:</b>	<b>Edad media de los progenitores:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres: 42.63 años</li> <li>• Madres: 39.91 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres: 43.41 años</li> <li>• Madres: 40.45 años</li> </ul>

### 4.2.3. Equiparación de grupos

A partir de la información de profesores y terapeutas de cada una de las muestras aparece que las familias pertenecen mayoritariamente a un nivel socio-económico medio en ambos grupos.

En cuanto a la equiparación por sexo de los niños y niñas en cada uno de los grupos, obtenemos diferencias significativas en las medias. La proporción de niños en el grupo

población general es diferente y más baja que en el grupo clínico ( $p = .006$ ). Este dato corrobora la constatación de una predominancia del sexo masculino en las muestras clínicas.

	General	Clínico
Niños	13	24
Niñas	23	12
Total	36	36

Muestra	X	N	Muestra p
General niños	13	36	0,361111
Clínico niños	24	36	0,666667
Diferencia = $p(1) - p(2)$			
Estimado de la diferencia: -0,305556			
IC de 95% para la diferencia: (-0,525399; -0,0857122)			
Prueba para la diferencia = 0 vs. no = 0: $Z = -2,72$ Valor P = 0,006			
Prueba exacta de Fisher: Valor P = 0,018			

Muestra	X	N	Muestra p
General niñas	23	36	0,638889
Clínico niñas	12	36	0,333333
Diferencia = $p(1) - p(2)$			
Estimado de la diferencia: 0,305556			
IC de 95% para la diferencia: (0,0857122; 0,525399)			
Prueba para la diferencia = 0 vs. no = 0: $Z = 2,72$ Valor P = 0,006			
Prueba exacta de Fisher: Valor P = 0,018			

En cuanto a la equiparación de los diferentes subgrupos de edad, observamos que no existen diferencias respecto de las medias de edad entre los niños del grupo general y el clínico.

Grupo edad	Media General	Media Clínico	p
6_14	9.36	9.80	.55
Total	36	36	

Evidentemente estos datos se deben a que los niños de la muestra general han sido escogidos yugadamente por edad y clase social y el sexo ha resultado ser diferente fácticamente por las características habituales de la población clínica, en donde es mucho más frecuente una prevalencia mayor del sexo masculino.



### 4.3. Instrumentos

#### 4.3.1. Evaluación de la ansiedad de los niños

Para el estudio de los niveles de ansiedad en los niños se administraron las siguientes pruebas psicológicas:

##### **-Cuestionario de Ansiedad Infantil, CAS (Gillis, 1989).**

Se administró a los sujetos de la muestra menores de 9 años de edad. La finalidad de este instrumento es apreciar el nivel de ansiedad infantil. Su ámbito de aplicación es para niños de seis a ocho años de edad. Puede ser aplicada tanto colectiva como individualmente. La duración de su administración es entre 20 y 30 minutos. Su baremación escolar está realizada en los cursos 1º, 2º y 3º de EGB.

La consistencia interna o fiabilidad del cuestionario, determinada mediante la fórmula Kuder, tiene un índice de .65. Por otro lado, ha mostrado una validez concurrente de .31. La baremación se presenta en centiles y decatipos. El cuestionario está formado por 20 ítems, cada uno asociado a un dibujo para facilitar que el niño pueda seguir el orden de cada ítem. El evaluador lee en voz alta cada ítem dejando un tiempo prudencial entre cada uno para que el niño responda en la hoja de respuesta. El tipo de respuesta es dicotómica Sí/No asociada a una figura geométrica: redondel para el “Sí” y cuadradito para el “NO”. Los niños deben poner un aspa (X) en el redondel o cuadradito según su respuesta.

Ejemplo de ítem:

*“1. (mariposa) ¿Crees que te salen bien la mayoría de las cosas que intentas? Sí (redondel); No (cuadradito)”.*

En el apéndice documental (documento nº 1) se encuentra una copia de la hoja de ítems y respuestas.

##### **-Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños, STAIC (Spielberger, 2001).**

Se administró a los sujetos de la muestra a partir de los 9 años de edad. La finalidad de este instrumento es evaluar la Ansiedad-Estado (A-E) y la Ansiedad-Rasgo (A-R). Su

ámbito de aplicación es para niños de 9 a 15 años de edad. Puede ser aplicada tanto colectiva como individualmente. La duración de su administración es entre 15 y 20 minutos. Su baremación escolar está realizada en los cursos 1º, 2º y 3º de EGB. La consistencia interna o fiabilidad del cuestionario, determinada mediante la fórmula impares-pares, con un índice del .89 en la A-E y .85 en la A-R, y la fórmula Kuder, con un índice de .91 en la A-E y .87 en la A-R. El cuestionario ha demostrado una buena validez factorial y una validez ecológica de .42 en el caso de las evaluaciones de rendimiento académico. La baremación se presenta en centiles y puntuaciones S, diferenciadas por sexo y curso. El cuestionario está organizado en dos partes diferenciadas, la primera destinada a valorar la A-E y la segunda destinada a valorar la A-R. Cada parte del cuestionario está formada por 20 ítems, con tres posibilidades de respuesta cada uno. El niño lee y responde en el propio cuestionario, que sirve también como hoja de respuestas.

Ejemplo de un ítem y sus posibles respuestas de la primera parte, destinada a evaluar la A-E:

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado.....	1	2	3

Ejemplo de ítem y sus posibles respuesta de la segunda parte, destinada a evaluar la A-R:

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores...	1	2	3

En el apéndice documental (documento nº 2) se encuentra una copia de la hoja de respuestas.

#### **4.3.2. Evaluación de la personalidad de los progenitores**

Para la conocer las características de la personalidad de los progenitores, se administraron las siguientes pruebas:

**-Cuestionario de Autoevaluación AT-II (adaptación de Camino, 1990).**

Se administró este cuestionario para conocer los *Impulsores* de los progenitores. Este Cuestionario es la segunda versión de una primera realizada por COSPA<sup>16</sup> en 1983. La ACAT<sup>17</sup> actualizó el cuestionario en 1990 bajo la supervisión del Dr. José Luis Camino Roca. Este instrumento evalúa los cinco Impulsores definidos por el AT: Sé Fuerte, Complace, Sé Perfecto, Date Prisa y Esfuérzate. Su ámbito de aplicación es a partir de los 16 años. Puede ser aplicado tanto colectiva como individualmente. La duración de su administración es de 15 minutos aproximadamente.

El cuestionario consta de 50 ítems en forma de frases (ver tabla 17). El tipo de respuestas es cuantitativo, pudiendo elegir para cada ítem tres opciones:

- 4 = Sí, esto me pasa así siempre, generalmente soy así.
- 2 = De vez en cuando esto me ocurre.
- 0 = No, no soy así, casi nunca pienso o me pasa esto.

El sujeto escribe 4, 2 ó 0 al lado de cada ítem en la misma hoja del cuestionario.

**Tabla 17: Muestra de unos ítems del Cuestionario AT-II.**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. -Tiendo emocionalmente a ser frío y calculador.</li><li>2.-Muchas veces digo “sí” en lugar de decir “no”.</li><li>3.-Cuando me equivoco, normalmente me siento muy mal.</li><li>4.-Suelo hablar muy rápido, a veces no me entienden.</li></ol> |
|---|

Se obtienen las puntuaciones directas de la muestra total. Las puntuaciones se trasladan a un tabla, donde se ordenan los ítems según correspondan a cada Impulsor (ver tabla 18), obteniendo cada uno de ellos una puntuación total entre cero y 40, estableciéndose la puntuación de corte en 22.

<sup>16</sup> Centro de recursos y tecnología educativa COSPA S.A., ubicada en Madrid. [www.cospa.es](http://www.cospa.es).

<sup>17</sup> Associació Catalana d'Anàlisi Transaccional (ACAT), ubicada en Barcelona. [www.acat-bcn.net](http://www.acat-bcn.net).

**Tabla 18: Tabla de corrección y de resultados del Cuestionario AT-II.**

	1=	2=	3=	4=	5=
	6=	7=	8=	9=	10=
	11=	12=	13=	14=	15=
	16=	17=	18=	19=	20=
	21=	22=	23=	24=	25=
	26=	27=	28=	29=	30=
	31=	32=	33=	34=	35=
	36=	37=	38=	39=	40=
	41=	42=	43=	44=	45=
	46=	47=	48=	49=	50=
PD					
Driver	SF	C	SP	DP	TC
Nº ítems	10	10	10	10	10

Todos los Impulsores tienen el mismo número de ítems en el cuestionario AT-II (10 ítems cada uno), con lo cual no hemos transformado las puntuaciones directas obtenidas para poder comparar los resultados entre Impulsores.

En el apéndice documental (documento nº 3) se encuentra una copia de la hoja de respuestas.

#### **-Cuestionario de personalidad EPQ-R, versión completa (Eysenck y Eysenck, 1994).**

La finalidad de este instrumento es evaluar tres dimensiones básicas de la personalidad: Extraversión (escala E), Emotividad (también llamada escala de Neuroticismo, N) y Dureza (también llamada escala de Psicoticismo, P). el cuestionario también evalúa una escala de Disimulo/conformidad (escala L). Su ámbito de aplicación es a partir de los 16 años. Puede ser aplicada tanto colectiva como individualmente. La duración de su administración es entre 15 y 30 minutos. La consistencia interna o fiabilidad del cuestionario, determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obtiene índices para cada escala que van del .71 al .86. El cuestionario ha demostrado una validez criterial entre grupos de pacientes con diagnóstico de fobia social con una diferencia significativa del .05. También ha obtenido una validez concurrente de .74 en la escala P, de .52 en cuanto a E y de .44 respecto a N. La baremación se presenta en centiles y puntuaciones T por sexo y total. Las puntuaciones T, con las que hemos trabajado en esta investigación, permiten

definir un perfil en base a cinco categorías en función de su ubicación en la curva normal:

Valor T	Curva Normal	Adjetivos para cada categoría
1-35	Muy bajo	Muy poco
36-45	Bajo	Poco
46-55	Promedio	Moderadamente
56-65	Alto	Bastante
66-99	Muy alto	Muy alto

El cuestionario puede realizarse en dos versiones: abreviada o completa. La versión abreviada consta de 48 ítems y la completa de 83. El tipo de respuestas para ambas versiones es dicotómico Sí/No y se contestan poniendo un aspa (X) en el recuadro correspondiente. En el formato electrónico del cuestionario el sujeto lee y responde en la misma hoja, que actúa como cuestionario y hoja de respuestas.

Ejemplo de un ítem y sus posibles respuestas:

	Sí	No
• ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?.....		

Los factores de personalidad difieren en número de ítems en el cuestionario EPQ-R (tabla 19), con lo cual hemos pasado a transformar las puntuaciones obtenidas en Extraversión y L (Sinceridad) para poder comparar equitativamente los resultados entre factores.

**Tabla 19: Relación de ítems por cada factor de personalidad en el cuestionario EPQ-R.**

Factores de personalidad	Nº ítems en el cuestionario EPQ-R
EXTRAVERSIÓN	19
NEUROTICISMO	23
PSICOTICISMO	23
L (SINCERIDAD)	18

En el apéndice documental (documento nº 4) se encuentra una copia del cuestionario y hoja de respuestas.

#### 4.4. Procedimiento

Se seleccionaron de forma incidental los centros de psicología y colegios entre aquellos que estuvieron dispuestos a colaborar de una lista más amplia. Se prepararon unas cartas explicativas sobre la intención de la investigación pidiendo permiso para la realización para las pruebas, que fueron distribuidas en primer lugar los equipos directivos de la escuela y los centros de psicología y seguidamente a los padres cuyos hijos iban a participar (ver apéndice documental, documentos nº 5 y nº 6).

En el grupo población general, se procedió a administrar las pruebas de forma colectiva a todas las aulas con la investigadora y la ayuda de cada tutor dentro del horario lectivo, en una sesión que duró entre los 30 y los 60 minutos en total. Todos los cuestionarios se administraron en una misma sesión por la mañana, recabando los datos de identificación pero conservando el anonimato teniendo en cuenta las orientaciones deontológicas. Para administrar las pruebas a los progenitores, se les convocó a una reunión con la investigadora para que pudieran realizarlas; aquellos que no pudieron estar en la reunión se les entregaron las pruebas con una hoja de instrucciones para que las realizaran en su casa. En este caso las pruebas fueron devueltas ya cumplimentadas días más tarde.

En el caso de los centros de psicología clínica, cada terapeuta administró individualmente las pruebas al niño-paciente durante la visita programada con éste. Durante la sesión terapéutica del niño, los progenitores realizaban los cuestionarios de personalidad mientras esperaban en otra sala, habiéndoles dado previamente las instrucciones para su realización.

## 5. RESULTADOS

A continuación, detallamos los resultados obtenidos en función de los objetivos definidos de esta investigación.

Con el fin de acercarnos al *primer objetivo*, presentaremos en primer lugar los niveles de ansiedad de los niños obtenidos en el CAS y en el STAIC en sus formas Estado y Rasgo (apartado 5.1) y la comparación entre las muestras población general y clínico.

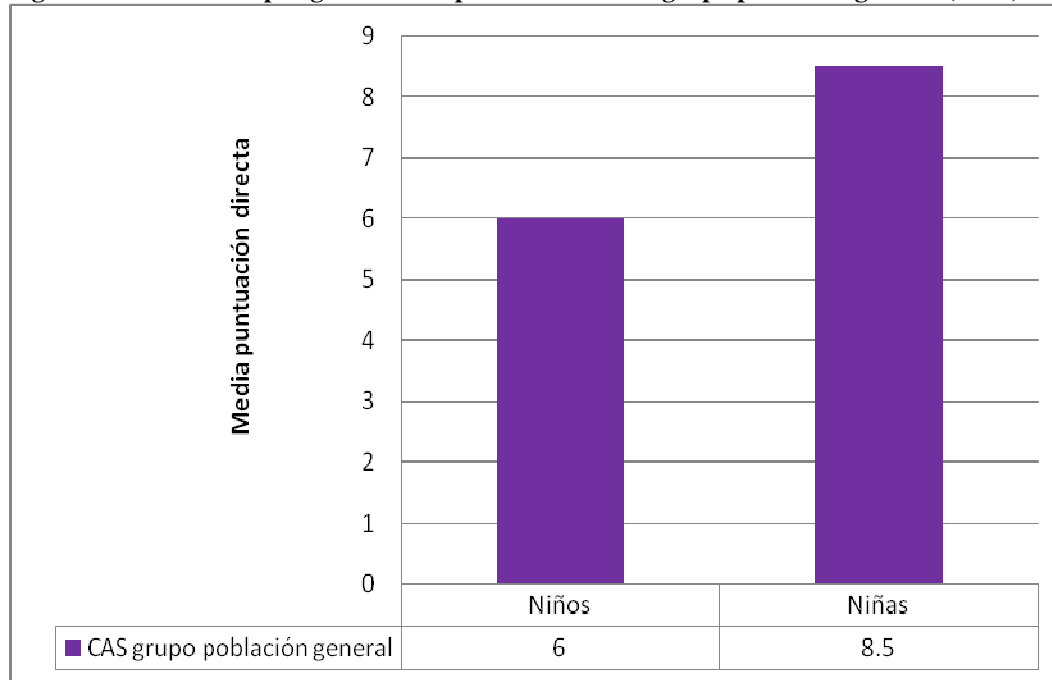
Para acercarnos al *segundo y tercer objetivo* de la investigación, presentaremos los Impulsores y factores de la personalidad de los progenitores de ambos grupos (apartado 5.2.) para poder compararlos y observar sus diferencias (5.2.3.).

Para acercarnos al *cuarto y quinto objetivo* de la investigación, presentaremos la relación existente entre los Impulsores y los factores de personalidad de los progenitores con la ansiedad de los niños (apartado 5.3.). Con el fin de conocer si algunos de los descriptores de los progenitores actúan como predictores de la ansiedad infantil, incluiremos análisis de regresión con las variables paternas y maternas que hayan resultado ser significativas en el análisis correlacional (apartado 5.3.1.2.).

### 5.1. Descriptores de ansiedad en la totalidad de la muestra

#### 5.1.1. Descriptores de la ansiedad en el Grupo Población General

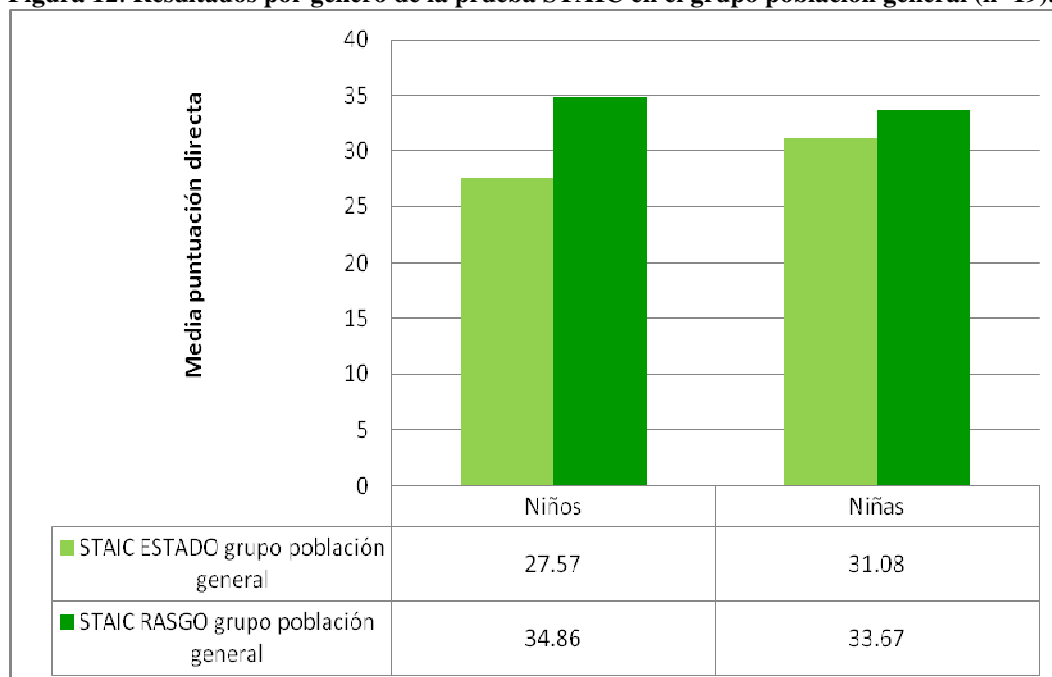
En este grupo observamos que en los niños de 6 a 8 años de edad predominan sujetos con muy poca y mucha ansiedad. En cuanto a los sujetos de 9 a 14 años, observamos que hay más curtos izquierda en la Ansiedad-Estado que en la Ansiedad-Rasgo, lo que indica que estos niños son temperamentalmente más ansiosos (rasgo) y no puntualmente ansiosos (estado). En cuanto al nivel de ansiedad según el género, las diferencias de medias entre niños y niñas tanto en los resultados del CAS como del STAIC no son significativas (ver figuras 11 y 12).

**Figura 11: Resultados por género de la prueba CAS en el grupo población general (n=17).**

Diferencia =  $\mu$  (CAS niñas) -  $\mu$  (CAS niños)

Diferencia =  $\mu$  (CAS niñas) -  $\mu$  (CAS niños)

	N	Media	Desv.E st.	Error est. media	Valor T	Sig.
CAS niñas	11	8.55	3.08	.93	1.4	.20
CAS niños	6	6	3.85	1.6		

**Figura 12: Resultados por género de la prueba STAIC en el grupo población general (n=19).**



Diferencia =  $\mu$  (ESTADO niña) -  $\mu$  (ESTADO niño)

	N	Media	Desv. Est.	Error est. media	Valor T	Sig.
ESTADO niña	12	31.1	10.1	2.9	.91	.376
ESTADO niño	7	27.57	6.68	2.5		

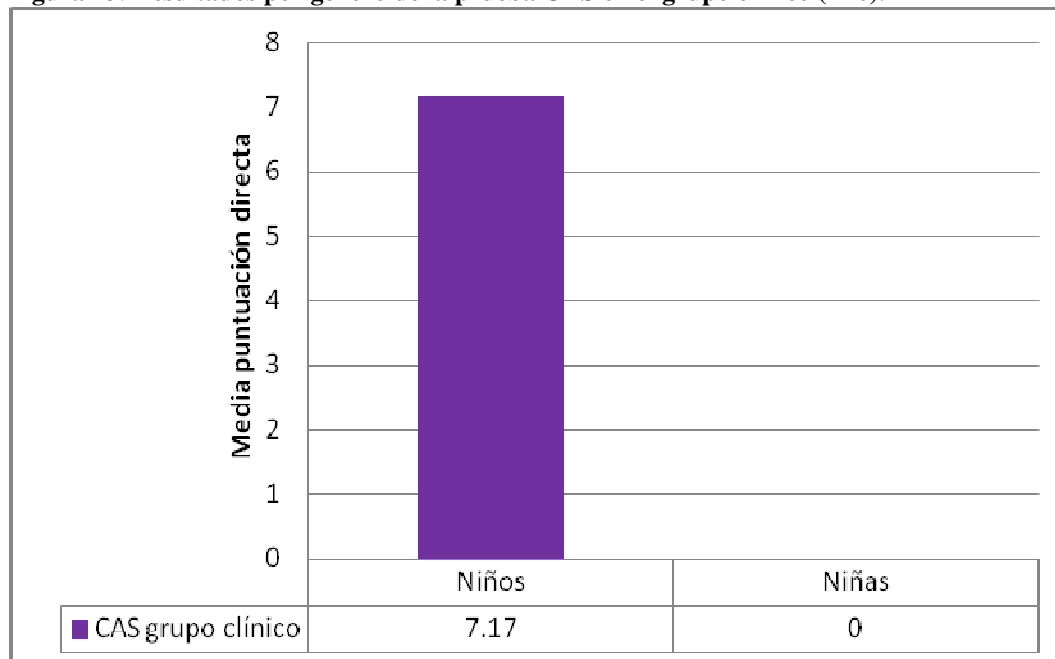
Diferencia =  $\mu$  (RASGO niña) -  $\mu$  (RASGO niño)

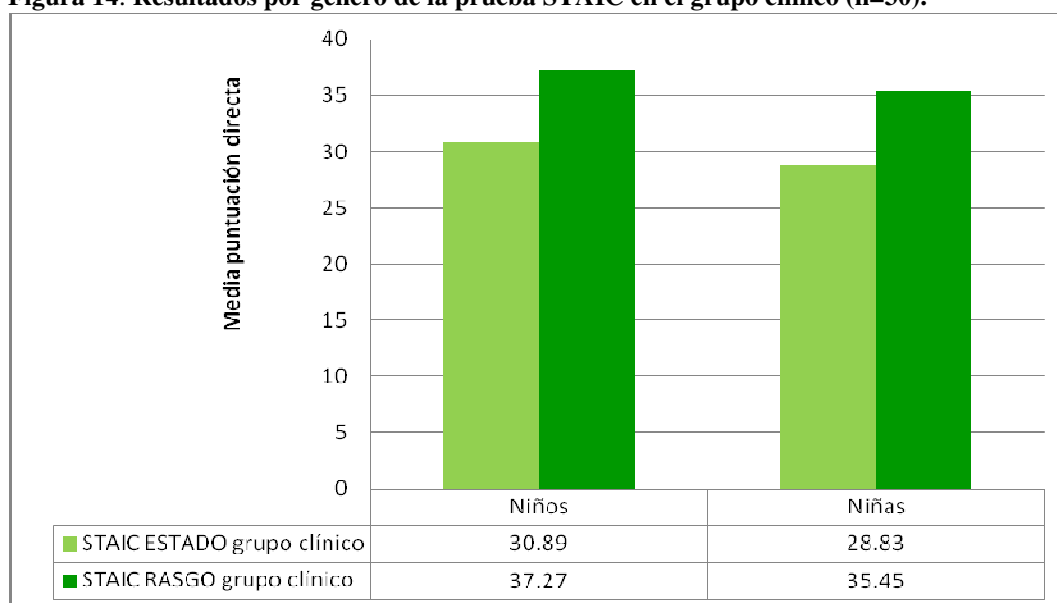
	N	Media	Desv. Est.	Error est. media	Valor T	Sig.
RASGO niña	12	33.67	6.15	1.8	-.38	.711
RASGO niño	7	34.86	6.82	2.6		

### 5.1.2. Descriptores de la ansiedad en el Grupo Clínico

En los niños entre 9 y 14 años, observamos más curtosis derecha en la Ansiedad-Rasgo, lo que indica que en este grupo hay más niños temperamentamente ansiosos. Las diferencias de medias entre niños y niñas tanto en los resultados del CAS (ver figura 13) como del STAIC (ver figura 14) no son significativas. En el CAS no se han podido obtener las diferencias de género al no haber niñas en este rango de edad (de seis a ocho años).

Figura 13: Resultados por género de la prueba CAS en el grupo clínico (n=6).



**Figura 14: Resultados por género de la prueba STAIC en el grupo clínico (n=30).**

Diferencia =  $\mu$  (ESTADO niña) -  $\mu$  (ESTADO niño)

	N	Media	Desv. Est.	Error est. media	Valor T	Sig.
ESTADO niña	12	28.83	4.9	1.4	-.99	.329
ESTADO niño	18	30.89	6.40	1.5		

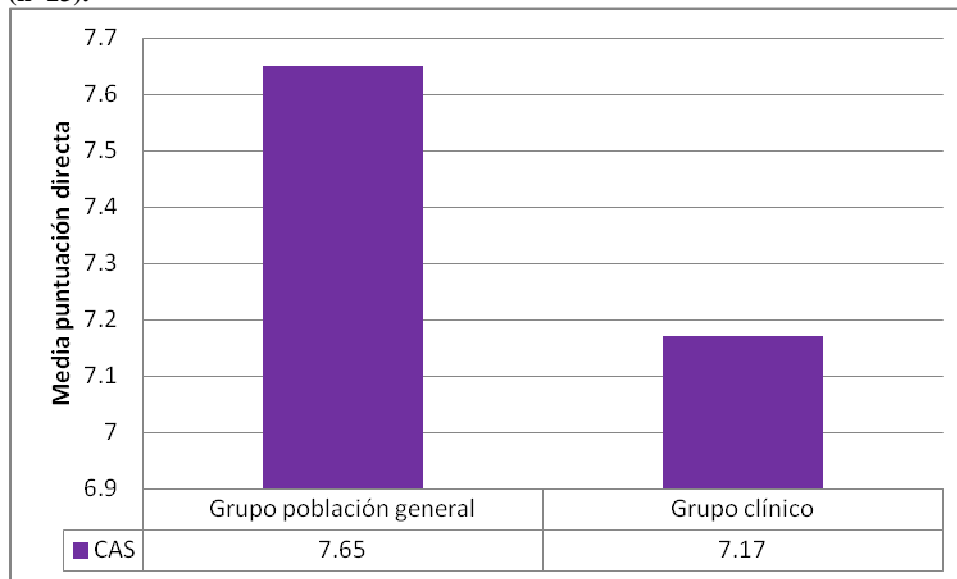
Diferencia =  $\mu$  (RASGO niña) -  $\mu$  (RASGO niño)

	N	Media	Desv. Est.	Error est. media	Valor T	Sig.
RASGO niña	12	35.58	6.88	2.0	-.60	.551
RASGO niño	18	37.22	7.84	1.8		

### 5.1.3. Comparación de los descriptores de ansiedad entre ambos grupos

Comparativamente entre el grupo población general y el grupo clínico, observamos que el nivel de ansiedad es mayor en el grupo clínico, tanto en las medidas del CAS, como en la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, pero no se obtienen diferencias significativas (ver figuras 15 y 16).

