

La diversidad psicopedagógica en el aula: evaluación de problemas emocionales y comportamentales

Eduardo Fonseca-Pedrero, Mercedes Paino y Serafín Lemos-Giráldez
Universidad de Oviedo

La premisa básica de atención a la diversidad implica que el sistema educativo juega un papel relevante para identificar a aquellos alumnos que, por sus peculiaridades comportamentales, cognitivas, afectivas y emocionales, presentan un estado mental de riesgo para el desarrollo de algún problema psicológico. Así, el propósito central de este trabajo es dar a conocer a los profesores la existencia de instrumentos válidos para la identificación de alumnos con ciertas características de riesgo psicopatológico, tomando como ejemplo un estudio empírico llevado a cabo mediante una medida de síntomas obsesivo-compulsivos en adolescentes y jóvenes asturianos. En el presente estudio participaron 508 alumnos con una edad media de 14,6 años, a los cuales se les administró el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI). Los resultados muestran que el cuestionario presenta adecuadas propiedades psicométricas, demostrando por tanto su utilidad como instrumento para la evaluación de los síntomas obsesivo-compulsivos subclínicos. Futuros estudios deberían utilizar instrumentos de medida en la línea del MOCI para la identificación temprana de aquellos alumnos que pueden presentar un estado mental de riesgo o vulnerabilidad a trastornos psicológicos; por otro lado, dicha detección e intervención temprana hace necesaria la implicación de todos los sectores de la comunidad educativa.

Palabras clave: MOCI; vulnerabilidad; autoinformes; síntomas subclínicos; trastorno obsesivo compulsivo.

Psychopedagogical diversity at school: assessment of emotional and behavioural problems. The major premise for paying attention to diversity implies that the educational system play a relevant role in identifying students that, due to their behavioural, cognitive, affective, and emotional characteristics, show a high-risk mental state for some psychological disorder. From that requirement, the aim of this paper is to spread some valid instruments for identification of students with some risk characteristics of psychological disorders among teachers, starting from an empirical study with a measure of obsessive-compulsive symptoms in adolescents and young adults, as an example. In this study, a total of 508 students with a mean age of 14.6 years were assessed with the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). The results confirm adequate psychometric properties of this questionnaire, proving its usefulness as a measure of sub-clinical obsessive-compulsive symptoms. Future researches must use screening measures similar to MOCI for the early identification of those students who can present a state of mental risk or vulnerability to psychological diseases; moreover, the detection and early intervention need the implication of all the educational community sectors.

Keywords: MOCI; vulnerability; self-reports; subclinical symptoms; obsessive-compulsive disorder.

cedido drásticamente su rendimiento escolar, se ha vuelto más meticulosa, pierde mucho tiempo en tareas rutinarias de clase, y evita coger objetos de la clase o tocar a sus compañeros; al preguntarle por estas cuestiones, la chica refiere que tiene continuamente pensamientos que le producen un gran malestar, que últimamente duerme mal, se enfada fácilmente si no le dejan hacer sus tareas o si la interrumpen mientras las realiza, y que se siente incapaz de poder mantener la concentración en clase si previamente ha tocado algún objeto "sucio". Sus compañeros de clase señalan además que su conducta se ha vuelto excesivamente rígida y rutinaria.

Ante este caso ¿Qué puede hacer el profesor? ¿Cómo puede determinar si Vanesa es una alumna con un posible riesgo de padecer un problema psicológico? ¿Qué instrumentos existen actualmente para valorar los problemas psicológicos de manera fiable y válida en el contexto escolar? ¿A quién puede pedir asesoramiento el profesor si se encuentra con un alumno con estas características en su aula de clases? A estas y otras cuestiones se intentará responder a lo largo del presente trabajo.

Nadie duda que los problemas psicológicos y psicopedagógicos de los niños y adolescentes constituyen una de las grandes preocupaciones del siglo XXI, inquietud cuyo origen histórico se remonta al surgimiento relativamente reciente del movimiento de atención psicológica en la infancia, con figuras tan importantes como Healy y Witner (Jiménez, Luna, y García, 1996). Es por ello motivo de atención el hecho de que hoy en día es fácil encontrar en nuestras aulas a estudiantes con problemas de salud mental de tinte muy variado como son: trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas), alteraciones del estado de ánimo (depresión), problemas de comportamiento (tipo negativista-desafiante), síntomas de hiperactividad, o incluso trastornos mentales severos (trastornos del espectro-esquizofrénico o Trastorno Obsesivo-Compulsivo).

