



Tesis doctoral

**Los estilos educativos y su relación con la psicopatología en
niños y adolescentes con discapacidad intelectual: un estudio
comparativo entre Chile y España**

Irma Fuenzalida Ríos

Directoras

Dra. Carme Brun i Gasca

Dra. Eva Penelo Werner

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Universidad Autònoma de Barcelona

Barcelona, 2014



Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

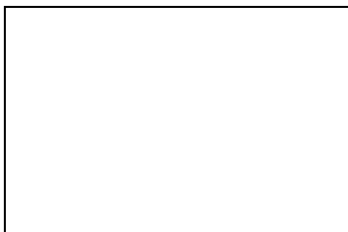
Universidad Autònoma de Barcelona

Tesis doctoral

**Los estilos educativos y su relación con la psicopatología en
niños y adolescentes con discapacidad intelectual: un estudio
comparativo entre Chile y España**

Autora:

Irma Fuenzalida Rios



Directoras:

Carme Brun i Gasca



Eva Penelo Werner



Barcelona, 2014

Agradecimientos

Partiré agradeciendo a mi familia, en especial a mis padres Régulo Fuenzalida y Catalina Rios por confiar en mí y haberme dado la oportunidad y las herramientas para cumplir mis sueños, sin su ayuda y apoyo incondicional esto no hubiera sido posible. De manera especial agradezco dentro de mi familia a Teresa Rios que más que una tía, ha sido una importante colaboradora en todo este proceso, ya que sin apoyo todo hubiera sido más difícil.

De igual manera agradezco el trabajo realizado por mis directoras de tesis Carme Brun y Eva Penelo, por guiarme y orientarme durante toda esta etapa y además enseñarme que no importa cuánto esfuerzo lleve, siempre hay que entregar lo mejor de uno para conseguir lo que se quiere.

También quiero agradecer de manera especial a las instituciones de ambos países que formaron parte de esta investigación, por su confianza y aporte. Principalmente a los padres quienes fueron el pilar principal de este estudio, ya que sin su apoyo este trabajo no se hubiera llevado a cabo.

Así mismo agradezco a mis amigas Débora Pérez y Mónica Palma por brindarme su ayuda en aspectos importantes de la tesis. En general quiero agradecer a todas las personas que estuvieron presentes en esta etapa y colaboraron para que esto se hiciera realidad.

*No les evitéis a vuestros hijos las dificultades de la vida, enseñadles más bien a
superarlas*

Louis Pasteur

*Nunca debes vivir sujeto a lo que no tienes, debes vivir como si pudieras hacer
cualquier cosa que has soñado*

Nick Vujicic

Contenidos

| | |
|---|-----------|
| 1. Presentación | 1 |
| 2. Marco Teórico | 3 |
| 2.1 Discapacidad Intelectual | 3 |
| 2.1.1 Enfoque histórico de la discapacidad intelectual. | 3 |
| 2.1.2 Evolución del paradigma multidimensional de la discapacidad intelectual... .. | 5 |
| 2.1.3 Prevalencia y etiología. | 9 |
| 2.1.4 Síndrome de Down. | 10 |
| 2.1.5 Factores de riesgo y prevalencia. | 10 |
| 2.1.6 Patologías asociadas al síndrome de Down. | 12 |
| 2.2 Estilos de Crianza | 14 |
| 2.2.1 Perspectiva histórica de los estilos de crianza. | 14 |
| 2.2.2 Principales modelos explicativos de los estilos de crianza. | 15 |
| 2.2.3 Estilos de crianza y ajuste social. | 16 |
| 2.2.4 Cultura y estilos de crianza. | 18 |
| 2.2.5 Nivel socioeconómico y estilos de crianza. | 19 |
| 2.2.6 Estilos de crianza y discapacidad intelectual. | 19 |
| 2.2.7 Estilos de crianza y psicopatología. | 21 |
| 2.3 Psicopatología Infanto-Juvenil | 22 |
| 2.3.1 Trastornos internalizados. | 23 |
| 2.3.2 Trastornos externalizados. | 26 |
| 2.3.3 Conductas asociadas a la psicopatología. | 29 |
| 2.4 Factores asociados a la psicopatología | 29 |
| 2.4.1 Discapacidad intelectual. | 29 |
| 2.4.2 Cultura. | 31 |
| 2.4.3 Nivel socioeconómico. | 33 |
| 2.4.4 Estilos de crianza. | 35 |
| 3. Objetivos e Hipótesis | 39 |
| 3.1 Objetivo general | 39 |
| 3.2 Objetivos específicos | 39 |
| 3.3 Hipótesis | 39 |
| 4. Método | 41 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 4.1 | Participantes..... | 41 |
| 4.2 | Procedimiento | 44 |
| 4.3 | Instrumentos..... | 45 |
| 4.4 | Análisis estadístico | 49 |
| 5. | Resultados | 51 |
| 5.1 | Cultura y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil | 51 |
| 5.2 | Nivel Socioeconómico y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil. | 57 |
| 5.3 | Estilos de crianza asociados a los tres grupos..... | 64 |
| 5.4 | Relación entre los estilos de crianza, grupo y la psicopatología infanto-juvenil..... | 65 |
| 6. | Discusión | 71 |
| 6.1 | Cultura y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil | 71 |
| 6.2 | Nivel socioeconómico y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología..... | 73 |
| 6.3 | Estilos de crianza asociados a la variable grupo..... | 74 |
| 6.4 | La psicopatología infanto-juvenil y su relación con los estilos de crianza y el grupo..... | 75 |
| 6.5 | Aportaciones clínicas | 78 |
| 6.6 | Limitaciones..... | 80 |
| 6.7 | Futuras líneas de investigación | 81 |
| 7. | Conclusiones | 83 |
| 8. | Referencias Bibliográficas | 85 |
| 9. | Anexos | 115 |

Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Instituciones que participaron en la investigación (y número de participantes de cada institución)..... | 42 |
| Tabla 2. Descripción sociodemográfica de la muestra (N = 236)..... | 43 |
| Tabla 3. Comparación de medias entre Chile y España en relación a los estilos de crianza y a la psicopatología..... | 52 |
| Tabla 4. Comparación de medias (ANOVA de un factor y prueba de contraste de Scheffé) del nivel socioeconómico en relación a las escalas del EMBU-P y del BASC-P | 59 |
| Tabla 5. Comparación de medias de los estilos de crianza de los 3 grupos estudiados, a través de ANOVA de un factor con la prueba de contraste de Scheffé..... | 64 |
| Tabla 6. Regresión lineal múltiple de las escalas internalizadas y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo. | 66 |
| Tabla 7. Regresión lineal múltiple de las escalas externalizadas y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo. | 67 |
| Tabla 8. Regresión lineal múltiple de otras escalas clínicas del BASC-P y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo. | 68 |
| Tabla 9. Regresión lineal múltiple del perfil adaptativo y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo..... | 69 |
| Tabla 10. Regresión lineal múltiple del ISC y dimensiones globales y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo. | 70 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Escala Rechazo del EMBU-P en función del país (Chile y España). | 53 |
| Figura 2. Escala Calor emocional del EMBU-P en función del país (Chile y España). 53 | |
| Figura 3. Escala Sobreprotección del EMBU-P en función del país (Chile y España).. 54 | |
| Figura 4. Escala Favoritismo del EMBU-P en función del país (Chile y España)..... 54 | |
| Figura 5. Escalas Internalizadas del BASC-P en Chile y España | 55 |
| Figura 6. Escala Externalizadas del BASC-P en Chile y España..... 55 | |
| Figura 7. Escalas clínicas del BASC-P en Chile y España..... 56 | |
| Figura 8. Escalas Adaptativas del BASC-P en Chile y España..... 56 | |
| Figura 9. Índices de síntomas comportamentales y dimensiones globales del BASC-P en Chile y España | 57 |
| Figura 10. Escala Rechazo del EMBU-P en función del nivel socioeconómico..... 60 | |
| Figura 11. Escala Calor Emocional del EMBU-P en función del nivel socioeconómico. 60 | |
| Figura 12. Escala Sobreprotección del EMBU-P en función del nivel socioeconómico. 61 | |
| Figura 13. Escala Favoritismo del EMBU-P en función del nivel socioeconómico. 61 | |
| Figura 14. Escalas Internalizadas del BASC-P en función del nivel socioeconómico... 62 | |
| Figura 15. Escalas Externalizadas del BASC-P en función del nivel socioeconómico. 62 | |
| Figura 16. Otras escalas clínicas del BASC-P en función del nivel socioeconómico.... 63 | |
| Figura 17. Escalas Adaptativas del BASC-P en función del nivel socioeconómico..... 63 | |
| Figura 18. Índice de síntomas comportamentales y dimensiones globales del BASC-P en función del nivel socioeconómico. 64 | |

1. Presentación

El propósito principal de esta tesis doctoral es evaluar los estilos de crianza y la psicopatología en diferentes grupos de niños y adolescentes (población clínica con discapacidad intelectual y población sin discapacidad), contextos culturales y niveles socioeconómicos.

Para el cumplimiento del objetivo general se han formulado cuatro objetivos específicos que este trabajo ha evaluado de forma empírica.

1. Identificar si existen diferencias culturales entre Chile y España en relación a los estilos de crianza y a la psicopatología infanto-juvenil.
2. Determinar si el nivel socioeconómico guarda relación con los estilos de crianza y la psicopatología infantil.
3. Valorar la asociación entre los estilos de crianza y el grupo.
4. Valorar si los estilos de crianza y el grupo tienen relación con la psicopatología infanto-juvenil.

Se ha considerado importante llevar a cabo estos objetivos, porque nos permiten tener una visión global de los estilos de crianza y la psicopatología y el papel que juegan dos elementos importantes como lo son éstos, la cultura y nivel socioeconómico, dos factores presente durante todo el ciclo vital, que además modulan el comportamiento de las personas. La elección de una población tan específica como son los niños y adolescentes con discapacidad intelectual obedece a que los estilos de crianza y el comportamiento familiar muestran variaciones cuando hay presente una condición crónica en uno de sus integrantes. De igual manera la condición de discapacidad intelectual se asocia a mayor manifestación de psicopatología en niños y adolescentes.

Esperamos que los resultados de este estudio aporten información acerca de la importancia que tienen los estilos de crianza en la psicopatología infanto-juvenil. Hay que mencionar también que nuestro estudio se propone poner de manifiesto la relevancia del contexto en la configuración de los estilos de crianza y la presencia de psicopatología en una población clínica tan importante como es la población con discapacidad intelectual.

Los contenidos de este trabajo se abordaron de la siguiente manera.

Crianza y psicopatología en discapacidad intelectual

- En el primer capítulo se expone el contenido teórico que guiará el trabajo. Este marco referencial está compuesto por tres temas: discapacidad intelectual, dentro del que se incluye el síndrome de Down, los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil.
- El segundo capítulo se encuentra compuesto por los objetivos y las hipótesis que se han planteado en este trabajo.
- El tercer capítulo hace referencia a la metodología; este capítulo incluye los apartados de participantes, procedimiento, instrumentos y análisis estadísticos.
- El cuarto capítulo muestra los resultados encontrados en el presente trabajo.
- En el quinto capítulo se discuten los hallazgos de esta tesis con lo propuesto por otros autores. Además se incluye en este capítulo las aportaciones, las limitaciones de este estudio y las posibles futuras líneas de investigación.
- En el sexto y último capítulo se abordan las principales conclusiones que se han derivado de este trabajo.

2. Marco Teórico

2.1 Discapacidad Intelectual

2.1.1 Enfoque histórico de la discapacidad intelectual.

La discapacidad intelectual, anteriormente denominada retraso mental, ha estado presente a través de toda la historia de la humanidad. Ya en la literatura griega se hacen referencias a personas que presentan características asociadas a la discapacidad intelectual. Además estos rasgos también se evidencian en momias egipcias y en la época medieval (Verdugo, 1994). No obstante lograr una comprensión clara de esta condición es un proceso complejo, y hasta el día de hoy existen diferencias en su concepción.

Respecto a lo anterior, se pueden distinguir tres perspectivas históricas (Scheerenberger, 1983).

En primer lugar la discapacidad intelectual se identificó con la incompetencia para realizar las demandas de la vida (Wodrich y Joy, 1986). Inicialmente la necesidad de conceptualizar la discapacidad intelectual se debió a motivaciones económicas y sociales, trayendo como consecuencia que en 1324 se promulgara en el Reino Unido la ley "King's Act", según la cual las personas que se diagnosticaba como “ idiotas” perdían todo derecho sobre sus propiedades y éstas pasaban directamente a la corona.

La segunda tendencia se centró en la falta de la habilidad cognitiva general. Ya la ley “King’s Act” hacía una distinción entre “idiotas” y “lunáticos”. El primer término se consideraba un estado permanente, mientras que “lunático” se consideraba una condición transitoria, siendo el déficit en la habilidad mental lo que diferenciaba ambas condiciones. Sir Fitzherbert en 1534 realizó una definición de “idiotas” según la cual una persona era idiota si no lograba contar dinero o no se sabía el nombre de sus padres. Además de estas descripciones funcionales la habilidad cognitiva requería una evaluación. Este procedimiento diagnóstico alcanzó reconocimiento con el trabajo de Binet a comienzos del siglo XX, quien puso de manifiesto la importancia de la evaluación diagnóstica de forma científica.

Por último la tercera perspectiva se basaba en el modelo médico. En este planteamiento lo importante era la etiología o causa orgánica de la discapacidad intelectual. Sin embargo los investigadores centrados en este modelo no lograron encontrar características objetivas distintivas de esta condición.

Es importante destacar que fue durante el siglo XIX cuando se realizó una primera aproximación científica de la definición de “idiotia”. Esquirol plantea en 1818 (citado en Scheerenberger, 1983) que la conceptualización de idiota hace referencia a un déficit intelectual visible, de origen orgánico, e incurable. Este autor señala que este estado se diferencia de la demencia. Además durante este periodo se plantearon los primeros modelos terapéuticos educativos, los cuales ponían ya de manifiesto la importancia del ambiente. A pesar de esto la visión de esta condición seguía siendo pesimista. En este sentido se puede decir que la evolución histórica de la discapacidad intelectual se encuentra marcada por dos momentos históricos antes del siglo XIX, cuando la discapacidad intelectual era vista como un tipo de demencia o patología indiferenciada y posterior al siglo XIX, cuando esta condición se diferencia de la demencia y otras patologías de tipo orgánico. Se considera relevante señalar que las teorías biologicistas, que indicaban que esta alteración era producto de un fallo en el sistema nervioso central, se mantuvieron hasta 1959, momento en que la Asociación Americana sobre personas con Deficiencia Mental (AAMD) que actualmente se denomina Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, acrónimo en inglés) publica el Manual sobre terminología y clasificación en el retraso mental (Heber, 1961, p.3) que propone una definición intelectual más aceptada. Esta definición indicaba que la discapacidad intelectual se encontraba “relacionada con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo, y se asocia con deficiencias en la conducta adaptativa”.

En relación al déficit del funcionamiento intelectual, éste debía encontrarse una o dos desviaciones estándar por debajo de la media en los tests de inteligencia. El periodo del desarrollo, comprendía desde el nacimiento hasta los 16 años. Pero lo novedoso de este planteamiento es que reconoce que aparte del déficit intelectual, también se presenta un déficit en el comportamiento adaptativo, lo que pone de manifiesto la importancia del área social. Además esta definición no descarta la posibilidad de cura o mejora.

De esta definición se desprenden cinco niveles de discapacidad intelectual en función del número de desviaciones típicas desde la media. Los cinco niveles propuestos, basados en las puntuaciones del Stanford-Binet, fueron: límite (83-67), ligero (66-50), moderado (49-33), severo (32-16), y profundo (16). Aunque esta función daba mayor importancia al comportamiento adaptativo. (Verdugo, 1994)

2.1.2 Evolución del paradigma multidimensional de la discapacidad intelectual.

Posteriormente esta concepción fue modificándose, pero no fue hasta 1992 que la AAIDD propuso una definición de discapacidad intelectual que produjo un cambio en la visión o paradigma tradicional (Verdugo, 2003), ya que se alejó de la concepción que señalaba el retraso mental como rasgo del individuo y propuso una perspectiva que se centraba en la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el contexto (Verdugo, 1994).

La definición de 1992 comprendía el retraso mental como “limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.” (Luckasson et al., 1992, p.1).

Desde este nuevo enfoque lo primordial no va a ser diagnosticar y clasificar a los individuos con retraso mental, sino evaluarlos multidimensionalmente en base a su interacción con los contextos en los que se desenvuelven y, basándose en esa evaluación del individuo y el ambiente, determinar los tratamientos y servicios necesarios. En consecuencia, no se clasificará a los sujetos en virtud de su cociente intelectual (CI), sino que se clasificará el tipo e intensidad de apoyos que necesitan. Desde este modelo, se propone un sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con retraso mental (limitado, intermitente, extenso y generalizado) (Verdugo, 1994).

En esta definición se utiliza el término habilidades de adaptación en vez de comportamiento o conducta adaptativa, como se venía haciendo en definiciones anteriores. Las habilidades de adaptación se manifiestan en diez dimensiones de comportamientos diferentes: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. En este sentido se puede apreciar la influencia de los modelos ecológicos y comportamentales que resaltan el estudio del carácter interactivo del comportamiento del individuo en su relación con ambientes concretos. En cuanto al CI este modelo lo sigue utilizando, pero no tiene la supremacía que se le otorgaba anteriormente (Verdugo, 1994).

Con este nuevo modelo multidimensional se esperaba describir los cambios que se producen a lo largo del tiempo y evaluar las respuestas del individuo a las demandas presentes, a los cambios del entorno y a las intervenciones educativas y terapéuticas. Este modelo supuso un gran cambio en la comprensión de la discapacidad intelectual, ya que presentaba una mirada más global, no tan focalizada en la deficiencia, por lo que se alejaba de todo los modelos explicativos existentes hasta ese momento. No obstante este enfoque multidimensional no estuvo exento de críticas. Luckasson et al. (2002) presentan un resumen de las principales críticas, las cuales se describen a continuación.

La eliminación de los niveles de gravedad intelectual del déficit para clasificar a las personas con retraso mental.

La sustitución de los niveles de apoyo por los niveles de gravedad del déficit.

El incremento de la puntuación criterio de 70 a 75 para definir el retraso mental.

La imprecisión y artificiosidad en el uso de la expresión “habilidades” del comportamiento adaptativo y su medida.

La desaparición de los niveles de retraso mental que supone la eliminación de la categoría de 'retraso mental ligero', la cual representa aproximadamente entre el 75% y el 89% de la población con discapacidad intelectual.

Excesiva representación de las minorías en la categoría diagnóstica, la cual se incrementa al subir el rango del CI.

La gran heterogeneidad de la población, con muy diferentes etiologías, nivel de habilidad y características de comportamiento difícilmente puede entenderse con el sistema propuesto.

Estas críticas impulsaron a la AAIDD a mejorar el modelo propuesto en 1992, por lo que en el año 2002 modificaron el modelo multidimensional formulado anteriormente. En la definición propuesta en el año 2002, el retraso mental se caracterizaba por *“limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años”* (Luckasson et al., 2002, p. 1). Esta definición mantiene los tres elementos principales propuestos anteriormente: limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el periodo del desarrollo (Verdugo, 2003). Las dimensiones propuestas en este nuevo enfoque fueron categorizadas de la siguiente manera:

Dimensión I: Habilidades intelectuales

Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica)

Dimensión III: Participación, interacciones y roles sociales

Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología)

Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura).

Las cinco dimensiones propuestas incluyen características diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un mayor funcionamiento individual (Verdugo, 2003). De esta manera el enfoque propuesto en el año 2002 presenta una visión más amplia de la persona con discapacidad intelectual, integrándola más socialmente, centrada en una perspectiva de desarrollo y bienestar.

Este modelo se asemeja bastante a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001), que ha pasado de ser un modelo de consecuencia-enfermedad a una clasificación de componentes de salud (Crespo, Campo, Verdugo, 2003). En este sentido Crespo et al. (2003) señalan que las principales similitudes que manifiestan ambos modelos tienen que ver con el entorno y la participación. Estos cambios en

ambas clasificaciones plantean la importancia que tiene para el desarrollo humano el entorno y la integración social.

Por consiguiente se puede observar que a medida que se avanza en lo que se refiere a la discapacidad intelectual se va entendiendo esta condición desde el bienestar y la integración, más que desde la deficiencia y patología. En congruencia con lo planteado ya desde el año 2002, el término de retraso mental se fue sustituyendo poco a poco por el de discapacidad intelectual. Las principales razones de este cambio han sido que este concepto evidencia el constructo socio-ecológico de discapacidad; además se alinea mejor con las prácticas profesionales actuales que se centran en conductas funcionales y factores contextuales. También entrega una base lógica para proporcionar apoyos individualizados, debido a que se basa en un marco de referencia ecológico-social, y además es relevante señalar que esta denominación es menos ofensiva para las personas con esa discapacidad (Verdugo y Schalock, 2010).

Es por lo anterior que desde el 2009 se ha reemplazado el termino de retraso mental por el de discapacidad intelectual y asimismo la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) ha pasado a llamarse Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Con este cambio también se propuso una nueva definición de la discapacidad intelectual. En la actualidad se comprende la discapacidad intelectual como una condición que *“se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años de edad”* (Schalock et al., 2010, p.1). Esta definición asume además lo siguientes principios:

Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en aspectos comunicativos y comportamentales.

La existencia de limitaciones en las habilidades adaptativas ha de tener lugar en un entorno comunitario típico para iguales en edad, y requerir apoyos individualizados.

Un propósito importante de describir las limitaciones es el desarrollar un perfil de apoyos necesarios.

A menudo, junto a limitaciones adaptativas específicas, coexisten potencialidades en otras áreas adaptativas o capacidades personales.

Generalmente, el funcionamiento de la persona con discapacidad intelectual mejorará si se le proporcionan los apoyos apropiados durante un período de tiempo continuado.

De igual modo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) también ha cambiado la forma de definir la discapacidad intelectual. En esta reciente edición el sistema clasificatorio ha cambiado el término de retraso mental por el de discapacidad intelectual. A esto se añade la similitud que presenta en su definición con la definición de la AAIDD. Para el DSM-5 la discapacidad intelectual es entendida como un *“trastorno que se inicia durante el periodo de desarrollo, e incluye déficit en la funciones intelectuales y de adaptación en los dominios conceptuales, sociales y prácticos”* (APA, 2013, p. 33). En esta edición se sigue manteniendo las categorizaciones de leve moderado, severo y profundo, pero ahora el modelo se ha centrado en el nivel de apoyo y soporte que requiere cada categorización, por lo que a mayor nivel de discapacidad mayor apoyo se requiere. Teniendo en cuenta los cambios que se han producido en el DSM-5 con respecto a la discapacidad intelectual se puede decir que actualmente ambos sistemas le dan mayor relevancia al soporte y apoyo que al CI.

De esta manera la concepción de la discapacidad intelectual ha experimentado importantes transformaciones desde sus primeras aproximaciones, pasando desde un enfoque centrado en las limitaciones a una mirada centrada en la integración, capacidades y apoyo, lo que permite ver a la persona más allá de su discapacidad.

2.1.3 Prevalencia y etiología.

Para entender la discapacidad intelectual en el contexto es importante conocer el número de personas que presentan esta condición. La prevalencia de la discapacidad intelectual oscila entre el 0,7 y el 1,5% (APA, 2013; Cobas et al., 2011; Larsson et al., 2001). No obstante en países en vías de desarrollo la prevalencia puede ser cuatro veces más alta en comparación con la de los países desarrollados (Márquez-Caraveo et al., 2011). Algunos autores atribuyen esta diferencia a factores medio-ambientales, dentro de los que se encuentran la desnutrición, dificultades socioculturales y por supuesto la falta de recursos económicos y tecnológicos para diagnosticar los problemas genéticos y perinatales que tienen como consecuencia la discapacidad intelectual (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009).

Otro aspecto importante que afecta la prevalencia y la forma de abordar la discapacidad intelectual es la etiología, ya que identificarla permite desarrollar las pautas apropiadas para la intervención de las diferentes condiciones. En relación a la etiología el DSM-5 (APA, 2013) distingue diferentes causas, entre las que destacan las dimensiones genéticas y fisiológicas, dentro de las cuales se encuentran las causas prenatales que incluye los síndromes genéticos (alteraciones cromosómicas), trastornos metabólicos, malformaciones cerebrales, enfermedades maternas (problemas de la placenta) y el medioambiente (alcohol y drogas). Por otro lado también se destacan las causas perinatales que incluye la encefalopatía neonatal. Por último se consideran las causas postnatales que incluyen lesión isquémica hipóxica, lesión cerebral traumática, infecciones, trastornos desmielinizantes, trastornos convulsivos (por ejemplo, espasmos infantiles), privación social grave y crónica, y síndromes metabólicos tóxicos e intoxicaciones (por ejemplo, por plomo o mercurio). A pesar de que en actualidad se conozcan varias patologías que presentan la condición de discapacidad intelectual, aún existe población con discapacidad intelectual de la cual todavía no se tiene una etiología clara.

2.1.4 Síndrome de Down.

Los factores genéticos son una de las principales causas de discapacidad intelectual. Dentro de esta causa el más representativo es el síndrome de Down. El síndrome de Down es la causa más frecuente y conocida de discapacidad intelectual; se presenta en 1 de cada 600 embarazos (Stoll, Alembik, Dott, Roth, 1998). Esta alteración genética debe su nombre a John Langdon Haydon Down, quien la describió por primera vez en 1866, aunque no fue hasta 1958 que Jérôme Lejeune descubrió que era una alteración cromosómica producida por una trisomía en el par cromosómico 21 (Mégarbané et al., 2009). Desde la perspectiva citogenética la condición de síndrome de Down puede producirse por 1) trisomía del cromosoma 21 (95% de los casos), 2) mosaicismos (2-4% de los casos), 3) translocación robertsoniana (2-4% de los casos) y 4) otros reordenamientos estructurales (< 1%) (Kaminker y Armando, 2008)

2.1.5 Factores de riesgo y prevalencia.

En cuanto a la prevalencia de esta condición, hay quienes señalan que la evolución de la prevalencia en el síndrome de Down es muy diferente entre países. En Sudamérica hay una tendencia al aumento, en promedio 2,89 por mil en el período 2001-2005, mientras

que en Europa y Asia la prevalencia ha disminuido significativamente y los valores han descendido a cifras extremas, por ejemplo Irán que tiene 0,3 por mil nacimientos y España 0,6 por mil. Un factor importante que influye en esta disminución es la legalización del aborto electivo, lo que no está legalmente permitido en Chile y tampoco en el resto de América Latina. Hay que mencionar además que en Latinoamérica la edad materna ha aumentado considerablemente (Nazer y Cifuentes, 2011).

Con respecto a lo planteado es importante indicar que se ha demostrado que existe una estrecha relación entre esta condición y la edad materna. Un tercio de los niños afectados por la trisomía 21 nacen de madres de 40 años o más (Nazer, Cifuentes, Ruiz y Pizarro, 1994; Nazer et al., 1991), ya que si bien se ha relacionado el síndrome de Down con diversos factores de riesgo, sólo tres se consideran en la actualidad como posibles causas etiológicas de la trisomía 21: las anomalías cromosómicas de los padres capaces de inducir una no-disyunción meiótica secundaria, la exposición precigótica materna a radiaciones ionizantes y la edad materna avanzada. Si bien las dos primeras son importantes, sólo son responsables de una minoría de casos de síndrome de Down (Nazer, Aguila, y Cifuentes, 2006). Por el contrario, la edad materna, como se ha mencionado al comienzo de este párrafo, se encuentra fuertemente relacionada con la manifestación de esta condición.

Por lo tanto, considerando el riesgo que supone la edad materna, en los países en los cuales se realizan los diagnósticos prenatales, a las madres menores de 34 años se les realiza una prueba diagnóstica bioquímica y a las mayores de 35 años se les efectúan pruebas de tipo invasivo (muestreo de vellosidades coriónicas o amniocentesis). Al respecto se considera oportuno decir que en la actualidad ha aumentado la utilización de procedimientos de diagnóstico prenatal, principalmente en los países europeos, en donde las interrupciones voluntarias de embarazos son permitidas en la mayoría de ellos. Como consecuencia se ha producido una disminución de nacimientos de neonatos con esta alteración cromosómica. Según la vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas realizada en España por el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) entre los periodos de 1980-2010, se ha producido un descenso importante en los nacimientos que presentaban la condición de síndrome de Down, ya que se produjeron 7 por 10.000 nacimientos durante el 2010 en este país (Bermejo-Sánchez, Cuevas, Grupo Periférico del ECEMC y Martínez-Frías, 2011).

2.1.6 Patologías asociadas al síndrome de Down.

Como la mayoría de las alteraciones cromosómicas, el síndrome de Down es una condición compleja, debido a que los genes participan en la manifestación de los fenotipos conductuales y físicos. Por consiguiente las manifestaciones físicas de esta condición son características de este síndrome particular. Hall en 1964 describió los rasgos frecuentes en el recién nacido con síndrome de Down; según este autor los nacidos que presentaban esta alteración cromosómica manifestaban rasgos faciales dismórficos, pliegues en el epicanto, hipotonía muscular y manos anchas. Además tienen un desarrollo físico más lento que los demás niños sin esta condición. La estatura promedio que se alcanza en este síndrome es de aproximadamente un 151 cm para los hombres y 141 cm para las mujeres (Marder y Dennis, 2001). Por otra parte el síndrome de Down también se relaciona con diversas patologías físicas orgánicas entre las que destacan las cardiopatías congénitas, problemas gastrointestinales, síndrome celíaco, cáncer, Alzheimer (Daunhauer y Fidler, 2011; Roberts, Price y Malkin, 2007).

En lo que se refiere a las cardiopatías, un estudio realizado en Arabia Saudí con 93 participantes con síndrome de Down encontró que las cardiopatías se presentaban en el 61,3% de la población estudiada, siendo la patología septal ventricular la más común en un 33,3% de los casos (Abbag, 2006). Esta condición se encuentra muy asociada a los síndromes cromosómicos, ya que alrededor del 25-30 % de los niños con cardiopatía congénita se presentan en el contexto de síndromes malformativos o cromosomopatías (Marantz y Garcia, 2008). Es relevante indicar que las cardiopatías se presentan durante la niñez.

Por otro lado los trastornos gastrointestinales se asocian frecuentemente con el síndrome de Down. El reflujo gastroesofágico y la constipación son frecuentes. La constipación ocurre generalmente después de la incorporación de alimentos sólidos y el tratamiento oportuno evita fisuras anales, megacolon o fecaloma. Cuando hay constipación desde el nacimiento o no hay respuesta a terapia médica, se debe sospechar enfermedad de Hirschprung (Lizama, Retamales y Mellado, 2013). La prevalencia de enfermedad celíaca en esta población es superior si se compara con la población general; en el síndrome de Down la prevalencia oscila entre el 5 y 15% (Bonamico et al., 2001; Pueschel et al., 1999), mientras que en población general los valores se sitúan entre el

0,1 y 2,7% (Catassi, 2005). En el síndrome de Down es posible que en el 50% de los casos la enfermedad se presente en forma atípica (Rodríguez et al., 2010)

En relación al cáncer, se puede decir que la condición de síndrome de Down presentan un alto riesgo de presentar cáncer, principalmente leucemia (Hill et al., 2003; Patja, Pukkala, Sund, Iivanainen y Kaski, 2006). Otro tipo de cáncer que afecta a los varones con síndrome de Down es el cáncer testicular (Patja et al., 2006).

