

ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN LA INFANCIA: EL NIÑO EN E.G.B.

Mariví Rivas Terán*, José Luis Vázquez Barquero** y Marino Pérez Alvarez***

* Unidad de Salud Mental, ** Universidad de Cantabria, *** Universidad de Oviedo

La investigación que se presenta en este artículo pretende obtener índices de prevalencia de la psicopatología infantil y averiguar la asociación que establecen las variables sociambientales con la alteración. El estudio ha seguido un diseño epidemiológico comunitario transversal en población escolar. La muestra está compuesta por 411 niños, en edades comprendidas entre los 8 y 15 años. Las fuentes de información han sido los padres, los profesores y los niños. La prevalencia de la alteración psicopatológica alcanzada mediante el nivel de salud mental informado por los padres fue del 11,4%. La prevalencia hallada en los síntomas clínicos en base a la evaluación de los padres, los profesores y los niños respectivamente ha sido: síntomas de ansiedad, índices del 8%, 21% y 26%; síntomas de depresión, índices del 9%, 26% y 13%; y síntomas de alteración de conducta, índices del 7%, 21% y 16%. Las variables sociodemográficas apenas se relacionan con la psicopatología en nuestro estudio. Sin embargo, las variables del ámbito escolar –nivel intelectual, rendimiento académico y socialización– se vinculan estrechamente con la alteración, manteniendo acuerdo en este sentido las distintas fuentes de evaluación.

Psychopathological alterations in childhood: the child in elementary school. The investigation which is presented in this reports attempts to obtain rates of prevalence in child psychopathology and to discover the association that socioenvironmental variables establish with regard to the alteration. The study has followed an epidemiological desing of the cross sectional of a communitary in the school population. The sample is made up of 411 children, aged between 8 and 15. The sources of information have been the parents, the teachers and the children. The prevalence of psychopathological alteration obtained through the level of mental health as informed by the parents was 11,4% The prevalence found in the clinical symptoms based on assesment from the parents, teachers and children respectively has been: symptoms of anxiety 8%, 21% and 26%; symptoms of depression 9%, 26% and 13%; and symptoms of behaviour alteration 7%, 21% and 16%. The sociodemographic variables are hardly related to the psychopathology in our study. However, the variables of the school environment – intellectual level, academic performance and socialization– are closely linked to alteration, maintaining in accord this sense the different sources of assesment.

El desarrollo de la investigación en epidemiología psiquiátrica infantil es muy re-

ciente, de tal forma que la primera empresa epidemiológica fue llevada a cabo por Lapouse y Monk (1958). Los trabajos realizados a partir de esta fecha, han recibido diferentes denominaciones en función de la patología mental investigada. El proble-

Correspondencia: Mariví Rivas Terán
Unidad de Salud Mental
Antonio López, 48. 39009 Santander. Spain

ma más destacable de la epidemiología psiquiátrica infantil se debe a la variabilidad de las cifras de alteración general, que según los distintos estudios oscilan del 5% al 40%. Estas discrepancias en los índices se deben a diferencias tanto conceptuales como metodológicas. A fin de ofrecer una estimación fiable de la prevalencia, entre los distintos estudios revisados hemos seleccionado una serie de trabajos efectuados a partir de Rutter, Tizard y Whitmore (1970) los cuales emplean un diseño metodológico más perfeccionado en consecuencia su estimación de la prevalencia ofrece una mayor fiabilidad. La tabla 1 nos muestra estas investigaciones que tienen en común los siguientes aspectos: La alteración se define mediante el diagnóstico clínico; el diseño metodológico es multi-tápico; los instrumentos de evaluación son válidos y fiables; se realizan en diversas áreas socio-geográficas; la valoración se lleva a cabo a través de distintas fuentes de información; las muestras son amplias y representativas; han sido efectuados en fecha reciente.

Autor	Año	País	Prevalencia	
			Psicopat. general	Sínt. especif.
Rutter et al	1970	Inglaterra	6,8	31
Rutter et al	1974	Inglaterra	24,4	B
Conell et al	1982	Australia	10,0	B
Vikan	1985	Noruega	5,0	B
Verhulst	1985	Holanda	26,0	118
Anderson	1987	N. Zelanda	17,6	B

Clave: B no se indica el número de síntomas

Al analizar la prevalencia de los trastornos específicos encontramos, en general, que los estudios no suelen hallar ín-

ces de prevalencia porque las muestras son demasiado pequeñas. La variabilidad de las cifras entre los distintos estudios es más baja en los trastornos específicos que en la alteración general, posiblemente debido a que existe un menor número de estudios y a una metodología más cuidada de los mismos. La tabla 2 expone la prevalencia media y el rango de variación según los distintos estudios, en los trastornos específicos más frecuentes.

Trastorno	Rango	Media	D. E.
Déficit	0,09-24,3	7,33	5,94
Conducta	0,34-6,69	3,62	2,01
Ansiedad	0,46-10,43	4,46	3,37
Depresión	0,14-13,1	5,40	5,05

Por último haremos referencia a la situación de la investigación epidemiológica en psiquiatría infantil en nuestro país, que se caracteriza por la escasez de trabajos. Los estudios comunitarios, mayoritariamente, se han efectuado en muestras de población escolar, apenas existen investigaciones sobre índices de alteración general y se producen unas diferencias metodológicas y conceptuales importantes, dificultando la comparación entre ellos. Sin embargo, se han producido numerosas investigaciones en el área de la depresión, donde los diseños metodológicos son similares y perfeccionados. Destacamos en este sentido las investigaciones llevadas a cabo por Rodríguez Sacristán, Cardoze, Rodríguez, Gómez-Añón, Benjumea y Pérez (1984); Domènech Llaberia y Polaino-Lorente (1990), Polaino-Lorente y García Villamizar (1993).

