

ARTICULOS

En busca de factores de riesgo específicos de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

Searching for specific risk factors of anxiety disorders in children and adolescents

CARMEN BRAGADO¹ y ROSA BERSABÉ²

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es identificar factores de riesgo específicos de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (6-17 años). Para ello, se ha comparado un grupo de casos (n=67), diagnosticado con algún trastorno de ansiedad y sólo de ansiedad (sin ninguno de los otros trastornos estudiados: conducta, depresión o eliminación), con dos grupos de control, uno clínico y otro escolar. El control clínico (n=101) estaba integrado por niños procedentes de los mismos Servicios ambulatorios de Salud Mental que los casos. Estos niños no tenían ansiedad, pero si presentaban alguno de los otros trastornos considerados, mientras que el grupo de escolares (n=155) no manifestaba ninguno. Los factores de riesgo estudiados fueron: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Los resultados indicaron que la mayoría de estos factores son útiles para discriminar entre el grupo de casos y el control escolar, pero no lo son tanto frente al control clínico.

ABSTRACT

The aim of this investigation is to identify the specific risk factors for anxiety disorders in children and adolescents (6-17 years old). For this purpose, we

1 Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología Campus de Somosaguas 28223 Madrid. E-mail: cbragado@psi.ucm.es.

2 Departamento de Metodología del Comportamiento, Universidad de Málaga.

have compared a group of cases (n=67), diagnosed with any anxiety disorder, and only anxiety (no other studied disorders: behavioral, depressive and elimination), with two control groups, clinical and scholar. The clinic group (n=101) was formed by children recruited from the same walk-in Mental Health Services as the cases. These children had not anxiety, but they showed any of the other disorders considered, while the scholar group did not show any of them. The following factors were studied: socio-demographic variables, psychosocial stressors in family context, academic failure, intelligence, early factors, medical history and parental psychopathology. Results pointed out that the majority of these factors are useful to discriminate between the cases group and the scholar control group, but they are not so discriminatory versus the clinic control group.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de ansiedad en la infancia, factores de riesgo específicos, muestra clínica y escolar

KEY WORDS

Childhood anxiety disorders, specific risk factors, clinical and no clinical sample.

INTRODUCCIÓN

Aunque identificar los factores de riesgo asociados a la psicopatología infantil es un objetivo inherente a la investigación epidemiológica, este hecho adquiere especial importancia en el caso de los trastornos de ansiedad, entre otras razones porque estos problemas son casi con seguridad los más prevalentes en la población infanto-juvenil (Bernstein y Borchardt, 1991; Bernstein, Borchardt y Perwien, 1996) y también los que concentran la mayor parte de la demanda asistencial en los servicios de salud mental (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). Con las limitaciones que impone la variabilidad existente entre los distintos estudios epidemiológicos, el índice de prevalencia general de los trastornos de ansiedad parece situarse entre el 5% y el 21% (Taboada, Ezpeleta y de la Osa, 1998a).

Por otro lado, los datos longitudinales sugieren (Cohen, Cohen y Brook, 1993; Ferdinand y Werhulst, 1995; Gagnon, Craig, Tremblay, Zhou y Vitaro, 1995) que los trastornos de ansiedad infantiles no son fenómenos pasajeros, sino que tienden a permanecer en el tiempo y pueden evolucionar hacia patologías más severas. Todo esto, unido al hecho de que las reacciones

patológicas de ansiedad repercuten negativamente en el funcionamiento cotidiano del niño (rendimiento escolar, interacción social con los compañeros, etc.), subraya la necesidad de delimitar los factores de riesgo asociados a estos trastornos, a fin de poder desarrollar una estrategia de prevención apropiada que permita reducir su incidencia en la comunidad.

Los factores de riesgo hacen referencia a una serie de variables, cuya presencia puede predecir el inicio, la gravedad o la duración de una determinada patología (Donovan y Spence, 2000). Los estudios desarrollados en el ámbito de la ansiedad infantil han señalado entre otros los siguientes: la exposición del niño a sucesos estresantes o negativos (ej.: Costello et al., 1988; Compas, Howell, Phares, Williams y Giunta, 1989; Moreno, Del Barrio y Mestre, 1995); el temperamento, en especial la inhibición conductual, un rasgo temperamental bastante estable, definido como la tendencia del niño a mostrarse excesivamente tímido, temeroso y evitativo ante situaciones nuevas y personas desconocidas (ej.: Biederman et al., 1993); las complicaciones durante el embarazo-parto, los problemas perinatales y las enfermedades tempranas (ej.: Cohen, Velez, Brook y Smith, 1989; Buka, Tsuang y Lipsitt, 1993); la presencia de problemas de com-

portamiento en los primeros años de vida (ej.: Taboada, Ezpeleta y de la Osa, 1998b); una relación de apego insegura (Bernstein et al., 1996); ciertas pautas educativas, como la sobreprotección (ej.: Messer y Beidel, 1994) o la falta de calor emocional de la madre (ej.: Taboada et al., 1998b); la estructura familiar (ej.: Kasen, Cohen, Brook y Hartmark, 1996); un bajo nivel socioeconómico, sobre todo en relación a los ingresos y el nivel de educación materna (ej.: Velez, Johnson y Cohen, 1989); y la existencia de problemas psicopatológicos en los padres, con especial énfasis en la presencia de ansiedad y depresión (ej.: Mufson, Weissman y Warner, 1992), sin olvidar el pernicioso influjo del alcoholismo (Aragón, Bragado y Carrasco, 1997).