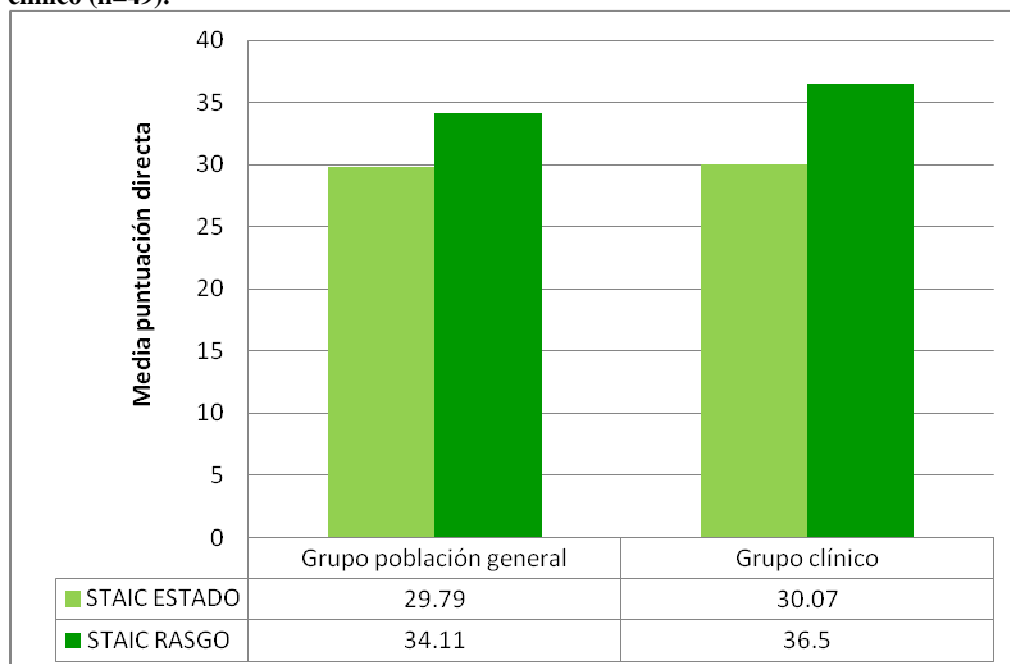
**Figura 15: Resultados comparativos de la prueba CAS entre el grupo población general y el grupo clínico (n=23).**



Diferencia =  $\mu$  (CAS General) -  $\mu$  (CAS Clínico)

	N	Media	Desv. Est.	Error est. media	Valor T	Sig.
CAS General	17	7.65	3.48	.84	.31	.764
CAS Clínico	6	7.17	3.19	1.3		

**Figura 16: Resultados comparativos de la prueba STAIC entre el grupo población general y el grupo clínico (n=49).**



Diferencia =  $\mu$  (ESTADO general) -  $\mu$  (ESTADO clinico)

	N	Media	Desv. Est.	Error est. media	Valor T	Sig.
ESTADO General	19	29.79	8.95	2.1	-.12	.906
ESTADO Clinico	30	30.07	5.84	1.1		

Diferencia =  $\mu$  (RASGO general) -  $\mu$  (RASGO clinico)

	N	Media	Desv. Est.	Error est. media	Valor T	Sig.
RASGO General	19	34.11	6.24	1.4	-1.25	.218
RASGO Clinico	30	36.57	7.39	1.3		

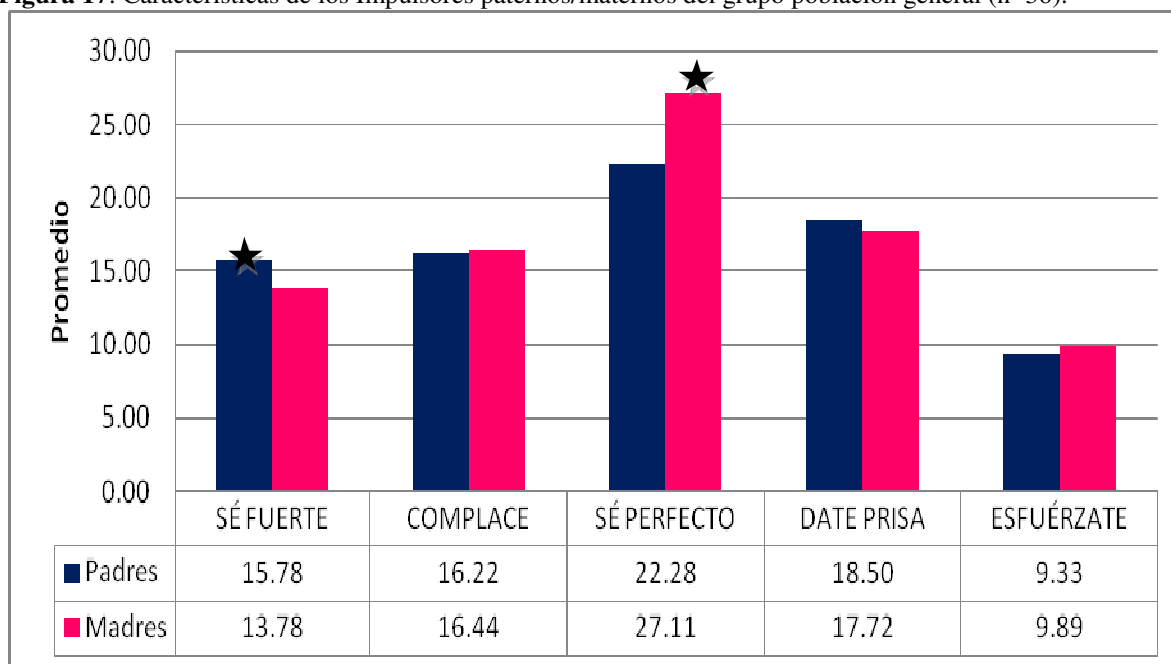
## 5.2. Descriptores de la personalidad de los progenitores

### 5.2.1. Descriptores de la personalidad de los progenitores del Grupo Población General

#### 5.2.1.1. Los Impulsores del Análisis Transaccional

Hemos estudiado el nivel de Impulsores en los dos miembros de la pareja para comparar esta característica personal en padres y madres (ver figura 17).

El análisis de significación indica que hay diferencia significativa entre la media de los padres y madres de los Impulsores Sé Fuerte y Sé Perfecto (ver tabla 20), adaptándose al estereotipo de género (los hombres como individuos duros emocionalmente y las mujeres perfeccionistas). La medida del tamaño del efecto indica que la intensidad de las diferencias es baja para Sé Fuerte ( $r = .282$ ) y moderada para Sé Perfecto ( $r = .430$ ) (ver tabla 21).

**Figura 17:** Características de los Impulsores paternos/maternos del grupo población general (n=36).**Tabla 20:** Análisis de significación entre los Impulsores paternos/maternos del grupo población general.

Impulsores	Media Padres	Media Madres	gl	SD	t - student	Significación
SÉ FUERTE	15.78	13.78	35	6.88	1.74	*.09
COMPLACE	16.22	16.44	35	8.44	-.16	.875
SÉ PERFECTO	22.28	27.11	35	10.28	-2.82	** .008
DATE PRISA	18.5	17.72	35	7.11	.66	.516
ESFUÉRZATE	9.33	9.89	35	5.749	-.58	.566

Nota. \*\* $p < .05$ , \* $p < .1$

**Tabla 21:** El tamaño del efecto en contraste de diferencia de medias: Impulsores Sé Fuerte y Sé Perfecto del grupo población general.

$$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + v}}$$

Tamaño de efecto en SF:  $r = \sqrt{\frac{1,74^2}{1,74^2 + 35}} = 0.282$

Tamaño de efecto en SP:  $r = \sqrt{\frac{-2,82^2}{-2,82^2 + 35}} = 0.430$

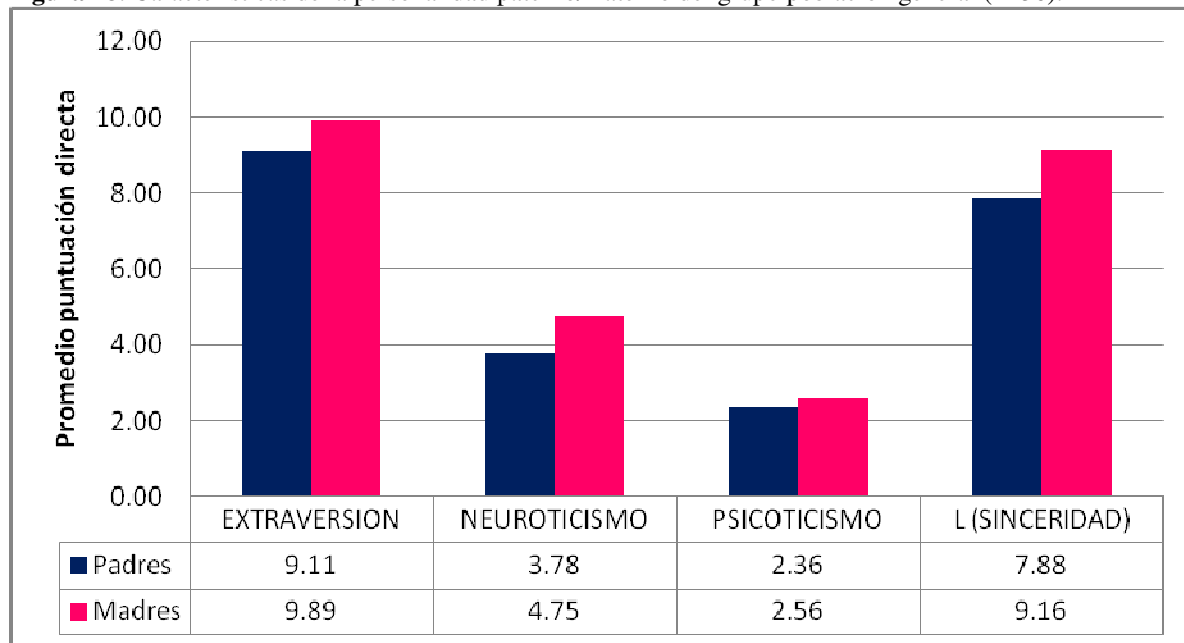
Al jerarquizar los Impulsores en hombres y mujeres teniendo en cuenta su promedio y el punto de corte ( $\geq 22$ ), el orden es el mismo para ambos (ver tabla 22). Se advierte como los Impulsores Complace y Sé Perfecto son los más importantes para esta población.

**Tabla 22:** Jerarquización de los Impulsores en los progenitores del grupo población general (n=36):

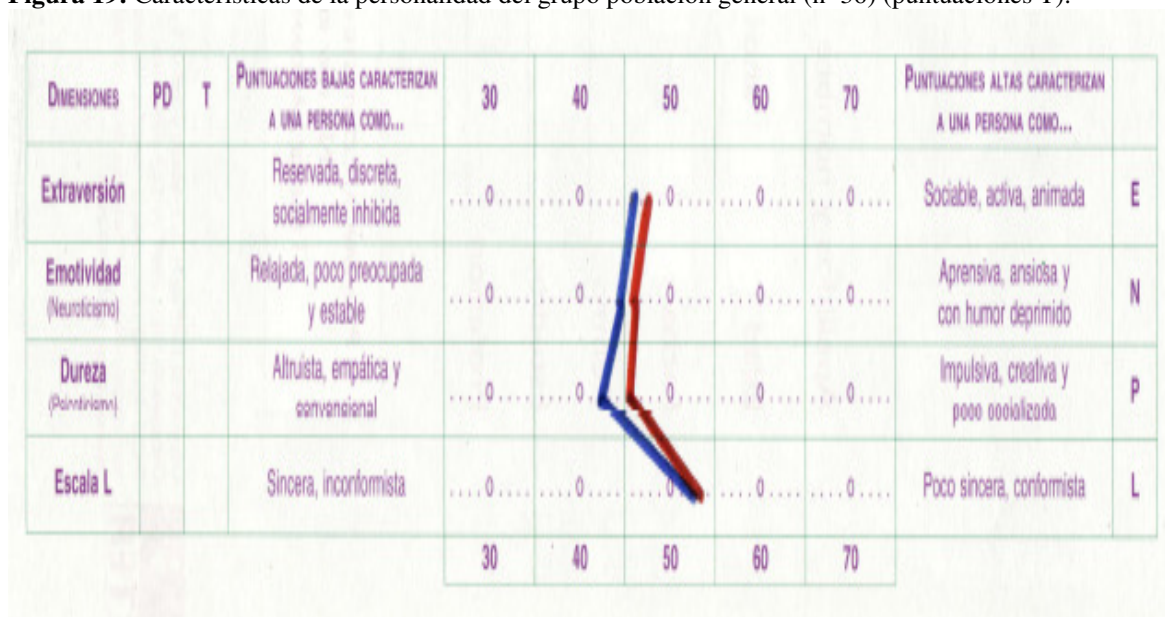
<b>Padres:</b>	<b>Madres:</b>
1°. Complace	1°. Complace
2°. Sé perfecto	2°. Sé perfecto
3°. Sé fuerte	3°. Sé fuerte
4°. Esfuérate	4°. Esfuérate
5°. Date prisa	5°. Date prisa

### ***5.2.1.2. Los factores de personalidad de Eysenck***

Hemos analizado los distintos factores de personalidad de los progenitores (ver figura 18). No existiendo diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas de los padres y las madres (ver tabla 23). También presentamos los perfiles gráficos de estos progenitores (ver figura 19).

**Figura 18:** Características de la personalidad paterno/materno del grupo población general (n=36).**Tabla 23:** análisis de significación entre los factores de personalidad paterno/materno del grupo población general.

Factores de personalidad	Media Padres	Media Madres	gl	SD	t - student	Significación
EXTRAVERSIÓN	9.11	9.89	35	4.703	-.99	.331
NEUROTICISMO	3.78	4.75	35	3.768	-1.55	.131
PSICOTICISMO	2.36	2.56	35	2.189	-.53	.597
L (SINCERIDAD)	7.88	9.16	35	4.254	-1.8	.08

**Figura 19:** Características de la personalidad del grupo población general (n=36) (puntuaciones T).

Nota: ——— padres, ——— madres

El perfil gráfico de los padres muestra que han contestado el cuestionario con un nivel de sinceridad moderado. Son padres poco extravertidos, poco emotivos y bastante blandos de carácter (muy baja dureza emocional). Su perfil de personalidad indica que tienden a mostrarse discretos y reservados. Sus reacciones emotivas y de neuroticismo serán esperables de acuerdo con las distintas experiencias que tengan, adaptándolas sin demasiada dificultad a las situaciones conflictivas que acontezcan. El perfil gráfico de las madres muestra que han contestado el cuestionario también con un nivel de sinceridad moderado. Son madres más extravertidas y emotivas que los padres y menos blandas de carácter. Su perfil de personalidad indica que tienden a ser sociables y sus reacciones emotivas también serán esperables de acuerdo con las distintas experiencias que tengan.

## 5.2.2. Descriptores de la personalidad de los progenitores del Grupo Clínico

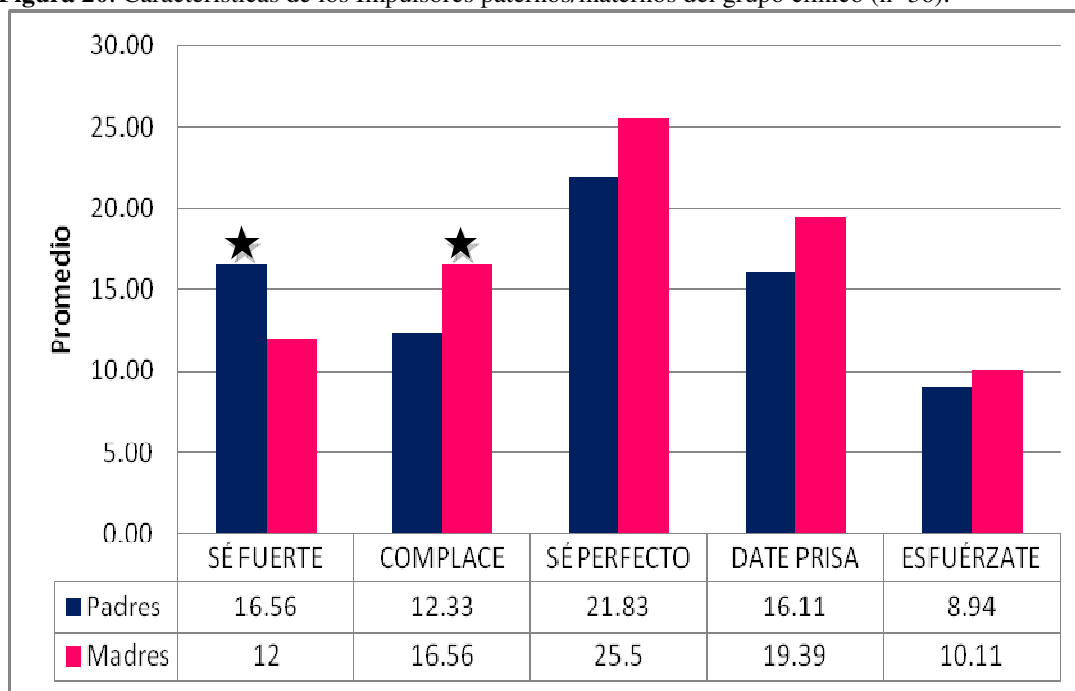
### 5.2.2.1. Los Impulsores del Análisis Transaccional

En el grupo clínico se puede apreciar que las diferencias entre padre y madre se centran en el Sé Fuerte y Complace: los padres tienen una puntuación superior en el primero



y las madres en el segundo, siendo significativas estadísticamente (ver figura 20 y tabla 24). La medida del tamaño del efecto indica que la intensidad de las diferencias es moderada para Sé Fuerte ( $r = 0.524$ ) y moderada para Complace ( $r = .424$ ) (ver tabla 25).

**Figura 20:** Características de los Impulsores paternos/maternos del grupo clínico ( $n=36$ ).



**Tabla 24:** Análisis de significación entre los Impulsores paternos/maternos del grupo clínico.

Impulsores	Media Padres	Media Madres	gl	SD	t- student	Significación
SÉ FUERTE	16.56	12	35	7.51	3.64	** .001
COMPLACE	12.33	16.56	35	9.14	-2.77	** .009
SÉ PERFECTO	21.83	25.5	35	11.37	-1.94	.061
DATE PRISA	16.11	19.39	35	10.44	-1.88	.068
ESFUÉRZATE	8.94	10.11	35	9.74	-.72	.477

Nota. \* $p < .05$

**Tabla 25:** El tamaño del efecto en contraste de diferencia de medias: Impulsores Sé Fuerte y Complace del grupo clínico.

$$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + v}}$$

Tamaño de efecto en SF:  $r = \sqrt{\frac{3,64^2}{3,64^2 + 35}} = 0,524$

Tamaño de efecto en C:  $r = \sqrt{\frac{-2,77^2}{-2,77^2 + 35}} = 0,424$

Al jerarquizar los Impulsores en hombres y mujeres teniendo en cuenta su promedio y el punto de corte ( $\geq 22$ ), observamos que el Impulsor Sé Perfecto tiene puntuaciones más altas en el grupo clínico que en el grupo población general, superando el punto de corte, aunque sin diferencias significativas. Observamos también que, comparativamente las madres obtienen puntuaciones más altas que los padres en todos los Impulsores, excepto en el Sé Fuerte, que es superior en los padres (ver tabla 26).

**Tabla 26:** Jerarquización de los Impulsores en los progenitores del grupo clínico (n=36).

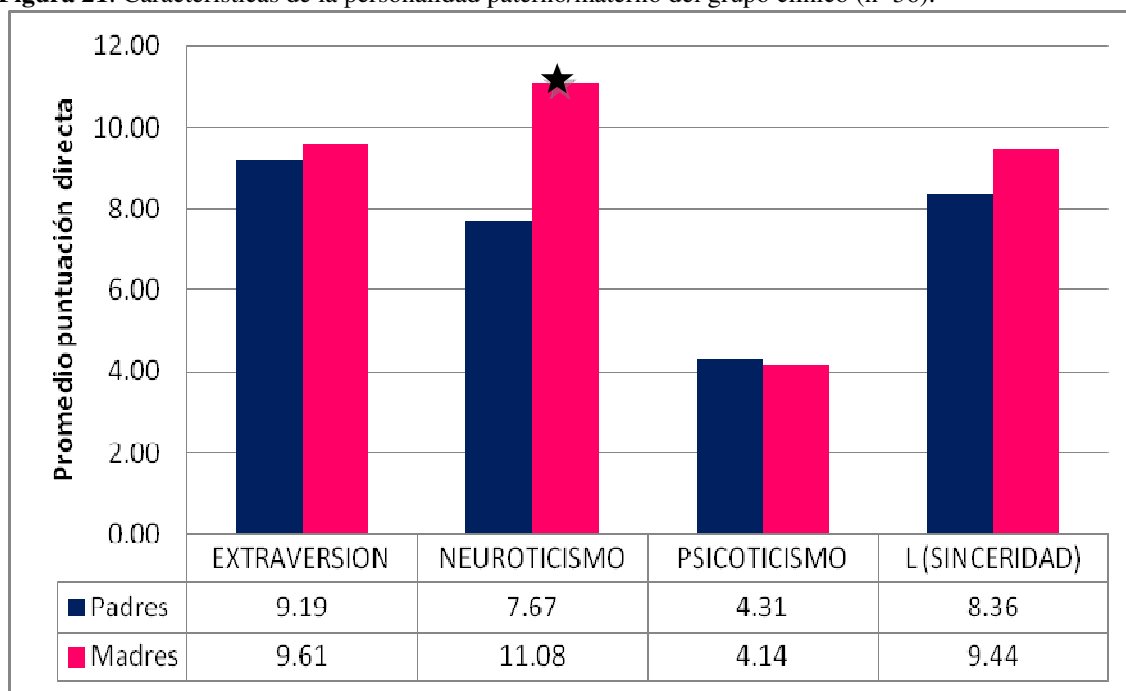
<b>Padres:</b>	<b>Madres:</b>
1°. Sé perfecto	1°. Sé perfecto
2°. Sé fuerte	2°. Date prisa
3°. Date prisa	3°. Complace
4°. Complace	4°. Sé fuerte
5°. Esfuérate	5°. Esfuérate

### ***5.2.2.2. Los factores de personalidad de Eysenck***

En cuanto a los factores de personalidad de Eysenck dominantes, observamos poca variabilidad entre padres y madres. Por lo general, las puntuaciones dibujan un perfil de personalidad bastante equilibrado con un índice de sinceridad moderado (ver figura 21).

Hay diferencia significativa entre la media de los padres y madres del factor de personalidad Neuroticismo (ver tabla 27), con un tamaño del efecto moderado ( $r = .505$ ) (ver tabla 28). Se advierte, pues, que en este grupo el neuroticismo materno es significativamente superior al paterno. También presentamos los perfiles gráficos de estos progenitores (ver figura 22).

**Figura 21:** Características de la personalidad paterno/materno del grupo clínico ( $n=36$ ).



**Tabla 27:** Análisis de significación entre los factores de personalidad paterno/materno del grupo clínico.

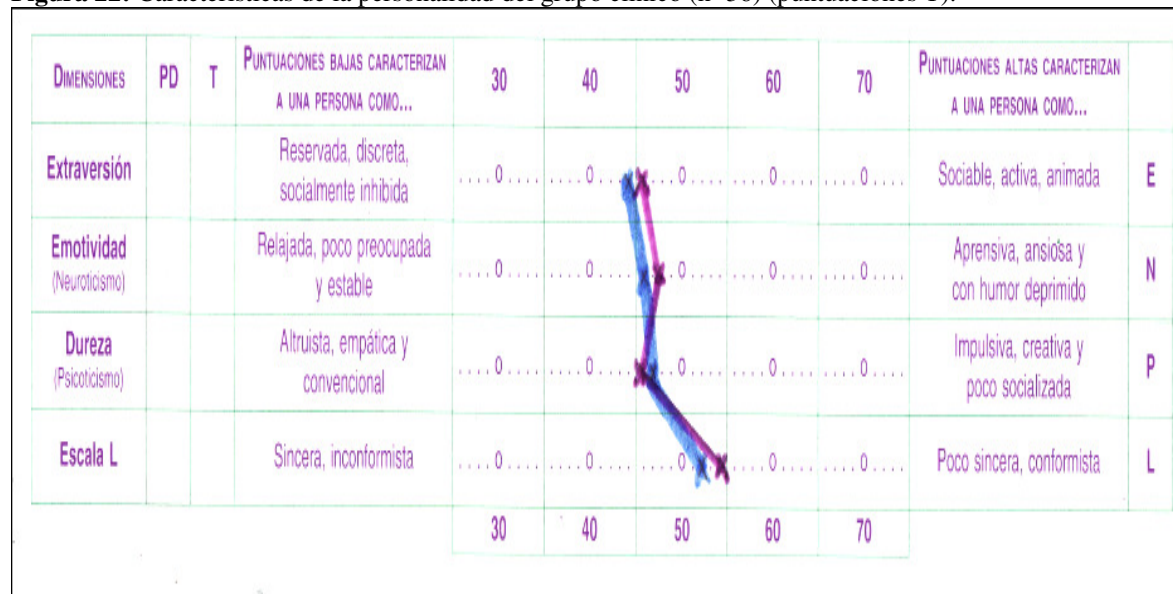
Factores de personalidad	Media Padres	Media Madres	gl	SD	t- student	Significación
EXTRAVERSIÓN	9.19	9.61	35	6.52	-.38	.704
NEUROTICISMO	7.67	11.08	35	5.906	-3.47	** .001
PSICOTICISMO	4.31	4.14	35	4.109	.24	.809
L (SINCERIDAD)	8.36	9.44	35	3.475	-1.87	.07

Nota. \* $p < .05$

**Tabla 28:** El tamaño del efecto en contraste de diferencia de medias: factor de personalidad Neuroticismo del grupo clínico.

$$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + v}}$$

Tamaño de efecto en N:  $r = \sqrt{\frac{-3,47^2}{-3,47^2 + 35}} = 0,505$

**Figura 22:** Características de la personalidad del grupo clínico (n=36) (puntuaciones T).

Nota: — padres, — madres

El perfil gráfico de los padres muestra que han contestado el cuestionario con un nivel de sinceridad moderado. Son padres poco extravertidos, moderadamente emotivos y moderadamente blandos de carácter (baja dureza emocional). Su perfil de personalidad indica que tienden a mostrarse discretos y reservados. Sus reacciones emotivas y de neuroticismo serán esperables de acuerdo con las distintas experiencias que tengan, adaptándolas sin demasiada dificultad a las situaciones conflictivas que acontezcan. El perfil gráfico de las madres muestra que han contestado el cuestionario también con un nivel de sinceridad moderado. Son madres algo más extravertidas y emotivas que los padres y más blandas de carácter. Su perfil de personalidad indica que tienden a ser poco sociables aunque sus reacciones emotivas también serán esperables de acuerdo con las distintas experiencias que tengan.

