

## FACTORES DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES, DE ANSIEDAD, DEPRESIVOS Y DE ELIMINACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Carmen Bragado, Rosa Bersabé\* e Inés Carrasco  
Universidad Complutense de Madrid y \* Universidad de Málaga

Este estudio pretende identificar los factores de riesgo diferencialmente relacionados con los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación en una muestra clínica de 362 niños y adolescentes de 6-17 años. Los factores estudiados fueron: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Los resultados mostraron que existían perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica: 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 asociaban a los trastornos conductuales; la edad de la madre, problemas en el parto y miedo al maltrato físico, a los de ansiedad; tener más edad, estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes y el estado psicopatológico de la madre a los trastornos depresivos; y, tener menos edad, ser varón y el retraso en las pautas de desarrollo a los de eliminación.

*Risk factors for Behavioral, Anxiety, Depressive and Elimination Disorders in Children and Adolescents.* This study seeks to identify the risk factors differentially related to behavioral, anxiety, depression and elimination disorders, in a clinical sample of 362 children and adolescents, aged from 6 to 17 years. The following factors were studied: socio-demographic variables, psychosocial stressors in family context, academic failure, intelligence, early factors, medical history and parental psychopathology. Results showed distinct risk profiles for each diagnostic category: having a young father, being extremely concerned about a beloved person's death, family quarreling and fighting, having been physically abused, repeating a grade at school and early behavioral problems were specifically associated with behavioral disorders; mother's age, delivery problems and fear of physical abuse were related to those of anxiety; increasing age, being upset about family, family drinking problems, having frequent illnesses and mother's psychopathological status were the best predictors for depressive disorders; and younger age, being male and delayed developmental milestones predicted those of elimination.

---

Correspondencia: Carmen Bragado  
Facultad de Psicología  
Campus de Somosaguas  
28213 Madrid (Spain)  
E-mail: cbragado@psi.ucm.es

Identificar los factores de riesgo asociados a la psicopatología del niño y el adolescente es uno de los objetivos prioritarios de la investigación epidemiológica. La utilidad de estos datos se pone de relieve al conside-

rar sus posibles aplicaciones en el ámbito de la salud mental: generar hipótesis explicativas sobre la etiología de los trastornos infantiles, realizar una detección temprana de los grupos de riesgo y elaborar planes de prevención que eviten el desarrollo de patologías más severas o su mantenimiento hasta la etapa adulta.

Aunque se ha observado que los perfiles de riesgo pueden variar en función de la fuente de información y de la estrategia seguida por el investigador para clasificar los casos (Fitzmaurice, Laird, Zahner y Daskalakis, 1995; Offord et al., 1996), la influencia de algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico o la estructura familiar sobre la prevalencia de ciertas patologías se encuentra bien documentada en la bibliografía.

De momento, parece demostrado que los trastornos de conducta y los de eliminación ocurren con mayor frecuencia entre los varones más jóvenes, mientras que los trastornos emocionales (ansiedad, depresión) tienden a predominar entre las mujeres, especialmente durante la adolescencia (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987; Costello et al., 1988; Cohen, Cohen y Brook, 1993; Lewinshon, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993; McDermott, 1996; Peterson, Zhang, Santa Lucia, King y Lewis, 1996). El riesgo de depresión se incrementa con la edad (Bird, Gould, Yager, Staghezza y Canino, 1989; Lewinshon et al., 1994; Del Barrio, Moreno y López, 1997), mientras que la probabilidad de padecer ansiedad de separación, enuresis, encopresis o déficit de atención disminuye conforme el niño se aproxima a la adolescencia (Bird et al., 1989; Cohen, Cohen, Kasen et al., 1993; Bragado, 1994; McDermott, 1996).