Llegar a identificar patrones de riesgo bien diferenciados para cada tipo de trastorno es una meta clave para la investigación epidemiológica, pero, según parece, difícil de conseguir. Muchos de los factores que acabamos de mencionar se han encontrado asociados también a otras categorías diagnósticas, como los trastornos de conducta o los depresivos, poniendo en entredicho su utilidad para discriminar entre diversas patologías.

Con el propósito de explorar la capacidad de discriminación de un grupo de factores, previamente

investigados, y de identificar los que distinguían mejor a los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación llevamos a cabo un estudio clínico (Bragado et al., 1999) en el que se analizó el efecto conjunto de 42 variables (sociodemográficas, estresores psicosociales en el medio familiar, dificultades académicas, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental) sobre la presencia o ausencia de cada tipo de trastornos. Los resultados indicaron que existían perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica, a saber: tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, las discusiones y peleas familiares, el maltrato físico, repetir curso y problemas tempranos de comportamiento se encontraron diferencialmente relacionados con los trastornos conductuales; la edad de la madre, estar preocupado por la familia, problemas en el parto, miedo al maltrato físico e ingesta diaria de medicación, a los de ansiedad; tener más edad, estar preocupado por la familia, complicaciones en el embarazo, el alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes, los hándicaps físicos y el estado psicopatológico de la madre a los trastornos depresivos; y, ser varón, tener menos edad y el retraso en las pautas de desarrollo a los de eliminación.

No obstante, en dicho trabajo no se contempló el problema de la comorbilidad, ni tampoco se comparó a los casos clínicos con controles no clínicos. La existencia de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y depresión o entre ansiedad y trastornos de conducta está bien documentada tanto en los estudios clínicos (ej.: Bernstein, 1991) como en los comunitarios (ej.: Bird et al., 1988), siendo más elevada en los primeros que en los segundos (Anderson, 1994). También se ha señalado que la comorbilidad conlleva una mayor gravedad de los síntomas (Bernstein, 1991), por esta razón, quizá, la comorbilidad es uno de los pocos factores que predice la demanda de servicios profesionales (Bird, 1996). Es posible, por tanto, que algunas de las asociaciones encontradas en nuestra investigación puedan deberse al solapamiento existente entre las categorías diagnósticas estudiadas. Aunque creemos que este hecho no invalida los resultados anteriores, dado que por mucha comorbilidad que hubiera entre los trastornos de ansiedad y conducta o ansiedad y depresión, por ejemplo, lo que verdaderamente distinguía a los grupos de comparación (casos-controles) era que un grupo tenía ansiedad y el otro no, decidimos asegurarnos y reanalizar los datos, controlando este aspecto. Y, puestas a ello, creímos que era el momento idóneo para

incluir en este nuevo estudio un grupo de control no clínico ("normal"), es decir, un grupo de niños que no hubiera sido diagnosticado con ninguno de los trastornos considerados, a fin de confirmar si es cierto lo que sugieren algunas publicaciones: que muchos de los factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad discriminan bien entre sujetos con y sin patología, pero que las diferencias tienden a desaparecer cuando se comparan sujetos con otros problemas psicopatológicos (Costello, 1989; Anderson, 1994).

MÉTODO

Sujetos:

Los datos de este estudio proceden de una muestra clínica de 168 niños de 6-17 años diagnosticados con algún trastorno de ansiedad, conducta, depresión o eliminación, entre los que no existía comorbilidad (ver figura 1), y de un grupo de 155 escolares del mismo rango de edad y similares características sociodemográficas que no presentaban ninguno de estos trastornos. La edad media de ambos grupos fue de 10,62 (DT = 3,16) y 11,6 (DT= 3,49), respectivamente. Como apuntábamos antes, el grupo clínico fue seleccionado de una muestra más amplia, integrada por un total de 362 sujetos, que fueron reclutados en dos Servicios ambu-

latorios de Salud Mental (SSM) de la Comunidad de Madrid con amplia tradición asistencial en niños y jóvenes, en el momento de su primera cita y durante un período continuado de 18 meses. El grupo escolar se extrajo de un centro privado, ubicado en un distrito de salud perteneciente a la misma área sanitaria que uno de los SSM

y representativo de clase media (véase Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996).