### **5.2.3. Comparación de los descriptores de la personalidad de los progenitores entre el Grupo Población General y el Grupo Clínico**

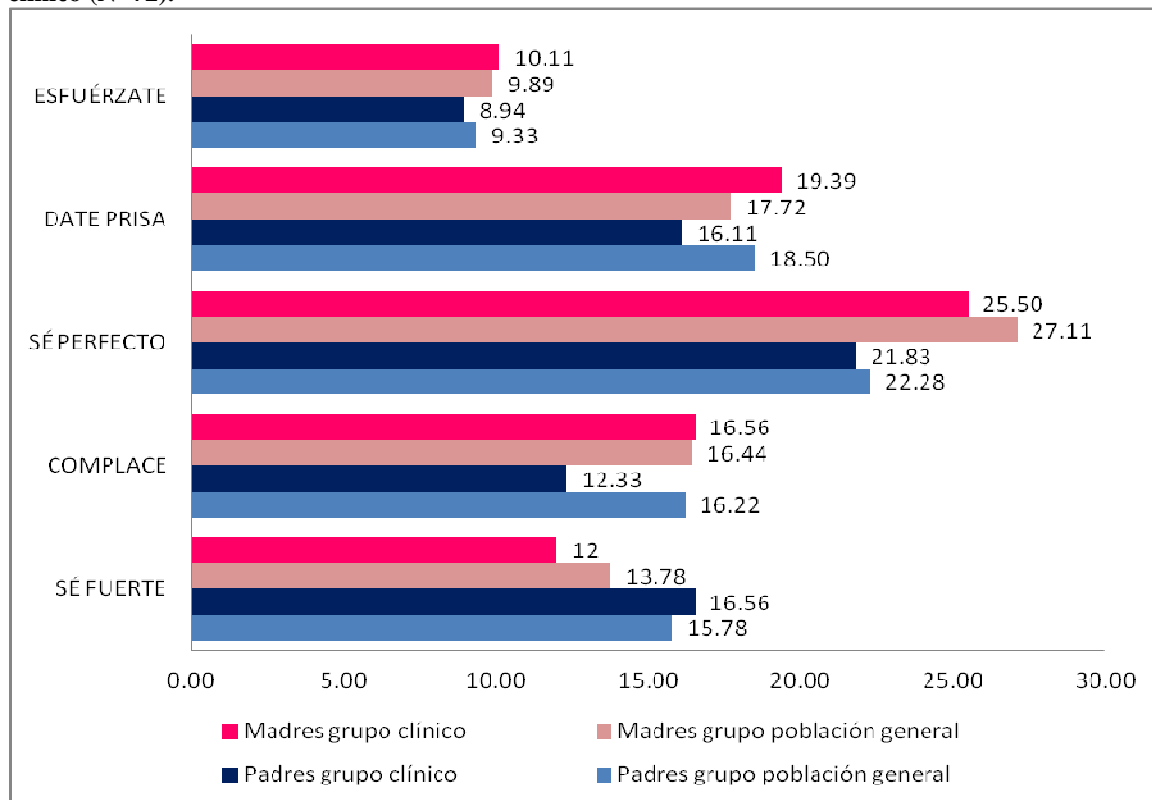
En las figuras 23 y 24 podemos observar gráficamente que los padres y madres difieren en sus características tanto en el grupo clínico como en grupo población general.

En el caso de los padres, existe diferencia significativa en el Impulsor Complace con un tamaño del efecto bajo ( $r = .29$ ), el factor de personalidad Neuroticismo con un tamaño del efecto medio ( $r = .41$ ) y el factor de personalidad Psicoticismo con un tamaño del efecto medio ( $r = .34$ ) (ver tabla 29).

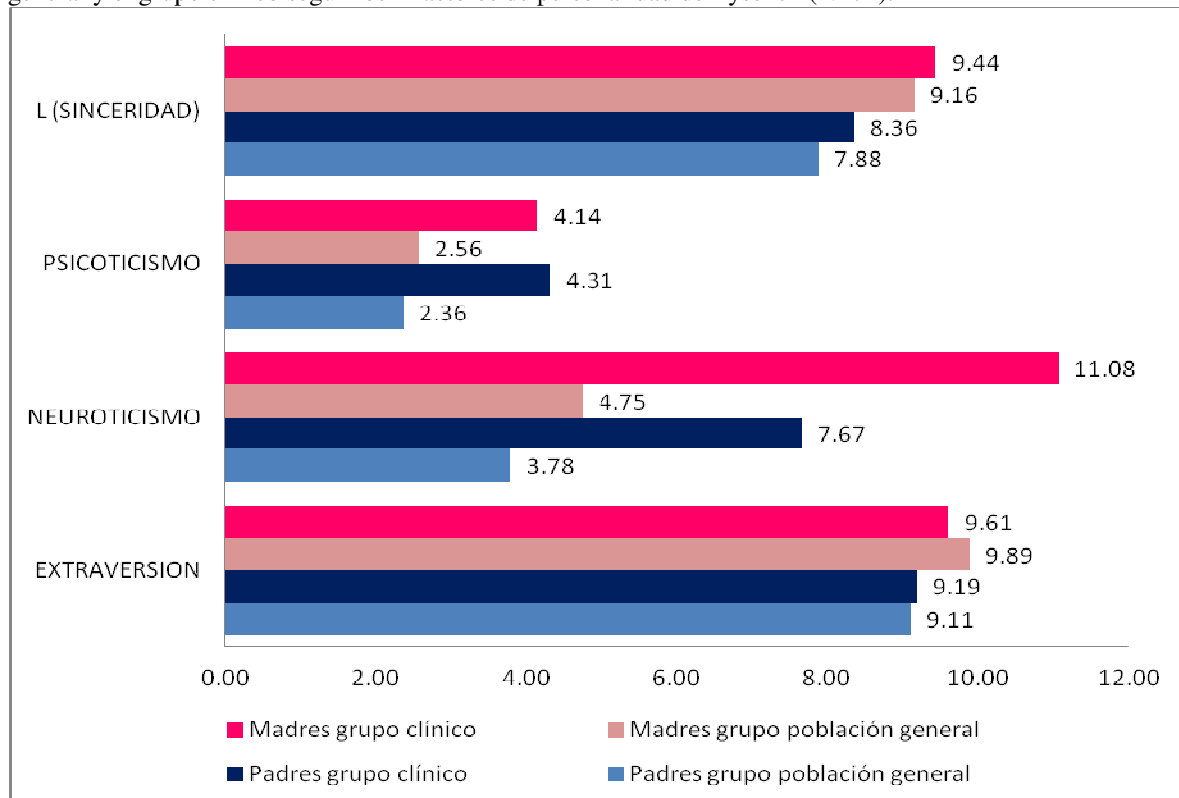
En el caso de las madres, no hay diferencias significativa entre los Impulsores pero sí en el factor de personalidad Neuroticismo con un tamaño del efecto medio ( $r = .53$ ) y el factor de personalidad Psicoticismo con un tamaño del efecto bajo ( $r = .24$ ) (ver tabla 30).

Teniendo en cuenta el punto de corte del Cuestionario AT-II ( $\geq 22$ ), el Impulsor Sé Perfecto, aun no siendo estadísticamente significativo, sí lo es clínicamente para todos los progenitores de ambos grupos.

**Figura 23:** Comparación de los Impulsores paternos/maternos entre el grupo población general y el grupo clínico (N=72).



**Figura 24:** Comparación de los descriptores de la personalidad de los progenitores entre el grupo población general y el grupo clínico según los 4 factores de personalidad de Eysenck (N=72).



**Tabla 29:** Análisis de significación, diferencia de medias y tamaño del efecto de los Impulsores y los factores de personalidad entre los padres del grupo general y el grupo clínico.

Impulsores padres	Media Grupo Clínico	Media Grupo Población General	gl	SD	t	significación	Tamaño del efecto
Sé Fuerte	16.56	15.78	70	5.528	.6	.552	-
Complace	12.33	16.22	70	-2.59	-2.59	**0.012	.2957
Sé Perfecto	21.83	22.28	70	7.8159	-.24	.81	-
Date Prisa	16.11	18.5	70	7.3003	-1.39	.169	-
Esfuézate	8.94	9.33	70	6.8158	-.24	.809	-
Factores de personalidad padres							
EXTRAVERSIÓN	9.19	9.11	70	4.5217	.08	.939	-
NEUROTICISMO	7.67	3.78	70	4.3065	3.83	**0	.4162
PSICOTICISMO	4.31	2.36	70	2.6725	3.09	**0.003	.3465
L (SINCERIDAD)	8.36	7.88	70	4.0343	.51	.614	-

Nota. \*\*  $p < .05$

**Tabla 30:** Análisis de significación, diferencia de medias y tamaño del efecto de los Impulsores y los factores de personalidad entre las madres del grupo general y el grupo clínico

Impulsores madres	Media Grupo Clínico	Media Grupo Población General	gl	SD	t	significación	Tamaño del efecto
Sé Fuerte	12	13.78	70	5.1356	-1.47	.146	-
Complace	16.56	16.44	70	7.4275	.06	.95	-
Sé Perfecto	25.5	27.11	70	6.7258	-1.02	.313	-
Date Prisa	19.39	17.72	70	6.3872	1.11	.272	-
Esfuézate	10.11	9.89	70	7.7672	.12	.904	-
Factores de personalidad madres							
EXTRAVERSIÓN	9.61	9.89	70	3.4244	-.34	.734	-
NEUROTICISMO	11.08	4.75	70	5.1011	5.27	**0	.5330
PSICOTICISMO	4.14	2.56	70	3.2451	2.07	**0.042	.2402
L (SINCERIDAD)	9.44	9.16	70	3.1965	.38	.704	-

Nota. \*\*  $p < .05$

### **5.3. Relación entre Impulsores y personalidad de los progenitores y ansiedad de los niños**

#### **5.3.1. Relación entre Impulsores y personalidad de los progenitores y ansiedad de los niños en el Grupo Población General**

##### ***5.3.1.1. Análisis de correlación y significación.***

Se ha realizado una correlación entre la ansiedad de los niños, los factores de personalidad e Impulsores de los progenitores (los cinco Impulsores definidos por el Análisis Transaccional y los cuatro factores definidos por Eysenck) y los factores demográficos: edad de los progenitores y edad de los niños (ver tabla 31).

Entendemos que en el caso de los resultados del cuestionario CAS los valores no correlacionan debido a que el número de niños es demasiado bajo.

En cuanto a los padres, observamos que las variables de personalidad que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Estado de los hijos son, por un lado, los Impulsores Complace con un tamaño del efecto moderado ( $r = .4308$ ), Date Prisa con un tamaño del efecto moderado ( $r = .3049$ ) y Esfuérate con un tamaño del efecto moderado ( $r = .4541$ ). Por otro lado, el factor de personalidad Neuroticismo con un tamaño del efecto bajo ( $r = .1804$ ).

Las variables de personalidad de los padres que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Rasgo de los hijos son, por un lado, los Impulsores Date Prisa con un tamaño del efecto moderado ( $r = .4380$ ) y Esfuérate con un tamaño del efecto moderado ( $r = .3126$ ). Por otro lado, los factores de personalidad Extraversión con un tamaño del efecto bajo ( $r = .2558$ ) y Psicoticismo con un tamaño del efecto bajo ( $r = .1121$ ).

En cuanto a las madres, las variables de personalidad que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Estado de los hijos son, por un lado, los Impulsores Sé Perfecto con un tamaño del efecto bajo ( $r = .2048$ ). Y Esfuérate, con un tamaño del efecto bajo ( $r = .1260$ ). Por otro lado, el factor de personalidad Extraversión con un tamaño del efecto bajo ( $r = .1974$ ).



Las variables de personalidad de las madres que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Rasgo de los hijos son, por un lado, los Impulsores Sé Fuerte con un tamaño del efecto bajo ( $r = .1569$ ), Complace con un tamaño del efecto bajo ( $r = .1071$ ), Date Prisa con un tamaño del efecto bajo ( $r = .2160$ ) y Esfuérate con un tamaño del efecto moderado ( $r = .4202$ ). Por otro lado, los el factor de personalidad Neuroticismo con un tamaño del efecto bajo ( $r = .2858$ ).

También observamos que la edad de los progenitores tiene una relación inversa a la ansiedad de los niños: cuanto más joven son los padres y las madres, más aumenta el nivel de ansiedad en los niños, tanto la Ansiedad-Estado como la Ansiedad-Rasgo.

Con estos resultados, observamos que hay más variables de personalidad en madres que en padres que correlacionan significativamente con la ansiedad de los hijos, especialmente con la Ansiedad-Rasgo.

**Tabla 31:** Análisis de correlación y significación entre las variables grupo población general (n=36).

VARIABLES	ANSIEDAD NIÑOS							
	CAS		STAIC-E			STAIC-R		
PERSONALIDAD PADRES:	correlac.	p valor	correlac.	p valor	t. efec.	correlac.	p valor	t. efec.
-Imp. Sé Fuerte	-.2661	.117	-.0147	.932	-	.2477	.145	-
-Imp. Complace	.1135	.510	***.6564	.000	.4308	.2815	.096	-
-Imp. Sé Perfecto	-.1601	.351	-.0436	.801	-	-.2976	.078	-
-Imp. Date Prisa	-.2815	.096	***.5521	.000	.3049	***.6618	.000	.4380
-Imp. Esfuérzate	-.1200	.486	***.6738	.000	.4541	***.5591	.000	.3126
-Extraversión	.0831	.630	.0886	.607	-	** .5058	.002	.2558
-Neuroticismo	-.2108	.217	** .4247	.010	.1804	.1786	.297	-
-Psicoticismo	-.2622	.122	.0916	.595	-	*.3348	.046	.1121
-L (Sinceridad)	-.2820	.096	.0008	.996	-	-.0478	.782	-
PERSONALIDAD MADRES:								
-Imp. Sé Fuerte	-.0806	.640	.3031	.072	-	*.3961	.017	.1569
-Imp. Complace	.0915	.596	.2652	.118	-	*.3273	.051	.1071
-Imp. Sé Perfecto	-.0308	.858	** .4526	.006	.2048	.2601	.125	-
-Imp. Date Prisa	.1125	.514	.2969	.079	-	** .4648	.004	.2160
-Imp. Esfuérzate	.2899	.086	** .3550	.034	.1260	***.6482	.000	.4202
-Extraversión	-.0559	.746	** .4443	.007	.1974	.1393	.418	-
-Neuroticismo	.2162	.205	.0969	.574	-	***.5346	.001	.2858
-Psicoticismo	-.0086	.960	-.2101	.219	-	.1845	.281	-
-L (Sinceridad)	.1310	.446	-.2705	.111	-	-.1566	.362	-
DEMOGRÁFICAS:								
-Edad padres	-.1257	.465	*-.3933	.018	.1547	**-.4702	.004	.2211
-Edad madres	-.0654	.705	*-.3395	.043	.1152	*-.4065	.014	.1653
-Edad niños	-.2879	.089	-.0724	.675	-	-.3056	.070	-

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

### 5.3.1.2. Predictores de la ansiedad

#### 5.3.1.2.1. Factores predictivos en la Ansiedad-Estado

Hemos realizado el análisis de regresión de la Ansiedad-Estado en función de las variables que han resultados significativas en el análisis correlacional. Por un lado, los Impulsores Complace paterno, Date Prisa paterno, Esfuérzate paterno, Sé Perfecto materno, Esfuérzate materno. Por otro lado, los factores de personalidad Neuroticismo paterno y Extraversión materno. También la variable edad de los padres y edad de las madres.

$$\text{ESTADO} = 60.4 + 1.23 \text{ C\_Padre} + 0.979 \text{ CC\_Padre} + 0.855 \text{ I\_Padre} - 0.311 \text{ SP\_Madre} - 0.585 \text{ Edad P} - 0.423 \text{ Edad M} - 1.62 \text{ N\_Padre} - 0.670 \text{ I\_Madre} - 1.17 \text{ TE\_Padre}$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P	FIV
Constant	60.39	35.58	1.70	.124	
Complace_Padre	1.2268	.3175	3.86	.004	1.387
Date Prisa_Padre	.9789	.4631	2.11	.064	4.207
Esfuérzate_Padre	.8549	.4622	1.85	.097	6.885
Sé Perfecto_Madre	-.3112	.4215	-.74	.479	1.719
Esfuérzate_Madre	-.6701	.3560	-1.88	.092	6.222
Neuroticismo_Padre	-1.623	1.014	-1.60	.144	3.922
Extraversión_Madre	-1.1715	.7958	-1.47	.175	2.881
Edad Padre	-.5852	.5615	-1.04	.325	7.943
Edad Madre	-.4231	.7612	-.56	.592	9.416

$$S = 4.98572 \quad R\text{-Sq} = 84.5\% \quad R\text{-Sq}(\text{adj}) = 69.0\%$$

#### Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	9	1219.44	135.49	5.45	.009
Residual Error	9	223.72	24.86		
Total	18	1443.16			

Como se observa, existe evidencia de multicolinealidad porque hay variables con factores de incremento de la varianza superiores a cinco ( $FIV \geq 5$ ). Por eso hemos estimado el análisis de regresión de la Ansiedad-Estado primero en función de los Impulsores y luego en función de los factores de personalidad.

En cuanto a los Impulsores, observamos que el Impulsor Complace paterno es la única variable significativamente explicativa de la Ansiedad-Estado, con una significación de  $p = .004$  ( $p \leq .05$ ).

$$\text{ESTADO} = -4,6 + 0,989 \text{ C\_Padre} + 0,454 \text{ CC\_Padre} + 0,616 \text{ I\_Padre} + 0,273 \text{ SP\_Madre} - 0,304 \text{ I\_Madre}$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P	FIV
Constante	-4.56	10.14	-.45	.660	
Complace_Padre	.9888	.2852	3.47	.004	1.174
Date Prisa_Padre	.4538	.3570	1.27	.226	2.995
Esfuérzate_Padre	.6156	.3649	1.69	.115	4.458
Sé Perfecto_Madre	.2734	.2730	1.00	.335	1.207
Esfuérzate_Madre	.3038	.2386	-1.27	.225	2.610

$$S = 5.02077 \quad R\text{-cuad.} = 77.3\% \quad R\text{-cuad. (ajustado)} = 68.6\%$$

#### Análisis de varianza

Fuente	GL	SC	CM	F	P
Regresión	5	1115,45	223,09	8,85	0,001
Error residual	13	327,71	25,21		
Total	18	1443,16			

Sin embargo, en cuanto a los factores de personalidad, ninguna de las dos variables son significativamente explicativas de la Ansiedad-Estado ( $p \geq .05$ ).

$$\text{ESTADO} = 14,9 + 1,06 \text{ N\_Padre} + 1,05 \text{ TE\_Madre}$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P	FIV
Constante	14.930	5.788	2.58	.020	
Neuroticismo_Padre	1.0582	0.5762	1.84	.085	1.015
Extraversión_Madre	1.0467	0.5382	1.94	.070	1.015

$$S = 7.73257 \quad R\text{-cuad.} = 33.7\% \quad R\text{-cuad. (ajustado)} = 25.4\%$$

#### Análisis de varianza

Fuente	GL	SC	CM	F	P
Regresión	2	486,47	243,24	4,07	0,037
Error residual	16	956,68	59,79		
Total	18	1443,16			

### 5.3.1.2.1. Factores predictivos en la Ansiedad-Rasgo

Hemos realizado el análisis de regresión de la Ansiedad-Rasgo en función de las variables que han resultado significativas. Por un lado, los Impulsores Date Prisa y Esfuérate paterno y materno y los Impulsores Sé Fuerte y Complace maternos. Por otro lado, los factores de personalidad Extraversión paterno, Psicoticismo paterno y Neuroticismo materno. También la variable edad de los padres y edad de las madres.

$$\text{RASGO} = 8.1 + 1.10 \text{ CC\_Padre} - 0.270 \text{ I\_Padre} + 1.12 \text{ TE\_Padre} - 0.763 \text{ P\_Padre} + 0.664 \text{ CC\_Madre} + 0.198 \text{ I\_Madre} - 0.549 \text{ N\_Madre} + 0.401 \text{ Edad P} - 0.650 \text{ Edad M} + 0.147 \text{ SF\_Madre} - 0.394 \text{ C\_Madre}$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P	FIV
Constant	8.11	27.33	.30	.775	
Date Prisa_Padre	1.1026	.4592	2.40	.047	7.322
Esfuérate_Padre	-.2698	.4160	-.65	.537	8.558
Date Prisa_Madre	.6642	.3745	1.77	.119	5.609
Esfuérate_Madre	.1977	.3482	.57	.588	8.211
Sé Fuerte_Madre	.1467	.4778	.31	.768	4.963
Complace_Madre	-.3941	.2218	-1.78	.119	3.446
Extraversión_Padre	1.1181	.5141	2.17	.066	2.636
Psicoticismo_Padre	-.7631	.5710	-1.34	.223	2.506
Neuroticismo_Madre	-.5487	.5052	-1.09	.313	3.873
Edad Padres	.4009	.5972	.67	.524	13.880
Edad Madres	-.6499	.5977	-1.09	.313	6.484

S = 4.13084    R-Sq = 83.0%    R-Sq(adj) = 56.2%

#### Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	11	582.34	52.94	3.10	.072
Residual Error	7	119.45	17.06		
Total	18	701.79			

Como se observa, también existe evidencia de multicolinealidad porque hay variables con factores de incremento de la varianza superiores a cinco ( $FIV \geq 5$ ). Hemos estimado el análisis de regresión de la Ansiedad-Rasgo primero en función de los Impulsores y luego en función de los factores de personalidad.

En cuanto a los Impulsores, ninguna de las variables son significativamente explicativas de la Ansiedad-Rasgo ( $p \geq .05$ ).

$$\text{RASGO} = 20,0 + 0,527 \text{ CC\_Padre} - 0,127 \text{ I\_Padre} + 0,157 \text{ CC\_Madre} + 0,461 \text{ I\_Madre} + 0,259 \text{ SF\_Madre} - 0,358 \text{ C\_Madre}$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P	VIF
Constante	20,001	7,679	2,60	0,023	
Date Prisa_Padre	0,5267	0,3692	1,43	0,179	3,631
Esfuérzate_Padre	-0,1271	0,3326	-0,38	0,709	4,198
Date Prisa_Madre	0,1575	0,2942	0,54	0,602	2,657
Esfuérzate_Madre	0,4609	0,2998	1,54	0,150	4,671
Sé Fuerte_Madre	0,2591	0,2852	0,91	0,381	1,357
Complace_Madre	-0,3576	0,2144	-1,67	0,121	2,472

$$S = 4,71526 \quad R\text{-cuad.} = 62,0\% \quad R\text{-cuad. (ajustado)} = 43,0\%$$

## Análisis de varianza

Fuente	GL	SC	CM	F	P
Regresión	6	434,99	72,50	3,26	0,039
Error residual	12	266,80	22,23		
Total	18	701,79			

En cuanto a los factores de personalidad, observamos que los factores de personalidad Extraversión del padre y Neuroticismo de la madre son las únicas variables significativamente explicativas de la Ansiedad-Rasgo, con una significación de  $p = .039$  y  $p = .042$  respectivamente ( $p \leq .05$ ).

$$\text{RASGO} = 21,2 + 0,882 \text{ TE\_Padre} + 0,086 \text{ P\_Padre} + 0,756 \text{ N\_Madre}$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P	VIF
Constante	21,214	4,133	5,13	0,000	
Extraversión_Padre	0,8821	0,3900	2,26	0,039	1,059
Psicoticismo_Padre	0,0863	0,4868	0,18	0,862	1,272
Neuroticismo_Madre	0,7562	0,3401	2,22	0,042	1,226

$$S = 4,94328 \quad R\text{-cuad.} = 47,8\% \quad R\text{-cuad. (ajustado)} = 37,3\%$$

## Análisis de varianza

Fuente	GL	SC	CM	F	P
Regresión	3	335,25	111,75	4,57	0,018
Error residual	15	366,54	24,44		
Total	18	701,79			

### **5.3.2. Relación entre Impulsores y personalidad de los progenitores y ansiedad de los niños en el Grupo Clínico**

#### ***5.3.2.1. Análisis de correlación y significación***

Se ha realizado un análisis de correlación entre la ansiedad de los niños, los factores de personalidad de los progenitores (los cinco Impulsores definidos por el Análisis Transaccional y los cuatro factores definidos por Eysenck) y los factores demográficos edad de los progenitores y edad de los niños (ver tabla 32).