Un bajo nivel socioeconómico, convivir con un único padre y el fracaso escolar se han encontrado preferentemente asociados a los trastornos por conductas perturbadoras (Costello et al., 1988; Bird et al., 1989; Cos-

tello, 1989; Velez, Johnson y Cohen, 1989), aunque este hecho no excluye su posible relación con problemas de tipo internalizante, como la ansiedad de separación y la depresión (ej.: Velez et al., 1989; Last, Perrin, Hersen y Kazdin, 1992). Respecto a la estructura familiar, Kasen, Cohen, Brook, and Hartmark (1996) constataron que la situación familiar postdivorcio ejercía una notable influencia sobre algunos trastornos emocionales; efecto que se mostraba independiente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, pero que variaba en función del sexo. Concretamente, estas autoras hallaron que, en comparación con los hijos de familias intactas, los hijos varones de padres divorciados que vivían sólo con la madre presentaban un alto riesgo de sufrir depresión, pero este efecto no se confirmó en las mujeres. En contraposición, en el grupo de familias rehechas, caracterizadas por la presencia de un padrastro, se observó un riesgo muy elevado para los trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres, pero no en los varones. Por otro lado, los estudios previos, revisados por Kasen et al. (1996), Kopp y McIntosh (1997) y Roseby y Wallerstein (1997), indican que los niños expuestos a las condiciones estresantes que rodean el divorcio de los padres sufren importantes desajustes psicológicos y déficits de aprendizaje, y que se encuentran sobre-representados en los servicios de salud mental.

Otra variable familiar que ha mostrado un influjo constatado sobre los trastornos infantiles es la psicopatología parental. Entre otros hallazgos, se ha señalado que: (a) cuanto más graves son los problemas psicopatológicos paternos mayor es la probabilidad de que los hijos manifiesten alguno de los trastornos contenidos en el DSM-III-R (ej., Kashani, Beck y Burk, 1987); (b) la presencia de sociopatía parental en los primeros años de vida del niño eleva el riesgo de comportamientos perturbadores (negati-

vismo desafiante y trastorno disocial), mientras que los problemas emocionales de la madre aumentan el riesgo de depresión mayor y ansiedad excesiva, y los del padre afectan también al trastorno de ansiedad excesiva (ej., Velez et al., 1989); y (c), que la presencia concurrente de depresión mayor y trastorno de pánico en los padres aumenta la probabilidad de que los niños experimenten a su vez depresión mayor y algún trastorno de ansiedad (ej., Mufson, Weissman y Warner, 1992). Numerosos estudios revisados por Downey y Coyne (1990) evidencian de forma consistente que los hijos de madres depresivas tienen tasas elevadas de depresión. No obstante, los datos aportados por Fergusson, Horwood y Lynskey (1995) ponen en entredicho la naturaleza causal de esta asociación, así como la pretendida transmisión familiar de la depresión. Estos autores sólo pudieron encontrar una clara correlación entre los síntomas depresivos de las madres y los de sus hijos en las mujeres, pero no en los varones. Además, dicha correlación fue ampliamente explicada por la asociación existente entre ambas medidas de depresión con una serie de factores sociales y contextuales (notables desventajas sociales, desacuerdo marital y adversidad familiar). Finalmente, está bien documentado que el alcoholismo parental es un importante predictor de la psicopatología infantil. Prácticamente todos los trabajos revisados por nuestro grupo (Aragón, Bragado y Carrasco, 1997) confirman que los hijos de padres alcohólicos tienen significativamente más problemas psicopatológicos que los hijos de padres no alcohólicos.

Algunos estudios prospectivos han señalado que existe una influencia digna de consideración entre factores de riesgo muy tempranos y los trastornos psicopatológicos infantiles. Por ejemplo, Cohen, Velez, Brook y Smith (1989) comprobaron que los problemas emocionales de la madre durante el embarazo se asociaban con los trastornos

externalizantes, los problemas físicos relativos al embarazo-parto (enfermedades, complicaciones, cesárea, etc.) predecían únicamente el trastorno de ansiedad excesiva, y las enfermedades y lesiones postnatales constituían un factor de riesgo para todos los trastornos estudiados (disocial, negativismo, ansiedad excesiva, ansiedad de separación y depresión mayor), excepto para el déficit de atención. Por su parte, West-Stratton (1996) encontró que los niños que presentan problemas de comportamiento en los primeros años de vida son más proclives a desarrollar algún trastorno de conducta, unos años más tarde.