En la tabla nº 1 se expone el porcentaje de niños diagnosticados con los trastornos particulares que integran las cuatro categorías diagnósticas generales (ansiedad, conducta depresión, eliminación) men-

TABLA 1

Distribución de los trastornos y categorías diagnósticas generales en las dos muestras clínicas, según la información obtenida por las dos fuentes de información («diagnóstico combinado»)

Diagnóstico	Padres o Niños (diagnóstico combinado)					
	Muestra total (N= 362)			M. seleccionada (N = 168)		
	n	%	± IC	n	%	
Conductuales	184	50,83	± 5,15	71	42,0	
. Déficit atención/hiperactividad	132	36,46	± 4,96	54	32,1	
. Negativismo desafiante	114	31,49	± 4,78	40	23,8	
. Trastorno de conducta (disocial)	31	8,56	± 2,88	15	8,9	
Depresivos	47	12,98	± 3,46	5	3,0	
. Depresión mayor	35	9,67	± 3,04	4	2,4	
. Distimia	16	4,42	± 2,12	1	0,6	
Ansiedad	192	53,04	± 5,14	67	39	
. Ansiedad de separación	36	9,94	± 3,08	14	8,3	
. Evitación (fobia social)	30	8,29	± 2,84	9	5,4	
. Ansiedad excesiva (generalizada)	101	27,90	± 4,62	41	24,4	
. Fobia específica	103	28,45	± 4,65	35	20,8	
. Obsesivo-compulsivo	18	4,97	± 2,24	10	6,0	
. Estrés postraumático	9	2,49	± 1,60	2	1,2	
Eliminación	69	19,06	± 4,05	25	14,9	
. Enuresis	62	17,13	± 3,88	23	13,7	
. Encopresis	13	3,59	± 1,92	3	1,8	

Nota. Nótese que la ausencia de comorbilidad se refiere exclusivamente a que no existe solapamiento entre las 4 categorías diagnósticas generales, aunque puede haberlo entre los trastornos individuales contenidos en ellas. Intervalo de confianza al NC=95%

cionadas, en ambas muestras clínicas, la total y la seleccionada para este trabajo. En tanto que la figura 1 representa gráficamente el grado de comorbilidad y "pureza" existente entre dichas categorías.

Evaluación:

a) Diagnóstico:

Para determinar el estado diagnóstico de todos los sujetos se utilizó la adaptación española (Ezpeleta, 1992) de la Diagnostic Interview

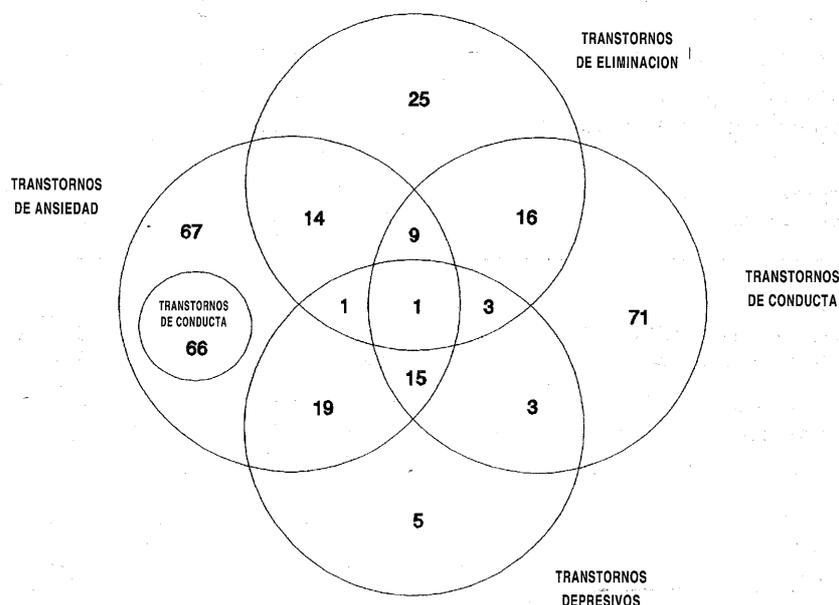
for Children and Adolescents (DICA-R; Reich, Shayka y Taibleson, 1991), una entrevista estructurada que sigue los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Esta entrevista dispone de tres formas paralelas, una para padres (DICA-R-P), otra para niños de 6 a 12 años (DICA-R-C) y la tercera para adolescentes de 13-17 años (DICA-R-A).

b) Estresores psicosociales

Las tres formas de la DICA incluyen un apartado sobre Estresores

FIGURA 1

Comorbilidad entre las cuatro categorías diagnósticas principales (muestra clínica total, N=362).