Observamos que, a diferencia del grupo de población general, en el grupo clínico no existen variables de personalidad y demográficas significativamente explicativas de la ansiedad de los hijos. Ante esta circunstancia, nos inclinamos a pensar en dos posibles explicaciones. Por un lado, que al ser equiparable la ansiedad de los niños en ambos grupos las características de personalidad e Impulsores que sí varían en el grupo clínico pierden potencia para producir las relaciones en la ansiedad de los niños que se han percibido en la muestra de población general.

Por otro lado, también podría explicarse entendiendo que los factores de personalidad de los progenitores están bajo el efecto de la contención o reconducción que ejerce la terapia que recibe el niño sobre todo el sistema familiar. Esta explicación indicaría que el tratamiento terapéutico que recibe una parte de la muestra es una variable externa a considerar en siguientes investigaciones.

**Tabla 32:** Análisis de correlación y significación entre las variables del grupo clínico (n=36).

ANSIEDAD NIÑOS						
VARIABLES	CAS		E STAIC		R STAIC	
PERSONALIDAD PADRES	correlación	sig = pvalor	correlación	sig = pvalor	correlación	sig = pvalor
-Imp. Sé Fuerte	.3724	.025	-.0104	.952	.0192	.912
-Imp. Complace	.2642	.119	.2222	.193	.3039	.072
-Imp. Sé Perfecto	-.2210	.195	-.0508	.769	-.0679	.694
-Imp. Date Prisa	.3263	.052	-.0656	.704	-.1420	.409
-Imp. Esfuézzate	.2772	.102	.1430	.405	.2394	.160
-Extraversión	.7174	.000	-.2997	.076	-.2960	.080
-Neuroticismo	.6248	.000	.0883	.608	.1455	.397
-Psicoticismo	-.0836	.628	-.1034	.549	-.1928	.260
-L (Sinceridad)	.0393	.820	.2226	.192	.2246	.188
PERSONALIDAD MADRES						
-Imp. Sé Fuerte	.6805	.000	-.1586	.355	-.1144	.506
-Imp. Complace	.7836	.000	.1516	.377	.1739	.311
-Imp. Sé Perfecto	.6576	.000	.0927	.591	.1236	.473
-Imp. Date Prisa	.6766	.000	.2030	.235	.1987	.245
-Imp. Esfuézzate	.9381	.000	-.0951	.581	-.0790	.647
-Extraversión	-.5898	.000	.2272	.183	.1764	.303
-Neuroticismo	.9868	.000	.1936	.258	.2734	.107
-Psicoticismo	.6251	.000	.0008	.996	-.0586	.734
-L (Sinceridad)	.4017	.015	-.1133	.511	-.0826	.632
DEMOGRÁFICAS:						
-Edad padres	-.7227	.000	-.0174	.920	.0892	.605
-Edad madres	.5497	.001	-.0709	.681	-.0280	.871
-Edad niños	-.5276	.001	-.2314	.175	-.2976	.078

## 5.4. Resumen de los resultados obtenidos

1) Desde un punto de vista transaccional y teniendo en cuenta el análisis de las diferencias significativas entre *Impulsores*, observamos lo siguiente:

- Sólo el Impulsor “Sé Fuerte” presenta diferencias significativas entre madres y padres en ambos grupos. Este dato indica que, en general, la dureza emocional es



una característica más propia de los varones tanto de muestra general como de la clínica.

- En el grupo población general, el Impulsor “Sé Perfecto” alcanza puntuaciones significativamente más altas en las madres. Si nuestros resultados se pudieran generalizar ampliando la muestra en siguientes investigaciones, podría indicar que las mujeres en la población general tienen marcadamente un carácter más perfeccionista que los padres varones.
- En el grupo clínico, además del Impulsor “Sé Fuerte” ya comentado más arriba, encontramos también que el Impulsor “Complace” presenta diferencias significativas entre padres y madres, siendo éstas últimas las que tienen puntuaciones más altas, lo que indicaría la predominancia de un carácter sumiso en las madres de niños que realizan algún tipo de psicoterapia.

2) Desde un punto de vista dimensional y teniendo en cuenta el análisis de diferencias significativas entre *factores de personalidad* de Eysenck, observamos lo siguiente:

- En el grupo población general, no hay diferencias significativas entre los factores de personalidad de los padres y las madres.
- Por el contrario, en el grupo clínico, el factor Neuroticismo presenta diferencias significativas entre ambos progenitores. Se advierte, pues, que en este grupo el neuroticismo materno es significativamente superior al paterno.

3) En la *comparación* entre progenitores de los distintos grupos, observamos:

- Los padres varones del grupo población general son significativamente más complacientes que los del grupo clínico.

- Ambos progenitores del grupo clínico son significativamente más emotivos (Neuroticismo) y duros emocionalmente (Psicoticismo) que los del grupo población general.

4) En cuanto a la *jerarquización* de los Impulsores, observamos lo siguiente:

- Teniendo en cuenta el punto de corte del Cuestionario AT-II ( $\geq 22$ ), el Impulsor Sé Perfecto alcanza puntuaciones clínicamente altas en los progenitores de ambos grupos. Si nuestros resultados se pudieran generalizar podría indicar que este es el Impulsor más prevalente.
- En el grupo población general, la jerarquización de los Impulsores es igual tanto en madres como en padres. Existe, pues, una homogeneización en la forma como hombres y mujeres se impulsan hacia la acción, donde los Impulsores Complace y Sé Perfecto son los de máxima influencia. Cabe destacar, como paradójico, que aún estando en una sociedad marcada por el valor de la inmediatez y la alta competitividad, el Impulsor Date Prisa es el que ocupa el último lugar en la jerarquización.
- En el grupo clínico la jerarquización de los Impulsores difiere entre madres y padres al contrario de lo que habíamos visto en la población general. Ambos progenitores son perfeccionistas, pero los padres son más duros emocionalmente (Impulsor Sé Fuerte) y las madres son más sumisas y estresadas (Impulsores Complace y Date Prisa).

5) En cuanto a la relación entre los *Impulsores* y la *ansiedad infantil*, observamos lo siguiente en el grupo *población general*:

- Los Impulsores que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Estado son: Complace paterno, Date Prisa paterno, Esfuérzate paterno, Sé Perfecto materno y Esfuérzate materno.

- Los Impulsores que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Rasgo son: Date Prisa paterno, Esfuérzate paterno, Sé Fuerte materno, Complace materno, Date Prisa materno y Esfuérzate materno.
- Según el análisis de regresión, se corrobora que el Impulsor Complace paterno predice la Ansiedad-Estado del niño.

Esto significa que al ser más demandante el análisis de regresión, pierden poder explicativo los Impulsores de la Ansiedad-Rasgo y por el contrario sólo se mantiene el Impulsor Complace paterno en lo que respecta a la explicación de la Ansiedad-Estado.

6) En cuanto a la relación entre los *factores de personalidad* de los progenitores y la *ansiedad infantil*, observamos lo siguiente en el grupo *población general*:

- Los factores de personalidad que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Estado son: Neuroticismo paterno y Extraversión materna.
- Los factores de personalidad que correlacionan significativamente con la Ansiedad-Rasgo son: Neuroticismo paterno, Extraversión paterna y Neuroticismo materno.
- Según el análisis de regresión, se corrobora que los factores de personalidad Extraversión paterna y Neuroticismo materno predicen la Ansiedad-Rasgo del niño.

Esto significa que al ser más demandante el análisis de regresión, pierden poder explicativo los factores de personalidad de la Ansiedad-Estado y se mantienen los factores Extraversión paterna y el Neuroticismo materno en lo que respecta a la explicación de la Ansiedad-Rasgo.

7) Según la *edad* de los progenitores y la ansiedad en grupo población general, observamos:

- La edad de los progenitores tiene una relación inversa a la ansiedad de los niños: cuanto más jóvenes son los primeros, más aumenta el nivel de ansiedad en los niños, tanto la Ansiedad-Estado como la Ansiedad-Rasgo.

En los análisis de regresión, la edad de los progenitores no resulta ser una variable relevante en la predicción de la ansiedad de los niños.

8) En cuanto a la relación entre los *Impulsores* y los *factores de personalidad* y la *ansiedad* infantil en el grupo clínico, observamos lo siguiente:

- Ninguno de los factores de personalidad paterno adquiere una correlación significativa en este grupo.
- Tampoco se han encontrado correlaciones significativas entre *Impulsores* y *ansiedad* de los niños.

Por tanto no se ha llevado a cabo el análisis de regresión en este grupo ya que no hemos encontrado ninguna variable relevante en la explicación de la ansiedad de los hijos en ninguna de sus formas.

## 5.5. Comprobación de hipótesis en relación con resultados

Partiendo de la primera hipótesis: *Las puntuaciones en ansiedad de los niños del grupo población general diferirán de las puntuaciones de los niños del grupo clínico*, los resultados obtenidos no permiten mantener la hipótesis, porque no hay diferencias significativas entre las medidas de ansiedad entre ambos grupos.

Acerca de la segunda hipótesis: *Se espera que los Impulsores de los progenitores del grupo población general difieran de los Impulsores del grupo clínico*. Según los resultados obtenidos, la hipótesis se cumple. Existen diferencias significativas entre algunos *Impulsores* de ambos grupos: los padres del grupo población general son significativamente más complacientes que los del grupo clínico. La jerarquización de los *Impulsores*, tanto en padres como en madres, también es diferente en ambos grupos.

Acerca de la tercera hipótesis: *Se espera que los factores de personalidad de los progenitores del grupo población general difieran de los del grupo clínico.* Según los resultados obtenidos, la hipótesis se cumple. Existen diferencias significativas entre algunos factores de personalidad de ambos grupos: tanto los padres como las madres del grupo clínico son significativamente más emotivos (Neuroticismo) y duros emocionalmente (Psicoticismo) que los del grupo población general.

Sobre la cuarta hipótesis: *Existirá relación entre los Impulsores de los progenitores y la ansiedad de los niños en ambos grupos.* Según los resultados obtenidos, la hipótesis se cumple en el grupo de población general. Hay cinco Impulsores que explican significativamente la Ansiedad-Estado y seis Impulsores que explican significativamente la Ansiedad-Rasgo. Además, el Impulsor Complace paterno predice la Ansiedad-Estado en el grupo de población general.

Sobre la quinta hipótesis: *Existirá relación entre los factores de personalidad de los progenitores y la ansiedad de los niños en ambos grupos.* Según los resultados obtenidos, la hipótesis se cumple en el grupo de población general. Hay dos factores de personalidad que explican significativamente la Ansiedad-Estado y tres que explican la Ansiedad-Rasgo. Además, la Extraversión paterna y el Neuroticismo materno predicen la Ansiedad-Rasgo en el grupo de población general.

## 6. DISCUSION

Hemos podido observar a partir de los resultados obtenidos que los padres varones del grupo población general son significativamente más complacientes que en el grupo clínico. Además, el Impulsor Complace paterno ha resultado ser una variable predictiva de la Ansiedad-Estado del niño. Por otro lado, los factores de personalidad Neuroticismo materno y Extraversión paterna predicen de la Ansiedad-Rasgo de los niños.

Respecto al Neuroticismo materno, los resultados se acercan a las observaciones de estudios centrados la influencia de la ansiedad materna y estilo educativo de las madres sobre la respuesta ansiosa de los hijos, tales como los de Xu, Zhu y Chen (2002) y Carrera et al. (2004). Respecto a la Extraversión paterna, los resultados están en la línea de las observaciones realizadas por Fong y Garralda (2007) que señalan que los progenitores de niños con ansiedad muestran una actitud de exceso de control y de rechazo excesivo en la crianza de sus hijos, con un elevado nivel de “emoción expresada” que conlleva una implicación emocional excesiva en todo lo que se refiere a sus hijos.

En cuanto a los Impulsores que caracterizan los padres, cabe preguntarnos sobre el tipo de transacciones que estos progenitores mantienen con sus hijos y, por tanto, qué tipo de mensajes son los que envían al hijo de forma que provocan una respuesta ansiosa en el niño. Centrándonos en el Impulsor Complace paterno por ser el más explicativo de la ansiedad infantil, esto se puede relacionar con el tipo de padres varones caracterizados por “Complace” que corresponde a un perfil muy concreto: padre inseguro y dependiente con una personalidad de tipo *Feeler* (“Sufridor”)<sup>18</sup>, como sostiene Kahler (2008 y 2010), cuyos elementos son:

- El mandato que dirige la acción del padre es “no sientas rabia”.
- El mecanismo de defensa preferido es la introyección (justificación de los hechos en su propia persona, dificultad para criticar a otros, muestra dudas sobre sí mismo).
- El mecanismo de fracaso que utiliza el Guión es cometer errores (“sé torpe”).
- Los *rackets* principales son tristeza, desorientación.
- El rol preferido es la víctima buscando el perseguidor.

---

<sup>18</sup> La traducción es nuestra.

-El Guión temporal es “después de” (falta de energía para emprender iniciativas).

Con este perfil, mensajes como “no sé ponerte límites”, “hazlo tú que yo no puedo”, “decide tú correctamente” bien podrían caracterizar los permisos y mandatos de estos padres hacia sus hijos, colocando al niño en una situación de desplazamiento de la responsabilidad de padre a hijo así como de falta de contención a partir de la ausencia de límites y normas para la conducta bien definidos. Esta observación guarda relación con las realizadas por investigaciones centradas en el estudio del estilo educativo de los padres y el uso del control, ya sea en un ausencia o exceso, sobre la conducta del niño y su relación con los trastornos de ansiedad infantil (Carrasco, Ramírez y Del Barrio, 2013; Dibartolo, 2007; Escrivá, Porcar y del Barrio, 2004; Fox, Henderson, Marshall, Nichols y Ghera, 2005; Wood, McLeod, Hwang y Chu, 2003). En nuestra investigación, cabría esperar que el Impulsor Complace en padres varones conlleve un bajo control del padre sobre la conducta del hijo que impide el desarrollo en el niño de un sentimiento de seguridad ante la vida de manera que quede más expuesto a sentir ansiedad.

Respecto al grupo clínico, aunque no se han obtenido diferencias significativas entre las variables de los progenitores y la ansiedad de los niños, sí se advierte que el Impulsor Complace paterno casi alcanza límites de significación. También hemos observado que, al contrario de lo que habíamos visto en la población general, la jerarquización de los Impulsores difiere entre madres y padres. Ambos progenitores son perfeccionistas, pero los padres son más duros emocionalmente (Impulsor Sé Fuerte) y las madres son más sumisas y estresadas (Impulsores Complace y Date Prisa). Podemos observar que los estereotipos de género quedan reflejados en estos resultados. Si hacemos un análisis de compatibilidad de Impulsores en este tipo de parejas (como sugiere hacer Kertész, 1985), podemos apuntar que el Impulsor “Sé Fuerte” del padre queda potenciado por la sumisión del “Complace” de la madre y por el dominio de la personalidad perfeccionista que existe en ambos progenitores. Sin embargo, lejos de poder ser un obstáculo para tomar la decisión de iniciar una terapia para su hijo, este perfil de personalidad de los progenitores del grupo clínico es suficientemente flexible para verse involucrado en los cambios que una terapia exigirá al grupo familiar. Podemos deducir que la propia decisión de iniciar un tratamiento psicológico, así como la terapia que recibe el niño, actúan como variables externas que influyen tanto en

la variable independiente (personalidad de los progenitores) como en la dependiente (ansiedad de los hijos).

Anteriormente ya comentamos que hay Guiones de Vida que afectan al sentido de la existencia porque conducen al individuo al fracaso por ser trágicos o hamárticos. Intuimos que estos Guiones activan la alarma ansiosa en el individuo (y tempranamente en el niño) y que ésta actúa como mecanismo de supervivencia que “frena” el desenlace trágico del Guión. Con lo cual es preferible que un individuo bloquee su Estado Niño, aunque eso implique que se mueva por decisiones inmaduras construidas desde el miedo o una Posición Existencial No OK – OK, a que desarrolle la totalidad de su Guión de fracaso (que podría llevarle a la muerte). A diferencia de la propuesta de Wilmotte (1987), en el que no define ningún tipo de Guión específico para este tipo de trastorno, y completando la propuesta de Gimeno-Bayón y Rosal (2003), que sitúan la ansiedad en un Guión de Perdedor sin alegría, creemos que cabe también la posibilidad de entender la ansiedad como un bloqueador de la Posición Existencial No OK – No OK.

Siguiendo la reflexión acerca de la vinculación entre el Guión de Vida y la ansiedad, hemos recordado el estudio incipiente de Eley (2007) acerca del sesgo cognitivo como mediador potencial del riesgo genético de la ansiedad. Intuimos que en AT este sesgo cognitivo bien podría corresponder al Estado del Yo Adulto, en el caso del individuo adulto, y al Adulto del Niño (o Pequeño Profesor), en el caso de la infancia. Este enfoque englobaría la propuesta que hacen Goulding y Goulding (1991) para el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad centrado en reforzar un determinado tipo de mensajes promovidos desde el Estado del Yo Adulto y grabados en el Padre del Niño actuando como un sesgo cognitivo. Intuimos también que la creación o promoción de este estilo cognitivo tanto en la infancia como en el individuo adulto estaría determinada, de alguna manera, por los tres factores conocidos en AT como las “3P” (Camino, 2013):

1. La existencia de una fuente de Permisos, por parte de un ambiente facilitador de ellos o del propio individuo a sí mismo (ya en edad adulta).
2. Potencia: energía que impulsa al individuo a tomar y ejecutar la decisión de superarse y no entrar en la ansiedad o bien salir de ella.
3. Protección, es decir, la existencia de una fuente de amor por parte de un ambiente facilitador y del propio individuo a sí mismo (ya en edad adulta).



Los resultados que hemos obtenidos acerca de los impulsores y su relación con la ansiedad infantil son efectivamente los que se han hallado en esta investigación. La discusión con otros autores acerca de ellos no es posible puesto que no se ha estudiado este tema previamente.

## **6.1. Limitaciones del estudio**

Hemos podido constatar que la ansiedad se distribuye de forma muy irregular en la población, con lo cual el uso de un muestreo incidental como el nuestro corre el riesgo de no recoger niveles de ansiedad lo suficientemente significativos como para poder realizar estudios de personalidad a partir de ellos, a no ser que se utilice una muestra muy grande de sujetos. Precisamente, una de las limitaciones de este estudio es la extracción y el tamaño de la muestra. Por otra parte, el número de niñas en el rango más bajo de edad ha resultado ser excesivamente escaso, con lo cual los estadísticos no han resultado ser significativos. Por otro lado, la información acerca de variables relevantes en la muestra clínica, tales como diagnóstico del niño, tipo de tratamiento y duración del mismo, ha resultado ser insuficiente.

Además hemos podido comprobar que la ansiedad infantil es una temática que genera algún tipo de inquietud o incomodidad en la mayoría de padres y madres. Durante nuestra investigación, no ha sido fácil encontrar progenitores que estuvieran dispuestos a realizar los cuestionarios de personalidad y sin embargo no ha existido dificultad a la hora de administrar las pruebas a sus hijos. Este hecho implica ser especialmente cuidadoso en las formas de acceder a los padres y madres tanto en el momento de exponer los objetivos del estudio como, sobre todo, en el momento de dar las instrucciones para realizar las pruebas con el fin de garantizar una actitud colaboradora y poco defensiva que se traduzca en un bajo nivel de disimulo en sus respuestas.

También se pueden tener en cuenta ciertos aspectos positivos de esta investigación como es la novedad en el planteamiento del tema de la ansiedad infantil partiendo de dos concepciones teóricas diferentes como es el AT con la evaluación de Impulsores y la psicología objetiva y con medidas dimensionales de personalidad.

## 6.2. Futuras líneas de investigación

En este estudio se ha comprobado que existen diferencias tanto en Impulsores como en factores de personalidad de los padres y la ansiedad de los hijos. Sin embargo ha quedado también patente que todas las hipótesis que se habían hecho sobre el grupo clínico no han tenido su verificación. Por tanto, es evidente la necesidad de una depuración del grupo clínico en donde es necesario plantearse el tema de diagnóstico de los niños, tratamiento terapéutico y duración del mismo. Por otro lado, esto llevaría a escoger un grupo clínico en el momento de diagnóstico y antes de comenzar el tratamiento.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta para mejorar la investigación es que no podemos inferir la posibilidad de que un niño sufra ansiedad a partir de observar *únicamente* determinados rasgos de la personalidad de los progenitores. Recogiendo de nuevo las estimaciones acerca de los factores de riesgo en los trastornos de ansiedad, observamos que la posibilidad de herencia genética oscila entre el 20% y el 30% (Eley, Bolton, O'Connor, Perrin, Smith y Plomin, 2003 y Eley y Gregory, 2004) y que el resto de la varianza (alrededor del 60-70%) responde a la influencia del ambiente en la niñez (Rothbaum y Weisz, 1994; McLeod, Wood y Weisz, 2007). Por tanto, la ansiedad y su desarrollo es, pues, multifactorial, es decir, se explica por la incidencia de diferentes factores que la predisponen, tanto ambientales como genéticos, por lo que no se puede estimarla sólo a partir del análisis de uno de ellos aisladamente de los otros.

Como vemos, el estudio de los Impulsores dominantes en padres y madres abre algunos interrogantes de futuro que nos invitan a profundizar acerca del desarrollo de la ansiedad, su relación con la personalidad de los padres y su papel en el plan de vida del individuo. Por ejemplo, los Impulsores paternos/maternos, ¿qué Impulsores promueven en el hijo, los mismos u otros diferentes? Es decir, un padre con el Impulsor *Complacencia* dominante ¿criará a su vez hijos complacientes? Por otro lado, ¿qué Impulsores son los más dominantes en pacientes adultos con trastorno de ansiedad? Es decir, ¿qué Impulsores son más aliados con el estado de opresión existencial que caracteriza la experiencia ansiosa? Naturalmente, este proyecto de investigación futura necesitaría plantearse en un diseño longitudinal.

Y por último, también ha aparecido como pertinente en el futuro estudiar la posible relación entre Impulsores de los progenitores con sus hábitos de crianza.

### 6.3. Implicaciones de la investigación de la toma de decisiones preventivas

Creemos que desde el punto de vista tanto clínico como educativo, considerar este perfil de los progenitores nos permite poder discriminar mejor las orientaciones que tanto terapeutas como educadores pueden ofrecer a los padres con hijos ansiosos, permitiendo diseñar un protocolo de actuación basado en consignas fundadas en el AT:

- a) Faciliten la expresión de emociones auténticas sin uso de disimulos o *rackets*.
- b) Activen la economía de caricias y el refuerzo positivo.
- c) Refuercen el uso de la responsabilidad de la crianza en los padres y no en los hijos.

Y esto se conseguiría limitando la convicción del padre y la madre de que pensar que la complacencia (Complace) puede ser una forma de actuación inadecuada para la estabilidad emocional de los hijos así como la urgencia (Date Prisa) y el esfuerzo excesivo (Esfuézate).

Desde un punto de vista cognitivo-conductual, podríamos decir que las orientaciones hacia los padres estarían focalizadas en lograr el control emocional y a suavizar dureza de las interacciones, por tanto las recomendaciones concretas para los padres serían:

- a) Expresar adecuadamente las emociones positivas y negativas
- b) Controlar el incremento de emociones negativas
- c) Aprender a adecuar la interacción con los hijos.

## 7. PUBLICACIONES

### 7.1. *Abstract* del artículo en la Revista *Acción Psicológica*



Revista Acción Psicológica

[Inicio](#) > [Vol 10, No 1 \(2013\)](#) > [Coca-Vila](#)

### Evaluación de Factores de Personalidad de los Progenitores y Ansiedad en los Hijos en una Muestra de Población Española [Evaluation of personality factors of parents and child anxiety in a spanish population sample]

Arantxa Coca-Vila

#### Resumen

##### Resumen

En este trabajo estudia algunos factores de personalidad de padres y madres y su relación con los niveles de ansiedad de sus hijos a partir de la teoría del Análisis Transaccional. La muestra utilizada se compone de 72 parejas de progenitores, madres y padres, con hijos entre 6 y 14 años de edad. Se diferencian dos grupos: un grupo no-clínico con 36 parejas de progenitores cuyos hijos no están en tratamiento psicológico y un grupo clínico de 36 parejas cuyos hijos realizan psicoterapia. A los progenitores se administra el Cuestionario de Autoevaluación AT-2 y el Cuestionario de personalidad EPQ-R, y a los hijos el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS y el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAIC según la edad. Se han estudiado las diferencias significativas de los resultados y se han hecho análisis de regresión. Se definen tres hipótesis: (a) Las puntuaciones de los niños del grupo no-clínico diferirán en ansiedad de las puntuaciones de los niños del grupo clínico; (b) El perfil de los progenitores del grupo no-clínico diferirá del de los progenitores del grupo clínico; (c) Existirá relación entre la ansiedad del niño y la personalidad de sus progenitores. La primera hipótesis no se cumple; la segunda hipótesis se cumple ya que los factores de personalidad difieren entre ambos grupos tanto en padres como en madres; la tercera hipótesis también se cumple, ya que el Impulsor paterno Complace resultó ser significativo para la Ansiedad-Estado y los Impulsores paterno Date Prisa y materno Esfuérzate lo son para la Ansiedad-Rasgo.

##### Abstract

This paper examines some personality factors of parents and their relationship to anxiety levels of their children from the theory of Transactional Analysis. The sample consists of 72 pairs of parents with children between 6 and 14 years old. There are two different groups: one group with 36 non clinical couples of parents and a clinical group of 36 couples whose children are in psychotherapy. The parents are given the Cuestionario de Autoevaluación AT-2 and the personality questionnaire EPQ-R, and children the Child Anxiety Questionnaire CAS and STAIC depending on the age. We have studied the differences in the results and have become regression analysis. It defines three hypotheses: 1st) The scores of the children in the nonclinical differ in anxiety scores of children in the clinical group; 2nd) The profile of the

parents group nonclinical differ from that of the parents of the clinical group; 3rd)  
Relationship exists between the child's anxiety and personality of their parents.