Llegar a delimitar patrones de riesgo bien diferenciados para cada trastorno es una meta importante para la investigación epidemiológica, aunque algo difícil de lograr (Costello, 1989; Anderson, 1994). Muchos de los datos obtenidos hasta ahora señalan que los mismos factores pueden predecir trastornos diversos. Como han sugerido otros autores (Peterson et al., 1996), es posible que esta falta de discriminación de los factores de riesgo se deba en parte a los grupos de contraste seleccionados. La mayor parte de los estudios epidemiológicos suelen utilizar grupos de control procedentes de la comunidad, integrados por sujetos sin patología, o por un grupo «mixto» de sujetos con y sin trastornos psicopatológicos, lo que podría explicar que se produzcan asociaciones de carácter general. Parece lógico pensar que si los grupos objeto de comparación son más homogéneos, es decir, los casos que integran un determinado trastorno se comparan con controles que presentan a su vez otros trastornos psicopatológicos, como suele ocurrir en los estudios clínicos, se obtendrían resultados más específicos.

El objetivo central de este estudio consiste en analizar la contribución conjunta de un amplio grupo de factores, previamente investigados, a fin de identificar los que distinguen mejor a los trastornos de conducta,

ansiedad, depresión y eliminación en una muestra clínica. Los datos epidemiológicos indican que estos problemas son los que dominan en la etapa infantil y adolescente (ver revisión de Bird, 1996) y también los que suscitan una mayor demanda asistencial en los servicios de salud mental (Bragado et al., 1995; Aláez, Arias y Rodríguez, 1998), razón por la que fueron seleccionados para este trabajo. Respecto a los factores de riesgo, se ha explorado la capacidad predictiva de 42 variables, agrupadas en las siguientes categorías: características sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental.

### Método

#### *Sujetos y Procedimiento*

Los datos para este trabajo se obtuvieron de 362 niños y adolescentes, con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, reclutados en dos Servicios ambulatorios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), en el momento de su primera cita y durante un período continuado de 18 meses. En la tabla 1 se describe la muestra total por rangos de edad y en la 2 las características sociodemográficas de las familias.

La recogida de información se llevó a cabo por 8 licenciados en psicología que fueron entrenados en el uso de los instrumentos de medida durante un tiempo aproximado de 40 horas. Todos los niños y sus padres fueron entrevistados en los servicios sanitarios. El proceso de evaluación se presentó como una actividad incluida en la rutina sanitaria del centro, aspecto que facilitó la obtención de datos. Se realizaron un total de cuatro entrevistas individuales, dos con los padres (normalmente sólo con la madre) y otras dos con sus hijos, de una duración aproximada de 60-70 minutos cada una. Las entrevistas se efectuaron por separado, sin estar presente el otro informante.

#### *Instrumentos de medida*

El diagnóstico de los sujetos se efectuó mediante 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. Dispone de tres formas paralelas con igual estructura y contenido, cuya única diferencia estriba en que la formulación de las preguntas se adecua a las características del entrevistado: padres (DICA-R-P), niños de 6 a 12 años (DICA-R-C) y adolescentes de 13-17 años (DICA-R-A).

*Tabla 1*  
Distribución de la muestra por sexo y edad

Rangos de edad	Varones n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Edad Media (DT)
6-9 años	86 (40,37)	63 (42,28)	149 (41,2)	7,59 (1,11)
10-13 años	89 (41,78)	50 (33,56)	139 (38,4)	11,51 (1,09)
14-17 años	38 (17,84)	36 (24,16)	74 (20,4)	15,04 (0,91)
Muestra total	213 (58,8)	149 (41,2)	362 (100)	
Edad media (DT)	10,52 (2,92)	10,76 (3,2)	10,62 (3,04)	
Mediana	10	11	10,5	
Moda	8	9	8	