Otra enfermedad que se encuentra fuertemente relacionada con esta condición genética es el Alzheimer. Algunos autores sugieren que la incidencia de la enfermedad de Alzheimer en el síndrome de Down se debe a la presencia de una característica neuropatológica denominada placas β -amiloide que se encuentra relacionada con el Alzheimer y se manifiesta en la mayoría de los adultos con síndrome de Down (citado en Wilcock y Griffin, 2013). Es relevante señalar que si bien la prevalencia del síndrome de Down ha disminuido o mantenido, la presencia del Alzheimer ha aumentado en esta población, debido a que la esperanza de vida de las personas con este síndrome también ha aumentado (Weskler et al., 2013). Actualmente entender la relación entre el Alzheimer y el síndrome de Down es una de las prioridades de los especialistas, ya que el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que provoca un deterioro cerebral importante.

Asimismo en el síndrome de Down se evidencia un retraso en el aspecto neurocognitivo, siendo una de las manifestaciones principales la presencia de discapacidad intelectual, que puede ir de leve a severa (Roizen, 2002). Por otro lado el fenotipo conductual se encuentra caracterizado por una personalidad introvertida y cambios de ánimo constantes (Hodapp y Dykens, 2004). Algunos autores indican que estos rasgos conductuales pueden contribuir a que en este síndrome se manifiesten más rasgos de agresividad y menos manejo de la regulación emocional (Jahromi, Gulsrud y Kasari, 2008). En contraste otras investigaciones sugieren que las familias de niños con síndrome de Down tienen una visión más positiva en comparación con las familias que tienen un hijo con otro tipo de discapacidad intelectual. Las familias con hijos con síndrome de Down presentan menos estrés, son más cálidas y manifiestan más recursos familiares si se comparan con otras familias con hijos con discapacidad intelectual (Hodapp, Ricci, Ly y Fidler, 2003). Algunos autores refieren que este positivismo familiar puede deberse a las características del niño con síndrome Down, debido a que

cuando son bebés se muestran más tranquilos y alegres. Además los problemas psicológicos en esta población se presentan recién en la edad escolar y adolescencia (Hodapp, 2008).

En suma tanto el síndrome de Down como la discapacidad intelectual se encuentran mediados por factores biológicos y genéticos, aunque el aspecto que juega mayor relevancia en un mejor desarrollo de las habilidades intelectuales y adaptativas es el elemento social, principalmente la crianza de los padres

2.2 Estilos de Crianza

2.2.1 Perspectiva histórica de los estilos de crianza.

La familia es uno de los entornos más importantes y próximos. Aquí es donde el ser humano tiene sus primeras experiencias de apego. Es por esto que la familia sigue siendo el contexto más importante en el que se dirimen las influencias socializadoras (Maccoby, 1992). En este contexto cobra una gran relevancia el rol que cumplen los padres, ya que éstos son los cuidadores primarios, son el puente entre el niño, la sociedad y su desarrollo integral. Los padres utilizan diversos estilos educativos para lograr dicho desarrollo y una adecuada adaptación a la sociedad.

Es importante señalar que las relaciones familiares, específicamente la relación entre padres e hijos, han sido estudiadas desde las diferentes perspectivas de la psicología. A principios del siglo XX, el modelo psicodinámico y el modelo conductista intentaron analizar los estilos de crianza. Los conductistas se interesaron en cómo los patrones de reforzamiento del entorno más cercano conformaban el desarrollo. Por el contrario el supuesto de la teoría Freudiana señalaba que los determinantes básicos del desarrollo eran biológicos e inevitablemente entraban en conflicto con el deseo de los padres y lo que requería la sociedad. La interacción entre las necesidades libidinales del niño y el ámbito familiar se presume que determina el desarrollo de diferencias individuales en los niños (Darling y Steinberg, 1993).

Posterior a estas teorías, otro modelo explicativo que cobró relevancia es el que propuso Bandura (1977). El principio básico de esta teoría estaba centrado en el aprendizaje mediante la observación, a la vez que resaltaba la importancia de la cognición en el aprendizaje vicario o social. No obstante, no fue hasta 1967 que se logró el primer

modelo explicativo acerca de los estilos de crianza y este planteamiento fue propuesto por Diana Baumrind (1967).

2.2.2 Principales modelos explicativos de los estilos de crianza.

El modelo de socialización parental propuesto por Baumrind (1967, 1971) permitió por primera vez clasificar a los padres en diferentes categorías. Las investigaciones realizadas por Baumrind lograron establecer tres estilos o tipologías centrados principalmente en el control que ejercían los padres sobre los hijos: los estilos permisivo, autoritario y democrático o autoritativo.

El estilo permisivo se caracteriza por ser un estilo en el que los padres suelen hacer pocas peticiones a sus hijos, muestran afecto y comunicación pero presentan escaso control en relación al establecimiento de normas, por lo que no dirigen las acciones de sus hijos. Por otro lado el estilo autoritario es aquel estilo en el que los padres aplican un control excesivo, no es flexible, en este estilo no hay espacio para la comunicación e intercambio de ideas entre padres e hijos. Y por último el estilo democrático o autoritativo es aquel estilo en el cual los padres son capaces de mostrar control y dirigir las acciones de sus hijos, pero ejerciendo su autoridad de un modo racional, favoreciendo la comunicación entre padres e hijos. Según esta autora los padres que utilizaban mecanismos de control, que se encontraban enmarcados en los estilos permisivos o autoritarios, respondían a menos demandas de madurez, presentaban una comunicación poco efectiva y de mayor unilateralidad, y en consecuencia manifestaban menos control que los padres que utilizaban el estilo democrático o autoritativo (Baumrind, 1967).

En relación a lo anterior, es relevante destacar que Baumrind (1991) fue agregando categorías a la clasificación inicial, identificando algunas categorías y estilos que utilizarían los padres. Entre ellos cabe destacar los estilos autoritario-directivo, no autoritario-directivo, permisivo, democrático, rechazante, negligente, suficiente y autoritativo. En esta misma línea en un trabajo más reciente, Baumrind (1996) utiliza las dimensiones propuestas por Maccoby y Martin (1983); así la dimensión afecto-comunicación estaría conformada por elementos tales como: reciprocidad, comunicación, afabilidad y apego. Mientras que en la dimensión control y exigencias identifica componentes característicos entre los que destaca la confrontación, supervisión y disciplina entre otros.

Por otra parte Darling y Steinberg (1993) realizaron una extensa revisión de los estilos de crianza a partir de la cual elaboran un modelo integrativo en el que identificaron tres elementos parentales importantes en el proceso de crianza: los valores y metas de los padres para la socialización, las prácticas que emplean y las actitudes que expresan hacia sus hijos. Estos autores también hacen una distinción entre prácticas y estilos parentales; en este sentido, las prácticas de crianza son definidas como conductas determinadas por un contenido específico y unas metas de socialización, mientras que los estilos parentales son entendidos como una constelación de actitudes hacia el niño que le son comunicadas y que, tomadas conjuntamente, crean un clima emocional en el cual las conductas de los padres son expresadas. Estas conductas incluyen tanto las dirigidas a objetivos específicos a través de las cuales los padres ejecutan sus obligaciones parentales como a las conductas parentales no dirigidas a objetivos concretos, tales como gestos, expresiones faciales y cambios en el tono de voz, entre otras.

Estos autores sugieren que los estilos y las prácticas de crianza son en parte el resultado de los objetivos y valores de los padres. Además refieren que las prácticas de los padres tienen un efecto directo sobre el desarrollo de conductas específicas del niño. En contraposición, señalan que los mecanismos por los cuales el estilo parental influye en el desarrollo del niño son indirectos. Esto quiere decir que el estilo parental altera la capacidad de los padres para socializar a sus hijos, determinando la efectividad de sus prácticas. En este sentido el estilo parental puede ser comprendido como un componente contextual que modera las relaciones entre las prácticas parentales específicas y los resultados del desarrollo específicos.

2.2.3 Estilos de crianza y ajuste social.

De los tres modelos anteriormente descritos se puede desprender que los estilos de crianza modulan las conductas y comportamientos de los niños. Por lo que más que un mecanismo de control, los estilos parentales son un mecanismo modelador de conductas en el niño, ya que dependiendo de cuál sea el estilo parental utilizado por los padres, los niños y adolescentes van a manifestar y adquirir determinadas conductas.

En esta línea Baumrind (2005) encontró que el estilo parental democrático promueve en los niños y adolescentes la presencia de habilidades cognoscitivas y sociales. La capacidad adaptativa del niño se asocia significativamente con prácticas de crianza

favorables (Prevatt, 2003). También los estilos de crianza positivos se correlacionan con las competencias psicosociales (Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López, 2007). En cambio, el estilo autoritario predice un mejor desempeño académico en los adolescentes. Por otra parte, el estilo permisivo no favorece el desempeño académico ni promueve las habilidades sociales. En otras palabras, se puede decir que el comportamiento parental democrático facilita la presencia de competencias tanto en niños como en adolescentes, mientras que el estilo autoritario tiene una mejor aceptación en adolescentes. Y el estilo permisivo no parece favorecer la adquisición de competencias durante la niñez y la adolescencia.

Por otra parte Martínez y García (2008) realizaron un estudio cuyo principal objetivo era estudiar la socialización parental y su relación con el auto-concepto en adolescentes, en una muestra de 1198 participantes. Las principales conclusiones de este trabajo sugieren que tanto los estilos parentales democráticos como permisivos se asocian con mayor sentido de trascendencia, conservación de los valores y autoestima en los hijos. En contraposición los estilos parentales negligentes y autoritarios se relacionan con bajas puntuaciones de autoestima por parte de los hijos. Posteriormente García y Gracia (2009) también efectuaron una investigación que evaluaba la relación entre el auto-concepto y la socialización parental. Los resultados de este estudio indican que los hijos de padres que ponen en práctica los estilos de crianza permisivo y democrático tienen mejores puntuaciones en el auto-concepto.

En este mismo sentido García y Gracia (2010) evaluaron a 948 niños y adolescentes españoles con el fin de identificar cuáles eran los estilos de crianza más idóneos para promover el ajuste social. Los resultados señalaron que el estilo que más se relacionaba con el ajuste social era el estilo permisivo, ya que estas familias tienden a tener puntuaciones más estables incluso que las familias que utilizan el estilo democrático.

Estas investigaciones sugieren que el ajuste social, tanto en niños como en adolescentes, se encuentran más relacionados con los estilos de crianza permisivos y democráticos. Sin embargo hay que tener en cuenta que los estilos de crianza se relacionan en el contexto cultural en que se está inserto. Darling y Steinberg (1993) proponen que las prácticas y los estilos de crianza se ven influidos por el contexto y la cultura. En un trabajo posterior Giles-Sims y Lockhart (2005) señalan que las estrategias educativas de los progenitores varían según la cultura en que se encuentran inmersos.

2.2.4 Cultura y estilos de crianza.

En relación a esto, algunos investigadores sugieren que no siempre el estilo democrático es el más idóneo, sino que más bien depende de la cultura (García y Gracia, 2010). Una de las culturas más estudiada es la asiática. Estudios en población asiática sugieren que los mejores resultados académicos se asocian a los hijos de familias autoritarias (Chao, 1994, 1996, 2001). Además otras investigaciones realizadas en sociedades asiáticas y de Medio Oriente también sugieren que el estilo autoritario es una práctica parental adecuada (Quoss y Zhao, 1995). En esta línea Dwairy, Achoui, Abouserie y Farah (2006) observaron en varias sociedades árabes que el estilo autoritario no perjudicaba la salud mental de los adolescentes como lo hacía en las sociedades occidentales. Los resultados de estas investigaciones concuerdan con trabajos más recientes en población asiática americana por Liu y Guo (2010), que evaluaban los estilos de crianza de madres chinas y canadienses, y que encontraron que las madres chinas eran más autoritarias que las madres canadienses. Así mismo otros autores señalan, que los padres de origen asiático son más autoritarios y restrictivos (Chiu, 1987; Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts y Fraleigh, 1987; Lin y Fu, 1990; Liu et al., 2005; Steinberg, Dornbusch y Brown, 1992).

Los resultados de estos trabajos indican que no siempre los mismos estilos funcionan en los diferentes contextos culturales, ya que al parecer en Asia el estilo autoritario se relaciona con buen desempeño académico y ajuste social. En relación a la cultura Latinoamérica se podría decir que los estudios acerca de los estilos de crianza presentan diferentes visiones. Una investigación realizada en México por Villalobos, Cruz y Sánchez (2004) encontró que los hijos de padres que utilizaban los estilos democráticos y permisivos obtuvieron mejores puntajes en la evaluación del ámbito académico. Krumm, Vargas-Rubilar y Guillón (2013) estudiaron la relación entre los estilos parentales y la creatividad en niños escolarizados argentinos. Los resultados de esta investigación mostraron que la aceptación parental es un predictor positivo de la creatividad. Además, la disciplina laxa es un factor inhibitor del proceso creativo del niño. Finalmente, el control patológico desde los estilos parentales se relacionó negativamente con la creatividad. Por otro lado, en un estudio comparativo entre Argentina y España se encontró que las madres en España son menos negligentes que las madres en Argentina (Richaud et al., 2013). Por otra parte Domènech, Donovick y Crowley (2009) realizaron una investigación que evaluaba los estilos de crianza de

padres latinoamericanos de primera generación, y hallaron que el 61% de los padres practicaban el estilo sobreprotector. En contraposición al trabajo anterior, Musitu (2000) encontró que las madres en Colombia presentaban estilos de crianza más positivos, los cuales promovían la autonomía en sus hijos. Estos resultados señalan que cuando los padres en Latinoamérica no se encuentran en una situación de vulnerabilidad, utilizan estilos de crianza similares a los de la cultura española.

2.2.5 Nivel socioeconómico y estilos de crianza.

Un factor importante de vulnerabilidad social es el nivel socioeconómico. Diversos estudios sugieren que el nivel socioeconómico bajo se asocia con estilos de crianza desfavorables. Un estudio realizado por Oliva, Parra y Arranz (2008) que evaluaba los estilos de crianza y el ajuste en la adolescencia encontró que los estilos parentales democráticos eran más frecuentes en familias del nivel socioeconómico alto, mientras que el nivel socioeconómico bajo se asociaba a estilos parentales menos favorables. Estos resultados apoyan los hallazgos encontrados en Chile por Melis et al. (2001). Estos autores validaban el cuestionario de apego parental en la ciudad de Santiago, y encontraron que hubo una asociación significativa entre la escala de sobreprotección y la figura parental masculina que pertenecía a los estratos socioeconómicos más bajos. Por otro lado Marin, Piccinini, Gonçalves y Tudge (2012) señalan que las madres de nivel socioeconómico bajo presentan un estilo de crianza más coercitivo. Según estos autores las madres del nivel socioeconómico bajo mostrarían una tendencia a valorar las prácticas educativas dirigidas a la obediencia y el control. Las madres con bajo nivel educacional presentan estilos de crianza menos democráticos que las madres con una educación más avanzada (von der Lippe, 1999). Se puede decir, por tanto, que pertenecer a un nivel socioeconómico bajo se asocia con estilos de crianza negativos. Las madres de nivel socioeconómico bajo son más autoritarias y castigadoras que las madres del nivel socioeconómico medio. Por el contrario los estilos democráticos, considerados favorables, suelen ponerlos en práctica los padres del nivel socioeconómico alto (Baer, 1999; Slicker, Picklesimer, Guzak y Fuller, 1998).

2.2.6 Estilos de crianza y discapacidad intelectual.

Como se ha descrito hasta ahora, los estilos de crianza juegan un papel importante en el desarrollo de la niñez y la adolescencia. Pero las competencias y estilos parentales también se ven influidos por las características de los hijos. Las características del

menor, ya sea que presente bajo peso al nacer o discapacidad física o psíquica entre otras cosas, pueden producir que las maneras de educarlo requieran de ajustes, que en el caso de un niño de desarrollo típico no son necesarios (Rodrigo, Martín, Cabrera y Maiquez, 2009). Es decir, la discapacidad modifica los patrones de comportamiento en el ámbito familiar de una manera tan relevante que genera en los padres estrés parental. El estrés parental modifica las pautas de crianza de los padres. Los padres de hijos con discapacidad intelectual en los primeros años muestran un estilo de crianza autoritativo, mientras que a medida que los niños crecen sus estilos se vuelven más autoritarios y el estrés parental aumenta. Las familias que tienen un hijo con discapacidad presentan mayor estrés parental en comparación con las familias con hijos de desarrollo típico (Woolfson y Grant, 2006).

Los resultados de un estudio realizado por Lanfranchi y Vianello (2012) muestran que el estrés parental es menor en familias con un hijo con síndrome de Down en comparación con otros síndromes de origen genético como el síndrome X- Frágil y el síndrome de Prader Willi. Otros autores sugieren que los factores más estresantes parecen ser los problemas de conducta asociados a la discapacidad (Baker, Blacher, Crnic y Edelbrock, 2002; Friedrich, Wiltner y Cohen, 1985; Konstantareas y Homatidis, 1989; Pahl y Quine, 1987; Quine y Pahl, 1985).

En relación a los estilos de crianza que los padres utilizan cuando tienen un hijo con discapacidad intelectual hay estudios que sugieren que el estilo que predomina es la sobreprotección (Gau, Chiu, Soong y Lee 2008). En contraposición otras investigaciones señalan que las madres con hijos con discapacidad manifiestan el mismo estilo y estrategias de crianza con el hijo con discapacidad y con el hijo sin discapacidad (Sterling, Barnum, Skinner, Warren y Fleming, 2012). En esta línea Abbeduto et al. (2004), encontraron que las madres de niños y adolescentes con síndrome de Down manifestaban una relación más cercana con sus hijos en comparación con las madres de hijos con autismo. Otras investigaciones indican que las madres de hijos con discapacidad intelectual muestran menos afecto, sensibilidad y son menos directivas que las madres de niños que presentan un desarrollo típico (Kim y Mahoney, 2004). Aunque los resultados son variados, se puede decir que los estilos de crianza de un hijo con discapacidad intelectual suelen ser más desfavorables.

2.2.7 Estilos de crianza y psicopatología.

Los estilos de crianza negativos también se encuentran presentes en niños y adolescentes de desarrollo típico. Algunos autores sugieren que ciertas características parentales tienen una asociación importante con conductas agresivas (Raya, Pino y Herruzo, 2009). Asimismo Muris, Meesters y Van den Berg (2003) encontraron que bajos niveles de calidez emocional y altos niveles de rechazo estaban asociados a problemas internalizados y externalizados en los adolescentes. Igualmente cuando las madres presentan un estilo de crianza autoritario tanto los chicos como las chicas presentan problemas de tipo internalizado y externalizado, mientras que cuando la madre tiene un estilo de crianza autoritario y el padre un estilo permisivo los chicos manifiestan menos psicopatología. En cambio esta combinación de estilos parentales se asocia con psicopatología en las mujeres (Braza et al., 2013). Steinberg Blatt-Eisengart y Cauffman (2006) realizaron un estudio en una muestra de 1355 jóvenes que habían cometido delitos graves. Estos investigadores encontraron que los jóvenes que describen a sus padres como negligentes eran menos maduros y competentes y presentaban mayores comportamientos problemáticos. Otro trabajo realizado por Iglesia y Romero (2009) en población clínica encontró una asociación entre la baja aceptación e implicación parental y la depresión adolescente. Estos autores también encontraron que el estilo autoritario se relacionaba con los problemas de tipo externalizados

En síntesis, los estilos de crianza son un mecanismo de socialización importante, ya que permiten un buen ajuste y desarrollo en el niño y el adolescente, cuando los estilos se enmarcan dentro de una postura democrática. El contexto cultural es importante para las prácticas de crianza, ya que en una cultura particular un estilo parental puede promover ajustes y habilidades mientras que en otro contexto puede generar desajustes. Es decir, el contexto en que se está inmerso modifica las estrategias parentales y por ende los estilos de crianza. Por lo tanto a pesar de la universalidad de las prácticas de crianza, éstas son diferentes dependiendo de la cultura en que se encuentre inserto. Del mismo modo el nivel socioeconómico también influye en los estilos educativos, ya que el ámbito socioeconómico nos permite acceder a más recursos. Por ello no es de extrañar que los estilos de crianza desfavorables estén asociado a niveles socioeconómicos bajos. Por otro lado es importante tener en cuenta que los estilos de crianza se modifican cuando hay un hijo con discapacidad, debido al estrés que significa para los padres esta situación. En relación a la psicopatología, se puede decir que, si los padres ponen en

práctica estilos de crianza negativos o desfavorables, éstos propician la aparición de conductas desadaptativas que pueden conllevar a la presencia de psicopatologías en los hijos.

2.3 Psicopatología Infanto-Juvenil

Se considera que la infancia y la adolescencia son periodos críticos del desarrollo, ya que en estas etapas se producen diversos cambios tanto a nivel físico como psicológico. Es por esto que el estudio de la psicopatología infanto-juvenil en las últimas décadas ha presentado un auge, debido a que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Vicente, et al., 2012). La psicopatología infanto-juvenil ha sido explicada por diferentes enfoques, siendo uno de los más conocidos el modelo teórico que se centra en el desarrollo. Para la psicopatología del desarrollo tanto la conducta normal como la anormal se comprenden como variaciones dentro de un proceso continuo. Esto quiere decir que las conductas problemas no son más que variaciones de las características que pueden ser normales si se manifiestan en ciertos periodos del desarrollo (Cicchetti y Rogosch, 2002). Específicamente la psicopatología del desarrollo se centra en el estudio de los procesos causales, considerando especialmente las continuidades y discontinuidades en los mecanismos entre la normalidad y la psicopatología (Harrington, 2001). Desde esta perspectiva se comprende el ciclo vital como un proceso continuo, en el que está presente el desarrollo psicológico. Este último se caracteriza por la capacidad de adaptación que presenta el niño y el adolescente a las exigencias de cada estadio. Sin embargo hay que tener en cuenta que aunque una adecuada adaptación puede predecir comportamientos futuros, la posibilidad de discontinuidad siempre es posible, debido a que el desarrollo es un proceso dinámico (Giráldez, 2003).

Cabe señalar que las continuidades y discontinuidades en el desarrollo se encuentran asociadas a distintos factores, si se entienden estos últimos como características y/o acontecimientos que incrementan la probabilidad de aparición de un trastorno (Ezpeleta, 2005). Estos factores pueden ser de diversa índole. Este trabajo abordará las condiciones personales, como la discapacidad intelectual y las características contextuales como la cultura, el nivel socioeconómico y los estilos de crianza

Actualmente la psicopatología se puede clasificar en dos categorías o dimensiones, propuestas por Achenbach y Edelbrock (1978): externalizada e internalizada. La primera abarca los trastornos conductuales (trastorno por déficit atencional e hiperactividad, problemas de conducta y conductas agresivas), mientras que la dimensión internalizada abarca la depresión, ansiedad y somatización. En el presente trabajo se describirán en términos generales los trastornos que engloban estas dos categorías. Se comenzará con los trastornos de tipo externalizado, para continuar con los trastornos de tipo internalizado. Por último se definirán el retraimiento y la atipicidad.

2.3.1 Trastornos internalizados.

a. Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad en jóvenes son relativamente comunes (Southam-Gerow y Chorpita, 2007). Estudios epidemiológicos sugieren que la prevalencia de este trastorno oscilan entre el 10 y el 20% (Cartwright-Hatton, McNichol y Doubleday, 2006).

La ansiedad en los niños se muestra como un miedo o preocupación irracional que se exterioriza a través del llanto, la ira y el dolor de estómago. La ansiedad puede ser mal interpretada como oposicionismo y desobediencia (Connolly y Bernstein, 2007). En esta línea los niños manifiestan más ansiedad de separación y fobias específicas, mientras que los adolescentes muestran mayor tendencia a presentar fobia social. Los trastornos de pánico tienen una edad de inicio tardío, sobre los 15 años de edad (Morris y March, 2004).

Además varios estudios han reportado diferencias de género importantes en la prevalencia de este trastorno en adolescentes (Esaú et al., 2000; Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley y Allen, 1998; Reinherz et al., 1993). Los resultados son bastante consistentes, ya que estos trabajos indican que los valores en los trastornos de ansiedad son significativamente más altos en mujeres que en hombres.

Por otro lado este trastorno tiene una alta comorbilidad con otros trastornos de tipo psiquiátrico, entre los que se encuentran la depresión, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno disruptivo y de la conducta; estos dos últimos presentan mayor comorbilidad en los varones con ansiedad (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003).

b. Depresión.

La depresión presenta un panorama complejo, ya que es uno de los trastornos que más peligro manifiesta para la persona, por su asociación con la conducta suicida (Tuesca y Navarro, 2003). A pesar de la importancia que tiene la depresión es difícil contar con una definición de depresión que englobe todos los tipos de episodios depresivos. En este trabajo se abordará la depresión de una manera general, por lo que se entenderá el trastorno depresivo como un trastorno que se caracteriza “*por la presencia de un estado de ánimo triste, sentimientos de vacío o irritabilidad, generalmente acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad del individuo para funcionar*” (APA, 2013, p. 155).

Cabe señalar que la depresión en niños y adolescentes se ha estado estudiando desde hace solamente dos décadas. Anteriormente se creía que era un trastorno que se presentaba solamente en adultos, por lo que actualmente se siguen aplicando en los niños y los adolescentes criterios diagnósticos diseñados para adultos (Rudolph, Hammen y Daley, 2006). A pesar de ello, la depresión en niños y adolescentes cobra relevancia, ya que la prevalencia de este trastorno en adolescentes ha ido en aumento y algunos estudios sugieren que al final de la adolescencia la prevalencia de la depresión es del 25% aproximadamente (Lewinsohn y Essau 2002).

Los estudios epidemiológicos en niños son más escasos, porque se suelen aplicar las mismas pautas diagnósticas que en los adultos, lo que hace difícil tener medidas fiables de epidemiología en depresión infantil. Según un estudio de la población general infantil realizado por Polaino-Lorente y Domenech (1993), el trastorno depresivo mayor en niños entre 8 y 11 años de edad tiene una prevalencia de 1,8%. Esta prevalencia coincide con la encontrada en la Encuesta Nacional de Salud en España (2006), que refiere que un 1,8% de los niños que tienen 9 años de edad presentan algún tipo de trastorno depresivo. Con respecto a la adolescencia, según esta encuesta el 2,3% de los adolescentes que tienen entre 13 y 14 años de edad manifiesta algún trastorno depresivo (Haro, et al., 2006). Generalmente la prevalencia de la depresión es baja en los niños cuyas edades oscilan entre los 7 y los 11 años edad, en comparación con los adolescentes y adultos jóvenes (Alàez et al., 2000). Según Avenevoli, Knight, Kessler y Ries Merikangas (2008) en su revisión sobre la epidemiología en niños y adolescentes, la prevalencia aumenta a medida que la persona se va adentrando en la adolescencia. Este aspecto se encuentra en concordancia con la mayoría de los estudios que sugieren

que el inicio típico de la depresión mayor diagnosticable es alrededor de los 13-15 años (Angold y Rutter, 1992; Cooper y Goodyer, 1993). Otros autores que estudiaron la edad en función del sexo encontraron que la edad promedio de aparición del trastorno depresivo mayor para las mujeres fue 14,8 y 15,3 para los varones (Lewinsohn y Esaú, 2002). En relación a las diferencias de género, la depresión se presenta principalmente en mujeres (Cyranowski, Frank, Young y Shear 2000; Kessler, 2003; Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor y Butterworth, 2008). Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores que indican que las niñas muestran mayor prevalencia de depresión (Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee y Angell, 1998; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994).

c. Somatización.

Los síntomas somáticos son comunes en los niños de la población general y entre los que acuden a centros pediátricos especializados y generales (Campo et al., 1999; Campo y Fritsch, 1994; Egger et al., 1999; Escobar et al., 1987; Fritz, Fritsch y Hagino, 1997; Garber et al., 1991; Garralda, 1992, 1996; Kowal y Pritchard, 1990; Litcher et al., 2001; Sanz de la Garza et al., 2000; Shapiro y Rosenfeld, 1987, citado en Domenech et al., 2004). Los síntomas somáticos se refieren a malestar físico sin causa orgánica que lo explique.

Actualmente el DSM-5 señala que los trastornos de síntomas somáticos se caracterizan por presentar uno o más síntomas somáticos que generan angustia y suponen una interrupción en la vida cotidiana. Además la preocupación por estos síntomas es excesiva. Por último puede que algunos de los síntomas somáticos no se manifieste de forma continua, pero siempre debe estar presente el estado sintomático (APA, 2013). Es pertinente indicar que en esta nueva edición del DSM se ha producido un cambio en la denominación de este trastorno, que ha pasado de ser trastornos somatomorfos según el DSM-IV-TR (APA, 2002) a llamarse síntomas somáticos y trastornos relacionados. Este cambio supone una mejora en la comprensión del trastorno, ya que además del cambio de nombre se realizó una reducción de las alteraciones que incluía este trastorno.

A pesar de esta nueva reorganización, este trastorno continúa siendo un desafío para los profesionales de la salud, ya que en la mayoría de los casos los profesionales médicos se encuentran desconcertados por la presencia de síntomas orgánicos sin un problema

físico que logre explicarlo o en ocasiones se sienten engañados por el paciente “que no supone estar enfermo” (Silber, 2011). Este autor también señala que paradójicamente los niños y adolescentes con este trastorno rara vez llegan a recibir atención psiquiátrica. La prevalencia de síntomas asociados a la somatización en la población pediátrica es alta (Silber, 2011). El más recurrente es el dolor abdominal con un 5% de visitas pediátricas. Los dolores de cabeza son los síntomas más frecuentes en adolescentes, ya que un 10% de las consultas son por este síntoma. Las mujeres presentan mayor prevalencia que los varones y esta diferencia de género continúa hasta la edad adulta (Campo y Fritsch 1994; Fritz et al., 1997). Más recientemente un estudio realizado con 2558 participantes perteneciente a la comunidad autónoma de Catalunya cuyas edades oscilaban entre los 8 y 16 años, encontró que el 37% de los participantes presentaban síntomas somáticos, siendo los más prevalente los dolores de cabeza. Los niños mostraron una prevalencia de 26,8%, mientras que en los adolescentes los valores alcanzaron el 52,1%; al igual que lo mencionado anteriormente, las mujeres presentaron más síntomas somáticos que los varones (Romero-Acosta et al., 2013) En relación a la comorbilidad, este trastorno presenta una alta co-ocurrencia con los trastornos de ansiedad y depresión (Kuwabara et al., 2007; Muris y Meesters, 2004).

2.3.2 Trastornos externalizados.

a. Agresividad.

La agresividad se encuentra en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, sobre todo los que guardan relación con el comportamiento externalizado. La hiperactividad y el trastorno disocial presentan conductas agresivas, por lo que se consideró importante realizar una descripción general de este concepto.

Diferentes modelos teóricos han tratado de explicar el “por qué” de las conductas agresivas, entre los que destacan el modelo ontológico, el psicodinámico, la teoría de la excitación-trasferencia, la teoría de la frustración, el modelo conductual, el modelo de la cognición social, el modelo basado en los hábitos de crianza y el modelo neurobiológico, entre otros (Carrasco y González, 2006). Sin embargo y a pesar de estos esfuerzos, la agresividad sigue siendo un concepto difícil de definir y conceptualizar.

La agresividad está presente en todas las especies del reino animal y la mayoría de los autores sugieren que tiene un papel relevante como función adaptativa. Lorenz (1976) concibe la agresividad como un instinto común a las distintas especies que deriva de la necesidad de supervivencia y la defensa de la territorialidad, que se activa ante determinados estímulos del ambiente y que favorece la dispersión de las especies. Si bien es cierto que tanto los estudiosos de la ontología como los teóricos del comportamiento humano reconocen el rol primordial que juega la agresividad en la supervivencia, también advierten que los seres humanos son los que se ven más afectados con este rasgo funcional, debido que el hombre es la especie que más conductas agresivas presenta.

b. Trastorno por déficit atencional e hiperactividad.

