



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE LA
INHIBICIÓN CONDUCTUAL EN LA INFANCIA,
SUS FACTORES ASOCIADOS Y SU
RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD

PRESENTADA POR:
ALFONSO ORDÓÑEZ ORTEGA

DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. LOURDES ESPINOSA FERNÁNDEZ
DR. D. LUIS JOAQUÍN GARCÍA LÓPEZ
DR. D. JOSÉ ANTONIO MUELA MARTÍNEZ

JAÉN, 26 DE ENERO DE 2016

ISBN 978-84-16819-39-3

UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE HUMANIDADES y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad

Alfonso Ordóñez Ortega

Directores de la tesis

Dra. Lourdes Espinosa Fernández

Profesora Contratada Doctor de la Universidad de Jaén

Dr. Luis Joaquín García López

Profesor Titular de la Universidad de Jaén

Dr. José Antonio Muela Martínez

Profesor Titular de la Universidad de Jaén

Jaén, diciembre de 2015

TESIS DOCTORAL

Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad



Presentada por

Alfonso Ordóñez Ortega

Tribunal de la Tesis

Presidente: Dr. Vicente E. Caballo Manrique

Secretaria: Dra. Ana García León

Vocal: Dr. José Antonio Piqueras Rodríguez

Agradecimientos

A los directores de esta tesis, Dra. Lourdes Espinosa Fernández, Dr. Luis Joaquín García López y Dr. José Antonio Muela Martínez, por aguantarme, por esperarme, por todo su apoyo e infinita paciencia.

A los colegios Gloria Fuertes y La Purísima Hermanas Carmelitas de Jaén, por su colaboración ilimitada.

A las directoras de los centros, M^a José y Lola, por involucrarse.

A las maestras y maestros, por ver más allá de la inmediatez del día a día, por su tiempo, por su colaboración.

A los padres y madres, que me sorprendieron por su participación y me hicieron ver que algo está cambiando, afortunadamente, en la escuela.

A los niños, los más importantes en este estudio.

A los estudiantes de Psicología de la Universidad de Jaén, pues sin su ayuda todavía estaría *pasando test*.

A mi familia, a mis amigos, a mis compañeros, a mis alumnos y a las que se fueron para quedarse, por soportar mis ausencias y *mis presencias*.

A los que me apoyaron con sus silencios cuando las palabras ya no valían.

*A mi madre,
por ser lazo de unión,
por estar siempre,
por su coherencia,
por merecer más,
por todo...*

ÍNDICE

Índice

Resumen/Abstract.....	27
Capítulo 1 - Marco teórico.....	33
Capítulo 2 - Objetivos e hipótesis	53
Capítulo 3 - Método.....	57
Capítulo 4 - Resultados	71
Capítulo 5 - Discusión	85
Capítulo 6 - Conclusiones	97
Capítulo 7 - Limitaciones y líneas futuras de investigación.....	101
Anexos.....	105
Referencias bibliográficas	115

Índice

Resumen/Abstract.....	27
Resumen.....	29
Abstract.....	31
Capítulo 1 - Marco teórico.....	33
1.1 Conceptualización de la Inhibición Conductual.....	35
1.1.1. Características y definición de la Inhibición Conductual.....	35
1.1.2 Curso de inicio, desarrollo, sexo y prevalencia de la Inhibición Conductual.....	36
1.1.3 Contextos donde se manifiesta la Inhibición Conductual.....	37
1.1.4. Procedimiento para la evaluación temprana de la Inhibición Conductual.....	38
1.1.5. Factores implicados en la concordancia entre padres y maestros.....	38
1.1.6 Instrumentos de evaluación temprana de la Inhibición Conductual.....	40
1.1.6.1 Registros fisiológicos.....	40
1.1.6.2 Observación directa.....	40
1.1.6.3 Escalas y cuestionarios.....	41
1.2 Relación de la Inhibición Conductual con los trastornos de ansiedad y otras variables.....	42
1.2.1 Relación de la Inhibición Conductual y los trastornos de ansiedad.....	42
1.2.1.1 Características y definición de los trastornos de ansiedad y el Trastorno de Ansiedad Social.....	43

1.2.1.2 Curso de inicio, desarrollo, sexo, prevalencia y comorbilidad de los trastornos de ansiedad y Trastorno de Ansiedad Social	44
1.2.1.3 Detección temprana de los trastornos de ansiedad y Trastorno de Ansiedad Social	45
1.2.2 Relación de la Inhibición Conductual con otras variables	46
1.3 Lagunas y líneas de estudio en la Inhibición Conductual y los trastornos de ansiedad	49
1.3.1 Finalidad de la investigación	51
Capítulo 2 - Objetivos e hipótesis	53
2.1 Objetivos	55
2.2 Hipótesis	55
Capítulo 3 - Método.....	57
3.1 Descripción de la muestra.....	59
3.2 Instrumentos de evaluación	60
3.2.1 Test breve de inteligencia de Kaufman y Kaufman (1997).....	61
3.2.2 Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños de McCarthy (2009)	62
3.2.3 Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV de Silverman, Albano y Sandín (2003, 2009)	62
3.2.4 Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema de García Pérez y Magaz (2000).....	63
3.2.5 Inventario del comportamiento de niños de Achenbach y Rescorla (2000).....	63

3.2.6 Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes de Reynolds y Kamphaus (2004)	64
3.3 Procedimiento	65
3.4 Análisis estadísticos	69
Capítulo 4 - Resultados	71
4.1 Consideraciones previas sobre la muestra de niños con Inhibición Conductual	73
4.1.1 Resultados objetivo 1	74
4.1.1.1 Hipótesis 1	74
4.1.1.2 Hipótesis 2	75
4.1.2 Resultados objetivo 2	79
4.1.2.1 Hipótesis 3	79
4.2 Consideraciones previas sobre la muestra de niños con Inhibición Conductual que desarrollan o no Trastorno de Ansiedad Social	80
4.2.1 Resultados objetivo 3	80
4.2.1.1 Hipótesis 4	81
4.2.1.2 Hipótesis 5	82
Capítulo 5 - Discusión	85
Capítulo 6 - Conclusiones	97
Capítulo 7 - Limitaciones y líneas futuras de investigación	101
7.1 Limitaciones de investigación	103
7.2 Líneas futuras de investigación	104

Anexos.....	105
Referencias bibliográficas	115
Méritos adquiridos durante la realización de la tesis.....	135

Índice de abreviaturas

Abreviatura	Descripción
ADIS	Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV
BASC	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes
CBCL	Inventario del comportamiento de niños para padres
<i>DQ</i>	Desviación cuartil
<i>DQ_{IC}</i>	Desviación cuartil del grupo de niños con Inhibición Conductual
<i>DQ_{NIC}</i>	Desviación cuartil del grupo de niños sin Inhibición Conductual
<i>DQ_{NTAS}</i>	Desviación cuartil del grupo de niños con Inhibición Conductual y sin Trastorno de Ansiedad Social
<i>DQ_{TAS}</i>	Desviación cuartil del grupo de niños con Inhibición Conductual y Trastorno de Ansiedad Social
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
<i>DT</i>	Desviación típica
EACP	Escala Magallanes de Áreas de Conductas Problema
EICP	Escala de Inhibición Conductual para Preescolares
IC	Inhibición Conductual

Abreviatura	Descripción
K-BIT	Test breve de inteligencia de Kaufman
<i>M</i>	Media
<i>Mdn</i>	Mediana
<i>Mdn_{IC}</i>	Mediana del grupo de niños con Inhibición Conductual
<i>Mdn_{NIC}</i>	Mediana del grupo de niños sin Inhibición Conductual
<i>Mdn_{NTAS}</i>	Mediana del grupo de niños con Inhibición Conductual y sin Trastorno de Ansiedad Social
<i>Mdn_{TAS}</i>	Mediana del grupo de niños con Inhibición Conductual y Trastorno de Ansiedad Social
MSCA	Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños
<i>N</i>	Tamaño de la muestra
<i>n_{IC}</i>	Tamaño de la muestra de niños con Inhibición Conductual
<i>n_{NIC}</i>	Tamaño de la muestra de niños sin Inhibición Conductual
<i>n_{NTAS}</i>	Tamaño de la muestra de niños con Inhibición Conductual y sin Trastorno de Ansiedad Social
<i>n_{TAS}</i>	Tamaño de la muestra de niños con Inhibición Conductual y Trastorno de Ansiedad Social
OR	Odds ratio
<i>P</i>	Porcentaje

Abreviatura	Descripción
p	p -valor
r	Coefficiente de correlación de Pearson
RQ	Rango intercuartil
RQ_{IC}	Rango intercuartil del grupo de niños con Inhibición Conductual
RQ_{NIC}	Rango intercuartil del grupo de niños sin Inhibición Conductual
RQ_{NTAS}	Rango intercuartil del grupo de niños con Inhibición Conductual y sin Trastorno de Ansiedad Social
RQ_{TAS}	Rango intercuartil del grupo de niños con Inhibición Conductual y Trastorno de Ansiedad Social
RV	Razón de verosimilitud
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)
TA	Trastornos de ansiedad
TAS	Trastorno de Ansiedad Social
TE	Tamaño del efecto
TRF	Inventario del comportamiento de niños para maestros
U	Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney
z	Valor de distribución z en la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel socioeconómico de la muestra.....	59
Tabla 2. Rango de edad y nivel de estudios de los padres y madres.....	60
Tabla 3. Instrumentos de evaluación.....	61
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable <i>IC</i> de la muestra total de niños, con y sin <i>IC</i>	74
Tabla 5. Prueba <i>U</i> para niños con y sin <i>IC</i> en las variables del K-BIT y las MSCA.....	75
Tabla 6. Prueba <i>U</i> para niños con y sin <i>IC</i> para la variable <i>retraimiento</i> de las EACP y el CBCL/TRF.....	76
Tabla 7. Prueba <i>U</i> para niños con y sin <i>IC</i> para la variable <i>ansiedad</i> de las EACP.....	76
Tabla 8. Prueba <i>U</i> para niños con y sin <i>IC</i> para la variable <i>retraimiento/depresión</i> del CBCL/TRF.....	77
Tabla 9. Prueba <i>U</i> para niños con y sin <i>IC</i> para la variable <i>habilidades sociales</i> del BASC ..	77
Tabla 10. Prueba <i>U</i> para niños con y sin <i>IC</i> para la variable <i>liderazgo</i> del BASC.....	78
Tabla 11. Prueba <i>U</i> para niños con y sin <i>IC</i> para la variable <i>habilidades adaptativas</i> del BASC.....	78
Tabla 12. <i>RV</i> para niños con y sin <i>IC</i> para las variables de la ADIS, distribución de casos y porcentajes.....	80
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la variable <i>IC</i> de la muestra total de niños con <i>IC</i> con y sin <i>TAS</i>	80
Tabla 14. Prueba <i>U</i> para niños con <i>IC</i> con y sin <i>TAS</i> en las variables del K-BIT y las MSCA.....	81

Índice de figuras

Figura 1. Criterios de inclusión y procedimiento de reclutamiento de la muestra	67
---	----

Índice de anexos

- Anexo 1. Niveles socioeconómicos del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de Medicina de Familia y Comunitaria (2000).
- Anexo 2. Escala de Inhibición Conductual para Preescolares versión padres (adaptada de la versión maestros de Ballespí, Jané, Riba y Domènech-Llaberia, 2003).
- Anexo 3. Agrupación de las Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para Niños (2009): verbal, perceptivo-manipulativa, memoria, numérica y motricidad.
- Anexo 4. Autorización para realizar la investigación en el colegio *La Purísima Hermanas Carmelitas*.
- Anexo 5. Autorización para realizar la investigación en el colegio *Gloria Fuertes*.
- Anexo 6. Consentimiento informado, documento informativo.
- Anexo 7. Contrabalanceo del paquete de pruebas de maestros y padres/madres (EACP, CBCL/TRF y BASC)

RESUMEN/ABSTRACT

Resumen

La literatura científica ha puesto de manifiesto que la Inhibición Conductual se caracteriza por la presencia de ansiedad ante estímulos desconocidos y por su relación con los trastornos de ansiedad. Como la Inhibición Conductual es una variable temperamental de inicio temprano, las investigaciones han examinado su potencial papel predictor en el desarrollo de trastornos de ansiedad en la infancia. En este sentido, aunque varios estudios relacionan la Inhibición Conductual con los trastornos de ansiedad, los resultados no son concluyentes, ya que no todos los niños ansiosos muestran un comportamiento inhibido ni todos los niños con Inhibición Conductual sufren trastornos de ansiedad. Esta tesis doctoral pretende cubrir este vacío a través de un estudio longitudinal de los factores de riesgo y de protección (intelectuales, madurativos, de adaptación socioemocional y conductual) que puedan estar implicados en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en los niños clasificados con y sin Inhibición Conductual a la edad de 4 a 6 años. Para ello, se realizó un diagnóstico clínico de los trastornos de ansiedad (principalmente, Trastorno de Ansiedad Social) a través de la administración de la Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV: para niños (ADIS-IV: C) y para padres (ADIS-IV: P).

La muestra estaba compuesta por 73 niños de entre 6 y 8 años. Los niños completaron el Test breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT) y las Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para Niños (MSCA). Por su parte, los padres, madres y maestros de los niños cumplieron las Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema, el Inventario del comportamiento de niños (CBCL y TRF) y el Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). Los resultados mostraron que los niños identificados con Inhibición Conductual, en comparación con los niños no clasificados como inhibidos, desarrollaron un Trastorno de Ansiedad Social con dos años de seguimiento. Además, los datos sugieren que los niños con Inhibición Conductual y/o Trastorno de Ansiedad Social presentan una peor adaptación socioemocional y conductual (v.g. retraimiento, depresión, habilidades sociales, liderazgo) aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ni en variables intelectuales ni madurativas.

Abstract

The state-of-art has revealed that Behavioral Inhibition is characterized by the presence of anxiety towards unknown stimuli and its relationship with anxiety disorders. Behavioral Inhibition has been categorized as a temperamental variable that starts early, and research has examined their potential predictive role in the development of childhood anxiety disorders. Even, though several studies have found associations between Behavioral Inhibition and the development of anxiety disorders, findings are inconclusive but suggest not all anxious children present Behavioral Inhibition or that not all inhibited children develop anxiety disorders. This doctoral dissertation is at covering this gap by means of a longitudinal study examining the risk and protective factors (intellectual, maturation, socio-emotional adaptation and behavioral) involved in the development of childhood anxiety disorders in children classified with o without Behavioral Inhibition at the age of 4-6 years. The presence of anxiety disorders was examined (particularly, Social Anxiety Disorder) thanks administration of the Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents.

The sample was composed by 73 children, ranging between 6 and 8 years old. The following measures were administered for children: the Kaufman Brief Intelligence Test and the McCarthy Scales of Children's Abilities. Parents and teachers filled in the Magallanes Scales for Behavioral Problems (EACP), the Child Behavior Checklist and the Behavior Assessment System for Children. The results showed that children identified with Behavioral Inhibition, compared with children not classified as inhibited, developed a Social Anxiety Disorder after a two-year follow-up. Furthermore, the data suggest that children with Behavioral Inhibition and/or Social Anxiety Disorder have a worse socio-emotional and behavioral adaptation (e.g. withdrawal, depression, social skills or leadership) but there were not statistically significant in intellectual and maturational variables differences.

CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO

A largo del capítulo se realiza una revisión de la literatura científica que tiene por objetivo examinar los conceptos primordiales que enmarcan la presente tesis doctoral. En concreto, se encuadra el constructo de la Inhibición Conductual¹ y su relación con los Trastornos de Ansiedad², concretamente con el Trastorno de Ansiedad Social³. Finalmente, se expondrán las lagunas científicas existentes y la finalidad del estudio, que está destinado a arrojar luz a algunas de las cuestiones no resueltas en el campo de la IC.

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA INHIBICIÓN CONDUCTUAL

1.1.1. Características y definición de la Inhibición Conductual

La IC es una variable que implica timidez, retraimiento, evitación social, inquietud o malestar social, además de miedo ante personas, objetos y/o situaciones desconocidas (García-Coll, Kagan y Reznick, 1984; Kagan, Reznick y Snidman, 1988; Vreeke *et al.*, 2012). La variable IC ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones durante las últimas décadas. En concreto, desde el año 2000, un gran número de trabajos se han centrado en conocer la relación existente entre la IC y la psicopatología, junto a las posibles variables que se encuentran asociadas con ella (Guerra, Martín y Arnaiz, 2011).

La IC se considera como el rasgo temperamental definido por el miedo extremo ante la novedad (Kagan, Reznick y Snidman, 1987). Al igual que otras variables temperamentales, la IC muestra una disposición básica, es relativamente consistente, está determinada biológicamente y es sensible a la influencia de variables contextuales (Goldsmith *et al.*, 1987). Los niños con IC experimentan una gran ansiedad ante estímulos novedosos, inciertos o cambiantes, por lo cual se retraen y evitan el contacto con ellos y muestran inicialmente signos de sufrimiento, moderación del comportamiento y latencias largas para interactuar. También, suelen dejar de jugar, hablar y tratan de permanecer cerca de la seguridad que ofrecen sus padres (Kagan, 1997; Kagan, Snidman y Arcus, 1998). De hecho, uno de los aspectos más importantes en la IC es la inhibición del habla. Las investigaciones muestran que los niños con IC hablan menos, utilizan menos palabras, realizan intervenciones más

¹ IC, en adelante

² TA, en adelante

³ TAS, en adelante

breves y abarcan menos temas durante una conversación. Además, los niños con IC responden a preguntas de los maestros utilizando silencios o monosílabos más que los niños clasificados como desinhibidos (Evans, 1987; Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons y Johnson, 1988). Aunque la evidencia sugiere que los niños con IC hablan menos que los niños no inhibidos, especialmente en situaciones estresantes, según un trabajo realizado por Asendorpf y Meier (1993), con una muestra de alumnos de segundo curso de primaria, los niños tímidos hablan tanto como los no inhibidos en aquellas situaciones que les son familiares.

Asimismo, algunos autores han argumentado que la IC es la manifestación observable del rasgo de personalidad de la neurosis (Craske, 1997) o tendencia persistente a experimentar estados emocionales negativos (Matthews, Deary y Whiteman, 2003). De la misma forma, se relaciona con la baja extraversión, otro rasgo de personalidad asociado con una menor participación en actividades sociales y con individuos menos reivindicativos que prefieren observar las situaciones antes de participar en ellas (Matthews *et al.*, 2003). En esta línea, Vreeke y Muris (2012) señalan que los padres, clasificados como clínicamente ansiosos, informan que los niveles elevados de IC y neuroticismo en sus hijos son predictores de TA.

1.1.2 Curso de inicio, desarrollo, sexo y prevalencia de la Inhibición Conductual

Aunque la presencia de IC se observa muy tempranamente en la vida (Kagan *et al.*, 1988a; Kagan *et al.*, 1988b), para su detección es necesario considerar el período evolutivo en el que se encuentra el niño. En este sentido, la IC no debe confundirse con la reacción normal de ansiedad al extraño en la que los niños de 7-8 meses muestran respuestas ansiosas ante personas desconocidas cuando ya distinguen la figura de vínculo, generalmente la madre, de los extraños (Spitz, 1961). Spitz señala que este tipo de ansiedad expresa un desarrollo afectivo y madurativo adecuado, a diferencia de la conducta desadaptada de la IC que puede ser detectada entre los 4 y 6 años de edad (Biederman, Faraone y Marrs, 1997) y se puede mantener durante toda la infancia, adolescencia (Asendorpf, 1990; Kagan *et al.*, 1998; Mullen, Snidman y Kagan, 1993; Pfeifer, Goldsmith, Davidson y Rickman, 2002) e incluso en la adultez (Kagan, Snidman, Kahn y Towsley, 2007).

Los estudios sugieren que los niños evaluados con IC, en comparación con sus pares no inhibidos, en la edad adulta son más precavidos, sobrios y presentan poca desenvoltura al conversar con extraños, son menos extravertidos, con vidas sociales menos activas y redes sociales más pequeñas, presentan más conductas de evitación, menos probabilidades de asumir funciones directivas o estar en el centro de atención y menos probabilidades de asumir roles ambiciosos o exigentes (Caspi *et al.*, 2003; Caspi y Silva, 1995; Gest, 1997). En función del sexo, las niñas tienden a mostrar niveles de IC más altos y estables que los niños (Essex, Klein, Slattery, Goldsmith y Kalin, 2010; Kerr, Lambert, Stattin y Klackenberg-Larsson, 1994). Estas diferencias son atribuidas al efecto de los estereotipos del rol sexual, ya que la inhibición resulta socialmente más aceptable en el sexo femenino que en el masculino (Kerr *et al.*, 1994).