Nota. La muestra empleada en este estudio está formada por los sujetos que no presentan comorbilidad entre las categorías diagnósticas generales (n=168)

Psicosociales acontecidos en el ámbito familiar. Tanto los padres como los niños respondieron esta parte de la entrevista para averiguar la presencia o ausencia de los siguientes sucesos: preocupación del niño por la familia y el hogar, discusiones y peleas familiares, separación o divorcio de los padres, dificultades económicas, muerte de una persona muy importante para el niño, problemas de alcoholismo, problemas con la policía, maltrato físico al niño o a algún familiar y miedo a ser maltratado.

c) Factores tempranos, historia médica y datos demográficos

Esta información se obtuvo a través de un Cuestionario para padres, incorporado en la versión de la DICA-R-P. El cuestionario nos permitió recabar los datos relativos a las variables que se enumeran a continuación: complicaciones durante el embarazo (problemas físicos o emocionales, accidentes, etc.); fumar, beber o tomar drogas estando embarazada; problemas en el parto (cesárea, parto de nalgas, etc.) y problemas perinatales (incubadora, cirugía, etc.); retraso en los hitos del desarrollo (sentarse, gatear, andar, hablar, uso del baño, etc.); problemas de comportamiento en los cinco primeros años de vida (inquietud, excitabilidad, rabieta, destructividad, etc.); e historia médi-

ca (7 variables): alergias, dieta especial, ingesta diaria de medicación (por problemas físicos o psicológicos), hospitalización (por problemas psicológicos, intento de suicidio, accidentes o cirugía), enfermedades serias (cardíacas, renales, asma, diabetes, cáncer, etc.), accidentes serios y hándicaps físicos.

El instrumento se amplió, añadiendo una serie de preguntas destinadas a recoger los datos sociodemográficos de la familia (situación económica, nivel de educación de los padres, situación laboral, estado civil, edad) y si alguno de ellos estaba recibiendo asistencia psiquiátrica en el momento de la evaluación.

d) Psicopatología parental

El estado psicopatológico de los padres se evaluó mediante El Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI) de Derogatis (Derogatis y Spencer, 1982). El BSI es la forma abreviada del Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), también de Derogatis, y consta de 53 ítems, agrupados en 9 dimensiones (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y en un apartado de síntomas adicionales. El inventario incluye también tres índices globales que informan

sobre el grado general de malestar psicológico del individuo: índice global de severidad, índice de síntomas positivos e índice de distrés.

e) Inteligencia

Para determinar el nivel intelectual de los niños se aplicó el Test de Matrices Progresivas de Raven, utilizando la Escala de Color (series A, Ab y B) con los más pequeños (6-9 años), la General (series A, B, C, D y E) con los de 10-13, y la Superior (series I y II) con los de 14-17 años.

Análisis de datos:

Para analizar el efecto de los factores de riesgo se ha seguido un diseño de "casos y controles", comparando el grupo diagnosticado con algún trastorno de ansiedad, y sólo de ansiedad (n=67), con dos grupos de control, uno clínico (n=155) y otro escolar (no clínico, n=101). El control clínico estaba integrado por los niños que no tenían ansiedad, pero que presentaban uno de los otros tipos de trastornos considerados (depresión, conducta o eliminación), aunque sin comorbilidad entre ellos, es decir, cada sujeto presentaba un único tipo, mientras que el control escolar no tenía ninguno.

Para adjudicar los distintos diagnósticos, se consideró que un niño

tenía un trastorno dado (ej., ansiedad generalizada) cuando éste había sido diagnosticado a través de la entrevista mantenida con los padres o de la efectuada con el niño, y que no lo tenía cuando no se había diagnosticado a partir de ninguna de las dos fuentes, generando lo que hemos denominado un "diagnóstico combinado" (ver tabla 1). En este aspecto seguimos la pauta marcada por algunos investigadores (Costello et al., 1988). Las entrevistas se realizaron por separado, sin estar presente el otro informante.

El análisis de datos se llevó a cabo en dos fases. Primero, se realizó un análisis univariado de regresión logística para cada uno de los factores de riesgo. Los factores que resultaron significativos (NC=95%) en este primer análisis fueron incluidos en un análisis multivariado, junto con la edad y el sexo. Nuestro objetivo final era examinar la contribución conjunta de los factores de riesgo a través de un único modelo (sin los términos de interacción) que eliminara los factores redundantes y de confusión. El procedimiento empleado para seleccionar el modelo seguía un principio de eliminación de factores hacia atrás por pasos (backward stepwise), tomando como criterio de parada una $p < 0,01$ para el estadístico de razón de verosimilitud.

TABLA 2

Odds Ratios (OR) de los factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad en los dos grupos objeto de comparación (análisis univariado de regresión logística)¹