En la actualidad uno de los trastornos que tiene mayor prevalencia en la población infanto-juvenil es el trastorno por déficit de atención con predominio de la hiperactividad y/o desatención (TDAH). El TDAH, se caracteriza por presentar un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave a lo observado habitualmente en personas de un nivel de desarrollo similar (APA, 2013).

Hay que tener en cuenta que tanto el DSM-5 como la anterior versión DSM-IV hacen una diferenciación entre los subtipos. Este sistema clasificatorio señala que el TDAH, presenta tres subtipos o maneras de manifestarse: el TDAH de tipo combinado, el TDAH con predominio de la hiperactividad y el TDAH con predominio de la atención. Resulta conveniente indicar que por razones prácticas se abordara este trastorno de forma global. Esto quiere decir que abordará el tipo combinado, en contraposición con la postura de algunos autores que evalúan la psicopatología, quienes indican que los problemas de atención no cumplen con los criterios para estar dentro de los trastornos externalizados (Reynolds y Kamphaus 2004).

La prevalencia de este trastorno oscila entre el 3 y el 6% (Goldman, Genel, Bezman y Slanetz, 1998; Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman y Rohde, 2007; Cardo, Severa y Llobera, 2007). No obstante, en Latinoamérica los estudios epidemiológicos sugieren que la prevalencia va desde el 10 al 13% (Vicente et al., 2012). La diferencia epidemiológica de este trastorno en los diferentes países puede deberse a diversos factores, entre los que cabe destacar criterios diagnósticos, instrumentos de evaluación,

factores culturales y diferentes informadores (padres, maestros, auto-informe). Es importante señalar que además de la alta prevalencia que este trastorno presenta a nivel mundial, es uno de los que más comorbilidad manifiesta con otros trastornos de tipo psicológico. En un estudio realizado por Rodríguez et al. (2009) encontraron que el 71% de la población de niños y adolescentes de Castilla y León que presentaba TDAH tenía comorbilidad con algún otro trastorno y que el 31% de los casos pertenecían a trastornos de la conducta. Además López, Serrano y Delgado (2004) realizaron un estudio con población clínica diagnosticada con TDAH; de los 90 participantes, 45 presentaban comorbilidad con los trastornos internalizados. Estos resultados concuerdan con los trabajos de diversos autores que plantean que el TDAH tiene una alta comorbilidad con la depresión, la ansiedad y la somatización (Biederman et al. 1996; Jensen, Shervette, Xenakis y Richters, 1993; Pfiffner et al., 1999).

c. Trastornos de la conducta.

En la infancia y adolescencia uno de los trastornos que más preocupación genera es el trastorno disocial, conocido también como trastorno de la conducta (TC). Ello es debido a que este trastorno en particular tiene importantes consecuencias, tanto para la persona que lo presenta como para el resto de la sociedad. Este trastorno se caracteriza por presentar pautas de comportamientos que violan los derechos básicos de los demás o importantes normas y reglas sociales (APA, 2013).

Los trastornos de la conducta han sido estudiados desde diversas perspectivas, entre las que destacan las teorías que incluyen la antropología, la evolución, el ámbito biológico y psicológico (Frick y Viding, 2009). En relación a la prevalencia, hay autores que señalan que la frecuencia de este trastorno fluctúa entre el 2% y el 5,9% de la población infanto-juvenil (Ford, Goodman y Meltzer, 2003). En América Latina la prevalencia de este trastorno varía según los países. En un estudio epidemiológico realizado en Chile por Vicente et al. (2012) se encontró que el 3,7% de los niños y adolescentes presentaban trastorno disocial. Por otro lado un estudio epidemiológico llevado a cabo en Taubaté Brasil, mostró que los trastorno de conducta alcanzan una prevalencia del 7% aproximadamente (Fleitlich-Bilyk y Goodman, 2004). Como ya se ha mencionado anteriormente, los motivos de la oscilación en los rangos de prevalencia están asociados a los instrumentos de evaluación, informantes, número de participantes y factores demográficos.

El trastorno disocial se presenta más en niños que en niñas. Aunque la prevalencia en mujeres se ha incrementado en el último tiempo (Ilomäki, Hakko, Ilomäki y Räsänen, 2012). En relación a la comorbilidad, presenta una alta comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante, trastorno de ansiedad, trastorno de déficit atencional e hiperactividad y depresión, entre otros (Angold, Costello, y Erkanli, 1999; Caron y Rutter, 1991; Lahey, Miller, Gordon, y Riley, 1999; Loeber y Keenan, 1994; Moffitt, Caspi, Rutter y Silva, 2001).

2.3.3 Conductas asociadas a la psicopatología.

Existen ciertas conductas asociadas a la psicopatología, entre las que destacan el retraimiento y la atipicidad. Dado que no configuran un trastorno en sí, en este trabajo sólo se definirán de manera general.

El retraimiento social o aislamiento se caracteriza por comportamientos solitarios en todos los contextos que se presentan a lo largo del tiempo (Rubin y Asendorpf, 1993; Rubin y Coplan, 2004). Es relevante señalar que a pesar de no considerarse esta conducta como un trastorno, este elemento se relaciona con todos los trastornos psicopatológicos. El retraimiento puede suponer una característica que involucra tanto el ámbito social como personal. En este sentido el retraimiento social juega un papel importante en la ausencia de habilidades adaptativas, lo que tiene un efecto directo en la presencia de la psicopatología (Torralbas-Ortega, Arias-Núñez, Puntí-Vidal, Naranjo-Díaz y Palomino-Escrivá, 2010).

De la misma forma la atipicidad se entiende como la tendencia a manifestar conductas inmaduras y extrañas que generalmente se relacionan con la sintomatología psicótica (Reynolds y Kamphaus, 2004). Por ejemplo, una conducta atípica pudiera considerarse el tener alucinaciones. No obstante es difícil percibir el efecto de este rasgo en el desajuste adolescente.

2.4 Factores asociados a la psicopatología

2.4.1 Discapacidad intelectual.

Es oportuno señalar que si se entiende el ciclo del desarrollo como un proceso continuo en el que las variaciones de esta continuidad pueden provocar la presencia de psicopatología, se comprenderá el por qué en la discapacidad intelectual se manifiestan

más trastornos de tipo psiquiátrico que en la población de desarrollo típico, ya que esta condición no presenta una pauta de desarrollo continua. En este sentido hay autores que señalan que el déficit en las habilidades cognitivas y adaptativas puede incrementar el riesgo de presentar trastornos psicopatológicos en niños con discapacidad intelectual (De Ruiter, Dekker, Verhulst y Koot, 2007; Einfeld et al., 2006; Emerson, 2003; Tremblay, Richer, Lachance y Côté, 2010). Asimismo el DSM-5 (APA, 2013) sugiere que la discapacidad intelectual presenta comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y depresión, entre otros. Ello supone que la discapacidad intelectual es una condición que se asocia fuertemente con la psicopatología por sus discontinuidades en el proceso del desarrollo.

Al referirse a la prevalencia de los trastornos de tipo externalizado se puede decir que el TDAH se asocia estrechamente con la discapacidad intelectual. Entre el 8,7% y el 16% de la población con discapacidad intelectual presenta TDAH (Dekker y Koot, 2003; Emerson, 2003; Stromme y Diseth, 2000). De la misma manera la discapacidad intelectual presenta una relación importante con el trastorno de la conducta disocial (Dykens, 2000, Emerson, 2003). Del mismo modo se ha encontrado una relación significativa entre las conductas agresivas y la discapacidad intelectual, principalmente en población adulta (Crocker et al., 2006)

En relación a los trastornos de tipo internalizado y la discapacidad intelectual, diferentes estudios plantean que los trastornos generalizados del desarrollo (autismo) y la discapacidad intelectual evidencian altos niveles de comorbilidad con la ansiedad (Brereton, Tonge y Einfeld, 2006; Dykens y Kasari, 1997; Emerson, 2003; Lakhan, 2013). En lo que respecta a la depresión no se observa un consenso claro, ya que hay algunos trabajos que señalan que en la condición de discapacidad intelectual se incrementa el riesgo de presentar depresión (Dekker y Koot, 2003). En contraposición otros autores postulan que la depresión puede ocurrir con menos frecuencia en los grupos con discapacidad intelectual, porque la depresión gira en torno a los síntomas relacionados con el pensamiento. En esta línea, la depresión puede ser considerada un trastorno que es de mayor nivel de desarrollo (Glick, 1998). Esta divergencia teórica puede estar relacionada con la manifestación de la depresión en la discapacidad intelectual, puesto que la sintomatología puede presentarse de diferentes formas en esta población (Smiley y Cooper, 2003). Algo parecido sucede con la somatización; las investigaciones muestran resultados contradictorios. Un estudio que evaluaba la

psicopatología en la discapacidad intelectual encontró que las personas pertenecientes a la condición de discapacidad intelectual puntuaban alto en todas las psicopatologías excepto para la escala de somatización, en la que obtuvieron puntuaciones más bajas que la población de desarrollo típico (Perez y Garaigordobil, 2007). Por el contrario Kuwabara et al. (2007) encontraron que los síntomas somáticos presentaban comorbilidad con el déficit cognitivo. Estas diferencias en las investigaciones pueden estar relacionadas, al igual que la depresión, con el mecanismo de manifestación de los síntomas en la discapacidad intelectual. Es importante mencionar que existe escasez de estudios que evalúen la comorbilidad entre la somatización y la discapacidad intelectual. Además es relevante indicar que la discapacidad intelectual también se relaciona con conductas que predisponen a la psicopatología, como lo son el retraimiento y la atipicidad; principalmente estas conductas se relacionan con el autismo (Bradley, Summers, Wood y Bryson, 2004).

2.4.2 Cultura.

La cultura es el medio por el cual se traspasan las creencias, las actitudes y las normas morales de una sociedad (Rogoff, 1990; Rogoff, Mistry, Concu y Mossier, 1993; Weisner, 1996). En este sentido es importante considerar que un estudio integral del desarrollo de los adolescentes consiste en el examen de un contexto más amplio en el que se produce este desarrollo, como lo es la cultura (Kendall, Hedtke y Aschenbrand, 2006) A pesar de la importancia del contexto son escasos los estudios que abordan la cultura y su relación con la psicopatología.

Compton, Nelson y March (2000) realizaron una investigación acerca de las diferencias culturales en la ansiedad. Los resultados sugirieron que los jóvenes afroamericanos están más predispuestos a mostrar síntomas de ansiedad generalizada y los jóvenes caucásicos son más propensos a mostrar síntomas de fobia social (Weems, Hayward, Killen y Taylor, 2002). En América Latina, específicamente en Chile, la ansiedad presenta una alta prevalencia (Vicente et al., 2012). Por otro lado autores indican que las etnias africanas, asiáticas e hispana manifiestan mayor sintomatología depresiva que los adolescentes norteamericanos (Rushton, Forcier y Schectman, 2002). En Sudamérica existe escasa información acerca de los niveles de prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Un estudio realizado en Chile con 700 adolescentes encontró que el 32% de los participantes presentaron sintomatología depresiva (Cova,

Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela, 2007). Esta cifra es bastante superior a la encontrada por Aláez et al. (2000) en España, donde el 14,6% de la población estudiada presentaba sintomatología y trastornos depresivos. Un estudio realizado en Colombia en 2004 encontró que aproximadamente el 10% de los niños cuyas edades oscilaban entre los 8 y 11 años edad manifestaban sintomatología depresiva (Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos, 2004). Con respecto a la somatización en América Latina hay mayores niveles de somatización en comparación con la población europea (Fullerton, Florenzano y Acuña, 2000; Gureje, Simon, Ustun y Goldberg, 1997). Esto es contrario a lo encontrado en España por Romero-Acosta, Penelo, Noorian, Ferreira y Doménech-Llaberia (2013). Estas autoras realizaron una comparación entre adolescentes españoles pertenecientes a la comunidad autónoma de Catalunya e inmigrantes latinoamericanos; los resultados de este trabajo indican que no se encontraron diferencias en relación a los síntomas somáticos entre estas dos poblaciones. No obstante hay que tener presente que es posible que el grupo de inmigrantes latinos haya experimentado el proceso de aculturación, entendiéndose la aculturación como *“los fenómenos que resultan de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos que tienen culturas diferentes, con los subsecuentes cambios en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos”* (Redfield, Linton y Herskovits, 1936).

En relación a los trastornos de tipo externalizado, ya Freud en 1930 (citado en González y Carrasco, 2006) sugiere que la agresión se origina de las tendencias instintivas, internalizadas por efecto de la cultura y del proceso de socialización. En otras palabras, en una cultura donde se validan más los comportamientos disruptivos, la agresividad va a sufrir un proceso de “normalización”, por lo que se van a presentar mayores conductas agresivas. En este sentido un trabajo llevado a cabo por Morgan, Staff, Hillemeier, Farkas y Maczuga (2013) sobre el TDAH encontró que los niños de las minorías étnicas afroamericana, hispana y otras tenían menos probabilidades de recibir un diagnóstico de TDAH que los niños norteamericanos. Estos autores señalan que entre los factores de riesgo que predisponían a presentar un diagnóstico de TDAH se encontraba la avanzada edad materna, ser criado en un hogar donde predominara el idioma inglés y tener comportamientos externalizados. Mientras que dentro de los elementos que favorecían la disminución del diagnóstico de TDAH se encontraban la participación en actividades que estimularan el aprendizaje. Además, el no tener seguro de salud también influía en una tasa menor de diagnóstico, por lo que no tener seguro médico se relaciona con un

número menor de diagnósticos y menos utilización de fármacos; por consiguiente pudiera ser que el trastorno en sí estuviera infravalorado en las minorías étnicas por la falta de recursos económicos de estos grupos. Por otra parte Carrasco et al. (2012) realizaron una primera aproximación en relación al TDAH en una población étnica en Chile y encontraron que en la minoría étnica de Aymara predominaba más el subtipo de TDAH inatento en comparación con el subtipo combinado que predomina en la capital de Chile. Estos autores también encontraron que este grupo étnico presentaba menos comorbilidad con otros trastornos. Además sugieren que el entorno rural pudiera ser un factor protector, así como también las relaciones familiares y tener presente una figura de autoridad estable. En cuanto al trastorno disocial un estudio con población afroamericana encontró que los niños y adolescentes que se encontraban en riesgo social presentaban mayor tendencia a tener trastorno de conducta. Además el trastorno se podía presentar entre los hermanos; esto quiero decir que si un hijo manifestaba sintomatología disocial, aumentaba la posibilidad de que el hermano también mostrara síntomas de este trastorno (Brody et al., 2003).

Un punto importante que hay que mencionar es que la mayoría de las investigaciones que realizan comparaciones culturales lo hacen con minorías étnicas dentro de un mismo país. Esto supone una dificultad para evaluar el efecto de la cultura en los trastornos

2.4.3 Nivel socioeconómico.

Ya en el apartado de los estilos de crianza se visualiza la importancia del nivel social para un adecuado desarrollo. Son los niveles socioeconómicos más bajos los que se relacionan con un mal ajuste psicológico y mayor psicopatología. En este sentido algunos estudios refieren que la ansiedad se encuentra asociada a niveles socioeconómicos bajos (Horwath y Weissman, 1995; Pine et al. 1998). De la misma forma Lemstra et al. (2008) encontraron que los niveles socioeconómicos más bajos se asociaban significativamente con la ansiedad. Por otro lado el nivel socioeconómico también tiene efectos sobre la sintomatología depresiva. Diferentes autores concuerdan que los niveles socioeconómicos bajos tienen relación con la depresión (Bird et al., 1988; Costello et al., 1996; Mantilla et al., 2004). No obstante pudiera ser que el nivel socioeconómico tuviera un efecto sobre algunos factores como el estrés crónico producto de las dificultades económicas o la exposición a eventos vitales estresantes

asociados a situaciones ambientales adversas. Todos estos elementos son predictores directos de la depresión, por lo que el nivel socioeconómico en ocasiones podría tener una influencia indirecta (Rudolph et al., 2006). Del mismo modo los síntomas somáticos se asocian estrechamente con los niveles socioeconómicos bajos y una menor educación (Neeleman, Ormel y Bijl, 2001). Por último, el retraimiento social se relaciona al igual que la psicopatología con el status social bajo (Coronel, Levin y Mejail, 2011).

Habría que destacar también que las dificultades socioeconómicas pueden generar sentimientos de incapacidad parental, ya que los padres al no poder acceder a los recursos básicos se sienten frustrados, lo que puede desencadenar conductas agresivas hacia los niños y/o adolescentes. Por lo tanto en la mayoría de los casos el nivel socioeconómico que se asocia con las conductas agresivas es el status económico bajo (Nagin y Tremblay, 2001). Vitaro, Barker, Boivin, Brendgen y Tremblay (2006) encontraron que existía una asociación negativa entre el status socioeconómico y la agresividad, lo que sugiere que cuanto más bajo sea el nivel socioeconómico más aumentará la agresividad en el niño. En esta línea hay autores que sugieren que a menor educación de los padres mayor será la agresividad que presenten los hijos (Côte, Vaillancourt, LeBlanc, Nagin y Tremblay, 2006).

Con respecto al TDAH, este trastorno se asocia con el nivel socioeconómico bajo (Biederman et al., 1995; Kvist, Nielsen y Simonsen, 2013; Montiel-Navas et al., 2002). Algunos autores sugieren que el TDAH y el nivel socioeconómico presentan una relación bidireccional; esto quiere decir que si bien el nivel socioeconómico puede ser un factor de riesgo para la manifestación del TDAH, el TDAH puede propiciar que las familias mantengan un nivel socioeconómico bajo (Kvist et al., 2013). En esta misma línea un estudio que evaluaba los factores de riesgo que influían en la manifestación del trastorno de conducta encontró que los niños que se encontraban expuestos a vivir en barrios más pobres presentaban mayor riesgo de presentar trastorno de la conducta. Además este mismo estudio encontró que el nivel socioeconómico se asociaba significativamente con los estilos de crianza negativos (Schonberg y Shaw, 2007). Las desventajas socioeconómicas se asocian directamente con la manifestación de psicopatología y con un pobre ajuste social (Assis, Avanci y Oliveira, 2009). Son tan importantes las variables socioeconómicas que incluso en países en donde la calidad de vida es alta, la presencia de status socioeconómicos bajos afecta la promoción de la salud (Perna, Bolte, Mayrhofer, Spies, y Mielck, 2010).

2.4.4 Estilos de crianza.

Como ya se ha expuesto en el apartado de estilos parentales, las prácticas de crianza guardan una estrecha relación con la presencia de psicopatología. Esta relación se evidencia cuando se utilizan estilos de crianzas inadecuados. Desde esta perspectiva las investigaciones apoyan el papel integral de la familia, principalmente el papel de la crianza.

En relación a la ansiedad los resultados de estos estudios sugieren que los padres de niños ansiosos tienden a ser excesivamente controladores e intrusivos y sobreprotectores, por lo que permiten menos autonomía psicológica en comparación con los padres de niños sin ansiedad (Dumas y LaFreniere, 1993; Hudson y Rapee, 2001; Last y Strauss, 1990; Whaley, Pinto, y Sigman, 1999; Waters, Zimmer-Gembeck y Farrell, 2012). Del mismo modo, un mayor rechazo y crítica parental se asocian con mayores niveles de ansiedad (Dumas, La Freniere y Serketich, 1995; Hibbs et al., 1991; Hibbs, Hamburguer, Kruesi y Lenane, 1993). Una investigación más reciente realizada en España encontró que la sobreprotección se relacionaba con la fobia social y la ansiedad por separación en niñas, mientras que en niños la sobreprotección se asociaba con la ansiedad generalizada (Monguillot, 2012). Se debe agregar además que las familias de los niños ansiosos son más conflictivas, menos cohesionadas y manifiestan escasas habilidades de resolución de problemas (Ginsburg, Silverman y Kurtines, 1995; Starck, Humphrey, Crook y Lewis, 1990). En lo que respecta a la depresión, Muris et al. (2003) y Sheeber y Sorenson (1998) indican que los padres que manifiestan bajo calor emocional, menor apoyo y mayor sobreprotección predisponen a los hijos a presentar sintomatología depresiva. Del mismo modo los padres que refieren un mayor nivel de crítica y una menor implicación emocional estarían propiciando la sintomatología depresiva en sus hijos (Asarnow, Tompson, Hamilton, Goldstein y Guthrie, 1994). Algo similar sucede en la somatización, dado que el estilo de crianza que presenta mayor correlación con la somatización es la sobreprotección (Serra, Jané y Bonillo 2013). Las somatizaciones ocurren cuando las madres son muy sobreprotectoras (Fisher y Chalder, 2003; Mullick, 2002; Wynick, Hobson y Jones, 1997). Un estudio que examinaba la contribución de la sobreprotección parental al desarrollo de la psicopatología encontró que la sobreprotección tiene un efecto directo en la manifestación y el desarrollo de los síntomas somáticos (Janssens, Oldehinkel y Rosmalen, 2009).

Al hablar de la agresión se puede decir que el modelo centrado en los hábitos de crianza propone que existen varias variables que guardan relación con los estilos de crianza que pueden promover la aparición de las conductas agresivas. Entre éstas, es importante mencionar las siguientes: el rechazo de los padres (principalmente de la madre), la falta de apoyo o las relaciones afectivas pobres (Hanson, Henggeler, Haefele y Rodick, 1984), el uso de estrategias punitivas en el control de la conducta del niño (Olweus, 1980; Eron y Huesmann, 1984; Gershoff, 2002), es decir los estilos de crianza más autoritarios y controladores tienen un efecto directo en la agresión (Russell, Hart, Robinson y Olsen, 2003), la falta de supervisión y la inconsistencia (Paschall, Ringwalt, y Flewelling, 2003; Patterson y Stouthamer-Loeber, 1984) y una comunicación deficiente (O'Connor, 2002). Asimismo Baumrind (1967) señala que los padres que utilizan estilos de crianza autoritarios y permisivos están fomentando la presencia de conductas agresivas en los niños y los adolescentes. Algo similar sucede con el TDAH, ya que los estilos más autoritarios se asocian con la hiperactividad (Gau y Chang, 2013). Gau (2007) encontró que las madres de hijos con TDAH presentaban mayor estrés y percibían menos apoyo de sus familias. Además manifestaban mayor sobreprotección y demostraban menos cariño a sus hijos en comparación con madres de hijos sin TDAH. En este sentido otros autores han indicado que los estilos de crianza sin disciplina y rechazo se asocian con mayores síntomas de TDAH (Ellis y Nigg, 2009; Fanti y Henrich, 2010; Lifford, Harold y Thapar, 2008). Por el contrario, los estilos de crianza que presenten calor y afecto reducirán la manifestación de hiperactividad e inatención (Schachar, Taylor, Wieselberg, Thorley, y Rutter, 1987). Por otro lado Steinberg et al. (2006) en su estudio con jóvenes infractores de la ley señalan que un estilo de crianza deficiente es un factor de riesgo importante para la aparición de conductas delictivas en los jóvenes. Así mismo, los estilos de crianza coercitivos propician la presencia de trastorno de la conducta (Brody et al., 2003; Morrel y Murray, 2003). La falta de afecto también correlaciona positivamente con la manifestación de este trastorno (Vandewater y Lansford, 2005).

Para finalizar, en este apartado se han tratado diversos conceptos. En relación a la discapacidad intelectual se puede decir que ha tenido una evolución favorable a través del tiempo, pasando de una visión centrada en la enfermedad a una mirada que aborda las potencialidades de las personas que presentan esta condición y busca la integración global más allá de la discapacidad. Por otro lado también se ha visto la condición

cromosómica del síndrome de Down. En lo referente a esta condición se ha abordado cómo han disminuido los nacimientos en los países en que están permitidas las interrupciones voluntarias del embarazo; además se ha realizado una breve revisión de las patologías físicas más comunes asociadas a este síndrome.

En cuanto a los estilos de crianza, se han revisado los principales modelos teóricos que tratan los estilos parentales. Asimismo se ha puesto de manifiesto cómo la cultura y el nivel socioeconómico guardan una estrecha relación con la utilización de un estilo u otro por parte de los padres. De igual manera ha quedado expuesto cómo los estilos de crianza se modifican cuando está presente la condición de discapacidad intelectual en unos de los hijos. También se ha visualizado que los estilos de crianza desfavorables propician la presencia de psicopatología en niños y adolescentes.

Por último se han revisado de manera general los trastornos de tipo internalizado y externalizado, además de algunas conductas que se encuentran asociadas a psicopatología. En este capítulo se ha expuesto la importancia de la cultura, el nivel socioeconómico, los estilos de crianza y la discapacidad en la presencia de la psicopatología. Los estudios han evidenciado que el nivel socioeconómico bajo, los estilos de crianza desfavorables y la discapacidad intelectual tienen una relación importante con la psicopatología infanto juvenil.

3. Objetivos e Hipótesis

Para este estudio se han planteado cuatro objetivos; estos objetivos se trazaron después de realizar una revisión bibliográfica y conocer las necesidades que tienen las instituciones de educación especial y las familias de conocer el papel que desempeñan las pautas educativas parentales en las conductas de los hijos.

3.1 Objetivo general

Evaluar los estilos de crianza y la psicopatología en diferentes grupos de niños y adolescentes (población clínica con discapacidad intelectual y población sin dicha discapacidad), contextos culturales y niveles socioeconómicos.

Para la consecución de este objetivo se han especificado cuatro objetivos específicos.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar si existen diferencias culturales entre Chile y España en relación a los estilos de crianza y a la psicopatología infanto-juvenil.
- 2) Determinar si el nivel socioeconómico guarda relación con los estilos de crianza y la psicopatología infantil.
- 3) Valorar la asociación entre los estilos de crianza y el grupo.
- 4) Valorar si los estilos de crianza y el grupo tienen relación con la psicopatología infanto-juvenil.

3.3 Hipótesis

H₁ Esperamos que existan diferencias culturales en relación a los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil. En cuanto a los estilos de crianza, se cree que en Chile se presenta en mayor medida la sobreprotección y el favoritismo en comparación con España. Si bien no existen antecedentes previos de comparación entre Chile y España, en Argentina se realizó un estudio que evaluaba la influencia de la cultura en los estilos parentales en contexto de vulnerabilidad social y se encontró que las madres argentinas eran más negligentes y permisivas que las madres españolas (Richaud et al., 2013)

Con respecto a la psicopatología se espera que en Chile se presente mayor sintomatología externalizada e internalizada en comparación con España. Esta hipótesis se basa en los estudios de prevalencia realizados en Chile, que sugieren que ha habido un aumento de los trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil de este país en comparación con otros países. (De la Barra, Toledo y Rodríguez, 2004; De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán, 2012).

H₂: Se espera que el nivel socioeconómico más bajo propicie la presencia de estilos de crianza menos favorables y mayor tendencia a la psicopatología. Como ya se ha comentado en el marco teórico los niveles socioeconómicos más bajos se asocian con estilos de crianza más desfavorables (Oliva et al., 2008; Melis et al., 2001; Richaud et al., 2013). Asimismo los estratos económicos más bajos se relacionan con mayor presencia de psicopatología infanto-juvenil (Van Oort et al., 2011).

H₃: Se espera que la discapacidad intelectual de etiología desconocida y el síndrome de Down se asocien a mayores niveles de sobreprotección en comparación con los niños y adolescentes de desarrollo típico (Gau et al., 2008).

H₄ Se espera que presentar estilos de crianza menos favorables se asocie a mayores manifestaciones de conductas psicopatológicas (Muris et al., 2003; Raya et al., 2009; Steinberg et al., 2006). De igual manera, se hipotetiza que las condiciones de síndrome de Down y discapacidad intelectual de etiología desconocida se asocian con la presencia de psicopatología (Emerson, 2003).

4. Método

4.1 Participantes

La muestra de esta investigación se ha conformado en dos países: Chile y España. Entre ambos países se recogieron los datos de 236 padres. En cada uno de los países se han constituidos tres grupos: un grupo sin discapacidad, otro grupo con discapacidad intelectual de etiología desconocida y un grupo con la condición de síndrome de Down. Es importante señalar que los datos fueron cumplimentados por los padres y/o cuidadores de los niños y adolescentes cuyas edades oscilaban entre los 8 y 14 años de edad. En 193 (83.1%) casos los cuestionarios fueron completados por la madre, en tanto 23 (9.7%) casos fueron los padres quienes rellenaron los formularios, y por último se contaron con los datos de 17 (7,2%) tutores/cuidadores.

Resulta oportuno decir que en Chile la recogida de datos se realizó en diferentes ciudades del país (Antofagasta, Calama, Viña del Mar, Santiago y Constitución), mientras que en España la muestra estuvo conformada por participantes pertenecientes a la comunidad autónoma de Catalunya (Barcelona, Girona y Lleida) La Tabla 1 muestra los centros que participaron en la investigación tanto en Chile como en España.

Tabla 1. Instituciones que participaron en la investigación (y número de participantes de cada institución)

| País | Centro de educación especial | Fundaciones y asociaciones | Centro de educación ordinaria |
|--------|---|--|---|
| Chile | Centro de educación especial Sol de la reina (Santiago) (20) | Fundación Complementa (Santiago) (20) | Colegio de educación básica D-126 Kamac-Mayu (Calama) (14) |
| | Centro de educación especial Los laureles (Santiago) (20) | Asociación de padres Aparid (Viña del Mar) (10) | Colegio de educación básica D-45 Emilio Sotomayor (Calama)(9) |
| | Centro de educación especial María Fresia Hormazabal (Constitución)(11) | Asociación de padres Color Esperanza (Antofagasta) (8) | Colegio de educación básica Puerto Rico (Santiago) (6) |
| España | Centro de educación especial Francesc Bellapart(BCN- Sabadell) (3) | Fundación Catalana de síndrome de Down (BCN) (20) | Colegio de educación básica Rocío de los Ángeles (Santiago) (16) Instituto Mediterranea (BCN-Castelldefells) (24) |
| | Centro de educación especial Sants Innocents (BCN) (3) | Asociación de padres ANDI (BCN- Sabadell) (2) | Centro de educación infantil y primaria Joanot Alisanda (BCN-Sabadell) (2) |
| | Centro de educación especial Taiga (BCN) (1) | Asociación de padres Down Girona (Girona) (8) | Centro de educación infantil y primaria Claret (BCN-Sabadell) (8) |
| | Centro de educación especial Aspasim (BCN) (4) | Asociación de padres Down- Lleida (Lleida) (7) | |
| | Centro de educación especial Nuestra señora de Montserrat (BCN) (3) | | |
| | Centro de educación especial Xaloc (BCN-Sabadell) (6) Centro de educación especial Lexia (BCN) (9) | | |

Como se dijo anteriormente, en cada país se conformaron tres grupos. En Chile el grupo sin discapacidad estuvo compuesto por 45 participantes, los cuales se dividían en 26 varones y 19 mujeres; asimismo el grupo de participantes con la condición de síndrome de Down fue conformado por 45 participantes, 32 chicos y 13 chicas; y por último el grupo de participantes que presentaban la condición de discapacidad intelectual de

etiología desconocida se encontró compuesto por 44 participantes, 25 varones y 19 mujeres. En relación a España se observó una disminución en el número de participantes en cada grupo, debido principalmente a que las instituciones se mostraron más reticentes a participar en el estudio. En España el grupo sin discapacidad fue compuesto por 34 participantes, 20 participantes masculinos y 14 participantes femeninos; el grupo de participantes que manifiestan la condición de síndrome de Down fue conformado por 36 participantes 17 varones y 19 mujeres; y por último el grupo que tiene la condición de discapacidad intelectual de etiología desconocida estuvo constituido por 32 participantes, 17 chicos y 15 chicas. Con respecto a la distribución sociodemográfica, la Tabla 2 presenta las variables sociodemográficas de la muestra total y los detalles de cada grupo pueden consultarse en el anexo 1.

