

ARTICULOS

Características de la población infanto-juvenil que demanda asistencia psicológica en un centro de salud comunitario (CIS de Hortaleza) I: Los padres como informantes

Features of a population of children and teenagers demanding psychological care in a community health care center (Hortaleza District CIS): The reporting parents

Máximo ALÁEZ FERNÁNDEZ*

Rosario MARTÍNEZ ARIAS**

Carlos RODRÍGUEZ SUTIL***

RESUMEN

La epidemiología psicopatológica de la infancia y la adolescencia es un campo de investigación reciente con todavía pocos estudios en nuestro país. Los padres son una fuente de información principal a la hora de establecer el diagnóstico psicopatológico del niño. Presentamos aquí un "Cuestionario para Padres" elaborado en el Centro de Salud de Hortaleza (Ayuntamiento de Madrid) así como los resultados obtenidos entre 1990 y 1996, con un total de 404 sujetos. El cuestionario comprende 8 áreas, incluyendo un listado de 27 ítems donde se recogen los indicadores y las conductas observadas en el niño. Se exponen algunos resultados sobre la importancia de los Acontecimientos Vitales negativos, y los tipos de problemas según el género y la edad. El artículo termina proponiendo ciertas estrategias para la toma de decisiones en la clínica.

(*) CIS de Hortaleza. Ayuntamiento de Madrid. Correspondencia: C/ Alagón, 1, 2º- A 28042 Madrid.

(**) Departamento de Metodología de las Ciencias de Comportamiento. Universidad Complutense de Madrid.

ABSTRACT

Psychopathological epidemiology in childhood and adolescence is a recent research field with few studies in our country. Parents are a major information source for the child psychopathological diagnosis. This paper presents a "Questionnaire for Parents" designed in the Community Health Care Center of the Hortaleza District (Madrid). Results were gathered from 1990 to 1996 for a total sample of 404 subjects. The questionnaire covers 8 areas, including a list of 27 items regarding child indicators and observed behaviors. Some results are shown concerning the importance of negative life events and problems relative to gender and age. Finally, a number of strategies are suggested for clinical decision making.

PALABRAS CLAVE

Psicopatología infanto-juvenil. Cuestionarios para padres. Acontecimientos Vitales negativos. Factores de Riesgo.

KEY WORDS

Psychopathology in Children and Teen-agers, Questionnaires for Parents, Negative Life Events, Hazard Factors.

1. INTRODUCCIÓN

La epidemiología psicopatológica infantil es un campo de investigación relativamente reciente y en expansión cuya utilidad científica y social está fuera de discusión, como se recoge en los últimos trabajos sobre el tema (Goñi y Cortaire, 1991; Bragado et al; 1995; Gutiérrez et al; 1995; Rivas, Vázquez y Pérez, 1995). El conocimiento de la distribución de los trastornos psicológicos proporciona una línea de actuación que puede ser usada como guía en la toma de decisiones tanto en el tratamiento de los trastornos como en su prevención al permitirnos, por un lado, estimar la prevalencia de los diferentes trastornos, y por otro, identificar los factores que pueden predecir el riesgo de padecer un trastorno y/o las variaciones que se observan en las tasas de prevalencia en función de variables como la edad, el género, u otras de tipo sociodemográfico.

Es innegable la contribución que los estudios de epidemiología psiquiátrica infantil, realizados en torno a los años 70 por investigadores como Shepherd, Cooper, Brown y Kalton (1966), Rutter, Tizard y Whitmore (1970), o Richman (1977), han tenido para el desarrollo de una psicopatología propia de la infancia y adolescencia, diferenciándola de la psicopatología del adulto y permitiendo aclarar las dudas acerca de la estabilidad diagnóstica de los trastornos en esta etapa. Este punto de vista evolutivo ha ayudado a comprender mejor cómo el desarrollo del niño afecta y es afectado por la presencia de un trastorno psicopatológico. En síntesis, los estudios epidemio-

trastornos infantiles existen y, cuando no son tratados, persisten, dando lugar a interferencias con el desarrollo evolutivo del niño.

Como recogen Bragado et al. (1995), en los últimos años ha sido notable el incremento de trabajos, especialmente con muestras comunitarias, lo que ha permitido establecer índices generales de psicopatología en niños y adolescentes. Estos índices de alteración general, aún con las importantes variaciones encontradas en las tasas de prevalencia por el uso de criterios conceptuales y metodológicos diferentes, apoyan globalmente la idea de que un importante sector de la población infanto-juvenil (que Bragado et al. cifran en torno a un 20 por ciento) necesita ayuda psicológica para no verse afectado negativamente en su desarrollo por la presencia de un trastorno psíquico.

Tomados en conjunto, los estudios epidemiológicos con muestras comunitarias vienen a confirmar la idea de que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva en la que algunos tipos de trastornos tienden a disminuir con la edad (especialmente los trastornos de conducta y de eliminación); otros a aumentar (los trastornos depresivos), y otros son muy infrecuentes antes del inicio de la adolescencia (como los trastornos de alimentación). Otras variables que aparecen significativamente relacionadas en diferentes estudios comunitarios con la psicopatología infantil son la clase social y la inestabilidad o el desajuste familiar (Rutter Tizard y Whitmore, 1970; Richman, Stevenson y Graham, 1975; Links, 1983; Rivas, Vázquez y Pérez, 1995).

datos sobre diferencias de género y psicopatología, aunque parecen apuntar en la línea de que los varones presentan índices más elevados de trastornos en general, especialmente de trastornos externalizantes (trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta, etc.), mientras que las mujeres presentan mayores tasas en los trastornos internalizantes (ansiedad y depresión).

Un aspecto que es importante tener en cuenta a la hora de valorar adecuadamente estos datos es que los estudios presentan diferencias marcadas en la prevalencia encontrada (tanto general como para los trastornos concretos) en función de la fuente de información que han utilizado (los padres del niño, los profesores, o el propio sujeto), lo que posee dos posibles explicaciones, que no necesariamente han de ser excluyentes entre sí. La primera pondría el énfasis en la índole situacional del comportamiento infantil, que explicaría que un niño pueda mostrar dificultades en un contexto (por ejemplo, la escuela) pero no en otro (por ejemplo, la familia) y, por tanto, serían percibidas sólo por un informante (el escolar). La segunda explicación pone el énfasis en la fiabilidad de las diferentes fuentes de información y en la selectividad perceptiva, que podría significar que estén interviniendo características personales del propio informante como luego veremos con más detalle.

En cuanto a los estudios epidemiológicos con muestras clínicas infanto-juveniles, lo primero que podríamos afirmar es que, con alguna insigne excepción, nos hallamos en nuestro país prácticamente en su inicio. En los últimos años se han

este sentido a partir del desarrollo de la reforma de la atención a la Salud Mental (Vázquez, González, Banda, Mellado y Jiménez, 1988; Goñi y Cortaire, 1991; Ezpeleta, De la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1992; Pedreira, Rodríguez-Sacristán y Zaplana, 1992; Elorza, Failde, Ezcurra y Casais, 1993; Bragado et al.; 1995; Gutiérrez et al.; 1995; López et al.; 1995; Castro y Lago, 1996; Cortajarena, González, Ugarte y Lasa, 1997).

Cuando se estudia la prevalencia en la población que consulta en los servicios de Salud Mental infanto-juvenil los datos son algo diferentes a cuando se realizan estudios comunitarios en muestras poblacionales, y en ellos queda patente que la demanda de servicios en la población infantil y adolescente se halla fuertemente vinculada a características sociales, económicas y demográficas que es necesario conocer. Así, por ejemplo, Pedreira et al., (1992) encuentran en su estudio que las consultas de niños casi doblan a las de niñas (66.5 por ciento versus 33.5 por ciento, relación contraria a la que se da en la demanda adulta a estos servicios) y que los motivos por los que consultan también presentan diferencias. En los niños, como apuntábamos antes, predominan las consultas por síntomas externalizantes (trastornos de conducta, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, o trastornos por déficit de atención) mientras en las niñas predominan los síntomas internalizantes (de ansiedad, somatizaciones y algias, retraimiento, timidez) y los trastornos de alimentación. Además encuentran que los mismos trastornos tienden a provocar la búsqueda de ayuda antes en los niños. Lo que da

intervención más precoz que en las niñas. Para estos autores, ambos hechos se relacionan con la diferente apreciación de los roles sexuales en nuestra sociedad. En cuanto al grupo de edad que origina más consultas es el de 5-9 años en el estudio citado, grupo de edad en el que la diferencia entre los sexos es aún más acentuada, tendiendo a aproximarse las tasas globales para ambos sexos en la adolescencia. Resultados muy similares encuentran Vázquez et al. (1988), Goñi y Cortaire (1991), y Bragado et al. (1995), Goñi y Cortaire (1991) y también Ezpeleta et al. (1992) encuentran que a partir de los 12 años las consultas de niñas comienzan a ser más frecuentes que las de niños.

Factores de riesgo familiar y psicopatología infantil

Diferentes estudios apoyan la importancia de los factores de riesgo familiar en los trastornos infantiles. Variables del contexto familiar como la inestabilidad, las familias incompletas, o la enfermedad psíquica de uno de los padres son factores de riesgo para los hijos, y se asocian con un aumento de trastornos en los mismos. Estas familias recurren más que las intactas o estables a buscar ayuda profesional en los servicios de salud.

Los tipos de trastornos en los que se ha encontrado mayor relación en diferentes estudios son la depresión, la psicosis, el alcoholismo y la toxicomanía (Lemos, 1996). Así, por ejemplo, Del Barrio (1996) encontró relación entre el diagnóstico de depresión en uno de los padres (especial-

(1986) entre depresión materna y mayores tasas de trastornos en general en los hijos; Schaugency y Lahey (1985) entre depresión materna y mayor número de síntomas externalizantes en los hijos; y Jalenques y Couder (1993) entre padres con diagnóstico de ansiedad o depresión y mayor riesgo en los hijos de ser diagnosticados de un trastorno de ansiedad. Por su parte Fernández, Vega y Pedreira (1994) y Blanqué et al. (1996) hallaron una mayor prevalencia de psicopatología en niños cuyos padres tienen un diagnóstico de psicosis. En el estudio de Blanqué y otros, más de la mitad (el 57.3 por ciento) de los hijos de padres psicóticos sufren trastornos identificables a través del cuestionario PRS de Conners. La patología del hijo es de tipo inespecífico y está también relacionada con otras variables como edad del niño en el inicio del trastorno paterno, y años de evolución de la enfermedad paterna. Vázquez et al. (1988) encontraron que un 25 por ciento de los niños llevados a tratamiento pertenecían a familias con un padre alcohólico. Finalmente, en un estudio comunitario, Rivas et al. (1995) encontraron que la interacción familiar negativa y los conflictos familiares se asociaban significativamente con alteraciones psicopatológicas en sus hijos, predominando las alteraciones de la esfera internalizada (ansiedad y depresión).