En cuanto a la prevalencia de la IC, los datos registran que aproximadamente el 15% de los niños son extremadamente inhibidos y responden con miedo y conductas de retirada ante lugares, personas y objetos desconocidos (Kagan, 1997). En otros estudios llevados a cabo por este mismo autor (Kagan *et al.*, 1987; Kagan *et al.*, 1998) se han sugerido que los niños que muestran características más claras y definitorias de IC se sitúan entre el 10 y el 15%. Del mismo modo, los estudios revelan que cerca de un 10% de los niños que en educación infantil presentan IC continúan expresándola durante la niñez, adolescencia y adultez (Kagan y Snidman, 2004).

1.1.3 Contextos donde se manifiesta la Inhibición Conductual

Con relación a los contextos donde se manifiesta la IC, algunas investigaciones sugieren que ir al colegio es una actividad particularmente estresante para los niños con IC (Coplan y Arbeau, 2008; Evans, 2001). Como resultado, los niños se implican menos en actividades sociales (Kochanska, 1998) y puedan experimentar dificultades de adaptación a largo plazo. De hecho, los niños con IC son evaluados por sus maestros con mayor número de problemas emocionales que sus compañeros no inhibidos (Bohlin, Hagekull y Andersson, 2005; Coplan, Arbeau y Armer, 2008). También, muestran habitualmente un comportamiento reservado e índices mayores de ansiedad durante el juego libre con sus compañeros de colegio (Coplan y Arbeau, 2008; Coplan, Prakash, O'Neil y Armer, 2004). Fuera del contexto escolar,

las madres describen a sus hijos con IC con menor actividad social con sus semejantes y más propensos a jugar solos en casa con un amigo (Coplan, DeBow, Schneider y Graham, 2009), lo que aumenta el riesgo de presentar malas relaciones, rechazo y exclusión de sus iguales (Coplan *et al.*, 2004). De hecho, uno de los criterios que definen a los niños con alta IC es la presencia de bajas tasas de interacción con sus iguales (Monjas y Caballo, 2002).

1.1.4. Procedimiento para la evaluación temprana de la Inhibición Conductual

La evaluación y detección de la IC en la etapa infantil se ha sustentado en buena parte en la información suministrada por las personas que forman parte del contexto social del niño, como padres y profesores, debido a su variabilidad situacional (Goldsmith *et al.*, 1987) y porque en estas edades tempranas los niños aún no son capaces de informar sobre ciertas variables personales (Ordóñez-Ortega, Espinosa-Fernández, Garcia-Lopez, y Muela-Martínez, 2013b). Además, la información de padres y maestros proporciona un perfil lo suficientemente amplio, exhaustivo, detallado y completo de su repertorio conductual que hace que sea primordial en el proceso diagnóstico (Amador, Forns, Guàrdia y Però, 2006). La etapa de la vida en la que el niño comienza el colegio en educación infantil, a los tres años, parece un momento idóneo para llevar a cabo su evaluación. Ya que es una etapa de la infancia lo suficientemente adelantada como para que la detección pueda ser considerada temprana y, al mismo tiempo, es lo suficientemente tarde como para poder obtener información de diferentes contextos, incluido el colegio, y por tanto de diferentes informantes, padres y maestros (Ordóñez-Ortega *et al.*, 2013b).

1.1.5. Factores implicados en la concordancia entre padres y maestros

Aunque la información de padres y maestros es fundamental en estas edades tempranas, los informantes no siempre coinciden en la valoración de la conducta objeto de estudio en los niños (Garcia-Lopez, Ordóñez-Ortega, Espinosa-Fernández y Muela-Martínez, 2012; Viñas *et al.*, 2008). De hecho, en la literatura se halla frecuentemente una escasa concordancia entre padres y maestros (Bishop, Spence y McDonald, 2003; van Brakel, Muris y Bögels, 2004) y en la práctica clínica el grado de coincidencia entre informantes es muy

bajo (Handwerk, Larzelere, Soper y Friman, 1999; Jané, Araneda, Valero y Domènech-Llaberia, 2000). Por tanto, es necesario conocer cuáles son los factores que pueden explicar la discrepancia entre informantes. Algunas consideraciones a tener en cuenta son:

a) En primer lugar, se obtienen diferentes valoraciones de un determinado comportamiento según el contexto donde se desarrolla (Verhulst y Akkerhuis, 1989).

b) En segundo lugar, existen diferencias según el tipo de población a la que va dirigida la evaluación. De este modo, en estudios con muestras clínicas los padres tienden a valorar con mayor severidad los síntomas que los propios niños (Kolko y Kazdin, 1993; Thurber y Snow, 1990), mientras que en población normal sucede todo lo contrario (Achenbach y Rescorla, 2001).

c) En tercer lugar, también se encuentran diferencias según las características del informador. En este sentido, hay que tener en cuenta que los maestros pasan muchas horas con sus alumnos y pueden comparar su conducta con otros niños. Por el contrario, muchos padres no disponen de referentes y las horas que pasan con sus hijos, en ocasiones, son inferiores a la de los maestros. Igualmente, es razonable pensar que la valoración de los síntomas de los maestros no sea tan precisa como la de los padres al tener que informar sobre un número mayor de sujetos. Además, los maestros suelen prestar mayor atención a los síntomas extremos, por lo que tienden a valorar como totalmente ausente un síntoma que se presenta o manifiesta con baja o moderada frecuencia (Handwerk *et al.*, 1999; Jané *et al.*, 2000).

e) Finalmente, en cuarto lugar, los resultados de los evaluadores dependen de la facilidad con que algunos niños exteriorizan o comunican sus estados emocionales (Handwerk *et al.*, 1999; Jané *et al.*, 2000). Las madres parecen ser mejores informantes que los padres, especialmente, de los síntomas internalizantes, que son aquellos que no se aprecian en la conducta observable (v.g. retraimiento, ansiedad, depresión, reactividad emocional, somatizaciones). Los maestros, en cambio, son mejores informantes de los externalizantes, al ser comportamientos más fáciles de observar, con mayor nivel de acuerdo entre evaluadores, más estables en comparación con los síntomas de interiorización y que llevan consigo un pronóstico menos favorable (Robins, 1979) como los problemas de atención, de conducta agresiva e hiperactividad (Phares, 1997).

1.1.6 Instrumentos de evaluación temprana de la Inhibición Conductual

Para la evaluación de la IC suele utilizarse tres procedimientos: los registros fisiológicos, la observación directa y los instrumentos de lápiz y papel (Ballespí y Jané, 2002). A continuación se hace referencia brevemente a cada una de ellas:

1.1.6.1 Registros fisiológicos

En el estudio inicial sobre la IC de Kagan, Reznick, Clarke, Sidman y Garcia-Coll (1984) se registraban diferentes medidas de la actividad simpática para medir la respuesta ansiosa de los niños y así poder clasificarlos con o sin IC. Ballespí (2004) y Ballespí y Jané (2003) señalan algunos de los índices psicofisiológicos que se utilizan para medir la IC, como la tasa cardíaca en reposo y en situaciones de estrés cognitivo, la dilatación de la pupila, los niveles de noradrenalina en la orina y de cortisol en saliva, o las variaciones de la tensión muscular en las cuerdas vocales y en la laringe. Aunque resulta un método útil para medir la IC, son los procedimientos basados en la observación directa y los de lápiz y papel los más utilizados en investigación.

1.1.6.2 Observación directa

La observación directa puede llevarse a cabo en el laboratorio o en entornos naturales. Para la observación en el laboratorio, los niños son expuestos a situaciones donde se presentan estímulos novedosos (v.g. juguetes, personas extrañas, elementos de riesgo, situaciones de interacción social) para así poder registrar las conductas externas que muestran los niños (v.g. latencias de respuesta o de contacto con los estímulos, habla, signos de afecto positivo o negativo) (Ballespí, 2004; Ballespí y Jané, 2003). Aunque supone un método valioso para evaluar la IC, éste necesita de mucho tiempo y recursos para identificar a los jóvenes en riesgo (van Brakel y Muris, 2006). En este sentido, suelen ser necesarios la utilización de equipos de filmación y/o el análisis de las conductas de los niños mediante el método de doble ciego con observadores entrenados. Para la observación de la conducta del niño en entornos naturales se le observa en la escuela durante situaciones de juego. También se suelen exponer

a los niños dentro del hogar a situaciones inciertas, a la presencia de personas extrañas o a estímulos novedoso. Al igual que en la observación en el laboratorio, éstas son pruebas muy costosas de realizar y además carecen de buena validez ecológica (Ballespí, 2004; Ballespí y Jané, 2003).

1.1.6.3 Escalas y cuestionarios

Por último, en los instrumentos de lápiz y papel, la obtención de información de padres y de maestros presenta notables ventajas en comparación con los registros psicofisiológicos y la observación directa, ya que muestran una elevada economía en el procedimiento, la información recogida es amplia y los datos tienen una alta validez ecológica.

Concretamente, dentro de las pruebas de lápiz y papel, una revisión de estos instrumentos pone de manifiesto la escasez de pruebas específicas de evaluación de la IC en niños muy pequeños. Hay tres excepciones a esta carencia: a) la Parents Inhibition Scale de Asendorpf (1990), b) el Behavioral Inhibition Questionnaire de Bishop *et al.* (2003) y c) la Escala de Inhibición Conductual para Preescolares⁴ de Ballespí, Jané, Riba y Domènech-Llaberia (2003), modificada por Ballespí, Jané y Riba en 2012. Siendo esta última, la única disponible en español, adaptada a la población española, que abarca las edades de educación infantil y cuyos ítems son más adecuados para el conjunto de signos que se pueden observar en entornos naturales.

Por último, con relación a los instrumentos de evaluación, también hay que hacer mención a algunas pruebas como en el Inventario del comportamiento de niños de Achenbach y Rescorla (2000) que aunque no incluye subescalas específicas de IC y no se han utilizado en trabajos empíricos para evaluar estos rasgos, sin embargo, algunos de sus ítems hacen clara referencia a la IC o aspectos relacionados con este fenómeno, además de medir numerosas variables adaptativas y desadaptativas que pueden estar relacionadas con la presencia o ausencia de IC. Del mismo modo, existen otros instrumentos que evalúan una amplia gama de dimensiones patológicas (v.g. problemas de conducta, trastornos

⁴ EICP, en adelante

emocionales, problemas de personalidad) y adaptativas (v.g. habilidades sociales, adaptabilidad), disponibles tanto para padres como para maestros, que están adaptadas a la población española y a las edades de educación infantil y que podrían aportar información útil para conocer las características de los niños inhibidos (Ordóñez-Ortega *et al.*, 2013b), como las Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema de García Pérez y Magaz (2000) y el Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescente de Reynolds y Kamphaus (2004).

1.2 RELACIÓN DE LA INHIBICIÓN CONDUCTUAL CON LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y OTRAS VARIABLES

1.2.1 Relación de la Inhibición Conductual y los trastornos de ansiedad

Tal y como señala Ballespí *et al.* (2003), el estudio de la IC resulta interesante por sus posibilidades predictivas con respecto a distintos trastornos futuros, siendo numerosas las investigaciones que apuntan esta relación entre la IC y los trastornos psicopatológicos (van Brakel y Muris, 2006). En esta línea, los estudios relacionan la IC con los TA (Ballespí y Jané, 2003; Biederman *et al.*, 2001b; Broeren y Muris, 2010; Chronis-Tuscano *et al.*, 2009; Degnan, Almas y Fox, 2010; Essex *et al.*, 2010; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2007; Hudson, Dodd y Bovopoulos, 2011; Hudson, Dodd, Lynham y Bovopoulos, 2011; Kagan, Reznick y Gibbons, 1989; Kagan *et al.*, 1988a; Oosterlaan, 1999; Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012; Pahl, Barrett y Gullo, 2012; Sportel, 2013; Vreeke *et al.*, 2012) y, en concreto, con el TAS en la infancia (Chronis-Tuscano *et al.*, 2009; Clauss y Urbano, 2012; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2003; Lewis-Morrarty *et al.*, 2015; Mick y Telch, 1998; Panayiotou, Karekla y Panayiotou, 2014). De modo que, cuando se trata de niños que permanecen inhibidos de forma estable a lo largo del tiempo (Hirshfeld-Becker *et al.*, 1992), la IC se contempla como un marcador conductual de vulnerabilidad biológica para el desarrollo de TA (Biederman *et al.*, 2001a; Kagan *et al.*, 1988a).

Igualmente, hay que tener en cuenta que ciertos signos conductuales de la IC (v.g. ausencia de vocalizaciones espontáneas en el lenguaje, expresiones faciales de afecto negativo, irritabilidad, miedo) coinciden con algunos síntomas relacionados con la ansiedad y

depresión. En este sentido, pese a que existen evidencias de que las dificultades derivadas del temperamento inhibido predisponen también a la aparición de síntomas depresivos, estos señalan que dicha relación está mediada por la ansiedad (Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet y Bogie, 2001) y relacionan la IC evaluada en la infancia con los cuadros ansiosos y depresivos desarrollados durante la adolescencia y la etapa adulta (Muris *et al.*, 2001; Oosterlaan, 1999). Hay otros estudios que señalan que la IC no sólo es un factor de riesgo, sino que puede tratarse de una manifestación subclínica de la forma infantil de los TA en las etapas posteriores (Muris, van Brakel, Arntz y Schouten, 2011; Pérez-Edgar y Guyer, 2014; Sportel 2013).

1.2.1.1 Características y definición de los trastornos de ansiedad y el Trastorno de Ansiedad Social

Los TA abarcan varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental caracterizado por el miedo y ansiedad anormal y patológica. De forma general, el término ansiedad abarca cuatro aspectos que un sujeto puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa (American Psychiatric Association [DSM⁵-5], 2013). Dentro de las características de los TA, al igual que ocurre con la IC, estos muestran una tasa baja de interacción con los iguales (Monjas y Caballo, 2002). Los criterios diagnósticos actuales reconocen una gran variedad de TA con características específicas. En el caso del TAS, también conocido como fobia social, es definido como el miedo o ansiedad intensa que aparece ante situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros, por lo que teme actuar o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente (American Psychiatric Association [DSM-5], 2013). Concretamente el TAS se relaciona con problemas en los que están involucrados el rendimiento en los entornos social y escolar, el aislamiento social y las relaciones sociales (Caballo, Salazar, Garcia-Lopez e Iurrtia, 2011; Essex *et al.*, 2010; Pérez-Edgar *et al.*, 2011). Además, el miedo o ansiedad se muestra de forma desproporcionada, persistente, causa malestar intenso o deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas de funcionamiento. En los niños la ansiedad debe darse en situaciones con iguales y no tan solo con adultos y puede manifestarse

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

como lloros, berrinches, inmovilidad, búsqueda de refugio en personas conocidas o ausencia de habla (American Psychiatric Association [DSM-5], 2013).

1.2.1.2 Curso de inicio, desarrollo, sexo, prevalencia y comorbilidad de los trastornos de ansiedad y Trastorno de Ansiedad Social

Aunque la edad normal de inicio en la infancia de un TA se ha situado entre los 7 y 12 años (Last, Perrin, Hersen y Kazdin, 1992), hay datos que apuntan que la primera adquisición de los temores puede ser mucho más temprana (Ohman, 1985). Por su parte, el TAS suele comenzar en la niñez, tiene un curso crónico y tan sólo una parte de los individuos que la sufren alcanzan la remisión de forma espontánea (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008). Además, un estudio realizado en España por Orgilés *et al.* (2012) con una muestra de niños y adolescentes de entre 8 y 14 años mediante autoinformes muestran que los niños con mayor edad presentaron menos síntomas de ansiedad por separación, de trastorno obsesivo-compulsivo y de pánico, pero mayores manifestaciones de TAS y de ansiedad generalizada. En esta línea, para una muestra australiana, Hudson *et al.* (2011b) señalaron que los niños que a los 4 años de edad fueron identificados con IC son significativamente más propensos a ser diagnosticados con TAS a los 6 años. Respecto a las diferencias según el sexo, Orgilés *et al.* (2012) afirmaron que las niñas manifiestan más ansiedad que los niños en todos los TA con unos tamaños del efecto⁶ que se sitúan entre 0,21 y 0,51, excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Según una revisión de la literatura (Cartwright-Hatton, McNicol y Doubleday, 2006), los TA en preadolescentes son más frecuentes que los trastornos emocionales o de comportamiento. Aunque la prevalencia de los TA cambia considerablemente en función de la edad, de los instrumentos de evaluación o de la fuente de información, se estima que entre un 15 y un 20% de niños y adolescentes desarrollan un TA; siendo la ansiedad por separación, junto a las fobias específicas, los más frecuentes en población infanto-juvenil (Beesdo, Knappe y Pine, 2009). No obstante, aunque algunos estudios encuentran una prevalencia menor (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Meltzer, Gatward, Goodman y Ford, 2000), es necesario señalar que otros trabajos epidemiológicos en España indican que

⁶ TE, en adelante

los TA son los problemas psicológicos más diagnosticados en niños y adolescentes españoles y los de mayor demanda asistencial (Echeburúa y Corral, 2009). Estimaciones más conservadoras indican que al menos el 3% de los niños menores de 12 años manifiestan un TA (Ford, Goodman y Meltzer, 2003). Por su parte, el TAS es actualmente el trastorno más diagnosticado en el contexto clínico durante la adolescencia, con un rango que varía entre el 2 y el 9% según los estudios, culturas e instrumentos de evaluación utilizados (García-López, Salvador y De Los Reyes, 2015; Knappe, Sasagawa y Creswell, 2015). En España, García-López, Díaz-Castela, Muela-Martínez y Espinosa Fernández (2014) informan de una tasa de prevalencia del 5,5%, ligeramente superior a la media de estudios encontrados (4,4%) en población adolescente. Estudios recientes, con niños identificados con IC a los 2 años de edad, muestran tasas de prevalencia del 22,2% para los TA y del 10,7% para el TAS en niños de 4 a 7 años de edad (Paulus, Backes, Sander, Weber y von Gontard, 2014).

Por último, señalar que el TAS es un trastorno que suele ir acompañado de otras psicopatologías (Chou, 2009), incrementando la probabilidad de padecer un trastorno comórbido según aumenta la edad del sujeto (Fehm, Beesdo, Jacobi y Fiedler, 2008). Entre los trastornos más frecuentes en la adolescencia se encuentran: a) otros TA, al menos el 50% de los adolescentes con TAS informan de la presencia de otros trastornos ansiosos (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996; Wittchen, Stein, y Kessler, 1999); b) los trastornos de ánimo, en torno al 11% de los adolescentes informan sobre estos trastornos (Beidel y Turner, 2007), siendo los más frecuentes la depresión (Beesdo, *et al.*, 2007; Wittchen *et al.*, 1999) y la distimia (Wittchen *et al.*, 1999); además de c) otros trastornos o problemas: déficit de atención e hiperactividad, abuso de alcohol y de sustancias, rechazo escolar y mutismo selectivo (Kessler *et al.*, 2005; Olivares, Rosa, Caballo, García-López y Orgilés, 2002). En este sentido, según va aumentando la edad de los sujetos, la comorbilidad con otros trastornos se sitúa entre un 36 a 92% (García López, 2013).

1.2.1.3 Detección temprana de los trastornos de ansiedad y Trastorno de Ansiedad Social

Por todo lo dicho hasta ahora, el estudio y la evaluación temprana y exhaustiva de la IC, como una de las variables implicadas en el desarrollo de la ansiedad, se convierte en un

interesante recurso de prevención primaria (Mick y Telch, 1998). Hay que tener en cuenta que los TA en la infancia no suelen remitir sin tratamiento (Costello *et al.*, 2003), pueden continuar en la edad adulta (Kagan *et al.*, 2007), se relacionan con la presencia de dificultades psicosociales en el niño (Brent *et al.*, 1998; Messer y Beidel, 1994), aumentan el riesgo de desarrollar otros trastornos psicológicos comórbidos (Curry y Murphy, 1995; Thapar y McGuffin, 1997) y actúan como factores de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psicológicos en la adolescencia y en la edad adulta.