Tabla 2. Descripción sociodemográfica de la muestra (N = 236)

| | | |
|--|--------------------------|--------------|
| Edad de los participantes (<i>M</i> ; <i>DE</i>) | | 11,67 (1,90) |
| Sexo de los participantes (%) | Femenino | 99 (41,9%) |
| | Masculino | 137 (58,1%) |
| País (%) | Chile | 134 (56,8%) |
| | España | 102 (43,2%) |
| Grupo (%) | Sin discapacidad | 79 (33,5%) |
| | Discapacidad intelectual | 76 (32,2%) |
| | Síndrome de Down | 81 (34,3%) |
| Escolaridad (%) | Ordinaria | 127 (53,8%) |
| | Especial | 100 (42,4%) |
| | Ambas | 9 (3,8%) |
| Nivel de comunicación (%) | Verbal | 145 (92,4%) |
| | No verbal | 12 (7,6%) |
| Nivel de autonomía (%) | Independiente | 109 (69,4%) |
| | Semi- independiente | 40 (25,5%) |
| | Dependiente | 8 (5,1%) |
| Situación conyugal de los padres (%) | Casado | 153 (68,9%) |
| | Divorciado/ Separado | 34 (15,3%) |
| | Pareja | 23 (10,4%) |
| | Soltero/a | 8 (3,6%) |
| | Viudo | 4 (1,8%) |
| Residencia (%) | Familia | 224 (94,9%) |
| | Centro | 12 (5,1) |
| Nacionalidad del padre (%) | Chilena | 121 (55,3%) |
| | Española | 85 (38,8%) |
| | Otras | 13 (5,9%) |
| Nacionalidad de la madre (%) | Chilena | 122 (55,7%) |
| | Española | 86 (39,3%) |
| | Otras | 11 (5,0%) |
| Educación del padre (%) | Diploma/Universidad | 80 (38,1%) |
| | Secundaria | 88 (41,9%) |
| | Primaria | 42 (20%) |
| Educación de la madre (%) | Diploma/Universidad | 92 (41,4%) |
| | Secundaria | 88 (39,6) |
| | Primaria | 42 (18,9%) |
| Nivel socioeconómico (%) | Alto-medio alto | 62 (26,3%) |
| | Medio | 43 (18,2%) |
| | Bajo-medio bajo | 110 (46,6%) |
| | NS/NC/en residencia | 21 (8,9%) |

4.2 Procedimiento

Dado que para esta investigación se han recogidos datos en Chile y España, la recolección de información se ha realizado en dos etapas: en la primera etapa se han recabado los datos referentes a Chile entre mayo del 2011 y junio del 2012, mientras que en la segunda etapa se han recogidos los datos en España entre noviembre del 2012 y junio del 2013.

Tanto en Chile como en España se realizó el primer contacto con las diferentes instituciones vía telefónica y/o por medio del correo electrónico. Como se dijo en el apartado de participantes, en Chile la recogida de datos abarcó cinco ciudades del país, mientras que la recolección de los datos en España se realizó en Catalunya, específicamente en tres ciudades. Tanto en Chile como en España, posteriormente al primer contacto, se concertaba una reunión con las instituciones interesadas, en la que se explicaba en qué consistía el estudio y se les enseñaba el consentimiento informado que debían firmar los padres (en el anexo 2 se presenta este documento) y la batería de pruebas (véase el siguiente apartado de instrumentos). Las instituciones que aceptaban participar en el proyecto recibían una batería de prueba por participante. Esta decisión se acordó posterior a que varios establecimientos explicitaran la poca viabilidad que suponía una batería de evaluación por cada uno de los padres, ya que ellos mismos referirían que en la mayoría de los casos la madre era quien se mostraba más dispuesta a participar en este tipo de actividades. Además otro factor que influyó en esta decisión es que en Chile en la mayoría de los casos la doctoranda aplicó los cuestionarios y las madres eran quienes más acudían a las instituciones educativas. No obstante en algunos casos los cuestionarios se entregaban en la institución para ser enviados a los domicilios de los participantes; cuando eran devueltos por los padres eran recogidos por la doctoranda en la misma institución. En Chile con algunos participantes se aplicaron los instrumentos en los domicilios de las familias por la misma doctoranda, debido a que las familias se mostraban interesadas en participar en la investigación, pero acudir a la institución educativa presentaba una dificultad por temas de tiempo, por lo que se acordó con las familias asistir a los domicilios, explicarles de qué trataba el estudio y apoyarles en la cumplimentación de los cuestionarios.

En España los instrumentos de evaluación eran entregados a las instituciones para ser entregados a las familias. Posteriormente se recogían por la doctoranda en el mismo establecimiento. En algunos casos las instituciones enviaron los cuestionarios

cumplimentados al domicilio de la doctoranda mediante correo postal. En este país la doctoranda no aplicó los cuestionarios por sí misma como en Chile, dado que las instituciones insistieron en que este procedimiento era poco común y además suponía invadir en cierta medida la privacidad de la institución y de los padres, por lo que la manera más viable de hacerlo era enviando los instrumentos de evaluación a los domicilios mediante la institución educativa

4.3 Instrumentos

Cuestionario de antecedentes familiares: Este cuestionario fue creado *ad hoc* para la presente investigación y entre los datos que se recogen se encuentran la fecha nacimiento, el sexo y el nivel educativo de cada participante. En lo que se refiere a la discapacidad intelectual se solicita información en relación al grado de discapacidad, el cociente intelectual, el nivel de comunicación y el grado de autonomía. Con respecto a los progenitores se recopilan antecedentes que guardan relación con el estado conyugal y nacionalidad de ambos progenitores, mientras que para obtener el nivel socioeconómico (NSE) de la familia se ha incluido en el mismo formulario la valoración del status socioeconómico de Hollingshead (Hollingshead, 1975), se ha utilizado la medida que recoge tanto el nivel educacional como el nivel profesional del padre y la madre. Pueden consultarse estos formularios en los anexos 3 y 4.

Egna Minnen Beträffande Uppfostran EMBU-P: El instrumento que se ha utilizado para evaluar los estilos educativos de los progenitores es el EMBU-P de 52 ítems, versión creada y validada en población española por Castro et al. (Castro, de Pablo, Gómez, Arrindell, y Toro, 1997). Este cuestionario se ha basado en la versión original sueca del EMBU de adultos (Perris et al., 1980). Este inventario tiene cuatro escalas que miden calor emocional, rechazo, sobreprotección y favoritismo. La escala de calor emocional se encuentra conformada por 17 ítems, que evalúan la aceptación parental y la demostración de afecto tanto física como verbal. En contraposición la escala de rechazo está compuesta por 13 ítems, que miden la hostilidad parental tanto física como verbal. Por otro lado la escala de sobreprotección está constituida por 19 ítems que exploran la implicación de los padres en la actividad de los hijos y los intentos de control que manifiestan los padres con sus hijos. Por último la escala de favoritismo se encuentra conformada por 3 ítems y esta escala valora la preferencia que presentan los padres por los hijos en comparación con los hermanos.

Con respecto al formato de respuesta, cada ítem se contesta en una escala tipo Likert cuyas puntuaciones van de 1 (*nunca*) a 4 (*siempre*). Las puntuaciones de cada escala se obtienen por la suma de los ítems que la conforman, previa recodificación de los ítems inversos. Una puntuación más alta en cada una de las escalas indica mayor presencia del constructo evaluado. Teniendo en cuenta lo planteado por Graham (2009) para datos faltantes, cuando la persona había respondido al menos a dos tercios de los ítems de la escala se procedió a la imputación de la media de los ítems de la escala para aquellos ítems sin respuesta.

Los valores de consistencia interna hallados por Castro et al. (1997) para las cuatro escalas fueron los siguientes: Calor emocional 0,84, rechazo 0,75, sobreprotección 0,76 y favoritismo 0,66. En un estudio más reciente realizado con muestra clínica española, Penelo (2009) encontró que para calor emocional el alfa de Cronbach es de 0,84; rechazo 0,76; sobreprotección 0,71 y favoritismo 0,59. En la presente investigación para evaluar la consistencia interna también se ha calculado en alfa de Cronbach de cada escala: para calor emocional es de 0,77; rechazo 0,71; sobreprotección 0,74 y favoritismo 0,76. Tanto para calor emocional como para rechazo y sobreprotección los valores de consistencia interna son similares a los hallados en los dos trabajos antes mencionados (Castro et al., 1997; Penelo, 2009). No obstante en este estudio la consistencia interna para la escala de favoritismo ha sido más elevada.

Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC): Este instrumento fue creado por Reynolds y Kamphaus (1992). Para este estudio se ha utilizado la adaptación al español de Reynolds y Kamphaus (2004). Este test evalúa una amplia gama de conductas patológicas y habilidades adaptativas. Entre los aspectos clínicos se encuentran la ansiedad, problemas de atención, hiperactividad, agresividad, retraimiento, atipicidad, depresión, problemas de conducta y somatización. Para evaluar las habilidades adaptativas, este inventario también cuenta con tres escalas más, adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo.

Creemos oportuno ofrecer brevemente la descripción de los constructos que componen el perfil clínico y también los constructos que conforman el área adaptativa.

Perfil clínico

- *Agresividad*: tendencia a actuar de manera hostil (verbal o físicamente) y amenazar a otros.
- *Ansiedad*: tendencia a estar nervioso, asustado y preocupado por problemas reales o imaginarios.
- *Atipicidad*: tendencia a comportarse de manera inmadura, ‘extraña’. Se asocia comúnmente con psicosis (por ejemplo, alucinaciones visuales o auditivas).
- *Depresión*: sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden resultar en la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas (síntomas neurovegetativos o pensamientos suicidas).
- *Hiperactividad*: tendencia a ser excesivamente activo, ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades. Actuar sin pensar.
- *Problemas de atención*: tendencia a distraerse fácilmente, incapacidad para concentrarse durante un periodo prolongado.
- *Problemas de conducta*: tendencia a un comportamiento antisocial, que rompe con las reglas, incluyendo destruir propiedades.
- *Retraimiento*: tendencia a eludir a otros y evitar el contacto social.
- *Somatización*: tendencia a ser demasiado sensible y quejarse de incomodidades y problemas físicos menores.

Perfil adaptativo

- *Adaptabilidad*: capacidad para adaptarse a cambios ambientales.
- *Habilidades sociales*: habilidades necesarias para interactuar eficazmente con compañeros y adultos en el hogar, la escuela y la comunidad.
- *Liderazgo*: destreza asociada con lograr metas académicas, sociales o comunitarias, incluyendo la capacidad de trabajar bien con los demás.

Por otra parte esta prueba tiene diferentes formatos para la recogida de información; en este trabajo se ha utilizado el cuestionario para progenitores, el cual se divide en tres niveles según la edad del hijo (nivel 1: 3 a 5 años; nivel 2: 6 a 11 años; y nivel 3: 12 a 18 años), por lo que en este estudio se han utilizado los niveles 2 y 3. El nivel 2 consta de 134 ítems, mientras que el nivel 3 consta de 123 ítems. Para cada ítem en ambos niveles se presentan cuatro alternativas de respuestas: A si la conducta no ocurre nunca, B si la conducta se presenta algunas veces; C si la conducta ocurre frecuentemente y D

si la conducta ocurre siempre. Las puntuaciones obtenidas son transformadas en puntuaciones T, a partir de los datos normativos de la editorial TEA (Reynolds y Kamphaus, 2004). Es importante señalar que la corrección del instrumento permite un máximo de dos valores faltantes por escala, por lo que la imputación de la media de los ítems de la escala se realizaba cuando la persona sólo dejaba sin responder uno o dos ítems.

En relación a las escalas clínicas, los puntajes T entre 40 y 60 se consideran normales, por encima de 60 en riesgo y a partir de 70 clínicamente significativas. Por el contrario en las escalas adaptativas, un valor por encima de 70 se considera como un muy alto nivel de habilidades adaptativas, por encima de 60 alto nivel de habilidades adaptativas, de 40 a 60 normal, por debajo de 40 en riesgo y por debajo de 30 clínicamente significativo.

Además todas estas escalas pueden ser resumidas en cuatro dimensiones más generales: a) índice de síntomas comportamentales (ISC), que se encuentra conformado por las escalas de agresividad, hiperactividad, problemas de atención, atipicidad, ansiedad, depresión; y b) tres dimensiones globales que se conforman por: i) trastornos de conductas externalizada, que incluye las escalas de agresividad, hiperactividad y problemas conducta; ii) dimensión internalizada, que incluye las escalas de ansiedad, depresión y somatización; iii) y por último la dimensión de habilidades adaptativas, que abarca las escalas de adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo. Para la presente investigación se han considerado todas las escalas, tanto las clínicas como las adaptativas, además de las dimensiones globales del BASC-P.

En relación a la consistencia interna del BASC-P, el alfa de Cronbach de las escalas, ISC y dimensiones globales oscila entre 0,70 y 0,90 (Reynolds y Kamphaus 2004). En este trabajo se analizó la consistencia interna de las escalas clínicas/ adaptativas y las dimensiones globales de ambos niveles. Se encontró que el valor del alfa de Cronbach de las escalas osciló entre 0,57 (retraimiento) y 0,89 (depresión), mientras que para el ISC y las dimensiones globales el alfa de Cronbach fluctuó en el rango de 0,86 (dimensión internalizada) y 0,96 (ISC). Para consultar la consistencia interna de todas las escalas y dimensiones globales de ambos niveles véase el anexo 5.

4.4 Análisis estadístico

Previo a los análisis estadístico se introdujeron los datos de cada participante en una base de datos de Microsoft Access con campos protegidos. A continuación se corrigieron los cuestionarios utilizados y se depuraron los datos, para su posterior análisis, todo ello con el programa SPSS 17.

Para identificar las diferencias culturales entre Chile y España en relación a los estilos de crianza y la psicopatología infantil (objetivo 1), se ha aplicado el procedimiento estadístico de comparación de medias con la prueba t de Student, siendo la variable independiente el país y las variables dependientes las puntuaciones de las escalas de los estilos de crianza del EMBU-P y las puntuaciones de las escalas y dimensiones del BASC-P. Por otra parte para determinar si el nivel socioeconómico guarda relación con los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil (objetivo 2) se ha utilizado el procedimiento de comparación de medias mediante ANOVA de un factor, siendo la variable independiente el nivel socioeconómico, variable que ha sido categorizada previamente en tres niveles (alto y medio-alto, medio, y bajo-medio y bajo), mientras que como variable dependiente se han tomado las puntuaciones de las escalas de los estilos de crianza y las escalas y dimensiones del BASC. En caso de hallar que el efecto del factor nivel socioeconómico es estadísticamente significativo, se han usado las pruebas de contrastes de Scheffé; se ha empleado esta prueba de contraste porque permite hacer comparaciones múltiples controlando el riesgo total. El mismo procedimiento se ha utilizado para valorar la relación entre cada una de las cuatro escalas de estilos de crianza del EMBU-P y la presencia de discapacidad intelectual (objetivo 3); ésta última, que constituye la variable independiente, consta de los tres niveles ya mencionados: discapacidad intelectual de etiología desconocida, síndrome de Down y sin discapacidad.

Por último, para valorar la relación entre los estilos de crianza, el grupo (discapacidad intelectual de etiología desconocida, síndrome de Down y sin discapacidad) y la psicopatología infanto-juvenil (objetivo 4) se ha empleado el modelo estadístico de regresión lineal múltiple, dado que las variables dependientes son de carácter cuantitativo. Las variables independientes o predictoras consideradas fueron los estilos de crianza y la presencia de discapacidad intelectual o de síndrome de Down; para esta última, dado que el grupo consta de tres niveles, se introdujeron dos variables ficticias, tomando como referencia el grupo sin discapacidad intelectual. Las variables

Crianza y psicopatología en discapacidad intelectual

dependientes o de respuesta fueron las puntuaciones de las escalas y dimensiones del BASC-P.

5. Resultados

Los resultados correspondientes a los objetivos 1, 2 y 3 se presentan de la siguiente manera: se interpretará primero la relación entre los estilos de crianza y la cultura. Posteriormente, y en relación al BASC-P, primero se abordarán las escalas clínicas de tipo internalizado, externalizado y otras escalas del perfil clínico, luego se abordan las escalas que conforman el perfil adaptativo y por último el ISC y las dimensiones globales.

5.1 Cultura y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil

La Tabla 3 muestra los resultados de la prueba t de Student para identificar si existen diferencias culturales entre Chile y España, en relación a las puntuaciones medias en las cuatro escalas del EMBU-P y a las puntuaciones medias de las escalas del BASC-P.

En relación a los estilos de crianza, tanto en la Tabla 3 como en la Figura 1, 2, 3 y 4, se puede observar que los participantes de Chile manifiestan mayor sobreprotección y mayor favoritismo en comparación con los participantes de España [Sobreprotección: diferencia de medias (DM) = 4,35, $p < ,001$; favoritismo: DM = 1,61, $p < ,001$].

Con respecto al BASC, en la misma Tabla 3 y las Figura 5, 6, 7, 8 y 9 se puede ver que en relación a los trastornos internalizados, las escalas de ansiedad, depresión y somatización muestran diferencias significativas entre ambos países. Es decir en Chile los participantes muestran mayores puntuaciones medias en las escalas internalizadas en comparación con los participantes de España (ansiedad: DM = 3,72, $p = ,019$; depresión: DM = 8,29, $p < ,001$; somatización: DM= 8,29, $p < ,001$). Algo similar sucede con las escalas externalizadas en donde los participantes de Chile presentaron mayores puntuaciones en las escalas de agresividad e hiperactividad en comparación con los participantes de España (Agresividad: DM = 5,43, $p = ,001$; hiperactividad: DM = 3,43, $p = ,038$). Además los participantes de Chile también mostraron mayores puntuaciones en las escalas de atipicidad y retraimiento en comparación con los participantes de España (atipicidad: DM = 5,34, $p = ,004$; retraimiento: DM = 3,37, $p = ,028$). En cuanto al índice de síntomas comportamentales y dimensiones globales del BASC, se observaron mayores puntuaciones en los participantes de Chile en el índice de síntomas comportamentales y las esferas que abarcan los trastornos de tipo

externalizados e internalizados (índice de síntomas comportamentales: $DM = 6,54$, $p < ,001$; dimensión de trastornos externalizados: $DM = 4,32$, $p = ,011$; dimensión trastornos internalizados: $DM = 9,12$, $p < ,001$).

Tabla 3. Comparación de medias entre Chile y España en relación a los estilos de crianza y a la psicopatología.

| Test | Escala | Chile | | España | | t (p) |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------------|------------------------|
| | | M | DE | M | DE | |
| EMBU-P | Rechazo | 18,3 | 3,5 | 17,7 | 3,1 | 1,28 (.203) |
| | Calor emocional | 59,9 | 6,3 | 59,7 | 5,0 | 0,26 (.798) |
| | Sobreprotección | 46,0 | 7,3 | 41,7 | 6,4 | 4,78 (<,001) |
| | Favoritismo | 5,8 | 2,7 | 4,2 | 1,5 | 5,44 (<,001) |
| BASC-P | Ansiedad | 47,0 | 14,1 | 43,3 | 10,0 | 2,36 (.019) |
| | Depresión | 55,0 | 16,3 | 46,7 | 8,9 | 4,98 (<,001) |
| | Somatización | 60,2 | 15,7 | 52,0 | 11,8 | 4,61 (<,001) |
| | Agresividad | 53,1 | 15,6 | 47,7 | 9,6 | 3,30 (.001) |
| | Hiperactividad | 53,2 | 14,4 | 49,7 | 10,9 | 2,08 (.038) |
| | Problemas de conducta | 52,2 | 14,3 | 49,8 | 8,9 | 1,59 (.113) |
| | Adaptabilidad | 43,2 | 11,7 | 42,8 | 14,1 | 0,14 (.890) |
| | Hab. Sociales | 46,1 | 13,8 | 46,6 | 11,4 | -0,34 (.735) |
| | Liderazgo | 45,7 | 14,1 | 43,8 | 12,7 | 1,08 (.281) |
| | Atipicidad | 55,6 | 16,9 | 50,2 | 11,0 | 2,93 (.004) |
| | Problemas de atención | 55,3 | 11,7 | 53,7 | 10,8 | 1,06 (.289) |
| | Retraimiento | 54,6 | 12,4 | 51,2 | 10,3 | 2,21 (.028) |
| | ISC | 54,6 | 17,0 | 48,1 | 10,8 | 3,59 (<,001) |
| | Trastornos externalizados | 53,6 | 15,4 | 49,3 | 10,5 | 2,56 (.011) |
| Trastornos internalizados | 55,5 | 16,6 | 46,4 | 10,5 | 5,15 (<,001) | |
| Hab. Adaptativas | 44,1 | 14,5 | 43,8 | 13,6 | 0,17 (.863) | |

En negrita: resultados con $p \leq 0,05$

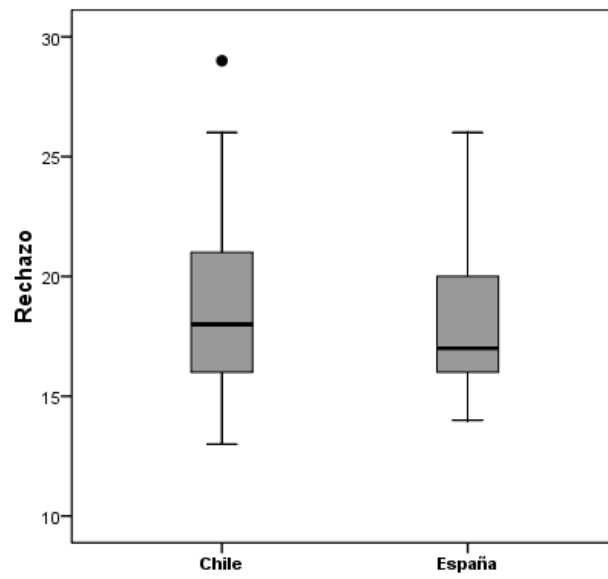


Figura 1. Escala Rechazo del EMBU-P en función del país (Chile y España).

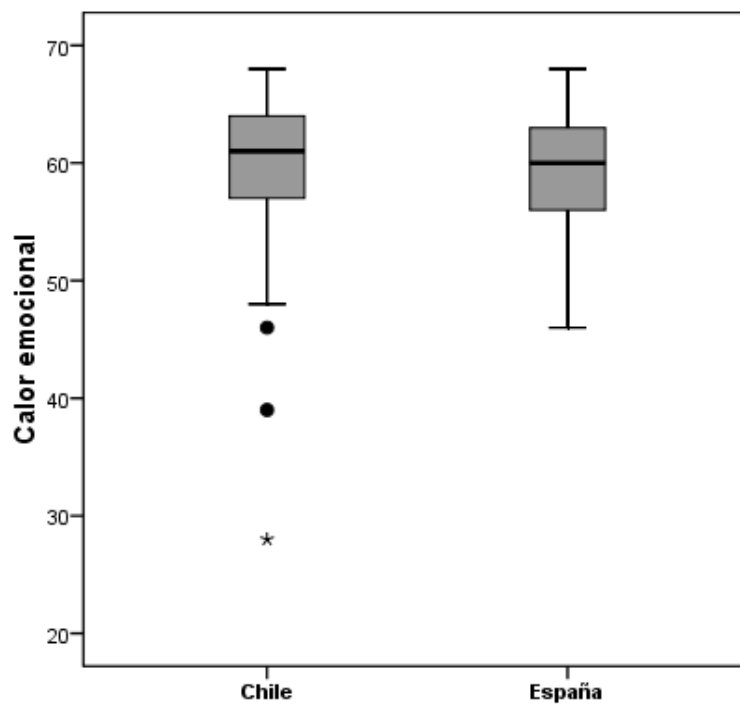


Figura 2. Escala Calor emocional del EMBU-P en función del país (Chile y España).

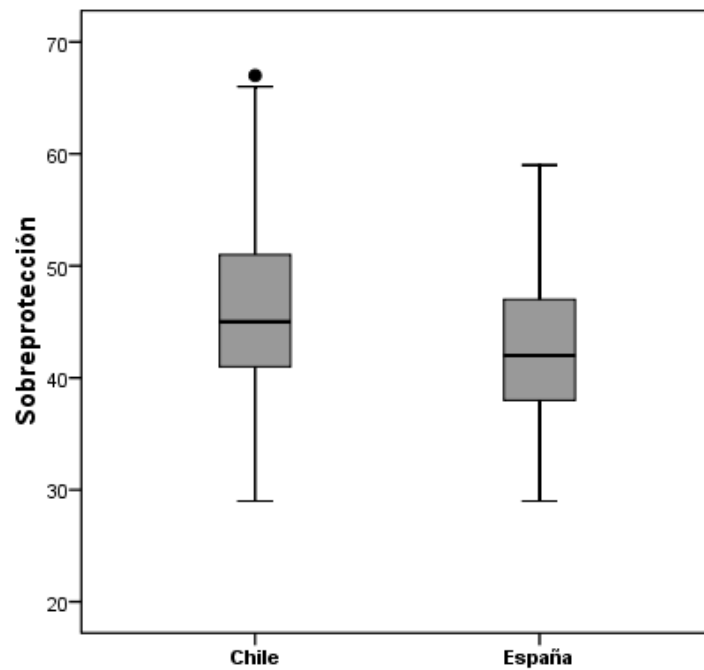


Figura 3. Escala Sobreprotección del EMBU-P en función del país (Chile y España).

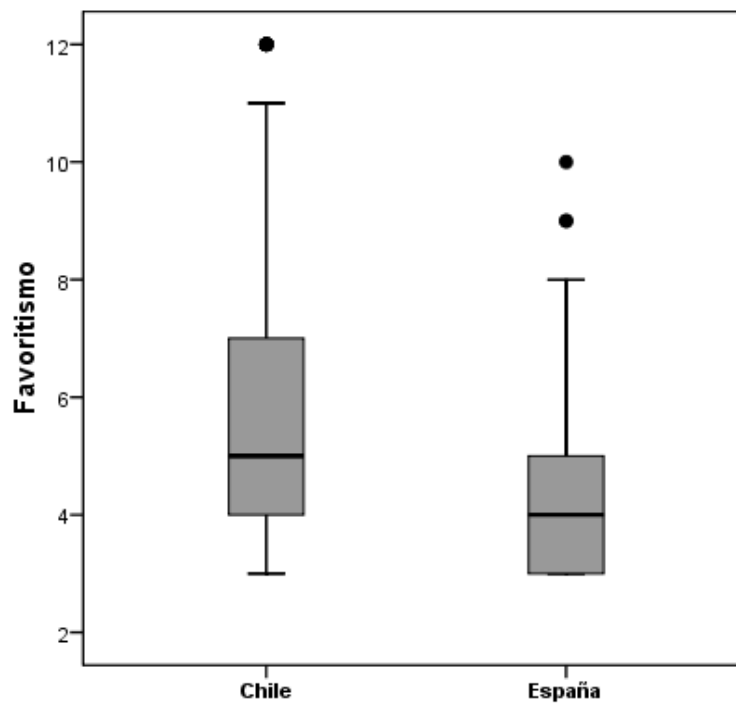


Figura 4. Escala Favoritismo del EMBU-P en función del país (Chile y España).