<i>Tabla 2</i> Características sociodemográficas de las familias (N: 362)		
Descriptores	Padres (%)	Madres (%)
<i>Edad</i>		
Media	41,18	38,58
DT	7,25	6,58
Mediana	40,5	38
Moda	38	36
Casos válidos	286	335
<i>Nivel educativo</i>		
Analfabetos	0	1 (0,3)
Pocos años de escuela	41 (12,4)	51 (14,3)
Estudios primarios	145 (43,8)	176 (49,3)
Estudios medios	91 (27,5)	100 (28)
Estudios superiores (Universidad o similar)	54 (16,3)	29 (8,1)
Casos válidos	331	357
<i>Situación laboral</i>		
Invalidez (temporal o permanente)	9 (2,9)	9 (2,5)
Paro	18 (5,7)	45 (12,6)
Trabajan	286 (91,1)	149 (41,6)
Sus labores (amas de casa)	1 (0,3)	155 (43,3)
Casos válidos	314	358
<i>Nivel Económico</i>		
Bajo	92 (25,6)	
Medio	240 (66,7)	
Alto	28 (7,8)	
Casos válidos	360	
<i>Situación familiar (el niño vive con)</i>		
Padres biológicos	208 (59,1)	
Padres separados (con nueva pareja)	99 (28,2)	
Un único padre (madre o padre)	45 (12,8)	
Casos válidos	352	

Los estudios realizados hasta ahora para determinar las propiedades psicométricas de la adaptación española de la DICA indican una buena fiabilidad entre entrevistadores y test-retest, con valores kappa que oscilan entre 0.65 y 1 en el primer caso y entre 0.41 y 1 en el segundo, un acuerdo moderado con el diagnóstico clínico y buena validez discriminante para diferenciar entre sujetos con y sin trastornos psicopatológicos (De la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro y Losilla, 1996a, 1996b).

Las tres formas de la DICA contienen un apartado sobre *Estresores Psicosociales* acaecidos en el ámbito familiar. Padres y niños respondieron esta parte de la entrevista

para averiguar la presencia o ausencia de los siguientes eventos: 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 bebida, problemas con la policía, maltrato físico al niño o a algún familiar y miedo a ser maltratado.

La DICA-R-P incluye también un *Cuestionario para padres* que, entre otros datos, recaba información sobre el embarazo, nacimiento, primera infancia e historia médica. Con este instrumento obtuvimos los datos relativos a las variables que se detallan 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, rabietas, destructividad, etc.); e historia médica (7 variables): alergias, dieta especial, ingesta diaria de medicación (por problemas físicos o psicológicos), hospitalización (por problemas emocionales o conductuales, intento de suicidio, accidentes o cirugía), enfermedades recurrentes (cardíacas, renales, asma, diabetes, cáncer, etc.), accidentes serios y hándicaps físicos.

El cuestionario se amplió, añadiendo una serie de preguntas destinadas recoger los datos sociodemográficos de la familia, enumerados en la tabla 2.

*El Inventario Breve de Síntomas* (Brief Symptom Inventory, BSI) de Derogatis (Derogatis y Spencer, 1982) se empleó para medir la psicopatología general de ambos padres. El BSI es la forma abreviada del SCL-90-R, y consta de 53 ítems, agrupados en 9 dimensiones (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Según Derogatis y Melisaratos (1983), las nueve dimensiones del BSI poseen una fiabilidad test-retest y una consistencia interna muy buena, así como una elevada validez convergente y discriminante con las escalas de MMPI. No obstante, los resultados obtenidos por algunos investigadores sobre la estructura factorial del BSI ponen en cuestión la supuesta multidimensionalidad del inventario, indicando que su verdadera utilidad reside en proporcionar una medida general (unidimensional) de psicopatología (Boulet y Boss, 1991; Piersma, Boes y Reaume, 1994).

Por último, se utilizó *El Test de Matrices Progresivas de Raven* para medir el nivel de inteligencia de los niños. A fin de adecuar la dificultad del test a la edad de los sujetos, se aplicó la Escala de Color (series A, Ab y B) a los más pequeños (6-9 años), la Escala General (series A, B, C, D y E) a los de 10-13, y la Superior (I y II series) a los de 14-17 años.