Dentro de los instrumentos más utilizados para el diagnóstico de los TA y TAS en edades tempranas, se encuentra la Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV (Silverman, Albano y Sandín, 2003; 2009). Es un modelo de entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales de ansiedad en los niños o adolescentes de entre 6 a 17 años, con la información que suministran ellos mismos y sus padres. Permite realizar diagnósticos diferenciales de acuerdo con todos los TA según los criterios del DSM-IV; además, proporciona puntuaciones sobre la gravedad de estos trastornos y contiene también ítems que muestran trastornos del estado de ánimo. La versión para niños evalúa el trastorno de ansiedad por separación, TAS, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, distimia, trastorno depresivo mayor y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Asimismo, la versión para niños también evalúa el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante.

1.2.2 Relación de la Inhibición Conductual con otras variables

Los estudios citados hasta el momento relacionan la IC con la etiología de los TA en la infancia, concretamente con el TAS. Sin embargo, dado que los datos demuestran que no todos los niños ansiosos presentan un comportamiento inhibido y no todos los niños con IC sufren patologías relacionadas con la ansiedad, resulta necesario conocer qué otros factores pueden estar implicados en el origen, desarrollo y mantenimiento de la relación entre IC y los TA (Ordóñez-Ortega *et al.*, 2013b). Para dar respuesta a esta cuestión, se muestran algunas investigaciones que señalan la existencia de otras variables que pueden ser mediadoras de esta

relación como: la presencia de TA en los padres, su estilo educativo, así como el nivel de emoción expresada o el estrés maternal.

a) En primer lugar, las investigaciones señalan que los niños de padres con algún trastorno de ansiedad presentan un mayor riesgo de manifestar IC y desarrollar un TA en edades tempranas (Hirshfeld-Becker *et al.*, 2008a; Hudson *et al.*, 2011a; Muris *et al.*, 2011). De tal manera que según Biederman *et al.* (1993), en los menores con IC existe un mayor riesgo de padecer TA en ellos y en sus familias.

b) En segundo lugar, el estilo educativo de los padres es otra variable de riesgo implicada en el desarrollo de los TA (Rapee, 2001). Este autor sugiere que cuando los padres se muestran poco afectivos en la relación con sus hijos, llevan a cabo una protección excesiva, un alto control o un bajo nivel de afinidad, generan una mayor probabilidad de desarrollar una relación insegura que a su vez posibilita el desarrollo de TA en sus hijos. Aunque los estudios señalan la posibilidad de que las prácticas de crianza aumenten la vulnerabilidad psicológica posterior de los niños, se necesitan más investigación para entender mejor la contribución de los factores específicos de crianza (Thirlwall y Creswell, 2010).

c) En tercer lugar, los resultados revelan que los altos niveles de crítica, una de las dimensiones del constructo de emoción expresada, se relacionan con el aumento de la posibilidad de presentar IC y un mayor número de psicopatologías en niños de 4 a 10 años (Hirshfeld-Becker, Biederman, Bordy, Faraone y Rosenbaum, 1997). En esta línea, se hallan puntuaciones más altas de emoción expresada en los padres cuyos hijos presentan TA (García-López, Muela-Martínez, Espinosa-Fernández y Díaz-Castela, 2009).

d) En cuarto lugar, la influencia del estrés maternal en los niños durante la etapa infantil, es otra variable que también podría estar asociada con los TA en la adolescencia (Essex *et al.*, 2010).

También, se ha encontrado que los niños con IC presentan peores puntuaciones en variables que miden su desarrollo socioemocional y conductual (v.g. retraimiento, depresión, habilidades sociales, adaptabilidad) (Espinosa-Fernández, Garcia-Lopez, Muela-Martínez y Ordóñez-Ortega, 2015; Ordóñez-Ortega, Muela-Martínez, Espinosa-Fernández y Garcia-Lopez, 2012; Ordóñez-Ortega, Espinosa-Fernández, Garcia-Lopez, y Muela-Martínez,

2013a). Además, otros estudios señalan la relación de la IC y el empeoramiento de los resultados académicos (Crozier y Perkins, 2002). En este sentido, Guerra, Martín y Arnaiz (2013) hallaron diferencias para una muestra de niños española de educación infantil con baja y media IC en capacidades verbales, tanto oral como escrita, y memorística, aunque no en capacidades numéricas. En esta línea, Fox, Henderson, Marshall, Nichols y Ghera (2005) postulan que también es necesario comprender los procesos cognitivos moderadores de la IC.

Por último, señalar que al igual que las variables citadas pueden favorecer la presencia de IC y el desarrollo de TA en los niños, también pueden ser predictoras de la misma o de otras características que aparecen asociadas (Degnan *et al.*, 2010; Guerra *et al.*, 2011). En este sentido, aunque la literatura sobre la IC ha relacionado ésta con problemas o desajustes en el desarrollo de los niños (Biederman *et al.*, 1990; Manassis, Bradley, Goldberg, Hood y Swinson, 1995) aún resulta imprescindible clarificar el estado de las variables asociadas a la IC (Degnan *et al.*, 2010; Guerra *et al.*, 2011). Por tanto, es necesario que las futuras investigaciones continúen examinando los factores de riesgo que pueden incidir en la IC (Chronis-Tuscano *et al.*, 2009) y los problemas o desajustes que puedan causar en el desarrollo infantil. Además, existe también un consenso en considerar otros factores que pueden actuar de protección en el desarrollo de la ansiedad infantil, variables tanto de carácter externo, familiar y socioambiental, como interno, genético y cognitivo (Donovan y Spense, 2000; Vasey y Dadds, 2001). Se sabe que todos estos factores, tanto de riesgo como de protección, interactúan entre sí y dependiendo de variables tales como las características del contexto, la vulnerabilidad individual o la fase de desarrollo pueden ser o no el resultado del desarrollo de problemas de inhibición y ansiedad en el niño (Espinosa-Fernández, 2009). Por todo ello, algunos autores consideran que aún son necesarios nuevos estudios en los que se examine los efectos aditivos e interactivos de la IC junto a una amplia gama de otros factores de vulnerabilidad en el desarrollo de la ansiedad patológica de los jóvenes (Hirshfeld-Becker *et al.*, 2008a; Hirshfeld-Becker, Micco, Simoes y Henin, 2008).

1.3 LAGUNAS Y LÍNEAS DE ESTUDIO EN LA INHIBICIÓN CONDUCTUAL Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La bibliografía analizada muestra que la investigación científica sobre la IC ha sido un campo de estudio prolífico durante las últimas décadas, señalando como la IC es una variable cuya presencia ocasiona malestar emocional en los niños, afecta a su competencia social y los predispone a padecer TA (Biederman *et al.*, 1993; Penela, Walker, Degnan, Fox y Henderson, 2015). No obstante, todavía necesita responder a numerosos interrogantes sobre las características propias de la IC y de su relación con los TA. Para ello, su evaluación y detección precoz puede proporcionar un medio clínicamente útil para concretar qué niños son más propensos a padecer TA. Thirlwall y Creswell (2010), señalan que a pesar de estar bien documentada en la literatura las consecuencias negativas que tiene la presencia de un TA en la vida de los niños, las estrategias de prevención aún deben de mejorar en cuanto a su eficacia (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards y Sweeney, 2005) y para ello, las teorías y modelos contemporáneos sobre la etiología y desarrollo de los TA han de ser completados con la aportación de nuevos datos. Precisamente, se requieren estudios que incluyan factores como la IC al ser considerada como un elemento importante que incrementa la vulnerabilidad para desarrollar problemas emocionales en los niños (Muris, 2007). Para ello, es necesario examinar la relación entre la IC en niños y los TA desde una perspectiva longitudinal ya que, las diferencias entre niños con y sin IC se hacían más robustas en las evaluaciones con tres años de seguimiento (Rosenbaum *et al.*, 1993).

En este sentido, los estudios deben profundizar en porqué no todos los niños ansiosos muestran un comportamiento inhibido ni todos los niños con IC sufren TA. La pregunta que surge es ¿en qué condiciones, los niños con IC, desarrollan TA? Como ocurre en otros tipos de psicopatología, se considera que los TA son el resultado de múltiples variables e influencias (Muris, 2007; Vasey y Dadds, 2001). Por lo tanto, al estudiar el papel de la IC en los problemas de ansiedad en la infancia, igualmente hay que considerar otros factores de vulnerabilidad, de forma que se puedan estudiar los efectos únicos e interactivos de este rasgo temperamental. Por tanto, el estudio y evaluación de la IC parece una estrategia adecuada para hallar las características adicionales que puedan predecir un riesgo alto de desarrollar TA (Biederman *et al.*, 2001a) y así prevenir su aparición temprana (Morizot y Vitaro, 2003) y/o poder desarrollar estrategias de intervención y programas educativos eficaces (Taboada,

Ezpeleta y de la Osa, 1998) de los que puedan beneficiarse los programas dirigidos a la prevención de los TA (Chronis-Tuscano *et al.*, 2015; Hudson y Dodd, 2012; Rosenbaum *et al.*, 2000).

Para ello, los estudios tienen que seguir profundizando en las variables ya estudiadas sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de los factores relativos a la IC y los vinculados con los TA. En esta línea, se debe ahondar en el conocimiento tanto de las variables propias del niño (v.g. ansiedad, edad, sexo, habilidades verbales) como la influencia de los factores ambientales (v.g. contextos, TA en los padres, emoción expresada, estilos de crianza, estrés parental). Al mismo tiempo, es necesario realizar investigaciones que incluyeran nuevas variables de estudio de carácter intelectual, psicomotor, conductual y socioemocional que puedan estar asociadas con la IC (Ordóñez-Ortega *et al.*, 2013b) y/o los TA (v.g. quejas somáticas, agresividad, liderazgo social). El objetivo final de este proceso, sería conocer de manera exhaustiva la relación de la IC con los TA. Por lo que al estudiar las variables, es prioritario examinar la direccionalidad de sus influencias y los efectos conjuntos de sus posibles interacciones (Hirshfeld-Becker *et al.*, 2008a; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2008b). De tal forma, que se pueda descubrir las combinaciones de factores que protegen y perjudican conjuntamente esta relación, en línea con las aportaciones de Donovan y Spense (2000), Espinosa-Fernández (2009) y Vasey y Dadds (2001).

Para llevarlo a la práctica, y debido al carácter estable que la IC presenta durante la infancia, adolescencia y adultez (Kagan y Snidman, 2004), es necesario realizar estudios longitudinales sobre la IC, de su relación con los TA y cómo éstos cambian con la edad (Orgilés *et al.*, 2012), abarcando el mayor rango posible de tiempo. Además, en dichos estudios, se debe aumentar la variabilidad de los informadores, ya que generalmente los datos recogidos en el ambiente familiar son facilitados principalmente por las madres. Este hecho posibilitaría el análisis de las semejanzas y diferencias entre los progenitores y las influencias individuales y conjuntas que generaran (Ordóñez-Ortega *et al.*, 2013b).

1.3.1 Finalidad de la investigación

La finalidad de esta tesis doctoral es comprobar, tal y como apunta la literatura, si la variable IC junto con la presencia de otros factores de riesgo y de protección puede estar vinculada con el desarrollo de TA y, concretamente, con el TAS en la infancia. De este modo, al examinar todas estas variables podamos conocer las combinaciones de factores que protegen y perjudican la relación entre IC y TAS y los efectos conjuntos y direccionalidad de sus posibles interacciones. Y aunque algunas investigaciones ya han encontrado que las combinaciones de algunos de esos factores producen un mayor riesgo de problemas de ansiedad (Brozina y Abela, 2006; Calkins y Fox, 1992; van Brakel, Muris, Bögels y Thomassen, 2006), resulta necesario examinar los efectos aditivos e interactivos de la IC junto a una amplia gama de otros factores de vulnerabilidad en el desarrollo de la ansiedad patológica en los jóvenes. Además, para comprobar si en los niños que permanecen inhibidos de forma estable a lo largo del tiempo la IC es un factor generador de estos trastornos, se hace necesario utilizar una metodología de tipo longitudinal. En función de lo expuesto hasta el momento, y de acuerdo con la importancia otorgada a la detección precoz de la IC y de los factores asociados al desarrollo de TA, este trabajo desarrolla esta línea mediante un estudio longitudinal con dos años de seguimiento.

CAPÍTULO 2 - OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 OBJETIVOS

Los objetivos planteados en la investigación son los siguientes:

Objetivo 1. Explorar los factores individuales de riesgo y/o de protección asociados con la presencia de IC evaluada en niños de entre 4 y 6 años en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años).

Objetivo 2. Comprobar si la presencia de IC evaluada en niños de entre 4 y 6 años predice la presencia de problemas y/o TA en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años).

Objetivo 3. Explorar los factores individuales de riesgo y/o de protección que están vinculados con la presencia de IC en niños de 4 a 6 años que hayan podido desarrollar o no TA en la infancia, concretamente TAS, a los dos años de seguimiento (de 6 a 8 años).

2.2 HIPÓTESIS

Para llevar a cabo la evaluación de los objetivos anteriores se han planteado las siguientes hipótesis de partida:

Hipótesis 1. Los niños con IC entre los 4 y 6 años en comparación con los niños sin IC presentarán puntuaciones similares en aspectos intelectuales (habilidades verbales, capacidad de razonamiento e inteligencia general) y madurativos (desarrollo verbal, perceptivo-manipulativo, numérico, de la memoria y de la motricidad) en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años).

Hipótesis 2. Los niños con IC entre los 4 a 6 años en comparación con los niños sin IC presentarán una menor adaptación socioemocional y conductual en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años).

Hipótesis 3. Los niños que presentan IC entre los 4 y 6 años en comparación con los niños sin IC desarrollarán problemas y TA en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años).

Hipótesis 4. Los niños con IC entre los 4 y 6 años que desarrollan TA, específicamente TAS, presentarán puntuaciones similares en aspectos intelectuales (habilidades verbales, capacidad de razonamiento e inteligencia general) y madurativos (desarrollo verbal, perceptivo-manipulativo, numérico, de la memoria y de la motricidad) en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años) en comparación con los niños con IC que no desarrollan TAS.

Hipótesis 5. Los niños con IC entre los 4 y 6 años que desarrollan TA, específicamente TAS, presentarán una menor adaptación socioemocional y conductual en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años) en comparación con los niños con IC que no desarrollan TAS.

CAPÍTULO 3 - MÉTODO

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra del estudio estuvo formada por 73 niños del último curso de educación infantil y del primer ciclo de educación primaria, con edades comprendidas entre los 6 y 8 años. La edad media de los sujetos fue de 6,87 años ($DT = 0,57$) con un total de 33 chicos (45,2%) y 40 chicas (54,8%). En relación al centro en el que cursaban estudios, 47 asistían a un colegio público (64,4%) y 26 a uno concertado (35,6%). En cuanto al nivel educativo, un total de 11 niños (15,1%), 40 (54,8%) y 22 (30,1%) cursaban educación infantil de cinco años, primero y segundo de educación primaria, respectivamente. Para codificar el nivel socioeconómico de los sujetos se tomó como referencia la profesión que en aquel momento tenía el progenitor de mayor nivel socioeconómico de la pareja según los criterios del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de Medicina de Familia y Comunitaria (2000) (véase anexo 1). Siguiendo este criterio, la distribución de la muestra se recoge en la tabla 1:

Tabla 1. Nivel socioeconómico de la muestra

NIVEL	<i>N</i> = 73	<i>P</i>
BAJO	10	13,6
MEDIO-BAJO	18	24,7
MEDIO	20	27,4
MEDIO-ALTO	14	19,2
ALTO	11	15,1

En lo relativo a los progenitores, participaron 146 padres y madres como informantes, 137 de los paquetes de pruebas fueron cumplimentados por los padres y madres biológicos (93,8%) y 9 por las parejas actuales (6,2%). Además, 143 de los progenitores eran de nacionalidad española (97,3%) frente a 4 de otras nacionalidades (2,7%). Estos datos son consistentes con la realidad social de la zona, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, que registraba una población extranjera del 3,2 y 3% para Jaén capital en los años 2012 y 2013, respectivamente. En cuanto al rango de edad y el nivel de estudios de los progenitores los datos se recogen en la tabla 2:

Tabla 2. Rango de edad y nivel de estudios de los padres y madres

RANGO	N = 146	P	NIVEL	N = 146	P
< 25 AÑOS	2	1,4	SIN ESTUDIOS	1	0,7
26-35	44	30,1	PRIMARIOS	14	9,6
36-45	95	65,1	MEDIOS	50	34,2
46-55	5	3,4	DIPLOMATURAS	30	20,6
> 55 AÑOS	0	0	LICENCIATURAS	51	34,9

En cuanto a los 16 maestros que participaron como informantes en el estudio, todos ellos diplomados en educación infantil o primaria, 2 eran hombres (12,5%) y 14 mujeres (87,5%). Diez de los maestros trabajaban en el centro público (62,5%) y seis en el concertado (37,5%). Seis de los informantes tenían entre 26 y 35 años (37,5%), seis entre 36 y 45 (37,5%) y cuatro entre 46 y 55 (25 %). Además, 6 (8,2%), 27 (37%) y 40 (54,8%) de los niños tuvieron los mismos profesores durante los últimos tres, dos y el curso de la recogida de datos, respectivamente.

3.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Es necesario tener en cuenta que debido al carácter longitudinal del estudio, la IC de los niños fue evaluada en un estudio previo cuando la edad era de entre 4 y 6 años, y se utiliza en la presente investigación como variable predictiva de los diferentes problemas y TA en los niños. Para su evaluación se utilizó la EICP versión maestros de Ballespí *et al.* (2003) y versión padres adaptada en este estudio para los padres y madres de la versión maestros. La EICP evalúa la variable IC del niño ante otros niños, ítems del 1 a 9, y en el patio, ítems del 10 a 14. La versión reducida que se ha utilizado en el trabajo consta de cuatro opciones de respuesta: nunca, alguna vez, casi siempre o siempre. Puede administrarse de forma individual o colectiva para evaluar a niños de entre 3 y 6 años de edad, teniendo una duración aproximada de 5 minutos. La EICP versión maestros es una escala con buena consistencia interna, validez convergente y discriminante. En la presente investigación se adaptaron los

ítems de la versión de maestros para su utilización en padres y madres, resultando la escala versión padres que puede consultarse en el anexo 2. Se calculó la fiabilidad de la EICP versión padres, adaptada de la versión maestros, y se halló un alpha de Cronbach de 0,85 en la muestra de padres y de 0,86 en la muestra de madres, similar a la escala original (0,87).

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron durante la realización de la investigación se recogen de forma esquemática en la tabla 3, para ser descritos posteriormente con mayor profundidad:

Tabla 3. Instrumentos de evaluación

INSTRUMENTOS PARA LOS NIÑOS
K-BIT - Test breve de inteligencia De Kaufman
MSCA - Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños
ADIS-IV: C - Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según DSM-IV, versión niños
INSTRUMENTOS PARA PADRES/MADRES y MAESTROS
EACP-AF - Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema, ámbito familiar
EACP-AE - Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema, ámbito escolar
CBCL - Inventario del comportamiento de niños para padres
TRF - Inventario del comportamiento de niños para maestros
BASC-P2 - Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, versión padres
BASC-T2 - Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, versión maestros
ADIS-IV: P - Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según DSM-IV, versión padres

3.2.1 Test breve de inteligencia de Kaufman y Kaufman (1997)

El K-BIT es un test de cribado que permite una rápida apreciación de la inteligencia general del niño mediante dos subtest: vocabulario y matrices. Con el primero se evalúan las habilidades verbales relacionadas con el aprendizaje escolar e incluye dos partes: el vocabulario expresivo con 45 ítems y las definiciones con 37. Esta última parte no se aplica hasta los 8 años. Con el segundo subtest se evalúa la capacidad para resolver problemas de razonamiento y consta de 48 ítems. El test suministra un cociente intelectual verbal, otro no verbal y otro compuesto que resume el rendimiento total en el test. Su administración es fácil, lleva aproximadamente entre 15-30 minutos para las edades de este estudio y puede ser

llevado a cabo por personal que previamente haya recibido entrenamiento. Se realiza de forma individual en niños de 4 años hasta ancianos de 90 años.