Además de los factores de riesgo familiar señalados hasta aquí, también los Acontecimientos Vitales, o la exposición a sucesos o circunstancias vitales estresantes, han sido relacionados con el aumento de diferentes tipos de trastornos infantiles. El estudio

ciones potenciales de estrés fue puesto de actualidad sobre todo por Lázarus (1966). A partir de él hay una extensa literatura que confirma la relación entre Acontecimientos Vitales estresantes y mayor probabilidad de trastornos, tanto orgánicos como psicológicos. En el campo infantil es Coddington (1972) quien inicia su estudio, y hoy se considera demostrado que existe una asociación entre Acontecimientos Vitales (especialmente de las esferas familiar y escolar) y diversos trastornos de la infancia y adolescencia, tanto trastornos somáticos como emocionales y de conducta. Ello vendría a indicar que entre las circunstancias que facilitarían la aparición de algún tipo de alteración psicológica en niños y adolescentes uno relevante sería el haber sido sometido a experiencias que provocan un nivel de estrés que supera la capacidad de afrontamiento del niño o adolescente. Por tanto, se espera que en una muestra clínica se dé una mayor presencia de este tipo de acontecimientos.

En conjunto, estos trabajos refuerzan la perspectiva ecológica mantenida por autores como Kazdin (1994) cuando afirma que es necesario profundizar en el conocimiento de los factores ecológico-ambientales en las disfunciones infantiles, porque muchas características del contexto del niño están relacionadas tanto con el surgimiento de los trastornos como con la solicitud de ayuda y con los mismos resultados del proceso terapéutico.

Los padres como informantes

A la hora de valorar los estudios

zan muestras clínicas, es necesario tener en cuenta que diferentes factores, aparte de la conducta del niño, pueden contribuir a que éste sea llevado a tratamiento y reciba un diagnóstico psicopatológico. Normalmente los niños y adolescentes no acuden por sí mismos a solicitar tratamiento, sino que esa solicitud depende en gran medida de otras personas que perciben la disfunción del niño y/o sufren sus consecuencias. Es lógico, por tanto, que características propias del adulto que cataloga esa conducta jueguen un papel especial en la decisión de pedir ayuda o no, y también en el diagnóstico que finalmente va a ser asignado al niño o adolescente. En efecto, los estudios sobre concordancia diagnóstica muestran que la correspondencia entre diferentes informadores es baja en la definición de lo que se considera un trastorno y, por tanto, el diagnóstico final asignado puede ser diferente en función de la fuente, o fuentes, que se utilicen para obtener la información (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Ezpeleta, 1995; Rivas et al.; 1995; Lemos, 1996).

Los padres son la fuente de información más habitual en los estudios epidemiológicos con niños y adolescentes, tanto cuando se realizan con muestras comunitarias como cuando se llevan a cabo con muestras clínicas. Igualmente, aunque en el inicio de la demanda puedan intervenir otras personas como el profesor, el pediatra u otro profesional, se puede afirmar que, como tónica general, los niños no son llevados a tratamiento psicológico a no ser que los padres perciban que

los otros sistemas una función instrumental para la decisión de los padres de introducir cambios y/o buscar ayuda.

Que los padres buscan ayuda, con frecuencia, en función de lo aversivo que les resulte el comportamiento de su hijo es algo que todo clínico conoce. El hecho de que, cuando se compara a los padres con el propio niño como fuente de información, aquellos tiendan a atribuir mayor grado de malestar o trastorno a las conductas externalizadas o perturbadoras en contraste con el propio niño o adolescente, que informa más de síntomas relacionados con su experiencia interna (Achenbach et al; 1987; Ezpeleta et al.; 1995; Lemos, 1996) lleva a Ezpeleta et al. a afirmar que ambas fuentes aportan datos complementarios, por lo que concluyen, citando a Kashani Orvaschel, Burk y Reid (1985), que "debemos preguntar a los niños cómo se sienten, y a sus padres cómo se comportan" (p. 162).

La importancia de los padres como fuente de información viene aún más reforzada por el hecho de que, como se recoge en Rivas et al. (1995) citando los trabajos de Rutter et al. (1970) y de Verhulst (1985), la información que proporcionan es la que más contribuye a decidir el diagnóstico definitivo del niño o adolescente.

En los últimos años se está dedicando un gran esfuerzo para identificar los factores que influyen en la percepción que los padres tienen de las conductas desviadas de sus hijos. En unos casos estos estudios se han centrado en indagar la relación

padres y la percepción que tienen acerca de la conducta de su hijo (Links, 1983; Schaughency y Lahey, 1985; Brody y Forehand, 1986; Fernández et al; 1994; Del Barrio, 1996). En otros, se ha atendido más a la influencia de las variables propias del sistema familiar y socioeconómico (Rutter, 1981; Emery, 1982; Gotlib y Avison, 1993; Jutras y Dandurand, 1994; Rivas et al.; 1995; Lemos, 1996). Los datos más consistentes son los que indican que las familias en las que la madre tiene un diagnóstico de depresión, uno de los padres padece un trastorno psicótico, o falta uno de los padres (independientemente de cuál sea el motivo de esa ausencia) requieren más frecuentemente la ayuda de los servicios profesionales para sus hijos, y éstos reciben un mayor número de diagnósticos psicopatológicos, comparados con grupos control. Esto permite a Schaughency y Lahey (1985) concluir que los padres tienen menor tolerancia a las conductas desajustadas o sobreexigentes de sus hijos cuando están deprimidos o tienen un menor ajuste y apoyo en la pareja. Algunos autores llegan a afirmar que la existencia de psicopatología en los padres es tan importante como la propia conducta del hijo para originar la solicitud de tratamiento.

Igual que en la práctica clínica está totalmente asumida la necesidad de utilizar a los padres como informadores acerca de la conducta y problemas de su hijo, también todos los autores están hoy de acuerdo en que éste es un requisito necesario en los estudios epidemiológicos. De aquí la necesidad de

dos para recoger sistemáticamente, en el proceso diagnóstico, dicha información. Una última salvedad que conviene introducir es la de que la mayoría de los estudios, cuando hablan de los padres como informadores, se están refiriendo casi en exclusiva a la madre. Hacemos esta salvedad porque estudios recientes, como los recogidos por Bragado et al. (1995), indican que, según sea el padre o la madre quien informa, se encuentran diferencias en el tipo de trastornos que comunican.

Los cuestionarios escritos para padres

La información aportada por los padres es, pues, relevante en la clínica tanto para poder realizar un diagnóstico correcto como para orientar el tratamiento a realizar, y también lo es en la investigación epidemiológica.

Por otra parte, en los Servicios Públicos frecuentemente saturados por la presión asistencial, contar con un instrumento para la recogida de información que pueda ser cumplimentado directamente por los padres tiene muchas utilidades posibles. Entre ellas se podrían destacar:

1. Garantiza una recogida sistemática de información que es necesaria para poder desarrollar estudios epidemiológicos y de demanda de los servicios;

2. Permite al clínico valorar de forma rápida los aspectos contextuales o ecológicos del niño, que pueden ser relevantes para la intervención, y en los que se puede profundizar en la entrevista clínica;

3. Si puede ser cumplimentado

ra los costes al reducir el tiempo que el profesional debe ocupar para recoger estos aspectos en la entrevista;

4. Finalmente, permite a los padres informar sobre otros aspectos de su hijo y del contexto familiar que quizás no habían considerado al solicitar la consulta.

Muchos estudios, a partir de los iniciales realizados por Rutter, Shepherd, Achenbach, etc, han demostrado que la información aportada por los padres a través de cuestionarios autoaplicados es fiable y significativa.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El estudio iniciado hace más de siete años en la unidad de Psicología del Centro de Salud de Hortaleza (Ayuntamiento de Madrid) se plantea varios objetivos paralelos. Por un lado, nos interesa conocer las características de la población que solicita ser atendida en el servicio: las variables sociodemográficas relacionadas con la demanda de tratamiento de niños y adolescentes en un servicio público de Psicología Clínica, y los patrones de distribución de los trastornos, con las tasas de prevalencia diagnóstica, así como su relación con variables como género, edad, etc. Por otra parte, se pretende mejorar el cuestionario que relleñan los padres eliminando aquellos ítems que resulten redundantes o que no aporten información significativa, e introduciendo otros que recojan mejor aquellos aspectos que parecen significativos y que no están incluidos o suficientemente desarro-

En esta primera parte centraremos el trabajo en la descripción de las características sociodemográficas de la población atendida en el servicio, a partir de la información proporcionada por los padres a través de un cuestionario autoaplicado, y de los factores del contexto familiar, escolar, etc. relacionados con la solicitud de la consulta, asumiendo la posición ecológica mantenida por otros autores citados anteriormente, cuando sostienen que la demanda de tratamiento psicológico de niños y adolescentes viene determinada tanto por los síntomas o trastornos que presenta el propio sujeto como por otras características del contexto en el que se manifiesta ese comportamiento.

METODOLOGÍA

Descripción de la muestra

Se recogieron datos de todos los sujetos menores de 19 años que consultaron en la unidad de Psicología del CIS de Hortaleza entre los años 1990 y 1996. Se trata de una unidad de Psicología incluida en un Centro de Salud dependiente del Ayuntamiento de Madrid. Es un centro sectorizado que atiende a la población de un Distrito Municipal de aproximadamente 140.000 habitantes, está integrado en la red pública de salud como nivel especializado de referencia para derivación de niños y adolescentes, y al que se accede a través de distintas vías: Centros de Asistencia Primaria, Equipos de Orientación Educativa, Servicios Sociales, y otros programas del propio centro.

A todos los sujetos de la muestra se les adjudicó un código diagnóstico por la misma persona (el primer autor)

En la segunda parte de la evaluación, los padres (o en su caso el tutor legal que los sustituye) rellenaron el "Cuestionario para los padres" que se incluye como anexo. Este cuestionario es entregado a los padres en la primera entrevista para ser cumplimentado y, posteriormente, revisado con ellos en la siguiente visita. Como ocurre en general en los estudios en que los padres son los informantes, en la práctica la gran mayoría es rellenado por la madre. En nuestro caso, aunque se solicita que sea rellenado por ambos, en casi todos los casos es la madre quien lo hace, lo que, por otra parte, coincide con la persona que suele acompañar al niño a la consulta. En alguna ocasión, dado el bajo nivel cultural de los padres, el cuestionario se rellena en la consulta con la ayuda del psicólogo. Esta forma de proceder ha originado que sean muy pocos los niños o adolescentes vistos en la consulta en ese periodo que hayan quedado fuera del estudio, reduciéndose casi en exclusiva a los adolescentes que solicitan directamente la consulta y no desean que sus padres lo conozcan, y aquellos casos en que se produjo un abandono tras la primera entrevista. La muestra final del estudio queda así compuesta por 404 sujetos entre 1 y 18 años.