#### *Análisis de datos*

Los factores de riesgo se han analizado comparando los niños que tenían un determinado trastorno (casos) con los que no lo tenían (controles). Para determinar los casos se optó por combinar los diagnósticos obtenidos a partir de cada informante (padres o niños). Es decir, se consideró que un niño tenía un trastorno dado (ej., depresión) cuando éste había sido diagnosticado a través de la entrevista mantenida con los padres o con el niño, y que no lo tenía cuando no se había diagnosticado a partir de ninguna de las dos fuentes. De forma que al analizar los factores de riesgo para los trastornos depresivos, por ejemplo, se comparaban los niños con depresión con los niños sin depresión (control). Este procedimiento se realizó con cada uno de los cuatro tipos de trastornos estudiados.

Se han propuesto otras estrategias para integrar la información procedente de distintos informantes con el fin de decidir «los casos» y conseguir clasificar a los sujetos en las distintas categorías diagnósticas. Una de las más extendidas consiste en computar como presentes los síntomas informados por cada fuente (padres o niños) y, a partir de esta agrupación, derivar un único diagnóstico. Se ha señalado que este método puede provocar una sobreestimación de los diagnósticos y, en consecuencia, de los casos (Fitzmaurice et al., 1995). Otra forma más estricta de asignar un diagnóstico unitario es computar únicamente los síntomas que son informados por ambas fuentes a la vez. Esta estrategia podría

provocar el efecto opuesto a la anterior, una estimación de los casos inferior a la real, ya que se ha demostrado reiteradamente que los niños tienden a informar de más síntomas relacionados con su experiencia privada, mientras que los padres informan de más síntomas externos. Para minimizar ambos sesgos hemos preferido utilizar un método que parece situarse a medio camino de los dos anteriores, combinar los diagnósticos en vez de los síntomas, generando lo que hemos denominado un «diagnóstico combinado».

A fin de conseguir un número de sujetos suficiente para realizar los análisis estadísticos, los trece trastornos particulares investigados se agruparon en categorías diagnósticas más generales: trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación (ver tabla 3).

El efecto de los factores de riesgo sobre los cuatro grupos de trastornos se analizó en dos fases. En primer lugar, se realizó un análisis univariado de regresión logística para cada uno de los factores de riesgo. Posteriormente, los factores que resultaron significativos en el análisis simple (NC= 95%) se incluyeron en un análisis multivariado, junto con la edad y el sexo. Con ello, se pretendía 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 (likelihood ratio).

Tabla 3  
Distribución de los trastornos por fuentes de información (N: 362)

Diagnóstico	Padres			Niños			Padres o Niños (Combinado)		
	n	%	±CI	n	%	±CI	n	%	±CI
<i>Conductuales</i>	165	45,58	±5,13	124	34,25	±4,89	184	50,83	±5,15
• TDAH	112	30,94	±4,76	79	21,82	±4,26	132	36,46	±4,96
• TND	94	25,97	±4,52	80	22,10	±4,27	114	31,49	±4,78
• TC	26	7,18	±2,66	26	7,18	±2,66	31	8,56	±2,88
<i>Depresivos</i>	39	10,77	±3,19	36	9,94	±3,08	47	12,98	±3,46
• DM	27	7,46	±2,71	29	8,01	±2,80	35	9,67	±3,04
• DIS	13	3,59	±1,92	10	2,76	±1,69	16	4,42	±2,12
<i>Ansiedad</i>	165	45,58	±5,13	149	41,16	±5,07	192	53,04	±5,14
• TAS	32	8,84	±2,92	28	7,73	±2,75	36	9,94	±3,08
• TE	27	7,46	±2,71	24	6,63	±2,56	30	8,29	±2,84
• TAE	67	18,51	±4,00	71	19,61	±4,09	101	27,90	±4,62
• FOBS	95	26,24	±4,53	75	20,72	±4,18	103	28,45	±4,65
• TOC	11	3,04	±1,77	16	4,42	±2,12	18	4,97	±2,24
• TEPT	4	1,10	±1,08	8	2,21	±1,51	9	2,49	±1,60
<i>Eliminación</i>	68	18,78	±4,02	65	17,96	±3,95	69	19,06	±4,05
• ENU	60	16,57	±3,83	59	16,30	±3,80	62	17,13	±3,88
• ENC	13	3,59	±1,92	11	3,04	±1,77	13	3,59	±1,92