Variables	Sólo ansiedad versus sin trastornos (escolares)		Sólo ansiedad versus sin ansiedad, con otros trastornos no comórbidos	
	OR	(p)	OR	(p)
Demográficas				
. Edad-Madre ^(a)	-----		1,09	(0,001)
. Edad-Padre ^(a)	-----		1,08	(0,001)
. Situación familiar:				
Padres biológicos (nivel de referencia)			-----	
Padres separados con nueva pareja	22,81	(<0,001)	-----	
Padres solos	-----		0,22	(0,02)
. Nivel de estudios:				
Pocos años escuela (nivel de referencia)			-----	
Primarios	0,10	(0,03)	0,44	(0,07)
Medios	0,02	(<0,001)	-----	
Superiores	0,00	(<0,001)	0,24	(0,06)
Estresores psicosociales (según padres)				
. Estar preocupado por la familia/hogar	5,62	(<0,001)	-----	
. Discusiones o peleas familiares	5,06	(0,002)	-----	
. Separación o divorcio	3,24	(0,01)	-----	
. Problemas de alcoholismo	5,07	(0,02)	-----	
. Miedo a ser maltratado	5,40	(<0,001)	2,16	(0,07)
. N° de estresores ^(a)	2,15	(<0,001)	-----	
Estresores psicosociales (según niño)				
. Discusiones o peleas familiares	2,29	(0,02)	-----	
. Separación o divorcio	3,91	(0,003)	-----	
. Graves problemas económicos	15,14	(0,01)	-----	
Académicas				
. Clases de recuperación	3,25	(0,002)	2,32	(0,03)
. Repetir curso	3,40	(0,003)	-----	
Inteligencia^(a)				
. Raven (6-9 años)	0,80	(<0,001)	-----	
. Raven (14-17 años)	0,81	(<0,001)	0,90	(0,07)
Factores tempranos:				
. Complicaciones embarazo	1,77	(0,07)	-----	
. Perinatales	2,67	(0,001)	-----	
. Retraso pautas desarrollo	3,28	(<0,001)	-----	
. Problemas comportamiento (1-5 años)	2,84	(<0,001)	-----	
Historia médica:				
. Hándicaps físicos	8,93	(0,007)	-----	
. Accidentes graves	-----		1,88	(0,05)

TABLA 2 (Continuación)

Variables	Sólo ansiedad versus sin trastornos (escolares)		Sólo ansiedad versus sin ansiedad, con otros trastornos no comórbidos	
	OR	(p)	OR	(p)
Psicopatología materna^(a)				
. Asistencia psiquiátrica	6,60	(<0,001)	2,57	(0,04)
. Somatización	1,12	(0,01)	-----	-----
. Obsesión-compulsión	1,14	(0,003)	-----	-----
. Sensibilidad interpersonal	1,21	(0,004)	-----	-----
. Ansiedad	1,17	(<0,001)	-----	-----
. Ansiedad fóbica	1,15	(0,06)	-----	-----
. Hostilidad	-----	-----	-----	-----
. Ideación paranoide	1,10	(0,06)	-----	-----
. Psicoticismo	1,17	(0,06)	-----	-----
. Items adicionales	1,24	(0,001)	-----	-----
. Puntuación Global	1,02	(<0,001)	-----	-----
. Índice de Severidad	3,71	(0,001)	-----	-----
. Puntuación Síntomas Positivos	1,04	(0,007)	-----	-----
. Índice de Distrés	2,02	(0,02)	-----	-----
Psicopatología paterna^(a)				
. Asistencia psiquiátrica	3,98	(0,02)	-----	-----
. Somatización	1,21	(0,007)	-----	-----
. Obsesión-compulsión	1,12	(0,03)	-----	-----
. Ideación paranoide	1,12	(0,05)	-----	-----
. Psicoticismo	1,44	(<0,001)	-----	-----
. Items adicionales	-----	-----	-----	-----
. Puntuación Global	1,02	(0,04)	-----	-----
. Índice de Severidad	3,92	(0,008)	-----	-----

Nota. ¹ El valor de p corresponde al estadístico Wald. ^a Variable cuatitativa

Todos los análisis estadísticos se efectuaron con el SPSS-6.0 para Windows.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto que gran parte de los factores investigados se encontraban significativamente asociados a los trastornos de

ansiedad. No obstante y tal como esperábamos, el número de factores asociados resultó considerablemente mayor al comparar el grupo de ansiedad con los niños sin patología (control escolar) que al compararlo con los que tenían otros trastornos psicopatológicos (control clínico).

Según el análisis univariado (ver tabla 2), los factores que parecían

TABLA 3
Factores de riesgo seleccionados en el análisis de regresión múltiple¹

Variables	Sólo ansiedad versus sin trastornos (escolares)	Sólo ansiedad versus sin ansiedad, con otros trastornos no comórbidos
	OR (p)	OR (p)
. Edad padre ^(a)	-----	1,08 (0,01)
. Preocupación por familia/hogar (PP)	3,17 (0,05)	-----
. Miedo a ser maltratado (PP)	3,47 (0,07)	-----
. Graves problemas económicos (N)	31,36 (0,02)	-----
. Clases de recuperación	7,35 (<0,001)	-----
. Problemas perinatales	3,56 (0,008)	-----
. Problemas comportamiento (1-5 años)	2,22 (0,10)	-----
. Accidentes graves	-----	2,17 (0,07)
. Asistencia psiquiátrica (madre)	3,87 (0,02)	-----
. Ansiedad ^(a)	1,13 (0,07)	-----
Nº de casos incluidos en el análisis	38/140	42/53
Porcentaje de predicciones correctas	82,58%	65,26%