En los últimos veinte años, se han llevado a cabo en múltiples países diversos estu-

dios epidemiológicos sobre los problemas psicológicos en niños y adolescentes, llegando a resultados muy similares (Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998; Wittchen, Nelson, y Lachner, 1998); las tasas de prevalencia globales encontradas de trastornos psicológicos se sitúan en torno a un 14-20% de la población infantil y juvenil, de los cuales un 2% se corresponde a trastornos graves, el 7-8% a trastornos de gravedad moderada, y el resto a problemas psicológicos leves (Lemos-Giráldez, 2003a). En España, también han sido publicados diversos estudios epidemiológicos de trastornos psicológicos a edades tempranas, cuyas tasas se sitúan en el rango del 20-39% para los trastornos de conducta, entre el 4-14% para la depresión, en torno al 12% para los trastornos del desarrollo, y entre el 17-26% para los trastornos de ansiedad (Aláez-Fernández, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Bragado, Carrasco, Sánchez-Bernardos, Bersabé, y Montsalve, 1995; Bragado, Carrasco, Sánchez, y Bersabé, 1996; Subira, Obiols, Mitjavila, Cuxart, y Domenech Lla-vería, 1998).

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un síndrome psiquiátrico perteneciente al grupo de los trastornos de ansiedad que afecta alrededor de un 2-3% de la población general, y que frecuentemente surge en la infancia o adolescencia (entre un tercio y la mitad de ellos, antes de los 15 años) (Rasmussen y Eisen, 1990). Se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones persistentes y recurrentes (APA, 2002). Las obsesiones son imágenes, pensamientos, ideas o impulsos persistentes que irrumpen una y otra vez en la mente y que suelen aumentar la ansiedad; el niño intenta ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otros pensamientos o acciones (rezando, cantando, repitiendo una determinada palabra o número, contando...). Los rituales o compulsiones son actos o conductas estereotipadas, repetitivas e intencionales que pueden tener como fin aliviar la ansiedad producida por la obsesión o impedir algún suceso o situación temida, y que también terminan angustiando. En el 40% de los niños y adolescentes

con TOC, el contenido de las obsesiones tiene que ver con la suciedad, gérmenes y contaminación, siendo el ritual más frecuente (85%) el del lavado excesivo (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, y Cheslow, 1989).

En la actualidad existen más de un millón de personas afectadas en España de TOC. La mayoría tarda una media de 9 años en acudir por primera vez al sistema sanitario, lo cual dificulta enormemente su tratamiento. Estudios llevados a cabo en muestras de adultos sugieren que los pacientes con TOC con un origen temprano de la enfermedad, difieren de aquellos con un inicio en la edad adulta en características clínicas, fundamentalmente en una mayor severidad del trastorno en términos de un mayor número de obsesiones y compulsiones clínicamente significativas (Fontenelle, Mendlowicz, Marques, y Versiani, 2003; Maina, Albert, Salvi, Pessina, y Bogetto, 2008; Millet et al., 2004; Sobin, Blundell, Weiller, Gavigan, Haiman, y Karayiorgou, 1999). Es por eso importante ayudar a padres, profesores y profesionales sanitarios a reconocer mejor los síntomas del TOC, así como asesorarles sobre aquellas pautas de conducta que pueden ayudar a un niño/adolescente con TOC, lo cual se está haciendo a través de iniciativas como “Niños como yo”, Campaña Nacional de Concienciación Pública sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes.