Para establecer la relación entre edad y otros tipos de variables (como por ejemplo "tipo de trastorno") hemos agrupado a los sujetos en rangos de edad. Siguiendo a Bragado et al. (1995), hemos realizado las siguientes agrupaciones: 0-5 años, 6-9, 10-13, y 14-18 porque pensamos que es el que más se ajusta a las etapas evolutivas y escolares. En los estudios revisados para

formas de agrupación encontrados son muy variables, lo que dificulta la comparación entre los mismos (ver Tabla 1). Pensamos que se debería

diferenciar al menos entre niños y adolescentes dada la influencia que la variable edad tiene sobre el resto de las variables que se estudian.

TABLA 1
Rango y agrupaciones de edad en diferentes estudios epidemiológicos

Autor (es)	Rango	Edad media	Agrupaciones
-Toro et al , 1.983	3 – 14 años	–(1)	3-5, 6-7, 10-14 años
-Schaughency y Lahey, 1.985	5 – 14 años	–	--
-Brody y Forehand, 1.986	2 – 9 años	5. 1	--
-Vázquez et al., 1.988	0 – 15 años	--	0-5, 6-10, 11-15 años
-Goffi y Cortaire, 1.991	1 – 16 años	–	1-6, 7-12, 13-16 años
-Pedreira et al., 1.992	0 – 14 años	–	--
-Bragado et al., 1.995	6 – 17 años	11. 35	6-9, 10-13, 14-17 años
-Ezpeleta et al., 1.995	6 – 17 años	12. 0	6-12, 13-17 años
-Gutierrez et al., 1.995	0 – 17 años	–	0-6, 7-13, 14-17 años
-López et al., 1.995	5 – 12 años	–	--
-Pons-Salvador y Del Barrio, 1.995	8-14 años	10. 49	8-9, 10-11, 12-14 años
-Rivas et al., 1.995	8 – 15 años	10. 43	--
-Bengoechea, 1.996	6 – 18 años	–	6-7, 8-10, 11-13, 14-18 años
-Blanqué et al., 1.996	5 – 15 años	–	5-9, 10-15 años
-Castro y Lago, 1.996	0 – 17 años	–	--
-Cortajarena et al., 1.997	0 – 6 años	–	0-3, 3-6 años

Instrumento de Evaluación

Los datos se han obtenido, pues, a partir de dos fuentes de información: por una parte los padres que rellenan un cuestionario autoadministrado y, por otra, el propio niño en el procedimiento habitual de evaluación para la realización del diagnóstico clínico. En este primer informe utilizaremos sólo los datos del cuestionario cumplimentado por los padres. Este cuestionario es un instrumento construido a partir de otras escalas utilizadas por investigadores como Shepherd et al. (1966), Rutter et al. (1970), Conners y Eisenberg (1975), o Achenbach y Edelbrock (1983), y de la propia experiencia clínica de los autores. Las áreas de que consta el cuestionario son las siguientes:

- a) Datos de identificación y variables sociodemográficas (edad, género, edad de los padres, ocupación);
- b) Estructura familiar (personas que forman la unidad familiar o de convivencia, ausencia de alguno de los padres, motivo de la ausencia, convivencia alternativa a la familia);
- c) Existencia de trastornos o síntomas físicos, enfermedades, hospitalizaciones y accidentes;
- d) Listado de Acontecimientos Vitales negativos, que incluye una relación de hechos de la esfera familiar y/o escolar, o cambios en la vida del niño, que se consideran susceptibles de actuar como estresores. El listado se construyó siguiendo los trabajos de Coddington (1972) y de Toro, Font y Canal

padres que identifiquen en el listado todos aquellos acontecimientos que se han producido a lo largo de la vida del niño o adolescente;

- e) Listado de indicadores de conductas observadas en el niño (conductas internalizadas y externalizadas). Formado por 27 ítems, elaborados a partir del CBCL de Achenbach, y en los que los padres deben valorar, en una escala de 4 puntos, la presencia o ausencia en su hijo de una serie de conductas;
- f) Antecedentes de trastornos y/o tratamiento psicológico en otros miembros de la familia;
- g) Historia escolar y de aprendizajes;
- h) Finalmente, descripción por los padres del motivo de consulta.

Dado que el motivo de construcción del cuestionario fue inicialmente clínico (disponer de una herramienta sencilla que pudieran cumplimentar los padres para obtener datos complementarios a los recogidos en la entrevista clínica habitual), el mismo ha sufrido diferentes modificaciones desde que se comenzó a trabajar con él. La versión que aquí se describe es la que se utilizó para la recogida de los datos durante el periodo que dura el presente estudio.

Procedimiento

Se construyó una Base de Datos a partir de los ítems del cuestionario relleno por las padres, cuya estructura reproduce la del cuestionario. Los ítems fueron considerados en forma

ausencia en cada caso (excepto en los de índole cuantitativa como edad o número de hermanos). En el listado de indicadores conductuales, que utiliza para la respuesta una escala de 4 puntos, se consideró como "presencia" cuando los padres habían indicado una intensidad de 2 ("Bastante") ó 3 ("Mucho").

Para la adjudicación del Diagnóstico se siguió el procedimiento habitual del diagnóstico clínico que integra información de distintas fuentes (habitualmente padres, profesores y el propio niño) y procedimientos (entrevistas, registros, autoinformes, etc.). Finalizada la fase de evaluación diagnóstica, habitualmente tras la segunda o tercera entrevista, se asigna a cada Historia un código diagnóstico con los criterios de la CIE-9 que es el utilizado por los sistemas de registro de la Comunidad de

Madrid. Este código fue asignado en todos los casos por la misma persona (el primer autor del trabajo), lo que significa que siempre se siguió un mismo criterio. Cuando en un sujeto concuerda más de un diagnóstico, cosa frecuente en la población infanto-juvenil, se ha elegido aquel que motivó la consulta, o por el que se abrió la Historia en el centro.

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de los niños y adolescentes del estudio y sus familias se muestran en las Tablas 2 y 3, y en la Figura 1. En la Tabla 2 vemos que la población está

FIGURA 1
Distribución de la muestra por género y grupos de edad

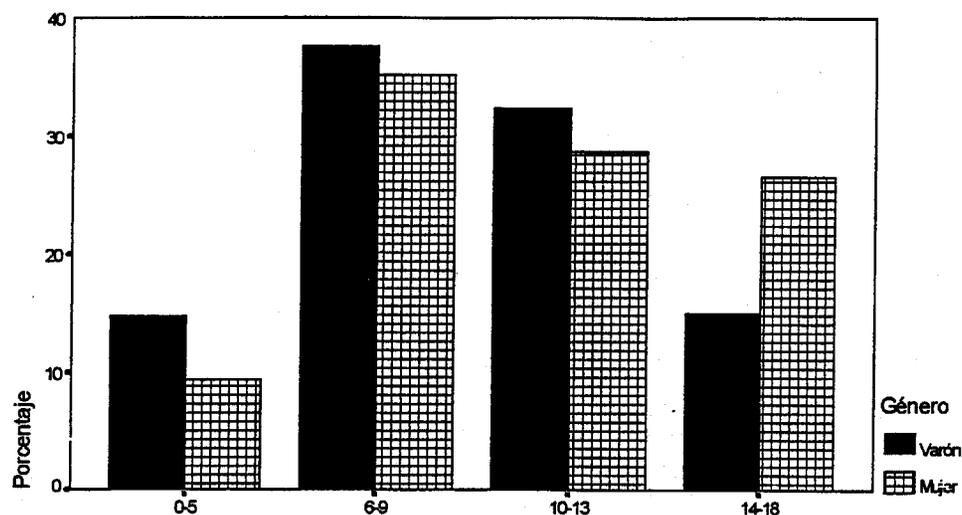


TABLA 2
Características de la muestra

EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL	
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuenc.	(Porcent.)
1 año	0	2	2	(0.5)
2 años	2	0	2	(0.5)
3 años	8	4	12	(3.0)
4 años	11	4	15	(3.7)
5 años	18	3	21	(5.2)
1 – 5 años	39	13	52	(12.9)
6 años	20	17	37	(9.2)
7 años	28	12	40	(9.9)
8 años	29	8	37	(9.2)
9 años	23	12	35	(8.7)
6 – 9 años	100	49	149	(36.9)
10 años	30	13	43	(10.6)
11 años	15	9	24	(5.9)
12 años	25	6	31	(7.7)
13 años	16	12	28	(6.9)
10 – 13 años	86	40	126	(31.1)
14 años	19	8	27	(6.8)
15 años	10	9	19	(4.7)
16 años	3	5	8	(2.0)
17 años	4	5	9	(2.2)
18 años	4	10	14	(3.5)
14 – 18 años	40	37	77	(19.1)
TOTAL	265	139	404	(100.0)

formada por un total de 404 sujetos, 265 varones (65.6 por ciento) y 139 mujeres (34.4 por ciento); con una edad media de 9.77 años (9.45 para los varones y 10.45 para las mujeres). Por grupos de edad, vemos que entre 6 y 10 años se halla el 47.6 por ciento de los sujetos, tendiendo a disminuir los porcentajes relativos a medida que nos alejamos en ambos

ro establecen una relación estadísticamente significativa al 5 por ciento ($\chi^2 = 8.93$, g.l.=3, $p=0.03$), con un coeficiente de contingencia de 0.15; de forma que en el grupo de edad inferior (1-5 años) un 75 por ciento de los sujetos son varones, diferencia porcentual que va disminuyendo, y en el grupo de edad de 14-18 años varones y mujeres están representa-

TABLA 3
Características sociodemográficas familiares

DESCRIPTORES	PADRE		MADRE	
	Frecuencia	(Porcentaje)	Frecuencia	(Porcentaje)
1.- Edad:				
Menor de 26 años.....	6	(1.4)	18	(4.3)
26 – 35 años.....	111	(27.6)	168	(41.4)
36 – 45 años.....	177	(43.9)	149	(36.9)
46 – 55 años.....	69	(17.1)	52	(12.8)
Mayor de 55 años.....	17	(4.0)	7	(1.6)
- Fallecido o desconocido.	24	(5.9)	10	(2.5)
- Media de edad.....	40.8		37.25	
2.- Madre adolescente (1)	—		104	(25.7)
3.- Situación laboral:				
En activo.....	315	(78.0)	169	(41.8)
En paro.....	54	(13.4)	222	(55.0)
Otras.....	35	(8.7)	13	(3.2)
4.- Tamaño familiar:				
1 hijo.....	80		(19.8)	
2 hijos.....	187		(46.3)	
3 hijos.....	84		(20.8)	
4 hijos.....	32		(7.9)	
5 ó más hijos.....	21		(5.1)	
Media de hijos.....	2.39			

Nota. (1) Primer hijo nacido con 20 años o menos la madre.