3.2.2 Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños de McCarthy (2009)

Las escalas McCarthy permiten evaluar, mediante una amplia serie de tareas de carácter lúdico, aspectos cognitivos y psicomotores del desarrollo del niño. La batería está integrada por 18 test que dan lugar a cinco escalas: a) la verbal, que evalúa la aptitud del niño para entender y procesar los estímulos verbales y expresar verbalmente sus pensamientos, también indica la madurez de sus conceptos verbales; b) la perceptivo-manipulativa, que evalúa mediante la manipulación de materiales, la coordinación visomotora y el razonamiento no verbal; c) la numérica, que evalúa la facilidad del niño para los números y su comprensión de términos cuantitativos; d) la de memoria, que evalúa la memoria inmediata, mediante un amplio espectro de estímulos visuales y auditivos; y e) la de motricidad, que evalúa la coordinación motora en tareas finas y gruesas. Además, se obtiene un índice general cognitivo, que incluye la escala verbal, la perceptivo-manipulativa y la numérica, que evalúa el razonamiento del niño, la formación de conceptos y la memoria, tanto cuando resuelve problemas verbales y numéricos como cuando manipula materiales concretos (véase anexo 3). Su aplicación lleva entre 45-60 minutos y se realiza de forma individual a niños de entre 2 años y medio y 8 años y medio.

3.2.3 Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV de Silverman, Albano y Sandín (2003, 2009)

Es un modelo de entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales de ansiedad en los niños, con la información que suministran ellos mismos y sus padres. La ADIS permite realizar diagnósticos diferenciales de acuerdo con todos los TA según los criterios del DSM-IV. Asimismo, proporciona puntuaciones sobre la gravedad de estos trastornos y contiene también ítems que muestran trastornos del estado de ánimo. Esta entrevista dura de 1 a 2 horas. La ADIS para realizar en los niños mide el trastorno de

ansiedad por separación, TAS, fobia específica, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, distimia, trastorno depresivo mayor y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Además, la ADIS que utilizan los progenitores para evaluar a sus hijos también evalúa el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante, además de los citados con anterioridad para la de los niños.

3.2.4 Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema de García Pérez y Magaz (2000)

Las EACP tienen como finalidad identificar la existencia de problemas en cuatro áreas del desarrollo infantil: adaptación o ajuste social (agresividad más retraimiento social), rendimiento escolar, atención-hiperkinesia y ansiedad. Están compuestas por un total de cinco escalas: a) agresividad, que evalúa las manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de molestia, daño o perjuicio a otras personas de sus entorno y consta de 21 ítems; b) rendimiento escolar, formada por 10 ítems; c) atención-hiperkinesia, que evalúa las manifestaciones comportamentales del sujeto más características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y consta de 8 ítems; d) ansiedad, que evalúa las manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen la expresión de un estado emocional de ansiedad, tensión o estrés y está formada por 6 ítems; y e) retraimiento social, que evalúa las manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de inhibición o evitación social, con 10 ítems. Consta de un total de 55 ítems y se ofrecen cuatro opciones de respuesta (nunca o casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre). La duración de su aplicación oscila entre los 5-10 minutos y se administra de forma individual o colectiva a padres, madres y maestros para evaluar a niños de entre 4 y 12 años.

3.2.5 Inventario del comportamiento de niños de Achenbach y Rescorla (2000)

Este inventario registra un amplio conjunto de conductas adaptativas y conductas problema para ser evaluadas en los niños. En él se han establecido tres grupos de trastornos: a) de externalización (problemas de atención, mala conducta y conducta agresiva), b) de

internalización (ansiedad/depresión, retraimiento/depresión y quejas somáticas) y c) problemas de tipo mixto (que englobaría otros problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención y otros problemas). Además, de la variable “total problemas”, que resulta de la suma de los tres trastornos anteriores. Consta de 113 ítems con tres opciones de respuesta (no es cierto que usted sepa, algo/algunas veces cierto, cierto muy a menudo, bastante a menudo). Se puede administrar de forma individual o colectiva en padres, madres y maestros para evaluar a niños y adolescentes de 6 a 18 años, con una duración de 10-20 minutos para el nivel que se utiliza en estas edades. El RTF, de la versión maestros, registra las mismas dimensiones que el CBCL.

3.2.6 Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes de Reynolds y Kamphaus (2004)

El BASC permite evaluar los aspectos adaptativos y desadaptativos de la conducta de niños y adolescentes, tanto en el ámbito familiar y escolar como en el clínico. En cada instrumento se incluye tanto la evaluación de: a) las escalas clínicas o aspectos negativos (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta, problemas de atención, atipicidad, depresión, ansiedad, retraimiento, somatizaciones); como b) las escalas adaptativas o aspectos positivos (adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo); además de c) las dimensiones globales de exteriorizar problemas (agresividad, hiperactividad y problemas de conducta); d) interiorizar problemas (depresión, ansiedad y somatizaciones); y e) habilidades adaptativas (adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo). También mide otros índices, como el índice de síntomas comportamentales, que es la suma de agresividad, hiperactividad, problemas de atención, atipicidad, depresión y ansiedad. Consta de 134 ítems con cuatro opciones de respuesta (nunca, alguna vez, frecuentemente, casi siempre). Para este nivel, su duración oscila entre 10-20 minutos y se puede administrar de forma individual o colectiva en padres, madres y maestros para evaluar a niños de entre 6 y 12 años. El BASC de la versión maestros cumple las mismas características que la versión de padres y consta de 149 ítems, incluye una nueva dimensión llamada problemas escolares que mide los problemas de atención junto a una nueva variable que no está presente en la versión de padres, los problemas de aprendizaje.

3.3 PROCEDIMIENTO

Los criterios de inclusión que debían cumplir los niños para formar parte de la muestra fueron los siguientes (véase figura 1):

- 1) Dada la característica longitudinal del trabajo, los niños debían haber participado durante el curso 2009/2010 en un estudio anterior mientras tenían la edad de entre 4 y 6 años. En dicho estudio fueron clasificados con o sin IC.
- 2) La participación de ambos progenitores o responsables legales en la recogida de los datos.
- 3) La colaboración del profesorado de los niños en la administración de la versión maestros de los instrumentos de evaluación seleccionados para recoger información en el contexto escolar.

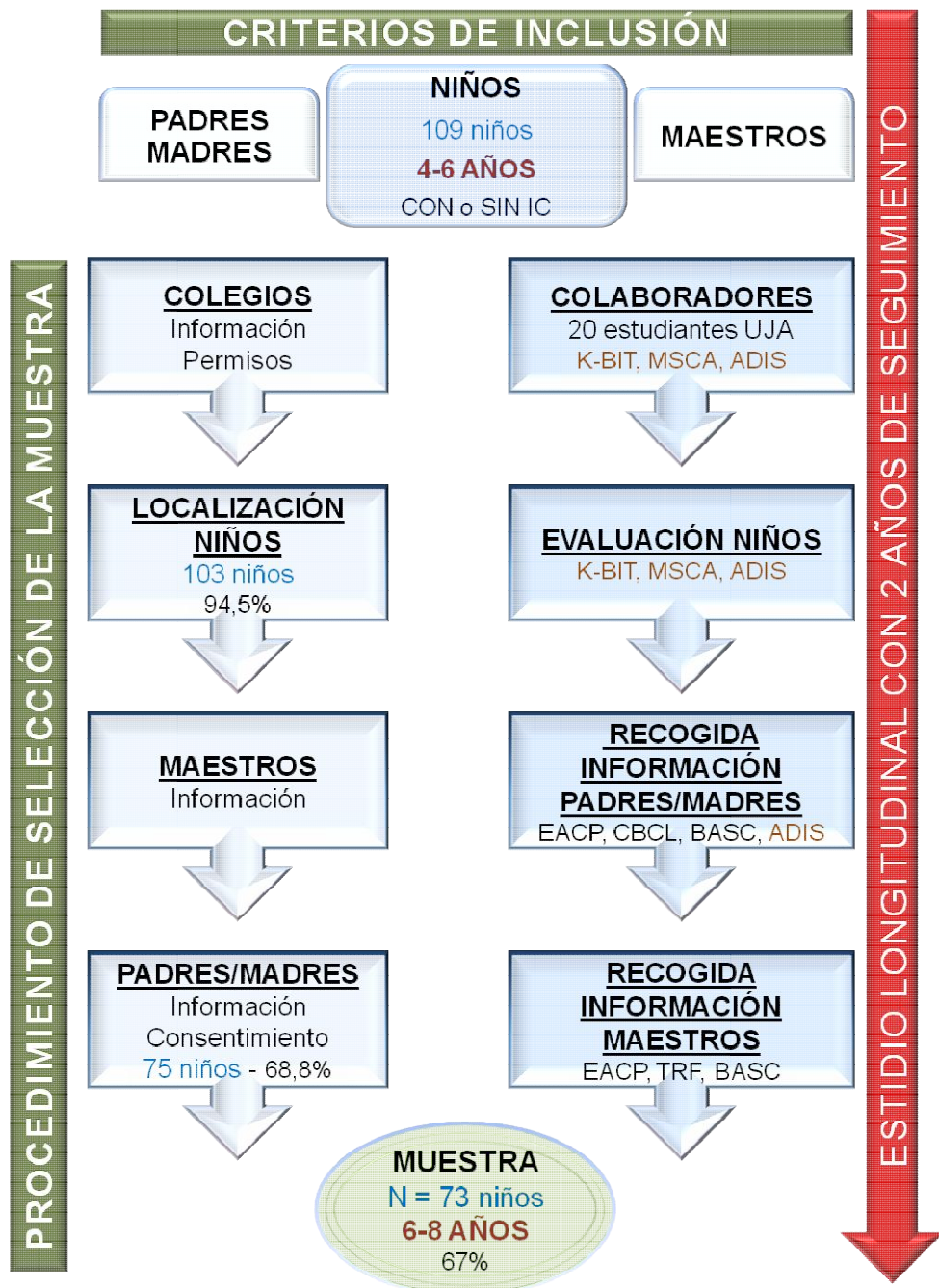
El procedimiento llevado a cabo para el reclutamiento de los sujetos se realizó en las siguientes fases (véase figura 1):

- 1) En primer lugar, en octubre de 2012, se contactó con el equipo directivo del colegio público Gloria Fuertes y del colegio concertado La Purísima Hermanas Carmelitas para informarles del estudio y solicitarles los permisos oportunos para poder llevar a cabo la investigación (véase anexo 4 y 5).
- 2) Cuando se obtuvieron por escrito dichos permisos, en la primera quincena de noviembre de 2012 se procedió a localizar a los niños y niñas que formaron la muestra del primer estudio realizado dos años antes y que en ese momento estaban cursando segundo ciclo de educación infantil. De los 109 niños y niñas participantes en el primer estudio, se localizaron un total de 103 alumnos (94,5%), ya que seis de ellos habían cambiado de centro educativo (5,5%).
- 3) A continuación, a mediados de noviembre, se realizó una reunión con los maestros de los alumnos localizados para informales de los objetivos y procedimiento de realización del estudio y solicitar su colaboración y participación cumplimentando diversos cuestionarios referidos a la evolución de sus alumnos en determinados aspectos.

- 4) Durante la segunda quincena de noviembre, se informó a las familias por carta y posteriormente, mediante una reunión en el centro educativo, de los objetivos de la investigación. En dicha reunión se les solicitó su consentimiento informado para que sus hijos, y ellos mismos pudieran formar parte del estudio (véase anexo 6). De las familias que asistieron a la reunión, 75 de ellas (72,8%) entregaron el consentimiento firmado y por tanto, mostraron su deseo e interés en continuar participando en el estudio iniciado dos años antes.
- 5) A finales de noviembre, y durante los meses de diciembre y enero, se realizó el entrenamiento de 20 colaboradores, estudiantes de último año del Grado de Psicología en la Universidad de Jaén, para la administración de las pruebas K-BIT y MSCA. Dicho entrenamiento consistió en tres sesiones informativas y tres prácticas sobre el estudio, cada una de tres horas de duración, destinada a proporcionar información teórica y el manejo práctico de los instrumentos de evaluación para su aplicación en el contexto escolar. El entrenamiento fue llevado a cabo por el doctorando. Además, durante las clases prácticas de grado del primer cuatrimestre, uno de los directores de la tesis, con más de 20 años de experiencia con la ADIS, entrenó a los mismos colaboradores en aspectos teóricos y prácticos de dicha entrevista. A continuación los colaboradores fueron asignados aleatoriamente a los centros para realizar las pruebas de forma simultánea. Los colaboradores desconocían los objetivos de la investigación.
- 6) A finales de enero de 2013 y durante el mes de febrero y marzo, se realizó la evaluación de los niños administrándoles de manera individual el K-BIT, las MSCA y la ADIS.
- 7) Durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2013 se realizó la cumplimentación del paquete de pruebas por los padres y madres, las EACP, el TRF y el BASC, para la evaluación de los niños. Una vez que estos habían entregado el paquete de pruebas cumplimentado, eran citados para realizar con los colaboradores de la universidad la entrevista final sobre sus hijos, la ADIS.
- 8) Al mismo tiempo, una vez que los padres y madres habían entregado el paquete de pruebas, desde febrero a junio de 2013, se recogieron los datos aportados por los tutores relativos a los niños a través de las EACP, el TRF y el BASC.

- 9) A finales de junio de 2013, la muestra definitiva estuvo formada 73 niños (97,3%) de las 75 familias que inicialmente expresaron su interés en formar parte del estudio. Dos de los niños (2,7%) que comenzaron el estudio no pudieron incluirse en la muestra final ya que los progenitores no cumplieron la totalidad de las pruebas que requería la investigación.

Figura 1. Criterios de inclusión y procedimiento de reclutamiento de la muestra



Además, para facilitar la realización del estudio y favorecer el anonimato de las familias se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- 1) La administración de las pruebas a los niños se realizó de forma individual en las dependencias de cada colegio durante el horario escolar. Para iniciar y mantener el interés de los niños en la realización de las pruebas, y debido a las características de las mismas, se les administró primero a aquellos que de forma voluntaria accedieron a acompañar a los colaboradores de la universidad. A la finalización de cada una de las tres pruebas, se recompensaba a los niños con una golosina, un pequeño regalo y un diploma por su colaboración. Para evitar los posibles efectos secuenciales y de fatiga en alumnos tan pequeños, las pruebas de evaluación de lápiz y papel se contrabalancearon (K-BIT/MSCA y MSCA/K-BIT) y se administraron en días diferentes. Siendo la ADIS la última prueba de evaluación que realizaron todos los niños.
- 2) Los instrumentos de evaluación a rellenar por padres y madres fueron entregados a través de sus hijos para que los progenitores las cumplimentasen en casa y los devolvieran al colegio en un sobre cerrado. Para evitar los posibles efectos secuenciales, al igual que para los niños, las pruebas de evaluación de lápiz y papel se contrabalancearon (véase anexo 7). Siendo la ADIS la última prueba que realizaron los progenitores.
- 3) Con la idea de que los maestros no cumplimentaran pruebas innecesariamente, sólo se les facilitaba aquellos cuestionarios de los niños cuyas familias habían concluido sus pruebas. Dichos cuestionarios disponían de un código del alumno para garantizar la protección de datos y podían ser cumplimentados en el centro o en sus casas y debían devolverse al responsable del estudio en un sobre cerrado. A modo de recomendación se les instaba a que no contestaran más de un paquete de pruebas por día, ya que estaba compuesto de tres cuestionarios. Para evitar los posibles efectos secuenciales, al igual que para los niños y progenitores, las pruebas de evaluación de lápiz y papel se contrabalancearon (véase anexo 7).
- 4) Todas las pruebas tenían una fecha límite para su devolución.

- 5) El paquete de pruebas incluía un número de teléfono y correo electrónico de contacto para resolver posibles dudas.

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Con el objetivo de poner a prueba las hipótesis se realizó un diseño de investigación longitudinal y descriptivo obteniendo la información mediante test estandarizados, entrevistas y cuestionarios. Los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS⁷ 20.0 para Windows. El nivel de significación fue $p < ,05$ en todas las pruebas realizadas. Se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos:

Se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Se comparó la variable criterio “niños con y sin IC” y las variables evaluadas por el K-BIT, las MSCA, las EACP, el CBCL/TRF y el BASC. Además, también se calculó el valor de U para la variable criterio “niños con IC con y sin TAS” para estas mismas variables. A continuación, se comprobaron las relaciones estadísticamente significativas entre la IC y las diferentes variables de la ADIS mediante la razón de verosimilitud⁸. De este modo se analizan las relaciones entre grupos que presentan condiciones similares con la diferencia de que uno se encuentra expuesto a un factor de riesgo mientras que el otro carece de esta característica, la IC en nuestro estudio.

Asimismo, para los valores estadísticamente significativos de la U de Mann-Whitney se calcularon los TE o grado de diferencia entre los promedios de los grupos estudiados. Cabe recordar, que cuanto mayor sea la magnitud del TE mayor será la probabilidad de obtener hallazgos significativos y, por lo tanto, mayor será la potencia estadística de los resultados. Para el cálculo del TE en la prueba U , se utilizó el valor z que se obtiene al realizar la prueba U de Mann-Whitney con el SPSS. Este valor puede ser utilizado para calcular el TE como el valor r propuesto por Cohen (1988) a través de la fórmula $r = z/\sqrt{N}$ y con unos valores para su interpretación de 0,1; 0,3 y 0,5 que implican un TE bajo, medio y alto respectivamente (Coolican, 2009). Estas estimaciones del TE siguen siendo independientes del tamaño de la muestra a pesar de la presencia de N en las fórmulas. Esto se debe a que el valor z es sensible al tamaño de la muestra.

⁷ Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)

⁸ RV , en adelante

Por último, se obtuvieron los valores del TE para cada una de las diferencias significativas halladas en la *RV*. Para ello, se calculó la Odds ratio⁹ o probabilidad de que una condición suceda en un grupo de población frente la probabilidad de que no ocurra. Si la OR es igual a 1, significa que no hay diferencias entre los grupos; si es superior a 1, el efecto es tantas “veces más” como indique el número de la OR. Para valores menores de 1, significa que los efectos encontrados están por debajo del simple azar y por tanto no indica significación entre el factor medido en los distintos grupos.

⁹ OR, en adelante

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados cuantitativos para cada uno de los objetivos e hipótesis del capítulo 2, siguiendo la estructura siguiente:

a) Se exponen los resultados para las diferentes comparaciones realizadas utilizando como variable criterio los niños clasificados “con y sin IC”.

b) Se presentan los resultados para las diferencias encontradas utilizando como variable criterio los niños “con IC que desarrollan o no TAS”.

c) De forma simultánea, se muestran los valores del TE para cada una de las diferencias estadísticamente significativas halladas para la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney. Además, se calcularon la OR para las diferencias estadísticamente significativas encontradas en la *RV*.

4.1 CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LA MUESTRA DE NIÑOS CON INHIBICIÓN CONDUCTUAL

Inicialmente, y antes de analizar los resultados de las distintas hipótesis planteadas, es necesario explicar que este estudio parte de una investigación anterior en la que se evaluó, a través de la EICP, a los niños de entre 4 y 6 años de edad por padres, madres y maestros. En el presente trabajo se utiliza la puntuación que obtuvieron en IC para identificar a los niños inhibidos y no inhibidos. Para ello, se ha tenido en cuenta los hallazgos señalados por Kagan *et al.*, 1987; Kagan *et al.*, 1998 que han sugerido que los niños que muestran características más claras y definitorias de IC se sitúan entre el 10 y el 15% de la población. En consecuencia, y para la presente investigación, se ha considerado la utilización del criterio más restrictivo del 10% como punto de corte para identificar a los niños que presentan las características más claras y definitorias de IC. En este sentido, de los 73 niños del estudio evaluados en IC, sólo el 10% de los que tienen puntuaciones más altas en los datos informados bien por los padres, bien por las madres o bien por los maestros forman parte de la muestra de niños clasificados como inhibidos conductuales. Esto se traduce en un total de 22 niños clasificados con IC frente a 51 clasificados sin IC, como se recoge en la tabla 4. Esta

variable criterio, “niños con y sin IC”, se utiliza para obtener los resultados de los objetivos 1 y 2:

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable IC de la muestra total de niños, con y sin IC

INFORMANTES	PADRES				MADRES			MAESTROS			
	ESTADÍSTICOS	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)
<i>N</i>	73	21,18	4,94		20,00 ± 5,50 (2,25)	22,08	5,74	21,00 ± 8,00 (4,00)	20,74	5,78	19,00 ± 6,50 (3,25)
<i>n_{IC}</i>	22	25,36	6,00		26,00 ± 10,25 (5,13)	27,32	6,59	28,00 ± 8,75 (4,38)	25,59	7,16	25,50 ± 10,75 (5,38)
<i>n_{NIC}</i>	51	19,37	2,99		19,00 ± 5,00 (2,50)	19,82	3,47	19,00 ± 5,00 (2,50)	18,65	3,44	18,00 ± 5,00 (2,50)

4.1.1 Resultados objetivo 1

Explorar los factores individuales de riesgo y/o de protección asociados con la presencia de IC evaluada en niños de entre 4 y 6 años en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años).