La investigación de los trastornos psicológicos de la infancia y la adolescencia ha dado lugar al modelo teórico conocido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo (Cicchetti y Cohen, 1995; Cicchetti y Rogosch, 2002) desde el cual, tanto la conducta normal como los problemas psicológicos, se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos separados. Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad para los trastornos psicopatológicos se refiere a determinadas características endógenas del individuo, que estarían en el origen del trastorno. Así, los niños y adolescentes “vulnerables” podrían manifestar una serie de rasgos subsindrómicos sutiles

(síntomas similares a los del problema psicológico en cuestión, que no llegan a interferir de forma grave la vida del alumno), y aunque hoy se asume que la mayoría de ellos nunca desarrollarán una forma clínica del problema psicológico, frecuentemente presentan una serie de alteraciones cognitivas, comportamentales, sociales, emocionales, psicofisiológicas y/o neurobioquímicas indicativas de su estado de riesgo en estas edades tempranas (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, García-Cueto, y Campillo-Álvarez, A. (2007); Lemos-Giráldez, 2003b).

En esta línea, el modelo de vulnerabilidad-estrés, es una formulación teórica cuyo objetivo es mejorar la comprensión de las posibles causas que subyacen a los problemas psicológicos, para lo cual combina múltiples factores causales relacionados con la genética y el ambiente (Lemos-Giráldez, 2003b). Se considera que la vulnerabilidad no es una condición necesaria y suficiente para la aparición de un trastorno psicológico, si no que se precisa además de la conjunción de otros factores o procesos ambientales (por ej.emplo, cambio de domicilio, ruptura sentimental, pérdida de un familiar cercano, ingesta de alcohol o drogas y/o infecciones víricas). Lo que esta formulación promueve por tanto es una interacción dinámica entre la vulnerabilidad y el estrés ambiental, siendo su relación inversamente proporcional; así, un adolescente con una mayor vulnerabilidad teórica, necesitará de la aparición de determinados eventos ambientales de menor rango para que llegue a desencadenar el trastorno, en cambio, otro adolescente con una menor vulnerabilidad o propensión, necesitará probablemente la conjunción de factores estresantes más graves para su debut en el problema psicológico.

Sin duda, se posible considerar dentro de estos estresores ambientales la llamada “crisis” adolescente, donde los cambios corporales, hormonales y físicos -relativos a la pubertad- se entremezclan con uno de los problemas más importantes en esta etapa, esto es, el desarrollo de una identidad que constituya una base firme para su vida adul-

ta. Aunque obviamente la persona desarrolla desde la niñez un sentido de sí mismo, la adolescencia indica la ocasión en que por primera vez se intenta responder a la pregunta de “¿quién soy yo?”. Es la época en la que empiezan a establecerse relaciones íntimas fuera del entorno familiar, con un progresivo “alejamiento” de los padres, necesario para el desarrollo de su autonomía (González y D’Errico, 2005). Otra característica añadida de esta etapa es el llamado egocentrismo adolescente (Inhelder y Piaget, 1955), referida al hecho de que los adolescentes se concentran en sus propias percepciones e ideas, suponiendo que los demás comparten su interés por sus pensamientos, sentimientos y conductas; en relación a esto, es al inicio de la adolescencia cuando se exagera un sentimiento continuo de “estar en escena”, de ser observados y analizados por los demás, o lo que se conoce por “audiencia imaginaria” (Elkind, 1981).

Debido a las características especiales de la adolescencia, como época de grandes cambios que constituye una fuente de estrés, existe una alta probabilidad de encontrar adolescentes con características psicopatológicas, incluidos rasgos obsesivo-compulsivos, en el ámbito educativo. De cara a la evaluación de los problemas psicológicos dentro del contexto escolar existe una amplia variedad de instrumentos de medida. Algunos de los más ampliamente utilizados para la valoración de diversos comportamientos se presentan en la Tabla 1.

En el ámbito educativo, la identificación de este tipo de alumnos con signos y síntomas subclínicos sólo tiene sentido si se dispone de instrumentos de medida adecuados para su valoración, así como de los conocimientos básicos en estas cuestiones por parte de la sociedad en general, y del contexto académico en particular. Es por ello que la participación del sector educativo en esta problemática es de suma importancia, favoreciendo así la atención a la diversidad (Martínez-González, 2005). A continuación se presenta un estudio llevado a cabo en el Principado de Asturias cuyo propósito ha si-

do la identificación de adolescentes y adultos jóvenes con síntomas y signos obsesivos y compulsivos subclínicos, aplicando el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI; *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory*) (Hodgson y Rachman, 1977) en el ámbito educativo. El objetivo está centrado en el estudio de las propiedades psicométricas de dicho autoinforme en población asturiana, de cara a mejorar la disponibilidad de instrumentos fiables y válidos que sirvan como instrumentos para la valoración de la sintomatología obsesivo-compulsiva en el contexto escolar.