Objetivos del estudio

La finalidad del estudio que presentamos en este artículo, es evaluar las altera-

ciones psicopatológicas en una muestra de población escolar, que pueda ser útil para determinar su generalización al conjunto de la población total infantil. Los objetivos específicos que se persiguen son: 1) Proporcionar cifras de la frecuencia con la que aparecen las alteraciones psicopatológicas en base a la evaluación de los padres, los profesores y los niños. 2) Examinar la influencia que la edad y el sexo ejercen sobre la patología mental en la infancia. 3) Analizar la asociación que establece la psicopatología con las variables familiares, escolares y sociales del niño.

Material y método

La investigación se ha efectuado en cinco centros de enseñanza de la ciudad de Santander, dos de los centros pertenecen al régimen de enseñanza pública y tres al régimen de enseñanza privado. Los niveles escolares que participaron se correspondían con los ciclos medio y superior de EGB (3º,4º,5º,6º,7º,8º). Las fuentes de información utilizadas en este trabajo han sido primarias, mediante la exploración directa del niño y secundarias, a través de la información proporcionada por padres y profesores de los niños.

La muestra definitiva de niños participantes en el estudio ha sido de 411 sujetos, siendo su distribución por sexos de 214 varones (52,06%) y 197 mujeres (47,93%). La edad de la muestra estudiada oscila entre los 8 y los 15 años, siendo la media de edad del total de la muestra de 10,43 y la desviación típica de 1,79.

Descripción de instrumentos

El estudio de la muestra se ha realizado en tres fases, por lo tanto el trabajo de campo se estructuró en torno a la exploración del niño, además de la recogida de información de padres y de profesores. La

evaluación de los niños se realizó mediante las siguientes pruebas: en la valoración del nivel intelectual se empleó la escala de factor "G" de Cattell y Cattell (1984); los rasgos de personalidad se evaluaron a través del CPQ y el HSPQ (Porter y Cattell, 1982; Cattell y Cattell, 1982); el nivel de ansiedad se valoró a través del STAI-C (Spielberger, 1973); los síntomas depresivos se evaluaron mediante el CEDI (Kovacs y Beck, 1978,1981; Rodríguez Sacristán et al., 1984).

Los profesores emitieron su opinión acerca de los niños que participaban en el estudio mediante la BAS-1 (Silva y Martorell, 1983) que describe los hábitos de socialización del niño en sentido positivo y negativo.

Los padres proporcionaron la información mediante una entrevista clínica semiestructurada diseñada específicamente para la investigación. En su elaboración se siguió el patrón convencional de entrevista psiquiátrica infantil (Simmons, 1977), incorporando áreas e ítems de la entrevista de Pelechano para padres (Pelechano, 1980).

Definición de variables

Existen una serie de variables como son la edad, el sexo, el colegio y el curso escolar, que no precisan definición previa. Sin embargo hay otras que son más complejas, y por lo tanto, es necesario clarificar los criterios seguidos en su definición. A continuación nos referiremos a este tipo de variables: *Sociodemográficas*, entre ellas fueron analizadas la *edad*, *el sexo* y *la clase social* (definida mediante los criterios de Hollingshead y Readlich, 1958). *Familiares*, fueron seleccionadas el *clima familiar* y *el sistema disciplinario*. En lo que respecta al clima familiar, se valoró si existía acuerdo parental y conflictividad entre el niño y uno o ambos progenitores.

En base a estos criterios establecimos diversos niveles de patogeneidad en el clima familiar. La segunda variable dentro del ámbito familiar fue el sistema disciplinario, para analizar la adecuación de su aplicación se valoró si el manejo de premios y castigos era efectuado de manera discriminativa y consistente, determinando en función de estos aspectos diversos tipos de adecuación disciplinaria. *Escolares:* La *capacidad intelectual* se ha valorado mediante el cociente intelectual, y los niveles obtenidos se han agrupado según los criterios del DSM-III-R. *El rendimiento escolar* se ha evaluado mediante las calificaciones académicas de todos los cursos educativos. El grado de *integración social* se obtuvo de la evaluación de los profesores en la escala Cs (criterial de socialización), ante lo cual se delimitaron tres niveles: Optima integración (PC 70-98), socialización promedio (PC 40-65) y baja integración social (PC 35-0). *Acontecimientos estresantes:* La valoración de los acontecimientos vitales se realizó siguiendo los criterios de la Escala de Coddington (1972), en la adaptación española de Canalda (1988). Los acontecimientos vitales se estructuraron en acontecimientos vitales *previos* al año de la investigación y acontecimientos vitales en el *último año*. Las puntuaciones fueron consideradas relevantes a partir del percentil 75. *La enfermedad física* ha sido otro de los acontecimientos estresantes valorados, agrupados en tres niveles en función de su duración: No existencia de enfermedad física, enfermedad física esporádica cuando el problema fué transitorio, enfermedad física crónica cuando el problema se mantiene a lo largo de los años. *Variables clínicas:* En base a la información de los padres, se estableció el *nivel de salud mental* en diferentes grados en función del aumento progresivo de la patología. De tal forma que se delimitó la existencia de patología men-