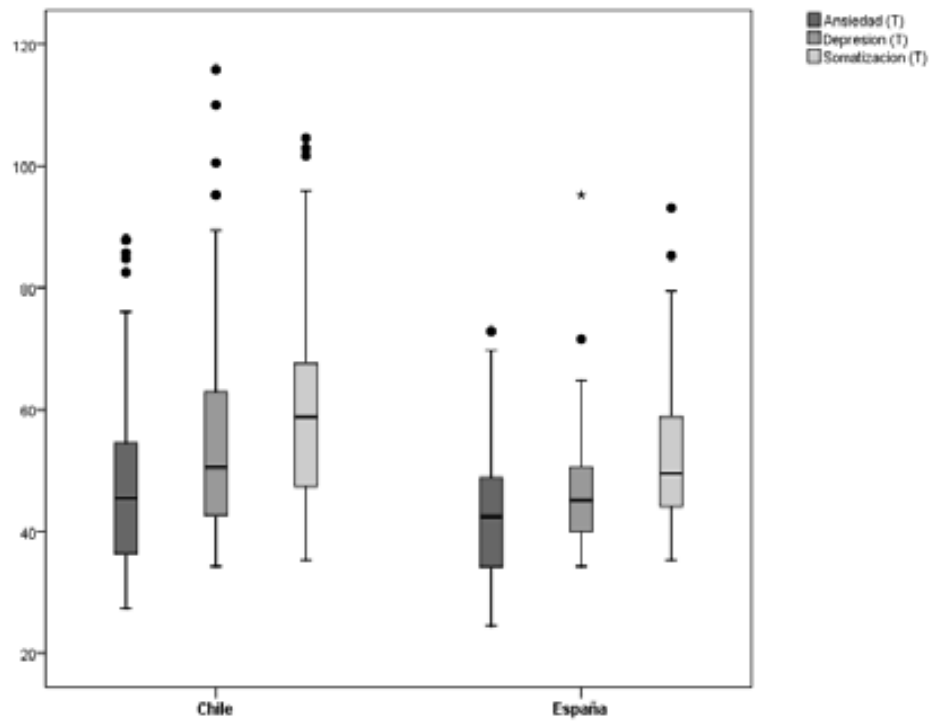


Figura 5. Escalas Internalizadas del BASC-P en Chile y España

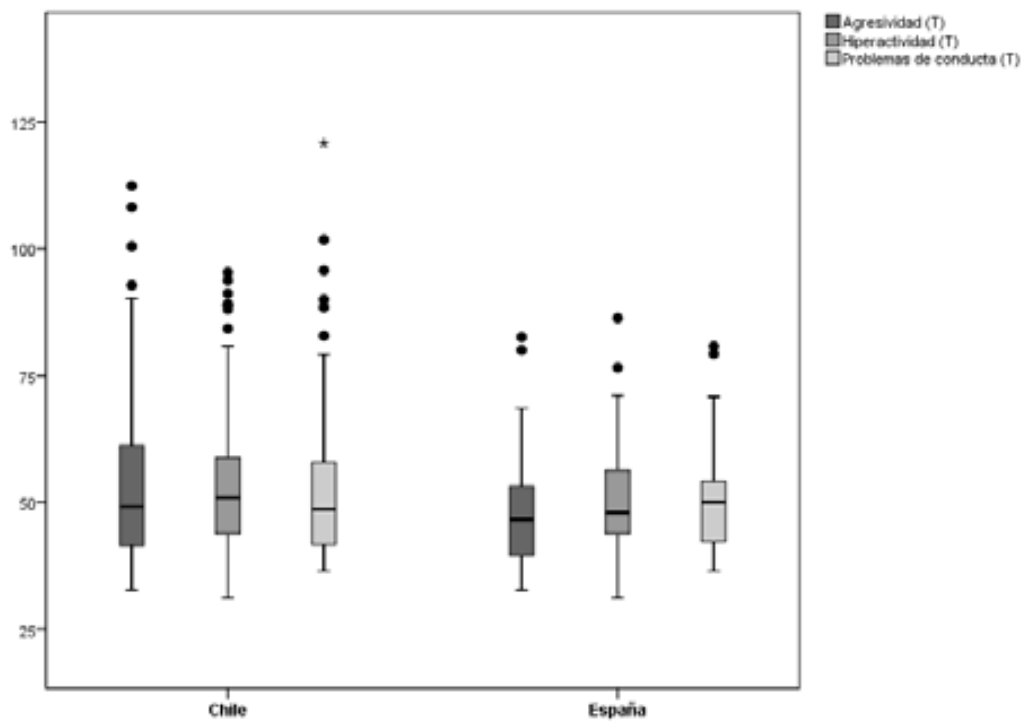


Figura 6. Escala Externalizadas del BASC-P en Chile y España

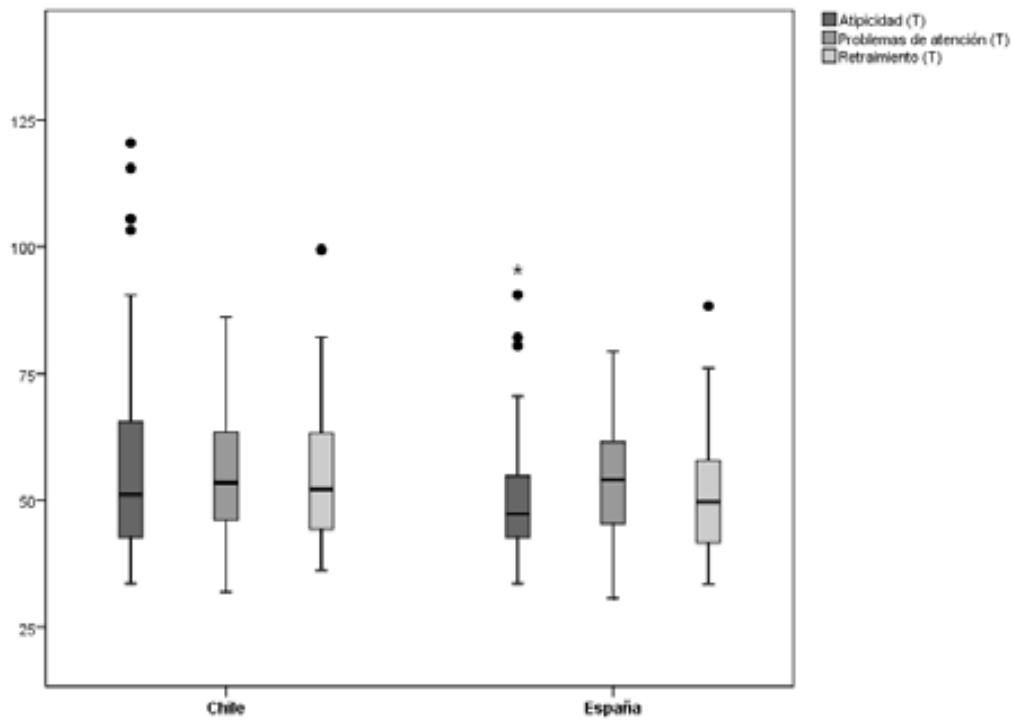


Figura 7. Escalas clínicas del BASC-P en Chile y España

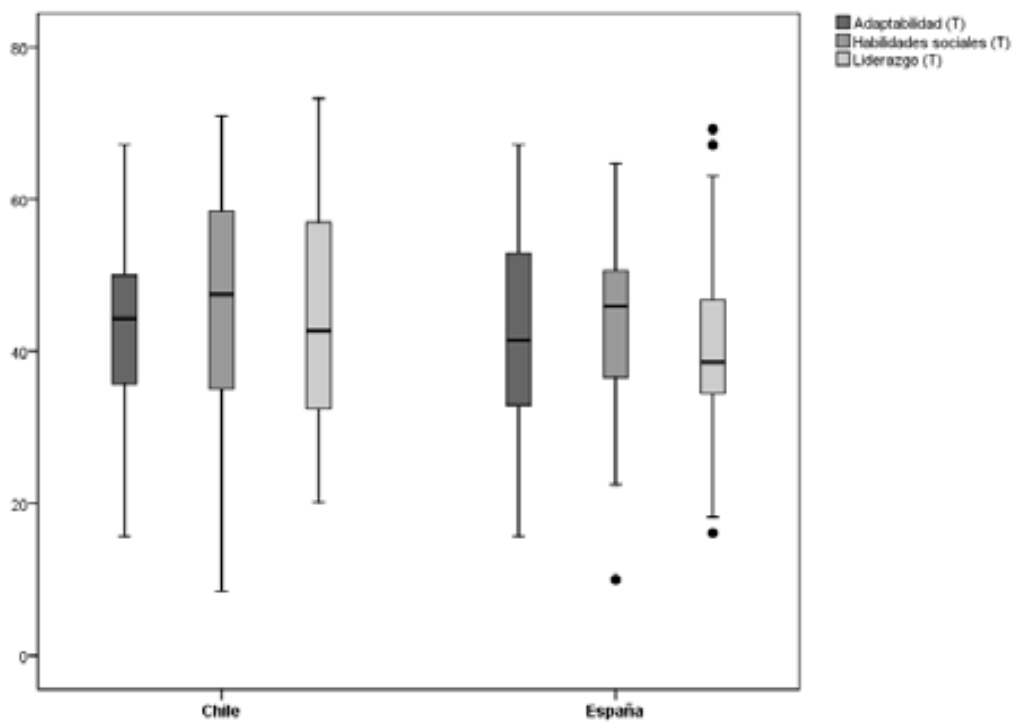


Figura 8. Escalas Adaptativas del BASC-P en Chile y España.

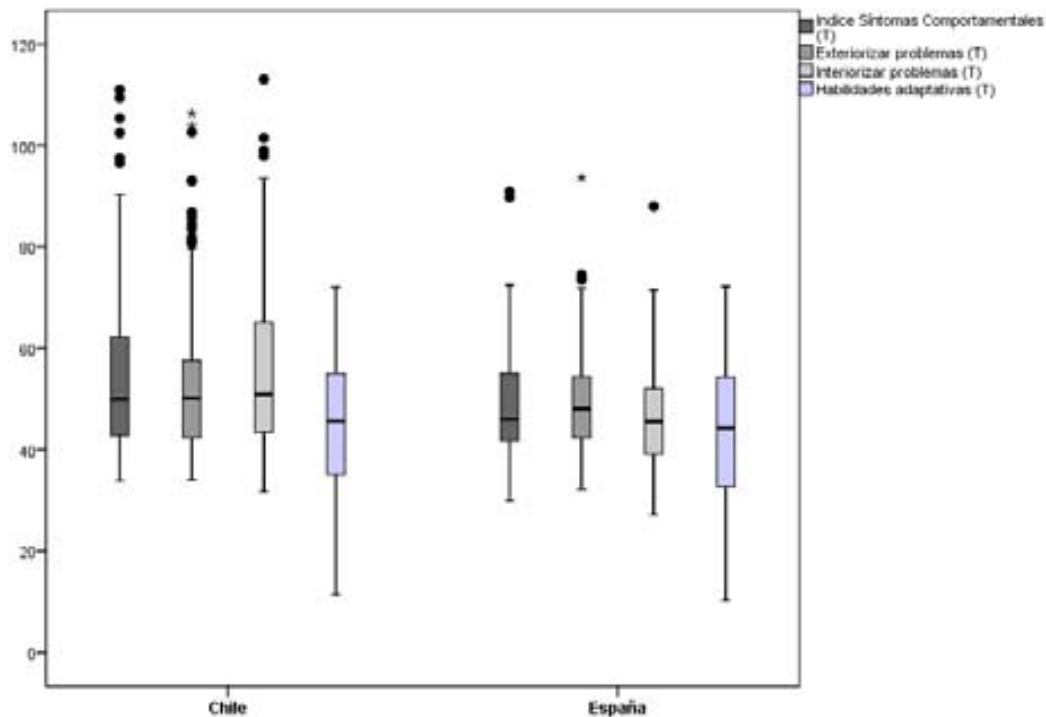


Figura 9. Índices de síntomas comportamentales y dimensiones globales del BASC-P en Chile y España

5.2 Nivel Socioeconómico y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil.

En la Tabla 4 se muestran los resultados del ANOVA de un factor y la prueba de contraste de Scheffé que evalúa la relación entre los estilos de crianza, la psicopatología y el nivel socio económico. Tanto en la Tabla 4 como en las Figura 10, 11, 12 y 13 se puede observar que en relación a los estilos parentales los participantes del nivel bajo y medio-bajo muestran puntuaciones más altas en las escalas de sobreprotección y favoritismo en comparación con el NSE alto y medio-alto (DM = 2,95 y 1,09, respectivamente; $p \leq ,032$).

Con respecto al BASC en la Tabla 4 y las Figura 14, 15, 16, 17 y 18 se puede apreciar que en relación a las escalas internalizadas: los participantes pertenecientes al NSE bajo y medio-bajo obtuvieron puntuaciones más elevadas en la escala de ansiedad y somatización que los participantes pertenecientes al NSE alto-medio y alto (DM = 5,31 y 7,09, respectivamente; $p \leq ,015$; además, los participantes que pertenecían al NSE bajo-medio y bajo alcanzaron mayores puntuaciones en la escala depresión, tanto con

respecto a los participantes del NSE alto y medio-alto como a los participantes que pertenecen al NSE medio (DM = 8,99 y 7,37, respectivamente; $p < ,001$).

En cuanto a las escalas externalizadas del BASC-P, se observa algo similar a lo planteado en el párrafo anterior, ya que los participantes que pertenecen al NSE bajo-medio y bajo manifestaron puntuaciones más altas en la escala de hiperactividad en comparación con los participantes que pertenecen tanto al NSE alto y medio-alto como al NSE medio (DM = 6,71 y 7,05, respectivamente; $p < ,001$).

De igual modo los participantes que pertenecen al NSE bajo y medio-bajo puntuaron más alto en las escalas de atipicidad y problemas de atención en comparación con los participantes que pertenecen tanto al NSE alto y medio-alto como al NSE medio (DM = 7,75 y 4,90 (alto), y 6,63 y 6,90 (medio), $p = ,001$). También, los participantes que corresponden al NSE bajo y medio-bajo tuvieron puntuaciones más altas en la escala de retraimiento con respecto a los participantes que pertenecen al NSE alto y medio-alto (DM = 4,75, $p = ,015$).

Por consiguiente el análisis de índice de síntomas comportamentales y dimensiones globales señala que los participantes pertenecientes al NSE bajo y medio-bajo presentan mayores puntuaciones en el índice de síntomas comportamentales y trastornos internalizados en relación a los participantes pertenecientes tanto al NSE alto y medio-alto como al NSE medio (DM = 9,06 y 9,66 (alto); 8,48 y 6,61 (medio), $p < ,001$). De manera similar, los participantes que corresponden al NSE bajo y medio-bajo también puntuaron más alto en la dimensión que aborda las escalas externalizadas con respecto a los participantes que pertenecen al NSE alto y medio-alto. (DM = 5,49, $p = ,006$).

Tabla 4. Comparación de medias (ANOVA de un factor y prueba de contraste de Scheffé) del nivel socioeconómico en relación a las escalas del EMBU-P y del BASC-P

| Medida | Nivel alto y medio-alto (n = 62) | | Nivel medio (n = 43) | | Nivel bajo y medio-bajo (n = 110) | | F (p) | Comparaciones (prueba Scheffé, p < .05) |
|--------------------------|--|-------------|-------------------------|-------------|---|-------------|-------------------------|---|
| | M | DE | M | DE | M | DE | | |
| Rechazo | 18,1 | 3,0 | 17,9 | 3,5 | 18,2 | 3,6 | 0,12 (.885) | ----- |
| Calor emocional | 60,6 | 4,7 | 60,1 | 5,5 | 59,5 | 6,3 | 0,82 (.441) | ----- |
| Sobreprotección | 42,7 | 6,0 | 43,1 | 7,6 | 45,7 | 7,4 | 4,28 (.015) | Bajo > Alto |
| Favoritismo | 4,6 | 1,7 | 5,2 | 2,7 | 5,7 | 2,7 | 3,50 (.032) | Bajo > Alto |
| Ansiedad | 42,1 | 9,6 | 44,0 | 11,4 | 47,4 | 13,0 | 4,29 (.015) | Bajo > alto |
| Depresión | 45,7 | 9,6 | 47,3 | 12,3 | 54,7 | 14,3 | 11,73 (<.001) | Bajo> (medio = alto) |
| Somatización | 52,3 | 11,3 | 54,8 | 14,4 | 59,4 | 16,2 | 5,02 (.007) | Bajo > alto |
| Agresividad | 47,7 | 10,4 | 47,6 | 10,6 | 52,5 | 13,8 | 4,14 (.017) | ----- |
| Hiperactividad | 47,9 | 10,4 | 47,5 | 8,8 | 54,6 | 14,2 | 8,40 (<.001) | Bajo> (medio = alto) |
| P. Conducta | 49,0 | 8,9 | 49,8 | 8,7 | 51,6 | 13,3 | 1,14 (.321) | ----- |
| Adaptabilidad | 43,2 | 12,0 | 45,0 | 12,8 | 42,9 | 12,5 | 0,18 (.833) | ----- |
| H. Sociales | 49,8 | 12,0 | 49,3 | 12,6 | 45,2 | 12,4 | 3,38 (.036) | ----- |
| Liderazgo | 48,3 | 12,9 | 48,1 | 14,3 | 43,5 | 13,2 | 3,31 (0,39) | ----- |
| Atipicidad | 48,6 | 9,9 | 49,7 | 8,3 | 56,3 | 17,3 | 7,34 (.001) | Bajo >(medio = alto) |
| P. Atención | 52,0 | 9,9 | 50,0 | 10,7 | 56,9 | 11,6 | 7,74 (.001) | Bajo > (medio = alto) |
| Retraimiento | 49,5 | 10,0 | 51,4 | 9,8 | 54,3 | 11,0 | 4,28 (.015) | Bajo > alto |
| ISC | 46,3 | 10,4 | 46,9 | 10,1 | 55,3 | 15,8 | 11,67 (<.001) | Bajo > (medio = alto) |
| T. Externalizados | 48,2 | 10,2 | 48,3 | 9,8 | 53,7 | 14,4 | 5,17 (.006) | Bajo > alto |
| T. Internalizados | 45,4 | 9,6 | 48,5 | 13,0 | 55,1 | 15,9 | 10,65 (<.001) | Bajo> (medio = alto) |
| Hab. Adaptativas | 47,3 | 13,4 | 48,2 | 13,9 | 42,4 | 13,7 | 4,10 (<.018) | ----- |

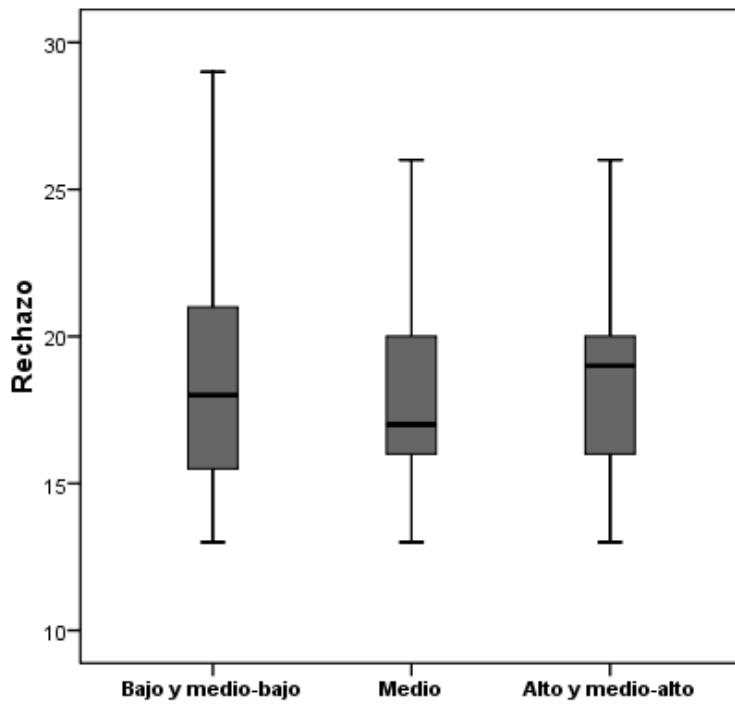


Figura 10. Escala Rechazo del EMBU-P en función del nivel socioeconómico.

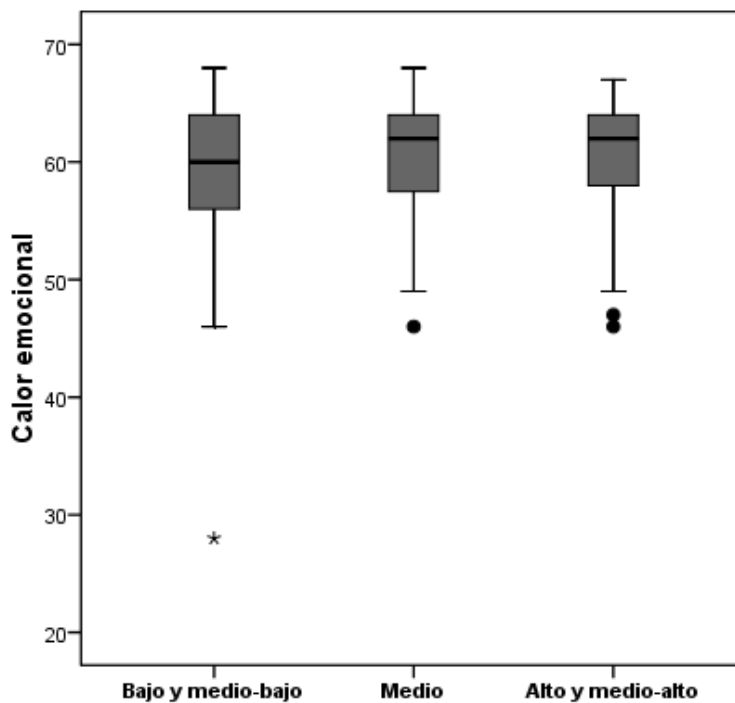


Figura 11. Escala Calor Emocional del EMBU-P en función del nivel socioeconómico.

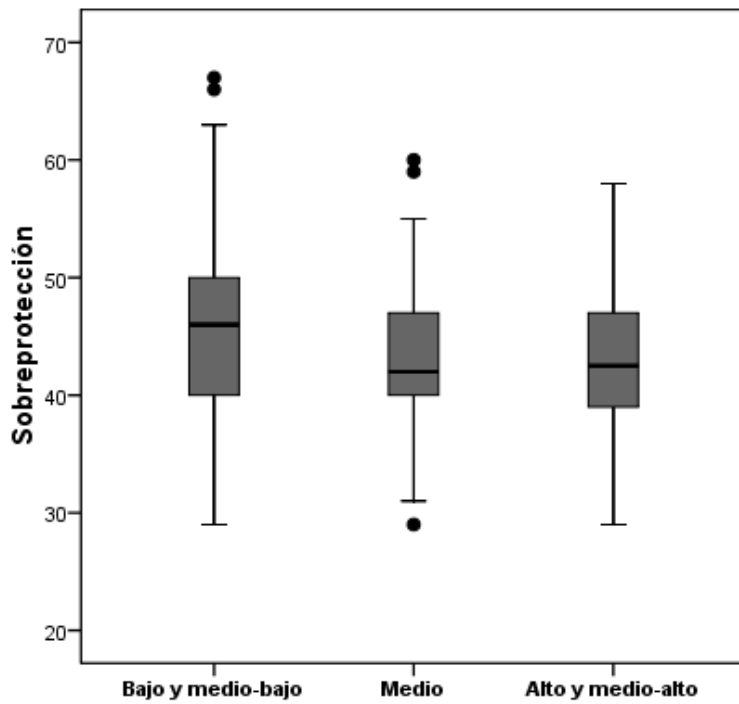


Figura 12. Escala Sobreprotección del EMBU-P en función del nivel socioeconómico.

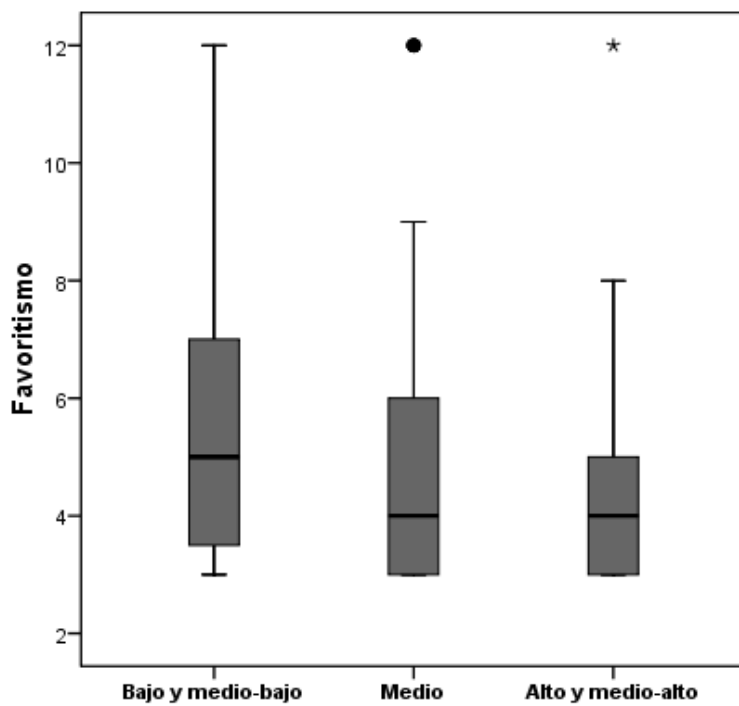


Figura 13. Escala Favoritismo del EMBU-P en función del nivel socioeconómico.

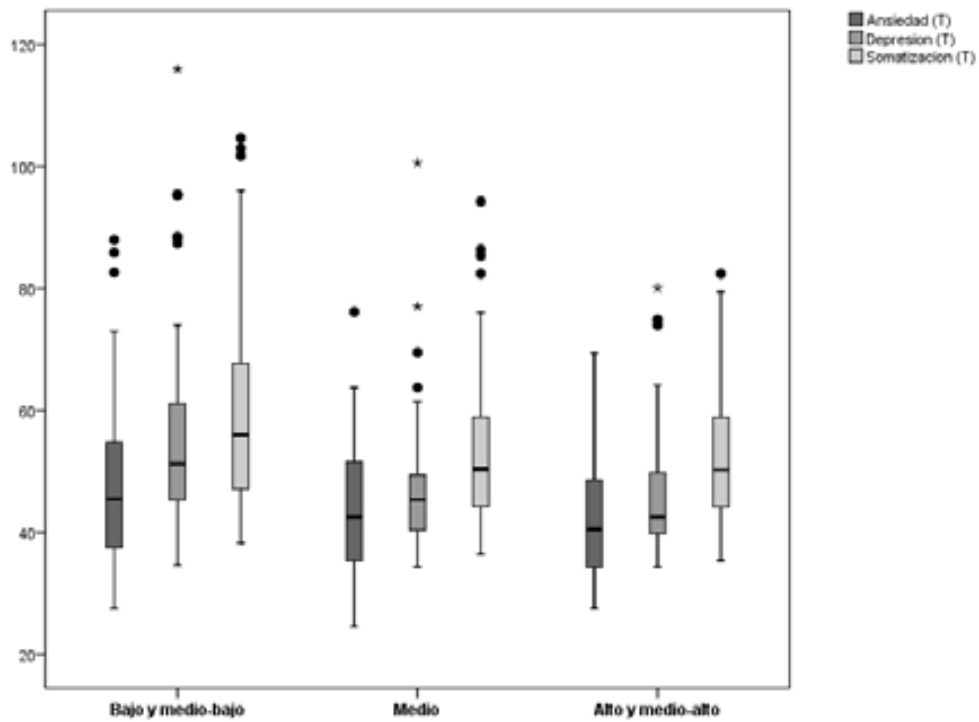


Figura 14. Escalas Internalizadas del BASC-P en función del nivel socioeconómico.

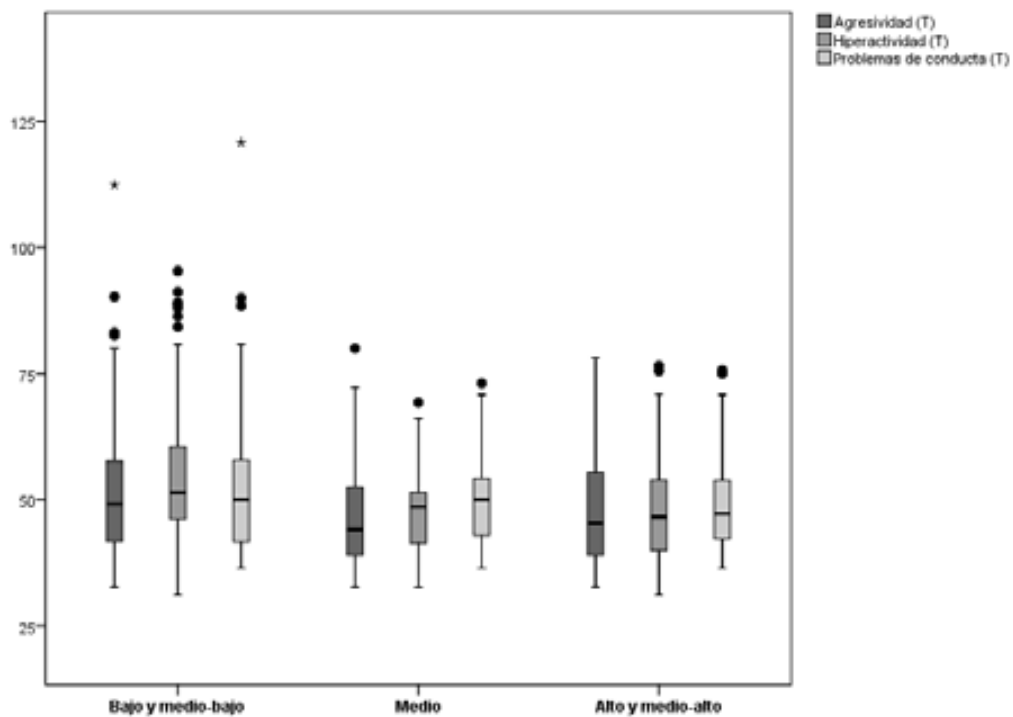


Figura 15. Escalas Externalizadas del BASC-P en función del nivel socioeconómico.

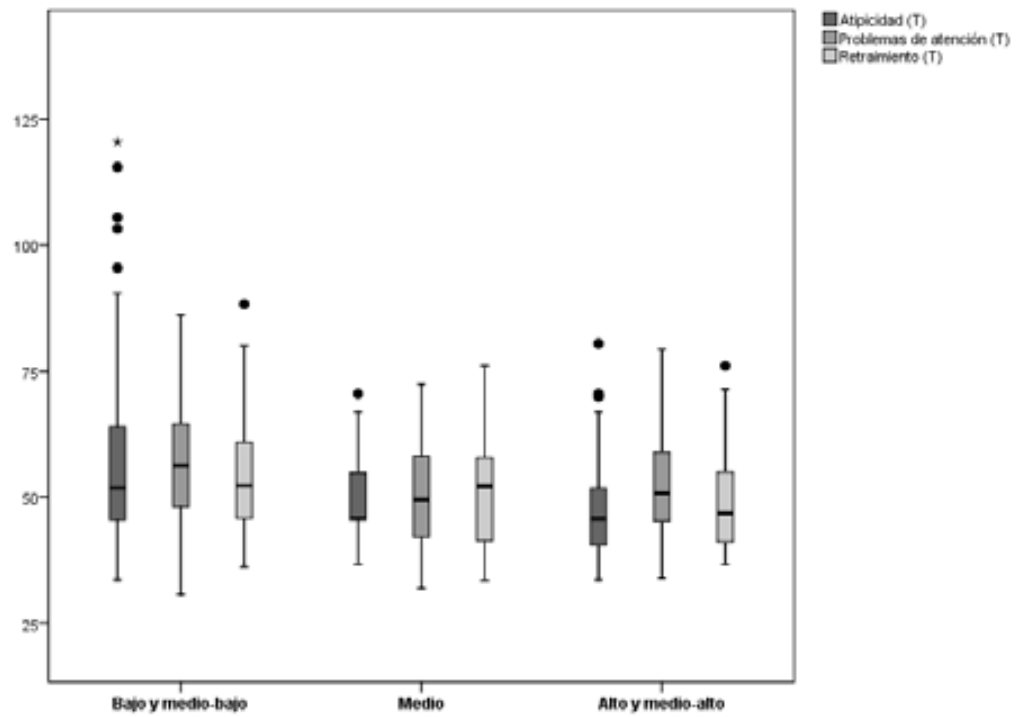


Figura 16. Otras escalas clínicas del BASC-P en función del nivel socioeconómico.

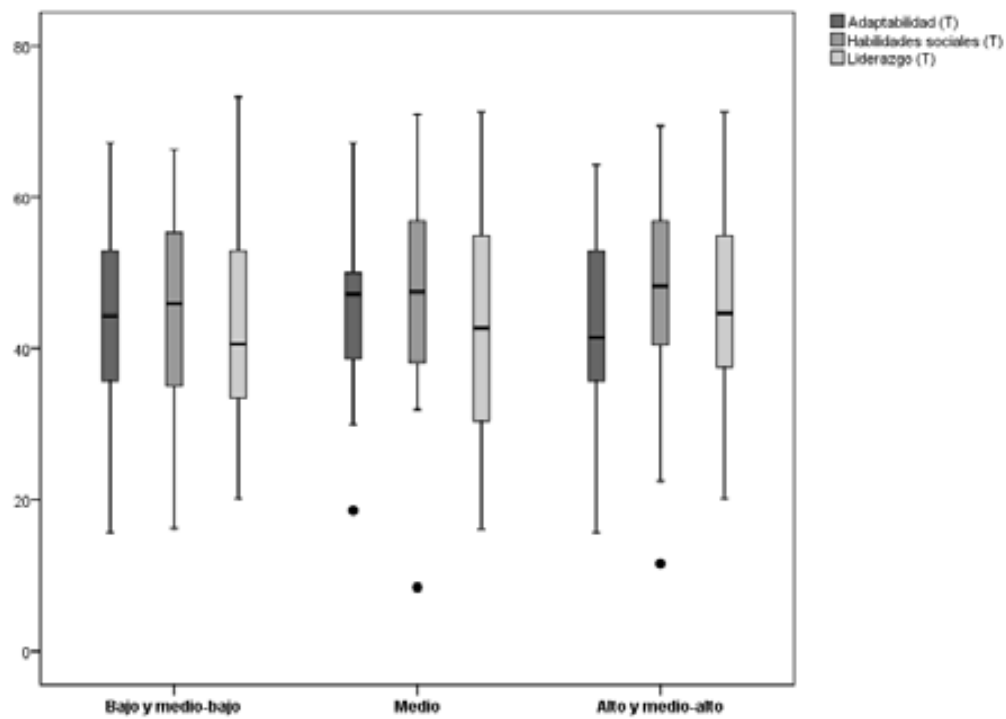


Figura 17. Escalas Adaptativas del BASC-P en función del nivel socioeconómico.