Método

Participantes

En el estudio participaron un total de 508 alumnos pertenecientes a distintos Institutos de Educación Secundaria del Principado de Asturias. Los centros fueron seleccionados de diferentes áreas geográficas de la comunidad, con el fin de favorecer que los participantes procediesen de diferentes estratos sociales. La muestra estaba compuesta por 253 (49,8 %) varones y 356 (50,2%) mujeres. La edad media de los participantes fue de 14,9 años (DT=1,6) oscilando el rango de edad entre los 12 y los 19 años.

Instrumento de medida

El instrumento de medida utilizado en este trabajo fue el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI) (Hodgson y Rachman, 1977). El MOCI es un cuestionario ampliamente utilizado en investigación y en la práctica clínica para la evaluación de los síntomas obsesivo-compulsivos. Consta de un total de 30 afirmaciones en formato de respuesta dicotómico Verdadero/Falso. Está compuesto de cuatro subescalas: Limpieza, Comprobación, Duda y Lentitud. La subescala *Limpieza* se refiere a conductas relacionadas con la preocupación excesiva por la limpieza, la suciedad o la contaminación (por ejemplo, no tocar cosas por miedo a que estén contaminadas o sucias). La subescala *Comprobación* representa comportamientos relacionados con la ne-

Tabla 1. Instrumentos para la evaluación de diversos problemas psicopedagógicos en adolescentes y adultos jóvenes.

Nombre de la escala	Referencia	Nº Items	Formato
PROBLEMAS EMOCIONALES			
<i>Youth Self Report (YSR)</i>	(Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992; Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006)	112	Likert 3
DEPRESIÓN			
Escala de Depresión de Reynolds para adolescentes (RADS)	(Figueras-Masip, Amador-Campos y Peró-Caballero, 2008; Reynolds, 1987)	30	Likert 4
<i>Inventario de Depresión Infantil (CDI)</i>	(Kovacs, 2004)	27	Likert 3
ANSIEDAD			
Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños (STAI-C)	(Spielberger, 1998)	40	Likert 3
<i>Escala de Ansiedad en niños de Spence (SCAS)</i>	(Spence, 1998)	47	Likert 4
<i>Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)</i>	(Gillis, 1999)	20	V/F
AUTISMO			
<i>Cociente del Espectro Autista (AQ)</i>	(Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin y Clubley, 2001)	50	Likert 4
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO			
<i>Inventario de Obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI)</i>	(Hodgson et al y Rachman., 1977)	30	V/F
<i>Cuestionario de Cogniciones Obsesivas (OBQ-44)</i>	(Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005)	44	Likert 7
<i>Inventario revisado de Obsesiones y compulsiones (OCI-R)</i>	(Abramowitz y Deacon, 2006)	18	Liker 5
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD			
<i>Escala de Valoración para el Maestro (CONNERS)</i>	(Kirby y Grimley, 1992)	39	Likert 4
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
<i>Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI/I-II)</i>	(Garner, 1991; Garner, Olmsted y Polivy, 1983)	64/91	Likert 6
<i>Test de Actitud hacia la comida (EAT-40)</i>	(Garner y Garfinkel, 1979)	40	Likert 6
ESQUIZOTIPIA (riesgo de psicosis)			
<i>Cuestionario de Personalidad esquizotípica Breve (SPQ-B)</i>	(Raine y Benishay, 1995)	22	Sí/No
<i>Cuestionario de Pensamientos y Estilos perceptuales (TPSQ)</i>	(Linscott y Knight, 2004)	99	Likert 5

* V/F: Verdadero/Falso

**Likert 3: Likert con 3 opciones de respuesta

cesidad y la preocupación de comprobar las cosas repetidamente (p.ej., si se ha cerrado la puerta de casa). En cambio, la subescala