tal leve cuando los síntomas referidos alcanzaban relevancia clínica pero de baja frecuencia, intensidad o duración, apareciendo desadaptación en alguna área de actividad. La patología mental moderada se definió cuando la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas era lo suficientemente elevada como para considerarlos clínicamente significativos y además esta clínica implicaba una interferencia importante en diversas áreas de actividad del niño. La patología mental severa hace referencia a una mayor frecuencia, intensidad y duración de abundantes síntomas clínicos, éstos suponían una interferencia importante en la vida del niño en todas las áreas de actividad. La existencia de *síntomas de ansiedad, depresión y alteración de conducta* según la evaluación de los padres se consideró relevante a partir de 4 síntomas referidos en cada uno de los distintos ámbitos de patología. En base a la información de los profesores los síntomas de ansiedad, de depresión y de alteración conductual han sido valorados como significativos cuando la puntuación alcanzada era superior al percentil 70. En función de la información de los niños los *síntomas de ansiedad* han sido considerados significativos cuando las puntuaciones se situaban por encima del percentil 70 (puntuaciones directas entre 42-60); en la delimitación de los *síntomas de depresión* se han seguido los criterios de Rodríguez Sacristán et al. (1984), definiendo cuatro grados de síntomas depresivos; en cuanto a los *síntomas de alteración de conducta* se han establecido por el factor excitabilidad del cuestionario de personalidad, siendo seleccionado el punto de corte por encima del decatipo 7.

El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, siendo considerada como significativa la relación entre una variable independiente y un aspecto clínico cuando el nivel de confianza

no fuese inferior al 0,05%. El análisis estadístico de los resultados se efectuó con el programa SPSS/PC.

Resultados

Prevalencia de psicopatología

Comentaremos la prevalencia de los niveles de salud mental en base a la valoración de los padres, así como la prevalencia de los síntomas de ansiedad, depresión y conducta según las distintas fuentes de información. En función de los datos que nos proporcionaron los padres, se establecieron tres grados de salud mental: normalidad asintomática y sintomática; y patológica. La prevalencia psicopatológica ha sido estimada en un 11,4% siendo la prevalencia en los varones del 14,48% y la prevalencia en las mujeres es del 8,12%. La normalidad se produce de manera asintomática en el 19% y sintomática en el 69%, de donde se desprende que los padres de la muestra tienden a informar de gran número de síntomas que no implican alteración.

La prevalencia de los síntomas de ansiedad en base a la valoración de los padres ha sido del 8% lo que constituye una prevalencia del 7,9% en los varones y del 8,1% en las mujeres. Atendiendo a la evaluación de los profesores la prevalencia es del 21,2%; siendo en los varones del 17,3% y en las mujeres del 24,8%. Por último la estimación de los niños es del 22,9%, y su distribución por sexo es del 21,5% en varones y del 24,4% en mujeres.

Los síntomas de depresión han aparecido en nuestra muestra con la prevalencia siguiente: según la valoración de los padres en un 9%, siendo la prevalencia en los varones del 8,9% y en las mujeres del 9,1%; la evaluación de los profesores informa del 26,5%, por sexos la distribución es del 27,9% en los varones y del 25,2% en las mujeres; en base a la valoración de los niños obtenemos una prevalencia del

8% en la depresión moderada, correspondiendo el 6,07% a los varones y el 10,15% a las mujeres, y un 5,63% en la depresión severa, que atendiendo al sexo se distribuyen en el 6,07% varones y el 5,07% mujeres.

En lo referente a los síntomas de alteración de conducta la prevalencia según la valoración de los padres es del 7,1% correspondiendo al sexo masculino el 5,1% y el 9,1% al sexo femenino. La evaluación de los profesores ofrece una prevalencia del 21,2%, correspondiendo el 20,3% a los varones y el 22,0% a las mujeres. En base a la información de los niños nos encontramos con una prevalencia del 16,3%, en la distribución por sexo corresponde a los varones el 20,1% y a las mujeres el 12,2%.

Psicopatología y variables socioambientales

Psicopatología y variables sociodemográficas: Al evaluar los resultados de la asociación entre la edad y la psicopatología, apenas encontramos significación entre ambas variables, en consecuencia podríamos señalar que la edad no desempeña un papel relevante en su relación con los aspectos clínicos. A excepción de los síntomas depresivos severos según la valoración de los niños donde se produce un incremento significativo ($p < 0,02$).

Una valoración global de nuestros resultados, indica que el sexo apenas se relaciona significativamente con la psicopatología, de nuevo la excepción viene dada por la evaluación del niño donde sí aparecen diferencias, señalando que la depresión es más frecuente en las mujeres siendo la diferencia entre sexos más marcada en el grupo de depresión moderada ($p < 0,05$); sin embargo los problemas de conducta aparecen con una frecuencia mayor en los varones llegando a alcanzar relación significativa ($p < 0,03$).

Dentro de las variables sociodemográficas, la clase social se relaciona de manera más significativa con la psicopatología. En general, los resultados indican que a medida que desciende el nivel social la alteración psicopatológica aumenta, en lo que respecta a la evaluación de los padres y de los niños. Así, la valoración de los padres relaciona significativamente la clase social con el nivel de salud mental ($p < 0,01$) y con los síntomas de ansiedad ($p < 0,04$). Los profesores no asocian de manera significativa la clase social con la psicopatología. La evaluación de los niños, nos ofrece una variación significativa entre clase social y síntomas de ansiedad ($p < 0,03$) y los síntomas de depresión ($p < 0,00$) no siendo así en los síntomas de alteración conductual.