Estos datos son cercanos a los encontrados por otros autores. Tanto Vázquez et al. (1988) como Goñi y Cortaire (1991), Pedreira et al. (1992), Bragado et al. (1995), Ezpeleta et al. (1995), Gutiérrez et al. (1995) o López et al. (1995) coinciden en sus estudios en que los varones tienen una mayor presencia en las muestras clínicas y que la mayor demanda se produce entre los 6 y los 10 años, por lo que se puede considerar que son dos datos muy contrastados, e indicadores de que las variables género y edad mantienen una clara relación con la demanda en los servicios de tratamiento psicológico de niños y adoles-

centes factores. Así, para Pedreira et al. (1992) estaría interviniendo la diferente apreciación de los roles sexuales en nuestra sociedad, como hemos visto anteriormente. También Vázquez et al. (1988) remiten a explicaciones relacionadas con el estereotipo sexual. En cuanto a la mayor demanda entre los 6 y los 10 años, probablemente esté relacionada con las mayores exigencias escolares que implican esas edades, como tendremos ocasión de ver cuando analicemos la prevalencia de los tipos de trastornos por grupos de edad.

En cuanto a las características sociodemográficas, resumidas en la

padres se caracteriza por una edad media de 40.08 años, y en el 13.4 por ciento la situación laboral es de parado. La edad media de las madres es inferior (37.25 años); algo menos de la mitad (41.8 por ciento) trabaja fuera de casa; y aproximadamente 1 de cada 4 mujeres (el 25.7 por ciento) tuvo su primer hijo antes de cumplir los 20 años. Este dato es muy elevado, si tenemos en cuenta que la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 20 años, en el Distrito de Hortaleza y para los años 80-90, fluctúa en torno al 10 por mil (Aláez, Madrid, Mayor, Vavin y Lebrían, 1996). El tamaño familiar también es alto al compararlo con el tamaño familiar medio en la Comunidad de Madrid. La media de hermanos es de 2.39, con un porcentaje de 33.8 por ciento de familias numerosas (con 3 ó más hermanos). Otros datos sobre la estructura familiar se comentarán a continuación al analizar los diferentes factores de riesgo presentes en la población estudiada.

Distribución de los posibles factores de riesgo

En este apartado comentaremos los datos referidos a los contextos familiar y escolar del niño o adolescente, y la presencia de Acontecimientos Vitales negativos, datos que aparecen todos ellos resumidos en la Tabla 4.

En cuanto al contexto familiar, y partiendo del hecho aceptado de que la familia constituye el microsistema de influencias más directas y próximas sobre el desarrollo del niño (sobre todo de los niños más pequeños), actuando de soporte y protección para el mismo, nuestros datos

disfunción origina cambios que se traducen en un aumento de trastornos psicopatológicos en los niños y adolescentes. Así, vemos que el número de familias incompletas en nuestra muestra es muy alto, sobre todo por la ausencia del padre (34.4 por ciento), y fundamentalmente debido a la separación o divorcio de los padres (21.0 por ciento). Este dato es superior al informado por Bragado et al. (1995) que encuentran un 13.6 por ciento de padres separados en su estudio, realizado también en población clínica. Especial importancia nos parece que tiene el importante número de casos en que existe ausencia de la madre (9.2 por ciento) porque esta ausencia remite fundamentalmente a motivos como el abandono, fallecimiento, u "otros" que casi siempre se deben a enfermedad psiquiátrica grave y/o toxicomanía de la madre. También el número de niños que ha recibido los cuidados fundamentales, o que han sido criados por personas diferentes a sus padres, es importante como indicador de una mayor inestabilidad (o una menor continuidad) en la figura, o figuras, que proporcionan los cuidados y el soporte básico al niño.

Un dato muy relevante es la frecuencia con que uno de los padres (32.4 por ciento) o algún hermano (16.6 por ciento) han recibido o están recibiendo en la actualidad algún tipo de tratamiento o ayuda psicológica o psiquiátrica. El cuestionario no recoge el diagnóstico recibido por el familiar o el tipo de trastorno que motivó el tratamiento, por lo que la interpretación sólo puede hacerse en el sentido de que los hijos de padres con alguna alteración psicológica tienen un riesgo mayor que la población general de

TABLA 4
Distribución de posibles factores de riesgo

DESCRIPTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- Del contexto familiar:		
1. A. Familias incompletas:		
- por ausencia del padre.....	139	34.4
- por ausencia de la madre.....	37	9.2
Motivo de la ausencia: (1)		
- separación o divorcio.....	85	21.0
- por motivos laborales (2).....	26	6.4
- madre soltera.....	15	3.7
- fallecimiento.....	11	2.7
- abandono.....	11	2.7
- otros motivos.....	17	4.2
1.B. Familias desajustadas: (1)		
- niño criado por los abuelos.....	89	22.0
- por otro familiar.....	15	3.7
- en Institución de tutela.....	15	3.7
- en familia adoptiva.....	8	2.0
- otras situaciones.....	8	2.0
1.C. Familias con algún miembro en tratamiento psicológico o psiquiátrico:		
- algún hermano.....	67	16.6
- el padre o la madre.....	131	32.4
- otro familiar.....	49	12.1
2.- Del contexto escolar:		
- Inicio de escuela infantil con menos de 3 años....	186	46.0
- problemas de rendimiento escolar.....	202	50.0
- problemas de adaptación escolar.....	150	37.1
- problemas escolares actuales.....	215	53.5
- absentismo.....	52	12.9
- necesita atención educativa especial.....	42	10.4
3.- Acontecimientos Vitales negativos:		
- hospitalización prolongada del padre o la madre..	30	9.6
- padre o madre impedidos o gravemente enfermos	30	9.6
- fallecimiento de un familiar directo.....	24	7.7
- separación o divorcio de los padres.....	86	27.7
- criado por personas diferentes a los padres.....	76	24.4
- conflictos en la relación entre los padres.....	95	30.5
- institucionalización.....	16	5.1
- ha sido adoptado.....	14	4.5
- cambios frecuentes de domicilio.....	47	15.1
- empeoramiento importante de la situación económica familiar.....	46	14.8
- uso de alcohol o drogas por uno de los padres....	42	13.5
- cambios frecuentes de escuela.....	58	18.6
- hospitalización larga.....	6	1.9
- ha sido víctima de algún incidente traumático.....	39	12.5
- se ha fugado alguna vez de casa.....	16	5.1
- otros.....	25	8.0

Nota. (1) Las alternativas no son excluyentes entre sí

Acontecimientos Vitales negativos

En la Tabla 4 se observa cómo aproximadamente la mitad de los sujetos estudiados han experimentado problemas escolares (de rendimiento y/o adaptación) y más de un 18 por ciento han cambiado de colegio. En cuanto a los acontecimientos negativos de la esfera familiar, también tienen una presencia muy significativa la existencia de conflictos entre los padres (30.5 por ciento), la separación o divorcio (27.7 por ciento), el haber sido criado por persona diferente a los padres (22.4 por ciento) y, en alguna menor medida, los cambios de domicilio (15.1 por ciento), el empeoramiento de la situación económica familiar (14.8 por ciento), el uso de alcohol u otras drogas por uno de los padres (13.5 por ciento), o la experimentación por el propio niño de algún incidente traumático como un accidente, sufrir malos tratos o una agresión sexual, etc. (12.5 por ciento).

La media de Acontecimientos Vitales negativos es de 2.04, con un rango que oscila entre 0 y 10 Acontecimientos negativos por sujeto. En el 32.2 por ciento de los sujetos se da una presencia de 3 ó más Acontecimientos Vitales negativos, lo que podemos considerar como un indicador de la presencia crónica de situaciones estresantes en la vida del niño o adolescente. Hay que tener en cuenta además que algunos estresores (como, por ejemplo, la enfermedad de los padres, la inestabilidad familiar, el aumento de los problemas económicos, etc.) tienden a coexistir y a convertirse en situaciones estables o crónicas, más que acontecimientos puntuales en

Al dividir la muestra por grupos de edad (Tabla 5), se puede observar cómo los mismos Acontecimientos negativos son los más frecuentes en todos los grupos (concretamente los conflictos en la relación entre los padres, la separación o divorcio, o el haber sido criados por persona diferente de los padres, todos ellos presentes en más del 20 por ciento de los sujetos en todos los grupos de edad); en el grupo de 14-18 años también hay más de un 20 por ciento de sujetos que han experimentado cambios frecuentes de colegio, o han sufrido algún incidente traumático. Las medias de Acontecimientos negativos en los grupos de edad son respectivamente de 1.72, 1.99, 1.96 y 2.40, y el análisis de varianza no arroja diferencias significativas. El único Acontecimiento que posee una diferencia estadísticamente significativa, para el grupo de edad de 14-18 años, es haberse fugado en alguna ocasión del hogar, con un nivel de significación muy alto ($\chi^2 = 34.30$, g.l.=3, $p=0.000$).

Ejemplos de otros estudios en nuestro medio en los que la psicopatología infantil aparece relacionada con la presencia de Acontecimientos Vitales negativos serían los trabajos de Toro et al. (1983), Canalda (1988), Doménech y Polaino (1990), Moreno, Del Barrio y Mestre (1995), y Pons-Salvador y Del Barrio (1995). Los trabajos de Toro et al. y de Canalda encuentran que en muestras clínicas ambulatorias, comparadas con grupos control, se da una mayor frecuencia, estadísticamente significativa, de Acontecimientos Vitales negativos y que las principales fuentes de estrés psicológico para el niño y adolescente se produ-

TABLA 5
Acontecimientos Vitales negativos según grupos de edad (en porcentajes)

ACONTECIMIENTOS VITALES	GRUPOS DE EDAD			
	0 – 5 años	6 – 9 años	10 - 13 años	14 – 18 años
-Hospitalización prolongada del padre o la madre.....	12.8	5.5	9.8	14.3
-Padre o madre impedidos o gravemente enfermos...	5.1	8.2	7.6	17.1
-Fallecimiento de un familiar directo.....	2.6	8.2	8.7	8.6
-Separación o divorcio de los padres.....	25.6	29.1	26.1	28.6
-Criado por personas diferentes a los padres.....	30.8	26.4	20.7	22.9
-Conflictos en la relación entre los padres.....	33.3	29.1	29.3	32.9
-Institucionalización.....	2.6	2.7	5.4	10.0
-Ha sido adoptado.....	2.6	3.6	6.5	4.3
-Cambios frecuentes de domicilio.....	17.9	16.4	10.9	17.1
-Empeoramiento de la situación económica familiar.	15.4	16.4	13.0	14.3
-Uso de alcohol u otras drogas por uno de los padres	10.3	13.6	14.1	14.3
-Cambios frecuentes de escuela.....	5.1	19.1	18.5	25.7
-Hospitalización larga.....	2.6	0.0	3.3	2.9
-Ha sido víctima de algún incidente traumático.....	2.6	10.9	13.0	20.0
-Se ha fugado alguna vez de casa.....	0.0	2.0	0.8	15.6***
-Otros.....	2.6	10.0	8.7	7.1

Nota. *** Diferencia estadísticamente significativa al 0.001

también que las principales fuentes de estrés son diferentes en función de la edad de los sujetos. Así, hasta los 6 años, los Acontecimientos Vitales más importantes son los de la esfera familiar, y entre los 6 y los 12 años los de la esfera escolar. Además, al considerar la frecuencia de hechos estresores durante el año precedente a la solicitud de consulta, encuentran relación entre una mayor frecuencia de los

Moreno, Del Barrio y Mestre (1995) y Pons-Salvador y Del Barrio (1995), en estudios con muestras comunitarias, encuentran que se produce un aumento de Acontecimientos Vitales a medida que aumenta la edad de los sujetos, y que la exposición a Acontecimientos Vitales negativos en la familia o en la escuela se relaciona con un aumento de sintomatología depresiva tanto en niños como

estudio epidemiológico sobre depresión en una muestra de sujetos entre 8 y 11 años encuentran que los Acontecimientos Vitales que mantienen una mayor relación con depresión son los del entorno escolar.