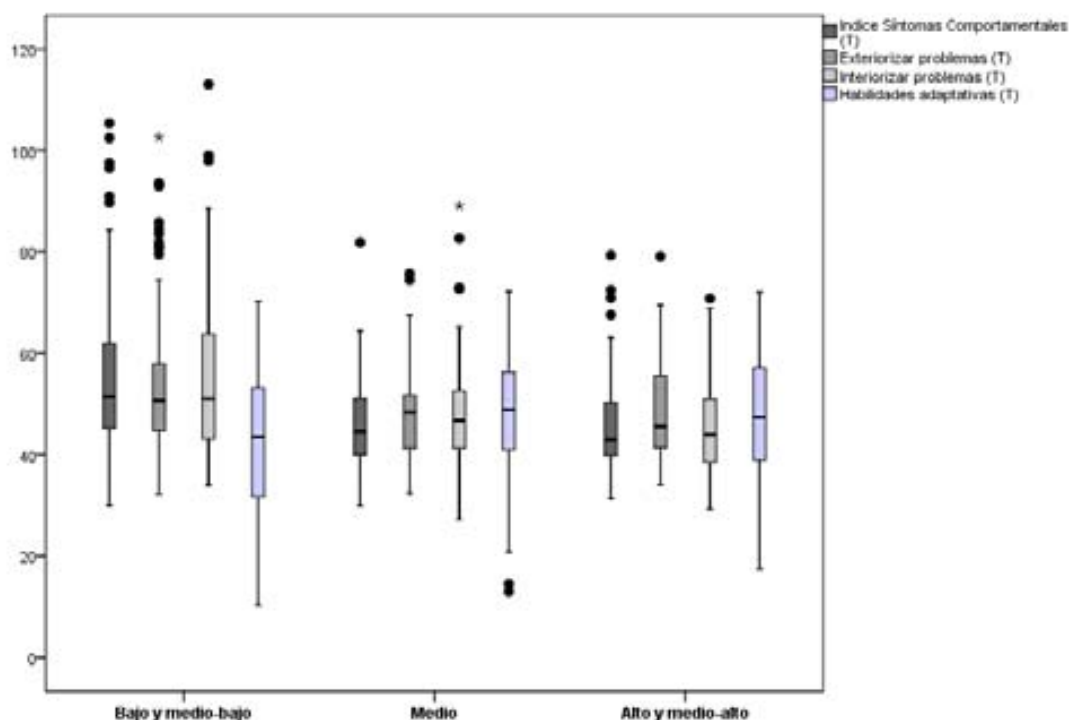


Figura 18. Índice de síntomas comportamentales y dimensiones globales del BASC-P en función del nivel socioeconómico.

5.3 Estilos de crianza asociados a los tres grupos

Este tercer objetivo se ha abordado de forma análoga al que acabamos de exponer para el segundo objetivo.

Tabla 5. Comparación de medias de los estilos de crianza de los 3 grupos estudiados, a través de ANOVA de un factor con la prueba de contraste de Scheffé.

| Medida | Síndrome de Down (n=81) | | DI Idiopática (n=76) | | Sin Discapacidad (n=79) | | F (p) | Comparaciones (prueba Scheffé, p < .05) |
|------------------------|----------------------------|------------|-------------------------|------------|----------------------------|------------|--------------------|---|
| | M | DE | M | DE | M | DE | | |
| Rechazo | 17,8 | 3,0 | 17,9 | 3,8 | 18,4 | 3,3 | 0,84 (.433) | - |
| Calor emocional | 59,4 | 4,8 | 58,9 | 7,0 | 61,0 | 5,1 | 2,96 (.054) | - |
| Sobreprotección | 41,9 | 6,0 | 45,1 | 8,3 | 45,5 | 6,8 | 6,42 (.002) | S. Down < (DI Idiopática = sin discapacidad) |
| Favoritismo | 5,3 | 2,1 | 5,5 | 2,8 | 4,6 | 2,3 | 2,46 (.088) | - |

En la Tabla 5 se puede apreciar que en el grupo con síndrome de Down presenta una puntuación más baja en la escala de sobreprotección ($DM = 3,67$ (sin discapacidad) y $3,23$ (DI idiopática), $p = ,002$) en comparación con los otros dos grupos (discapacidad intelectual de etiología desconocida y sin discapacidad). En relación a los otros estilos de crianza no se observan diferencias significativas entre los tres grupos.

5.4 Relación entre los estilos de crianza, grupo y la psicopatología infanto–juvenil

En las Tablas 6–10, se presentan los resultados de los diversos modelos de regresión lineal múltiple empleados para abordar el cuarto objetivo. Las tablas y los correspondientes resultados se presentan en el siguiente orden, atendiendo a las escalas del BASC–P como variables dependientes o criterio: internalizadas, externalizadas, restantes clínicas, de perfil adaptativo y finalmente el ISC y las dimensiones globales.

Como se puede observar en la Tabla 6 en relación a las escalas internalizadas del BASC–P, el estilo de crianza de crianza sobreprotector se asocia a mayores puntuaciones de las escalas de ansiedad ($\beta = ,30$, $p < ,001$), depresión ($\beta = ,28$, $p < ,001$) y somatización ($\beta = ,28$, $p < ,001$), mientras que mayores puntuaciones de la escala parental de rechazo se relaciona con mayores puntuaciones en la escala de ansiedad ($\beta = ,16$, $p = ,018$) y depresión ($\beta = ,25$, $p < ,001$). Con respecto a la variable grupo, las puntuaciones de ansiedad fueron menores en el grupo con síndrome de Down ($\beta = -,25$, $p < ,001$) en comparación con el grupo sin discapacidad. En cuanto a las restantes escalas internalizadas, las puntuaciones del grupo de discapacidad intelectual idiopática son mayores que las del grupo sin discapacidad en las escalas de depresión ($\beta = ,32$, $p < ,001$) y somatización ($\beta = ,21$, $p = ,006$). Se considera importante señalar que aproximadamente el 30% de la variabilidad de las escalas de ansiedad y depresión puede ser explicada por los predictores considerados, es decir, los estilos de crianza y el grupo.

Tabla 6. Regresión lineal múltiple de las escalas internalizadas y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo.

| Criterio | Predictores | B | B (IC 95%) | B | P | F (p) | Rc ² |
|--------------|-------------------------|--------------|-----------------------|-------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Ansiedad | Favoritismo | 0,12 | -0,54; 0,79 | ,02 | ,715 | 13,86 (<,001) | ,29/,27 |
| | Calor emocional | 0,20 | -0,07; 0,47 | ,09 | ,145 | | |
| | Sobreprotección | 0,52 | 0,28; 0,76 | ,30 | <,001 | | |
| | Rechazo | 0,60 | 0,10; 1,10 | ,16 | ,018 | | |
| | D.I. Idiopática | 1,97 | -1,74; 5,69 | ,07 | ,296 | | |
| | Síndrome de Down | -6,74 | -10, 45; -3,02 | -,25 | <,001 | | |
| Depresión | Favoritismo | -0,09 | -0,82; 0,64 | -,02 | ,802 | 15,87 (<,001) | ,32/,30 |
| | Calor emocional | 0,12 | -0,18; 0,41 | ,05 | ,429 | | |
| | Sobreprotección | 0,53 | 0,27; 0,80 | ,28 | <,001 | | |
| | Rechazo | 1,05 | 0,51; 1,60 | ,25 | <,001 | | |
| | D.I. Idiopática | 9,61 | 5,53; 13,68 | ,32 | <,001 | | |
| | Síndrome de Down | -1,63 | -5,71; 2,45 | -,05 | ,431 | | |
| Somatización | Favoritismo | 0,47 | -0,38; 1,33 | ,08 | ,273 | 6,28 (<,001) | ,16/,13 |
| | Calor emocional | 0,20 | -0,15; 0,54 | ,08 | ,259 | | |
| | Sobreprotección | 0,57 | 0,27; 0,88 | ,28 | <,001 | | |
| | Rechazo | 0,24 | -0,40; 0,87 | ,05 | ,461 | | |
| | D.I. Idiopática | 6,68 | 1,93; 11,43 | ,21 | ,006 | | |
| | Síndrome de Down | 3,54 | -1,21; 8,29 | ,11 | ,144 | | |

En cuanto a las escalas externalizadas que se muestran en la Tabla 7, mayores puntuaciones de sobreprotección y de rechazo y tener discapacidad intelectual idiopática respecto a no tener discapacidad intelectual se asociaron con mayores puntuaciones de agresividad, hiperactividad y de problemas de conducta (β entre ,15 y ,43, $p \leq ,046$). Además, el grupo con síndrome de Down presentó mayores puntuaciones de hiperactividad que el grupo sin discapacidad intelectual ($\beta = ,15$, $p < ,032$). La bondad de ajuste de los modelos de agresividad e hiperactividad fue aproximadamente del 30%.

Tabla 7. Regresión lineal múltiple de las escalas externalizadas y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo.

| Criterio | Predictores | B | B (IC 95%) | B | P | F (p) | Rc ² |
|-----------------|-------------------------|--------------|--------------------|------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Agresividad | Favoritismo | 0,01 | -0,71;0,74 | ,00 | ,970 | 13,16 (<,001) | ,28/,26 |
| | Calor emocional | 0,25 | -0,04;0,54 | ,11 | ,090 | | |
| | Sobreprotección | 0,36 | 0,10; 0,62 | ,19 | ,007 | | |
| | Rechazo | 1,40 | 0,85; 1,94 | ,35 | <,001 | | |
| | D.I. Idiopática | 10,15 | 6,10;14,19 | ,35 | <,001 | | |
| | Síndrome de Down | 2,68 | -1,37; 6,73 | ,09 | ,193 | | |
| Hiperactividad | Favoritismo | -0,14 | -0,81; 0,54 | -,03 | ,689 | 16,08 (<,001) | ,32/,30 |
| | Calor emocional | -0,01 | -0,29; 0,26 | ,00 | ,917 | | |
| | Sobreprotección | 0,43 | 0,19; 0,67 | ,24 | ,001 | | |
| | Rechazo | 1,15 | 0,64; 1,65 | ,30 | <,001 | | |
| | D.I. Idiopática | 11,95 | 8,17; 15,73 | ,43 | <,001 | | |
| | Síndrome de Down | 4,14 | 0,36; 7,92 | ,15 | ,032 | | |
| Probl. conducta | Favoritismo | 0,40 | -0,32; 1,12 | ,08 | ,275 | 5,12 (<,001) | ,13/,10 |
| | Calor emocional | -0,04 | -0,33; 0,25 | -,02 | ,783 | | |
| | Sobreprotección | 0,31 | 0,05; 0,57 | ,19 | ,018 | | |
| | Rechazo | 0,54 | 0,01; 1,08 | ,15 | ,046 | | |
| | D.I. Idiopática | 5,05 | 1,05; 9,05 | ,19 | ,014 | | |
| | Síndrome de Down | 1,10 | -2,90; 5,11 | ,04 | ,588 | | |

La Tabla 8 muestra que la condición de discapacidad intelectual de etiología desconocida se asocia a mayores puntuaciones en las escalas de atipicidad, problemas de atención y retraimiento en comparación a no tener discapacidad (β entre ,26 y ,49, $p < ,001$). En cambio, la condición de síndrome de Down sólo se relaciona con mayores puntuaciones en la escala de problemas de atención en comparación con el grupo sin discapacidad ($\beta = ,25$, $p < ,001$) En cuanto a los estilos de crianza, mayores puntuaciones en la escala de sobreprotección se asocian con puntuaciones más altas en la escala de atipicidad ($\beta = ,15$, $p = ,038$), mientras que mayores puntuaciones en la escala de rechazo se relaciona con puntuaciones más altas en la escala problemas de atención ($\beta = ,18$, $p = ,007$); por el contrario puntuaciones más altas en la escala de calor emocional se asocian con menores puntuaciones en la escala de problemas de atención ($\beta = -,18$, $p = ,004$). La bondad de ajuste de los modelos de atipicidad y problemas de atención fue aproximadamente del 30%.

Tabla 8. Regresión lineal múltiple de otras escalas clínicas del BASC-P y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo.

| Criterio | Predictores | B | B (IC 95%) | β | P | F (p) | Rc ² |
|-----------------------|-------------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Atipicidad | Favoritismo | 0,14 | -0,65; 0,94 | ,02 | ,725 | 13,33 (<,001) | ,28/,26 |
| | Calor emocional | -0,07 | -0,39; 0,25 | -,03 | ,662 | | |
| | Sobreprotección | 0,30 | 0,02; 0,59 | ,15 | ,038 | | |
| | Rechazo | 0,49 | -0,10; 1,09 | ,11 | ,102 | | |
| | D.I. Idiopática | 15,54 | 11,10; 19,98 | ,49 | <,001 | | |
| | Síndrome de Down | 1,27 | -3,17; 5,72 | ,04 | ,573 | | |
| Problemas de atención | Favoritismo | 0,42 | -0,17; 1,00 | ,09 | ,163 | 15,55 (<,001) | ,31/,29 |
| | Calor emocional | -0,35 | -0,59; -0,11 | -,18 | ,004 | | |
| | Sobreprotección | 0,18 | -0,03; 0,39 | ,12 | ,090 | | |
| | Rechazo | 0,61 | 0,17; 1,04 | ,18 | ,007 | | |
| | D.I. Idiopática | 11,34 | 8,07; 14,62 | ,47 | <,001 | | |
| | Síndrome de Down | 5,93 | 2,66; 9,20 | ,25 | <,001 | | |
| Retraimiento | Favoritismo | -0,01 | -0,72; 0,70 | ,00 | ,974 | 2,97 (,008) | 0,08/,05 |
| | Calor emocional | 0,05 | -0,24; 0,34 | ,02 | ,732 | | |
| | Sobreprotección | 0,20 | -0,06; 0,45 | ,12 | ,131 | | |
| | Rechazo | 0,25 | -0,28; 0,78 | ,07 | ,356 | | |
| | D.I. Idiopática | 6,64 | 2,68; 10,59 | ,26 | ,001 | | |
| | Síndrome de Down | 1,90 | -2,05; 5,86 | ,08 | ,344 | | |

De manera complementaria se ha analizado el perfil adaptativo del BASC-P. La Tabla 9 muestra que mayores puntuaciones en la escala de calor emocional se asocian con puntuaciones más altas en las escalas de adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo (β entre ,34 y ,46, $p \leq ,001$). Asimismo mayores puntuaciones en la escala de rechazo se relacionan sólo con puntuaciones más altas en la escala de liderazgo ($\beta = ,20$, $p = ,002$). Por otro lado presentar las condiciones de discapacidad intelectual de etiología desconocida y síndrome de Down se relacionan con menores puntuaciones en las escalas de habilidades sociales y liderazgo (β entre -,43 y -,22, $p \leq ,001$). La bondad de ajuste de los modelos de habilidades sociales y liderazgo fue entre 35% y 40%.

Tabla 9. Regresión lineal múltiple del perfil adaptativo y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo.

| Criterio | Predictores | B | B (IC 95%) | B | p | F (p) | Rc ² |
|---------------|-------------------------|---------------|----------------------|-------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Adaptabilidad | Favoritismo | -0,69 | -1,67; 0,30 | -,14 | ,169 | 3,48 (.004) | ,17/,12 |
| | Calor emocional | 0,79 | 0,33; 1,25 | ,34 | ,001 | | |
| | Sobreprotección | 0,06 | -0,29; 0,42 | ,04 | ,722 | | |
| | Rechazo | -0,16 | -0,95; 0,64 | -,04 | ,698 | | |
| | D.I. Idiopática | -5,38 | -11,40; 0,65 | -,19 | ,080 | | |
| | Síndrome de Down | -1,55 | -7,28; 4,17 | -,06 | ,592 | | |
| Hab. sociales | Favoritismo | 0,17 | -0,48; 0,82 | ,03 | ,606 | 18,17 (<,001) | ,35/,33 |
| | Calor emocional | 0,99 | 0,73; 1,25 | ,46 | <,001 | | |
| | Sobreprotección | 0,11 | -0,13; 0,34 | ,06 | ,365 | | |
| | Rechazo | 0,34 | -0,14; 0,83 | ,09 | ,162 | | |
| | D.I. Idiopática | -9,49 | -13,10; -5,88 | -,35 | <,001 | | |
| | Síndrome de Down | -5,98 | -9,59; -2,37 | -,22 | ,001 | | |
| Liderazgo | Favoritismo | -0,04 | -0,70; 0,63 | ,00 | ,913 | 22,84 (<,001) | ,40/,38 |
| | Calor emocional | 0,88 | 0,62; 1,15 | ,38 | <,001 | | |
| | Sobreprotección | 0,05 | -0,19; 0,29 | ,03 | ,671 | | |
| | Rechazo | 0,80 | 0,31; 1,30 | ,20 | ,002 | | |
| | D.I. Idiopática | -12,31 | -16,00; -8,62 | -,42 | <,001 | | |
| | Síndrome de Down | -12,49 | -16,18; -8,79 | -,43 | <,001 | | |

En referencia al índice de síntomas comportamentales y dimensiones globales la Tabla 10 muestra que mayores puntuaciones en las escalas de rechazo y sobreprotección y manifestar la condición de discapacidad intelectual idiopática con respecto a no presentar discapacidad se relacionan con mayores puntuaciones en las dimensiones ISC, externalizada e internalizada (β entre ,20 y ,45, $p \leq ,003$). Y mayores puntuaciones en la dimensión de habilidades adaptativa se asocia con puntuaciones más altas en las escalas de calor emocional y rechazo (β entre ,14 y ,44, $p \leq ,022$); además se puede observar que las condiciones de DI idiopática y síndrome de Down se asocian con puntuaciones más bajas en la dimensión adaptativa (β entre , -39 y , -33, $p < ,001$). La bondad de ajuste de los modelos fue entre 30% y 40%.

Tabla 10. Regresión lineal múltiple del ISC y dimensiones globales y su relación con los estilos de crianza y la variable grupo.

| Criterio | Predictores | B | B (IC 95%) | B | P | F (p) | Rc ² |
|--------------------|------------------------|---------------|----------------------|-------------|-----------------|---------------|-----------------|
| ISC | Favoritismo | 0,10 | -0,63; 0,83 | ,02 | ,789 | 22,42 (<,001) | ,40/,38 |
| | Calor emocional | 0,03 | -0,26; 0,32 | ,01 | ,844 | | |
| | Sobreprotección | 0,55 | 0,29; 0,81 | ,27 | <,001 | | |
| | Rechazo | 1,25 | 0,71; 1,79 | ,28 | <,001 | | |
| | D.I. Idiopática | 14,27 | 10,21; 18,33 | ,45 | <,001 | | |
| | Síndrome Down | 1,29 | -2,77; 5,36 | ,04 | ,531 | | |
| Dim. externalizada | Favoritismo | 0,09 | -0,62; 0,81 | ,02 | ,801 | 14,66 (<,001) | ,30/,28 |
| | Calor emocional | 0,09 | -0,20; 0,38 | ,04 | ,527 | | |
| | Sobreprotección | 0,47 | 0,21; 0,72 | ,25 | <,001 | | |
| | Rechazo | 1,18 | 0,64; 1,71 | ,29 | <,001 | | |
| | D.I. Idiopática | 10,93 | 6,95; 14,92 | ,37 | <,001 | | |
| | Síndrome Down | 3,34 | -0,65; 7,34 | ,12 | ,100 | | |
| Dim. internalizada | Favoritismo | 0,29 | -0,49; 1,06 | ,05 | ,464 | 15,94 (<,001) | ,32/,30 |
| | Calor emocional | 0,22 | -0,09; 0,54 | ,09 | ,160 | | |
| | Sobreprotección | 0,68 | 0,40; 0,96 | ,33 | <,001 | | |
| | Rechazo | 0,87 | 0,29; 1,45 | ,20 | ,003 | | |
| | D.I. Idiopática | 7,99 | 3,67; 12,30 | ,25 | <,001 | | |
| | Síndrome Down | -2,26 | -6,58; 2,06 | -,07 | ,304 | | |
| Hab. adaptativas | Favoritismo | -0,22 | -0,91; 0,48 | -,04 | ,539 | 21,50 (<,001) | ,39/,37 |
| | calor emocional | 1,07 | 0,79; 1,35 | ,44 | <,001 | | |
| | Sobreprotección | 0,08 | -0,17; 0,33 | ,04 | ,552 | | |
| | Rechazo | 0,61 | 0,09; 1,13 | ,14 | ,022 | | |
| | D.I. Idiopática | -11,73 | -15,62; -7,85 | -,39 | <,001 | | |
| | Síndrome Down | -9,92 | -13,81; -6,03 | -,33 | <,001 | | |

ISC: Índice de síntomas comportamentales

6. Discusión

6.1 Cultura y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología infanto-juvenil

Los hallazgos de esta investigación con respecto a las diferencias culturales han apoyado la hipótesis que se había planteado previamente en relación a que en Chile se presentaban estilos de crianza más desfavorables, como lo son la sobreprotección y el favoritismo, en comparación con España. Los resultados son similares a los encontrados por otros investigadores (Domènech et al., 2009; Richaud et al., 2013). Por otro lado Musitu (2000) quien refiere que los progenitores colombianos presentan estilos de crianza “positivos” que propician la autonomía de los niños y adolescentes de este país.

En relación a lo planteado en el párrafo anterior es importante tener presente que dos tercios de la población estudiada en esta tesis manifiestan la condición de discapacidad intelectual. En este sentido los hallazgos encontrados en otros trabajos son diversos, ya que hay posturas que apoyan lo encontrado en este estudio sobre la presencia de estilos parentales de sobreprotección cuando hay un hijo con discapacidad intelectual (Gau et al., 2008), mientras que otros investigadores sugieren que los estilos parentales no varían cuando hay un hijo con discapacidad intelectual (Sterling et al., 2012).

Además como se ha revisado a lo largo de este trabajo los estilos de crianza desfavorables se encuentran asociados a factores contextuales como lo son el nivel socioeconómico, factor importante en el tema de la discapacidad en Chile, ya que según la encuesta nacional realizada por Zondek et al (2004), en Chile, la discapacidad es dos veces más frecuente en los niveles socioeconómicos más bajos que en la población con condiciones socioeconómicas no bajas. Desde esta perspectiva se comprenden los resultados hallados en este trabajo acerca de que en Chile se encontraron estilos de crianza más “negativos” en comparación con España.

Con respecto a la relación entre cultura y psicopatología, el presente trabajo encontró que los participantes chilenos muestran mayores puntuaciones en las escalas que evalúan la psicopatología (agresividad, ansiedad atípica, depresión, hiperactividad, retraimiento y somatización) en comparación con los participantes españoles. Estos resultados apoyan lo planteado por De la Barra et al. (2012) quien halló que los niños y

adolescentes de desarrollo típico chilenos presentaban una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, siendo uno de los más prevalentes los trastornos disruptivos. En cuanto a la población con discapacidad intelectual, nosotros no hemos encontrado estudios que aborden la psicopatología en la población que tiene esta condición en Chile. Los hallazgos de este trabajo acerca de hiperactividad difieren con otros investigadores que señalan que las minorías étnicas afroamericanas e hispanas presentan menos sintomatología de hiperactividad que la población americana (Morgan et al., 2013). En la base de esta divergencia puede estar presente el hecho de que la población estudiada en este trabajo tiene discapacidad intelectual, condición que se asocia a mayor psicopatología. En relación a la ansiedad nuestro trabajo encontró que los participantes chilenos presentan mayores puntuaciones en esta escala en comparación con los participantes españoles, se puede decir que la mayoría de los estudios coinciden en que las poblaciones afroamericanas y latinoamericanas muestran mayor tendencia a la ansiedad (Compton et al., 2000; Vicente et al., 2012). Por otro lado los resultados de esta investigación también concuerdan con la literatura que indica que los niños y adolescentes latinos americanos muestran mayor tendencia a la depresión (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela, 2007; Mantilla et al., 2004). En cuanto a la somatización la presente investigación apunta a que los participantes chilenos muestran mayor tendencia a este trastorno que los participantes españoles. Este resultado converge con lo señalado de que en Latinoamérica hay mayor presencia de síntomas somáticos (Fullerton et al., 2000; Gureje et al., 1997). No obstante difiere con lo encontrado por Romero-Acosta et al. (2013) quienes no hallaron diferencias entre la población catalana y las minorías étnicas latinoamericanas en relación a los síntomas somáticos. Esta diferencia entre ambas investigaciones puede deberse a que la investigación realizada por Romero-Acosta et al (2013) se realizó con una población de inmigrante latinos que probablemente han experimentado el proceso de aculturación. Además es oportuno tener presente que si los estilos de crianza de los participantes chilenos tienden a la sobreprotección y favoritismo, es posible que los participantes también muestren mayor tendencia a la somatización, ya que se ha mencionado en el apartado teórico de este trabajo, la sobreprotección es uno de los estilos parentales que más se asocia con los síntomas somáticos.

Se podría decir que este trabajo apoya lo encontrado por los autores antes mencionados acerca de que en poblaciones latinas y afroamericanas tienen mayor predisposición a la

presencia de psicopatología, lo que podría estar estrechamente relacionado con el hecho de que tanto los participantes latinos como afroamericanos tienen menor acceso a recursos que propicien una adecuada salud mental. Por otro lado hay que tener en cuenta que los resultados de esta investigación pueden encontrarse influenciados por la particularidades de la muestra estudiada, ya que como se mencionó anteriormente la condición de discapacidad intelectual se asocia a la manifestación de psicopatología.

6.2 Nivel socioeconómico y su relación con los estilos de crianza y la psicopatología

El segundo objetivo del presente trabajo buscaba determinar si existía relación entre el nivel socioeconómico y los estilos de crianza. Los resultados muestran que el nivel socioeconómico bajo y medio-bajo se asocia positivamente con los estilos de crianza más desfavorables de sobreprotección y favoritismo. Estos datos concuerdan con la literatura que indica que los niveles socioeconómicos bajos presentan estilos de crianza considerados “negativos” o inadecuados (Marin, et al., 2012; Melis et al., 2001; Oliva et al., 2008). La utilización de estilos de crianza más “negativos” por parte de los progenitores que pertenecen a los estratos económicos más bajo, puede explicarse por el hecho de que este grupo tiene menos nivel educativo, por ello suelen usar estrategias parentales más concretas como lo son el exceso de control por ejemplo.

En relación a la psicopatología, los resultados de este estudio mostraron que el nivel socioeconómico bajo y medio-bajo se relaciona positivamente con los trastornos internalizados y externalizados. Dicho de otra manera el presente trabajo halló una estrecha relación entre la presencia de psicopatología en niños y adolescentes y niveles socioeconómicos bajos. En concordancia con los resultados de este trabajo, autores indican una asociación entre los niveles socioeconómicos bajo y la ansiedad (Horwath y Weissman, 1995; Pine et al. 1998; Lemstra et al., 2008). Por otro lado la depresión también se relaciona con los estatus socioeconómicos bajos (Bird et al., 1988; Costello et al., 1996; Mantilla et al., 2004). Lo mismo sucede con la somatización, la agresividad y la hiperactividad (Kvist et al., 2013; Montiel- Navas et al., 2002; Nagin y Tremblay, 2001; Neeleman et al., 2001; Vitaro et al., 2006). Se puede decir que hay un acuerdo en la importancia que tiene el nivel socioeconómico en la presencia de la psicopatología. Tanto el presente estudio como las investigaciones mencionadas parecen

sugerir que la relación entre el Nivel socioeconómico bajo y la psicopatología presenta cierto grado de “universalidad”

6.3 Estilos de crianza asociados a la variable grupo

En la presente investigación se ha verificado parcialmente la hipótesis planteada previamente acerca de que las condiciones de síndrome de Down y discapacidad intelectual de etiología desconocida se relacionaban positivamente con los estilos de crianza de sobreprotección y favoritismo, ya que los resultados indican que se manifiesta una relación negativa entre el estilo de sobreprotección y el síndrome de Down, dicho en otras palabras se presenta menor sobreprotección en el grupo con síndrome de Down en comparación con el grupo con D.I idiopática y el grupo sin discapacidad. Lo hallado en el presente trabajo se contrapone al postulado que señala que los niños y adolescentes con síndrome de Down presentan estilos de crianza más sobreprotectores (Gau et al., 2008). En contraposición, el resultado de este estudio cobra sentido desde la perspectiva que refiere que los padres con hijos con síndrome de Down tienen una visión más positiva de la crianza en comparación con otros síndromes que causan discapacidad intelectual (Hodapp et al., 2003). En esta misma línea los niños y adolescentes con síndrome de Down muestran una relación más cercana con su progenitora en comparación con los niños y adolescentes con autismo Abbeduto et al. (2004).

Creemos que lo encontrado en la presente investigación puede deberse a que los padres de niños con síndrome de Down cuenta con mayor apoyo en comparación con la discapacidad idiopática, están mejor informados acerca de la condición de su hijo y como se ha comentado tienen una visión más positiva sobre la crianza, además cuentan con más soporte psicológico incluso que los padres de los niños y adolescentes sin discapacidad. Asimismo hay que tener presente que algunos padres conocen la condición de su hijo incluso antes del nacimiento gracias a las pruebas prenatales, lo que les permite afrontar de mejor manera la crianza en comparación, por ejemplo, con la discapacidad intelectual idiopática en donde los padres no poseen un diagnóstico claro, por lo que no tienen información acerca de las pautas de crianza que deben seguir.

Se considera pertinente indicar que el síndrome de Down es uno de los síndromes genéticos más estudiado y conocido, lo que ha conllevado a que exista un amplio conocimiento sobre la condición. Esta situación ha generado que la mayoría de los

niños y adolescentes que manifiestan este síndrome asistan a escuelas ordinarias. En este sentido hay que destacar que el 56,8% de la muestra con síndrome de Down estudiada en la presente investigación asistía a instituciones de educación ordinaria, contexto que a nuestro parecer contribuyó que se evidenciaran estilos de crianza menos sobreprotectores en esta población específicamente.

6.4 La psicopatología infanto-juvenil y su relación con los estilos de crianza y el grupo

Los resultados de este trabajo muestran que los estilos de crianza de sobreprotección y rechazo se asocian positivamente con la psicopatología infanto-juvenil. Los hallazgos de la presente investigación señalan que la ansiedad, la depresión y la somatización se relacionan positivamente con los estilos de crianza de sobreprotección y rechazo. Diversos trabajos apoyan los hallazgos de la presente investigación indicando que el rechazo parental se asocia significativamente con la ansiedad y la depresión (Gruner, Muris y Merckelbach, 1999; Oliver y Whiffen, 2003). Asimismo el estilo parental de sobreprotección también se relaciona con la ansiedad y la depresión (Hudson y Rapee, 2005; Burbach, Kashani y Rosenberg, 1989). En relación a la somatización, ésta se asocia con la sobreprotección (Serra, Jané y Bonillo 2013).

En este estudio los trastornos de tipo externalizado como la agresividad, la hiperactividad y los problemas de conducta también se han asociado con los estilos de crianza de sobreprotección y rechazo. Estos hallazgos concuerdan con lo planteado por investigaciones que refieren que la agresividad, hiperactividad y los problemas de conducta tienen relación con los estilos de crianza más negativos como por ejemplo el rechazo y estilos más coercitivo (Gau y Chang, 2013; Morrell y Murray, 2003; Russell et al., 2003).

También se halló en el presente trabajo que la sobreprotección se asocia con la atipicidad y el rechazo con los problemas de atención. En cuanto a la atipicidad no hemos encontrado estudios que hayan relacionado este constructo y los estilos de crianza. Por otro lado la inatención suele estar asociada con los estilos de rechazo (Gau, 2007; Gau et al., 2010). Además se puede decir que las relaciones entre madres e hijos que plantean sobreprotección y demasiada autoridad se vinculan con la presencia de conductas de inatención en los hijos (Gau y Chang, 2013). Por consiguiente se podría

sugerir que la utilización de estilos de crianza “negativos” favorece la presencia de psicopatología en niños y adolescentes (Yahav, 2006; Barry, Frick y Grafeman, 2008).

Por otro lado es interesante señalar que de manera análoga el estilo de rechazo también correlacionó positivamente con la escala de liderazgo. Los resultados que más se asemejan son los encontrados en Asia, donde el estilo autoritario se relaciona con las habilidades académicas Chiu, 1987; Dornbusch et al., 1987; Lin y Fu, 1990; Liu et al., 2005; Steinberg et al., 1992). No obstante no se encontraron investigaciones que pudieran respaldar la asociación entre el liderazgo y el estilo parental de rechazo. Este resultado en particular parece indicar que en el liderazgo pudiera jugar un papel importante la cultura. Además la edad de los participantes pudiera ser un factor que se encuentra relacionado, ya que los padres en la etapa escolar usan estrategias de crianza más concretas y directivas para la consecución de logros académicos.