Psicopatología y variables familiares:

Al analizar la asociación entre psicopatología y las variables familiares, nos encontramos que el clima familiar y la psicopatología, establecen diferencias significativas en la evaluación de los padres y en la de los niños, no apareciendo en la evaluación de los profesores. Esta relación se orienta en el sentido de presentar a los ambientes familiares desajustados como favorecedores de alteración psicopatológica. La evaluación de los padres, asocia significativamente la psicopatología con el desajuste familiar en todos los aspectos clínicos ($p < 0,00$). En oposición a esto, la evaluación de los profesores no manifiesta relación significativa entre clima familiar y psicopatología en ninguno de los aspectos clínicos evaluados. El clima familiar y la psicopatología según los niños, se asocian significativamente en los síntomas de ansiedad y de depresión ($p < 0,00$), no así en los síntomas conductuales, evidenciando que el clima familiar desajustado tiende a influir en las emociones del niño. El sistema disciplinario y la psicopatología se asocian significativamente en la

evaluación de los padres en todos los aspectos clínicos ($p < 0,00$), en la evaluación de los profesores en los síntomas de alteración de conducta ($p < 0,00$) y en la evaluación de los niños no aparece ninguna relación. Las diferencias se orientan en expresar una proporción mayor de niños alterados, en aquellos cuyo sistema disciplinario es más inadecuado.

Psicopatología y variables escolares:

Las variables escolares en nuestro estudio son las que establecen una mayor significación con la psicopatología, además se produce acuerdo en este sentido en las tres fuentes de información, especialmente en la evaluación adulta. En cuanto a la asociación que establece la capacidad intelectual con la psicopatología, nuestros resultados evidencian que el descenso del nivel intelectual influye en la percepción de psicopatología en el adulto. Los padres asocian la psicopatología con baja capacidad intelectual en el nivel de salud mental ($p < 0,00$), en los síntomas de ansiedad ($p < 0,00$) y en los síntomas de conducta ($p < 0,03$), no apareciendo relación en los síntomas depresivos. En lo referente a la evaluación de los profesores se produce asociación significativa entre psicopatología y nivel intelectual en los síntomas de depresión ($p < 0,01$) y en los de alteración de conducta ($p < 0,01$) no existiendo en los síntomas de ansiedad. La evaluación de los niños no ofrece diferencias entre psicopatología y nivel intelectual, en ninguno de los aspectos clínicos. El rendimiento académico se asocia de manera muy significativa con la psicopatología, las diferencias se establecen con la mayoría de los aspectos clínicos, no obstante la relación disminuye sensiblemente en la evaluación del niño. En consecuencia existe una proporción mayor de niños con psicopatología en los que presentan un rendimiento escolar bajo, al margen de la fuente de información. Los padres relacionan la psico-

patología con el bajo rendimiento escolar, en todos los aspectos clínicos evaluados ($p < 0,00$). De la misma forma sucede con la evaluación de los profesores, apareciendo la significación ligeramente menor en los síntomas de ansiedad ($p < 0,01$) que en los síntomas depresivos y conductuales ($p < 0,00$). La evaluación del niño asocia sólo los síntomas depresivos con el bajo rendimiento escolar de manera significativa ($p < 0,00$). La socialización escolar también establece relación significativa con la psicopatología en la mayoría de los aspectos clínicos. De tal forma que, en la evaluación de los padres y profesores se comprueba en todos los aspectos clínicos ($p < 0,00$), mientras que en la evaluación del niño aparece significación sólo en los síntomas depresivos ($p < 0,02$). En este sentido, los resultados muestran que los niños menos competentes socialmente, son percibidos por los adultos como más alterados.

Psicopatología y acontecimientos estresantes: En primer lugar comentaremos la asociación de los acontecimientos vitales previos y la psicopatología, donde hallamos que la evaluación de los padres ofrece significación en todos los aspectos clínicos ($p < 0,00$). Sin embargo en la evaluación de los profesores y en la evaluación de los niños, alcanza significación la asociación sólo en los síntomas de depresión en ambas fuentes ($p < 0,00$). Por consiguiente los síntomas depresivos se relacionan con los acontecimientos vitales previos en las tres fuentes de información, proporcionando mayor consistencia al hallazgo. Respecto a la relación entre psicopatología y los acontecimientos vitales en el último año, de nuevo encontramos en la valoración de los padres significación en todos los aspectos clínicos ($p < 0,00$) a excepción de los síntomas de ansiedad. En lo referente a la evaluación de los profesores y de los niños, se produce una situación si-

milar a la hallada en los acontecimientos vitales previos, apareciendo las diferencias exclusivamente en los síntomas depresivos (profesores $p < 0,05$, niños $p < 0,00$). Observamos pues, que también los acontecimientos acaecidos en el último año tienden a alterar el estado de ánimo de los niños, dado que aparece nuevamente conformidad en las tres fuentes de información. La enfermedad física y la psicopatología no mantienen una relación claramente definida, la asociación encontrada expresa un aumento de la alteración en los niños con más enfermedades físicas. En la evaluación de los padres aparece significación en la salud mental ($p < 0,00$) y en los síntomas de ansiedad ($p < 0,01$), no mostrando diferencias en los síntomas de depresión y conducta. Mientras que la valoración de los profesores manifiesta significación en los síntomas de ansiedad ($p < 0,02$) y en los de depresión ($p < 0,05$), no así en los síntomas de alteración conductual. Para finalizar, comentaremos que la evaluación de los niños no asocia la psicopatología con la enfermedad física.