Todos estos estudios apoyan la idea de que, además del efecto modulador que tiene la variable edad en el impacto de los Acontecimientos Vitales sobre niños y adolescentes, el aumento de la patología psíquica está ocasionado por la acumulación y cronificación de estresores, más que por el impacto aislado de alguno de ellos.

Situación escolar

Variables escolares como rendimiento, integración, absentismo o adaptación escolar, etc. han sido relacionadas en diferentes estudios, a partir de Rutter et al. (1970), con un aumento de la prevalencia de trastornos psíquicos en los niños y adolescentes. En concreto, la competencia académica, definida a través del rendimiento o las notas escolares, aparece asociada de manera muy significativa con un aumento de psicopatología en diferentes estudios que coinciden en que existe una mayor proporción de niños con trastornos psicológicos que presenta un rendimiento escolar bajo. Otro tanto cabría decir de la competencia social en la escuela, que es definida de manera más diversa (integración social, adaptación escolar, habilidades de relación, socialización, etc.) y que también aparece sistemáticamente disminuida en niños con trastornos psicológicos en general, y de manera especial en niños y adoles-

o de trastorno de conducta. Se da además la circunstancia añadida de que, como se recoge en el estudio de Rivas et al. (1995), en este caso se produce acuerdo entre las diferentes fuentes de información (padres-maestro-niño) lo que viene a reafirmar la importancia de la competencia escolar (tanto académica como social) para el equilibrio emocional de los niños y adolescentes.

Aunque no forma parte del objeto de este trabajo profundizar en la relevancia de las variables escolares, sí parece indicado, con los datos referidos al contexto escolar que aparecen en la Tabla 4 (y que, recordemos, proceden de la información aportada por los padres), hacer referencia en la recogida de información a los factores de riesgo que se producen en el contexto escolar del niño. En conjunto, los datos de nuestro estudio referidos al contexto escolar vienen a indicar que los niños menos competentes son percibidos por los padres como más alterados y son derivados, por ello, a tratamiento en mayor proporción que los niños con mayor competencia escolar. Si se presta atención a la relación con las variables edad y género, encontramos que en la variable género sólo existen diferencias estadísticamente significativas al 5 por ciento en los problemas de rendimiento escolar ($\chi^2 = 5.80$, g.l. = 1, $p = 0.016$), presentes en el 54.3 por ciento de los varones y en el 41.7 por ciento de las mujeres. En el resto no se dan diferencias estadísticamente significativas. Por su parte la variable edad establece diferencias estadísticamente significativas al 1 por ciento en todos los apartados escolares (con unos coeficientes de contingencia que oscilan entre 0.23 y 0.35).

TABLA 6
Trastornos físicos y antecedentes de tratamientos (en porcentajes)

SINTOMAS	TOTAL	POR GÉNERO		POR GRUPOS DE EDAD			
		varones	mujeres	0 - 5	6 - 9	10 - 13	14 - 18
-Dolores de cabeza.....	29.0	26.0	34.5	17.3	26.8	33.3	33.8
-Otro tipo de dolores.....	26.7	23.8	32.4	25.0	22.1	29.4	32.5
-Mareos anteriores.....	6.4	7.2	5.0	5.8	6.7	7.1	5.2
-Mareos en la actualidad.....	7.2	5.3	10.8*	5.8	4.0	9.5	10.4
-Crisis epilépticas.....	1.0	0.8	1.4	0.0	2.7	0.0	0.0
-Enfermedad crónica.....	8.7	9.1	7.9	9.6	8.1	7.9	10.4
-Hospitalización (1).....	19.6	21.9	15.1	15.4	17.4	23.8	19.5
-Operación (2).....	15.4	17.7	11.0	10.3	14.1	12.0	24.3
-Uso de medicación (3).....	24.0	25.7	20.9	21.2	22.8	26.2	24.7
-Tratamientos anteriores.....	27.8	31.9*	20.2	10.0	19.8	36.2	39.4**

Nota. Los datos se han analizado con χ^2

* Diferencias estadísticamente significativas al 0.05

** Diferencias estadísticamente significativas al 0.01

(1) Hospitalización del niño por más de una semana

(2) No incluye amigdalectomías.

(3) No incluye medicamentos habituales en la infancia

atención educativa especial, en la que no se producen diferencias significativas en los diferentes grupos de edad.

Trastornos físicos y tratamientos anteriores

En la Tabla 6 se ofrecen las tasas de trastornos físicos que presenta la población estudiada. Considerados en conjunto, se puede afirmar que la población clínica posee unas tasas muy elevadas de problemas de salud. Especialmente destacadas

ta que ésta no incluye los medicamentos más habituales a estas edades como antibióticos, antitérmicos, complejos vitamínicos o estimulantes del apetito. En concordancia con estos datos, también el porcentaje de sujetos que han sufrido una intervención quirúrgica o una hospitalización son altos. Por género, las mujeres poseen mayores tasas de algias en general (tanto cefaleas como otro tipo de dolores) y de mareos, llegando a ser éstos significativamente mayores que en los varones ($\chi^2 = 4.15$, g.l.=1, $p=0.04$), mientras que

quirúrgicas, y un mayor uso de medicación, aunque sin llegar a la significación estadística.

Por grupos de edad, las algias muestran una tendencia a aumentar con la edad, mientras que la mayor tasa de hospitalizaciones se produce entre los 10 y los 13 años, y de intervenciones quirúrgicas entre los 14 y los 18. Por su parte, las tasas de uso de medicación son homogéneas en todas las edades.

Estos datos concuerdan con los aportados por Pedreira et al. (1992) quienes encuentran una presencia significativa de síntomas físicos y psicósomáticos en una muestra de niños y adolescentes remitidos para tratamiento psicológico. Los trastornos más frecuentes informados por estos autores son los digestivos (vómitos y dolores abdominales), respiratorios (alergias y asma), las cefaleas, y las intervenciones quirúrgicas. Igualmente, encontraron que en las mujeres eran más frecuentes las algias y en los varones las intervenciones quirúrgicas.

También Rivas et al. (1995) informan de un aumento de alteraciones psicológicas en los niños con más enfermedades físicas. Estos autores encuentran que, cuando son los padres los informantes, hay una relación estadísticamente significativa entre enfermedad física y algunos tipos de trastornos psicológicos, concretamente los trastornos de ansiedad. Otros autores (Links, 1983; Gotlib y Avison, 1993; Jutras y Dandurand, 1994) también informan de una mayor presencia de síntomas y enfermedades físicas en los niños que padecen trastornos psico-

Internalización/externalización

Como vemos en la Tabla 7 y en la Figura 2, los más informados por los padres son algunos de los síntomas externalizantes que se corresponden con conductas perturbadoras y/o aversivas para el medio familiar. Así, los ítems "Es muy movido o intranquilo" (informado por el 55 por ciento de los padres); "Exige excesiva atención de sus padres (tiene que ser el centro)" (en el 54 por ciento); y "Coge frecuentes rabietas" (39.9 por ciento). Esto es congruente con los estudios citados anteriormente en la parte introductoria de este trabajo, realizados con la DICA-R o el CBCL de Achenbach.

En general, por el número de síntomas informados, se puede considerar que los padres comunican más los síntomas externalizantes que manifiestan sus hijos. Sin embargo, esto tampoco nos debe conducir a la conclusión inexacta de que los padres no perciben los aspectos internalizados de la conducta de sus hijos, al menos cuando son preguntados acerca de ellos. Así, vemos en la Figura 3 que, en porcentajes muy significativos, los padres informan de la presencia en sus hijos de síntomas como "tristeza o depresión" (24.5 por ciento), "cansancio o disminución de la actividad" (23.8 por ciento), "preocupación o ansiedad" (34.4 por ciento), o "miedos" (47 por ciento). Por tanto, la idea aceptada en general en la literatura sobre el tema de que los padres tienden a desconocer o no identificar aquella parte de los síntomas o trastornos de sus hijos que se refieren a su experiencia interna, quizás no sea totalmente correcta, ya que, cuando son preguntados acerca de ellos, sí informan de síntomas relacionados

TABLA 7
Internalización/externalización y su relación con la edad y el género (en porcentajes)

DESCRIPTORES	TOTAL	POR GÉNERO		POR GRUPOS DE EDAD			
		varones	mujeres	0-5	6-9	10-13	14-18
a) Síntomas internalizantes:							
-Se le ve triste o deprimido.....	24.5	21.8	29.5	15.4	14.8	27.8	44.2**
-Es poco activo; se cansa fácilmente.....	23.8	24.2	23.0	5.8	14.8	30.2	42.9**
-Llora intensamente o con facilidad.....	38.4	35.5	43.9	42.3	36.9	42.1	32.5
-Manifiesta preocupación o ansiedad.....	34.4	32.8	37.4	25.0	35.6	33.3	40.3
-Tiene miedos.....	47.0	45.3	50.4	55.8*	53.7	42.1	36.4
b) Síntomas externalizantes:							
-Es muy movido o intranquilo.....	55.0	63.8**	38.1	63.5**	61.7	55.6	35.1
-Es agresivo.....	30.7	35.1**	22.3	32.7	28.9	27.8	37.7
-Miente.....	36.1	37.0	34.5	17.3	31.5	40.5	50.6**
-Roba o coge cosas fuera de casa.....	5.7	6.0	5.0	0.0	3.4	8.7	9.2
-Se ha fugado alguna vez de casa.....	4.0	1.9	7.9**	0.0	2.0	0.8	15.6**
-Exige excesiva atención.....	54.0	55.1	51.8	63.5	55.7	52.4	46.8
-Coge frecuentes rabietas.....	39.9	41.1	37.4	63.5**	38.9	36.5	31.2
-Falta al colegio.....	12.9	12.9	13.0	5.8	6.7	13.5	29.3**