Nota. PP, según el informe de los padres; N, según el informe del niño. ORs ajustadas por sexo y edad. ¹ El valor de p corresponde al estadístico Wald. ^a Variable cuantitativa

incrementar el riesgo de ansiedad, en el primer caso, eran los siguientes: convivir con padres separados que habían formado una nueva pareja, un nivel de educación materna escaso, numerosos sucesos estresantes (preocupación por la familia, discusiones, separación o divorcio, alcoholismo, problemas económicos y temor a ser maltratado), dificultades académicas (repetir curso y asistir a clases de recuperación), complicaciones en el embarazo, problemas perinatales, retraso evolutivo, problemas tem-

pranos de comportamiento, los hándicaps físicos y el estado psicopatológico de los padres. De todos ellos los mejores predictores de los trastornos de ansiedad, según el modelo obtenido en el análisis multivariado (ver tabla 3), fueron: la preocupación del niño por la familia (OR= 3,17), los problemas económicos (OR= 31,36), recibir clases de recuperación (OR= 7,35), los problemas perinatales (OR= 3,56) y el hecho de que la madre recibiera asistencia psiquiátrica (OR= 3,87). Las otras tres variables incluidas en

TABLA 4
Discriminación de los factores de riesgo: comparación entre grupos de trastornos

Variables	Sólo ansiedad n = 67		Sólo conducta n = 71		Sólo eliminación n = 25		Estadístico	gl	p	Grupos
	Media (DT)	n	Media (DT)	n	Media (DT)	n				
Edad niño	11,1 (2,98)	16	10,3 (3,02)	28	9,5 (3,47)	4	F(ANOVA) ^(a)	2,160	0,07	-----
Edad madre	40,4 (6,55)	34	37,9 (5,85)	23	36,3 (4,99)	23		2,151	0,008	A vs. C y E
Edad padre	43,8 (8,05)		39,9 (6,71)		39,4 (6,31)			2,127	0,009	A vs. C y E
Fumar durante el embarazo	n %	n	n %	n	n %	n	X ² ^(b)			
Retraso pautas desarrollo	23,9	16	40	28	16	4	6,90	2	0,03	-----
Accidentes graves	50,7	34	32,4	23	92	23	26,41	2	0,0001	E vs. A y C
Asistencia psiquiátrica madres	32	32	47,8	25	35,2	6	4,96	2	0,08	-----
Asistencia psiquiátrica madres	17	17	34	7	17,9	2	4,83	2	0,08	-----
Psicopatología materna (BSI)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	F(ANOVA) ^(a)			
· Ansiedad	4,94	4,23	5,97	4,46	3,04	3,01	4,46	2,154	0,01	A vs E; C vs. E;
· Hostilidad	3,22	3,17	4,58	3,77	3,08	1,99	3,45	2,154	0,03	C vs. A
· Items adicionales	2,77	2,60	3,57	2,93	2,29	1,88	2,63	2,154	0,07	-----
· Puntuación global	32,36	25,24	39,55	29,63	26,79	20,19	2,45	2,154	0,08	-----
· Índice de estrés	1,52	0,53	1,70	0,56	1,30	0,41	5,50	2,154	0,004	C vs. E

Nota. A, ansiedad; C, Conducta; E, eliminación

(a) Las comparaciones por pares se efectuaron mediante la prueba de Student-Newman-Keuls.

(b) En las comparaciones por pares se ha corregido la significación por la desigualdad de Bonferroni ($p < 0,05/3$)

el modelo, aunque indican una elevación del riesgo, no alcanzaron un nivel de significación estadística aceptable: miedo a ser maltratado (OR= 3,47, $p= 0,07$), ansiedad materna (OR= 1,13, $p= 0,07$) y problemas tempranos de comportamiento (OR= 2,22; $p= 0,10$).

En marcado contraste con lo anterior, muy pocas variables lograron discriminar entre los trastornos de ansiedad y las otras patologías. Sólo la mayor edad de los padres, convivir únicamente con uno de ellos, asistir a clases de recuperación, haber sufrido accidentes graves y el que la madre recibiera asistencia psiquiátrica mostraron una asociación significativa ($p < 0,05$) con la ansiedad, y solamente la edad del padre y haber sufrido accidentes graves fueron seleccionadas por el análisis multivariado (consultar tablas 2 y 3).

Por último, al comparar los trastornos de ansiedad con los de conducta y los de eliminación se encontró que los niños ansiosos presentaban los siguientes rasgos diferenciales (ver tabla 4): tendían a tener más edad que los de los otros dos grupos (media de 11,1 años versus 10,3 y 9,5, respectivamente), sus padres eran significativamente más mayores que los de los demás niños ($F(2,151) = 4,87$; $p= 0,008$ y $F(2,127) = 4,87$; $p= 0,009$, madre y padre respectivamente);

habían sufrido accidentes graves en mayor proporción que los otros grupos ($X^2(2) = 4,96$; $p= 0,08$); sus madres eran significativamente más ansiosas que las del grupo de eliminación, pero menos que las del grupo con trastornos de conducta ($F(2,154) = 4,46$; $p= 0,01$) y un mayor porcentaje de ellas se encontraba en tratamiento psiquiátrico ($X^2(2)= 4,83$; $p= 0,08$). Lamentablemente en este último análisis no pudimos incluir el grupo de trastornos depresivos en las comparaciones, debido al reducido número de sujetos diagnosticados con problemas depresivos no comórbidos ($n=5$).