Duda está relacionada con conductas y pensamientos relacionados con un estilo de pensamiento rígido o poco flexible, así como si

la invasión frecuente de pensamientos de duda. La subescala *Lentitud* está relacionada con la demora y pérdida de tiempo en la realización de tareas cotidianas (p.ej., emplear bastante tiempo en colocar la ropa o en el aseo matutino). Se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 30 puntos así como una puntuación para cada una de las subescalas. Las propiedades psicométricas han sido investigadas sobre diferentes tipos de población (Woods, 2002) así como adaptado a diferentes culturas (Li y Chen, 2007). El MOCI también ha sido empleado en población clínica y no clínica española (Berrocal, Ruiz Moreno, Montero, Rando, Rucci, y Cassano, 2006; Cabedo, Belloch, Morillo, Jiménez, y Carrió, 2004).

Procedimiento

Este estudio se enmarca dentro de una investigación más amplia cuya finalidad es la detección temprana de personas con un riesgo elevado hacia determinados problemas psicológicos y comportamentales. La administración del cuestionario se llevó a cabo de forma colectiva en grupos de entre 10 y 25 participantes. Se informó en todo momento de la confidencialidad de sus respuestas así como del carácter voluntario de la participación. Los participantes no recibieron ningún tipo de gratificación por la participación en el estudio.

Análisis de datos

Una vez realizada la comprobación de los supuestos de normalidad y esfericidad, se calcularon las puntuaciones medias, desviaciones típicas e índices de asimetría y curtosis para cada uno de los ítems y para las puntuaciones totales de ambas subescalas. A continuación, y con el fin de estudiar la dimensionalidad de dichas subescalas, se llevó a cabo un Análisis de Componentes Principales (ACP) con posterior rotación Promin, utilizando la matriz de correlaciones policóricas (dada la naturaleza ordinal de las variables de medida). El número de componentes extraídos se determinó en función de su posible interpretación, del porcentaje de varianza explicada y del gráfico de sedimen-

tación. A continuación, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para estudiar la consistencia interna de cada una de las subescalas resultantes del ACP. Para el análisis de los datos se utilizó el SPSS 13 y el programa FACTOR.

Resultados

En primer lugar se realizó un estudio de los estadísticos descriptivos del MOCI. La media de la puntuación total de MOCI fue de 8,2 (DT=4,6) oscilando las puntuaciones entre 0 y 24 puntos. Un total de 21 participantes se situaron igual o por encima de 18 puntos en esta muestra. La puntuación media de la subescala Limpieza fue 2,5 (DT=1,8), mientras que para la subescala Comprobación fue de 2,6 (2,04) y para las subescalas Lentitud y Duda fue de 1,6 (DT=1,45) y 2,4 (DT=1,6), respectivamente.

A continuación se llevó a cabo un estudio de la validez de constructo del cuestionario mediante un Análisis de Componentes Principales. La media de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,7 y el índice de esfericidad de Bartlett fue 6067,6 ($p < 0,001$). El ACP con posterior rotación Promin utilizando la matriz de correlaciones policóricas, extrayendo tres componentes, explicó un 37,2% de la varianza total. El primer componente se corresponde con ítems relacionados con la comprobación, su frecuencia y el tiempo que emplean en ella, por lo que a este factor se le denominó *Comprobación*, explicando el 23,9% de la varianza total. El ítem con mayor carga factorial fue el ítem 22: “*Suelo comprobar las cosas más de una vez*”. El segundo componente se correspondió con ítems relacionados con la preocupación por la limpieza y la contaminación por lo que se le denominó *Limpieza* (7,1% de la varianza total). El ítem más representativo de ésta subescala fue: “*Casi cada día me siento preocupado por pensamientos desagradables que me vienen a la cabeza en contra de mi voluntad*” (ítem 8). Finalmente, el tercer componente se correspondió con ítems relacionados con la di-

mención *Lentitud* (6,1% de la varianza total). El ítem con mayor carga factorial fue: “*Me lleva demasiado tiempo el vestirme por las mañanas*” (ítem 16). La correlación de Pearson entre los tres componentes osciló entre 0,23 y 0,57.

Finalmente se examinó la consistencia interna de las subescalas. La estimación de la fiabilidad del MOCI realizada mediante el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las subescalas resultantes del análisis de componentes principales fue: 0,87 (*Comprobación*), 0,84 (*Limpieza*), y 0,81 (*Lentitud*).