Nota. Los datos se han analizado con ²

* Diferencias estadísticamente significativas al 0.05

** Diferencias estadísticamente significativas al 0.01

Otro dato a tener en cuenta es la relación de alguno de los síntomas con las variables edad y género. En la Tabla 7 se aprecia que los ítems más informados, tanto internalizantes como externalizantes, poseen un componente claramente evolutivo, siendo más frecuentes en las edades inferiores y menos en las superiores. Así ocurre con el llanto y los miedos

y el exceso de actividad, la exigencia de atención y las rabiets entre los externalizantes. Algunos de los síntomas internalizantes como tristeza/depresión, cansancio, y preocupación o ansiedad están claramente aumentados en el grupo de edad de 14-18 años; y lo mismo ocurre con las mentiras, y las fugas del hogar y del colegio entre los

FIGURA 2
Internalización y Género

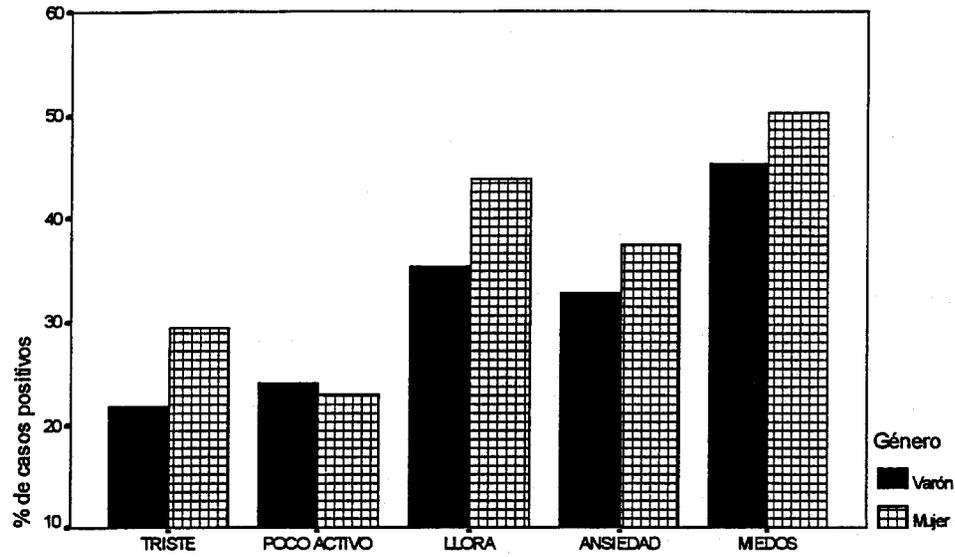
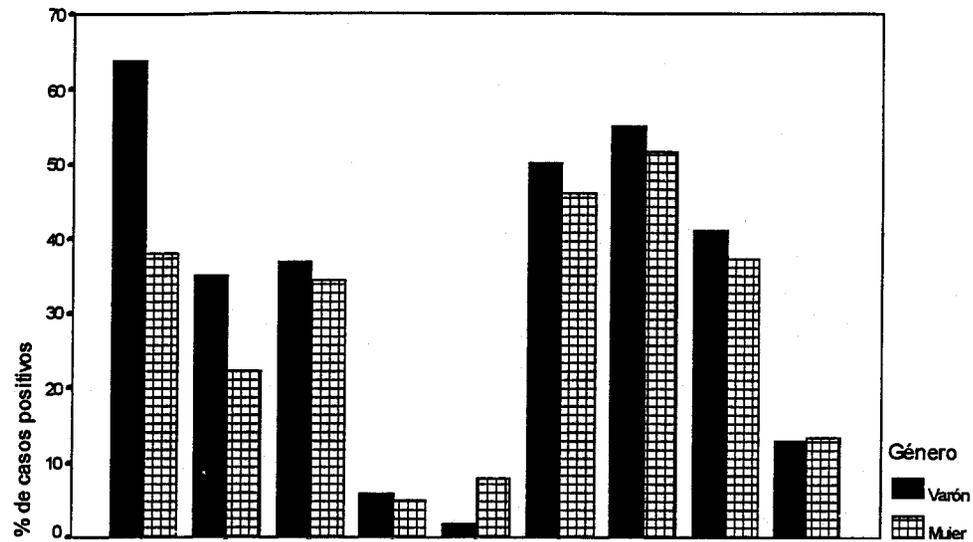


FIGURA 3
Externalización y Género



En cuanto al género, los padres tienden a informar de un mayor número de síntomas internalizantes en sus hijas, mientras, entre los síntomas externalizantes, los varones están más representados en los ítems "Es muy movido..." y "Es agresivo". Las fugas del hogar son más frecuentes en las chicas (7.9 por ciento frente al 1.9 de los chicos) y, en el resto, no se observan diferencias de género significativas.

Un último aspecto que quisiéramos considerar en este apartado es el que hace referencia al componente evolutivo de los miedos infantiles.

de otros trastornos de ansiedad o fobias. En nuestra muestra, como hemos visto, los miedos siguen un patrón evolutivo. Cuando consideramos los tipos de miedos y su relación con el género y la edad, como hacemos en la Tabla 8, es posible matizar más esta afirmación. Así, vemos que algunos tipos de miedos sí manifiestan una clara tendencia a disminuir con la edad (en concreto los miedos a separarse de los padres, a los extraños, y a la oscuridad) mientras que otros (como los miedos a los exámenes, a ser criticado, y los estados medrosos difusos),

TABLA 8
Tipos de miedos según Género y Grupos de Edad (en porcentajes)

TIPOS DE MIEDOS	TOTAL	SEGÚN GÉNERO		SEGÚN GRUPOS DE EDAD			
		varones	mujeres	0-5	6-9	10-13	14-18
1. Generales, difusos.....	8.7	7.5	10.8	5.8	7.4	10.3	10.4
2. A la separación y/o los extraños.....	10.6	11.7	8.6	19.2	10.1	10.3	6.5
3. A la oscuridad, las personas imaginarias.....	17.1	17.0	17.3	21.1	24.2	14.3	5.2
4. Al peligro y a la muerte.....	3.5	3.4	3.6	3.8	2.6	4.8	2.6
5. A los exámenes, el fracaso, o ser criticado...	2.7	2.7	2.9	0.0	4.1	0.8	5.2
6. A daños corporales menores y animales.....	2.7	2.3	3.6	1.9	5.4	0.8	1.3
7. A los hospitales y los médicos.....	1.5	0.8	2.9	3.8	0.0	0.8	3.9
TOTAL	47.0	45.3	50.4	55.8	53.7	42.1	36.4

La tendencia encontrada en diferentes estudios a que los miedos disminuyan con la edad refuerza su consideración como elemento adaptativo, que forman parte del desarrollo normal del individuo, y no deben considerarse precursoras o

por el contrario, son más comunes en los sujetos mayores de la muestra. Entre las variables edad y tipo de miedos se da una relación estadísticamente significativa al 1 por ciento, con un coeficiente de contingencia de 0.21 (2 x 4 = 8, 51 = 1.21)

tes a los recogidos por Sandin (1996), según los cuales los miedos a los animales, a la oscuridad y a los seres imaginarios muestran un declive con la edad, pero en los miedos escolares y sociales, por el contrario, se produce un incremento al aumentar la edad.

Aunque los estudios citados por este autor suelen encontrar también relación entre los miedos y el género, estando aumentados en las mujeres, en nuestro caso no se puede hablar de una relación clara entre ambas variables, sino en todo caso de una tendencia, no llegando al nivel de significación estadística.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio apoyan la posición de quienes afirman que la demanda de tratamiento psicológico para niños y adolescentes en los Servicios Públicos está ligada a la presencia de problemas en el propio niño, y también a factores ecológicos y psicosociales. Variables individuales como la edad, el género, una baja competencia escolar, o la presencia de conductas que son aversivas para los adultos que les rodean interaccionan con otras de tipo ecológico, como la desestructuración familiar, la psicopatología de uno de los padres, o la incidencia de Acontecimientos Vitales negativos en los contextos familiar y escolar. De esta forma, los varones entre 6 y 10 años, que tienen problemas escolares y manifiestan conductas aversivas sí, además, pertenecen a familias incompletas, o en las que uno de los padres ha recibido o está recibiendo tratamien-

que se da una alta incidencia de Acontecimientos Vitales negativos, poseen mayor probabilidad de ser llevados por sus padres para tratamiento psicológico en un Servicio Público, y de recibir un diagnóstico psicopatológico.

Los estudios con población clínica revisados para este trabajo coinciden en general con estos resultados. Donde se produce una mayor discusión es en la interpretación que se hace de los mismos. Comentamos brevemente alguno de los datos más destacados y las discrepancias en torno a los mismos.

El primero tiene que ver con las diferencias en función de la variable género. ¿Es más probable que los niños y adolescentes sufran un trastorno psicopatológico que las niñas, o es más probable que los niños que padecen un trastorno psicopatológico sean llevados a tratamiento antes que las niñas?. El hecho de que los varones tengan una mayor presencia en las muestras clínicas que las mujeres, con una diferencia más acentuada en las edades inferiores y un equilibrio entre varones y mujeres en la adolescencia, ha provocado diferentes tipos de explicaciones o interpretaciones. Una primera explicación es la que remite a la existencia de una mayor psicopatología en la población masculina que femenina, lo que debería de traducirse en mayores tasas de prevalencia de trastornos en los varones en los estudios realizados con muestras comunitarias. Por el contrario, un estudio reciente en nuestro medio como es el de Rivas et al. (1995), no confirma esta relación entre género y psicopatología general, aunque estos

a que el diagnóstico de depresión sea más frecuente en la población femenina entre 8 y 15 años, y los problemas de conducta aparezcan con mayor frecuencia en los varones de esa edad. Este último aspecto, coincidente por lo demás con otros trabajos que hemos citado anteriormente en este artículo, lleva a Pedreira et al. (1992) a concluir que los niños y adolescentes tienen una mayor tendencia a exteriorizar el sufrimiento que las niñas, y esa mayor exteriorización es la que origina su mayor presencia en las muestras clínicas, y el que sean remitidos antes para tratamiento psicológico. En otra línea, autores como Vázquez et al. (1988) se remiten a una explicación basada en factores socioculturales y de estereotipo sexual. Estos factores originarían el que las niñas sean llevadas con menor frecuencia que los niños para tratamiento psicológico aunque sufran un trastorno psicopatológico. Cuando analicemos, en una segunda parte del trabajo, la prevalencia de los tipos de trastornos en nuestra muestra, y su relación con el género, volveremos sobre este tema.