Discusión

La evaluación de la sintomatología infantil a través de diversas fuentes de información, es aceptado como el método más adecuado para estimar la existencia de psicopatología, debido a que el comportamiento en la infancia varía en función del contexto en el que se observa y también debido a la dificultad que tiene el niño para reconocer sus síntomas. La dificultad que plantea la integración de los datos, ha llevado a los clínicos a utilizar el criterio de Rutter et al. (1970) donde se determinó la existencia de alteración en base a la información obtenida fundamentalmente de los padres. Así, en dicho estudio y en el más reciente realizado por Verhulst (1985), comprobaron que la evaluación de

los padres era la que más contribuía a decidir el diagnóstico definitivo. Los índices más bajos de alteración, como hemos observado en la exposición de los resultados, se han obtenido mediante la evaluación de los padres, tanto en el nivel de salud mental general como en los aspectos sintomáticos. Ello puede ser debido a que en la valoración de los datos aportados por los niños y los profesores se adoptó un criterio cuantitativo exclusivamente, en la evaluación efectuada por los padres se utilizó también un enfoque cualitativo que generalmente ofrece una estimación más restrictiva de la patología.

Los resultados encontrados en el nivel de salud mental informado por los padres señalan que existe una proporción de niños en la población general que presentan alteraciones psicopatológicas, siendo el índice análogo al de otros estudios Rutter et al. (1970); Rutter, Yule, Quinton, Rowlands, Yule y Berger (1974); Connell, Irvine y Rodney (1982); Vikan (1985); Verhulst (1985); Anderson, Willians, McGee y Silva (1987).

Los datos obtenidos según la evaluación del profesor, síntomas de ansiedad 21%, síntomas de depresión 26% y síntomas de alteración conductual 21% no difieren de los índices medios hallados en otros trabajos (Jiménez, 1984). Ahora bien, comprobamos que la prevalencia obtenida mediante la valoración de los profesores es la más alta del estudio, se podrían apuntar diversas hipótesis explicativas desde el punto de corte seleccionado hasta que los profesores tiendan a percibir exceso de psicopatología en los niños. Es interesante destacar que en nuestro estudio no se produce el fenómeno de la selectividad perceptiva (Hollins, 1955; Cohen, 1976; Peiró y Carpintero, 1978), según el cual los profesores son más proclives a detectar síntomas conductuales en detrimento de los síntomas emocionales, tal vez la expli-

cación podría ser debida a una mayor sensibilización en los profesores hacia aspectos de la esfera emocional y afectiva del niño.

La evaluación psicopatológica del niño nos informa de síntomas clínicos, así pues el 22% de los niños se autopercebían como ansiosos, este índice entra dentro del rango de variación obtenido en la revisión de Rutter (1989) donde los síntomas de ansiedad tienen una prevalencia del 26% al 17%. Es conveniente remarcar los pocos trabajos que se han dedicado al estudio epidemiológico de la ansiedad en la infancia, no sólo a nivel nacional sino también internacional (Rutter, 1989). Una situación totalmente opuesta se produce en la depresión, ámbito este en el que hallamos abundantes investigaciones (Rodríguez Sacristán et al., 1984; Domínguez, Castro, Bugallo y Turiño 1984; Canals, Domènech, Clivillé, Fernández y Martí, 1991). Al comparar nuestros datos con estos estudios aparece un evidente acuerdo con nuestras cifras del 8% en los síntomas de depresión moderada y del 5% en los síntomas de depresión severa. La discusión de los resultados en los síntomas de alteración conductual es breve, porque apenas existen estudios que nos ofrezcan cifras sobre síntomas de alteración de conducta. Por el contrario, llama la atención el cuantioso número de trabajos que se denominan "alteraciones conductuales", "problemas de conducta" o "conductas problemáticas" que engloban a síntomas clínicos diversos sin hacer referencia explícita a una conducta antisocial.

En lo referente a la asociación que hemos encontrado entre las variables analizadas y la psicopatología discutiremos aquellos aspectos más relevantes. El hecho de que no hayamos encontrado relación significativa entre patología y edad ratifica la observación de Rutter (1989), quien expresa que la edad es una variable ambigua,

y que el cambio en la prevalencia de la patología en función de ella puede reflejar mecanismos tan diversos como los efectos de modificaciones hormonales, aumento en los estresores de vida, entre otros, por lo cual determinar el efecto que ejerce la edad en la patología es una tarea compleja. La evaluación psicopatológica según los adultos no muestra una relación significativa entre sexo y aspectos clínicos no percibiendo diferencias en la alteración entre varones y mujeres. Este hallazgo es contrario a los resultados de algunos trabajos que han comprobado una mayor prevalencia de problemas conductuales en los varones, cuando son los adultos, padres y profesores, los evaluadores (Shepherd, Oppenheim, y Mitchell 1966; Serbin y O'Leary 1975; Hoffman, 1977), no obstante la evaluación del niño se orienta en la dirección de estos estudios. Asimismo, encontramos que la asociación entre sexo femenino e incremento de síntomas depresivos, en base a la valoración de los niños, también confirma los hallazgos de estudios en población escolar española (Domínguez et al., 1984; Domènech y Polaino, 1990; Canals et al., 1991).

La psicopatología y la clase social en nuestro trabajo se asocian según la fuente de información y los aspectos clínicos específicos de forma diferente. Así, en la evaluación de los padres y en la de los niños la clase social baja mantiene variación significativa con alguno de los síntomas estimados; mientras que la evaluación de los profesores no relaciona ninguno de los síntomas con el nivel social. Las investigaciones revisadas tampoco son concluyentes en este sentido (Rutter et al., 1974; Richman, Stevenson y Graham 1982), expresando que la clase social es una variable compleja que lleva implícita otra serie de aspectos que originan tensiones en el medio familiar y que por lo tanto pueden repercutir en la psicopatología infantil.