Discusión y conclusiones

El principal propósito de esta investigación fue doble: por un lado, se presentó una panorámica general de la diversidad psicopedagógica dentro de las aulas, focalizando la atención en los problemas psicológicos y los instrumentos de medida (autoinformes) para su evaluación; por otro, como ejemplo práctico, se ha presentado un estudio de las características psicométricas del Inventario de Obsesiones y Compulsiones del Maudsley (MOCI) en adolescentes asturianos, cuya finalidad no es otra que la de disponer de instrumentos de evaluación adecuados para la detección de estudiantes con signos y síntomas subclínicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en la población general adolescente. Los resultados indican que los niveles de consistencia interna fueron adecuados y que la validez de constructo del MOCI presenta una serie de factores similares a los encontrados en la literatura (Woods, 2002), si bien en esta muestra la subescala *Duda* parece no tener un peso importante a la hora de evaluar la sintomatología obsesivo-compulsiva en este grupo de edad. Estos resultados manifiestan que el MOCI presenta adecuadas propiedades psicométricas, indicando así su utilidad de aplicación como instrumento de *screening* en el ámbito escolar, gracias además a su sencillez y la rapidez en su cumplimentación.

El MOCI es uno de los diversos instrumentos existentes para la evaluación de la

problemática psicológica y comportamental dentro del aula (véase Tabla 1). Asimismo, existe en el mercado actual otro tipo de autoinformes, heteroinformes (escalas de observación por parte de los padres o profesores) y entrevistas con adecuadas garantías psicométricas que permiten evaluar de forma eficaz la diversidad presente en el contexto escolar de cara a la posterior detección e intervención temprana. Como es sabido, una rápida identificación del problema, de la índole que sea, en la mayoría de los casos mejora el pronóstico, reduce el impacto de la enfermedad e incluso puede demorar el inicio del problema. Es relevante, entender al estudiante adolescente de forma “holística”, dentro de un modelo de vulnerabilidad-estrés (Lemos-Giráldez, 2003b), comprendiendo su contexto familiar, su contexto escolar así como los cambios madurativos, afectivos y de identidad que se producen en esta época del desarrollo.

Los resultados del presente estudio, se deberían no obstante entender a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, la detección del riesgo se ha sustentado únicamente en el empleo de una medida de tipo autoinforme, con las consabidas limitaciones que ello conlleva a nivel de la capacidad de las participantes de informar de sus propias experiencias y comportamientos, y por la facilidad de falsear las respuestas al cuestionario. En segundo lugar, la adolescencia y la temprana adultez es una etapa con grandes cambios a nivel familiar, social y biológico (por ejemplo, cambios hormonales y/o neuroquímicos) que pone de relieve la naturaleza cambiante de este periodo evolutivo, en donde los propios procesos madurativos del desarrollo (psicológicos y neurológicos), pueden estar jugando un rol relevante. Finalmente señalar, la naturaleza correlacional del diseño por lo que los resultados no permiten extraer conclusiones en términos de causalidad.

Futuros estudios deberían de seguir longitudinalmente a los participantes con puntuaciones elevadas en este tipo de cuestionarios, así como mejorar en la detección precoz y posterior intervención temprana

de alumnos con puntuaciones elevadas en este tipo de autoinformes. Asimismo, futuras iniciativas en la detección temprana de determinados problemas psicológicos deberían facilitar a los centros escolares, sanitarios y a las familias el acceso a este tipo de información, trabajando en el desarrollo de programas específicos de formación en estos sectores. Destacar además que la identificación temprana de estos alumnos en las aulas pasa por la participación e implicación directa de orientadores, profesores y directores de centros educativos así como las relaciones entre la escuela y la familia (Hernández y López, 2006).

De este modo, se podría tratar a tiempo, de forma correcta, efectiva y eficaz el caso de Vanesa F.P.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Educación y Ciencia de España (MEC), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y por la Consejería de Educación del Principado de Asturias. Referencias de los proyectos: BES-2006-12797, SEJ 2005-08924, SEJ-2005-08357, IB-05-02 y COF05-005.