Un segundo aspecto que querríamos comentar es el que se refiere a la variable edad, variable que sí establece diferencias significativas en todos los apartados estudiados, a excepción de los Acontecimientos Vitales negativos que, en nuestro estudio, a diferencia de lo informado por Pons-Salvador y Del Barrio (1995), no aparecen asociados a la edad (la única excepción se produce en las fugas del hogar). El ligero aumento en el número de Acontecimientos Vitales negativos a medida que

zar la significación estadística. Sin embargo, cabe decir que en nuestro estudio los Acontecimientos negativos de la esfera escolar son analizados en otro apartado, y en este caso sí se produce un claro aumento en el número de Acontecimientos negativos escolares al aumentar la edad de los sujetos. En todo caso, dada la influencia que la edad tiene sobre el resto de variables, se hace necesario que en los estudios con niños y adolescentes se definan mejor los rangos de edad de los sujetos y las agrupaciones que se realizan.

En otro orden de cosas, nuestros datos también indican que determinadas características del contexto familiar están vinculadas con un aumento en la demanda de tratamiento psicológico para los hijos. Situaciones como la maternidad precoz, un número alto de hermanos, la ausencia de uno de los padres, la falta de continuidad en la persona (o personas) que proporcionan los cuidados y el soporte básico al niño, o la presencia en la familia de algún otro miembro con antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico, son todas ellas variables que se hallan sobrerrepresentadas en la muestra clínica en relación a la población general, con el factor añadido de que es frecuente que muchas de ellas se presenten asociadas.

¿Por qué son más frecuentes las demandas de tratamiento psicológico de niños y adolescentes en determinadas condiciones familiares?. Es difícil realizar inferencias causales cuando está implicada la complejidad de las interacciones sociales y cuando múltiples factores operan a

dos tipos de modelos que intentan responder a esta cuestión. El primero (se suele identificar como el modelo de factores de riesgo, o de vulnerabilidad) afirma que determinadas situaciones familiares están más representadas en las muestras clínicas sencillamente porque originan más trastornos. Los niños expuestos a determinadas circunstancias familiares, que actúan como factores de riesgo, tendrían una mayor probabilidad de sufrir un trastorno psicopatológico y, por tanto, de terminar recibiendo un tratamiento psicológico. La asociación entre factores de riesgo y psicopatología infantil es aceptada en la literatura, aunque no hay el mismo acuerdo en torno a los mecanismos que intervienen o sobre cómo actúan los factores de riesgo (para una discusión más detallada sobre factores de riesgo y psicopatología infantil ver Lemos, 1996). Dos tipos de situaciones familiares que se proponen como ejemplos de riesgo para los hijos son, por un lado, las familias incompletas y, por otro, aquellas en las que uno de los padres padece un trastorno psicológico grave o crónico (especialmente depresión o psicosis), o una toxicomanía. En el primer caso, trabajos recientes como los de Pons-Salvador y Del Barrio (1995), o Moreno (1995), indican que la estructura familiar per se (intacta o incompleta) no es la que determina la aparición de indicadores de trastorno en los hijos, sino que éstos están más relacionados con la presencia de otros factores estresantes en la vida del niño, o con variables socioeconómicas generadoras de estrés familiar que no suelen ser suficientemente controladas en los estudios. Para

cia de uno de los padres y privación o riesgo de psicopatología en los hijos.

En cuanto a la psicopatología de los padres, y su papel como factor de riesgo para los hijos, tampoco los mecanismos parecen estar suficientemente claros, y posiblemente sean más complejos de los que se ha postulado. Como afirman Fernández et al. (1994) en un trabajo citado anteriormente sobre los hijos de padres que padecen psicosis severas, la psicopatología del padre lleva a perturbaciones en el desarrollo de la función paterna y también en el ambiente familiar. Tener padres que manifiestan conductas desviadas dificultará la adquisición de repertorios de conductas socialmente adecuados, y facilitará el comportamiento desviado o disfuncional por exposición a dichos modelos y ausencia de otros alternativos.

El segundo modelo para explicar la asociación entre condiciones familiares y demanda de tratamiento psicológico para los hijos pone el énfasis en la influencia que dichas condiciones tienen sobre el padre o la madre y sobre el mismo desempeño de su función paterna. Determinadas condiciones familiares negativas darían lugar a una perturbación en dicha función y producirían un descenso en la tolerancia y/o el manejo de las conductas sobreexigentes de los hijos. Ya sea por falta de habilidades, acumulación de situaciones de estrés, existencia de un trastorno psicológico, o por carecer de apoyo en la pareja, etc., determinadas familias no dispondrían de los recursos necesarios para manejar las demandas de sus hijos y satisfacer sus necesida-

buscar el apoyo de los servicios de tratamiento para sus hijos. Así, por ejemplo, Links (1983) encuentra que las madres cuyos hijos son llevados a tratamiento psicológico son más ansiosas, depresivas y menos hábiles para manejar las conductas de sus hijos que las madres cuyos hijos no han sido llevados a tratamiento, incluso cuando los síntomas que presentan ambos grupos de niños son similares.

Así pues, aceptando que diferentes variables del contexto familiar intervienen para que un niño o adolescente sea llevado a tratamiento psicológico, haría falta estudiar mejor si la relación entre las diferentes variables intervinientes es simplemente aditiva (sumativa), o si, más bien, interaccionan, de forma tal que la presencia de una potencia el efecto de la otra, o aumenta su probabilidad de ocurrencia (en un efecto de tipo transaccional). Responder a estas cuestiones supera, evidentemente, el objeto de este trabajo.

En cualquier caso, aún más importante que determinar la forma de relación o interacción entre las diferentes variables es, para el psicólogo clínico, reconocer la existencia de los factores ecológicos que van a influir poderosamente en el resultado

del tratamiento que aplica. Las variables ecológicas tienen un influencia central en los resultados de la terapia; en unos casos porque están directamente relacionadas con el surgimiento y/o el mantenimiento de los trastornos y, si no son contempladas en el diseño del tratamiento, van a persistir impidiendo el logro de resultados; en otros, porque son responsables de un buen número de abandonos prematuros del tratamiento en niños y adolescentes (ver Kazdin, 1994).

Esa necesidad de considerar los factores ecológicos (y específicamente las disfunciones del contexto familiar) cuando se busca mejorar los resultados de los tratamientos con niños y adolescentes es, de hecho, ampliamente reconocida en la actualidad por los principales modelos de intervención clínica con niños y adolescentes, aunque sea conceptualizada de diferentes formas y dé lugar a diferentes modalidades de intervención, que pueden ir desde incluir a los propios padres en la terapia, hasta su adiestramiento en el uso de estrategias para mejorar sus habilidades como padres y su capacidad para responder a las demandas de sus hijos, o su percepción de autoeficacia.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achembach, T, McConaughy, S. y Howell, C. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-222.
- Aláez, M., Madrid, J., Mayor, M., Bavin, F. y Cebrián, M. (1996). Evaluación de un programa de atención a adolescentes en materia de sexualidad y anticoncepción (Programa Joven de Hortaleza). *Clinica y Salud*, 7 (3), 293-315.
- Bengoechea, P., (1996). Un análisis comparativo de respuestas a la privación parental en niños de padres separados y niños huérfanos en régimen de internado. *Psicothema*, 8 (3), 597-608.
- Blanqué, J., Toro, J., Liberal, C., Galve, L., Puigdengoles, A., Ribas, I., Yagüe, B., Cajal, B. y Losa, A. (1996). Psicopatología en hijos de padres psicóticos. *Informaciones psiquiátricas*, 143, 71-80.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M. Bersabe, R. Loriga, A. Y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clinica y Salud*, 6 (1), 67-82.
- Brody, G. y Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 237-240.
- Canalda, G. (1988). Estrés y psicopatología infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 15 (5), 225-234.
- Castro, M. y Lago, S. (1996). Estudio da demanda dos usuarios de saúde mental: Unidade de Saúde Mental II de Carranza-ferrol. *Cadernos de Psicoloxía*, 20, 35-45.
- Coddington, R. (1972). The significance of life events as etiologic factors on the diseases of children: A study of a normal
- Conners, C. y Eisenberg, L. (1975). *Hyperkinesis Index*. Chicago: Abbot Laboratories.
- Cortajarena, C., González, F., Ugarte, L., y Lasa, A. (1997). Estudio de la asistencia psiquiátrica a la infancia temprana en un centro de salud mental infanto-juvenil. *Psiquiatría Pública*, 9 (2), 93-101
- Del Barrio, V. (1996). Depresión infantil y sus aspectos psicosociales. En J. Alberca, y C. Prieto. *Manual Práctico de Psicología Clínica y de la Salud*. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos, 65-93.
- Doménech, E. y Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espax, S.A.
- Emery, R., (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.
- Elorza, J., Failde, I., Ezcurra, J., y Casais, L., (1993). Estudio de las características demográficas y nosológicas de la población atendida en el Centro de Salud Mental del Puerto de Santa María. *Psiquiatría Pública*, 5 (1), 29-38.
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Doménech, J., Navarro, J. y Losilla, J. (1995). La Diagnostic Interview for children and adolescents-Revisada (DICA-R): Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22 (6), 153-163.
- Fernández, R., Vega, L. y Pedreira, J. (1994). Hijos/as de padres con psicosis severas: posibilidades de comprensión e intervención. *Psiquis*, 15 (10), 11-28.
- Goñi, A. y Cortaire R. (1991). Evaluación de la asistencia de la salud mental infanto-juvenil en Navarra. *Psiquis*, 12, 45-54.
- Gottlib, I. Y Avison, W. (1993). Children at risk for psychopathology. En C. Costello. (Ed.). *Basic issues in Psychopathology*. (271-319). N.Y.: Guildford Press.
- Gutiérrez, J., Pérez, A., Busto, J., Gálvez, I., Calderón, P., y Alcaina, T., (1995). Estudio epidemiológico de la patología psiquiátrica en preescolares derivados desde Atención Primaria. *Ciencia Psicológica*, 2, 53-64.
- Jalenques, I. y Couder, A. (1993). Epidemiología de los trastornos por ansiedad