Con respecto al calor emocional la presente investigación encontró que este estilo se asocia positivamente con el perfil adaptivo y además se relaciona negativamente con los problemas de atención, esto quiere decir que a mayor calor emocional menor es la puntuación en la escala de problemas de atención. El calor emocional y los estilos de crianza democráticos propician la autonomía y un adecuado ajuste social en niños y adolescentes (Baumrind, 2005; Prevatt, 2003; Oliva et al., 2007) además pueden ser un factor mediador para la disminución de la psicopatología como se ha hallado en el presente trabajo. Por tanto se puede indicar que la utilización de estilos de crianza más favorables o “positivos” desarrolla la presencia de habilidades adaptativas que sirve para un adecuado ajuste social. Asimismo los estilos de crianza más “positivos” pueden ser un recurso importante para disminuir la presencia de psicopatología en niños y adolescentes.

En relación a la discapacidad intelectual idiopática los resultados de este trabajo indican que este grupo presenta mayor tendencia a la psicopatología en comparación el grupo sin discapacidad. Este hallazgo es concordante con la bibliografía que sugiere que la condición de discapacidad intelectual se encuentra asociada con la psicopatología (De Ruiter et al., 2007; Emerson, 2003; Tremblay et al., 2010). Los niños y adolescentes con discapacidad intelectual presentan más trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Emerson, 2003; Stromme y Diseth, 2000). Mayor tendencia a la agresión (Crocker et al., 2006), ansiedad (Breretón et al., 2006), depresión (Dekker y

Koot, 2003), somatización (Kuwabara et al., 2007), atipicidad y retraimiento (Bradley et al., 2004). Nosotros consideramos que la discapacidad intelectual de etiología desconocida es una condición que manifiesta mayores conductas psicopatológicas en comparación con otros tipos de discapacidades intelectuales, ello podría atribuirse a que aún se desconocen los patrones de comportamientos específicos de esta población.

Por otro lado en este trabajo la condición de síndrome de Down se relacionó positivamente con el TDAH en sus dos dimensiones y negativamente con la ansiedad. La población con síndrome de Down presenta más prevalencia de TDAH en sus diferentes subtipos (Hernández, Pastor y Navarro, 2011). Los resultados de esta investigación se contraponen con otros estudios que señalan que en el síndrome de Down se presenta mayor nivel de ansiedad (Capone, Goyal, Ares y Lannigan, 2006). Como mencionamos anteriormente en este apartado, más de la mitad de los participantes con síndrome de Down asistían a instituciones de educación ordinaria, lo que puede relacionarse con la menor puntuación en la escala de ansiedad que presento este grupo en comparación con el grupo sin discapacidad, ya que las instituciones educativas son un agente modulador de conducta, además hay que tener en cuenta que este trabajo halló que los padres del grupo con síndrome de Down se mostraron menos sobreprotectores comparados con la condición de DI idiopática y grupo sin discapacidad respectivamente. Ello pudiera asociarse con el resultado en la escala de ansiedad, ya que como se ha visto a lo largo de este trabajo la presencia de ansiedad guarda una estrecha relación con la sobreprotección.

Con respecto a las habilidades adaptativas nuestro estudio encontró que ambos grupos (Síndrome de Down y DI idiopática) presentaban puntuaciones más bajas en este perfil en comparación al grupo sin discapacidad. Los hallazgos de este trabajo se corresponden con la definición de discapacidad intelectual que señala que esta condición se caracteriza por un déficit importante en las habilidades adaptativas (Schalock et al., 2010). Teniendo en cuenta que las habilidades adaptativas se encuentran determinadas por características personales (cognitivas, emocionales y sociales) (Burchinal, Roberts, Zeisel y Rowley, 2008). Por tanto, se consideran esperables los resultados encontrados en este trabajo en relación a las habilidades adaptativas en los grupos con discapacidad intelectual.

6.5 Aportaciones clínicas

Esta tesis doctoral tiene sus mayores implicaciones en el ámbito clínico, específicamente en las áreas de prevención e intervención. Poniendo de manifiesto la relevancia de cultura en los estilos de crianza y la psicopatología en la población con discapacidad intelectual.

A pesar de la importancia de la cultura, la mayoría de los trabajos evalúan las diferencias culturales por medio de las minorías étnicas establecidas en un país predominante, las cuales ya han tenido un proceso de aculturación, por lo que los grupos étnicos no son valorados en su contexto cultural, sino que se encuentran influenciados por el país en el que están insertos. Dicho de otra manera la visión, creencias y valores están mediados por otra cultura que no es su cultura de origen.

Por el contrario la presente investigación valoró la psicopatología y los estilos de crianza en los contextos culturales de origen, lo que permite visualizar las diferencias que presenta cada país. En consecuencia, las estrategias de prevención e intervención podrán tomar en cuenta las diferencias culturales y desarrollar programas que estén en concordancia con las necesidades y recursos que cuenta cada uno de los países, creando un modelo específico que se relaciona con el contexto cultural en que se está inmerso.

Por otro lado los resultados de esta tesis indican que el nivel socioeconómico es importante, ya que tiene relación directa tanto con los estilos de crianza como con la psicopatología, primordialmente el status socioeconómico bajo, este estrato se asoció positivamente con los estilos de crianza más inadecuados (sobrepotección y favoritismo) y con la psicopatología. El nivel socioeconómico reviste un papel importante al momento de desarrollar un programa de habilidades parentales, debido a que el estrato socioeconómico se encuentra entre los factores que están estrechamente relacionados con la eficacia de la intervención parental, el estrato bajo se asocia con la falta de eficacia de estos programas, por lo que se considera importante tener en cuenta esta variable al momento de realizar una intervención.

En relación a la psicopatología la mayoría de los programas de prevención e intervención se basan en la modalidad de intervención breve (Bond y Dryden, 2002) obteniendo resultados eficaces iguales o superiores a los programas con mayor tiempo de duración. Sin embargo estos programas no toman en cuenta los factores sociales que pueden relacionarse fuertemente con la psicopatología, como lo es el nivel

socioeconómico, por lo que se plantea que en primer lugar se enseñe estrategias de resiliencia a las familias que presentan vulnerabilidad social, para posteriormente abordar la psicopatología en los niños y adolescentes a través de una intervención de modalidad breve.

Con respecto a las habilidades parentales de los padres que tienen un hijo con discapacidad intelectual se cree importante potenciar las habilidades parentales en estos grupos vulnerables, debido a que los padres que tienen hijos con esta condición manifiestan dudas acerca del desarrollo socio-afectivo de sus hijos, por lo que se considera fundamental fortalecer las habilidades parentales de los padres con hijos que tienen discapacidad intelectual entre los 8 y 18 años de edad. Cabe señalar que este estudio halló que los padres de hijos con síndrome de Down presentaban menos sobreprotección en comparación con la discapacidad de etiología desconocida y niños y adolescentes de desarrollo típico, lo que puede estar estrechamente relacionado con que las familias que tienen un hijo con síndrome de Down cuentan con mayor información acerca de la condición en sí y mayor apoyo psicológico y social en comparación con los otros tipo de discapacidades intelectuales. La situación de los padres de hijos con síndrome de Down subraya lo fundamental que resulta contar con información y el apoyo multidisciplinario de profesionales desde el nacimiento.

Esta investigación también halló que la discapacidad intelectual de etiología desconocida presenta una asociación con la psicopatología, lo que es muy importante, debido a que la mayoría de los casos con discapacidad intelectual aun no tienen un diagnóstico preciso, por lo que conocer esta asociación permite elaborar planes de prevención e intervención de la psicopatología de acuerdo a las necesidades cognitivas de este grupo en particular, enfocándose en las diferencias conductuales que presenta este grupo, ya que la mayoría de los programas engloban todas las discapacidades intelectuales dentro de un misma categoría, obviando las diferencias genéticas y conductuales que manifiestan las diferentes condiciones de DI idiopática las cuales pudieran estar relacionadas con la presencia de psicopatología. Además el no tener un diagnóstico preciso genera en los padres un nivel de ansiedad alto que puede asociarse con estilos parentales deficientes. Por lo que se cree conveniente prestar una mayor atención a las familias que no tienen un diagnóstico preciso.

Para finalizar es importante recalcar que este trabajo puso de manifiesto la importancia de los estilos de crianza y la psicopatología en un grupo en el que recientemente se está prestando atención, la importancia de abordar al grupo con DI entre los 8 y 14 años de edad es fundamental, ya que este rango de edad abarca periodos del desarrollo crítico. Además esta investigación avala los resultados encontrados en estudios previos acerca de la relación entre los estilos de crianza y la psicopatología. En definitiva este trabajo valoró la psicopatología y los estilos de crianza de una manera global, tomando en cuenta elementos importantes como lo son el nivel socioeconómico y la cultura, factores que en la mayoría de los casos son abordados de forma aislada y no como parte fundamental del desarrollo.

6.6 Limitaciones

Las principales limitaciones de este trabajo tienen que ver con los instrumentos de evaluación, ya que si bien los instrumentos se encontraban validados en población española, no se encuentran adaptados y validados en población chilena, la importancia de este proceso radica en que cada cultura tiene sus características particulares e idiosincrasia que se deben tomar en cuenta (Muñiz y Hamblenton, 1996), por lo que se considera importante validar el EMBU.P y el BASC-P en esta población

Otra limitación importante es haber contado sólo con la información abordada en los test, hubiera sido interesante haberla podido complementar con una entrevista, pero esto fue inviable en el presente trabajo debido a que las instituciones explicitaron lo complejo que resultaba aplicar entrevista a una población tan específica y de un tema tan delicado como lo es los estilos parentales

Además hubiera resultado más enriquecedor contar con la visión de los dos progenitores, ya que eso nos hubiera permitido aportar mayor información acerca de la relación entre los estilos de crianza y la psicopatología.

Por último se considera importante mencionar que el presente trabajo no evaluó el efecto que tiene la escolaridad en los estilos de crianza, pudiendo ser este un factor mediador en la manifestación de ciertos estilos de crianza más favorables y en la presencia de psicopatología.

6.7 Futuras líneas de investigación

Las líneas de investigación a nuestro parecer debieran ir enfocadas a aquellos factores contextuales que favorecen la integración de las personas con discapacidad y sus familias. En este caso se considera pertinente evaluar la relación entre la escolaridad inclusiva y los estilos parentales, ya que al parecer los padres que ponen en práctica los estilos de crianza más “positivos” propician mayor integración social y educativa de los hijos con discapacidad intelectual, sin embargo no hay suficiente información con respecto a la relación entre los estilos parentales y la escolaridad en esta población, teniendo en cuenta que tanto los estilos de crianza como el proceso de escolarización son agentes fundamentales en la socialización de niños y adolescentes.

Por otro lado es importante realizar mayores investigaciones que estudien el papel de la familia y de las prácticas parentales en la promoción de habilidades adaptativas, dado que desarrollar las habilidades adaptativas en esta población permite mejor desarrollo social.

Además se cree oportuno estudiar cuales son aquellos factores protectores familiares que promueven la disminución de conductas psicopatológicas en niños y adolescentes con discapacidad intelectual, ya que si se logra identificar aquellos elementos familiares que propician la disminución de conductas psicopatológicas se puede potenciar y desarrollar estos elementos en las familias que manifiesten mayor presencia de psicopatología en los hijos con discapacidad intelectual.

En síntesis se puede decir que aún queda muchas aristas que profundizar en el tema de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual y sus familias, pero a medida que seamos conscientes de lo fundamental que resulta realizar trabajos e investigaciones en esta área que nos permitan identificar los mecanismos sociales y familiares que fomentan un adecuado desarrollo de los niños y adolescentes que presentan esta condición, se podrá mejorar la calidad de vida de los jóvenes y su entorno cercano.

7. Conclusiones

Tanto de la literatura revisada como de los resultados obtenidos en el presente trabajo se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Los participantes Chilenos presentan estilos de crianza más desfavorables y mayor manifestación de la psicopatología en niños y adolescentes en comparación con España.
- Los niveles socioeconómicos más bajos se asocian a estilos de crianza más “negativos” y a más psicopatología en niños y adolescentes.
- Este trabajo encontró que se presenta menor sobreprotección en los participantes que tienen la condición de síndrome de Down con respecto a los participantes con discapacidad de etiología desconocida y al grupo sin discapacidad. La literatura indica resultados diversos en esta temática. Por lo que se considera pertinente realizar mayores investigaciones que tomen en cuenta el papel que juega la escolaridad en los estilos de crianza de esta población.
- Los estilos de crianzas de rechazo y sobreprotección se asocian con mayor psicopatología, aunque hay que poner de manifiesto que en esta investigación también se relacionó con el liderazgo. Por otro lado el estilo de crianza de calor emocional se asocia con la presencia de habilidades adaptativas y menos problemas de atención.
- La discapacidad intelectual idiopática se asocia con la presencia de mayor psicopatología. En tanto el síndrome de Down se asocia con la hiperactividad y los problemas de atención. Además este síndrome se relaciona con menos ansiedad que la población general.
- Las condiciones de discapacidad intelectual idiopática y síndrome de Down presentan menos habilidades adaptativas en comparación con los niños y adolescentes de desarrollo típico.

8. Referencias Bibliográficas

- Abbag, F. I. (2006). Congenital heart diseases and other major anomalies in patients with Down syndrome. *Saudi Medical Journal*, 27, 219-222.
- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G. y Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down Syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 237-254.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301. doi: 10.1037/0033-2909.85.6.1275.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5º edición (DSM-5)*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angold, A. y Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4, 5-28. doi: 10.1017/S0954579400005538.
- Angold, A., Costello, E. J. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87. doi: 10.1111/1469-7610.00424.
- Asarnow, J. R., Thompson, M., Hamilton, E. B., Goldstein, M. J. y Guthrie, D. (1994). Family-expressed emotion, childhood onset schizophrenia spectrum disorders: Is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 129-146. doi: 10.1007/BF02167896.

- Assis, S. G., Avanci, J. Q. y Oliveira, R. D. V. C. D. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de Saúde Pública*, 43, 92-100. doi: 10.1590/S0034-89102009000800014.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C. y Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. En J. R. Z. Abela, y B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 6 –32). New York, NY: Guilford Press.
- Baer, J. (1999). The effects of family structure and SES on family processes in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 22, 341-354. doi: 10.1006/jado.1999.0226
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A. y Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal of Mental Retardation*, 107, 433-444.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191.
- Barry, C. T., Frick, P. J. y Grafeman, S. J. (2008). Child versus parent reports of parenting practices implications for the conceptualization of child behavioral and emotional problems. *Assessment*, 15, 294-303. doi: 10.1177/1073191107312212.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103. doi: 10.1037/h0030372.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance abuse. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95. doi: 10.1177/02724316911111004
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405-414. doi: 10.2307/585170.
- Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 108, 61-69. doi: 10.1002/cd.128

- Bermejo-Sánchez, E., Cuevas, L., Periférico del ECEMC, G. y Martínez-Frías, M. L. (2011). Informe anual del ECEMC sobre vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España: Datos del periodo 1980-2010. *Revista de Dismorfología y Epidemiología*. Serie VI, 84-121.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Wozniak, J., Chen, L., Ouellette, C., ... y Lelon, E. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity?. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 35, 997-1008. doi: 10.1097/00004583-199608000-00010.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., ... y Reed, E. (1995). Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 464. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950180050007.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., ... y Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360068010.
- Bonamico, M., Mariani, P., Danesi, H. M., Crisogianni, M., Failla, P., Gemme, G., ... y Romano, C. (2001). Prevalence and clinical picture of celiac disease in Italian Down syndrome patients: a multicenter study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 33, 139-143.
- Bond, F.W. y Dryden, W. (Eds.) (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. Chichester: Wiley
- Bradley, E. A., Summers, J. A., Wood, H. L. y Bryson, S. E. (2004). Comparing rates of psychiatric and behavior disorders in adolescents and young adults with severe intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 151-161. doi: 10.1023/B:JADD.0000022606.97580.19.
- Braza, P., Carreras, R., Muñoz, J. M., Braza, F., Azurmendi, A., Pascual-Sagastizábal, E., ... y Sánchez-Martín, J. R. (2013). Negative maternal and paternal parenting

- styles as predictors of children's behavioral problems: Moderating effects of the child's sex. *Journal of Child and Family Studies*, 1-10. Doi: 10.1007/s10826-013-9893-0.
- Breretón, A. V., Tonge, B. J. y Einfeld, S. L. (2006). Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 863-870. doi: 10.1007/s10803-006-0125-y.
- Brody, G. H., Ge, X., Kim, S. Y., Murry, V. M., Simons, R. L., Gibbons, F. X., ... y Conger, R. D. (2003). Neighborhood disadvantage moderates associations of parenting and older sibling problem attitudes and behavior with conduct disorders in African American children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 211. doi: 10.1037/0022-006X.71.2.211.
- Burbach, D. J., Kashani, J. H. y Rosenberg, T. K. (1989). Parental bonding and depressive disorders in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 417-429. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00255.x.
- Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Zeisel, S. A. y Rowley, S. J. (2008). Social risk and protective factors for African American children's academic achievement and adjustment during the transition to middle school. *Developmental Psychology*, 44, 286. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.286.
- Campo, J. V. y Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 33, 1223-1235. doi: 10.1097/00004583-199411000-00003.
- Capone, G., Goyal, P., Ares, W. y Lannigan, E. (2006). Neurobehavioral disorders in children, adolescents, and young adults with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 142C, 158-172. doi: 10.1002/ajmg.c.3009.
- Cardo, E., Servera, M. y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-14.

- Caron, C. y Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080. doi: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb00350.x.
- Carrasco, M. Á. y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4, 7-38.
- Carrasco, X., Daiber, F., Rothhammer, P., Huerta, D., Andrade, C., Opazo, P., ... y Aboitiz, F. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños aymara: primera aproximación clínica. *Revista Médica de Chile*, 140, 1409-1416. doi: 10.4067/S0034-98872012001100005.
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.002.
- Castro, J., de Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W. y Toro, J. (1997). Assessing rearing behavior from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 230-235. doi: 10.1007/BF00788243.
- Catassi, C. (2005). El mapa mundial de la enfermedad celíaca. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 35, 46-55.
- Carrasco, M. Á. y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4, 7-38.
- Chao, R. K. (1994). Beyond parental control and authoritarian parenting style: Understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child Development*, 65, 1111-1119. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00806.x
- Chao, R. K. (1996). Chinese and European American mothers' beliefs about the role of parenting in children's school success. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27, 403-423. doi: 10.1177/0022022196274002.
- Chao, R. K. (2001). Extending research on the consequences of parenting style for Chinese Americans and European Americans. *Child Development*, 72, 1832-1843. doi: 10.1111/1467-8624.00381.

- Chiu, L. H. (1987). Child-rearing attitudes of Chinese, Chinese-American, and Anglo-American mothers. *International Journal of Psychology*, 22, 409-419. doi:10.1080/00207598708246782.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20. doi: 10.1037/0022-006X.70.1.6.
- Cobas, M., Zacca, E., Lantigua, P. A., Portuondo, M., Morales, F. y Icart, E. (2011). Caracterización epidemiológica y social de las personas con discapacidad intelectual en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37, 34-43. Recuperado diciembre 3 de 2013 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662011000100005&script=sci_artext.
- Compton, S. N., Nelson, A. H. y March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046. doi: 10.1097/00004583-200008000-00020.
- Connolly, S. D. y Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 267-283. doi: 10.1097/01.chi.0000246070.23695.06.
- Cooper, P. J. y Goodyer, I. (1993). A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 369-374. doi:10.1192/bjp.163.3.369.
- Gau, S. S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 688-696. doi: 10.1080/00048670701449187
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A. y Worthman, C. M. (1996). The great smoky mountains study of youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of*

- General Psychiatry*, 53, 1129-1136. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830120067012
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
- Côté, S., Vaillancourt, T., LeBlanc, J. C., Nagin, D. S. y Tremblay, R. E. (2006). The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 68-82. doi: 10.1007/s10802-005-9001-z.
- Cova, S. F., Melipillán, A. R., Valdivia, P. M., Bravo, G. E. y Valenzuela, Z. B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 151-159. doi: 10.4067/S0370-41062007000200005
- Crespo, M., Campo, M. y Verdugo M. A. (2003). Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Un largo camino recorrido. *Siglo Cero*, 34, 20-26.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. y Roy, M.E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 652-661. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. y Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27. doi: 10.1001/archpsyc.57.1.21.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487.
- Daunhauer, L. A. y Fidler, D. J. (2011). The Down syndrome behavioral phenotype: Implications for practice and research in occupational therapy. *Occupational Therapy In Health Care*, 25, 7-25. doi:10.3109/07380577.2010.535601.

- De la Barra M, F., Toledo D, V. y Rodríguez T, J. (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: Desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42, 259-272. doi: 10.4067/S0717-92272004000400003.
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., y Melipillán, R. (2012). Estudios de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile: Estado actual. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23, 521-529
- De Ruiter, K. P., Dekker, M. C., Verhulst, F. C. y Koot, H. M. (2007). Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 498-507. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01712.x
- Dekker, M. C. y Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II: Child and family predictors. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 42, 923-931. doi: 10.1097/01.CHI.0000046891.27264.C1.
- Domènech, M. M., Donovick, M. R. y Crowley, S. L. (2009). Parenting styles in a cultural context: observations of “Protective Parenting” in first - generation latinos. *Family Process*, 48, 195-210. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01277.x
- Domènech-Llaberia, E., Jané, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G. y Garralda, E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 43, 598-604. doi: 10.1097/00004583-200405000-00013.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F. y Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244-1257. doi: 10.2307/1130618.
- Dumas, J. E. y LaFreniere, P. J. (1993). Mother - child Relationships as sources of support or stress: A comparison of competent, average, aggressive, and anxious dyads. *Child Development*, 64, 1732-1754. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb04210.x.

- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. y Serketich, W. J. (1995). " Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 104-113. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.104.
- Dwairy, M., Achoui, M., Abouserie, R. y Farah, A. (2006). Adolescent-family connectedness among Arabs: A second cross-regional research study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *37*, 248-261. doi: 10.1177/0022022106286923.
- Dykens, E. M. (2000). Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 407-417. doi: 10.1111/1469-7610.00626.
- Dykens, E. M. y Kasari, C. (1997). Maladaptive behavior in children with Prader-Willi syndrome, Down syndrome, and nonspecific mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, *102*, 228-237.
- Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinnon, A., Hofer, S. M., Taffe, J., Gray, K. M., ... y Tonge, B. J. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of the American Medical Association*, *296*, 1981-1989. doi:10.1001/jama.296.16.198.
- Ellis, B. y Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, *48*, 146-154. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819176d0.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *47*, 51-58. doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x
- Eron, L. D. Huesmann, L. R. (1984). The relation of prosocial behavior to the development of aggression and psychopathology. *Aggressive Behavior*, *10*, 201-211. doi: 10.1002/1098-2337(1984)10:3<201::AID-AB2480100304>3.0.CO;2-S

- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of anxiety disorders, 14*, 263-279. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00039-0.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Editorial Masson.
- Fanti, K.A. y Henrich, C.C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology, 46*, 1159-1175. doi: 10.1037/a0020659.
- Fisher, L. y Chalder, T. (2003). Childhood experiences of illness and parenting in adults with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 439-443. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00458-0.
- Fleitlich-Bilyk, B. y Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43*, 727-34. doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca
- Ford, T., Goodman, R. y Meltzer, H. (2003). The british child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 1203-1211. doi: 10.1097/00004583-200310000-00011.
- Frick, P. J. y Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology, 21*, 1111-1131. doi: 10.1017/S0954579409990071.
- Friedrich, W. N., Wilturner, L. T. y Cohen, D. S. (1985). Coping resources and parenting mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency, 90*, 130-139.
- Fritz, G. K., Fritsch, S. y Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 36*, 1329-1338. doi: 10.1097/00004583-199710000-00014.

- Fullerton, U. C., Florenzano, U. R. y Acuña, R. J. (2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Revista Médica de Chile*, *128*, 729-734. doi: 10.4067/S0034-98872000000700004.
- García, F. y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, *44*, 101-131.
- García, F. y Gracia, E. (2010). Que estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14. *Infancia y Aprendizaje*, *33*, 365-384. doi: 10.1174/021037010792215118.
- Gau, S. S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *41*, 688-696. doi: 10.1080/00048670701449187
- Gau, S. S. F. y Chang, J. P. C. (2013). Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *34*, 1581-1594. doi: 10.1016/j.ridd.2013.02.002.
- Gau, S. S. F., Chiu, Y. N., Soong, W. T. y Lee, M. B. (2008). Parental characteristics, parenting style, and behavioral problems among Chinese children with Down syndrome, their siblings and controls in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, *107*, 693-703. doi: 10.1016/S0929-6646(08)60114-X.
- Gau, S. S. F., Lin, Y. J., Shang, C. Y., Liu, S. K., Chiu, Y. N. y Soong, W. T. (2010). Emotional/behavioral problems and functional impairment in clinic-and community-based children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*, 521-532. doi: 10.1007/s10802-009-9381-6.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, *128*, 539-579. doi: 10.1037/0033-2909.128.4.539.
- Giles-Sims, J. y Lockhart, C. (2005). Culturally shaped patterns of disciplining children. *Journal of Family Issues*, *26*, 196-218. doi: 10.1177/0192513X04270414.

- Ginsburg, G. S., Silverman, W. K. y Kurtines, W. K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: A look ahead. *Clinical Psychology Review, 15*, 457-473. doi: 10.1016/0272-7358(95)00026-L.
- Giráldez, S. L. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo, 24*, 19-28.
- Glick, M. (1998). A developmental approach to psychopathology in people with mild mental retardation. En J. A. Burack, R. M. Hodapp y E. Zigler (Eds.) *Handbook of mental retardation and development*, (pp. 563-580). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J. y Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association, 279*, 1100-1107. doi:10.1001/jama.279.14.1100.
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology, 60*, 549-576. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085530.
- Grüner, K., Muris, P. y Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*, 27-35. doi: 10.1016/S0005-7916(99)00004-X.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. y Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry, 154*, 989-995.
- Hall, B. (1964). Mongolism in newborns. a clinical and cytogenetic study *Acta paediatrica. Supplementum, 154*, 1-95.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. y Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 128-140. doi: 10.1037/0021-843X.107.1.128

- Hanson, C. L., Henggeler, S. W., Haefele, W. F. y Rodick, J. D. (1984). Demographic, individual, and family relationship correlates of serious and repeated crime among adolescents and their siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 528-538. doi: 10.1037/0022-006X.52.4.528.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451. doi: 10.1157/13086324.
- Harrington R., (2001) Causal process in development and psychopathology, *British Journal of Psychiatry*, 179, 93-94. doi: 10.1192/bjp.179.2.93.
- Heber, R. (1961). Modifications in the manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 56, Monograph Supplement (Rev.).
- Hernández, M., Pastor, X. y Navarro, J. (2011). Attention deficit disorder with or without hyperactivity or impulsivity in children with Down's syndrome. *International Medical Review on Down Syndrome*, 15, 18-22. doi: 10.1016/S2171-9748(11)70006-X.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Kruesi, M. J. y Lenane, M. (1993). Factors affecting expressed emotion in parents of ill and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 103-112. doi: 10.1037/h0079395.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J. P., Keysor, C. S. y Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal Psychology and Psychiatry*, 32, 757-770. doi: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb01900.
- Hill, D. A., Gridley, G., Cnattingius, S., Mellekjaer, L., Linet, M., Adami, H. O., ... y Fraumeni Jr, J. F. (2003). Mortality and cancer incidence among individuals with Down syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 163, 705-711. doi:10.1001/archinte.163.6.705.
- Hodapp, R. M. (2008). Las familias de las personas con síndrome de Down: perspectivas, hallazgos, investigación y necesidades. *Revista Síndrome de*

Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down, 96, 17-32.

Hodapp, R. M. y Dykens, E. M. (2004). Studying behavioural phenotypes: Issues, benefits, challenges En E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson y T. Parmenter (Ed.), *International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities* (p. 203-220). England: John Wiley y Sons.

Hodapp, R. M., Ricci, L. A., Ly, T. M. y Fidler, D. J. (2003). The effects of the child with Down syndrome on maternal stress. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, 137–151. doi: 10.1348/026151003321164672.

Hollingshead, A.B. (1975). *Four-factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Yale University Press.

Horwath, E., y Weissman, M.M. (1995). Epidemiology of depression and anxiety disorders. En M. T. Tsuang, M. Tohen y G.E.P. Zahner (Eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology* (pp. 317-344). New York: Wiley.

Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2001). Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00107-8.

Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2005). Parental perceptions of overprotection: Specific to anxious children or shared between siblings?. *Behaviour Change*, 22, 185-194. doi:10.1375/behc.2005.22.3.185.

Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M. y Walder, L. O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 1120-1134. doi: 10.1037/0012-1649.20.6.1120.

Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14, 63-77.

Ilomäki, E., Hakko, H., Ilomäki, R. y Räsänen, P. (2012). Gender differences in comorbidity of conduct disorder among adolescents in Northern Finland.

- International journal of circumpolar health*, 71, 1-8.
doi:10.3402/ijch.v71i0.17393.
- Jahromi, L. B., Gulrud, A. y Kasari, C. (2008). Emotional competence in children with Down syndrome: Negativity and regulation. *Journal Information*, 113, 32-43.
doi: 10.1352/0895-8017(2008)113[32:ECICWD]2.0.CO;2.
- Janssens, K. A., Oldehinkel, A. J. y Rosmalen, J. G. (2009). Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 154, 918-923. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.12.023.
- Jensen, P. S., Shervette, R. E., Xenakis, S. N. y Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: New findings. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1203–1209.
- Kaminker, P. y Armando, R. (2008). Síndrome de Down: Primera parte: enfoque clínico-genético. *Archivos argentinos de pediatría*, 106, 249-259.
- Kendall, P. C., Hedtke, K. A. y Aschenbrand, S. G. (2006). Anxiety disorders. En D. A. Wolfe y E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 259–299). New York: Guilford.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00426-3.
- Kim, J. M. y Mahoney, G. (2004). The effects of mother's style of interaction on children's engagement implications for using responsive interventions with parents. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24, 31-38.
doi: 10.1177/02711214040240010301.
- Konstantareas, M. M. y Homatidis, S. (1989). Parental perception of learning-disabled children's adjustment problems and related stress. *Journal of abnormal child psychology*, 17, 177-186. doi: 10.1007/BF00913792.
- Krumm, G., Vargas Rubilar, J. y Gullón, S. (2013). Estilos parentales y creatividad en niños escolarizados. *Psicoperspectivas*, 12, 161-182. Recuperado Noviembre 13, 2013, de <http://www.psicoperspectivas.cl>.

- Kuwabara, H., Otsuka, M., Shindo, M., Ono, S., Shioiri, T. y Someya, T. (2007). Diagnostic classification and demographic features in 283 patients with somatoform disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*, 283–289. doi: 10.1111/j.1440-1819.2007.01664.
- Kvist, A. P., Nielsen, H. S. y Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*, *88*, 30-38. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.001.
- Lahey, B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A., & Riley, A. W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 23-48). New York: Plenum Press
- Lakhan, R. (2013). The coexistence of psychiatric disorders and intellectual disability in children aged 3–18 years in the Barwani district. India. *ISRN Psychiatry*, *2013*, 1-6. doi: 10.1155/2013/875873.
- Lanfranchi, S. y Vianello, R. (2012). Stress, locus of control, and family cohesion and adaptability in parents of children with Down, Williams, Fragile X, and Prader-Willi syndromes. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *117*, 207-224. doi: 10.1352/1944-7558-117.3.207
- Larson, S. A., Lakin, K. C., Anderson, L., Lee, N. K., Lee, J. H. y Anderson, D. (2001). Prevalence of mental retardation and developmental disabilities: Estimates from the 1994/1995 national health interview survey disability supplements. *American Journal on Mental Retardation*, *106*, 231-252.
- Last, C. G. y Strauss, C. C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, *29*, 31-35. doi: 10.1097/00004583-199001000-00006.
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D. y Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 983-998. doi: 10.1007/s00127-008-0388-z.