Nota. TDAH: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad; TND: Trastorno negativista desafiante (oposición); TC: Trastorno de conducta (disocial); DM: Depresión mayor; DIS: Distimia; TAS: Trastorno de ansiedad de separación; TE: Trastorno de evitación (F.social); TAE: Trastorno de ansiedad excesiva (generalizada); FOBS: Fobia simple (específica); TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo; TEPT: Trastorno por estrés postraumático; ENU: enuresis; ENC: encopresis. CI: Intervalo de confianza, 95%

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el SPSS-6.0 para Windows.

## Resultados

### *Distribución de trastornos*

Considerando ambas fuentes de información (diagnóstico combinado), los trastornos que parecen suscitar una demanda asistencial más elevada en los servicios de salud mental son los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos de conducta, los de eliminación y, en último lugar, los depresivos. Entre los de ansiedad, los más prevalentes resultaron la fobia simple y la ansiedad excesiva, y entre los de conducta el déficit de atención con hiperactividad. La depresión mayor resultó más frecuente que la distimia y la enuresis mucho más que la encopresis (tabla 3)

Como pauta general, los padres informaron de más trastornos que sus hijos excepto en depresión mayor, ansiedad excesiva, trastorno obsesivo compulsivo y estrés post-traumático, constatando, una vez más, un fenómeno repetido en muchos estudios: que los niños tienden a informar de más problemas emocionales que sus padres.

### *Factores asociados con las categorías diagnósticas (análisis univariado)*

Como puede observarse en la tabla 4, seis de las once *variables demográficas* analizadas estaban significativamente relacionadas con los diagnósticos. El sexo se encontró asociado con los trastornos de eliminación, indicando que los varones tenían una probabilidad 2,3 veces mayor que las mujeres de padecer este tipo de problemas. El hecho de ser mujer aparecía relacionado con los trastornos depresivos, aunque la odds ratio (OR) no alcanzó un nivel de significación aceptable (1,750,  $p=0,07$ ). Respecto a la edad, se observó que el riesgo de

tener depresión se incrementa con la edad, mientras que la posibilidad de tener trastornos de conducta y de eliminación disminuía. Con el fin de averiguar en qué rango de edad se localizaba el riesgo, se efectuaron también análisis univariados con tres intervalos de edad (6-9, 10-13 y 14-17 años) tomando como categoría de referencia el primer intervalo. Se comprobó que la probabilidad de recibir un diagnóstico de depresión aumentaba considerablemente (OR= 7,94;  $p<0,001$ ) entre los adolescentes de 14-17 años, en tanto que descendía la de ser diagnosticados con un trastorno de eliminación (OR= 0,25;  $p=0,003$ ).

La edad de los padres se encontró asociada con todas las categorías diagnósticas, excepto con depresión, señalando que los hijos de los padres más jóvenes tienen más probabilidad de sufrir trastornos de conducta y eliminación que los hijos de padres de mayor edad, mientras que éstos últimos tienen más posibilidades de padecer trastornos de ansiedad.

El nivel económico, el grado de educación y la situación laboral de los padres no mostraron ninguna relación con los trastornos, mientras que el hecho de que el niño viviera con padres separados que tenían una nueva pareja, o que viviera sólo con uno de ellos se encontraba relacionado con los trastornos conductuales.

Debido a la importancia que tienen las características individuales a la hora de valorar el impacto psicológico que genera un determinado suceso en un individuo concreto, se decidió analizar el efecto de los *estresores psicosociales* de forma separada, según la información proporcionada por los niños y por sus padres (ver tabla 4).