DISCUSION

En líneas generales, nuestros resultados confirman que la mayoría de los factores investigados son útiles para discriminar entre niños con trastornos de ansiedad y niños sin patología (el porcentaje de predicciones correctas en el modelo de regresión múltiple fue de 85.58%), pero no lo son tanto para diferenciar entre niños con ansiedad y niños que sufren otros trastornos.

Como anticipábamos en la introducción, otros investigadores han hecho notar esta contradicción (véase la revisión de Anderson, 1994). Sirva como ilustración el trabajo de Costello (1989). Este autor analizó la influencia de un grupo de

variables, incluidas también en nuestro estudio (sociodemográficas, enfermedades serias, repetir curso, número de acontecimientos estresantes en la vida del niño y de los padres, dificultades familiares y problemas psiquiátricos maternos), sobre los trastornos de conducta, ansiedad y depresión. Para determinar su especificidad, comparó los trastornos de ansiedad con los de conducta (disocial y negativismo) porque había poca comorbilidad entre ellos; sus resultados indicaron que los factores eran más útiles para identificar niños con problemas de conducta que niños ansiosos, el único factor del modelo (regresión múltiple) que resultó más potente para diferenciar a estos últimos fue la presencia de estrés en la vida de los padres, aunque no alcanzó significación estadística (OR= 2,2, NS).

Comparados con nuestros resultados previos (Bragado et al., 1999), se observa que, al controlar la comorbilidad en el grupo de casos y en el control clínico, se modifica considerablemente el perfil de riesgo, sobre todo cuando se analiza la contribución conjunta de los factores investigados (análisis de regresión múltiple). De hecho, ninguna de las variables que definían el modelo de regresión en el anterior trabajo (mayor edad de las madres, problemas en el parto, estar preocupado por la familia, miedo al maltrato físico e ingesta diaria de medi-

cación) ha sido seleccionada en el modelo actual, aunque si se han mantenido muchas de las asociaciones encontradas en el análisis univariado: mayor edad de los padres, miedo al maltrato físico, recibir clases de recuperación y menor nivel intelectual en el grupo de mayor edad (14-17 años). Estos datos sugieren que para aislar los factores de riesgo específicos de un determinado trastorno es necesario "depurar" los grupos objeto de comparación, es decir no basta con comparar sujetos que tienen trastornos de ansiedad (casos) con los que no los tienen (controles), sino que es necesario descartar otras patologías comórbidas, tanto en los casos como en los controles. Sin embargo, este tipo de estrategia analítica no es fácil de aplicar con muestras comunitarias, dado que, como han señalado otros investigadores (Lewinsohn et al., 1994), el tamaño de las muestras tendría que ser lo suficientemente grande como para poder distribuir los casos diagnosticados en múltiples subgrupos, formados por trastornos "puros" y "mixtos". Por otro lado, y para complicar más las cosas, es sabido que ciertos problemas de ansiedad son difíciles de detectar en la población general, véanse, por ejemplo, los trabajos de Costello et al. (1988) y Kashani y Orvaschel (1988) en relación al trastorno obsesivo compulsivo o la revisión de Anderson (1994).

Un resultado llamativo del presente trabajo es el escaso poder de discriminación ofrecido por la psicopatología parental. Pese a que el análisis univariado indicó una elevación del riesgo en los niños ansiosos, comparados con los niños sin patología (control escolar), en prácticamente todas las dimensiones estudiadas, el multivariado solamente seleccionó dos: la ansiedad de la madre y que ésta estuviera recibiendo asistencia psiquiátrica. Tomados aisladamente, estos resultados parecen bastante acordes con los encontrados en otros muchos estudios, que han señalado de forma reiterada que los hijos de madres ansiosas tienen una marcada probabilidad de padecer a su vez algún problema de ansiedad (véanse, por ejemplo, las revisiones de Bernstein y Borchardt, 1991; Anderson (1994) Taboada et al., 1998a; o Donovan y Spence, 2000). Sin embargo, en nuestro trabajo la ansiedad materna sólo discrimina entre los niños con ansiedad y los niños sin patología (control escolar), pero no entre niños ansiosos y los que presentan otros cuadros psicopatológicos (control clínico). Es más, los resultados obtenidos al analizar la capacidad de discriminación de los factores de riesgo en tres grupos de trastornos (ansiedad, conducta y eliminación) ponen de relieve que la presencia de ansiedad en la madre parece un mejor predictor de los trastornos de conducta que de los de ansiedad y que, respecto a la

psicopatología parental, sólo una variable, la asistencia psiquiátrica, ofrece cierto grado de discriminación entre los trastornos de ansiedad y los de conducta y eliminación.