La psicopatología valorada por los padres y por los niños se asocia significativamente con la interacción familiar negativa y los conflictos familiares. Esta conexión también ha sido encontrada en numerosos estudios (Rutter et al. 1970, 1974; Boyd y Weissman, 1981; Olson et al. 1982; Richman et al., 1982; Verhulst, 1985; Steinhausen, 1987). En lo referente a las pautas de disciplina inadecuada, tanto los padres como los profesores las asocian con los síntomas de alteración de conducta. Existen investigaciones, que señalan la presencia de una relación significativa entre la conducta antisocial y la delincuencia con las prácticas de disciplina familiar inadecuadas (McCord, McCord, y Howard 1961; Farrington, 1978; Rutter y Giller, 1983) no obstante no podemos establecer una asociación de tipo causal, porque no se debe obviar que el oposicionismo de los niños con problemas de alteración de conducta puede hacer más difícil a los padres mantener una disciplina consistente.

Los aspectos clínicos se encuentran estrechamente ligados en nuestra investigación a las variables escolares; no sólo, como era de esperar al pobre rendimiento escolar sino también al bajo nivel intelectual y a la escasa socialización, hallazgo éste que nos parece especialmente importante. Otro aspecto de interés encontrado es la conformidad de los adultos al enlazar la mayoría de las cuestiones clínicas con el espacio escolar. Este hecho, aún es más evidente, en la asociación de los síntomas depresivos con el rendimiento escolar bajo y la pobre socialización, donde el acuerdo lo mantienen las tres fuentes de información. En cuanto a la evaluación de los niños conviene destacar que los síntomas depresivos son la única condición clínica que se asocia con las variables escolares. Ello se produce en el rendimiento académico y en la socialización, no siendo así con el ni-

vel intelectual. La conexión entre el ánimo depresivo y el ámbito escolar manifiesta la transcendencia que esta dimensión adquiere en la esfera afectiva del niño.

La relación significativa entre psicopatología y bajo nivel intelectual, en general confirma los resultados de otros trabajos, ya Rutter et al. (1970) comprueban que la baja capacidad intelectual incrementaba de manera sustancial el riesgo de alteración psiquiátrica. Con posterioridad se ha confirmado frecuentemente este resultado en las alteraciones de conducta, donde los estudios relacionan dicha alteración con el bajo nivel intelectual y las dificultades de aprendizaje (Bower, 1960; Rutter et al., 1970; Farrington, 1978; Rubin y Balow, 1978; West, 1982; Rutter y Giller, 1983). Sin embargo, la depresión no se relaciona con el bajo nivel intelectual en otros estudios (Weinberg, Rutman y Sullivan 1973; Brumback, Jackoway y Weinberg 1980; Rivas, 1984) confirmando nuestro hallazgo según la evaluación de los padres y de los niños.

La evaluación psicopatológica de los padres y de los profesores en nuestro trabajo asocian todos los aspectos clínicos por ellos valorados con el bajo rendimiento escolar. Este acuerdo entre ambos informantes podría ser debido a que los padres y los profesores consideran alterados a los niños por el mero hecho de tener un bajo rendimiento académico no obstante no parece apoyar esta suposición la mayoría de las investigaciones (Mitchell y Shepherd 1966; Rutter et al., 1970; Rutter et al., 1974; Richman et al., 1982; Verhulst, 1985; Rutter, 1989, entre otros). En lo que respecta a la evaluación del niño, el bajo rendimiento se relaciona exclusivamente con los síntomas depresivos, y como señalamos anteriormente en este hallazgo existe concordancia en las tres fuentes de información. En este sentido, comprobamos que nuestros datos confirman los de otros estudios sobre depresión encontrando asociación entre el bajo rendimiento

y la clínica depresiva (Davidson, 1961; Weinberg et al., 1973; Brumback et al., 1980; Rivas, 1984; Domínguez et al., 1984; Doménech y Polaino, 1990). Estas tres últimas investigaciones se han realizado en población escolar española, por lo que los resultados parecen demostrar de manera definitiva la fuerte vinculación del ánimo depresivo con el bajo rendimiento escolar.

La evaluación de los padres y la de los profesores relaciona todos los aspectos clínicos por ellos valorados con la pobre socialización escolar. Mientras que en la evaluación de los niños esta dimensión escolar se asocia sólo con los síntomas de depresión. A pesar de que no existen suficientes estudios epidemiológicos que hayan analizado la vinculación de la psicopatología con la socialización, desde un punto de vista teórico la interacción del niño con sus compañeros se está perfilando como un indicador de su equilibrio emocional (Asher, Oden y Gottman 1969; Bower, 1969; Hartup, 1976; Campbell y Paulanskas, 1979). Nuestros hallazgos confirman las tesis de autores como Rosenbaum y Weintraub (1985) quienes comprueban que los déficits en habilidades sociales son frecuentes en los niños con psicopatología. De ahí que, en nuestro estudio la pobre socialización se enlaza tanto con los síntomas depresivos como con las alteraciones de la conducta.