## Palabras clave

Personalidad padres; Personalidad madres; Ansiedad hijos; Impulsores; Miniguión; Análisis Transaccional [fathers personality; mothers personality; child anxiety; drivers; miniscript; Transactional Analysis]

## **7.2. Artículo: *Evaluación de factores de personalidad de los progenitores y ansiedad en los hijos en una muestra de población española***

### **EVALUACIÓN DE FACTORES DE PERSONALIDAD DE LOS PROGENITORES Y ANSIEDAD EN LOS HIJOS EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ESPAÑOLA**

#### **Resumen**

En este trabajo estudia algunos factores de personalidad de padres y madres y su relación con los niveles de ansiedad de sus hijos a partir de la teoría del Análisis Transaccional. La muestra utilizada se compone de 72 parejas de progenitores, madres y padres, con hijos entre 6 y 14 años de edad. Se diferencian dos grupos: un grupo no-clínico con 36 parejas de progenitores cuyos hijos no están en tratamiento psicológico y un grupo clínico de 36 parejas cuyos hijos realizan psicoterapia. A los progenitores se administra el Cuestionario de Autoevaluación AT-2 y el Cuestionario de personalidad EPQ-R, y a los hijos el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS y el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAIC según la edad. Se han estudiado las diferencias significativas de los resultados y se han hecho análisis de regresión. Se definen tres hipótesis: (a) Las puntuaciones de los niños del grupo no-clínico diferirán en ansiedad de las puntuaciones de los niños del grupo clínico; (b) El perfil de los progenitores del grupo no-clínico diferirá del de los progenitores del grupo clínico; (c) Existirá relación entre la ansiedad del niño y la personalidad de sus progenitores. La primera hipótesis no se cumple; la segunda hipótesis se cumple ya que los factores de personalidad difieren entre ambos grupos tanto en padres como en madres; la tercera hipótesis también se cumple, ya que el Impulsor paterno Complace resultó ser significativo para la Ansiedad-Estado y los Impulsores paterno Date Prisa y materno Esfuérate lo son para la Ansiedad-Rasgo.

**Palabras clave:** Personalidad padres; Personalidad madres; Ansiedad hijos; Impulsores; Miniguión; Análisis Transaccional.

## EVALUATION OF PERSONALITY FACTORS OF PARENTS AND CHILD ANXIETY IN A SPANISH POPULATION SAMPLE

### **Abstract**

This paper examines some personality factors of parents and their relationship to anxiety levels of their children from the theory of Transactional Analysis. The sample consists of 72 pairs of parents with children between 6 and 14 years old. There are two different groups: one group with 36 non clinical couples of parents and a clinical group of 36 couples whose children are in psychotherapy. The parents are given the Cuestionario de Autoevaluación AT-2 and the personality questionnaire EPQ-R, and children the Child Anxiety Questionnaire CAS and STAIC depending on the age. We have studied the differences in the results and have become regression analysis. It defines three hypotheses: 1st) The scores of the children in the nonclinical differ in anxiety scores of children in the clinical group; 2nd) The profile of the parents group nonclinical differ from that of the parents of the clinical group; 3rd) Relationship exists between the child's anxiety and personality of their parents.

**Key words:** fathers personality; mothers personality; child anxiety; drivers; miniscript; Transactional Analysis.

# **EVALUACIÓN DE FACTORES DE PERSONALIDAD DE LOS PROGENITORES Y ANSIEDAD EN LOS HIJOS EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ESPAÑOLA**

## **Introducción**

La cuestión de si los factores de personalidad de los progenitores condicionan la sensibilidad del hijo para desarrollar una patología psicológica sigue siendo uno de los temas que impulsan más investigaciones en el marco de las relaciones padres-hijos (Aristu, Moreno y Felipe, 2002). Investigaciones similares a la nuestra, aunque no desde el Análisis Transaccional, que utilizan un grupo de control y otro experimental según los factores de personalidad de padres o de sus hijos, aportan diferentes resultados al respecto.

Investigaciones recientes donde se han estudiado factores de personalidad de los padres han indicado que existe una fuerte correlación entre personalidad de los padres, el estilo educativo que utilizan y la patología del niño. Tal es el caso del estudio que llevó a cabo Xu, Zhu y Chen (2002) con una muestra de 549 niños de preescolar entre 3 y 6 años de edad. Los estilos educativos de los progenitores fueron evaluados a través de varias pruebas y se realizaron análisis de correlación entre temperamento y estilo educativo de los padres. Los resultados indican que el temperamento de los niños está afectado por factores como la atención afectuosa, el reconocimiento, el castigo severo y la sobreprotección (a nivel de expresión emocional de los progenitores); la cultura, la moral y el tiempo de exposición del niño delante del TV (a nivel de la cultura y organización familiar); y la ansiedad materna (a nivel de psicopatología de los progenitores).

La investigación de Zhao (2010) también se centra en el estilo educativo y su influencia en la formación de la personalidad y la patología de los hijos con resultados similares a los de Xu, Zhu y Chen (2002), aunque se centra únicamente en el estudio de los factores maternos. Para conocer las relaciones entre el apego materno, el estilo de crianza y el nivel de ansiedad en los hijos utilizó una muestra de 182 preescolares. Los resultados indican que tanto el exceso de apego (sobreprotección) como la ausencia de apego corresponden con un estilo educativo autoritario y éste correlaciona con la



ansiedad por separación, fobia social y ansiedad generalizada del niño. Concretamente, la ansiedad de la madre correlaciona con todas las puntuaciones de la ansiedad infantil, y la ausencia de apego correlaciona con las lesiones físicas y ansiedad generalizada de los niños. La investigación concluye que el tipo de apego materno y el estilo educativo correspondiente tienen efectos sobre la ansiedad de los preescolares.

Sin embargo, otras investigaciones apuntan a que no existe correlación entre la patología de los progenitores y la de los niños. Manuzza et al. (2002) investigaron si la preocupación paternal está relacionada con la preocupación patológica (o ansiedad) de los hijos. Para ello estudió un grupo de 261 niños entre 6 y 17 años cuyos progenitores estaban diagnosticados de trastornos de ansiedad o otros trastornos emocionales recogidos en el DSM-IV; y otro grupo de 79 niños del mismo rango de edad cuyos padres no presentan esos trastornos. Los resultados fueron reveladores, ya que no se obtuvo diferencias significativas en las puntuaciones entre los niños de progenitores con o sin trastornos. La investigación llega a la conclusión de que factores como la preocupación de los progenitores no tiene por qué influir necesariamente en la sensibilidad ansiosa de los hijos.

El término *Miniguión* es una de las piezas claves de la teoría del Análisis Transaccional (desde ahora, AT) para la observación de patrones de conducta en el individuo. Fue acuñado por primera vez por Taibi Kahler (Kahler y Capers, 1974) y lo definió como una secuencia de conductas observables y específicas en cada persona, un proceso segundo a segundo en el cual el individuo repite el mismo tipo de respuestas que refuerzan su guión de vida una y otra vez, se trate de un guion de vida positivo (sano o, en términos del AT, desde el OK) o negativo (patológico o desde el No-OK).

Los pasos que conforman el Miniguión fueron sistematizados por Kahler como si se tratara de un programa de computadora. El resultado es una secuencia de conductas movidas por mensajes internos llamados Impulsores o *Drivers*, porque impulsan al individuo a dirigirse hacia una respuesta concreta inadecuada o de No-OK. Es decir, aunque parezca que el Impulsor es un mensaje que invita al individuo a crecer y desarrollarse de forma sana, en realidad contiene un conjunto de condiciones que la persona debe cumplir si quiere alcanzar la estima y la aceptación de los demás, que la

conduce a un camino de búsqueda y cumplimiento de condiciones que jamás conseguirá satisfacer, con el correspondiente sentimiento de fracaso personal.

Cuatro son los pasos que conforman la secuencia del Miniguión, siendo los Impulsores el primero de ellos (Kahler, 1975a, 1975b). Aunque no es el objetivo en este artículo estudiar cada uno de los pasos, se mencionan para poder señalar el papel fundamental de los Impulsores en su desarrollo (ver tabla 1).

### Insertar Tabla 1

Como vemos, los Impulsores son mensajes o consejos parentales enviados al hijo y son el primer paso que desencadena la secuencia del miniguión. El niño conserva estos mensajes interiorizados como si se tratara de una cinta magnetofónica que después pone en funcionamiento cuando de algún modo se siente inseguro o ve peligrar su aceptación y estima, creyendo que así podrá conservarla o conseguirla. Los Impulsores se reducen a cinco: Sé fuerte, Complace, Sé Perfecto, Date prisa y Esfuérate, y son observables mediante signos de conducta (palabras, frases, expresión facial, etc.).

Exponemos una breve descripción de cada uno de ellos:

- Con el **Impulsor “Sé Fuerte”** (*Be Strong*) el individuo juega al héroe sin apenas expresar sentimientos pues éstos delatan debilidad y reconocer las debilidades significaría un fracaso. Síntomas conductuales clave: dureza emocional, rigidez, autosuficiencia, capacidad de sufrimiento, aceptación voluntaria de dificultades excesivas.
- El **Impulsor “Complace”** (*Please*) hace que el individuo se sienta responsable de contribuir al bienestar de los otros. Las necesidades y deseos personales queda relevados, ya que es más importante para el individuo sentirse necesitado. Se evita la espontaneidad, el pensamiento propio y hasta la crítica. Igualmente funciona a la inversa: el individuo espera que los demás le den la razón y esten agradecidos, dependiendo de su opinión y perdiendo la autonomía personal. Síntomas conductuales clave: pendiente de deseos ajenos, complacencia, sumisión, necesidad de aceptación.

- Bajo el **Impulsor “Sé Perfecto”** (*Be Perfect*) el individuo se esfuerza por alcanzar la perfección que también exige a los demás. Emplea palabras grandilocuentes y responde más de lo que le han preguntado para asegurarse de ser entendido bien. Síntomas conductuales clave: detallismo, magnificación de lo bueno-malo, desvalorización de los resultados.
- El **Impulsor “Date Prisa”** (*Hurry*) estimula a hablar, actuar o pensar aún más de prisa, con agitación y “nerviosismo”, creyendo que todo debe ocurrir en seguida. El individuo interrumpe a los demás, obligándoles con ello a terminar la frase y exigiéndole que se asegure de lo que hace o dice de forma inminente, a veces para no permitir que se lleve a cabo ninguna intimidad. Síntomas conductuales clave: impaciencia, desorganización personal y temporal, inquietud, hiperactividad “caótica”.
- En el **Impulsor “Esfuézate”** (*Try Hard*), la espontaneidad y capacidad de pensar queda bloqueada, de modo que el individuo cree que tiene la obligación de repetir las preguntas que le dirigen, haciéndose más ignorante de lo que realmente es. Síntomas conductuales clave: duda, inclusión de tareas, voluntarismo decreciente, carencia de resultados.

Los Impulsores refuerzan el guión de vida muchas veces al día. Cada vez que la conducta del individuo está bajo el influjo de un Impulsor (lo que sucede casi todo el tiempo), la energía que se utiliza se extrae del estado del yo Adulto influyendo por tanto en la estructura cognitiva, de manera que los pensamientos quedan contaminados por ese Impulsor y a su merced (Kahler, 1975a, 1975b, 2010; Kahler y Capers, 1974).

Conociendo la importancia de los Impulsores en la formación de la personalidad del individuo y su papel en la comunicación padres-hijos, se ha querido conocer cuáles son los Impulsores dominantes en una muestra de padres y madres de la población española y cómo correlacionan y se relacionan con los niveles de ansiedad de sus hijos. Se hipotetizó que las puntuaciones de los niños del grupo no-clínico, en comparación con el grupo clínico, diferirían en la ansiedad. También que el perfil de los progenitores

sería diferente en ambos grupos y que existiría relación entre la ansiedad del niño y la personalidad de sus progenitores.

## Método

### Participantes

La muestra se compuso de un total de 72 parejas de progenitores, madres y padres, con hijos entre 6 y 14 años de edad. La extracción de la muestra fue incidental, urbana, de la ciudad de Barcelona y Gerona. Se distinguieron dos grupos: un grupo no-clínico de 36 parejas de progenitores cuyos hijos no estaban en tratamiento psicológico; y otro grupo clínico de 36 parejas de progenitores cuyos hijos sí estaban llevando a cabo algún tipo de psicoterapia. La muestra no-clínica estuvo formada por un total de 36 niños, 18 de ellos tenían entre 6 y 8 años de edad, 10 tenían entre 12 y 14 años y ocho tenían entre nueve y 11 años. El 64% de este grupo fueron niñas. El promedio de edad de los padres fue 42.63 (DT = 5.68) y de 39.91 (DT = 3.93) en el caso de las madres. El nivel socio-económico de estas familias era medio-alto. La muestra clínica también estuvo formada por un total de 36 niños, nueve tenían entre seis y ocho años de edad, 21 tenían entre nueve y 11 años y seis entre 12 y 14 años de edad. A diferencia del grupo no-clínico, había más niños que niñas (67%). El promedio de edad de los padres fue 43 (DT = 4.36) y de 40 (DT = 4.21) en el caso de las madres. El nivel socio-económico de estas familias era medio.

### Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de la personalidad de los progenitores se administraron dos pruebas: el Cuestionario de Autoevaluación AT-2 (adaptación de Camino, 1990) y el Cuestionario de personalidad EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 2001).

El Cuestionario de Autoevaluación AT-II es un instrumento de uso extendido en la práctica clínica de psicoterapia transaccional y evalúa los cinco Impulsores definidos por el AT: Sé Fuerte, Complace, Sé Perfecto, Date Prisa y Esfuérzate. Se obtienen las puntuaciones directas de la muestra total. Las puntuaciones se trasladan a una tabla, donde se ordenan los ítems según correspondan a cada Impulsor obteniendo cada uno de ellos una puntuación total entre cero y 40, estableciéndose la puntuación de corte en 22. El Cuestionario de personalidad EPQ-R versión completa tiene como finalidad evaluar tres dimensiones básicas de la personalidad: Extraversión (escala E), Emotividad

(también llamada escala de Neuroticismo, N) y Dureza (también llamada escala de Psicoticismo, P). El cuestionario también evalúa una escala de Disimulo/conformidad (escala L).

Para el estudio de los niveles de ansiedad en los niños se administraron las siguientes pruebas psicológicas: El Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS (Gillis, 1999) en niños menores de ocho años de edad y el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños STAIC (Spielberger, 2001) en niños mayores de nueve años de edad. El Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) tiene como finalidad apreciar el nivel de ansiedad infantil. Su ámbito de aplicación es para niños de seis a ocho años de edad. La duración de su administración es entre 20 y 30 minutos. Su baremación escolar está realizada en los cursos 1.º, 2.º y 3.º de EGB. La consistencia interna o fiabilidad del cuestionario, determinada mediante la fórmula Kuder, tiene un índice de .65. Por otro lado, ha mostrado una validez concurrente de .31. La baremación se presenta en centiles y decatipos. El cuestionario está formado por 20 ítems, cada uno asociado a un dibujo para facilitar que el niño pueda seguir el orden de cada ítem. El evaluador lee en voz alta cada ítem dejando un tiempo prudencial entre cada uno para que el niño responda en la hoja de respuesta. El tipo de respuesta es dicotómica Sí/No asociada a una figura geométrica: redondel para el “Sí” y cuadradito para el “NO”.

El Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC) tiene como finalidad evaluar la Ansiedad-Estado (A-E) y la Ansiedad-Rasgo (A-R). Su ámbito de aplicación es para niños de nueve a 15 años de edad. La duración de su administración es entre 15 y 20 minutos. La consistencia interna o fiabilidad del cuestionario, determinada mediante la fórmula impares-pares, con un índice del .89 en la A-E y .85 en la A-R, y la fórmula Kuder, con un índice de .91 en la A-E y .87 en la A-R. El cuestionario ha demostrado una buena validez factorial y una validez ecológica de .42 en el caso de las evaluaciones de rendimiento académico. La baremación se presenta en centiles y puntuaciones S, diferenciadas por sexo y curso. El cuestionario está organizado en dos partes diferenciadas, la primera destinada a valorar la A-E y la segunda destinada a valorar la A-R. Cada parte del cuestionario está formada por 20 ítems, con tres posibilidades de respuesta cada uno. El niño lee y responde en el propio cuestionario, que sirve también como hoja de respuestas.

## **Procedimiento**

La muestra se seleccionó de forma incidental de colegios y centros de psicología entre aquellos que estuvieron dispuestos a colaborar de una lista más amplia: el grupo no-clínico procede de colegios privados concertados y el grupo clínico procede de centros de psicología. Se prepararon unas cartas explicativas sobre la intención de la investigación pidiendo permiso para la realización de las pruebas, que fueron distribuidas en primer lugar los equipos directivos de la escuela y los centros de psicología y seguidamente a los padres.

## **Diseño**

Se trata de un estudio *ex post facto* prospectivo simple. La variable independiente fue la personalidad paterna y materna (Sé Fuerte, Date Prisa, Sé Perfecto, Complace, Esfuérate, Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Sinceridad). Dado que el número de ítems que integran cada subescala es diferente, las puntuaciones de cada sujeto fueron promediadas por el número de ítems de cada subescala, a fin de poder llevar a cabo el análisis de medidas repetidas. La variable dependiente fue la ansiedad de los hijos en sus formas Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo.

## **Resultados**

### **Descriptores de ansiedad en el grupo no-clínico**

En este grupo observamos que en los niños de 6 a 8 años de edad predominan sujetos con muy poca y mucha ansiedad. En cuanto a los sujetos de 9 a 14 años, observamos que hay más curtosis izquierda en la Ansiedad-Estado que en la Ansiedad-Rasgo, lo que indica que estos niños son temperamentalmente más ansiosos (rasgo) y no puntualmente ansiosos (estado). En cuanto al nivel de ansiedad según el género, las diferencias entre niños y niñas en los resultados del CAS y STAIC de este grupo no son significativas.

### **Descriptores de ansiedad en el grupo clínico**

En los niños entre 9 y 14 años, observamos más curtosis derecha en la Ansiedad-Rasgo, lo que indica que en este grupo hay más niños temperamentalmente ansiosos. En general, el nivel de ansiedad de los niños es mayor que en el grupo no-clínico, tanto en Ansiedad-Estado como en Ansiedad-Rasgo, pero sin diferencias significativas. Las diferencias de medias entre niños y niñas tampoco son significativas.

**Descriptores de la personalidad de los progenitores del grupo no-clínico**

Se estudió el nivel de Impulsores en los dos miembros de la pareja para comparar esta característica personal en padres y madres. Hay diferencia significativa entre la media de los Impulsores Sé Fuerte y Sé Perfecto paterno y materno (figura 1), adaptándose al estereotipo de género (los hombres como individuos duros emocionalmente y las mujeres perfeccionistas). La medida del tamaño del efecto indica que la intensidad de las diferencias es baja para Sé Fuerte ( $d = .282$ ) y moderada para Sé Perfecto ( $d = .430$ ).

**Insertar Figura 1**

Al jerarquizar los Impulsores en hombres y mujeres teniendo en cuenta su promedio y el punto de corte, el orden es el mismo para ambos: 1º) Sé Perfecto; 2º) Complace; 3º) Sé fuerte; 4º) Esfuérate y 5º) Date Prisa. Se advierte como los Impulsores Sé Perfecto y Complace son los más importantes para este grupo. También se analizaron las puntuaciones de los cuatro factores de personalidad de los progenitores (ver figura 2). Se observa que tanto padres como madres puntúan alto en los factores de Extraversión y Neuroticismo, siendo las puntuaciones de las madres superiores. Sin embargo, el análisis de significación indica que no hay diferencias significativas entre estas medias.

**Insertar Figura 2****Descriptores de la personalidad de los progenitores del grupo clínico**

En este grupo se puede apreciar que las diferencias entre padre y madre se centran en los Impulsores Sé Fuerte y Complace: los padres tienen una puntuación superior en el primero y las madres en el segundo, siendo significativas estadísticamente (ver figura 3). La medida del tamaño del efecto indica que la intensidad de las diferencias es moderada para Sé Fuerte ( $d = .524$ ) y moderada para Complace ( $d = .424$ ).

**Insertar Figura 3**

Al jerarquizar los Impulsores en hombres y mujeres teniendo en cuenta su promedio y el punto de corte, el orden de Impulsores en los padres es el siguiente: 1º) Sé Perfecto; 2º) Sé Fuerte; 3º) Date Prisa; 4º) Complace y 5º) Esfuérate. En las madres es el siguiente: 1º) Sé Perfecto; 2º) Date Prisa; 3º) Complace; 4º) Sé Fuerte y 5º) Esfuérate. En cuanto a las puntuaciones de los cuatro factores de personalidad de los progenitores, hay poca variabilidad entre padres y madres (figura 4). Se advierte que en este grupo el Neuroticismo materno es significativamente superior al paterno con una intensidad del tamaño del efecto moderada ( $d = .505$ ).

#### **Insertar Figura 4**

#### **Comparación de los Descriptores de la Personalidad de los Progenitores entre el Grupo No-Clínico y el Grupo Clínico**

En las figuras 5 y 6 se observa que los padres y madres difieren en sus características tanto en el grupo clínico como en grupo no-clínico. En el caso de los padres (ver tabla 2), hay diferencia significativa en la media del Impulsor Complace (con un tamaño del efecto bajo,  $d = .29$ ) y los factores de personalidad Neuroticismo (con un tamaño del efecto medio,  $d = .41$ ) y Psicoticismo (con un tamaño del efecto bajo,  $d = .34$ ). En el caso de las madres (ver tabla 3), no hay diferencias significativa entre los Impulsores y sí entre los factores de personalidad Neuroticismo (con un tamaño del efecto medio,  $d = .53$ ) y Psicoticismo (con un tamaño del efecto bajo,  $d = .24$ ).

#### **Insertar figuras 5**

#### **Insertar figuras 6**

#### **Insertar tabla 2**

#### **Insertar tabla 3**

Se observa que padres y madres difieren en sus características tanto en el grupo clínico como en grupo no-clínico. Teniendo en cuenta el punto de corte del Cuestionario AT-II ( $\geq 22$ ), sólo el Impulsor Sé Perfecto es el más dominante en los progenitores de ambos grupos.



### **Relación entre Personalidad e Impulsores De Los Progenitores y Ansiedad de los Niños en el Grupo No-Clínico**

Se ha realizado una correlación entre la ansiedad de los niños, los factores de personalidad e Impulsores de los progenitores (los cinco Impulsores definidos por el Análisis Transaccional y los cuatro factores definidos por Eysenck) y los factores demográficos: edad de los progenitores y edad y género de los niños (ver tabla 4). Se observa que la Extraversión y el Neuroticismo son variables que actúan respecto a la ansiedad infantil de diferente forma, siendo la Extraversión el factor más alto en los padres y el Neuroticismo el más alto en el caso de las madres.

El Impulsor con valores significativos para la Ansiedad-Estado es el Complace paterno, con un tamaño del efecto medio ( $d = .4308$ ). Para la Ansiedad-Rasgo, el Impulsor paterno Date Prisa, con un tamaño del efecto medio ( $d = .4390$ ), y el Impulsor Esfuérate materno, también con un tamaño del efecto medio ( $d = .4202$ ). También se observa que la edad de los progenitores tiene una relación inversa a la ansiedad de los niños: cuanto más jóvenes son los padres y madres, más aumenta el nivel de ansiedad en los niños, tanto la Ansiedad-Estado como la Ansiedad-Rasgo.

#### **Insertar tabla 4**

En el análisis de regresión de la Ansiedad-Estado en función de las variables que han correlacionado significativamente con la ansiedad infantil (Complace paterno, Date Prisa paterno, Esfuérate paterno, Sé Perfecto materno, Esfuérate materno, Neuroticismo paterno, Extraversión materno, edad de los padres y edad de las madres), se observa que el Impulsor “Complace” paterno es la única variable significativamente explicativa de la Ansiedad-Estado con una significación de  $.004 (\leq .05)$ . En el caso de la Ansiedad-Rasgo, el análisis de regresión de las variables que han correlacionado significativamente con la ansiedad infantil (Date Prisa paterno, Esfuérate paterno, Esfuérate materno, Sé Fuerte materno, Complace materno, Extraversión paterna, Psicoticismo paterno, Neuroticismo materno, edad de los padres y edad de las madres), indica que el Impulsor Date Prisa paterno es la única variable significativamente explicativa de la Ansiedad-Rasgo con una significación de  $.047 (\leq .05)$ .

### **Relación entre Personalidad e Impulsores de los Progenitores y Ansiedad de los Niños en el Grupo Clínico.**

Se ha realizado un análisis de correlación entre la ansiedad de los niños, los factores de personalidad de los progenitores (los cinco Impulsores definidos por el Análisis Transaccional y los cuatro factores definidos por Eysenck) y los factores demográficos: edad de los progenitores, edad de los niños y género de los niños (ver tabla 5). Se observa que el Impulsor Complace paterno es la única variable significativamente explicativa de la Ansiedad-Rasgo con un tamaño del efecto bajo ( $d = .092$ ); y el factor de personalidad Extraversión paterno y edad de los niños las de la Ansiedad-Estado con un tamaño del efecto bajo en ambas variables ( $d = .087$  y  $d = .088$  respectivamente).

### **Insertar tabla 5**

En el análisis de regresión, ninguna de las variables que habían correlacionado significativamente con la ansiedad infantil tanto para la Ansiedad-Estado como para la Ansiedad-Rasgo han resultado ser significativas para explicar la ansiedad infantil porque tienen una significación mayor que .05. A diferencia del grupo de no-clínico, en el grupo clínico no existen variables de personalidad explicativas de la ansiedad de los hijos. Ante esta circunstancia, nos inclinamos a pensar que la ansiedad de los niños del grupo clínico es tan relevante que los factores de personalidad de los padres no se discriminan tanto. O bien que los factores de personalidad de los progenitores están bajo el efecto de la contención o reconducción que ejerce la psicoterapia que recibe el niño sobre todo el sistema familiar, lo cual definiría el tratamiento terapéutico que recibe una parte de la muestra como una variable externa a considerar en siguientes investigaciones.

En cambio, podemos pensar que en el grupo no-clínico, donde los niveles de ansiedad infantil no son tan elevados y el carácter de los padres no se ve influenciado por el efecto de una terapia, las características de personalidad y demográficas de los progenitores son variables que permiten predecir riesgo de ansiedad infantil y, por tanto, tienen un papel relevante en el trabajo preventivo en este tipo de trastorno. Los resultados que aparecen en esta muestra indicarían que es absolutamente relevante intervenir preventivamente.