4.1.1.1 Hipótesis 1

Los niños con IC entre los 4 y 6 años en comparación con los niños sin IC presentarán puntuaciones similares en aspectos intelectuales (habilidades verbales, capacidad de razonamiento e inteligencia general) y madurativos (desarrollo verbal, perceptivo-manipulativo, numérico, de la memoria y de la motricidad) en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años)

Para comprobar esta primera hipótesis, se calculó una *U* de Mann-Whitney para las muestras independientes utilizando como variable criterio “niños con y sin IC” (véase tabla 4) junto con las variables intelectuales medidas con el K-BIT y madurativas evaluadas con las MSCA. Los resultados corroboran la hipótesis 1, ya que no se encontraron resultados estadísticamente significativos, los datos obtenidos se pueden consultar en la tabla 5:

Tabla 5. Prueba U para niños con y sin IC en las variables del K-BIT y las MSCA

INSTRUMENTO	VARIABLES	$n_{IC} = 22$		$n_{NIC} = 51$	
		U	p	$Mdn_{IC} \pm RQ (DQ)$	$Mdn_{NIC} \pm RQ (DQ)$
K-BIT	HABILIDADES VERBALES	535,50	,758	34,00 \pm 5,25 (2,63)	33,00 \pm 6,00 (3,00)
	CAPACIDAD DE RAZONAMIENTO	430,00	,114	19,50 \pm 7,25 (3,63)	21,00 \pm 6,00 (3,00)
	INTELIGENCIA GENERAL	508,50	,527	54,00 \pm 7,50 (3,75)	54,00 \pm 10,00 (5,00)
MSCA	ÍNDICE GENERAL COGNITIVO	519,50	,618	193,00 \pm 30,50 (15,25)	199,00 \pm 26,00 (13,00)
	DESARROLLO VERBAL	501,50	,474	77,50 \pm 19,25 (9,63)	79,00 \pm 15,00 (7,50)
	DESARROLLO MANIPULATIVO	548,50	,880	79,50 \pm 14,25 (7,13)	78,00 \pm 10,00 (5,00)
	DESARROLLO NUMÉRICO	511,00	,547	37,50 \pm 10,25 (5,13)	39,00 \pm 10,00 (5,00)
	DESARROLLO DE LA MEMORIA	429,00	,112	45,00 \pm 9,50 (4,75)	47,00 \pm 10,00 (5,00)
	DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD	506,50	,512	60,50 \pm 10,25 (5,13)	62,00 \pm 8,00 (4,00)

4.1.1.2 Hipótesis 2

Los niños con IC entre los 4 a 6 años en comparación con los niños sin IC presentarán una menor adaptación socioemocional y conductual en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años)

Al igual que para la hipótesis 1, para comprobar la segunda hipótesis, se calculó una U de Mann-Whitney para muestras independientes utilizando la variable criterio “niños con y sin IC” (véase tabla 4) junto con las variables de adaptación socioemocional y conductual evaluadas con las EACP, el CBCL/TRF y el BASC. Los datos obtenidos corroboran la hipótesis 2:

1. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con y sin IC en la variable “retraimiento” informada por los padres y maestros en las EACP, no así para las madres, pero con unos TE bajo y medio de 0,24 y 0,31, respectivamente. También, existieron diferencias estadísticamente significativas en la variable “retraimiento” informada por padres y madres para el BASC con unos TE medios de 0,47 y 0,33 respectivamente y para maestros con un TE alto de 0,50. De este modo, los niños con IC presentan significativamente valores más altos en retraimiento que los niños no inhibidos,

aunque hay que tomar con cautela la información proporcionada por el padre en las EACP ya que la magnitud del efecto fue baja (véase tabla 6).

Tabla 6. Prueba *U* para niños con y sin IC para la variable *retraimiento* de las EACP y el CBCL/TRF

INFORMANTES		PADRES				MADRES				MAESTROS			
INSTRUMENTOS	<i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)			
EACP	<i>n_{IC}</i> 22	411,00	,043	00,00 ± 1,00 (0,50)	440,50	,111	00,00 ± 1,00 (0,50)	391,50	<,01	00,00 ± 1,00 (0,50)			
	<i>n_{NIC}</i> 51			00,00 ± 00,00 (00,00)			00,00 ± 00,00 (00,00)			00,00 ± 00,00 (00,00)			
BASC	<i>n_{IC}</i> 22	211,50	<,01	8,00 ± 5,25 (2,63)	307,50	<,01	7,00 ± 7,25 (3,63)	182,00	<,01	6,50 ± 5,25 (2,63)			
	<i>n_{NIC}</i> 51			5,00 ± 5,00 (2,50)			5,00 ± 5,00 (2,50)			3,00 ± 3,00 (1,50)			

2. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con IC y los niños no identificados con IC en la variable “ansiedad” informada por los padres y madres en las EACP, no así para los maestros, y unos TE medios de 0,31 y 0,34, respectivamente. De este modo, los niños con IC presentan significativamente más ansiedad que los niños no inhibidos según la información proporcionada por cualquiera de los progenitores (véase tabla 7).

Tabla 7. Prueba *U* para niños con y sin IC para la variable *ansiedad* de las EACP

INFORMANTES		PADRES				MADRES				MAESTROS			
INSTRUMENTOS	<i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)			
EACP	<i>n_{IC}</i> 22	385,00	<,01	00,00 ± 1,00 (0,50)	351,50	<,01	00,00 ± 1,00 (0,50)	559,00	,962	00,00 ± 0,00 (0,00)			
	<i>n_{NIC}</i> 51			00,00 ± 00,00 (00,00)			00,00 ± 00,00 (00,00)			00,00 ± 00,00 (00,00)			

3. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con y sin IC en la variable “retraimiento/depresión” informada por los padres madres y maestros en el CBCL/TRF con unos TE medios de 0,42, 0,38 y 0,46, respectivamente. De este modo, los niños con IC presentan significativamente valores más altos en retraimiento/depresión que los niños no inhibidos (véase tabla 8).

Tabla 8. Prueba *U* para niños con y sin IC para la variable *retraimiento/depresión* del CBCL/TRF

INFORMANTES		PADRES			MADRES			MAESTROS		
INSTRUMENTOS	<i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)
CBCL/TRF	<i>n</i> _{IC} 22	254,00	<,01	2,00 ± 3,00 (1,50)	285,00	<,01	1,50 ± 2,25 (1,13)	244,50	<,01	4,50 ± 6,00 (3,00)
	<i>n</i> _{NIC} 51			1,00 ± 1,75 (0,88)			0,00 ± 1,00 (0,50)			1,00 ± 2,00 (1,00)

4. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con y sin IC en la variable “adaptabilidad” informada por los maestros en el BASC pero con un TE bajo de 0,24 ($U = 389,50$, $p = ,038$; $Mdn_{IC} = 14,00$, $RQ_{IC} = \pm 5,00$, $DQ_{IC} = 2,50$; $Mdn_{NIC} = 16,00$, $RQ_{NIC} = \pm 4,00$, $DQ_{NIC} = 2,00$). De este modo, los niños con IC presentan significativamente valores menores en adaptabilidad que los niños no inhibidos aunque la magnitud del efecto fue baja.

5. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con y sin IC en la variable “habilidades sociales” informada por los padres, madres y maestros en el BASC con unos TE medios de 0,33, 0,31 y 0,36, respectivamente. De este modo, los niños con IC presentan significativamente menos habilidades sociales que los niños no inhibidos (véase tabla 9).

Tabla 9. Prueba *U* para niños con y sin IC para la variable *habilidades sociales* del BASC

INFORMANTES		PADRES			MADRES			MAESTROS		
INSTRUMENTOS	<i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)
BASC	<i>n</i> _{IC} 22	308,00	<,01	23,50 ± 9,75 (4,88)	321,00	<,01	23,00 ± 9,50 (4,75)	306,00	<,01	14,50 ± 11,50 (5,75)
	<i>n</i> _{NIC} 51			29,00 ± 9,50 (4,75)			31,00 ± 9,50 (4,75)			21,00 ± 10,00 (5,00)

6. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con y sin IC en la variable “liderazgo” informada por los padres, madres y maestros en el BASC con unos TE medios de 0,38 para cada uno de los informantes. De este modo, los niños con IC presentan significativamente menos liderazgo que los niños no inhibidos (véase tabla 10).

Tabla 10. Prueba *U* para niños con y sin IC para la variable *liderazgo* del BASC

INFORMANTES		PADRES			MADRES			MAESTROS		
INSTRUMENTOS	<i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)
BASC	<i>n</i> _{IC} 22	272,00	<,01	13,00 ± 4,75 (2,38)	269,50	<,01	15,00 ± 8,25 (4,13)	295,00	<,01	8,00 ± 7,25 (3,63)
	<i>n</i> _{NIC} 51			18,50 ± 7,00 (3,50)			19,00 ± 6,75 (3,38)			13,00 ± 6,00 (3,00)

7. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con y sin IC en la variable “habilidades adaptativas” informada por los padres en el BASC con un TE medio de 0,38 pero bajos, 0,27 y 0,24, en el caso de madres y maestros. De este modo, los niños con IC presentan significativamente menos habilidades adaptativas que los niños no inhibidos, con una magnitud media del TE en el caso de los padres (véase tabla 11).

Tabla 11. Prueba *U* para niños con y sin IC para la variable *habilidades adaptativas* del BASC

INFORMANTES		PADRES			MADRES			MAESTROS		
INSTRUMENTOS	<i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i> ± <i>RQ</i> (<i>DQ</i>)
BASC	<i>n</i> _{IC} 22	274,00	<,01	128,50 ± 45,50 (22,68)	300,00	<,01	130,50 ± 48,25 (24,13)	285,00	<,01	133,00 ± 31,00 (15,50)
	<i>n</i> _{NIC} 51			158,00 ± 30,00 (15,00)			164,50 ± 34,75 (17,38)			157,00 ± 27,00 (13,50)

8. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los niños clasificados con y sin IC en la variable “trastornos de internalización” informada por los maestros en el TRF y un TE medio de 0,43 ($U = 257,50$, $p < ,01$; $Mdn_{IC} = 9,00$, $RQ_{IC} = \pm 8,75$, $DQ_{IC} = 4,38$; $Mdn_{NIC} = 4,00$, $RQ_{NIC} = \pm 5,00$, $DQ_{NIC} = 2,50$). De este modo, los niños con IC presentan significativamente valores más altos en trastornos de internalización que los niños no inhibidos.

4.1.2 Resultados objetivo 2

Comprobar si la presencia de IC evaluada en niños de entre 4 y 6 años predice la presencia de problemas y/o TA en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años).

4.1.2.1 Hipótesis 3

Los niños que presentan IC entre los 4 y 6 años en comparación con los niños sin IC desarrollarán problemas y TA en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años)

Para comprobar esta tercera hipótesis, se compararon los datos obtenidos en las variables evaluadas mediante la ADIS junto con la variable criterio “niños con y sin IC” (véase tabla 4). El estudio de los 73 niños corrobora la hipótesis 3, ya que de los 22 niños clasificados con IC, 4 (18,2%) desarrollaron TAS, mientras que sólo 1 de los 51 que fueron clasificados sin IC desarrolló TAS (2%). Estos resultados ponen de manifiesto una relación de riesgo entre la presencia de IC y el desarrollo de TAS ($RV = 5,75$; $p = ,016$). El valor de la OR fue de 11,11. Es decir, es 11,11 veces más probable que un niño inhibido desarrolle TAS que lo haga un niño no inhibido. Estos resultados, junto al resto de variables en las que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se recogen en la tabla 12. También, señalar que no hubo ninguna identificación en la muestra de niños para el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor y trastorno disocial.

Además, ante la pregunta a los padres y madres sobre si a sus hijos “les cuesta hacer amigos”, dentro de la sección de relaciones interpersonales de la ADIS, de los 22 niños clasificados con IC, 12 (54,5%) les costaba hacer amigos, mientras que sólo 6 de los 51 que fueron clasificados sin IC les costaba hacer amigos (11,8%). Estos resultados ponen de manifiesto una relación de riesgo entre la dificultad para hacer amistades en los niños y el desarrollo de TAS ($RV = 12,99$; $p < ,01$). El valor de la OR fue de 8,80. Es decir, 8,80 veces más probable que a un niño con IC le cueste hacer amigos en el futuro que a un niño no inhibido.

Tabla 12. RV para niños con y sin IC para las variables de la ADIS, distribución de casos y porcentajes

VARIABLES DE LA ADIS		N = 73		n _{IC} = 22		n _{NIC} = 51			
		RV	p	*n	P	*n _a	P	*n _b	P
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	1,56	,211	8	11	4	18,2	4	7,8
	TRASTONO DE ANSIEDAD SOCIAL	5,75	,016	5	6,9	4	18,2	1	2
	FOBIA ESPECÍFICA	0,08	,773	25	34,2	7	31,9	18	35,3
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	0,02	,903	3	4,1	1	4,5	2	3,9
	TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0,72	,395	1	1,4	0	0	1	2
OTROS PROBLEMAS	DISTIMIA	0,72	,395	1	1,4	0	0	1	2
	TRASTORNO DÉFICIT ATENCIÓN y/o HIPERACTIVIDAD	0,06	,801	18	24,7	5	22,7	13	25,5
	TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	0,29	,590	2	2,7	1	4,5	1	2

(n = número de niños con trastornos del total de la muestra; n_a = con trastornos de la muestra de niños con IC; n_b = con trastornos de la muestra de niños sin IC)

4.2 CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LA MUESTRA DE NIÑOS CON INHIBICIÓN CONDUCTUAL QUE DESARROLLAN O NO TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

Los resultados de la hipótesis 3 tan sólo han encontrado una relación estadísticamente significativa entre la IC y los TA. Por tanto, para seguir profundizando en los resultados, a continuación utilizaremos una nueva variable criterio en la que se comparan “niños con IC que desarrollaron TAS y niños con IC que no desarrollaron TAS” (véase tabla 13). Esta variable criterio, “niños con IC con y sin TAS”, se utiliza para obtener los resultados del objetivo 3:

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la variable IC de la muestra total de niños con IC con y sin TAS

INFORMANTES	PADRES				MADRES				MAESTROS			
	N	U	p	Mdn ± RQ (DQ)	U	p	Mdn ± RQ (DQ)	U	p	Mdn ± RQ (DQ)		
n _{TAS}	4	27,75	9,39	26,00 ± 17,75 (8,88)	26,75	10,53	24,50 ± 19,75 (9,88)	26,75	3,30	28,00 ± 5,75 (2,88)		
n _{NTAS}	18	24,83	5,22	26,00 ± 9,50 (4,75)	27,44	5,82	29,00 ± 7,50 (3,75)	25,33	7,82	23,50 ± 13,50 (3,75)		

4.2.1 Resultados objetivo 3

Explorar los factores individuales de riesgo y/o de protección que están vinculados con la presencia de IC en niños de 4 a 6 años que hayan podido desarrollar o no TA en la infancia, concretamente TAS, a los dos años de seguimiento (de 6 a 8 años).

4.2.1.1 Hipótesis 4

Los niños con IC entre los 4 y 6 años que desarrollan trastornos TA, específicamente TAS, presentarán puntuaciones similares en aspectos intelectuales (habilidades verbales, capacidad de razonamiento e inteligencia general) y madurativos (desarrollo verbal, perceptivo-manipulativo, numérico, de la memoria y de la motricidad) en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años) en comparación con los niños con IC que no desarrollan TAS

Por tanto, para comprobar la cuarta hipótesis, se calculó una *U* de Mann-Whitney para muestras independientes utilizando la variable criterio “niños con IC con y sin TAS” (véase tabla 13) junto con las variables intelectuales medidas con el K-BIT y madurativas evaluadas con las MSCA. Los resultados corroboran la hipótesis 4, ya que no se encontraron resultados estadísticamente significativos, los datos obtenidos se pueden consultar en la tabla 14.

Tabla 14. Prueba *U* para niños con IC con y sin TAS en las variables del K-BIT y las MSCA

INSTRUMENTO	VARIABLE	$n_{TAS} = 4$		$n_{NTAS} = 18$	
		<i>U</i>	<i>p</i>	$Mdn_{IC} \pm RQ (DQ)$	$Mdn_{NIC} \pm RQ (DQ)$
K-BIT	HABILIDADES VERBALES	27,50	,467	33,00 \pm 6,50 (3,25)	34,00 \pm 5,25 (2,63)
	CAPACIDAD DE RAZONAMIENTO	25,50	,339	21,50 \pm 7,50 (3,75)	18,50 \pm 7,25 (3,63)
	INTELIGENCIA GENERAL	28,50	,522	56,00 \pm 11,00 (5,50)	53,00 \pm 6,75 (3,38)
MSCA	ÍNDICE GENERAL COGNITIVO	23,50	,286	184,50 \pm 34,25 (17,13)	199,00 \pm 31,25 (15,63)
	DESARROLLO VERBAL	21,00	,201	67,00 \pm 12,75 (6,38)	80,00 \pm 20,75 (10,38)
	DESARROLLO MANIPULATIVO	32,50	,765	81,00 \pm 21,00 (10,50)	77,50 \pm 14,25 (7,13)
	DESARROLLO NUMÉRICO	28,00	,495	36,50 \pm 4,00 (2,00)	38,50 \pm 11,50 (5,75)
	DESARROLLO DE LA MEMORIA	28,50	,522	42,00 \pm 9,50 (4,75)	45,00 \pm 8,00 (4,00)
	DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD	22,00	,232	58,00 \pm 14,00 (7,00)	64,50 \pm 10,50 (5,25)

4.2.1.2 Hipótesis 5

Los niños con IC entre los 4 y 6 años que desarrollan TA, específicamente TAS, presentarán una menor adaptación socioemocional y conductual en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años (de 6 a 8 años) en comparación con los niños con IC que no desarrollan TAS

Al igual que para la hipótesis 4, para comprobar la quinta hipótesis, se calculó una U de Mann-Whitney para muestras independientes utilizando la variable criterio “niños con IC con y sin TAS” (véase tabla 13) junto con las variables de adaptación socioemocional y conductual evaluadas con las EACP, el CBCL/TRF y el BASC. Los datos obtenidos corroboraron la hipótesis 5:

1. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los niños con IC que desarrollan TAS y los niños que no la desarrollan en la variable “agresividad” informada por las madres en las EACP pero con un TE bajo de 0,23 ($U = 13,50$, $p = ,048$; $Mdn_{TAS} = 00,00$, $RQ_{TAS} = \pm 2,25$, $DQ_{TAS} = 1,13$; $Mdn_{NTAS} = 3,00$, $RQ_{NTAS} = \pm 5,25$, $DQ_{NTAS} = 2,63$). De este modo, los niños con IC y TAS son significativamente menos agresivos que los que no desarrollan este trastorno aunque con un bajo TE.

2. Existieron diferencias marginalmente significativas entre los mismos grupos para la variable “ajuste social” (agresividad y retraimiento) evaluada por las madres en las EACP pero un TE bajo de 0,22 ($U = 14,50$, $p = ,064$; $Mdn_{TAS} = 00,50$, $RQ_{TAS} = \pm 2,50$, $DQ_{TAS} = 1,25$; $Mdn_{NTAS} = 3,00$, $RQ_{NTAS} = \pm 4,50$, $DQ_{NTAS} = 2,25$). Estos datos sugieren que los niños con IC y que desarrollan un TAS presentan significativamente un peor ajuste social que los que no desarrollan dicho trastorno, aunque hay que tener en cuenta que la magnitud del efecto fue baja.

3. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la variable “mala conducta” evaluada por los padres en el CBCL y un TE medio de 0,33 ($U = 4,00$, $p < ,01$; $Mdn_{TAS} = 00,00$, $RQ_{TAS} = \pm 0,00$, $DQ_{TAS} = 0,00$; $Mdn_{NTAS} = 2,00$, $RQ_{NTAS} = \pm 2,00$, $DQ_{NTAS} = 1,00$). De este modo, los niños con IC y TAS presentan puntuaciones significativamente menores en mala conducta que los que no desarrollan este trastorno.