- Lemstra, M., Neudorf, C., D'arcy, C., Kunst, A., Warren, L. M. y Bennett, N. R. (2008). A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *Can J Public Health, 99*, 125-129.
- Lewinsohn, P. M. y Essau, C. A. (2002). Depression in adolescents. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 541–559). New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R. y Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 109- 117. doi: 10.1037/0021-843X.107.1.109.
- Lifford, K. J., Harold, G. T. y Thapar, A. (2008). Parent–child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 285-296. doi:10.1007/s10802-007-9177-5.
- Lin, C. Y. C. y Fu, V. R. (1990). A comparison of child - rearing practices among Chinese, immigrant Chinese, and Caucasian - American parents. *Child Development, 61*, 429-433. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02789.x
- Liu, M. y Guo, F. (2010). Parenting practices and their relevance to child behaviors in Canada and China. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 109-114. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00795.x.
- Liu, M., Chen, X., Rubin, K., Zheng, S., Cui, L., Li, D., ... y Wang, L. (2005). Autonomy-vs. connectedness-oriented parenting behaviours in Chinese and Canadian mothers. *International Journal of Behavioral Development, 29*, 489-495. DOI:10.1080/01650250500147063.
- Lizama, M., Retamales, N. y Mellado, C. (2013). Recomendaciones de cuidados en salud de personas con síndrome de Down: 0 a 18 años. *Revista médica de Chile, 141*, 80-89. DOI 10.4067/S0034 98872013000100011.
- Loeber, R. y Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14*, 497-523. doi: 10.1016/0272-7358(94)90015-9.

- López-Villalobos, J. A., Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, *16*, 402-407.
- Lorenz, K. (1976). *Sobre la agresión*. Madrid: Siglo XXI.
- Luckasson, R., Coulte, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., ...Stark, J.A. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of supports*. Washington, D.C.: Autor
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., ... & Tassé, M. J. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, *28*, 1006-1017. doi: 10.1037/0012-1649.28.6.1006.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4ª ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mantilla, L. F., Sabalza, L., Díaz, L. A. y Campos-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *33*, 163-171.
- Marantz, P. y García, C. (2008). Ecocardiografía fetal. *Revista Argentina de cardiología*, *76*, 392-398.
- Marder, E. y Dennis, J. (2001). Medical management of children with Down's syndrome. *Current Paediatrics*, *11*, 57-63. doi:10.1054/cupe.2000.0143.
- Marin, A. H., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R. y Tudge, J. R. (2012). Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia*, *17*, 05-13.

- Márquez-Caraveo, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L. y Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34, 443-449.
- Martinez, I. y Garcia, J. F. (2008). Internalization of values and self-esteem among Brazilian teenagers from authoritative, indulgent, authoritarian, and neglectful homes. *Adolescence*, 43, 13-29.
- Mégarbané, A., Ravel, A., Mircher, C., Sturtz, F., Grattau, Y., Rethoré, M. O., ... y Mobley, W. C. (2009). The 50th anniversary of the discovery of trisomy 21: the past, present, and future of research and treatment of Down syndrome. *Genetics in Medicine*, 11, 611-616. doi:10.1097/GIM.0b013e3181b2e34c.
- Melis, F., Dávila, M. D. L. Á., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. y Gloger, S. (2001). Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39, 132-139.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M. y Silva, P. A. (2001). Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Monguillot, M. (2012). *Estils Educatius i Ansietat Infantil: Un Model Conceptual basat en les diferències de gènere*. Tesis Doctoral no publicada. Bellaterra, España Universitat Autònoma de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/121597>.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. A., López, M., Salas, M., Zurga, J. R., Montiel-Barbero, I., ... y Cardozo, J. J. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología*, 35, 1019-24.
- Morgan, P. L., Staff, J., Hillemeier, M. M., Farkas, G. y Maczuga, S. (2013). racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis from kindergarten to eighth grade. *Pediatrics*, 132, 85-93. DOI: 10.1542/peds.2012-2390.
- Morrell, J. y Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2

- months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 489-508. doi: 10.1111/1469-7610.t01-1-00139.
- Morris, T. L. y March, J. S. (Eds.). (2004). *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mullick, M. S. (2002). Somatoform disorders in children and adolescents. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 28, 112-122.
- Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo: Revista del colegio oficial de psicólogos*, 66, 63-70.
- Muris, P. y Meesters, C. (2004). Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychological Reports*, 94, 1269-1275. doi: 10.2466/PRO.94.3.1269-1275.
- Muris, P., Meesters, C. y van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 171-183. doi: 10.1023/A:1022858715598.
- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: un análisis intercultural. *Anuario de psicología*, 31, 15-32.
- Nagin, D. S. y Tremblay, R. E. (2001). Analyzing developmental trajectories of distinct but related behaviors: a group-based method. *Psychological Methods*, 6, 18-34. doi: 10.1037/1082-989X.6.1.18.
- Nazer H, J., Cifuentes O, L., Ruiz B, G. y Pizarro, M. T. (1994). Edad materna como factor de riesgo para malformaciones congénitas. *Revista Médica de Chile*, 122, 299-303.
- Nazer H, J., Hubner G, ME, Cifuentes S, L., Ramírez C, R., Catalán M, J. y Ruiz B, G. (1991). Aumento de la Incidencia del Síndrome de Down y su posible relación con el incremento de la edad materna. *Revista Médica de Chile*, 119, 465-71.
- Nazer H, J., R Aguila, A. y Cifuentes O, L. (2006). Vigilancia epidemiológica del Síndrome de Down en Chile de 1972 a 2005. *Revista médica de Chile*, 134, 1549-1557. doi:10.4067/S0034-98872006001200009

- Nazer, J. y Cifuentes, L. (2011). Malformaciones congénitas en Chile y Latino América: Una visión epidemiológica del ECLAMC del período 1995-2008. *Revista médica de Chile*, 139, 72-78. doi: 10.4067/S0034-98872011000100010.
- Neeleman, J., Ormel, J. y Bijl, R. V. (2001). The distribution of psychiatric and somatic ill health: Associations with personality and socioeconomic status. *Psychosomatic Medicine*, 63, 239-247.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443. doi: 10.1037/0033-2909.115.3.424
- O'Connor, T. (2002). The effects of parenting reconsidered: findings, challenges and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 555- 572. doi: 10.1111/1469-7610.00046.
- Oliva, A., Parra, Á. y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente Parenting styles and adolescent adjustment. *Infancia y Aprendizaje*, 31, 93-106.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23, 1-10.
- Oliver, L. E. y Whiffen, V. E. (2003). Perceptions of parents and partners and men's depressive symptoms. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 621-635. doi: 10.1177/02654075030205003.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660. doi: 10.1037/0012-1649.16.6.644.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*: CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Pahl, J. y Quine, L. (1987). Families with mentally handicapped children. En J. Oxford (Ed.), *Coping with disorder in the family* (pp. 39–61). London: Croom Helm.

- Paschall, M. J., Ringwalt, C. L. y Flewelling, R. L. (2003). Effects of parenting, father absence, and affiliation with delinquent peers on delinquent behavior among African-American male adolescents. *Adolescence*, 38, 15-34.
- Patja, K., Pukkala, E., Sund, R., Iivanainen, M. y Kaski, M. (2006). Cancer incidence of persons with down syndrome in Finland: A population - based study. *International Journal of Cancer*, 118, 1769-1772. doi: 10.1002/ijc.21518
- Patterson, G. R. y Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 55, 1299-1307.
- Penelo, E. (2009). Cuestionarios de estilo educativo percibido por niños (EMBU-C), adolescentes (EMBU-A) y progenitores (EMBU-P): Propiedades psicométricas en muestra clínica española. Tesis Doctoral no publicada. Bellaterra, España Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pérez, J. I. y Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*. 28, 343-357. doi:10.1174/021093907782506434
- Perna, L., Bolte, G., Mayrhofer, H., Spies, G. y Mielck, A. (2010). The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city: an analysis with data from the city of Munich. *BMC Public Health*, 10, 199. doi:10.1186/1471-2458-10-199.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Von Knorring, L. y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265–274. doi:10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Lahey, B. B., Loeber, R., Green, S., Frick, P. J. y Rathouz, P. J. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 881-893. doi: 10.1037/0022-006X.67.6.881.

- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 56-64. doi:10.1001/archpsyc.55.1.56.
- Polaino-Lorente, A. y Domènech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: Results of the first study in Spain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *34*, 1007-1017. doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb01104.x
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J. y Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 942-948.
- Prevatt, F. F. (2003). The contribution of parenting practices in a risk and resiliency model of children's adjustment. *British Journal of Developmental Psychology*, *21*, 469-480. doi: 10.1348/026151003322535174
- Pueschel, S. M., Romano, C., Failla, P., Barone, C., Pettinato, R., Chiodo, A. C. y Plumari, D. L. (1999). A prevalence study of celiac disease in persons with Down syndrome residing in the United States of America. *Acta Paediatrica*, *88*, 953-956. doi: 10.1111/j.1651-2227.1999.tb00188.x
- Quine, L. y Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, *15*, 501-517.
- Quoss, B. y Zhao, W. (1995). Parenting styles and children's satisfaction with parenting in China and the United States. *Journal of Comparative Family Studies*, *26*, 265-280.
- Raya, A.F., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, *2*, 211-222.
- Redfield, R., Linton, R. y Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, *38*, 149-152. doi: 10.1525/aa.1936.38.1.02a00330

- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakis, B., Silverman, A.B., Frost, A. K. y Lefkowitz, E.S. (1993). Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 32, 1155-1163 doi: 10.1097/00004583-199311000-00007
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines. MN American Guidance Services.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones
- Richaud, M. C., Mestre, M. V., Lemos, V., Tur, A., Ghiglione, M. y Samper, P. (2013). La influencia de la cultura en los estilos parentales en contextos de vulnerabilidad social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31, 419-431.
- Roberts, J. E., Price, J. and Malkin, C. (2007). Language and communication development in Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 26–35. doi: 10.1002/mrdd.20136.
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, E. y Máiquez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18, 113-120.
- Rodríguez, A., Espín, B., González-Meneses, A., González, M., Pizarro, A. y Gómez de Terreros, I. (2010). Down celiac disease profile in Down syndrome patients. *Revista Médica Internacional Sobre el Síndrome de Down* 14, 3-9.
- Rodríguez, L., López, J. A., Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T. y Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*, 11, 251-270.
- Rodríguez, J. J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Pan Amer Health Org.
- Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Penelo, E., Zolog, T. C. y Domènech-Llaberia, E. (2013). Age and gender differences of somatic

- symptoms in children and adolescents. *Journal of Mental Health*, 22, 33-41. doi:10.3109/09638237.2012.734655.
- Romero-Acosta, K., Penelo, E., Noorian, Z., Ferreira, E. y Domènech-Llaberia, E. (2013). Racial/ethnic differences in the prevalence of internalizing symptoms: Do Latin-American immigrant show more symptomatology than Spanish native-born adolescents?. *Journal of Health Psychology*. 19, 381-392 doi: 10.1177/1359105312471568.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Rogoff, B., Mistry, J., Goncu, A., & Mosier, C. (1993). Guided participation in cultural activity by toddlers and caregivers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 236, 58, v-179. doi: 10.2307/1166109.
- Roizen, N. J. (2002). Medical care and monitoring for the adolescent with Down syndrome. *Adolescent Medicine*, 13, 345-358.
- Rubin, K. H., y Asendorpf, J. B. (Eds.). (1993). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Rudolph, K., Hammen, C., Daley, S. (2006). Adolescent mood disorders. En Wolfe, D. A. and Mash, E. J (Eds.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescence: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 300–342). New York: Guilford.
- Rushton, J. L., Forcier, M. y Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 41, 199-205. doi: 10.1097/00004583-200202000-00014
- Russell, A., Hart, C., Robinson, C. y Olsen, S. (2003). Children's sociable and aggressive behaviour with peers: A comparison of the US and Australia, and contributions of temperament and parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 74-86. doi: 10.1080/01650250244000038
- Schachar, R., Taylor, E., Wieselberg, M., Thorley, G. y Rutter, M. (1987). Changes in family function and relationships in children who respond to

methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 26, 728-732. doi: 10.1097/00004583-198709000-00019

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... y Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Scheerenberger, R. (1983). *A history of mental retardation: A quarter century of progress*. Baltimore: Brookes.

Schonberg, M. A. y Shaw, D. S. (2007). Risk factors for boy's conduct problems in poor and lower-middle-class neighborhoods. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 759-772. doi: 10.1007/s10802-007-9125-4

Serra, R., Jané, M. y Bonillo, A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. *Anales de Pediatría*, 79, 101-107.

Sheeber, L. y Sorensen, E. (1998). Family relationships of depressed adolescents: A multimethod assessment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 268-277. doi: 10.1207/s15374424jccp2703_4.

Silber, T. J. (2011). Somatization disorders: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics in Review*, 32, 56-64. doi: 10.1542

Slicker, E. K., Picklesimer, B. K., Guzak, A. y Fuller, D. (1998). The relationship of parenting style to older adolescent life-skills development. *Young*, 13, 227-245. doi: 10.1177/1103308805054211

Smiley, E. y Cooper, S. A. (2003). Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 62-71. doi: 10.1046/j.1365-2788.47.s1.26.x

Southam-Gerow, M. A. y Chorpita, B. F. (2007) Anxiety in Children and Adolescents. En E. J, Mash y R.A, Barkley (Ed.), *Assessment of childhood disorders*, (347-397). New York: The Guilford Press.

- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K. y Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 527-547. doi: 10.1007/BF00911106
- Steinberg, L., Blatt - Eisengart, I. y Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, *16*, 47-58. doi: 10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x
- Steinberg, L., Dornbusch, S. M. y Brown, B. B. (1992). Ethnic differences in adolescent achievement: An ecological perspective. *Annual Progress in Child Psychiatry y Child Development*, *47*, 723-729
- Sterling, A., Barnum, L., Skinner, D., Warren, S. F. y Fleming, K. (2012). Parenting young children with and without fragile X syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *117*, 194-206. doi: 10.1352/1944-7558-117.3.194.
- Stoll, C., Alembik, Y., Dott, B. y Roth, M. P. (1998). Study of Down syndrome in 238,942 consecutive births. *Annales de Genetique*, *41*, 44-51.
- Strømme, P. y Diseth, T. H. (2000). Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population - based study. *Developmental Medicine Child Neurology*, *42*, 266-270. doi: 10.1111/j.1469-8749.2000.tb00083.x
- Torralbas-Ortega, J., Arias-Núñez, E., Puntí-Vidal, J., Naranjo-Díaz, M. C. y Palomino-Escrivá, J. (2010). Perfil de los adolescentes con retraining social ingresados en una Unidad de Hospitalización Parcial de Salud Mental. *Enfermería Clínica*, *20*, 17-22. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.01.001
- Tremblay, K. N., Richer, L., Lachance, L. y Côté, A. (2010). Psychopathological manifestations of children with intellectual disabilities according to their cognitive and adaptive behavior profile. *Research in Developmental Disabilities*, *31*, 57-69. doi:10.1016/j.ridd.2009.07.016.

- Tuesca, R. D. J. y Navarro, E. (2003). Factores de Riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19-28.
- van Oort, F. V., van der Ende, J., Wadsworth, M. E., Verhulst, F. C. y Achenbach, T. M. (2011). Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and emotional and behavioral problems in youths. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 46, 167-172. doi: 10.1007/s00127-010-0191-5.
- Vandewater, E. y Lansford, J. (2005). A family process model of problem behaviors in adolescents. *Journal of Marriage and Family*, 67, 100–109. doi: 10.1111/j.0022-2445.2005.00008.x.
- Verdugo, M.A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25, 5-24.
- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34, 5-19.
- Verdugo, M.A. y Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41, 7-21.
- Vicente, B., de la Barra, F., Saldivia, S., Kohn, R., Rioseco, P. y Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1099-1109. doi: 10.1007/s00127-011-0415-3.
- Villalobos, J. A., Cruz, A. V. y Sánchez, P. R. (2004). Estilos parentales y desarrollo psicosocial en estudiantes de Bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, 119-129.
- Vitaro, F., Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M. y Tremblay, R. E. (2006). Do early difficult temperament and harsh parenting differentially predict reactive and proactive aggression?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 681-691.

- von der Lippe, A. L. (1999). The impact of maternal schooling and occupation on child-rearing attitudes and behaviours in low income neighbourhoods in Cairo, Egypt. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 703-729.
- Waters, A. M., Zimmer-Gembeck, M. J. y Farrell, L. J. (2012). The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: Parental anxious rearing as a mediator. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 737-745. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.06.002
- Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J. y Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 471-477. doi: 10.1037/0021-843X.111.3.471
- Weisner, T. S. (1996). Why ethnography should be the most important method in the study of human development. In R. Jessor, A. Colby, R. Sihweder, *Ethnography and human development. Context and meaning in social inquiry* (pp. 305-324). Chicago: University of Chicago Press.
- Weksler, M. E., Szabo, P., Relkin, N. R., Reidenberg, M. M., Weksler, B. B. y Coppus, A. M. (2013). Alzheimer's disease and Down's syndrome: Treating Two Paths to Dementia. *Autoimmunity Reviews*, 12, 670-673. doi 10.1016/j.autrev.2012.10.013.
- Whaley, S. E., Pinto, A. y Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Wilcock, D. M. y Griffin, W. S. (2013). Down's syndrome, neuroinflammation, and Alzheimer neuropathogenesis. *Journal of Neuroinflammation*, 10-84. doi:10.1186/1742-2094-10-84.
- Wodrich, D. L. y Joy, J.E. (1986). *Multidisciplinary assessment of children with learning disabilities and mental retardation*. Baltimore: Paul H Brookes.
- Woolfson, L. y Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre - school and older children with developmental disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 32, 177-184. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00603.x.

- Wynick, S., Hobson, R. P. y Jones, R. B. (1997). Psychogenic disorders of vision in childhood (“visual conversion reactions”): perspectives from adolescence: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 375-379. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01521.x
- Yahav, R. (2006). The relationship between children’s and adolescents’ perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child: Care, Health and Development*, 33, 460-471. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00708.x
- Zondek, A., Zepeda, M., Recabarren, E., González, F., Mires, L., Arancibia, F. y Aguirre, E. (2004). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. *Fondo Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile*.

9. Anexos

Anexo 1: Descripción sociodemográfica de cada grupo

| | | Chile | | | España | | |
|--|----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | sin discapacidad (N=45) | DI idiopática (N=44) | Síndrome Down (N=45) | sin discapacidad (N=34) | DI idiopática (N=32) | Síndrome Down (N=36) |
| Edad de los participantes (<i>M</i> , <i>DE</i>) | | 12,22 (1,63) | 12,04 (1,90) | 10,95 (1,79) | 12,52 (1,82) | 11,33 (1,73) | 10,91 (2,01) |
| Sexo de los participantes (<i>n</i> ; %) | Femenino | 19 (42,2%) | 19 (43,2%) | 13 (28,9%) | 14 (41,2%) | 15 (46,9%) | 19 (52,8%) |
| | Masculino | 26 (57,8%) | 25 (56,8%) | 32 (71,1%) | 20 (58,8%) | 17 (53,1%) | 17 (47,2%) |
| Escolaridad (<i>n</i> ; %) | Ordinaria | 45 (100%) | | 14 (31,1%) | 34 (100%) | 2 (6,3%) | 32 (88,9) |
| | Especial | | 44 (100%) | 28 (62,2%) | | 26 (81,3%) | 2 (5,6%) |
| | Ambas | | | 3 (6,7%) | | 4 (12,5%) | 2 (5,6%) |
| Nivel de comunicación (<i>n</i> ; %) | Verbal | | 36 (81,8%) | 43 (95,6%) | | 31 (96,9%) | 35 (97,2%) |
| | No verbal | | 8 (18,2%) | 2 (4,4%) | | 1 (3,1%) | 1 (2,8%) |
| Nivel de autonomía (<i>n</i> ; %) | Independiente | | 34 (77,3%) | 29 (64,4%) | | 22 (68,8%) | 24 (66,7%) |
| | Semi- independiente | | 8 (18,2%) | 15 (33,3%) | | 6 (18,8%) | 11 (30,6%) |
| | Dependiente | | 2 (4,5%) | 1 (2,2%) | | 4 (12,5%) | 1 (2,8%) |
| Situación conyugal de los padres (<i>n</i> ; %) | Casado | 20 (44,4%) | 16 (36,4%) | 38 (84,4%) | 28 (82,4%) | 23 (71,9%) | 28 (77,8%) |
| | Divorciado/ Separado | 10 (22,2%) | 5 (11,4%) | 5 (11,1%) | 6 (17,6%) | 4 (12,5%) | 4 (11,1%) |
| | Pareja | 9 (20,0%) | 11 (25,0%) | 2 (4,4%) | | 1 (3,1%) | 2 (5,6%) |
| | Soltero/a | 3 (6,7%) | 3 (6,8%) | | | | |
| | Viudo | 1 (2,2%) | 1 (2,3%) | | | | 2 (5,6%) |
| | Missing | 2 (4,4%) | 8 (18,2%) | | | 4 (12,5%) | |
| Residencia (<i>n</i> ; %) | Familia | 45 (100%) | 36 (81,8%) | 45 (100%) | 34 (100%) | 28 (87,5%) | 36 (100%) |
| | Centro | | 8 (18,2%) | | | 4 (12,5%) | |

Crianza y psicopatología en discapacidad intelectual

| | | Chile | | | España | | |
|---------------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | sin discapacidad (N=45) | DI idiopática (N=44) | Síndrome Down (N=45) | sin discapacidad (N=34) | DI idiopática (N=32) | Síndrome Down (N=36) |
| Nacionalidad del padre (n; %) | Chilena | 44 (97,8%) | 35 (79,5%) | 42 (93,3%) | | | |
| | Española | | | | 31 (91,2%) | 23 (71,9%) | 31 (86,1%) |
| | Otras | 1 (2,2%) | | | 3 (8,8%) | 5 (15,6%) | 4 (11,1%) |
| | Missing | | 9 (20,5%) | 3 (6,7%) | | 4 (12,5%) | 1 (2,8%) |
| Nacionalidad de la madre (n; %) | Chilena | 44 (97,8%) | 37 (84,1%) | 41(91,1%) | | | |
| | Española | | | | 31 (91,2%) | 24 (75%) | 30 (83,3%) |
| | Otras | 1 (2,2%) | 7 (15,9%) | 1 (2,2%) | 2 (5,9%) | 3 (9,4%) | 5 (13,9%) |
| | Missing | | | 3 (6,7%) | 1 (2,9%) | 5 (15,6%) | 1 (2,8%) |
| Educación del padre (n; %) | Diploma/Universidad | 16 (37,2%) | 2 (7,1%) | 26 (60,5%) | 19 (57,6) | 4 (14,3%) | 13 (37,1%) |
| | Secundaria | 21(48,8%) | 12 (42,9%) | 14 (32,6%) | 7 (21,2%) | 19 (67,9%) | 15 (42,9%) |
| | Primaria | 6 (14,0%) | 14 (50%) | 3 (7%) | 7 (21,2%) | 5 (17,9%) | 7 (20%) |
| Educación de la madre (n; %) | Diploma/Universidad | 14 (31,8%) | 5 (13,5%) | 23 (51,1%) | 22 (66,7%) | 10 (35,7%) | 18 (51,4%) |
| | Secundaria | 24 (54,5%) | 17 (45,9%) | 15 (33,3%) | 8 (24,2%) | 13 (46,4%) | 11 (31,4%) |
| | Primaria | 6 (13,6%) | 15 (40,5%) | 7 (15,6%) | 3 (9,1%) | 5 (17,9%) | 6 (17,1%) |
| Nivel socioeconómico (n; %) | Alto-medio alto | 5 (11,1%) | | 23 (51,1%) | 17 (50%) | 4 (12,5%) | 13 (36,1%) |
| | Medio | 14 (31,1%) | 3 (6,8%) | 5 (11,1%) | 11 (32,4%) | 4 (12,5%) | 6 (16,7%) |
| | Bajo-medio bajo | 23 (51,1%) | 32 (72,7%) | 17 (37,8%) | 5 (14,7%) | 17 (53,1%) | 16 (44,4%) |
| | NS/NC/en residencia | 3 (6,7%) | 9 (20,5%) | | 1 (2,9%) | 7 (21,9) | 1 (2,8%) |

Anexo 2: consentimiento informado Chile y España

Consentimiento informado

Un equipo de investigadores, bajo la dirección de las Dras. en Psicología Carme Brun Gasca y Eva Penelo Werner (profesoras de la Universidad Autónoma de Barcelona), está llevando a cabo un estudio, que tiene por objetivo conocer la relación existente entre los estilos educativos de los progenitores y los trastornos de la conducta en niños y adolescentes con discapacidad intelectual.

Solicitamos su colaboración para participar en este proyecto. La evaluación se efectuará mediante cuestionarios que le serán entregados en el establecimiento educacional, y que usted podrá completar en casa en una sesión cuya duración aproximada será de 30 minutos. Posteriormente, podrá devolver los formularios en el mismo establecimiento. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento.

La información recogida de los participantes únicamente será utilizada para fines de la investigación, y todos los datos serán confidenciales.

Al finalizar el proyecto las familias tendrán a su disposición un informe con los resultados globales y anónimos de los participantes.

Si está de acuerdo con participar en el estudio, por favor rellene el siguiente consentimiento informado y los antecedentes familiares que figuran en el reverso de esta hoja.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

| CONSENTIMIENTO INFORMADO | | |
|---|------------------------------------|-------------|
| <p>He sido informado/a de que el objetivo de este proyecto, dirigido por las Dras. Carme Brun Gasca y Eva Penelo Werner, es conocer la relación entre los estilos educativos de los progenitores y los trastornos de conducta. Acepto participar voluntariamente en este proyecto y doy mi consentimiento para hacer uso de los cuestionarios contestados en relación a mi/s hijo/a/os/as.</p> | | |
| <p>La información que facilite en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi previo consentimiento. He sido informado/a que puedo retirarme del proyecto cuando así lo decida.</p> | | |
| <hr/> Nombre del participante | <hr/> Firma del progenitor o tutor | <hr/> Fecha |

Anexo 3: Formularios sociodemográficos de Chile

| ANTECEDENTES FAMILIARES | |
|--|--|
| Nombre de la familia: _____ Fecha actual: ____/____/____ | |
| Información relativa a su hijo/a que participa en el estudio: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Fecha de nacimiento: ____/____/____ | |
| Tipo de escolaridad: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Diferencial: _____ ¿Hasta qué nivel ha cursado? _____ | |
| Información relativa a su hijo/a CON discapacidad intelectual o síndrome de Down (solo si procede) | |
| ¿Qué grado de discapacidad presenta su hijo/a? (Nivel que figura en el documento entregado por el gobierno): _____ | |
| ¿Conocen el cociente intelectual de su hijo/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, indicar: ____ _____ | |
| ¿De qué manera se comunica con su hijo/a? <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sólo a nivel no verbal, indicar: _____ | |
| ¿Qué grado de autonomía física presenta su hijo/a? <input type="checkbox"/> Independiente, realiza casi todas las actividades por si mismo/a <input type="checkbox"/> Realiza algunas actividades por si mismo/a: _____ <input type="checkbox"/> No realiza actividades por si mismo/a, requiere ayuda constante | |
| Información relativa a los progenitores: | |
| Situación conyugal de los progenitores: _____ | |
| Nacionalidad padre: <input type="checkbox"/> Chilena <input type="checkbox"/> Otra: _____ Nacionalidad madre: <input type="checkbox"/> Chilena <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |
| Estudios del padre: | Estudios de la madre: |
| <input type="checkbox"/> Educación Básica incompleto | <input type="checkbox"/> Educación Básica incompleto |
| <input type="checkbox"/> Educación Básica completo | <input type="checkbox"/> Educación Básica completo |
| <input type="checkbox"/> Educación Media incompleto | <input type="checkbox"/> Educación Media incompleto |
| <input type="checkbox"/> Educación Media completo | <input type="checkbox"/> Educación Media completo |
| <input type="checkbox"/> Universidad incompleto | <input type="checkbox"/> Universidad incompleto |
| <input type="checkbox"/> Universidad completo | <input type="checkbox"/> Universidad completo |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| Ocupación del padre: _____ | Ocupación de la madre: _____ |

Anexo 4: Formularios sociodemográficos de España

| ANTECEDENTES FAMILIARES | |
|---|---|
| Nombre de la familia: _____ | Fecha actual: ____ / ____ / ____ |
| Información relativa a su hijo/a que participa en el estudio: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ | |
| Tipo de escolaridad: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Diferencial: _____ ¿Hasta qué nivel ha cursado? _____ | |
| Información relativa a su hijo/a CON discapacidad intelectual o síndrome de Down (solo si procede) | |
| ¿Qué grado de discapacidad presenta su hijo/a? (Nivel que figura en el documento entregado por el gobierno): _____ | |
| ¿Conocen el cociente intelectual de su hijo/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, indicar: ____ ____ | |
| ¿De qué manera se comunica con su hijo/a? <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Sólo a nivel no verbal, indicar: _____ | |
| ¿Qué grado de autonomía física presenta su hijo/a? <input type="checkbox"/> Independiente, realiza casi todas las actividades por si mismo/a <input type="checkbox"/> Realiza algunas actividades por si mismo/a: _____ <input type="checkbox"/> No realiza actividades por si mismo/a, requiere ayuda constante | |
| Información relativa a los progenitores: | |
| Situación conyugal de los progenitores: _____ | |
| Nacionalidad padre: <input type="checkbox"/> Española <input type="checkbox"/> Otra: _____ Nacionalidad madre: <input type="checkbox"/> Española <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |
| Estudios del padre: | Estudios de la madre: |
| <input type="checkbox"/> EGB incompleto <input type="checkbox"/> EGB completo <input type="checkbox"/> BUP-FP incompleto <input type="checkbox"/> BUP-FP completo <input type="checkbox"/> Universidad incompleto <input type="checkbox"/> Universidad completo <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> EGB incompleto <input type="checkbox"/> EGB completo <input type="checkbox"/> BUP-FP incompleto <input type="checkbox"/> BUP-FP completo <input type="checkbox"/> Universidad incompleto <input type="checkbox"/> Universidad completo <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| Ocupación del padre: _____ | Ocupación de la madre: _____ |

Anexo 5: Consistencia interna y número de ítems de las escalas, ISC y dimensiones globales de los niveles 2 y 3 del BASC-P en la muestra del estudio.

| | BASC-P2 | | BASC-P3 | |
|-------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|
| | N° de ítems | α | N° de ítems | α |
| Adaptabilidad | 8 | 0,71 | -- | -- |
| Agresividad | 13 | 0,81 | 11 | 0,87 |
| Ansiedad | 7 | 0,77 | 9 | 0,64 |
| Atipicidad | 12 | 0,62 | 9 | 0,76 |
| Depresión | 12 | 0,79 | 11 | 0,89 |
| Habilidades sociales | 14 | 0,88 | 12 | 0,84 |
| Hiperactividad | 9 | 0,78 | 9 | 0,87 |
| Liderazgo | 10 | 0,86 | 12 | 0,84 |
| Problemas de atención | 7 | 0,77 | 8 | 0,83 |
| Problemas de conducta | 9 | 0,70 | 13 | 0,78 |
| Retraimiento | 9 | 0,57 | 8 | 0,79 |
| Somatización | 14 | 0,68 | 12 | 0,81 |
| ISC | 60 | 0,92 | 57 | 0,96 |
| Exteriorizar problemas | 31 | 0,89 | 32 | 0,93 |
| Interiorizar problemas | 33 | 0,86 | 32 | 0,90 |
| Habilidades adaptativas | 32 | 0,92 | 24 | 0,91 |