La mayoría de los sucesos estresantes se encontraron asociados con los trastornos de conducta y, en menor medida, con los de ansiedad y depresión, pero apenas mostraron efecto alguno sobre los trastornos de eliminación. Resulta interesante subrayar algu-

<i>Tabla 4</i>				
Odds Ratios (OR) de los factores de riesgo para cada grupo de trastornos (Análisis univariado de regresión logística)				
Variables	Conductuales OR (p)	Ansiedad OR (p)	Depresivos OR (p)	Eliminación OR (p)
<b>Demográficas:</b>				
• Sexo (Varones)	—	—	—	2,29 (0,005)
• Edad <sup>(a)</sup>	0,93 (0,036)	—	1,29 (<0,001)	0,84 (<0,001)
• Edad-Madre <sup>(a)</sup>	0,97 (0,049)	1,04 (0,027)	—	0,91 (<0,001)
• Edad-Padre <sup>(a)</sup>	0,96 (0,035)	1,04 (0,021)	—	0,93 (0,001)
• Situación familiar:				
Padres biológicos (nivel referencia)				
Padres separados con nueva pareja	1,71 (0,029)	—	—	—
Padres solos	1,89 (0,057)	—	—	—
<b>Estresores psicosociales (padres):</b>				
• N° de personas que conviven <sup>(a)</sup>	—	—	—	1,35 (0,014)
• Estar preocupado por la familia/hogar	1,51 (0,055)	1,97 (0,002)	4,62 (<0,001)	—
• Discusiones o peleas familiares	2,96 (<0,001)	—	—	—
• Separación o divorcio	—	—	1,98 (0,046)	—
• Graves problemas económicos	4,98 (0,004)	—	—	—
• Preocupación muerte ser querido	1,89 (0,013)	1,67 (0,044)	—	—
• Maltrato físico al niño	3,81 (<0,001)	—	—	—
• Miedo a ser maltratado	1,61 (0,051)	1,97 (0,007)	—	—
• Maltrato físico a un familiar	—	3,24 (0,024)	3,48 (0,011)	—
• N° de estresores <sup>(a)</sup>	1,30 (<0,001)	1,17 (0,005)	1,26 (<0,001)	—
<b>Estresores psicosociales (según niño):</b>				
• Estar preocupado por la familia/hogar	2,10 (<0,001)	—	2,07 (0,022)	—
• Discusiones o peleas familiares	2,58 (<0,001)	—	—	—
• Preocupación muerte ser querido	2,32 (<0,001)	1,68 (0,021)	—	0,51 (0,032)
• Problemas de alcoholismo	3,10 (0,019)	—	3,14 (0,017)	—
• Maltrato físico al niño	2,54 (0,004)	—	—	—
• Miedo a ser maltratado	1,90 (0,016)	3,21 (<0,001)	—	—
• Maltrato físico a un familiar	2,29 (0,046)	—	2,45 (0,054)	—
• N° de estresores <sup>(a)</sup>	1,32 (0,005)	1,13 (0,016)	1,11 (0,021)	—
<b>Académicas:</b>				
• Clases de recuperación	—	1,73 (0,042)	—	—
• Repetir curso	1,68 (0,034)	—	—	0,50 (0,054)
<b>Inteligencia<sup>(a)</sup>:</b>				
• Raven (6-9 años)	0,94 (0,046)	—	—	—
• Raven (14-17 años)	0,92 (0,015)	0,93 (0,024)	—	—
<b>Factores tempranos:</b>				
• Complicaciones embarazo	—	—	2,06 (0,022)	—
• Fumar durante el embarazo	1,97 (0,004)	—	—	—
• Problemas en el parto	—	1,55 (0,048)	—	—
• Retraso pautas desarrollo	—	—	—	8,87 (<0,001)
• Problemas comportamiento (1-5 años)	2,21 (<0,001)	—	—	—
<b>Historia médica:</b>				
• Ingesta diaria de medicación	—	2,08 (0,028)	—	—
• Enfermedades frecuentes	—	—	2,86 (0,002)	—
• Hándicaps físicos	—	—	2,51 (0,023)	—
• N° de problemas médicos <sup>(a)</sup>	—	—	1,27 (0,035)	—
<b>Psicopatología parental (madre)<sup>(a)</sup>:</b>				
• Puntuación total (BSI)	1,01 (0,002)	—	1,01 (0,008)	—
<i>Nota: El valor de p corresponde al estadístico Wald. <sup>(a)</sup> Variable cuantitativa</i>				