4. Se encontraron diferencias marginalmente significativas entre ambos grupos para la variable “retraimiento/depresión” evaluada por los maestros en el TRF y un TE bajo de 0,21 ($U = 15,00$, $p = ,072$; $Mdn_{TAS} = 8,50$, $RQ_{TAS} = \pm 6,00$, $DQ_{TAS} = 3,00$; $Mdn_{NTAS} = 4,00$, $RQ_{NTAS} = \pm 5,25$, $DQ_{NTAS} = 2,63$). Estos datos sugieren que los niños con IC y TAS presentan significativamente un mayor retraimiento/depresión que los que no desarrollan dicho trastorno aunque la magnitud del efecto fue baja.

5. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la variable “somatizaciones” evaluada por los padres en el BASC y un TE bajo de 0,24 ($U = 12,50$, $p = ,043$; $Mdn_{TAS} = 1,00$, $RQ_{TAS} = \pm 3,00$, $DQ_{TAS} = 1,50$; $Mdn_{NTAS} = 3,50$, $RQ_{NTAS} = \pm 3,25$, $DQ_{NTAS} = 1,63$). Este resultado implica que los niños con IC y TAS informan significativamente de menos somatizaciones que los que no desarrollan TAS, pero hay que tener en cuenta que el TE fue bajo.

6. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la variable “liderazgo” evaluada por las madres en el BASC y con un TE bajo de 0,24 ($U = 13,50$, $p = ,049$; $Mdn_{TAS} = 9,50$, $RQ_{TAS} = \pm 6,00$, $DQ_{TAS} = 3,00$; $Mdn_{NTAS} = 15,00$, $RQ_{NTAS} = \pm 6,25$, $DQ_{NTAS} = 3,13$). De este modo, los niños con IC y TAS presentan puntuaciones significativamente más bajas en liderazgo que los que no desarrollan este trastorno, aunque la magnitud del efecto fue baja.

7. Se encontraron diferencias marginalmente significativas entre ambos grupos para la variable “retraimiento” evaluada por los maestros en el BASC y un TE bajo de 0,20 ($U = 16,50$, $p = ,095$; $Mdn_{TAS} = 10,50$, $RQ_{TAS} = \pm 8,50$, $DQ_{TAS} = 4,25$; $Mdn_{NTAS} = 6,00$, $RQ_{NTAS} = \pm 3,75$, $DQ_{NTAS} = 6,25$). Estos datos sugieren que los niños con IC y TAS presentan significativamente un mayor retraimiento que los que no desarrollan dicho trastorno, pero la magnitud del efecto fue baja.

CAPÍTULO 5 - DISCUSIÓN

El propósito principal de esta tesis doctoral ha sido estudiar aquellos factores que se relacionan con la variable IC, evaluada en niños de entre 4 y 6 años, con un seguimiento de dos años. Para ello, se exploró en primer lugar el papel que juega la presencia de IC en los factores intelectuales, madurativos, conductuales y socioemocionales de los niños. En segundo lugar, se comprobó si los niños con IC en comparación con los que no lo son mostraron diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de TA, y específicamente TAS, entre los 6 y 8 años. Por último, se analizó si los niños con IC entre 4 y 6 años y que a su vez desarrollaron TAS mostraron diferencias en los factores intelectuales, madurativos, socioemocionales y conductuales en comparación con los niños inhibidos que no desarrollaron TAS con un seguimiento de dos años.

Con relación a la primera hipótesis, se planteaba que los niños que mostraron IC entre los 4 y 6 años, en comparación con los que no, presentarían puntuaciones similares en aspectos intelectuales (habilidades verbales, capacidad de razonamiento e inteligencia general) y madurativos (desarrollo verbal, perceptivo-manipulativo, numérico, de la memoria y de la motricidad) en las variables del K-BIT y las MSCA en un seguimiento a los dos años. Los resultados han revelado la ausencia de diferencias estadísticamente significativas, en línea con la hipótesis planteada.

Estudios anteriores realizados por el equipo de Crozier apuntaban a un peor rendimiento del alumnado introvertido en aspectos tales como los numéricos o vocabulario, en comparación con los que no mostraron introversión (Crozier y Badawood, 2009; Crozier y Hostettler, 2003; Crozier y Perkins, 2002). Sin embargo, este grupo sugiere que hay que tener en cuenta que la propia timidez pudo causar el empeoramiento del rendimiento escolar de los niños cuando se administraban pruebas que requieren que haya una interacción social entre los niños y los administradores (Crozier y Hostettler, 2003). Un estudio más reciente de otros autores ha revelado diferencias en las capacidades escrita, oral y memorística entre niños con baja y media IC (Guerra *et al.*, 2013). Hay que precisar que los resultados se obtuvieron realizando una comparación de niños con niveles bajos y medios en IC, en contraste con el criterio más restrictivo de la presente investigación que solo clasifica al 10% del total de los niños con IC, es decir, a los que expresaron características más claras o definitorias de IC

(Kagan *et al.*, 1987; Kagan *et al.*, 1998). Por último, con relación al estudio de Guerra *et al.* (2013) es necesario destacar que las diferencias se obtuvieron solamente en las variables en las que se evaluaron aspectos verbales o que requieren de su utilización para la realización de las pruebas. En este sentido, los estudios citados encontraron diferencias en aspectos tales como vocabulario, capacidades escritas, memoria o capacidad numérica, todos ellos aspectos más dependientes de las habilidades lingüísticas en comparación con factores puramente manipulativos o motores.

Para poder comprender mejor estos resultados, hay que recordar que investigaciones previas informaron de que los niños con IC hablaban menos, hacían intervenciones más breves y abarcaban menos temas durante una conversación; además, respondían a las preguntas de los maestros utilizando más silencios y/o monosílabos (Evans, 1987; Kagan *et al.*, 1988a; Reznick *et al.*, 1986) y cuando los maestros querían hacerles hablar, debían insistirles más que a los demás (Evans, 1987). Todos estos argumentos, podrían ser motivo para explicar que las aptitudes verbales sean inferiores. Pero ya que otras investigaciones sugirieron que, en situaciones familiares, el niño con IC hablaba tanto como los que no lo presentaban (Asendorpf y Meier, 1993), habría que considerar otras evidencias para comprender mejor los resultados hallados donde las aptitudes verbales eran inferiores. Esto es relevante teniendo en cuenta que los niños con IC hablan menos que los niños no inhibidos especialmente cuando se encuentran expuestos a situaciones estresantes (Kagan, 1987; Kagan *et al.*, 1998), en línea con la idea expuesta por Crozier y Hostettler (2003). En definitiva, si tenemos en cuenta que la evaluación de los niños: a) se realizó en el colegio, el cual es un ambiente habitual para ellos; b) que los alumnos podían estar familiarizados con las pruebas al tratarse de un estudio longitudinal con dos años de seguimiento; c) que el criterio de clasificación de los niños con IC es más restrictivo que en estudios anteriores; d) que no se han hallado diferencias en variables dependientes de los aspectos motores en investigaciones previas; y e) que no existen diferencias cualitativas en las capacidades que miden aspectos verbales en ambientes familiares, podría resultar coherente que no se hayan encontrado diferencias en aspectos intelectuales y madurativos entre niños con y sin IC.

Con relación a la segunda hipótesis, en la que se planteaba que los niños que mostraron IC entre los 4 y 6 años presentarían una menor adaptación socioemocional y conductual con dos años de seguimiento en comparación a los no inhibidos, los datos revelaron que para aquellas variables donde existían diferencias significativas evaluadas por las EACP, el CBCL/TRF y el BASC, los niños con IC presentaron puntuaciones superiores tanto en los aspectos desadaptativos de la conducta para las variables: “retraimiento, ansiedad y depresión”, como en la variable “trastornos de internalización”, la cual engloba las tres anteriores. Por otro lado, los niños con IC presentaron puntuaciones inferiores en los aspectos adaptativos o positivos de la conducta para las variables: “habilidades sociales, liderazgo y adaptabilidad”; al igual que en la variable “habilidades adaptativas” que aglutina a las tres anteriores.

Los datos obtenidos ponen de manifiesto puntuaciones superiores en variables desadaptativas, que pueden ser considerados factores de riesgo para la presencia de IC, y puntuaciones inferiores en las adaptativas o positivas, que pueden ser asociadas con factores de protección para la ausencia de IC, bien informadas por progenitores o maestros. Estos datos muestran una peor adaptación socioemocional y conductual de los niños con IC en los diferentes contextos evaluados, familiar y escolar. Los resultados son consistentes con los hallados por otros estudios (Espinosa-Fernández *et al.*, 2015; Ordóñez-Ortega *et al.*, 2012; Ordóñez-Ortega *et al.*, 2013a) e informan que los adultos que de niños habían sido inhibidos conductualmente eran más precavidos, sobrios y presentaban poca desenvoltura al conversar con extraños; también eran menos extravertidos, tenían vidas sociales menos activas y redes sociales más pequeñas; además de todo ello presentaban más conductas de evitación, menos probabilidades de asumir funciones directivas o estar en el centro de atención y menos probabilidades de asumir roles ambiciosos o exigentes (Caspi *et al.*, 2003; Caspi y Silva, 1995; Gest, 1997). A esto se le añade que los padres de niños tímidos o ansiosos suelen sobreproteger más a sus hijos, evitándoles realizar actividades novedosas y/o sociales si para los niños suponen fuente de estrés o malestar (Espinosa-Fernández, 2009; Rubin, Cheah y Fox, 2001). Esto, repercute, a su vez, en que los niños manifiesten menos “habilidades sociales, de liderazgo o habilidades adaptativas” que aquellos niños menos sobreprotegidos.

Además, los resultados para la hipótesis dos señalan que en la variable “retraimiento” evaluada en las EACP, el CBCL/TRF y el BASC, se obtuvieron diferencias significativas para

todos los informantes e instrumentos, excepto para la información suministrada por el padre en las EACP. Hay que tener en cuenta que los TE fueron medios en la mayoría de los casos, a excepción de los maestros con un TE alto en el BASC y bajo para el padre en las EACP. También, dentro de la segunda hipótesis es necesario destacar que existieron diferencias significativas en las variables “habilidades sociales, liderazgo y habilidades adaptativas”, que se evaluaban únicamente en el BASC, para todos los informantes. Los TE fueron medios en todas las variables, excepto para las “habilidades adaptativas” informadas por madres y maestros que mostraron TE bajos. Este hallazgo pone de manifiesto que en la mayoría de los casos existe una estabilidad en los resultados indistintamente de los informantes y de los instrumentos que se utilicen para medir las variables “retraining, habilidades sociales, liderazgo y habilidades adaptativas”.

Consecuentemente, tanto los valores de la variable “retraining”, aspecto negativo, como de las variables “habilidades sociales, liderazgo y habilidades adaptativas”, aspectos positivos¹⁰, apuntan a una estabilidad de la variable IC (Espinosa-Fernández *et al.*, 2015; Ordóñez-Ortega *et al.*, 2012; Ordóñez-Ortega *et al.*, 2013a); lo cual es consistente con estudios anteriores que han encontrado que la variable IC es bastante estable durante toda la infancia y adolescencia (Asendorpf, 1990; Kagan *et al.*, 1998; Mullen *et al.*, 1993; Pfeifer, *et al.*, 2002). Como resultado, sería relevante establecer un procedimiento para comprobar la evolución de la IC en los niños en función de estas variables, el cual podría incidir en el desarrollo de los aspectos positivos o factores de protección y la reeducación de los negativos o factores de riesgo hallados como significativos en este estudio. De este modo, se podrían evitar el desarrollo de problemas futuros y trastornos psicológicos que se asocian con la variable IC (Ballespí *et al.*, 2003; van Brakel y Muris, 2006). En concreto, investigaciones previas señalan que los TA que aparecen en la infancia, no suelen remitir sin tratamiento (Costello *et al.*, 2003), y tienden a continuar en la edad adulta (Kagan *et al.*, 2007). Ello se relaciona con la presencia de dificultades psicosociales en el niño (Brent *et al.*, 1998; Messer y Beidel, 1994), el incremento del riesgo de desarrollar otros trastornos psicológicos comórbidos (Curry y Murphy, 1995; Thapar y McGuffin, 1997) y su papel como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos en la adolescencia y en la edad adulta.

¹⁰ excepto para la variable liderazgo que no se evalúa hasta los seis años en el BASC

Además, los datos revelaron diferencias estadísticamente significativas para la variable “ansiedad” evaluadas en las EACP por padres y madres con TE medios. Este dato es coherente con el trabajo de Phares (1997) el cual mostró que los padres parecen ser mejores informantes que los maestros de los síntomas internalizantes como la ansiedad. También, señalar que se hallaron diferencias estadísticamente significativas, con TE medios, para la variable “depresión” medida mediante el CBCL/TRF por parte de todos los informantes. Este hallazgo es consistente con las evidencias en la literatura de que los niños con IC presentan predisposición a la aparición de síntomas depresivos y que dicha relación está mediada por la ansiedad (Muris *et al.*, 2001; Muris *et al.*, 2011; Oosterlaan, 1999).

Para concluir la discusión de la hipótesis dos, señalar que también se encontraron diferencias para la variable “adaptabilidad” en el BASC informada por los maestros, pero con un TE bajo, lo que evidencia una baja magnitud de este efecto y descarta el análisis de este dato. Por último señalar que se encontró diferencias significativas para la variable “trastornos internalizantes” en el TRF para los maestros con un TE medio. Hay que señalar, que como se comprueba para el presente trabajo, los informantes que participan en el proceso de evaluación no siempre coinciden en las valoraciones de la conducta objeto de estudio (García-López *et al.*, 2012), lo que puede ser debido a que padres, madres y maestros extraen sus informaciones de contextos diferentes (Verhulst y Akkerhuis, 1989). En este sentido, en el caso de los maestros, estos pueden observar la conducta de sus alumnos tanto en el contexto académico como en la interacción con sus iguales, pudiendo compararla con otros niños. Sin embargo, muchos padres y madres no disponen de referentes para comparar con otros niños de su edad y la mayoría de informaciones las recogen del contexto familiar. Estos hechos, podrían explicar las diferencias encontradas entre padres y madres con relación a las informaciones ofrecidas por los maestros. Asimismo, los maestros pasan muchas horas con sus alumnos; por su parte, a veces el tiempo que los padres y madres pasan con sus hijos son inferiores a los de los maestros. Además, las diferencias significativas para los maestros puede deberse a que el profesorado cuenta con información más técnica sobre estas variables debido a su formación y experiencia.

Con relación a la tercera hipótesis, en la que se planteaba que los niños que mostraron IC entre los 4 y 6 años desarrollarían TA en la infancia en un seguimiento realizado a los dos años, en comparación a los no inhibidos, los datos confirmaron la hipótesis. Así, en aquellas variables donde existían diferencias significativas evaluadas por la ADIS los niños con IC presentaron TA. En este sentido, el estudio arroja una diferencia estadísticamente significativa entre niños con y sin IC, con porcentajes que muestran que el 18,2% de los niños con IC desarrollaban TAS, en comparación con tan solo el 2% de los no inhibidos. Esto señala una probabilidad 11,11 veces superior para que un niño con IC desarrolle TAS a que lo haga un niño no inhibido. Estos resultados están en consonancia con los estudios que relacionan la IC con los TA (Ballespí y Jané, 2003; Biederman *et al.*, 2001b; Broeren y Muris, 2010; Chronis-Tuscano *et al.*, 2009; Degnan *et al.*, 2010; Essex *et al.*, 2010; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2007; Hudson *et al.*, 2011a; Hudson *et al.*, 2011b; Kagan *et al.*, 1989; Kagan *et al.*, 1988a; Oosterlaan, 1999; Orgilés *et al.*, 2012; Pahl *et al.*, 2012; Sportel, 2013; Vreeke *et al.*, 2012). Al igual que con los TA, este hallazgo está en consonancia con las investigaciones previas que analizan la relación entre IC y el TAS en la infancia (Chronis-Tuscano *et al.*, 2009; Clauss y Urbano, 2012; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2003; Lewis-Morrarty *et al.*, 2015; Mick y Telch, 1998; Panayiotou *et al.*, 2014). En esta línea, la literatura señala que cuando se trata de niños que permanecen inhibidos de forma estable a lo largo del tiempo (Hirshfeld-Becker *et al.*, 1992), tal y como se estudia en el presente estudio, la IC se contempla como un marcador conductual de vulnerabilidad biológica para el desarrollo de TA (Biederman *et al.*, 2001a; Kagan *et al.*, 1988), posibilitando el desarrollo de problemas o trastornos como el TAS (Hirshfeld-Becker *et al.*, 2003; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2007; Chronis-Tuscano *et al.*, 2009; Prior, Smart, Sanson y Oberklaid, 2000).

Por último, en la sección de relaciones interpersonales de la ADIS versión padres existe una pregunta dirigida a los progenitores sobre si a sus hijos “les cuesta hacer amigos”. El análisis de este ítem ha arrojado que el 54,5% los padres y madres de los niños con IC ofrecieron una respuesta afirmativa, en comparación de tan solo el 11,8% de los padres de niños no inhibidos. Es decir, ante una respuesta afirmativa en esa pregunta en concreto, existe una probabilidad 8,80 veces superior que a un niño con IC le cueste hacer amigos que a uno no inhibido. Este hallazgo se encuentra en consonancia con los estudios que señalan que los TA, al igual que ocurre con la IC, muestran una tasa baja de interacción con los iguales

(Monjas y Caballo, 2002). El TAS es definido como el miedo o ansiedad intensa que aparece ante situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros, por lo que teme actuar o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente (American Psychiatric Association [DSM-5], 2013). Y por tanto, se relaciona con problemas en los que están involucrados el rendimiento en los entornos social y escolar, aislamiento social y las relaciones sociales (Caballo *et al.*, 2011; Essex *et al.*, 2010; Pérez-Edgar *et al.*, 2011). Con relación a esta variable, “le cuesta hacer amigos”, podría llegar a ser un indicador crítico y breve que permita al psicólogo ponerse sobre la pista de la posibilidad de que el niño que presente IC y TAS, y sirva como una llamada de atención para que éste pueda realizar indagaciones más profundas en los niños que según los padres presenten dificultades para hacer nuevos amigos. Estos datos están en consonancia con las informaciones que facilitaron las madres que describieron a sus hijos con IC como más propensos a jugar en el hogar con un solo amigo (Coplan *et al.*, 2009), lo que aumenta a su vez el riesgo de presentar malas relaciones, rechazo y exclusión de sus iguales (Coplan *et al.*, 2004).

Con relación a la cuarta hipótesis, se planteaba que los niños con IC entre los 4 y 6 años que desarrollaron TAS, en comparación con los que no, presentarían puntuaciones similares en aspectos intelectuales (habilidades verbales, capacidad de razonamiento e inteligencia general) y madurativos (desarrollo verbal, perceptivo-manipulativo, numérico, de la memoria y de la motricidad) en las variables del K-BIT y las MSCA en un seguimiento a los dos años. En este sentido, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en coherencia con lo expuesto en ella. Teniendo en cuenta las aportaciones realizadas para la hipótesis primera de esta discusión, podría ser lógico pensar que la ausencia de relaciones significativas para la IC y los aspectos intelectuales y madurativos se mantenga estable para los niños con IC que desarrollan TAS.

Con relación a la quinta hipótesis, en la que se planteaba que los niños con IC entre los 4 y 6 años que desarrollaron TAS, en comparación con los que no, presentarían una peor adaptación socioemocional y conductual con dos años de seguimiento, los datos revelaron que

para aquellas variables donde existían diferencias significativas (liderazgo, agresividad, mala conducta y somatizaciones) o marginalmente significativas (retraimiento, depresión y ajuste social) evaluadas por las EACP, el CBCL/TRF y el BASC, los niños con TAS presentaron puntuaciones superiores en las variables “retraimiento y depresión” e inferiores en “liderazgo, agresividad, mala conducta, ajuste social y somatizaciones”. Aunque, no obstante, es necesario tomar estos resultados con la máxima cautela ya que los TE fueron bajos, a excepción de la variable “mala conducta” que muestra un TE medio.