## Discusión

Teniendo en cuenta el análisis de las diferencias significativas entre Impulsores, observamos lo siguiente:

- Sólo el Impulsor “Sé Fuerte” presenta diferencias significativas entre madres y padres en ambos grupos. Este dato indica que, en general, la dureza emocional es una característica más propia de los varones que de las mujeres.
- En el grupo no-clínico, también el Impulsor “Sé Perfecto” alcanza puntuaciones significativamente más altas entre padre y madre. Si nuestros resultados se pudieran generalizar ampliando la muestra en siguientes investigaciones, podría indicar que las mujeres en la población general tienen marcadamente un carácter más perfeccionista que los varones.
- En el grupo clínico, además del Impulsor “Sé Fuerte”, también el Impulsor “Complace” presenta diferencias significativas, con lo que indicaría la predominancia de un carácter sumiso en las madres de niños que realizan una psicoterapia.

En cuanto a la jerarquización de los Impulsores, observamos lo siguiente:

- Teniendo en cuenta el punto de corte del Cuestionario AT-II ( $\geq 22$ ), el Impulsor “Sé Perfecto” es el que alcanza puntuaciones más altas en los progenitores de ambos grupos. Si nuestros resultados se pudieran generalizar podría indicar que este es el Impulsor que más se promueve socialmente.
- En el grupo no-clínico, la jerarquización de los Impulsores es igual tanto en madres como en padres. En cambio, en el grupo clínico la jerarquización de los Impulsores difiere entre madres y padres. Ambos progenitores son perfeccionistas, pero los padres son más duros emocionalmente (Impulsor “Sé Fuerte”) y las madres son más sumisas y estresadas (Impulsores “Complace” y “Date Prisa”).

Podemos observar que los estereotipos de género quedan reflejados en estos resultados. Si hacemos un análisis de compatibilidad de Impulsores en este tipo de parejas (como sugiere hacer Kertész, 1985), podemos apuntar que el Impulsor “Sé Fuerte” del padre queda potenciado por la submisión del “Complace” de la madre y por el dominio de la personalidad perfeccionista que existe en ambos progenitores.

En cuanto a la relación entre los factores de personalidad de los progenitores y la ansiedad infantil, observamos lo siguiente en el grupo no-clínico:

- La edad de los progenitores tiene una relación inversa a la ansiedad de los niños: cuanto más jóvenes son los primeros, más aumenta el nivel de ansiedad en los niños, tanto la Ansiedad-Estado como la Ansiedad-Rasgo.
- Según el análisis de regresión, el Impulsor paterno “Complace” explica la Ansiedad-Estado del niño y el Impulsor paterno Date Prisa explica la Ansiedad-Rasgo del niño.

En el grupo clínico observamos lo siguiente:

- La Extraversión paterna es el factor de personalidad que correlaciona significativamente con la Ansiedad-Estado y con la Ansiedad-Rasgo. El Impulsor paterno Complace correlaciona significativamente con la Ansiedad-Rasgo.
- Sin embargo, en el análisis de regresión ningún factor de personalidad paterno o materno puede explicar significativamente la ansiedad infantil.

Acerca de la primera hipótesis: Las puntuaciones de los niños del grupo no-clínico diferirán en ansiedad de las puntuaciones de los niños del grupo clínico, no se cumple porque no hay diferencias significativas entre los niveles de ansiedad de los niños de ambos grupos. La segunda hipótesis: Se espera que el perfil de los progenitores del grupo no-clínico difiera del de los progenitores del grupo clínico, según los resultados obtenidos se cumple. Los factores de personalidad difieren entre ambos

grupos, así como la jerarquización de los Impulsores, tanto en padres como en madres. La tercera hipótesis: Existirá relación entre la ansiedad del niño y la personalidad de sus progenitores, se cumple. El Impulsor paterno Complace es significativo para la Ansiedad-Estado; el Impulsor paterno Date Prisa lo es para la Ansiedad-Rasgo. La edad de los progenitores tiene una relación inversa a la ansiedad de los niños: cuanto más joven son los padres y madres, más aumenta el nivel de ansiedad en los niños.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por otras investigaciones en las que se observó que un estilo educativo de los padres basado en el control excesivo sobre la conducta del niño se asocia más altamente con los trastornos de ansiedad infantil, ya sea como una causa de la ansiedad, como una respuesta de los padres a la ansiedad del niño (por ejemplo, cuando los niños muestran ansiedad elevada, los padres pueden responder tomando más decisiones por el niño), o como una expresión de la propia ansiedad de los padres (Escrivá, Porcar y del Barrio, 2004; Fox, Henderson, Marshall, Nichols y Ghera, 2005; Wood, McLeod, Hwang y Chu, 2003). En este sentido, el Impulsor Date Prisa paterno, que en nuestra investigación explica los niveles elevados de ansiedad infantil, caracteriza a un padre proactivo e intervencionista sobre la conducta del hijo. Nuestros resultados apoyan el modelo teórico que hace hincapié en la importancia del control de los padres en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos de ansiedad, aunque los resultados no permiten aclarar la dirección de los efectos o el proceso específico involucrado.

El tema que ha centrado nuestro interés en esta investigación, el de la ansiedad infantil y su relación con factores de personalidad de los padres, ha mostrado ser una línea de investigación que implica, forzosamente, evitar el uso de población general y utilizar muestras de población muy determinada, previamente escogida intencionalmente. Y eso es así porque hemos podido constatar que la ansiedad se distribuye de forma muy irregular en la población, con lo cual el uso de un muestreo aleatorio o bien no intencionado con total seguridad no recogerá niveles de ansiedad significativos como para poder realizar estudios de personalidad a partir de ellos. Otro aspecto relevante que hemos podido observar en la investigación de esta temática es que no podemos inferir alegremente la posibilidad de que un niño sufra ansiedad a partir de observar únicamente determinados rasgos de la personalidad de los progenitores. Como punto de comparación, los últimos meta-análisis realizados encontraron que el estilo de

crianza explica entre un 4% y un 6% la ansiedad infantil (Rothbaum y Weisz, 1994; McLeod, Wood y Weisz, 2007), planteando así la posibilidad de que juegue un papel mucho más secundario en los problemas psicológicos de los niños. La cuestión de si los factores de personalidad de los progenitores condicionan la sensibilidad del hijo para desarrollar una patología psicológica sigue siendo uno de los temas que impulsan más investigaciones en el marco de las relaciones padres-hijos y el estudio de los Impulsores dominantes en una muestra de padres abre algunos interrogantes que marcan futuras líneas de investigación. Los Impulsores paternos/maternos, ¿qué Impulsores promueven en el hijo, los mismos u otros diferentes? Y por tanto ¿qué Impulsores son los más dominantes en pacientes ansiosos?

## Referencias

- Aristu, A. L., Moreno, J. B., y Felipe, A. C. (2002). Personalidad, procesos psicológicos e intención de cambio de conducta: implicaciones para el desarrollo de conducta saludable [Personality, psychological processes and intention to change behavior: implications for the development of healthy behavior]. *Revista Acción Psicológica* 2(1), 151-164.
- Camino, J. L. (1990). *Cuestionario de Autoevaluación AT-2 [Assessment Questionnaire AT-2]*. Barcelona: ACAT.
- Escrivá, M. V. M., Porcar, A. M. T., y Del Barrio Gándara, V. (2004). Temperamento y crianza en la construcción de la personalidad: Conducta agresiva, inestabilidad emocional y prosocialidad [Effect of temperament and upbringing in personality, aggressive behavior, instability and prosocial behavior]. *Revista Acción Psicológica*, 3(1), 7-20.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (2001). *EPQ-R, Cuestionario de Personalidad de Eysenk [Eysenck Personality Questionnaire]*. Madrid, España: TEA.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E. y Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of psychology*, 56, 235-262.
- Gillis, J. S. (1999). *CAS, Cuestionario de ansiedad infantil [CAS, Child Anxiety Questionnaire]*. Madrid, España: TEA.
- Kahler, T. (1975a). Drivers: The key to the process scripts. *Transactional Analysis Journal*, 5(3), 280-284.
- Kahler, T. (1975b). Scripts: Process and content. *Transactional Analysis Journal*, 5(3), 277-279.

- Kahler, T. (2008). *The Process Therapy Model: The Six Personality Types With Adaptations*. Little Rock: Taibi Kahler.
- Kahler, T. (2010). *The Process Model: Personality Types, Miniscripts, and Adaptations*. Recuperado de <http://www.kahlercommunications.com>.
- Kahler, T. y Capers, H. (1974). The miniscript. *Transactional Analysis Journal*, 4(1), 26-42.
- Kertész, R. (1985). *Análisis Transaccional Integrado [Integrative Transactional Analysis]*. Buenos Aires, Argentina: IPPEM.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Moulton, J. L., Scarfone, N., Malloy, P., Vosburg, S. K. y Klein, D. F. (2002). Anxiety sensitivity among children of parents with anxiety disorders: a controlled high-risk study. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 135-148.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. y Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.
- Rothbaum, F. y Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55-74.
- Spielberger, C. D. (2001). *STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños [STAIC, Anxiety Questionnaire State / Trait in children]*. Madrid: TEA.
- Xu, W., Zhu, Y. y Chen, L. (2002). Family environment and temperament of preschool children. *Chinese Mental Health Journal*, 16(6), 414-416.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Hwang, W. y Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44, 134-151.



Zhao, J. (2010). Relationships among mother's attachment style and preschooler's anxiety. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 18(6), 806-808.

## Tablas

Tabla 1

*Los cuatro pasos del miniguión (adaptación de Kertész, 1984, p. 404)*

Paso nº	Nombre del paso o etapa	Posición existencial	Ejemplo
1	IMPULSOR: condición para alcanzar el bienestar personal y la aceptación de los demás.	Estás OK mientras cumplas el <i>Impulsor</i> .	¡Sé perfecto! ¡Complace a los demás! ¡Date prisa! ¡Sé fuerte! ¡Esfuérzate con lo que haces!
2	FRENADOR: predominan los mensajes limitadores tipo "No..." y condicionales tipo "Si... entonces...", que impiden la acción, pensamiento o emoción libres.	-/+ (desvalorizado)	"Si quieres ser buena persona y que te aprecien, sacrificate por los demás". "Si quieres ser sabio, no te equivoques". "Si quieres tener éxito en la vida, aguanta el dolor".
3	VENGATIVO: se acumula resentimiento.	+/- (paranoide)	"Se van a enterar". "Después de todo lo que he hecho". "Paso de la gente, no me entienden".
4	BENEFICIO FINAL: sentimiento de fracaso personal, desesperanza.	-/- (depresivo o nihilista)	"Da igual, no vale la pena". "Nada tiene sentido". "Estoy confundido, quiero desaparecer".

Figura 1

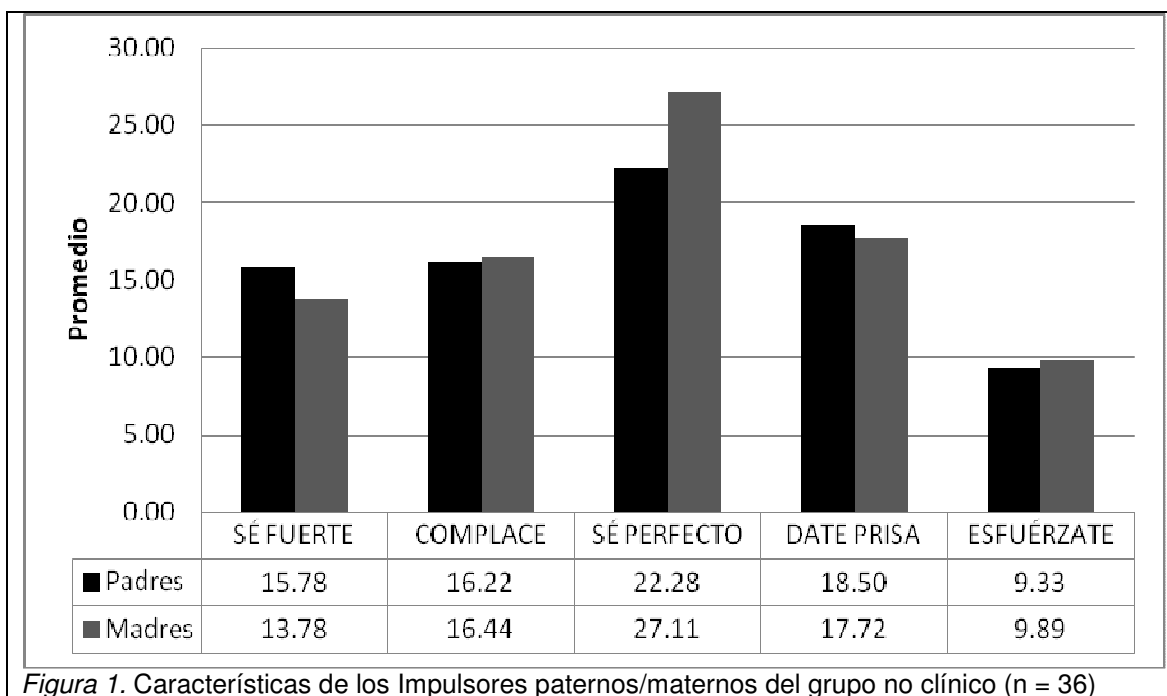


Figura 1. Características de los Impulsores paternos/maternos del grupo no clínico (n = 36)

Figura 2

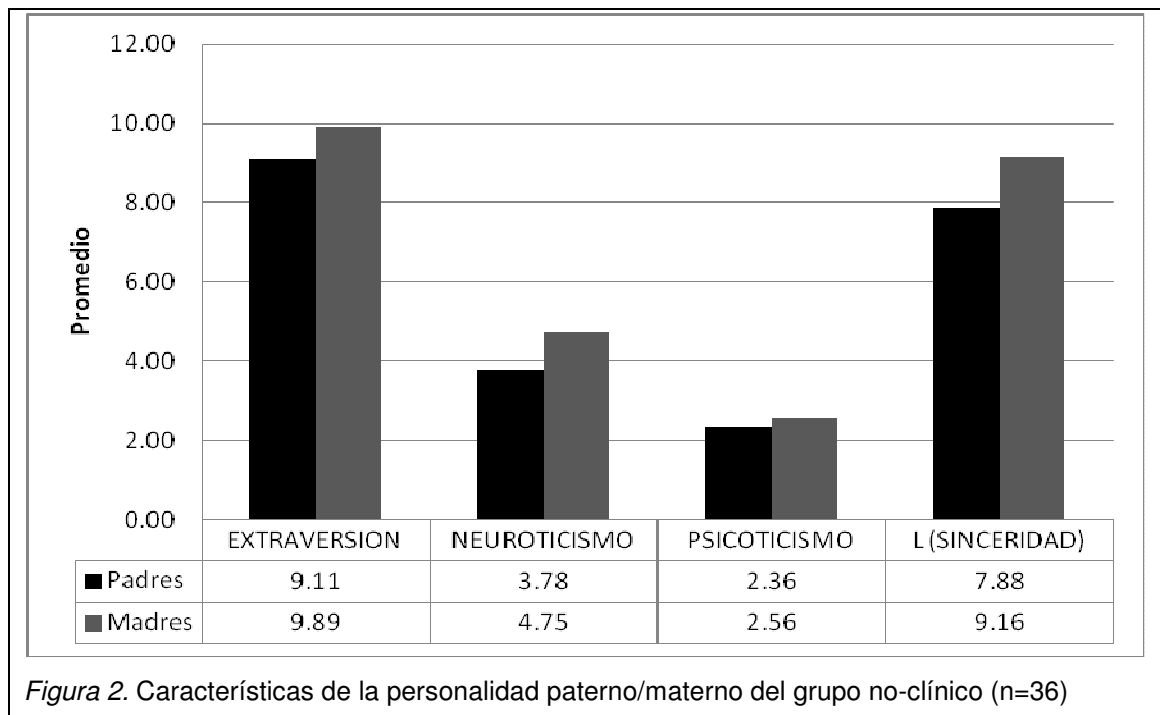


Figura 3

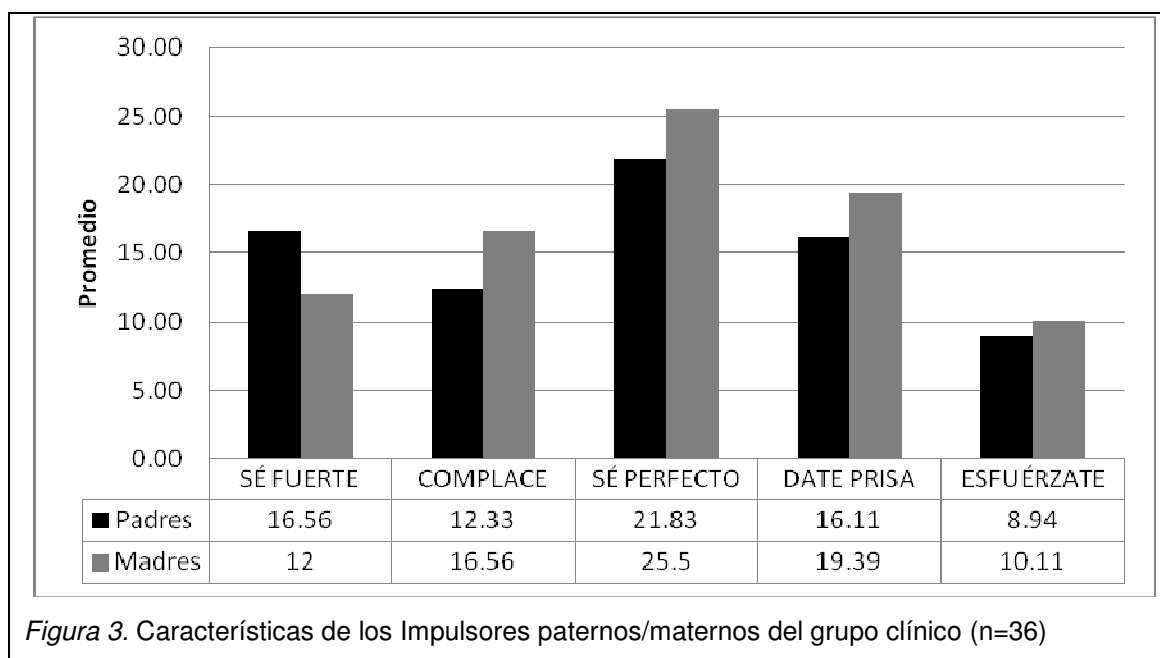


Figura 3. Características de los Impulsores paternos/maternos del grupo clínico (n=36)

Figura 4

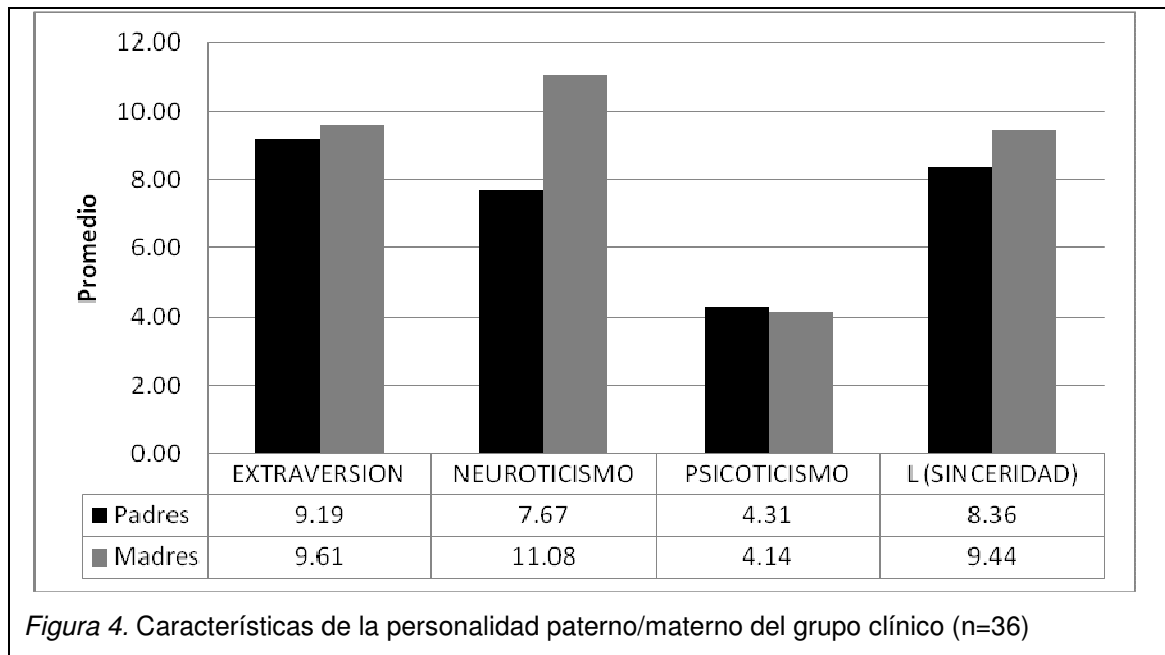


Figura 5

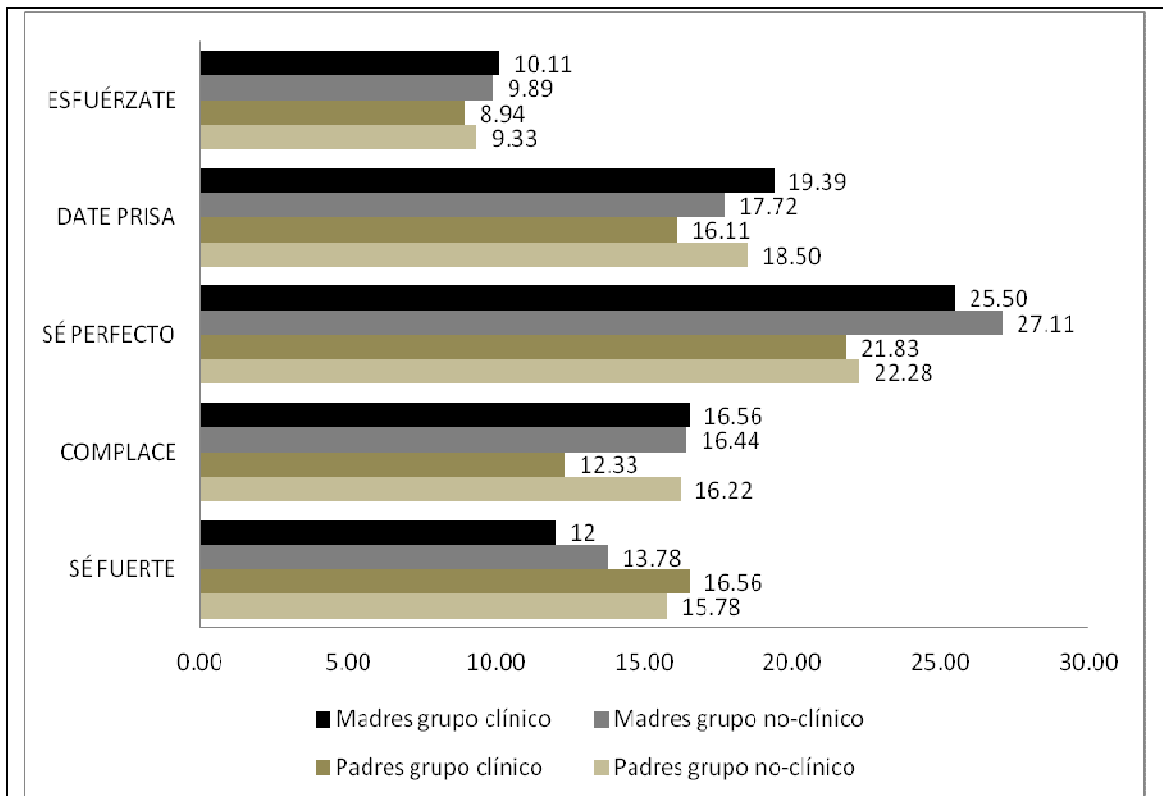


Figura 5. Comparación de medias de los Impulsores paternos/maternos entre el grupo no-clínico y el grupo clínico (N=72)

Figura 6

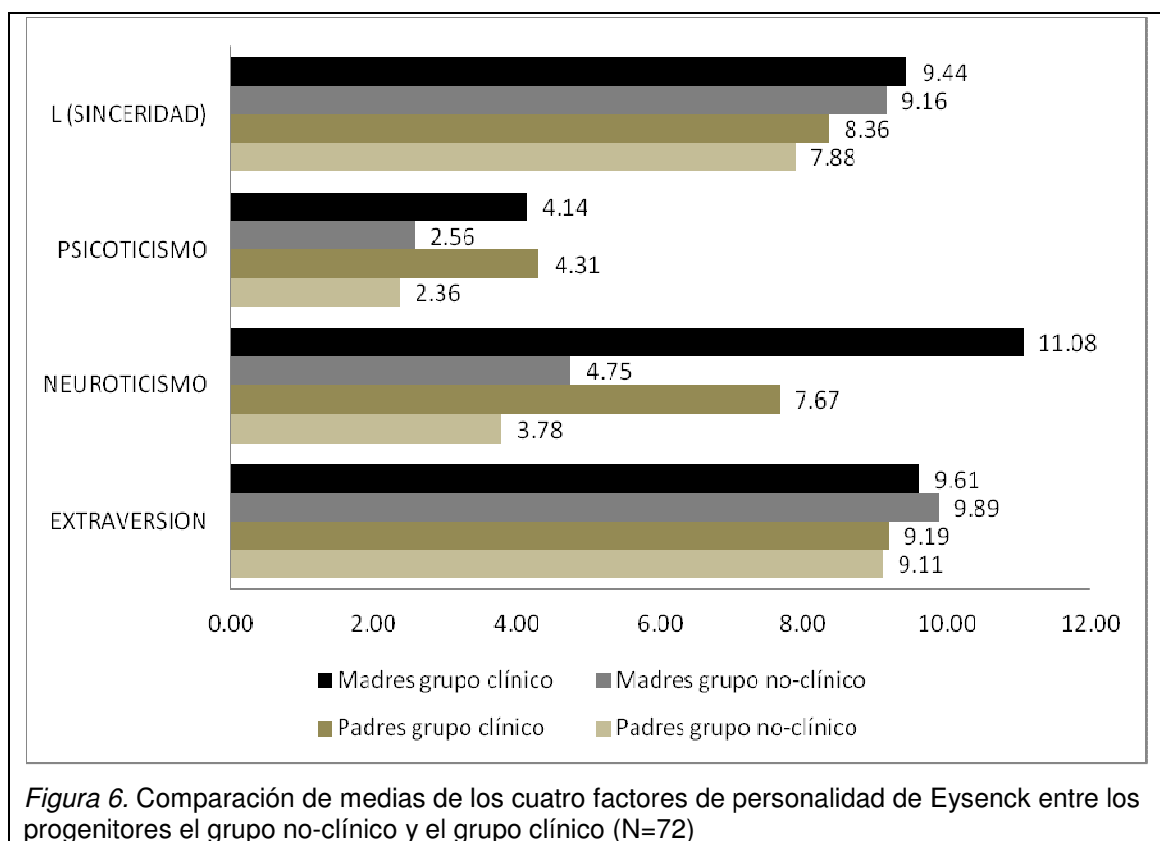




Tabla 2

*Análisis de significación, diferencia de medias y tamaño del efecto de los Impulsores y los factores de personalidad entre los padres del grupo no-clínico y el grupo clínico*