La relación que encontramos, a través de la evaluación de los adultos, entre psicopatología y acontecimientos vitales ha sido expuesta por Rutter (1979) quien manifiesta que los niños sometidos a multitud de estrés tienen un mayor riesgo de mostrar alteraciones psicopatológicas. Los resultados de estudios posteriores han confirmado esta idea, presentando a los acontecimientos vitales como un factor que puede desencadenar alteración (Sandler y Block, 1979; Cowen, Weissberg y Guare 1984; Toro, Font y Canalda 1983; Canal-

da, 1988). La evaluación psicopatológica del niño relacionaba los acontecimientos vitales sólo con los síntomas depresivos. Hay que destacar que dicha relación se ha producido en las tres fuentes de información, este acuerdo creemos que proporciona mayor fuerza al hallazgo. El cual, es también refrendado por otros estudios que analizan la relación entre depresión y acontecimientos vitales (Coddington, 1972; Kashani y Orvaschel 1988; Domènech y Polaino, 1990). Conviene subrayar que en este último estudio comprueban que los acontecimientos vitales del entorno escolar son los que mantienen una asociación más evidente con la depresión.

El análisis de la asociación entre psicopatología y enfermedad física en nuestro estudio se caracteriza porque la evaluación de los adultos relaciona la enfermedad física con el área emocional, pero es más evidente en los síntomas de ansiedad que en los síntomas de depresión. La ausencia de estudios que expongan la asociación entre enfermedad física y psicopatología, no impide plantear que desde una perspectiva teórica se tienda a asociar ambas variables dado que la enfermedad física es un estresor vital importante Rutter (1966).

Conclusiones

La conclusión más evidente que se desprende de nuestro estudio es la transcendencia del colegio en la manifestación de la psicopatología infantil, así pues los posibles factores potenciadores de riesgo se han focalizado en el ámbito escolar, siendo prioritario analizar los déficits en la relación con los compañeros. En consecuencia, los recursos educativos y sanitarios tendrían que orientar su atención en perfeccionar las estrategias preventivas y terapéuticas dentro de la comunidad escolar.

Los factores causales de la psicopatología infantil no se pueden establecer con el

análisis efectuado en este trabajo, tarea por otra parte bastante complicada, debido a que incluso los estudios diseñados específicamente para averiguar la relación causal entre una variable y un aspecto clínico no lo consiguen definitivamente, pero estas dificultades inherentes al objeto de estudio motivan para continuar su investigación.

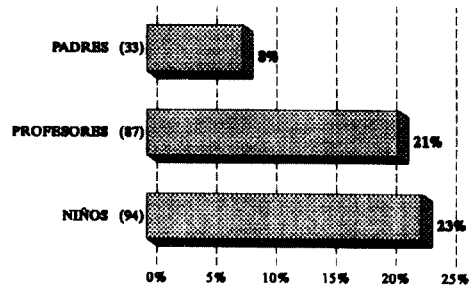


Figura 2. Síntomas de ansiedad

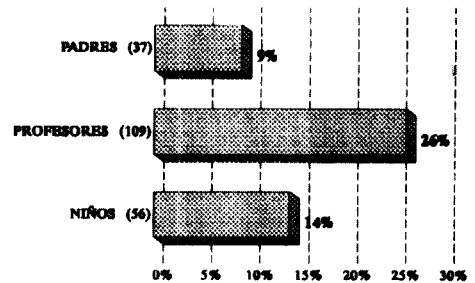


Figura 3. Síntomas depresión

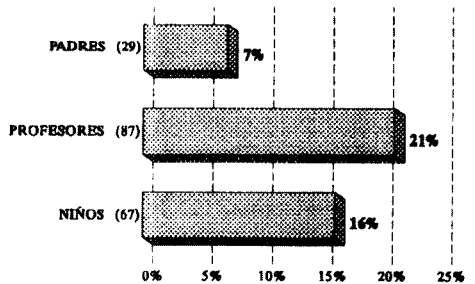


Figura 4. Síntomas alteración de conducta

Referencias

- Anderson, J.C., Willians, S., McGef, R. y Silva, P.A. (1987). The Prevalence of DSM-III Disorders in a large sample of Preadolescent Children from the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Asher, S.R., Oden S.L. y Gottman, J.M. (1976). Children's friendships in school settings. En L.G. Katz (Ed.), *Current topics in early childhood education*. Hillsdale, M.J.: Lawrence Erlbaum.
- Bower, E.M. (1960). *Early identification of emotionally handicapped children in school*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Boyd, J.H. y Weissman, N.H. (1981). Epidemiology of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039-1046.
- Brumback, R., Jackoway, M. y Weinberg, W. (1980). Relation of intelligence to childhood depression in children referred to an educational diagnostic center. *Perceptual and motor skills*, 50, 11-17.
- Campbell, S.B. y Paulanskas, S.L. (1979). Peer relations in hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 233-246.
- Canalda, G. (1988). Estrés y psicopatología infantil. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 15(5), 225-234.
- Canals, J., Domènech, E., Clivillé, R., Fernández, J. y Martí, C. (1991). Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Actas Luso-Españolas Neurológica y Psiquiátrica*, 19(3), 155-161.
- Cattell, R.B. y Cattell, M.D. (1982). HSPQ, *Cuestionario de Personalidad para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Cattell, R.B. y Cattell, A.K.S. (1984). *Tests de Factor g, escalas 2 y 3*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Coddington, R.D. (1972). The Significance of Life Events as Etiologic Factors on the Diseases of Children. I A Survey of Professional Workers. *Journal Psychosomatic Research*, 16, 7-18.
- Cohen, L. (1976). Educational Research in classroom and schols. *A manual of Materials and Methods*. Harper & Row Pu. London.
- Connell, H.M., Irvine, L. y Rodney, J. (1982). The prevalence of psychiatric disorders in rural school children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, 43-46.
- Cowen, E.L., Weissberg, R.P. y Guare, J. (1984). Differentiating Attributes of Children Referred to a School Mental Health Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 397-410.
- Davidson, S. (1961). School phobia as a manifestation of family disturbance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1, 270-287.
- Domènech, E. y Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs, S.A.
- Domínguez, M.D., Castro, P., Bugallo, P. y Turriño, R. (1984). Actitud ante la escuela y fracaso escolar. *Revista de Neuropsiquiatría Infantil*, 11(4), 71-79.
- Farrington, D.P. (1978). The family backgrounds of aggressive youths. En L. A. HersovBerger y D. Shaffer (eds.), *Aggression and antisocial behaviour in childhood and adolescence* (pp. 73-93). Oxford: Pergamon Press.
- Hartup, W.W. (1976). Peer interaction and the behavioral development of the individual child. En *Research and treatment*. Nueva York: Plenum Press.
- Hoffman, L.W. (1977). Changes in family roles, socialization, and sex differences. *American Psychologist*, 32, 644-657.
- Hollingshead, A. B. (1958). *Social Class and Mental Illness*. New York: Wiley.
- Hollins, T.H.R. (1955). *Teacher's attitudes to children's behavior*. M. Ed. Thesis Univ. of Manchester.
- Jiménez, C. (1984). *Fracaso escolar, indefensión aprendida y desvalimiento: un estudio piloto*. Madrid: Comunicación al I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos.
- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145, 960-964.
- Kovacs, M. (1978). *Children's depression inventory (CDI)*. University of Pittsburgh, unpublished manuscript.