Referencias

- Abramowitz, J. S., y Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1016-1035.
- Aláez -Fernández, 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 (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., y Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.
- Berrocal, C., Ruiz- Moreno, M. A., Montero, M., Rando, M. A., Rucci, P., y Cassano, G. B. (2006). Social anxiety and obsessive-compulsive spectra: Validation of the SHY-SR and the OBS-SR among the Spanish population. *Psychiatry Research*, 147, 241-251.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez- Bernardos, M. L., Bersabé, R. M., y Montsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Jiménez, A., y Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 465-479.
- Cicchetti, D., y Cohen, D. J. (Eds.) (1995). *Developmental psychopathology*. Vol. 1: *Theory and methods*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D., y Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Elkind, D. (1981). Obituary-Jean Piaget (1986-1980). *American Psychologist*, 36, 911-913.
- Figueras-Masip, A., Amador-Campos, J. A., y Peró-Caballero, M. (2008). Características psicométricas de la *Reynolds Adolescent Depression Scale* en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 247-266.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñoz J., Lemos-Giráldez S., García-Cueto E., y Campillo-Álvarez A. (2007). Lateralidad manual, problemas emocionales y esquizotipia en adolescentes. *Psicothema*, 19, 467-472.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., y Versiani, M. (2003). Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 127-133.

- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Odesa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. A., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gillis, J. (1999). *Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- González, E. y D'Errico, H. G. (2005). ¿Sobre qué deciden los adolescentes? *Infancia y aprendizaje*, 28, 277-292.
- Hernández, M. A., y López, H. (2006). Análisis del enfoque actual de la cooperación padres y escuela. *Aula Abierta*, 87, 3-26.
- Hodgson, R. J., y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Inhelder, B., y Piaget, J. (1955). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Jiménez, M., Luna, S. y García, A. (1996). El concepto de psicopatología infantil en la perspectiva histórica. *Revista de historia de la psicología*, 17, 288-293.
- Kirby, E. y Grimley L. (1992). *Trastorno por Déficit de Atención*. México D.F.: Limusa.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil, CDI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lemos- Giráldez, S. (2003a). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24, 19-28.
- Lemos- Giráldez, S. (2003b). La vulnerabilidad a la psicosis. En S. Perona, C. Cuevas, O. Vallina, y S. Lemos (Eds.), *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia* (pp. 19-38). Madrid: Minerva ediciones.
- Lemos- Giráldez, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., y Menéndez, P. (1992). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 883-905.
- Li, C. -S. R., y Chen, S. H. (2007). Obsessive-compulsiveness and impulsivity in a non-clinical population of adolescent males and females. *Psychiatry Research*, 149, 129-138.
- Linscott, R. J., y Knight, R. G. (2004). Potentiated automatic memory in schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 37, 1503-1517.
- Maina, G., Albert, U., Salvi, V., Pessina, E., y Boggetto, F. (2008). Early-onset obsessive-compulsive disorder and personality disorders in adulthood. *Psychiatry Research*, 158, 217-225.
- Martínez- González, R. A. (2005). Sección temática: Relaciones de colaboración entre los centros docentes y las familias: sus implicaciones en el rendimiento académico, la educación familiar y el desarrollo social. *Aula Abierta*, 85, 123-126.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., Bourdel, C., Olie, J.P., Loo, H., y Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 79, 241-246.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory-Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Raine, A., y Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Rasmussen, S. A., y Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 10-13.
- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional manual*. Odesa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Sandoval, M., Lemos, S., y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*, 18, 804-809.
- Schwab-Stone, M. E., y Briggs-Gowan, M. J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. En P. Ferrari (Ed.), *Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment* (pp. 2-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C., y Karayiorgou, M. (1999). Phenotypic characteristics of obsessive-compulsive disorder ascertained in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 265-273.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

- Spielberger, C. D. (1998). *Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC)*. Madrid: TEA ediciones.
- Subirá, S., Obiols, J. E., Mitjavila, M., Cuxart, F., y Domenech- Llovería, E. (1998). Prevalencia del síndrome depresivo en una muestra de adolescentes escolarizados de 13 a 15 años. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25, 86-91.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lennane, M., y Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorder and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Woods, C. M. (2002). Factor analysis of scales composed of binary items: Illustration with the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 215-223.