Impulsores padres	Media Grupo Clínico	Media Grupo No Clínico	gl	SD	t	significación	Tamaño del efecto
Sé Fuerte	16.56	15.78	70	5.528	.6	.552	-
Complace	12.33	16.22	70	-2.59	-2.59	**0.012	.2957
Sé Perfecto	21.83	22.28	70	7.8159	-.24	.81	-
Date Prisa	16.11	18.5	70	7.3003	-1.39	.169	-
Esfuézate	8.94	9.33	70	6.8158	-.24	.809	-
<b>Factores de personalidad padres</b>							
EXTRAVERSIÓN	9.19	9.11	70	4.5217	.08	.939	-
NEUROTICISMO	7.67	3.78	70	4.3065	3.83	**0	.4162
PSICOTICISMO	4.31	2.36	70	2.6725	3.09	**0.003	.3465
L (SINCERIDAD)	8.36	7.88	70	4.0343	.51	.614	-

*Nota. \*\*  $p < .05$*

Tabla 3

*Análisis de significación, diferencia de medias y tamaño del efecto de los Impulsores y los factores de personalidad entre las madres del grupo no-clínico y el grupo clínico*

Impulsores madres	Media Grupo Clínico	Media Grupo No Clínico	gl	SD	t	significación	Tamaño del efecto
Sé Fuerte	12	13.78	70	5.1356	-1.47	.146	-
Complace	16.56	16.44	70	7.4275	.06	.95	-
Sé Perfecto	25.5	27.11	70	6.7258	-1.02	.313	-
Date Prisa	19.39	17.72	70	6.3872	1.11	.272	-
Esfuézate	10.11	9.89	70	7.7672	.12	.904	-
<b>Factores de personalidad madres</b>							
EXTRAVERSIÓN	9.61	9.89	70	3.4244	-.34	.734	-
NEUROTICISMO	11.08	4.75	70	5.1011	5.27	**0	.5330
PSICOTICISMO	4.14	2.56	70	3.2451	2.07	**042	.2402
L (SINCERIDAD)	9.44	9.16	70	3.1965	.38	.704	-

*Nota.* \*\*  $p < .05$

Tabla 4

*Análisis de correlación y significación entre las variables grupo no-clínico (n=36)*

VARIABLES	ANSIEDAD NIÑOS					
	CAS		STAIC-E		STAIC-R	
PERSONALIDAD PADRES:	correlación	sig = pvalor	correlación	sig = pvalor	correlación	sig = pvalor
-Imp. Sé Fuerte	-.2661	.117	-.0147	.932	.2477	.145
-Imp. Complace	.1135	.510	** .6564	.000	.2815	.096
-Imp. Sé Perfecto	-.1601	.351	-.0436	.801	-.2976	.078
-Imp. Date Prisa	-.2815	.096	** .5521	.000	** .6618	.000
-Imp. Esfuérate	-.1200	.486	** .6738	.000	** .5591	.000
-Extraversión	.0831	.630	.0886	.607	** .5058	.002
-Neuroticismo	-.2108	.217	** .4247	.010	.1786	.297
-Psicoticismo	-.2622	.122	.0916	.595	** .3348	.046
-L (Sinceridad)	-.2820	.096	.0008	.996	-.0478	.782
PERSONALIDAD MADRES:						
-Imp. Sé Fuerte	-.0806	.640	* .3031	.072	** .3961	.017
-Imp. Complace	.0915	.596	.2652	.118	** .3273	.051
-Imp. Sé Perfecto	-.0308	.858	** .4526	.006	.2601	.125
-Imp. Date Prisa	.1125	.514	* .2969	.079	** .4648	.004
-Imp. Esfuérate	.2899	.086	** .3550	.034	** .6482	.000
-Extraversión	-.0559	.746	** .4443	.007	.1393	.418
-Neuroticismo	.2162	.205	.0969	.574	** .5346	.001
-Psicoticismo	-.0086	.960	-.2101	.219	.1845	.281
-L (Sinceridad)	.1310	.446	-.2705	.111	-.1566	.362
DEMOGRÁFICAS:						
-Edad padres	-.1257	.465	** -.3933	.018	** .4702	.004
-Edad madres	-.0654	.705	** -.3395	.043	** .4065	.014
Genero niños	.3602	.031	.1944	.256	-.0945	.584
Edad niños	-.2879	.089	-.0724	.675	-.3056	.070

*Nota.* \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Tabla 5

*Análisis de correlación y significación entre las variables del grupo clínico (n=36)*

ANSIEDAD NIÑOS						
VARIABLES	CAS		E STAIC		R STAIC	
PERSONALIDAD PADRES	correlacion		correlacion		correlacion	
		sig = pvalor		sig = pvalor		sig = pvalor
-Imp. Sé Fuerte	.3724	.025	-.0104	.952	.0192	.912
-Imp. Complace	.2642	.119	.2222	.193	.3039	.072
-Imp. Sé Perfecto	-.2210	.195	-.0508	.769	-.0679	.694
-Imp. Date Prisa	.3263	.052	-.0656	.704	-.1420	.409
-Imp. Esfuérzate	.2772	.102	.1430	.405	.2394	.160
-Extraversión	.7174	.000	-.2997	.076	-.2960	.080
-Neuroticismo	.6248	.000	.0883	.608	.1455	.397
-Psicoticismo	-.0836	.628	-.1034	.549	-.1928	.260
-L (Sinceridad)	.0393	.820	.2226	.192	.2246	.188
PERSONALIDAD MADRES						
-Imp. Sé Fuerte	.6805	.000	-.1586	.355	-.1144	.506
-Imp. Complace	.7836	.000	.1516	.377	.1739	.311
-Imp. Sé Perfecto	.6576	.000	.0927	.591	.1236	.473
-Imp. Date Prisa	.6766	.000	.2030	.235	.1987	.245
-Imp. Esfuérzate	.9381	.000	-.0951	.581	-.0790	.647
-Extraversión	-.5898	.000	.2272	.183	.1764	.303
-Neuroticismo	.9868	.000	.1936	.258	.2734	.107
-Psicoticismo	.6251	.000	.0008	.996	-.0586	.734
-L (Sinceridad)	.4017	.015	-.1133	.511	-.0826	.632
DEMOGRÁFICAS:						
-Edad padres	-.7227	.000	-.0174	.920	.0892	.605
-Edad madres	.5497	.001	-.0709	.681	-.0280	.871
-Genero niños	-	-	-.1753	.306	-.1104	.521
-Edad niños	-.5276	.001	-.2314	.175	-.2976	.078

## 8. INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR y CIE-10.....	26
Tabla 2: Ratios de los factores de riesgo para cada grupo de trastornos (análisis multivariado de regresión logística) (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). .....	36
Tabla 3: Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad (en porcentajes) (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). .....	39
Tabla 4: Prevalencia de los trastornos más comunes según género (en porcentajes) (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). .....	39
Tabla 5: Criterios diagnósticos de la ansiedad por separación según el DSM-IV-TR (2000). .....	42
Tabla 6: Criterios diagnósticos de la Ansiedad Generalizada según el DSM-IV-TR (2000). .....	43
Tabla 7: Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad en la infancia según CIE-10.....	44
Tabla 8: Comparación y clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia.....	46
Tabla 9: Glosario de los principales conceptos del Análisis Transaccional.....	73
Tabla 10: Los cuatro pasos del Miniguión (adaptación de Kertész, 1984, p. 404). .....	83
Tabla 11: Características de las principales Escuelas del Análisis Transaccional. ....	92
Tabla 12: Grupos de decisiones sobre la vida (Goulding y Goulding, 1991). .....	107
Tabla 13: Esquema básico para el diagnóstico descriptivo desde el AT (adaptación de Gimeno-Bayón y Rosal, 2003, pp. 91-92). .....	110
Tabla 14: Emociones auténticas, <i>rackets</i> y ambiente familiar (adaptación de Roman et al., 1983, p. 124). .....	117
Tabla 15: Triángulo del Miniguión de Kahler (1974, 1975a, 1975b). .....	119
Tabla 16: Resumen del total de la muestra y sus grupos.....	131
Tabla 17: Muestra de unos ítems del Cuestionario AT-II. ....	135
Tabla 18: Tabla de corrección y de resultados del Cuestionario AT-II.....	136

Tabla 19: Relación de ítems por cada factor de personalidad en el cuestionario EPQ-R. ....	137
Tabla 20: Análisis de significación entre los Impulsores paternos/maternos del grupo población general.....	145
Tabla 21: El tamaño del efecto en contraste de diferencia de medias: Impulsores Sé Fuerte y Sé Perfecto del grupo población general.....	145
Tabla 22: Jerarquización de los Impulsores en los progenitores del grupo población general (n=36): .....	146
Tabla 23: análisis de significación entre los factores de personalidad paterno/materno del grupo población general.....	147
Tabla 24: Análisis de significación entre los Impulsores paternos/maternos del grupo clínico.....	149
Tabla 25: El tamaño del efecto en contraste de diferencia de medias: Impulsores Sé Fuerte y Complace del grupo clínico. ....	150
Tabla 26: Jerarquización de los Impulsores en los progenitores del grupo clínico (n=36). ....	150
Tabla 27: Análisis de significación entre los factores de personalidad paterno/materno del grupo clínico. ....	151
Tabla 28: El tamaño del efecto en contraste de diferencia de medias: factor de personalidad Neuroticismo del grupo clínico. ....	152
Tabla 29: Análisis de significación, diferencia de medias y tamaño del efecto de los Impulsores y los factores de personalidad entre los padres del grupo general y el grupo clínico.....	155
Tabla 30: Análisis de significación, diferencia de medias y tamaño del efecto de los Impulsores y los factores de personalidad entre las madres del grupo general y el grupo clínico.....	155
Tabla 31: Análisis de correlación y significación entre las variables grupo población general (n=36). ....	158
Tabla 32: Análisis de correlación y significación entre las variables del grupo clínico (n=36). ....	164

## 9. INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Hipótesis explicativa de la composición sintomatológica de un proceso agitado o espiral ansiosa, con sus correspondientes subespirales manifestativas (Luengo, 2005, p. 81).....	24
Figura 2: Propuesta de clasificación de escuelas transaccionistas (Lee, 2001, p. 10). .....	89
Figura 3: Mandatos parentales en los trastornos de ansiedad y estructura de la personalidad consecuente (Gimeno-Bayón y Rosal, 2003, p. 195). .....	112
Figura 4: Rituales simbióticos obsesivo-compulsivos (Nolan, 2004). .....	113
Figura 5: Distribución de la edad en la muestra total (N=72) .....	128
Figura 6: Distribución del género en la muestra total (N=72).....	128
Figura 7: Distribución de la edad en el grupo población general (n=36).....	129
Figura 8: Distribución del género en el grupo población general (n=36) .....	129
Figura 9: Distribución de la edad en el grupo clínico (n=36).....	130
Figura 10: Distribución del género en el grupo clínico (n=36).....	130
Figura 11: Resultados por género de la prueba CAS en el grupo población general (n=17). .....	140
Figura 12: Resultados por género de la prueba STAIC en el grupo población general (n=19). .....	140
Figura 13: Resultados por género de la prueba CAS en el grupo clínico (n=6).....	141
Figura 14: Resultados por género de la prueba STAIC en el grupo clínico (n=30).....	142
Figura 15: Resultados comparativos de la prueba CAS entre el grupo población general y el grupo clínico (n=23).....	143
Figura 16: Resultados comparativos de la prueba STAIC entre el grupo población general y el grupo clínico (n=49). .....	143
Figura 17: Características de los Impulsores paternos/maternos del grupo población general (n=36). .....	145
Figura 18: Características de la personalidad paterno/materno del grupo población general (n=36). .....	147
Figura 19: Características de la personalidad del grupo población general (n=36) (puntuaciones T).....	148

---

Figura 20: Características de los Impulsores paternos/maternos del grupo clínico (n=36).....	149
Figura 21: Características de la personalidad paterno/materno del grupo clínico (n=36).....	151
Figura 22: Características de la personalidad del grupo clínico (n=36) (puntuaciones T).....	152
Figura 23: Comparación de los Impulsores paternos/maternos entre el grupo población general y el grupo clínico (N=72). ....	154
Figura 24: Comparación de los descriptores de la personalidad de los progenitores entre el grupo población general y el grupo clínico según los 4 factores de personalidad de Eysenck (N=72).....	154



## 10. BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (2010). Salud mental. *Protagonistes ja*, 54, 20-30.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 4(12), 525-532.
- Aladro, E., Martínez de las Heras, A., Semova, D. y Padilla, G. (2008). Un análisis de juegos comunicativos en las series de televisión favoritas de los universitarios madrileños. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 26(58), 92-99.
- Allen, J. R. y Allen, B. A. (1972). Script: the role of permissions. *Transactional Analysis Journal*, II(2), 72-74.
- Angs, J., Ajdacic, V., Eich, D. y Rössler, W. (2007). Los estados de ansiedad en el Estudio Zúrich: una perspectiva de las fases tempranas. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la ansiedad* (pp. 169-179). Barcelona: Masson.
- Balaban, C. D. y Thayer, J. F. (2001). Neurological bases for balance anxiety links. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(1-2), 53-79.
- Balanza, S., Morales, I., Guerrero, J. y Conesa, A. (2008). Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicosocofamiliares durante el curso 2004-2005. *Revista Española de Salud Pública*, 8(2), 189-200.
- Bandura, A. (1983). *Principios de modificación de conducta*. Salamanca: Sígueme.
- Bandura, A. y Walter, R. (1977). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Beard, G. (1878). Remarks upon 'jumpers or jumping Frenchmen'. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 5, 526.
- Berazaluze, E. y Diego, E. (2003). *A qué tienen miedo los niños*. Madrid: Síntesis.
- Berenson, Cl. (1996). Anxiety and the developing child. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 15, 383-404.

- Berg, I. (1976). School phobia in the children of agoraphobic women. *British Journal of Psychiatry*, 128, 86-89.
- Berne, E. (1952). Concerning the nature of diagnosis. *International Record of Medicine*, 165, 283-292.
- (1953a). Concerning the nature of communication. *Psychiatric Quartely*, 27, 185-198.
  - (1953b). Principles of group psychotherapy. *Indian Journal of Neurology and Psychiatry*, 4, 119-137.
  - (1954). The natural history of a spontaneous therapy group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 74-85.
  - (1955a). Intuition. Primal Images and Primal Judgement. *Psychiatric Quartely*, 29, 634-658.
  - (1955b). Group attendance. Clinical and theoretical considerations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 342-403.
  - (1956). Comparative psychiatry and tropical psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 113, 193-200.
  - (1957a). *A layman's guide to Psychiatry and Psychoanalysis*. Nueva York: Simon and Schuster.
  - (1957b). Ego states in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 11, 293-309.
  - (1957c). Intuition. The ego image. *Psychiatryc Quartely*, 31, 611-627.
  - (1958a). Transactional Analysis. A new and effective method of group therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 12, 735-743.
  - (1958b). Group therapy abroad. *International Journal of Group Psychotherapy*, 8, 466-470.
  - (1959a). Principles of Transactional Analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 1, 215-221.
  - (1959b). Difficulties of comparative psychiatry: The Fiji Islands. *American Journal of Psychiatry*, 116, 104-109.
  - (1960a). "Psychoanalytic" versus "Dynamic" group therapy. *International Journal of Group Therapy*, 10, 98-103.
  - (1960b). The cultural problem: psychopathology in Tahiti. *American Journal of Psychiatry*, 116, 1076-1081.

- (1960c). A psychiatric census of South Pacific. *American Journal of Psychiatry*, 117, 44-47.
  - (1961). *El Análisis Transaccional en psicoterapia*. Buenos Aires (Argentina): Psique.
  - (1962a). Intuition. The psychodynamics of intuition. *Psychiatric Quarterly*, 36, 294-300.
  - (1962b). In treatment. *Transactional Analysis Bulletin*, 1, 10.
  - (1962c). Teaching group therapy. *Transactional Analysis Bulletin*, 1, 11-18.
  - (1962d). Classification of positions. *Transactional Analysis Bulletin*, 1, 23.
  - (1963). *The structure and dynamics of organizations and groups*. Nueva York: Ballantine.
  - (1964a). The intimacy experiment. *Transactional Analysis Bulletin*, 3, 113.
  - (1964b). More about intimacy. *Transactional Analysis Bulletin*, 3, 125.
  - (1964c). Trading stamps. *Transactional Analysis Bulletin*, 3, 127.
  - (1964d). Pathological significance of games. *Transactional Analysis Bulletin*, 3, 160.
  - (1964e). Principales of Transactional Analysis. *Current Psychiatric Therapies*, IV, 35-45.
  - (1966a). The public eye. *Transactional Analysis Bulletin*, 4, 81.
  - (1966b). Recent advances in Transactional Analysis. *Current Psychiatric Therapies*, VI, 20-32.
  - (1966c). *Juegos en que participamos*. México: Diana.
  - (1966d). *Principles of group treatment*. Nueva York: Grove Press.
  - (1968). Staff-patient staff conferences. *American Journal of Psychiatry*, 125, 286-293.
  - (1969). Introduction to repartening in schizophrenia. *Transactional Analysis Bulletin*, 8, 45-47.
  - (1970). *Sex in human loving*. Nueva York: Simon and Schuster.
  - (1973). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo.
- Binswanger, L. (2006). Sobre la formación maníaca de vida. En L. Binswanger, *Obras Escogidas* (pp. 573-586). Madrid: RBA.
- Bolton, D., Eley, T., O'connor, T., Perrin, S., Rabe-Hesketh, S., Rijdsdijk, F. y Smith, P. (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 3 (36), 335-344.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976a). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1976b). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: FUE.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 4(11), 939-956.
- Bucero, M. (2009). Territorio Berne: niveles de consciencia del guión de vida. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 21, 189-200.
- Caballero, R., Mojarro, M. D. y Rodríguez-Sacristán, J. (1995). Las clasificaciones clínicas de los estados de ansiedad en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 548-555). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Camino, J. L. (1990). *Cuestionario de Autoevaluación AT-2 [Assessment Questionnaire AT-2]*. Barcelona: ACAT.
- Camino, J. L. (1999). *Curso de iniciación al Análisis Transaccional*. Barcelona: ACAT.
- Camino, J. L. (2006). Las bases fenomenológica y existencial del Análisis Transaccional. En F. Valbuena (Ed.), *Eric Berne. Teórico de la comunicación* (pp. 363-367). Madrid: Edipo.
- Camino, J. L. (2009). *La Filosofía, medicina del alma (12 reflexiones)*. Barcelona: La Busca Edicions SL.
- Camino, J. L. (2013). *Los orígenes de la psicología humanista. El Análisis Transaccional en psicoterapia y educación*. Madrid: CCS.
- Camino, J. L., Coca, A., Garés, M., Sáez, M. y Vilardell, M. (2002). Berne y las bases filosóficas del análisis transaccional. Primeros resultados. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 46, 79-84.
- Cano, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H. e Iruarrizaga, I. (2007). Hiperventilación y experiencia de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 291-302.
- Carrasco, M. A., Ramírez, I. y Del Barrio, V. (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Sanz y Torres.

- Carrera, M., Ayestarán, A., Herrán, A., Sierra-Biddle, D., Ramírez, M. L., Hoyuela, F. y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Estilos de crianza y desacuerdo parental en el trastorno de angustia. *Psiquiatría Noticias*, 6(3), 12-20.
- Cheney, W. D. (1973, traducido en 2007). La función ego-defensiva del guión de vida. En M. Friedlander, *Artículos seleccionados de Análisis Transaccional* (pp. 132-138). Madrid: CCS.
- Cowles-Boyd, L. (1980). Alteraciones psicósomáticas y saldos trágicos de Guión. En M. Friedlander, *Artículos seleccionados de Análisis Transaccional* (pp. 430-432). Madrid: CCS.
- Craske, M.G. (1999). *Anxiety disorders: psychological approaches to theory and treatment*. Boulder: Westview Press.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: Murray.
- Del Barrio, V. y Moreno, C. (1996). Evaluación de la depresión y la ansiedad infantil. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 131-158.
- Denton, D., Shade, R., Zamarippa, F., Egan, G., Blair-West, J., McKinley, M., ... & Fox, P. (1999). Neuroimaging of genesis and satiation of thirst and an interoceptor-driven theory of origins of primary consciousness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96(9), 5304-5309.
- Dibartolo, P. (2007). Theoretical models of affectionate versus affectionless control in anxious families. A critical examination based on observations of parents-child interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 253-274.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. y Serketich, W. J. (1995). "Balance of power": a transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive and anxious children. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 104-113.
- Dusay, J. (1972). Egograms and the constancy hypothesis. *Transactional Analysis Journal*, 2(3), 37-42.
- Echeburúa, E. (2000). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Eley, T. C. (2007). Bases genéticas de los trastornos de ansiedad. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la ansiedad* (pp. 53-61). Barcelona: Masson.

- Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T., Perrin, S., Smith, P. y Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7 (44), 945–960.
- Eley, T. C. y Brown, T. A. (2004). Phenotypic and genetic/environmental structure of anxiety sensitivity in adolescents. *Behavior Genetics*, 34(6), 637-640.
- Eley, T. C., Gregory, A. M., Clark, D. M., y Ehlers, A. (2007). Feeling anxious: a twin study of panic/somatic ratings, anxiety sensitivity and heartbeat perception in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1184-1191.
- Ellis, A. (1988). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- English, F. (1971). The substitution factor: Rackets and real feelings. *Transactional Analysis Journal*, 1(4), 225-30.
- English, F. (1972). Rackets and Real Feelings, Part II. *Transactional Analysis Journal* 2(1), 23-25.
- English, F. (1976). Racketeering. *Transactional Analysis Journal* 6(1), 78-81.
- English, F. (1979, traducido en 2004). El epiescenario y el juego de la “patata caliente”. *Revista de análisis transaccional y psicología humanista*, 51, 39-43.
- English, F. (1996). Berne, Phobia, Episcritps and Racketeering. *Transactional Analysis Journal*, 26, 122-134.
- English, F. (2001). Family Influences and Unconscious Drivers: Motivators for Career Choices. *Career Planning and Adult Development Journal*, 1(2).
- Escrivá, M. V. M., Porcar, A. M. T., y Del Barrio Gándara, V. (2004). Temperamento y crianza en la construcción de la personalidad: Conducta agresiva, inestabilidad emocional y prosocialidad. *Revista Acción Psicológica*, 3(1), 7-20.
- Ey, H. (1969). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (2001). *EPQ-R, Cuestionario de Personalidad de Eysenk [Eysenck Personality Questionnaire]*. Madrid, España: TEA.
- Eysenk, H. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Paul Kegan.
- Eysenk, H. (1957). *La dinámica de la ansiedad e histeria*. Barcelona: Fontanella.
- Eysenk, H. (1967). *Las bases biológicas de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.

- Eysenk, H. (Ed.) (1981). *A model for personality*. New York: Springer Verlag.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1995). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, F., Jiménez, S., Badía, A., Jaurrieta, N., Solano, R., y Vallejo, J. (2003). Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 11(3), 517-525.
- Fong, G. y Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4(8), 77-81.
- Fong, G. y Garralda, E. (2007). Las fases tempranas de la enfermedad mental: trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la ansiedad* (pp. 159-168). Barcelona: Masson.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E. y Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of psychology*, 56, 235-262.
- Frankl, V. (1985). Logos, paradoja y búsqueda de significado. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Freud, A. (1984). *El yo y los mecanismo de defensa*. Barcelona: Paidós.
- Freud, A. (1985). *El psicoanálisis y la crianza del niño*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standard Edition*, 20, 87-172.
- Freud, S. (1967). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En S. Freud, *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis* (pp. 7-16). Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1980). *La histeria*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1986). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años. A propósito de la neurosis obsesiva*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Friedman, M. y Shmukler, D. (1982). An integration of major theoretical aspects of anxiety, creative behaviour, or rackets. *Transactional Analysis Journal*, 12(2), 147-152.
- García, Cl. y Míguez, M<sup>a</sup> J. (1997). Labilidad emocional/afectividad negativa y regulación emocional en hijos de madres ansiosas. *Psicothema*, 19(4), 627-633.
- Gillis, J. S. (1999). *CAS, Cuestionario de ansiedad infantil [CAS, Child Anxiety Questionnaire]*. Madrid, España: TEA.

- Gimeno-Bayón A. y Rosal, R. (2001a). *Cuestiones de psicología y psicoterapias humanistas*. Barcelona: Instituto Erich Fromm.
- Gimeno-Bayón A. y Rosal, R. (2001b). *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. Barcelona: Instituto Erich Fromm.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2003). *Tratamiento de los trastornos de personalidad y algunos síndromes con análisis transaccional*. Barcelona: Instituto Erich Fromm.
- Goulding, M. M. y Goulding, R. L. (1978). *The Power is in the Patient*. San Francisco: TA Press.
- Goulding, M. M. y Goulding, R. L. (1991). *No se preocupe*. Barcelona: Martínez Roca.
- Goulding, M. M., y Goulding, R. L. (1979). *Changing lives through redecision therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Groder, M (1968). Four contributions. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 49-52.
- Gross, C. y Hen, R. (2004). The development origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 545-552.
- Gutiérrez, G. (1983). El guión de vida. En J.M. Roman et al.: *Análisis transaccional, modelo y aplicaciones* (pp. 155-172). Barcelona: CEAC.
- Hammen, C., Shih, J., Altman, T., y Brennan, P. A. (2003). Interpersonal impairment and the prediction of depressive symptoms in adolescent children of depressed and nondepressed mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 571-577.
- Hanly, C. (1978). A critical consideration of Bowlby's ethological theory of anxiety. *Psychoanalytic Quarterly*, 47(3), 364-380.
- Haykin, M. D. (1980). Trastornos de personalidad: impacto de las experiencias arcaicas en la estructura del Yo Niño. En M. Friedlander, *Artículos seleccionados de Análisis Transaccional* (pp. 455-468). Madrid: CCS.
- Hock, M. (1992). Exchange of aversive communicative acts between mother and child as related to perceived child-rearing practices and anxiety of the child. En Knut A. Hagtvet y Tom Backer Johnsen (Eds.): *Advances in test anxiety research, Vol. 7* (pp. 156-174). Lisse (Netherlands): Swets & Zeitlinger Publishers.