En realidad, de todos los factores de riesgo investigados, los únicos que parecen diferencialmente asociados a los trastornos de ansiedad son la mayor edad de padres y niños, los accidentes graves y que la madre esté en tratamiento psiquiátrico. Ni los estresores psicosociales, ni los factores tempranos, ni las dificultades académicas o la inteligencia lograron diferenciar a los niños con trastornos de ansiedad de los niños con trastornos de conducta o de eliminación.

En resumen, nuestros datos sugieren que muchas de las condiciones adversas atribuidas a los niños ansiosos son comunes a otras patologías, por lo que para poder aislar factores de riesgo específicos de los trastornos de ansiedad sería conveniente que los estudios sobre este tópico utilizaran al menos dos grupos de control, uno de niños sin trastornos ("normales") y otro de niños que sufren otros problemas psicopatológicos diferentes (por ejemplo, los más prevalentes), ya que de otro modo no parece posible determinar si los factores identificados son distintivos de la ansiedad o indicativos de psicopatología en general.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo es una versión modificada de la ponencia presentada en las "III Jornadas de Psiquiatría del Niño y del Adolescente", que han dado lugar a una publicación monográfica de la Asociación Castellana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia con el título: Trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente. Agradecemos a la Dra. M^a Jesús Mardomingo, presidenta de la Asociación y coordinadora de la monografía, que nos haya permitido su difusión en esta revista.

La investigación ha sido subvencionada por la Universidad Complutense de Madrid (PR 180/91-3451) y por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT, PB92-0210). Nuestra más sincera gratitud a los profesionales de los Servicios de Salud Mental de Salamanca-Chamartín y de Tetuán de la Comunidad Autónoma de Madrid, así como a la dirección y al profesorado del Centro escolar por la colaboración prestada en la recogida de muestras.

REFERENCIAS

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicoterapia*, 12, 525-532
- Anderson, J. C. (1994). Epidemiological Issues. In T. H. Ollendick, N. J. King, y W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 97-112). New York: Plenum Press.
- Aragón, N., Bragado, C. y Carrasco, I. (1997). Alcoholismo parental y psicopatología infanto-juvenil. Una revisión. *Adicciones*, 9, 255-277
- Bernstein, G. A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 43-50.
- Bernstein, G. A., y Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Bernstein, G.A.; Borchardt, C.M. y Perwien, A.R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescence: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-1119.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R. y Kagan, J. (1993) A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Bird, H. R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 35-49.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M.; Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sánchez-Lacay, A. y Moscoso, M. (1988). Childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M^a L., y Bersabé, R. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6-17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112
- Buka, S.L., Tsuang, M.T. y Lipsitt, L.P. (1993). Pregnancy/delivery complications and psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 151-156.

Cohen, P., Cohen, J., y Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-877.

Cohen, P., Velez, N., Brook, J., y Smith, J. (1989). Mechanisms of the relation between perinatal problems, early childhood illness, and psychopathology in late childhood and adolescence. *Child Development*, 60, 701-709.

Compas, B.E., Howell, D.C., Phares, V., Williams, R.A. y Giunta, C.T. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: a prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 732-740.

Costello, E. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-855.

Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B., Dulcan, M. K., Brent, D., y Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.

Derogatis, L. R., y Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual-I*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometric Research Unit.

Donovan, C.L. y Spence, S.H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-529

Ezpeleta, L. (1992). *Versión en castellano de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents*. Publicación de circulación

limitada. Barcelona: Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona.

Ferdinand, R.F. y Verhulst, F.C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1586-1594.

Gagnon, C., Craig, W.M., Tremblay, R.E., Zhou, R.M. y Vitaro, F. (1995). Kindergarten predictors of boys' stable behavior problems at the end of elementary school. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 71-766.

Kasen, S., Cohen, P., Brook, J. S., & Hartmark, C. (1996). A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatry disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 121-150.

Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145, 960-964

Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H. y Hops, H. (1994). Adolescent Psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-315.

Messer, S. C. y Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.

Moreno, C., Del Barrio, V. y Mestre, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 471-496

Mufson, L., Weissman, M. M., y Warner,

V. (1992). Depression and anxiety in parents and children: A direct interview study. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 1-13.

Reich, W., Shayka, J. J., y Taibleson, C. (1991). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-R*. Unpublished manuscript. Washington: Washington University, Division of Child Psychiatry.

Taboada, A. M^a, Ezpeleta, L. y de la Osa, N. (1998a). Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adoles-

cencia: una revisión. *Apuntes de Psicología*, 16, 47-72.

Taboada, A. M^a, Ezpeleta, L. y de la Osa, N. (1998b). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 4 (1), 1-16

Velez, C. N, Johnson, J., y Cohen, P. (1989). A Longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864