- Kovacs, M. (1981). Rating Scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Lapouse, R. y Monk, M.A. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134-114.
- McCord, W., McCord, J., y Howard, A. (1961). Familial correlates of aggression in nondelinquent male children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 79-93.
- Mitchell, S. y Shepherd, M. (1966). A comparative study of children's behavior at home and school. *British Journal of Educational Psychology*, 36, 248-254.
- Olson, D. et al. (1982). *Faces II*. St. Paul University of Minnesota.
- Peiró, J.M. y Carpintero, H. (1978). Conductas escolares problemáticas. Un estudio sobre la evolución de su gravedad realizada por los profesores de EGB. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 33-53.
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplus.
- Polaino-Lorente, A. y García Villamizar, D.A. (1993). *La depresión infantil en Madrid. Un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC.
- Porter, R.B. y Cattell, R.B. (1982). *CPQ, Cuestionario de Personalidad para Niños*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Richman, N., Stevenson, J. y Graham, Ph. (1982). *Pre-school to school: a behavioural study*. London: Academic Press.
- Rivas Terán, M.V. (1984). *Prevalencia de la depresión en una muestra de escolares asturianos*. Memoria de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo.
- Rodríguez Sacristán, J., Cardoze, D., Rodríguez, J., Gómez-Añón, M.L., Benjumea, P. y Pérez, J. (1984). Aspectos evaluativos en las depresiones infantiles (CEDI) modificado. *Revista de Neuropsiquiatría infantil*, II(3), 75-84.
- Rosenbaum, J. y Weintraub, J. (1985). Boys with peer adjustment problems: social cognitive process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1), 80-87.
- Rotterdam: Academic Hospital Sophia Children's Hospital. American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales Revisado*. Barcelona: Masson, S.A.
- Rubin, R.A. y Balow, B. (1978). Prevalence of teacher identified behavior problems: A longitudinal study. *Exceptional Children*, 45(2), 102-111.
- Rutter, M. (1966). *Children of sick parents: an environmental and psychiatric study*. Institute of Psychiatry. Mansley Monographs, 16. Oxford: University Press.
- Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. Londres: Longman.
- Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W. y Berger, M. (1974). Attainment and adjustment in two geographical areas: III. Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry*, 126, 520-533.
- Rutter, M. (1977 a). Classification. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry*. Oxford, England: Blackwell Scientific.
- Rutter, M. (1989). Isle of the Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Rutter, M. y Giller, H. (1983). *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sandler I.N. y Block, M. (1979). Life Stress and Maladaptation of Children. *American Journal Community Psychological*, 7, 425-439.
- Serbin, L. y O'Leary, D. (1975). How nursery schools teach girls to shut up. *Psychology Today*, 55-58.
- Sheperd, M., Cooper, B., Brow, A.C. y Kaltong (1966). *Psychiatric Morbidity in general practice*. Oxford. London: University Press.
- Silva Moreno, F. y Martorell Pallás, M.C. (1983). *BAS-I Bateria de Socialización (para profesores)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Simmons, J.E. (1982). *Exploración psiquiátrica del niño*. Madrid: Salvat, S.A.
- Spielberger, C.D. (1973). *STAIC Preliminary Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Steinhausen, H. (1987). Family composition and child psychiatric disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 237-251.
- Toro, J., Font, M.L. y Canalda, G. (1983). Hechos Estresores y Trastornos Psiquiátricos en la Infancia y Adolescencia: Un estudio piloto. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 429-443.

- Verhulst, F.C. (1985). *Mental Health in Dutch Children, an epidemiological study*. Ed. Department of Children Psychiatry.
- Vikan, A. (1985). Psychiatric Epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children—I. Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 55-75.
- Weinberg, W., Rutman, J. y Sullivan, L. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *Behavior Pediatrics*, 83, 1065-1072.
- West, D.J. (1982). *Delinquency: Its roots, careers and prospects*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Aceptado el 29 de marzo de 1995