- Jalenques, I., Coudert, A. J. y Lachal, C. (1994). *Los cuadros de ansiedad en le niño*. Barcelona: Masson.
- Janet, P. (1907). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan.
- Kahler, T. (1975a). Drivers: The key to the process scripts. *Transactional Analysis Journal*, 5(3), 280-284.
- Kahler, T. (1975b). Scripts: Process and content. *Transactional Analysis Journal*, 5(3), 277-279.
- Kahler, T. (2008). *The Process Therapy Model: The Six Personality Types With Adaptations*. Little Rock: Taibi Kahler Associates, Inc.
- Kahler, T. (2010). *The Process Model: Personality Types, Miniscripts, and Adaptations*. Recuperado de [www.kahlercommunications.com](http://www.kahlercommunications.com).
- Kahler, T. y Capers, H. (1974). The miniscript. *Transactional Analysis Journal*, 4(1), 26-42.
- Karpman, S. (1968). Drama triangle, script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 15-20.
- Kaufmann, E.R. (2004). The internagenerational transmission of anxiety: a prospective study. *Dissertation Abstractas International: seccion B: the sciences and engineering*, 65(1B), 464.
- Kertész, R. e Induni, G. (1978a). *Análisis transaccional en el desarrollo de las organizaciones*. Buenos Aires (Argentina): Conatal.
- Kertész, R. e Induni, G. (1978b). *Manual de análisis transaccional: De acuerdo a los programas oficiales de la ALAT (Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional)*. Buenos Aires (Argentina): Conantal.
- Kierkegaard, S. y Merchán, V. S. (1975). *Temor y temblor*. Editora Nacional.
- Kierkegaard, S. y Rivero, D. G. (2007). *El concepto de la angustia*. Alianza Editorial.
- King, N.J., Hamilton, D.I. y Ollendick, T.H. (1994). *Children's phobias: a behavioural perspective*. New York: Wiley.
- Klein, D. y Fink, M. (1962). Psychiatric Reaction Patterns to Imipramine. *American Journal of Psychiatry*, 119, 432-438.
- Klein, M. (1990). *Amor, culpa y reparación*. Barcelona: Paidós.

- Lee, A. (2006). Process contracts. En C. Sills (Ed.), *Contracts in Counselling and Psychotherapy* (pp.74-86). St. Francisco (California): SAGE Publications Limited.
- Livingstone, R., Nugent, H., Rader, L., y Smith, G. R. (1985). Family histories of depressed and severely anxious children. *American Journal Psychiatry*, 142(12), 1497-1499.
- López-Ibor, J. J. (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos.
- Lowen, A. (1985). *La bioenergética*. México: Diana.
- Lowen, A. (1990). *El amor, el sexo y la salud del corazón*. Barcelona: Herder.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Moulton, J. L., Scarfone, N., Malloy, P., Vosburg, S. K. y Klein, D. F. (2002). Anxiety sensitivity among children of parents with anxiety disorders: a controlled high-risk study. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 135-148.
- Martorell, J. L. (2000). *El guión de vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martorell, J. L. (2006). El guión de vida. En F. Valbuena (Ed.), *Eric Berne. Teórico de la comunicación* (pp. 227-232). Madrid: Edipo.
- May, R. (1975). *Angustia y sociedad*. Buenos Aires: Cepe.
- May, R. (2000). *El dilema del hombre. Respuestas a los problemas del amor y de la angustia*. Barcelona: Gedisa.
- Mazzetti, M. (1997). A transactional analysis approach to adjustment problems of adolescents from immigrant families. *Transactional Analysis Journal*, 27(3), 220-227.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. y Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155–172.
- Méndez, F. (2003). *El niño miedoso*. Madrid: Pirámide.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (1999). *Personalidad guiada por la terapia*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Mundy, W. L. (1976). Hypoglycemia: A popular wooden leg. *Transactional Analysis Journal*, 255-258.
- Murakami, M. (2006). Transactional analysis and health promotion. En Ch. Kubo y T. Kuboki (Eds.), *Psychosomatic medicine: proceedings of the 18th World Congress*

- (Kobe, Japan, 21th-26th August 2005) (pp. 164-167). New York: Elsevier Science.
- Nolan, K. (2004). *CTA case study theory question*. Unpublished manuscript.
- Nolan, K. (2008). Understanding obsessive-compulsive disorder: an integration of transactional Analysis and psychoanalysis. *Transactional Analysis Journal*, 38, 72-86.
- Parsons, L. M., Egan, G., Liotti, M., Brannan, S., Denton, D., Shade, R., ... y Fox, P. T. (2001). Neuroimaging evidence implicating cerebellum in the experience of hypercapnia and hunger for air. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(4), 2041-2046.
- Pasnau, R. O. (1987). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Edifarma.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. London: Oxford University Press.
- Pelayo, L. (2003). La terapia analítica bioenergética. En AA.VV., *Primeras jornadas de tratamiento penitenciario* (pp. 382-385). Madrid: Escuela de Estudios Penitenciarios.
- Perls, F. (1982). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Chile: Cuatro Vientos.
- Perna, G. y Bellodi, L. (1998). *The panic respiration connection*. Milan: MDM Medical Media.
- Perna, G. y Bellodi, L. (2007). Modelos explicativos de los trastornos de angustia: una perspectiva integradora. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la ansiedad* (pp. 93-101). Barcelona: Masson.
- Perna, G. y Griez, E. (2003). Anxiety and respiration. En J.R. Davinson y D. Nutt (Eds.), *Anxiety Disorders*. Oxford: Blackwell.
- Peurifoy, R. Z. (1993). *Venza sus temores. Ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robin Book.
- Pike, A., McGuire, S., Hetherington, E. M., Reiss, D., y Plomin, R. (1996). Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior: a multivariate genetic analysis. *Developmental Psychology*, 32(4), 590-603.
- Poltrock, S. (2007). Parenting variables associated with childhood anxiety: parental warmth as a moderator of overly controlling parenting. *Dissertation Abstracts International: seccion B: The sciences and Engineering*, 68(1-B), 632.

- Pons, D., Queralt, A., Mars, L., García-Merita, M. L. y Balaguer, I. (2010). Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia. *Revista latinoamericana de Psicología*, 42(2), 237-250.
- Rachman, S. y Seligman, M. (1976). Unprepared phobias: be prepared. *Behavior research and therapy*, 14, 333-338.
- Reeves, J. C., Werry, J. S., Elkind, G. S., & Zametkin, A. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: II. Clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 144-155.
- Reich, W. (1949). *Análisis del carácter* (5ª reimpresión). Barcelona: Paidós.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia en los niños. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 521-543). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1979). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogoll, R. (1986). *El análisis transaccional*. Barcelona: Herder.
- Saldaña, C (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (1984 a). Diferenciación sexual del sistema nervioso. En B. Sandín (Ed.), *Hormonas y conducta, Vol.1* (pp. 376-485). Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17(3), 478-483.
- Scarr, S. y McCartney, K. (1983). How people make their own environments: a theory of genotype/environmental effects. *Child development*, 54, 424-435.
- Schiff, J. L. y Schiff, A. W. (1975). *Cathexis reader: Transactional analysis treatment of psychosis*. New York: Harper & Row.
- Schiff, J. y Day, B. (1970): *All my Children*. New York: Jove Publications, Inc.

- Schiff, J. L. (1977). Reparentage de schizophrènes. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 3, 100-112.
- Schlegel, L. (1996). Was ist Transaktionsanalyse. *Zeitschrift für Transaktionsanalyse in theorie und praxis*, 14, 5-30.
- Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2, 307-320.
- Spielberger, C. (1973). *Manual for the state-trait anxiety inventory for children*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (2001). *STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños [STAIC, Anxiety Questionnaire State / Trait in children]*. Madrid: TEA.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life : a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. New York: International Universities Press.
- Stein, M. B., Jang, K. L., y Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 246-251.
- Steiner, C. (1971). *Games alcoholics play*. New York: Grove Press.
- Steiner, C. (1974). *Scripts people live*. New York: Grove Press.
- Steiner, C. (2002). *Educación emocional*. Madrid: Punto de Lectura.
- Steiner, C. (2010a). *El otro lado del poder*. Sevilla: Jeder.
- Steiner, C. (2010b). *El corazón del asunto*. Sevilla: Jeder.
- Stern, D. (1978). *La primera relación madre-niño*. Madrid: Morata.
- Stern, W. (1967). *Aportaciones a la psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Tillich, P. (1968). *El coraje de existir*. Barcelona: Editorial Estela.
- Torgersen, S. (1988). Genetics. En C. G. Last y M. Hersen (Eds), *Handbook of anxiety disorders*. Holland: Pergamon Press.
- Torgersen, S. (1990). Genetics of anxiety and its clinical implications. *Handbook of anxiety*, 3, 381-406.
- Toro, J. (2001). Anorexia nerviosa. *Medicina clínica*, 117, 334-335.
- Valbuena, F. (2006a). El análisis transaccional (propriadamente dicho), de Eric Berne. En F. Valbuena (Ed.), *Eric Berne. Teórico de la comunicación* (pp. 109-142). Madrid: Edipo.

- Valbuena, F. (2006b). Análisis de la película *Esencia de Mujer* desde los cuatro niveles del AT. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 17-21.
- Valbuena, F. (2007). Análisis de la película *Hotel Rwanda*. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 56, 71-79.
- Vasey, M. W. y Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. En M. W. Vasey y M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). Oxford: University Press.
- Vázquez, C. (2003). El ser humano. Una perspectiva desde la Terapia Gestalt. En AA.VV, *L'afrentament emocional des de la Gestalt i la programació neurolingüística* (pp. 14-18). Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Vázquez-Barquero, J. L. y Herrán, A. (Eds.) (2007). *Las fases tempranas de la ansiedad*. Barcelona: Masson.
- Villegas, M. (1988). El análisis existencial: cuestiones de método. *Revista de Psicología y Psicología Humanista*, 25, 55-70.
- 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(9), 845-852.
- White, J. y White, T. (1974). T.A. Psychohistory: adapting, scripting and cultural scripting. *Transactional Analysis Journal*, 1974, 2-14.
- Widdowson, M. (2012a). TA Treatment of Depression - A Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study: "Peter". *International Journal of Transactional Analysis Research*. 3(1), 3-13.
- Widdowson, M. (2012b). TA Treatment of Depression - A Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study: 'Denise'. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(2), 1.
- Wilmotte, J. (1982). Le traitement de la dépression chez les personnes du troisième âge. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 23, 157-160.
- Wilmotte, J. (1987). Tratamiento desde el AT de la neurorisis de angustia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 15, 481-489.
- Winnicott, D. W. (1980). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D. W. (1993). *Conozca a su niño*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1993). *El hogar, nuestro punto de partida*. Barcelona: Paidós.

- Winnicott, D. W. (1993). *La naturaleza humana*. Barcelona: Paidós
- Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós, 1993.
- Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Wood, J.J., Mcleod, B.D., Hwang, W. y Chu, B.C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44, 134-151.
- Xu, W., Zhu, Y. y Chen, L. (2002). Family environment and temperament of preschool children. *Chinese Mental Health Journal*, 16(6), 414-416.
- Zhang, X.G., Zhou, B. y Wu, W. (2008). A longitudinal study of parent-child relationships and problem behaviors in early childhood: transactional model. *Acta Psychologica Sinica*, 40(5), 571-582.
- Zhao, J. (2010). Relationships among mother's attachment style and preschooler's anxiety. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 18(6), 806-808.

## **11. APÉNDICE DOCUMENTAL**

Documento 1: Hoja de respuestas del Cuestionario CAS

Documento 2: Hoja de respuestas del Cuestionario STAIC

Documento 3: Hoja de respuestas del Cuestionario AT-II

Documento 4: Hoja de respuestas del Cuestionario EPQ-R

Documento 5: Carta informativa a las escuelas

Documento 6: Carta informativa a los padres



**Documento 1: Hoja de respuestas del Cuestionario CAS**

Nº 174

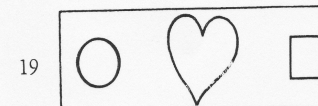
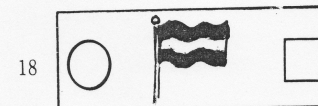
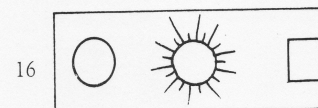
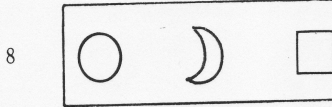
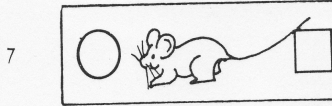
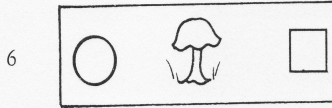
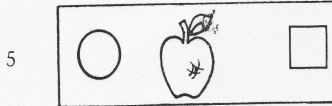
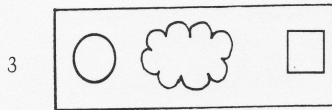
C A S - Hoja de Respuestas

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Sexo:  V  M

Colegio: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Profesión padre: \_\_\_\_\_ Profesión madre: \_\_\_\_\_

EMPIEZA AQUÍ



Puntuación directa
Puntuación centil



Copyright © 1989 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso del propietario original: Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, U.S.A. que se reserva todos los derechos - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.- Prohibida la reproducción total o parcia - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 11347 - 1989.

**Documento 2: Hoja de respuestas del Cuestionario STAIC**

## PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado .....	1	2	3
2. Me encuentro inquieto .....	1	2	3
3. Me siento nervioso .....	1	2	3
4. Me encuentro descansado .....	1	2	3
5. Tengo miedo .....	1	2	3
6. Estoy relajado .....	1	2	3
7. Estoy preocupado .....	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho .....	1	2	3
9. Me siento feliz .....	1	2	3
10. Me siento seguro .....	1	2	3
11. Me encuentro bien .....	1	2	3
12. Me siento molesto .....	1	2	3
13. Me siento agradablemente .....	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado .....	1	2	3
15. Me encuentro confuso .....	1	2	3
16. Me siento animoso .....	1	2	3
17. Me siento angustiado .....	1	2	3
18. Me encuentro alegre .....	1	2	3
19. Me encuentro contrariado .....	1	2	3
20. Me siento triste .....	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

## SEGUNDA PARTE

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores .....	1	2	3
2. Siento ganas de llorar .....	1	2	3
3. Me siento desgraciado .....	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión .....	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas .....	1	2	3
6. Me preocupo demasiado .....	1	2	3
7. Me encuentro molesto .....	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan .....	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio .....	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer .....	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido .....	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo .....	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir .....	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches .....	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago .....	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí .....	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo .....	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio .....	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida .....	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos .....	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

**Documento 3: Hoja de respuestas del Cuestionario AT-II**

- 4 = Sí, esto me pasa casi siempre, generalmente soy así.  
 2 = De vez en cuando esto me ocurre.  
 0 = No, no soy así, casi nunca pienso o me pasa esto.

questionario

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1.-Tiendo emocionalmente a ser frío y calculador                          |
| <input type="checkbox"/> | 2.-Muchas veces digo "sí" en lugar de decir "no"                          |
| <input type="checkbox"/> | 3.-Cuando me equivoco, normalmente me siento muy mal                      |
| <input type="checkbox"/> | 4.-Suelo hablar muy rápido, a veces no me entienden                       |
| <input type="checkbox"/> | 5.-Tiendo a iniciar cualquier actividad para pronto dejarla               |
| <input type="checkbox"/> | 6.-Normalmente no expreso mis sentimientos                                |
| <input type="checkbox"/> | 7.-Tiendo a pasar auténtica vergüenza ajena                               |
| <input type="checkbox"/> | 8.-Me considero una persona detallista, cuidadora de las pequeñas cosas   |
| <input type="checkbox"/> | 9.-Siempre tengo muchas cosas para hacer y casi nunca llego a todo        |
| <input type="checkbox"/> | 10.-Me cuesta trabajo expresarme  |
| <input type="checkbox"/> | 11.-Es muy difícil que pida ayuda   |
| <input type="checkbox"/> | 12.-Hago míos los problemas ajenos  |
| <input type="checkbox"/> | 13.-Suelo ser exigente conmigo mismo y con los demás                      |
| <input type="checkbox"/> | 14.-Tiendo a dejar a medias algo (libro, trabajo) para empezar otro nuevo |
| <input type="checkbox"/> | 15.-Confío muy poco en mí mismo   |
| <input type="checkbox"/> | 16.-Nunca me lamento  |
| <input type="checkbox"/> | 17.-Me cuesta tomar decisiones sin consultar                              |
| <input type="checkbox"/> | 18.-Mis cosas personales tienden a estar bien arregladas y en su punto    |
| <input type="checkbox"/> | 19.-Me comprometo a demasiadas cosas                                      |
| <input type="checkbox"/> | 20.-Suelo dejar muchas cosas sin terminar                                 |
| <input type="checkbox"/> | 21.-Me siento molesto cuando alguien expresa los sentimientos             |
| <input type="checkbox"/> | 22.-Confío más en los otros que en mí mismo                               |
| <input type="checkbox"/> | 23.-Si no tengo todos los datos me cuesta mucho tomar decisiones          |
| <input type="checkbox"/> | 24.-Me cuesta estar tranquilo sentado                                     |
| <input type="checkbox"/> | 25.-A veces me doy cuenta que me pongo metas imposibles                   |
| <input type="checkbox"/> | 26.-Tengo fama de duro y cerebral   |
| <input type="checkbox"/> | 27.-Sonrío aunque no tenga ganas  |
| <input type="checkbox"/> | 28.-Soy amante del orden y de la puntualidad                              |
| <input type="checkbox"/> | 29.-Suelo llegar tarde a los sitios                                       |
| <input type="checkbox"/> | 30.-Vivo más de fantasías que de realidades                               |
| <input type="checkbox"/> | 31.-No me gustan normalmente las materias de arte, pintura, música.       |
| <input type="checkbox"/> | 32.-Me comprometo a hacer cosas que no quiero                             |
| <input type="checkbox"/> | 33.-No me perdono a mí mismo equivocarme                                  |
| <input type="checkbox"/> | 34.-Me molesta mucho tener que esperar                                    |
| <input type="checkbox"/> | 35.-No confío en mí mismo   |

NO SE DETENGA, SIGA DETRÁS.

- 36.-No me considero una persona soñadora
- 37.-Ayudo muchas veces sin tener ganas
- 38.-Mi aspecto personal lo cuido mucho
- 39.-Conduzco o ando deprisa
- 40.-Tengo fama de ser muy inconstante
- 41.-Controlo bien las situaciones difíciles
- 42.-Me preocupa mucho cuando no caigo bien a alguien
- 43.-Tengo fama de ser una persona bien organizada y amante del orden
- 44.-Me agradaría tener más tiempo
- 45.-A veces me dicen que no me entienden
- 46.-Soy una persona que siempre cumplo mi palabra aunque esté equivocado
- 47.-Me considero una persona tímida
- 48.-Comprendo que soy, a veces, demasiado escrupuloso en exigirme hacer todo bien
- 49.-Me considero una persona nerviosa.
- 50.-Me cuesta trabajo que me entiendan lo que quiero decir.

	1=	2=	3=	4=	5=
	6=	7=	8=	9=	10=
	11=	12=	13=	14=	15=
	16=	17=	18=	19=	20=
	21=	22=	23=	24=	25=
	26=	27=	28=	29=	30=
	31=	32=	33=	34=	35=
	36=	37=	38=	39=	40=
	41=	42=	43=	44=	45=
	46=	47=	48=	49=	50=
PD					
Impul.	SF	C	SP	CC	I

**Documento 4: Hoja de respuestas del Cuestionario EPQ-R**



	SI	NO
1. ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es una persona conversadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se siente a veces desdichado sin motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Es usted una persona más bien animada o vital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importarle las molestias que ello le pueda ocasionar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Es una persona irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A menudo, ¿se siente hartado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Para usted, ¿los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Le gusta salir a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Es mejor actuar como uno quiera que seguir las normas sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Diría de sí mismo que es una persona nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Es usted una persona sufridora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Diría de sí mismo que es una persona tensa o muy nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿De niño, fue alguna vez descarado con sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿A menudo siente que la vida es muy monótona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca sería descubierto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Puede organizar y conducir una fiesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Generalmente, reflexiona antes de actuar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Sufre de los «nervios»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿A menudo se siente solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ¿Hace siempre lo que predica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. ¿La gente piensa que usted es una persona animada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ¿Realiza muchas actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. ¿Daría dinero para fines caritativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. ¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ¿Habitualmente, es capaz de liberarse y disfrutar en una fiesta animada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. ¿Disfruta hiriendo a las personas que ama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. ¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ¿Prefiere leer a conocer gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. ¿Tiene muchos amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. ¿Se ha enfrentado constantemente a sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. ¿Cuando era niño, hacía enseguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. ¿Se ha opuesto frecuentemente a los deseos de sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ¿Se inquieta por cosas terribles que podrían suceder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. ¿Es usted más indulgente que la mayoría de las personas acerca del bien y del mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. ¿Se siente intranquilo por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. ¿Alguna vez ha dicho algo malo o desagradable acerca de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ¿Le gusta cooperar con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. ¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. ¿Casi siempre tiene una respuesta «a punto» cuando le hablan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. ¿Le gusta hacer cosas en las que tiene que actuar rápidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ¿Es (o era) su madre una buena mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. ¿Le preocupa mucho su aspecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. ¿Alguna vez ha deseado morir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. ¿Trata de no ser grosero con la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. ¿Después de una experiencia embarazosa, se siente preocupado durante mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. ¿Se siente fácilmente herido cuando la gente encuentra defectos en usted o en su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. ¿Frecuentemente improvisa decisiones en función de la situación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. ¿Se siente a veces desbordante de energía y otras muy decaído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. ¿A veces se deja para mañana lo que debería hacer hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. ¿La gente le cuenta muchas mentiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. ¿Se afecta fácilmente por según qué cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Cuando ha cometido una equivocación, ¿está siempre dispuesto a admitirlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Cuando tiene mal humor, ¿le cuesta controlarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MUY IMPORTANTE**

**AL CONTESTA NO DOBLE ESTE EJEMPLAR**

**NO ANOTE NADA EN ESTA ZONA O PODRÁ INVALIDAR SU EJERCICIO**

**COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS**

**Documento 5: Carta informativa a las escuelas**

## A/A DEL CENTRE ESCOLAR

Benvolguts Srs.

Amb la present vull informar-vos de la investigació que estic duent a terme sobre l'ANSIETAT INFANTIL en alumnes de 6 a 15 anys amb motiu del Doctorat de Psicologia que realitzo a la Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED).

Aquesta investigació té com a objectiu principal conèixer si existeix algun tipus de relació entre la resposta o conducta ansiosa d'un nen i l'estil educatiu dels seus pares.

Conèixer el nivell d'ansietat que tenen els nens, sobretot quan estan en el context escolar, és del tot necessari per als educadors per tal de saber com orientar la seva acció educativa i obtenir el millor rendiment i benestar del grup-classe. És per això que vull proposar-vos la vostra col.laboració en aquesta recerca de forma que, d'una banda, jo pugui passar una bateria de tests a grups d'alumnes d'entre 9 i 15 anys d'edat (no cal que sigui a totes les edats, pot ser als grups d'alumnes que vulgueu) i, d'altra banda, el centre obtingui un informe amb els resultats de cada alumne i algunes orientacions per a pares i mestres.

A continuació passo a explicar l'aplicació de les proves psicològiques:

1. Cuestionario de ansiedad infantil CAS. Per a nens de 6 a 8 anys d'edat. Permet conèixer el nivell d'ansietat del nen. Temps de passació: 20 minuts.
2. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAIC. Per a nens majors de 9 anys d'edat. Permet conèixer el nivell d'ansietat del nen. Temps de passació: 20 minuts.

Les proves s'hauran de realitzar totes seguides i ocuparien un màxim de **35 minuts**. Les proves les hauria de passar el psicopedagog del centre.

Tots els materials necessaris per a realitzar les proves seran aportats per la investigadora, tret del llapis.

A la investigació no es farà cap menció del nom dels nens ni dels seus respectius pares, tot i que, per raons organitzatives, els hauran d'escriure a les proves.

Amb el desig que aquest recerca sigui del vostre interès, resto a la vostra disposició per a qualsevol dubte, comentari o informació que necessiteu que conèixer.

Gràcies per la vostra atenció.

Arantxa Coca Vila  
Psicopedagoga.  
Telf. 616 81 73 73

Barcelona, Setembre de 2010.

**Documento 6: Carta informativa a los padres**

**A/A DELS PARES.**

Benvolguts Srs.

Amb la present vull informar-vos de la investigació que estic duent a terme sobre l'ANSIETAT INFANTIL en nens/es de 6 a 15 anys amb motiu del Doctorat de Psicologia que realitzo a la Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED).

Aquesta investigació té com a objectiu principal conèixer si existeix algun tipus de relació entre la resposta o conducta ansiosa d'un nen i l'estil educatiu dels seus pares.

Conèixer el nivell d'ansietat que tenen els nens és del tot necessari per als educadors i pares per tal de saber com orientar la seva acció educativa i obtenir el millor rendiment i benestar del nen. És per això que vull proposar-vos la vostra col.laboració en aquesta recerca de forma que, d'una banda, es pugui passar unes proves al seu fill/s i, d'altra banda, pugueu obtenir un informe amb els resultats.

A la investigació no es farà cap menció del nom dels nens ni dels seus respectius pares, tot i que, per raons organitzatives, els hauran d'escriure a les proves.

Amb el desig que aquesta recerca sigui del vostre interès, resto a la vostra disposició per a qualsevol dubte, comentari o informació que necessiteu conèixer.

Gràcies per la vostra col.laboració.

Lda. Arantxa Coca Vila  
Psicopedagoga.  
Telf. 616 81 73 73

Barcelona, Setembre de 2010.