Al igual que ocurría para la hipótesis segunda, en el grupo de niños con IC que además desarrollaron TAS se hallaron puntuaciones superiores en los aspectos desadaptativos o factores de riesgo de la conducta en comparación con los niños con IC que no desarrollaron TAS. Concretamente, en las variables “retraimiento” y “depresión”, ésta última evaluada junto a la variable “retraimiento”, informadas por los maestros en el BASC y en el TRF respectivamente. Además, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas y puntuaciones inferiores en los aspectos adaptativos o factores de protección de la conducta en la variable “liderazgo” informada por las madres en el BASC. Estos datos apuntan que la posible peor adaptación socioemocional y conductual hallada en los niños con IC, podría empeorar aún más para aquellos que además desarrollan TAS. Por tanto, de la misma manera que sucedía para la variable IC, los niños con TAS también se relacionan con problemas en los que están involucrados el rendimiento en los entornos social y escolar, el aislamiento social y las relaciones sociales (Caballo *et al.*, 2011; Essex *et al.*, 2010; Pérez-Edgar *et al.*, 2011). Estos datos son consistentes, para las variables “retraimiento, depresión y liderazgo” con los resultados de la hipótesis segunda de esta investigación. Por lo que acentúan la capacidad predictiva de dichas variables en lo que podría ser el estudio tanto de la evolución de la IC como del TAS en los niños y apuntan a su relevancia como elementos esenciales dentro de programas de prevención en la infancia.

Con relación a la quinta hipótesis, se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables “mala conducta”, informada por los padres en el CBCL, y “agresividad” informada por las madres en las EACP. En ambos casos los niños con TAS muestran puntuaciones más bajas en estas variables. Esto podría ser debido, a que los niños con IC se asocian con una menor participación en actividades sociales y con individuos menos reivindicativos que prefieren observar las situaciones antes de participar en ellas

(Matthews *et al.*, 2003). Para ambas variables solamente se hallan diferencias en el contexto familiar, es decir, con las informaciones que aportan madres y padres. En este sentido, se sabe que ir al colegio es una actividad particularmente estresante para los niños con IC (Coplan y Arbeau, 2008; Evans, 2001) y como resultado, estos se implican menos en actividades sociales (Kochanska, 1998). Este hecho, junto a que los maestros tiendan a valorar como totalmente ausente un síntoma que se presenta o manifiesta con baja o moderada frecuencia (Handwerk *et al.*, 1999; Jané *et al.*, 2000), podría explicar que no se hallen diferencias significativas en el contexto escolar para las variables “mala conducta” y “agresividad”.

Para concluir este apartado, señalar que también se produjeron puntuaciones inferiores en la variable “ajuste social” para los niños con IC, informada por las madres en las EACP, y diferencias estadísticamente significativas en la variable “somatizaciones” informada por los padres en el BASC. Con relación a la primera variable, podría ser coherente que los niños mostrasen un peor ajuste social, en función de los datos aportados hasta el momento para los niños con IC y/o TAS. Además, en el caso de la variable “somatizaciones”, podría entenderse que los niños con TAS interiorizan en mayor grado sus problemas y les cuesta exteriorizar sus posibles problemas por el miedo o ansiedad que sufren ante las situaciones sociales en las que se exponen al escrutinio por parte de otros (American Psychiatric Association [DSM-5], 2013). En este sentido las diferencias encontradas entre padres y madres en ambas variables, podrían deberse a que aún son éstas las que más se ocupan de la crianza y educación de los hijos; por lo que pasarían más horas con ellos y podrían conocer con mayor precisión los repertorios conductuales de sus hijos. Asimismo, las madres parecen ser mejores informantes que los padres, especialmente de los síntomas internalizantes según los estudios de Phares (1997).

CAPÍTULO 6 - CONCLUSIONES

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas sobre la IC y los TA, todavía son pocas las que han estudiado los factores de riesgo y protección de tipo intelectual, madurativo, de adaptación socioemocional y conductual en la etapa infantil y desde una perspectiva longitudinal. Con el paso del tiempo, se van conociendo más aportaciones sobre los aspectos que junto a la IC están implicados en el inicio de los TA, en su desarrollo y en el mantenimiento a lo largo de la niñez, adolescencia y edad adulta. En este sentido, el estudio pretende ayudar a comprender mejor las relaciones entre IC y TA, concretamente TAS, que puedan ser útiles para su detección temprana y el desarrollo de programas preventivos. Para ello, este trabajo ha aportado datos de tres informantes, incluidos los padres, junto a madres y maestros y en los contextos principales donde los niños desarrollan su infancia, el familiar y el escolar. En función de los resultados que ha aportado la investigación, se pueden señalar las siguientes conclusiones:

- 1) La ausencia de diferencias en aspectos intelectuales y madurativos tanto para niños clasificados con o sin IC como para los inhibidos que desarrollan o no TAS.
- 2) Los niños con IC presentan mayores puntuaciones en aspectos desadaptativos o factores de riesgo (retraimiento, ansiedad, depresión y trastornos de internalización), así como valores inferiores en los aspectos adaptativos o factores de protección (habilidades sociales, liderazgo, adaptabilidad y habilidades adaptativas) en el contexto familiar y escolar. Por su parte, los niños con TAS experimentan factores de riesgo, tales como retraimiento y depresión, y a la vez, presentan déficits en factores de protección como liderazgo y ajuste social. Por tanto, los niños con IC presentan una peor adaptación socioemocional y conductual en comparación a los no inhibidos. Además, dichos déficits y factores de riesgo empeoran para aquellos niños inhibidos que desarrollan TAS.
- 3) Los niños con IC muestran retraimiento de modo consistente para la mayoría de los informantes e instrumentos. Además, para todos los casos, se observa que los niños con IC experimentan déficits en sus habilidades sociales, de liderazgo y en las habilidades adaptativas. Estos hallazgos ponen de manifiesto una estabilidad en los resultados, indistintamente de los informantes y de los instrumentos utilizados. Además, para los niños inhibidos con TAS, se mantiene la presencia de un mayor retraimiento y un menor liderazgo, en comparación con los niños inhibidos sin TAS. Así pues, estos resultados

podrían enfatizar la capacidad predictiva de estas variables como fuente de origen y/o desarrollo tanto de la IC como del TAS en niños. Asimismo, podrían ser relevantes como factores imprescindibles en la implementación de programas de prevención del TAS en la infancia.

- 4) Los niños con IC desarrollan TA, en concreto TAS, con una probabilidad superior (OR =11,11) en comparación a los niños no inhibidos y en consonancia con la mayoría de los estudios realizados. En esta línea, se hallan diferencias también en ansiedad y depresión en congruencia con estudios que señalan que los niños con IC podrían presentar predisposición a la aparición de síntomas depresivos mediados por la ansiedad.
- 5) Además, los padres de los niños con IC informan que estos presentan dificultades para hacer amigos en comparación con los niños no inhibidos. Aparte de estar en consonancia con la relación de la IC y la baja tasa de interacción con los iguales, podría considerarse un indicador crítico y breve que permitiera al psicólogo ponerse sobre la pista de que el niño presente IC y/o TAS.
- 6) Los niños inhibidos con TAS muestran puntuaciones inferiores en mala conducta y agresividad en comparación con los niños inhibidos sin TAS. Esto podría ser debido a que los niños participan menos en actividades sociales, son menos reivindicativos y prefieren observar las situaciones antes que participar en ellas. Lo que podría considerarse un aspecto negativo para el niño aunque a priori las puntuaciones inferiores en mala conducta y agresividad se suelen considerar como positivas.

CAPÍTULO 7 - LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS
DE INVESTIGACIÓN

7.1 LIMITACIONES DE INVESTIGACIÓN

En función del estado en el que se encuentra la investigación de la variable IC y de los TA y TAS en la edad infantil, se indican las siguientes limitaciones:

1. Ante la imposibilidad de una selección al azar de la muestra, la primera limitación es reconocer la probabilidad de que los participantes (progenitores, e incluso niños y maestros) presentaran una mayor motivación a la participación en este estudio por consideraciones diversas, incluida aquellas relacionadas con el propio problema objeto de estudio.
2. Otra limitación hace referencia a la muestra final del estudio, que si bien parece suficiente si consideramos que en ella participan necesariamente los padres, las madres y los maestros de cada uno de los niños que componen la muestra final, evidencia una escasez de participantes cuando se profundiza en los análisis de niños inhibidos que desarrollan TAS.
3. También, encontramos déficits en las variables de estudio ya que se omiten aspectos relacionados con los padres y madres, incluso maestros, que pudieran influir tanto en la IC como en los TA. En este sentido, señalar variables como la emoción expresada, los estilos educativos o los problemas psicopatológicos de progenitores y maestros. Esta limitación está estrechamente vinculada a la anterior, y la relación del número de variables de estudio en función del tamaño de la muestra.
4. Por último, encontramos una limitación en el estudio que hace referencia a la variabilidad de los informantes, concretamente en función del sexo los maestros. En este sentido, debido a la distribución normal del profesorado, se da una mayor participación de mujeres que de hombres, aspecto que limita los posibles análisis diferenciales en función del sexo.

7.2 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En estrecha relación con las limitaciones, se derivan las siguientes líneas futuras de investigación:

1. Realizar un seguimiento de la muestra de estudio para analizar la estabilidad de los hallazgos encontrados tanto para la IC como para el TAS, junto a los factores de riesgo y protección asociados a los mismos.
2. Implementación de programas de prevención en función de los hallazgos encontrados en las variables más estables en función de los informantes e instrumentos utilizados que pudieran dar lugar al análisis del comportamiento de los factores de riesgo y protección pre y post-tratamiento.
3. Realización de estudios multidisciplinares con implicación del profesorado e investigadores a nivel nacional y/o internacional que pudiera dar lugar a una aumento del tamaño de la muestra y la posibilidad de incluir el estudio de factores personales (v.g. procedencia, sexo, rango de edad) o familiares en progenitores y profesorado (v.g. emoción expresada, estilos educativos, psicopatologías) entre otros aspectos.
4. Incremento en la variabilidad del profesorado que incluya la incorporación de varones para poder comprobar si existen diferencias en función del sexo entre los informadores.

ANEXOS

Anexo 1

Niveles socioeconómicos del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de Medicina de Familia y Comunitaria (2000)

Nivel	Especificación
I	Directivos de la administración pública y de empresas de diez o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
II	Directivos de empresas con menos de diez asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos. Artistas y deportistas.
III	Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
IV	Trabajadores manuales cualificados y semicualificados.
V	Trabajadores no cualificados.
X	No clasificables: jubilado, pensionista, estudiante o ama de casa que nunca han trabajado y son sustentadores principales del hogar o no dicen la ocupación del sustentador principal.

Anexo 2

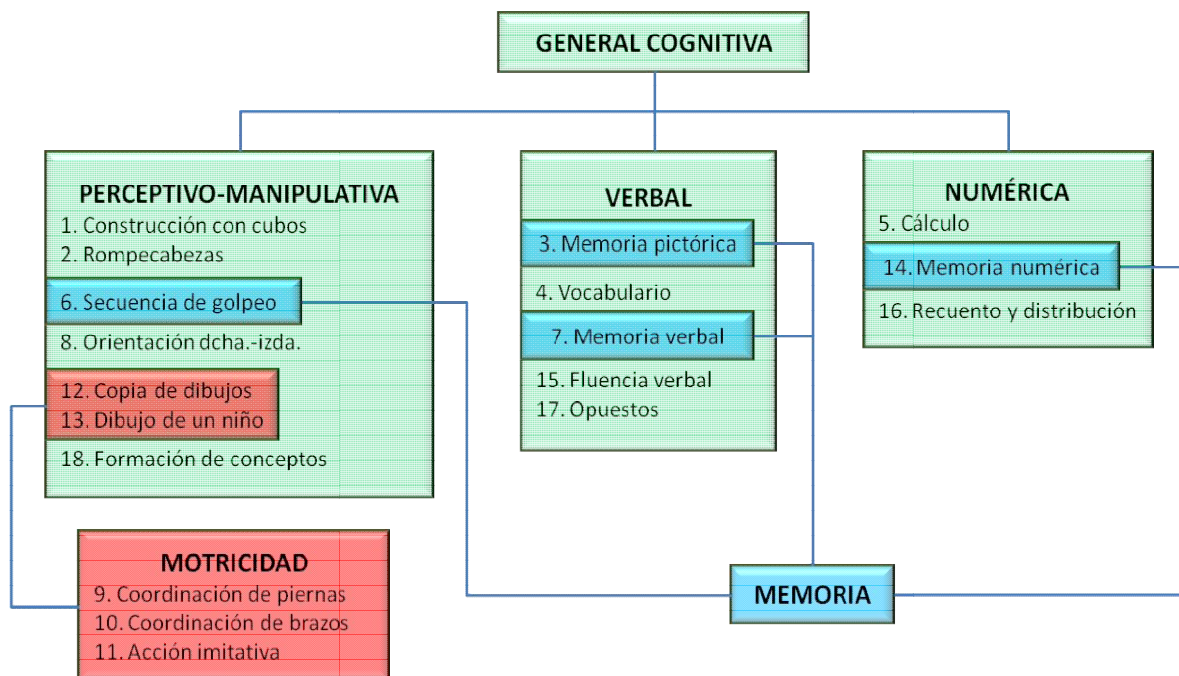
Escala de Inhibición Conductual para Preescolares versión padres
(Adaptada de la versión maestros de Ballespí, Jané, Riba y Domènech-Llaberia, 2003)

¿Cómo reacciona su hijo ante otro niño (de aproximadamente su edad) que no le resulta familiar?				
Presenta una expresión facial de miedo o preocupación	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Evita entrar en contacto con él (rehuyéndolo, tapándose la cara con las manos...)	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Se pone a llorar	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Se coge a la madre o al padre	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Deja de jugar o de hacer lo que estaba haciendo	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Deja de hablar o de cantar	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Queda como paralizado	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Hay que animarlo mucho para que se acerque	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Enseguida le coge confianza	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
¿Cómo se comporta en el parque o en otras situaciones de juego?				
Pasa más tiempo jugando solo que en grupo	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Le cuesta relacionarse más que a la mayoría de los niños de su edad	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Se pasa la mayor parte del tiempo llorando	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Suele evitar los lugares y los juegos que comportan un riesgo, como por ejemplo los lugares altos	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Enseguida juega con la mayoría de los niños, aunque no los conozca	NUNCA	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

Anexo 3

Agrupación de las Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para Niños (2009)

Verbal, perceptivo-manipulativa, memoria, numérica y motricidad



Anexo 4

Autorización para realizar la investigación en el colegio *La Purísima Hermanas Carmelitas*

Centro Docente La Purísima Hermanas Carmelitas
C/ Arquitecto Berges 12 (23007)
953 256 115
Jaén

En contestación a la solicitud de Alfonso Ordóñez Ortega, alumno de doctorado del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, en la que solicita autorización para realizar un trabajo de investigación titulado “Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad” en el *Centro Docente La Purísima Hermanas Carmelitas* de Jaén. La dirección de dicho Centro AUTORIZA la realización de dicha investigación, donde el doctorando se compromete a:

- Explicar al centro educativo, con anterioridad al inicio de la investigación, los objetivos y finalidades que se pretende alcanzar, así como las características, requisitos y condiciones del mismo.
- Informar al centro de la evolución del proyecto en las distintas fases del mismo.
- Solicitar el consentimiento para el desarrollo de la investigación a las familias.
- El trabajo a desarrollar se realizará únicamente con el profesorado y alumnado que con anterioridad haya aceptado las condiciones del mismo.
- Garantizar el anonimato de los resultados obtenidos y la utilización de los mismos con fines exclusivamente científicos.
- Comunicar las conclusiones finales a los implicados, a través de información individualizada y de las publicaciones futuras sobre los resultados obtenidos en el estudio.

Jaén a 15 de octubre de 2012

La Directora

Fdo.: D^a. María Dolores Nieves Godoy

Anexo 5

Autorización para realizar la investigación en el colegio *Gloria Fuertes*

C.E.I.P. Gloria Fuertes
C/ Doctor Eduardo Balguerías s/n (23009)
953 366 450
Jaén

En contestación a la solicitud de Alfonso Ordóñez Ortega, alumno de doctorado del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, en la que solicita autorización para realizar un trabajo de investigación titulado “Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad” en el *Colegio de Educación Infantil y Primaria Gloria Fuertes* de Jaén. La dirección de dicho Centro AUTORIZA la realización de dicha investigación, donde el doctorando se compromete a:

- Explicar al centro educativo, con anterioridad al inicio de la investigación, los objetivos y finalidades que se pretende alcanzar, así como las características, requisitos y condiciones del mismo.
- Informar al centro de la evolución del proyecto en las distintas fases del mismo.
- Solicitar el consentimiento para el desarrollo de la investigación a las familias.
- El trabajo a desarrollar se realizará únicamente con el profesorado y alumnado que con anterioridad haya aceptado las condiciones del mismo.
- Garantizar el anonimato de los resultados obtenidos y la utilización de los mismos con fines exclusivamente científicos.
- Comunicar las conclusiones finales a los implicados, a través de información individualizada y de las publicaciones futuras sobre los resultados obtenidos en el estudio.

Jaén a 15 de octubre de 2012

La Directora

Fdo.: D^a. María José Garrido Castro

Anexo 6

Consentimiento informado, documento informativo

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza: El *seguimiento* del estudio sobre “Personalidad Infantil Tímida” tiene como objetivos conocer las variables que se relacionan con patrones de personalidad del niño a lo largo del tiempo, particularmente con una timidez excesiva en las relaciones con los demás. Para ello, se necesitará la colaboración del niño, de sus padres y del profesorado para rellenar una serie de cuestionarios y/o responder a entrevistas que evalúan las variables referidas. En el caso de encontrar esos predictores, en el futuro se podrá actuar sobre ellos para disminuir la posibilidad de que aparezca esa timidez excesiva.

Importancia: La ansiedad social se ha relacionado con un mayor malestar de la persona consigo misma y con su vida en general. La reducción de esa ansiedad ante las interacciones con los demás ayudará, a quien la sufra, a que sus relaciones sociales sean plenamente satisfactorias, lo que redundará en una mejor imagen propia y una mayor autoestima.

Implicaciones para el participante:

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

Riesgos para el participante: Ninguno

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con: *Alfonso Ordóñez Ortega* en el correo electrónico *xxxxxxxxx@hotmail.es* o mediante el teléfono *xxx xxx xxx* (de 19 a 21 horas).

Anexo 6

Consentimiento informado, documento informativo (continuación)

Yo (Nombre y Apellidos): _____

padre o madre del alumno/s: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Colegio “La Purísima Hermanas Carmelitas” Colegio “Gloria Fuertes”

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “Personalidad Infantil Tímida”.
- He recibido suficiente información sobre el estudio “Personalidad Infantil Tímida” y he hablado con el psicólogo informador Alfonso Ordóñez Ortega.
- Comprendo que mi participación y la de mi hijo es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

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

Presto libremente mi conformidad para que mi hijo y yo participemos en el *estudio sobre* “Personalidad Infantil Tímida”.

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

Firma del psicólogo informador (o

D/D^a:.....

Alfonso Ordóñez Ortega

Fecha:

**(DEVOLVED, LO ANTES POSIBLE, ESTA HOJA AL TUTOR DE SU HIJO
O AL RESPONSABLE DEL ESTUDIO)**

Anexo 7

Contrabalanceo del paquete de pruebas de maestros y padres/madres (EACP, CBCL/TRF y BASC)

MAESTROS				PADRES y MADRES			
1	EACP	TRF	BASC	1	EACP	CBCL	BASC
2	EACP	BASC	TRF	2	EACP	BASC	CBCL
3	TRF	EACP	BASC	3	CBCL	EACP	BASC
4	TRF	BASC	EACP	4	CBCL	BASC	EACP
5	BASC	TRF	EACP	5	BASC	CBCL	EACP
6	BASC	EACP	TRF	6	BASC	EACP	CBCL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Amador, J. A., Forns, M., Guàrdia, J. y Però, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18, 696-703.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Autor.
- Asendorpf, J. B. (1990). Development of inhibition during childhood: Evidence for situational specificity and a two factor model. *Developmental Psychology*, 26, 721-730.
- Asendorpf, J. B. y Meier, G. H. (1993). Personality effects on children's speech in everyday life: Sociability-mediated exposure and shyness-mediated reactivity to social situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1072-1083.
- Ballespí, S. (2004). *PAIC 3-6. Protocol d'avaluació de la inhibició conductual per nens de 3 a 6 anys* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4751/sbs1de1.pdf?sequence=1>
- Ballespí, S. y Jané, M. C. (2002). ¿Cómo evaluar la inhibición conductual? Una revisión de instrumentos. *Revista de Psiquiatria Infanto-juvenil*, 1, 69-81.
- Ballespí, S. y Jané, M. C. (2003). Inhibició, psicopatologia i alteracions del llenguatge. En E. Domènech-Llaberia, J. E. Obiols, M. C. Jané y S. Subirà (Ed.), *Actualitzacions en Psicopatologia Clínica* (pp. 41-78). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Ballespí, S., Jané, M. C. y Riba, M. D. (2012). The Behavioral Inhibition Scale for Children Aged 3 to 6 (BIS 3-6): Validity Based on Its Relation with Observational Measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 487-496.
- Ballespí, S., Jané, M. C., Riba, M. D. y Domènech-Llaberia, E. (2003). Escala de Inhibición Conductual para Preescolares, versión maestros (EICP-M): propiedades psicométricas. *Psicothema*, 15, 205-210.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64, 903-912.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483-524.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Biederman, J., Faraone, S. N. y Marris, A. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 214-223.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Christine, H., Friedman, D., Snidman, N.,... Faraone, S. V. (2001a). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1.673-1.679.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Perenick, S., Wood, J. y Faraone, S. V. (2001b). Lack of association between parental alcohol or drug addiction and behavioral inhibition in children. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1731-1733.

- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. y Kagan, J. (1993). A 3-Year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Biederman, J., Rosenbaum, J., Hirshfeld-Becker, D., Faraone, S., Bolduc, E., Gersten, M.,... Reznick, J. S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Bishop, G., Spence, S. H. y McDonald, C. (2003). Can parents and teachers provide a reliable and valid report of behavioral inhibition? *Child Development*, 74, 1899-1917.
- Bohlin, G., Hagekull, B. y Andersson, K. (2005). Behavioral inhibition as a precursor of peer social competence in early school age: The interplay with attachment and non parental care. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51, 1-19.
- Brent, D., Kolko, D. J., Birmaher, B., Baugher, M., Bridge, J., Roth, C. y Holder, D. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 906-914.
- Broeren, S. y Muris, P. (2010). A Psychometric Evaluation of the Behavioral Inhibition Questionnaire in a Non-Clinical Sample of Dutch Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 214-229.
- Brozina, K. y Abela, J. R. Z. (2006). Behavioral inhibition, anxious symptoms, and depressive symptoms: A short-term prospective examination of a diathesis-stress model. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1337-1346.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garcia-Lopez e Irurtia, M. J. (2011). Fobia social: características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 640-675). Madrid: Pirámide.

- Calkins, S. y Fox, N. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment and behavioral inhibition at 24 months. *Child Development*, 63, 1456-1472.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. y Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833.
- Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amell, H. W., Theodore, R. F. y Moffit, T. E. (2003). Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal Personality*, 71, 495-513.
- Caspi, A. y Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in Young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-498.
- Chou, K. L. (2009). Social anxiety disorder in older adults: evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Affective Disorders*, 119, 76-83.
- Chronis-Tuscano, A., Degnan, K. A., Pine, D. S., Pérez-Edgar, K., Henderson, H. A., Díaz, Y.,... Fox, N. A. (2009). Stable early maternal report of behavioral inhibition predicts lifetime social anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 928-935.
- Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., O'Brien, K. A., Coplan, R. J., Thomas, S. R., Dougherty, L. R.,... Wimsatt, M. (2015). Preliminary Evaluation of a Multimodal Early Intervention Program for Behaviorally Inhibited Preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039043>
- Clauss, J. A. y Urbano, J. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1066-1075.

- Cohen, R. J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Coolican, H. (2009). *Research methods and statistics in psychology*. London, United Kingdom: Hodder.
- Coplan, R. J. y Arbeau, K. A. (2008). The stresses of a brave new world: Shyness and adjustment in kindergarten. *Journal of Research in Childhood Education*, 22, 377-389.
- Coplan, R. J., Arbeau, K. A. y Armer, M. (2008). Don't fret, be supportive! Maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 359-371.
- Coplan, R. J., DeBow, A., Schneider, B. H. y Graham, A. A. (2009). The social behaviors of inhibited children in and out of preschool. *British Journal of Developmental Psychology*, 27, 891-905.
- Coplan, R. J., Prakash, K., O'Neil, K. y Armer, M. (2004). Do you want to play? Distinguishing between conflicted-shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology*, 40, 244 -258.
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorder in childhood and adolescence. *Archive General of Psychiatry*, 60, 837-844.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 4-36.
- Crozier, W. y Badawood, A. (2009). Shyness, Vocabulary and Children's Reticence in Saudi Arabian Preschools. *Infant and Child Development*, 18, 255-270.
- Crozier, W. R. y Hostettler, K. (2003). The influence of shyness on children's test performance. *British Journal of Educational Psychology*, 73, 317-328.
- Crozier, W. y Perkins, P. (2002). Shyness as a Factor when Assessing Children. *Educational Psychology in Practice*, 18, 239-244.

- Curry, J. F. y Murphy, L. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders. En J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 301-317). New York: Guilford Press.
- Degnan, K. A., Almas, A. N. y Fox, N. A. (2010). Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 497-517.
- Donovan, C. L. y Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 65, 627-635.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Espinosa-Fernández, L. (2009). Ansiedad infantil e implicación de los padres: una revisión. *Psicología Conductual*, 17, 67-87.
- Espinosa-Fernández, L., Garcia-Lopez, L. J., Muela-Martínez, J. A. y Ordóñez-Ortega, A. (2015). *Socioemotional and behavioral adjustments in children with Behavioral Inhibition*. Manuscrito enviado para publicación.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H. y Kalin, N. H. (2010). Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 40-46.
- Evans, M. A. (1987). Discourse characteristics of reticent children. *Applied Psycholinguistics*, 8, 171-184.
- Evans, M. A. (2001). Shyness in the classroom and home. En W.R. Crozier y L. E. Alden (Ed.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 159-183). Westport, CT: Wiley.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. y Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.

- Ford, T., Goodman, R. y Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Fox, N. A., Henserson, 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*, 6, 235-262.
- García-Coll, C., Kagan, J. y Reznick, J. S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005-1019.
- García López, L. J. (2013). *Tratando...trastorno de ansiedad social*. Madrid: Pirámide.
- García-Lopez, L. J., De Los Reyes, A. y Salvador, M. C. (2015). Assessment of social anxiety in adolescents. En K. Ranta, A. M. La Greca, L. J. García-Lopez y M. Marttunen (Ed.), *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp. 121-150). Cham: Springer International Publishing.
- García-Lopez, L. J., Díaz-Castela, M. M., Muela-Martínez, J. A. y Espinosa-Fernández, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 812-822.
- García-López, L. J., Muela, J. M., Espinosa-Fernández, L. y Díaz-Castela, M. M. (2009). Exploring the relevance of expressed emotion to the treatment of social anxiety disorder in adolescence. *Journal of Adolescence*, 32, 1371-1376.
- García-Lopez, L. J., Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L. y Muela-Martínez, J. A. (2012, noviembre). *Concordancia entre informadores en la presencia de inhibición conductual y retraimiento en niños de preescolar*. Poster presentado en el II Symposium Nacional de Psicología Clínica y de la Salud con Niños y Adolescentes, Elche, España.

- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. M. e Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16, 501-533.
- García Pérez, E. M. y Magaz, A. (2000). *EACP. Escalas Magallanes de Áreas de Conductas Problema*. Bilbao: COHS, Consultores en Ciencias Humanas.
- Gest, S. D. (1997). Behavioral Inhibition: stability and associations with adaptation from childhood to early adulthood. *Journal Personality Social Psychological*, 72, 467-475.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S.,... McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58, 505-529.
- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*, 25, 350-63.
- Guerra, P., Martín, M. E. y Arnaiz, A. (2011). La inhibición conductual: El estado de la investigación. *Revista de Psicología Universidad Viña del Mar*, 1, 88-109.
- Guerra, P., Martín, M. E. y Arnaiz, A. (2013). Evaluación de la relación entre la inhibición conductual y las aptitudes académicas en Educación Infantil. *Magister*, 25, 27-34.
- Handwerk, M. L., Larzelere, R. E., Soper, S. H. y Friman, P. C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out-of-home settings. *Psychological Assesment*, 11, 14-23.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Bordy, L., Faraone, S. V. y Rosenbaum, F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: associations with maternal anxiety disorder. *Journal Academy Child Adolescent Psychiatry*, 36, 910-917.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Calltharp, S., Rosenbaum, L. D., Faraone, S. V. y Rosenbaum, J. F. (2003). Behavioral inhibition and disinhibition as hypothesized

- precursors to psychopathology: implications for pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 985-999.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K.,... Rosenbaum, J. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 225-233.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J. y Rosenbaum, J. (2008a), Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety*, 25, 357-367.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Simoes, N. A. y Henin, A. (2008b). High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. *American Journal of Medical Genetics*, 148, 99-117.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, J., Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103-111.
- Hudson, J. L. y Dodd, H. F. (2012). Informing Early Intervention: Preschool Predictors of Anxiety Disorders in Middle Childhood. *PLoS ONE*, 7: e42359, 1-7.
- Hudson, J. L. , Dodd, H. F. y Bovopoulos, N. (2011a) Temperament, family environment and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 939-951.
- Hudson, J. L., Dodd, H. F., Lyneham, H. J. y Bovopoulos, N. (2011b). Temperament and family environment in the development of anxiety disorder: Two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 1255-1264.
- Instituto Nacional de Estadística (España). Padrón. Población por municipios. [fecha de consulta: 25 noviembre 2015]. Disponible desde: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>

- Jané, M. C., Araneda, N., Valero, S. y Domènech-Llaberia, E. (2000). Evaluación de la sintomatología depresiva del preescolar: correspondencia entre los informes de padres y de maestros. *Psicothema*, 12, 212-215.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to the unfamiliarity. *Child Development*, 68, 139-143.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N. y Garcia-Coll (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Kagan, J., Reznick, J. S. y Gibbons, A. (1989). Inhibited and uninhibited types of children. *Child Development*, 60, 838-845.
- Kagan, J., Reznick, S. J. y Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1.459-1.473.
- Kagan, J., Reznick, S. J. y Snidman, N. (1988a). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N., Gibbons, J. y Johnson, M. O. (1988b). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 59, 1580-1589.
- Kagan, J. y Snidman, N. (2004). *The long shadow of temperament*. Cambridge: MA Harvard University Press.
- Kagan, J., Snidman, N. y Arcus, D. (1998). Childhood derivatives of high and low reactivity in infancy. *Child Development*, 69, 1483-1493.
- Kagan, J., Snidman, N., Kahn, V. y Towsley, S. (2007). The preservation of two infant temperaments into adolescence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 72(2, Serial n.º. 287).
- Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (1997). *Test breve de inteligencia de Kaufman*. Madrid: TEA.

- Kerr, M., Lambert, W. W., Stattin, H. y Klackenberg-Larsson, I. (1994). Stability of inhibition in a Swedish longitudinal sample. *Child Development*, 65, 138-146.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry* 62, 593-602.
- Knappe, S., Sasagawa, S. y Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. En K. Ranta, A. M. La Greca, L. J. Garcia-Lopez y M. Marttunen (Ed.), *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp. 39-70). Cham: Springer International Publishing.
- Kochanska, G. (1998). Mother-child relationship, child fearfulness, and emerging attachment: A short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, 34, 480-490.
- Kolko, D. J. y Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinical children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 991-1006.
- Last, C., Perrin, S., Hersen, M. y Kazdin, A. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Pine, D. S., Henderson, H. A. y Fox, N. A. (2015). Infant Attachment Security and Early Childhood Behavioral Inhibition Interact to Predict Adolescent Social Anxiety Symptoms. *Child Development, Psychiatry*, 86, 598-613.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.

- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. y Swinson, R. (1995). Behavioral inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 87-92.
- Matthews, G., Deary, I. J. y Whiteman, M. C. (2003). *Personality traits (2nd ed.)*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- McCarthy, D. (2009). *Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA)*. Madrid: TEA.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. y Ford, T. (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationary Office.
- Messer, S. C. y Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 75-98.
- Mick, M. A. y Telch, M. J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 1-20.
- Monjas, I. y Caballo, V. E. (2002). Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 271-296). Madrid: Pirámide.
- Morizot, J. y Vitaro, F. (2003). Temperament et components perturbateurs chez l'enfant: une revue critique des etudes longitudinales. *Bulletin de Psychiatrie*, 56, 69-78.
- Mullen, M., Snidman, N. y Kagan, J. (1993). Free-play behavior in inhibited and uninhibited children. *Infant Behavior and Development*, 16, 383-389.
- Muris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Oxford: Elsevier.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B. y Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioral inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1051-1061.

- Muris, P., van Brakel, A., Arntz, A. y Schouten, E. (2011). Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: a longitudinal study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 157-170.
- Ohman, A. (1985). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analysis of emotion, *Psychophysiology*, 23, 123-145.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J. y Orgilés, M. (2003). El tratamiento de la fobia social en la infancia y la adolescencia: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.
- Oosterlaan, J. (1999). Behavioral inhibition and the development of childhood anxiety disorders. En W. K. Silverman y P. D. A. Treffers (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 45-71). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L., Garcia-Lopez, L. J. y Muela-Martínez, J. A. (2013a, julio). *Problemas de adaptación socioemocional y conductual en niños de Educación Infantil con inhibición conductual: dos años de seguimiento*. Ponencia presentada en el 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Lima, Perú.
- Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L., Garcia-Lopez, L. J. y Muela-Martínez, J. A. (2013b). Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. *Terapia Psicológica*, 31, 143-154.
- Ordóñez-Ortega, A., Muela-Martínez, J. A., Espinosa-Fernández, L. y Garcia-Lopez, L. J. (2012, noviembre). *Problemas de adaptación socioemocional y conductual en niños de preescolar con inhibición*. Ponencia presentada en el II Symposium Nacional de Psicología Clínica y de la Salud con Niños y Adolescentes, Elche, España.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 115-120.

- Pahl, K. M., Barret, P. M. y Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 311-320.
- Panayiotou, G., Karekla, M. y Panayiotou, M. (2014). Direct and indirect predictors of social anxiety: The role of anxiety sensitivity, behavioral inhibition, experiential avoidance and self-consciousness. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1875-1882.
- Paulus, F. W., Backes, A., Sander, C. S., Weber, M. y von Gontard, A. (2014). Anxiety Disorders and Behavioral Inhibition in Preschool Children: A Population-Based Study. *Child Psychiatry and Human Development*, 46, 150-157.
- Penela, E. C., Walker, O. L., Degnan, K. A., Fox, N. A. y Henderson, H. A. (2015). Early Behavioral Inhibition and Emotion Regulation: Pathways Toward Social Competence in Middle Childhood. *Child Development*, 86, 1227-1240.
- Pérez-Edgar, K. E. y Guyer, A. E. (2014). Behavioral Inhibition: Temperament or Prodrome? *Child Development*, 1, 182-190.
- Pérez-Edgar, K. E., Reeb-Sutherland, B. C., Martin, J., White, L. K., Henderson, H. A., Degnan, K. A.,... Fox, N. A. (2011). Attention Biases to Threat Link Behavioral Inhibition to Social Withdrawal over Time in Very Young Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 885-895.
- Pfeifer, M., Goldsmith, H. H., Davidson, R. J. y Rickman, M. (2002). Continuity and change in inhibited and uninhibited children. *Child Development*, 73, 1474-1485.
- Phares, V. (1997). Accuracy of informants: Do parents think that mother knows best? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 165-171.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalised anxiety. En M. Vaey y M. Dadds (Ed.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). Nueva York: Oxford University Press.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. y Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 488-497.

- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior assessment system for children* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reznick, J. S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, K. y Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited behavior: A follow-up study. *Child Development*, 57, 660-680.
- Robins, L. N. (1979). *Follow-up studies of behavior disorders in children*. En H.C. Quay y J. S. Werry (Ed.), *Psychopathological disorders of childhood 2nd ed.* (pp. 483-513). Nueva York: Wiley.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. y Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Revision Psychiatry*, 1, 2-16.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Kagan, J., Snidman, N., Friedman, D., y Faraone, S. V. (2000). A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *American Journal Psychiatry*, 157, 2002-2010.
- Rubin, K. H., Cheah, C. S. L. y Fox, N. (2001). Emotion regulation, parenting, and display of social reticence in preschoolers. *Early Education and Development*, 12, 97-115.
- Silverman, W. K., Albano, A. M. y Sandín, B. (2003). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV. Entrevista para los niños*. Madrid: Klinik.
- Silverman, W. K., Albano, A. M. y Sandín, B. (2009). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV. Entrevista para los padres*. Madrid: Klinik.
- Spitz, R. (1961). *El primer año de la vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- Sportel, B. E. (2013). *Adolescents at risk for social and test anxiety: who are at risk and how can we help?* Recuperado de <http://irs.ub.rug.nl/ppn/357239237>

- Taboada, A. M., Ezpeleta, L. y de la Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y estrés*, 4, 1-16.
- Thapar, A. y McGuffin, P. (1997). Anxiety and depressive symptoms in childhood: A genetic study of comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 651-656.
- Thirlwall, K. y Creswell, C. (2010). The impact of maternal control on children's anxious cognitions, behaviors and affect: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1041-1046.
- Thurber, S. y Snow, M. (1990). Assessment of adolescent psychopathology: Comparison of mother and daughter perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 249-253.
- Van Brakel, A. y Muris, P. (2006). A brief scale for measuring "behavioral inhibition to the unfamiliar" in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 79-84.
- Van Brakel, A., Muris, P. y Bögels, S. (2004). Relations between Parent and Teacher Reported Behavioral Inhibition and Behavioral Observations of This Temperamental Trait. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 579-589.
- Van Brakel, A., Muris, P., Bögels, S. M. y Thomassen, C. (2006). A multifactorial model for the etiology of anxiety in nonclinical adolescents: Main and interactive effects of behavioral inhibition, attachment, and parental rearing. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 568-578.
- Vasey, M. y Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. En M. W. Vasey y M. R. Dadds (Dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). Oxford University Press.
- Verhulst, F. C. y Akkerhuis, G. W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 123-136.

- Viñas, F., Jané, M. C., Canals, J., Esparó, G., Ballespí, S. y Domènech-Llaberia, E. (2008). Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 20, 481-486.
- Vreeke, L. J. y Muris, P. (2012). Relations between behavioral inhibition, big five personality factors, and anxiety disorder symptoms in non-clinical and clinically anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 884-894.
- Vreeke, L., Muris, P., Mayer, B., Huijding, J., Bos, A. E. R., van der Veen, M.,... Verheij, F. (2012). The assessment of an inhibited, anxiety-prone temperament in a Dutch multi-ethnic population of preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 623-633.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.

MÉRITOS ADQUIRIDOS DURANTE LA
REALIZACIÓN DE LA TESIS

ARTÍCULOS JCR

Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L., Garcia-Lopez, L. J. y Muela-Martínez, J. A. (2013). Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. *Terapia Psicológica*, 31, 143-154.

Espinosa-Fernández, L., Garcia-Lopez, L. J., Muela-Martínez, J. A. y Ordóñez-Ortega, A. (2015). *Socioemotional and behavioral adjustments in children with Behavioral Inhibition*. Manuscrito enviado para publicación.

COMUNICACIONES ORALES NACIONALES E INTERNACIONALES

Ordóñez-Ortega, A., Muela-Martínez, J. A., Espinosa-Fernández, L. y Garcia-Lopez, L. J. (2012, noviembre). *Problemas de adaptación socioemocional y conductual en niños de preescolar con inhibición*. Ponencia presentada en el II Symposium Nacional de Psicología Clínica y de la Salud con Niños y Adolescentes, Elche, España.

Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L., Garcia-Lopez, L. J. y Muela-Martínez, J. A. (2013, julio). *Problemas de adaptación socioemocional y conductual en niños de Educación Infantil con inhibición conductual: dos años de seguimiento*. Ponencia presentada en el 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Lima, Perú.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Espinosa-Fernández, L., Garcia-Lopez, L. J., Muela-Martínez, J. A. y Ordóñez-Ortega, A. (2012). *Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad*. Proyecto de investigación financiado por el Instituto de Estudios Giennenses, Diputación de Jaén.

PÓSTER

García-Lopez, L. J, Ordóñez-Ortega, A., Espinosa-Fernández, L. y Muela-Martínez, J. A. (2012, noviembre). *Concordancia entre informadores en la presencia de inhibición conductual y retraimiento en niños de preescolar*. Poster presentado en el II Symposium Nacional de Psicología Clínica y de la Salud con Niños y Adolescentes, Elche, España.