- Jutras, S. y Dandurand, R. (1994). Monoparentalité et santé: Problèmes de santé et mobilisation de ressources d'assistance suite à la desunion. *Journal International de Psychologie*, 29 (1), 1-17.
- Kashani, J., Orvaschel, H., Burk, J., y Reid, J. (1985). Informant variance: The issue of parent-child disagreement. *Journal of American Academy of Child psychiatry*, 24, 437-441.
- Kazdin, A. (1994). Adversidad familiar, desventajas socioeconómicas y estrés en los padres: Variables contextuales relacionadas con la terminación prematura de la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*, 2, (1), 5-21.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the coping process*. N.Y.: McGraw-Hill.
- Lemos, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*, 25-54. Madrid: Pirámide.
- Links, P. (1983). Community surveys of the prevalence of childhood psychiatric disorders: A review. *Child Development*, 54, 531-548.
- López, C., García, C., Murcia, L., Martín, C., Cortegano, M.C., López-Mora, I. y López-García, G. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: taxonomías empíricas. *Anales de Psicología*, 11 (2), 129-141.
- Moreno, A. (1995). Familias monoparentales. *Infancia y Sociedad*, 30, 55-65.
- Moreno, C., Del Barrio, V., y Mestre, V. (1995). Acontecimientos Vitales en adolescentes: Un estudio comparativo en dos niveles de edad. *Ciencia Psicológica*, 2, 18-28.
- Palao, D., Jódar, I., López, C., y Márquez, M. (1996). Estudio de morbilidad durante nueve meses en un Centro de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23 (2), 41-46.
- Pedreira, J.L., Rodríguez-Sacristán, J. y Zaplana, J. (1992). Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental infanto-juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XII (43), 275-282.
- Pons-Salvador, G. y Del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, 7 (3), 489-497.
- Richman, N. (1977). Is a behaviour checklist for preschool children useful?. En Graham, P. (Ed.). *Epidemiological approaches in child psychiatry*. London: Academic Press.
- Rivas, M., Vázquez, J.L. y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: El niño en E.G.B. *Psicothema*, 7 (3), 513-526.
- Rodríguez, C. y Villagrán, J. (1994). Estudio de la demanda por trastornos adaptativos en un equipo de salud Mental de Distrito. *Psiquiatría Pública*, 6 (1), 115-23.
- Rutter, M. (1977). Surveys to answer questions: Some methodological considerations. En P.J. Graham (Ed.). *Epidemiological approaches in child Psychiatry*. N.Y.: Academic Press.
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 22, 323-356.
- Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. London: Longmans.
- Sandín, B. (1996). Miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En J. Buendía, (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes*, 147-160. Madrid: Pirámide.
- Schaughency, E. y Lahey, B. (1985). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: roles of child behavior, parental depression, and marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (5), 718-823.
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. y Kalton, G. (1966). *Psychiatric illness in general practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Toro, J., Font, M. L. y Canalda, G. (1983). Hechos estresores y trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia: un estudio piloto. *Revista de Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 429-443.
- Vázquez, A., González, L., Banda, C., Mella-do, A. y Jiménez, R. (1988). Demanda infantil en un servicio de salud mental integrado como dispositivo de apoyo a la atención primaria. *Psiquis*, IX, 49-58.
- Verhulst, F.C. (1985). *Mental Health in Dutch Children, an epidemiological study*. Ed. Department of Children Psychiatry.

ANEXO

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

APELLIDOS.....NOMBRE.....
FECHA DE NACIMIENTO.....LUGAR.....
COLEGIO.....CURSO.....
NOMBRE DEL PADRE.....DE LA MADRE.....
DOMICILIO.....TELEFONO.....
PERSONAS QUE RELLENAN ESTE CUESTIONARIO.....

Los datos que les pedimos a continuación son confidenciales y sirven para ayudarnos a conocer mejor a su hijo/a. Por favor, respondan a todas las preguntas y si tienen alguna duda nos la consultan en la próxima cita. Gracias.

ESTRUCTURA FAMILIAR :

- 1.- Nombre y edad de los hermanos. (de mayor a menor)
- 2.- **PADRE :** Edad.....Estudios realizados.....
Ocupación actual.....Horario.....
MADRE : Edad.....Estudios realizados.....
Ocupación actual.....Horario.....
- 3.- Personas que viven en la casa habitualmente :
- 4.- ¿Cuánto tiempo llevan en el actual domicilio ? :
- 5.- ¿Ha estado alguno de los padres fuera de casa más de 1 mes después de nacer este hijo ? :
¿Quién ? :
Motivo :
- 6.- ¿Ha vivido el niño con otras personas diferentes a los padres ? :
¿Con quién ? :

PROBLEMAS FISICOS :

- 7.- ¿Se queja a veces de la vista (le duelen los ojos o la frente, se mete encima de la TV...) ? :
¿Usa gafas ? :
¿Tiene otro problema de visión ? :
- 8.- ¿Se queja con frecuencia de dolores de cabeza ? :
- 9.- ¿Suele quejarse de otro tipo de dolores con frecuencia ? :
¿De qué ? :
- 10.- ¿Parece oír con dificultad algunas veces ? :
- 11.- ¿Tiene problemas de garganta muy frecuentes ? :

- 13.- ¿Está demasiado delgado/a ? :
- 14.- ¿Está poco desarrollado/a físicamente para su edad ? :
- 15.- ¿Se ha mareado alguna vez en su vida llegando a perder el conocimiento ? :
- 16.- ¿Tiene mareos actualmente ? :
- 17.- ¿Ha tenido ataques o crisis epilépticas ? :
- 18.- ¿Es alérgico/a ? : ¿A qué ? :
- 19.- ¿Tiene alguna dificultad en el habla ? : ¿Cuál ? :
- 20.- ¿Tiene problemas físicos sin causa médica conocida ? (como dolores, náuseas, vómitos, erupciones en la piel...) :
- 21.- ¿Tiene alguna enfermedad crónica, o algún defecto físico ? :
- 22.- ¿Ha estado ingresado/a en un hospital por más de una semana ? :

Si es así, rellenen los datos siguientes :

<u>Edad que tenía</u>	<u>Tiempo de hospitalización</u>	<u>Motivo</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 23.- ¿Ha sido operado/a de algo ? :

Si es así rellenen los datos siguientes :

<u>Edad que tenía</u>	<u>Tiempo de hospitalización</u>	<u>Motivo de la intervención.</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 24.- ¿Ha tomado alguna medicación ?

Si es así, rellenen los datos siguientes :

<u>Motivo</u>	<u>Medicamento</u>	<u>Edad</u>	<u>Tiempo que lo tomó</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS :

- ¿Ha habido algún acontecimiento familiar significativo en la vida del niño/a ? :

Señalar los que correspondan en la lista siguiente :

- 25.- Hospitalización prolongada o por causa grave del padre o la madre.
- 26.- El padre o la madre están gravemente enfermos o impedidos.
- 27.- Fallecimiento del padre, la madre o algún hermano.

- 29.- Enfermedad psíquica de uno de los padres.
- 30.- Ha sido criado por persona diferente a los padres.
- 31.- Conflictos importantes en la relación entre los padres.
- 32.- Condena a prisión de uno de los padres.
- 33.- Ha vivido en una Institución.
- 34.- Es hijo/a adoptado/a.
- 35.- Ha experimentado cambios frecuentes de domicilio.
- 36.- Empeoramiento importante de la situación económica familiar.
- 37.- Uso de alcohol o drogas por alguno de los padres.
- 38.- Cambios frecuentes de colegio.
- 39.- Permanencia prolongada en un Centro Hospitalario.
- 40.- Ha sufrido un abuso sexual, u otro tipo de maltrato.
- 41.- Se ha fugado alguna vez de casa.
- 42.- Ha sido víctima de algún incidente traumático (muerte de un amigo íntimo, extraviarse, accidente de circulación, etc...).

Otros acontecimientos. Especificar :

COMPORTAMIENTO :

A continuación hay una serie de frases que pueden describir el comportamiento de su hijo/a. Algunas de ellas le describirán muy bien, otras no. Queremos saber cuáles de esos comportamientos tiene su hijo/a en la actualidad y con qué grado de intensidad se presentan, siguiendo una escala de 0 a 3, donde el 0 significa NADA ; el 1=ALGO , o algunas veces ; el 2=BASTANTE ; y el 3=MUCHO. Rodear en cada frase el número que mejor refleja la conducta de su hijo/a.

	3=MUCHO	2=BASTANTE	1=ALGO	0=NADA
43.- No sigue las normas establecidas por nosotros.....	3	2	1	0
44.- Es verbalmente agresivo/a con nosotros u otros adultos de casa.....	3	2	1	0
45.- Se queja de hacer las tareas domésticas que le son asignadas.....	3	2	1	0
46.- Acepta de mala gana las órdenes que le damos.....	3	2	1	0
47.- Exige gratificación inmediata (p.ej. "Quiero la bicicleta ahora").....	3	2	1	0
48.- No parece disfrutar con las actividades familiares.....	3	2	1	0
49.- No comparte de buen grado sus pertenencias.....	3	2	1	0
50.- Pide excesiva atención de sus padres (tiene que ser el centro).....	3	2	1	0
51.- Lloro intensamente o con mucha facilidad.....	3	2	1	0
52.- No sigue las reglas en los juegos.....	3	2	1	0

54.- Le cuesta acercarse a desconocidos o hablar con ellos.....	3	2	1	0
55.- Coge rabietas o es muy caprichoso/a.....	3	2	1	0
56.- Tiene preferencia por uno de sus padres.....	3	2	1	0
57.- No se separa fácilmente de sus padres.....	3	2	1	0
58.- Dice que los otros chicos/as le tienen manía.....	3	2	1	0
59.- Es muy movido/a o intranquilo/a incluso jugando o viendo la T.V.....	3	2	1	0
60.- Se le ve triste o deprimido.....	3	2	1	0
61.- Se queja de que se siente solo/a o que nadie le quiere.....	3	2	1	0
62.- Es poco activo/a. Se cansa muy fácilmente.....	3	2	1	0
63.- Se siente inútil o inferior.....	3	2	1	0
64.- Se le nota preocupado/a o nervioso/a por cosas sin importancia.....	3	2	1	0
65.- Tiene miedos.....	3	2	1	0
¿A qué tiene miedo ? :				
66.- Tiene temor a equivocarse.....	3	2	1	0
67.- Miente.....	3	2	1	0
68.- Roba o coge cosas en casa o fuera de casa.....	3	2	1	0
69.- Tiene manías.....	3	2	1	0

ANTECEDENTES FAMILIARES :

- 70.- ¿Ha sido visto este niño/a anteriormente por algún problema psicológico ? :
 Motivo :
- 71.- ¿Algún otro hermano/a ha estado en tratamiento, o creen que lo necesita ? :
 Motivo :
- 72.- ¿Alguna persona en la familia ha tenido o tiene problemas parecidos a los de este niño/a ? : ¿Quién ? :
- 73.- ¿Algún otro familiar ha estado o está en tratamiento psicológico o psiquiátrico ? :
 ¿Quién ? :
 Motivo :

HISTORIA ESCOLAR :

- 74.- Guardería : Edad de inicio : ¿Le costó adaptarse ? :
- 75.- ¿Ha cambiado de colegio ? : Motivos :
- 76.- ¿Ha tenido problemas de rendimiento escolar ? :
 ¿Ha repetido algún curso ? :
- 77.- ¿Ha tenido problemas de adaptación al colegio o compañeros ? :
- 78.- ¿Tiene problemas escolares en la actualidad ? : ¿De qué tipo ? :
- 79.- ¿Falta al colegio ? : Motivos :
- 80.- ¿Va a gusto al colegio ? : Motivos :
- 81.- ¿Presenta alguna dificultad especial su educación ? :

MOTIVO DE CONSULTA :

Máximo Aláz Fernández, Rosario Martínez Arias, Carlos Rodríguez Sutil