nas diferencias entre los perfiles de riesgo obtenidos a partir de la información paterna y la de los hijos. Por ejemplo, mientras que, según los padres, tener graves problemas económicos incrementaba notablemente el riesgo de los trastornos de conducta (OR= 4,979;  $p= 0,004$ ), esta asociación no fue confirmada por el informe de sus hijos. Inversamente, según la información infantil, el hecho de que un familiar fuera físicamente maltratado se encontraba relacionado con los trastornos de conducta, pero no según sus padres. Similarmente, los problemas de alcoholismo sólo mostraron su influencia sobre los trastornos de conducta y depresivos a partir del informe infantil.

Las *dificultades académicas* y tener un menor *nivel intelectual* se encontraron relacionadas con los trastornos de conducta y ansiedad.

Los *factores tempranos* que resultaron significativos estaban diferencialmente asociados con las cuatro categorías: las complicaciones durante el embarazo aumentaban el riesgo de los trastornos depresivos, fumar durante el embarazo y tener problemas de comportamiento en los 5 primeros años de vida predecían los trastornos de conducta, los problemas durante el parto los de ansiedad, y el retraso en la adquisición de pautas evolutivas los de eliminación.

Con el fin de tener una visión más específica sobre el influjo de estas variables, tres de las cuales eran «variables compuestas» que agrupaban diversos eventos, se llevaron a cabo análisis univariados para cada uno de ellos. Los resultados mostraron que 10 de los 12 problemas de conducta que integraban la variable de «problemas de comportamiento» predecían un riesgo elevado para los trastornos conductuales; todas las odds ratio alcanzaron un valor superior a 2,5, con un rango que iba desde el 2,7 ( $p= 0,02$ ) en jugar con fuego hasta 6,9 ( $p< 0,001$ ) en impulsividad. Algo parecido sucedió con la variable «retraso en el desarrollo» (10

items), donde la demora en adquirir el control de heces y de orina durante el día, en los rangos de edad estipulados, incrementaba notablemente el riesgo de los trastornos de eliminación (OR= 13,33;  $p= 0,002$ ; y 3,69;  $p= 0,01$ , respectivamente). En cuanto a las complicaciones en el embarazo, únicamente el hecho de sufrir accidentes que motivaran atención médica resultó asociado con depresión (OR= 5,95;  $p= 0,009$ ).

Los datos relativos a la *historia médica* se asociaban preferentemente con depresión. Cabe mencionar que aunque la variable de «hospitalización», globalmente considerada, no resultó significativamente asociada con los trastornos depresivos, el análisis desglosado de los 5 items que configuraban dicha variable indicó un riesgo elevado para estos trastornos, cuando la estancia en el hospital había sido motivada por problemas de tipo psicológico (OR= 21,7;  $p= 0,008$ ) o por un intento de suicidio (OR= 14,1;  $p= 0,03$ ).

Respecto a la *Psicopatología parental*, solamente el estado psicopatológico de las madres resultó significativamente asociado con los trastornos conductuales y los depresivos, sin mostrar ningún efecto sobre los de ansiedad y eliminación.

#### *Selección de factores de riesgo (análisis multivariado)*

Todas las variables enumeradas en la tabla 4, a excepción de tres (nº de estresores, nº de problemas médicos e inteligencia), se incluyeron en un análisis multivariado. El motivo de excluir la inteligencia vino determinado por el hecho de que la puntuación obtenida en esta variable no era comparable entre todos los sujetos, ya que se utilizaron tres niveles de dificultad en función de la edad de los niños (ver instrumentos de medida). Respecto a las otras dos, se excluyeron para evitar la multicolinealidad, ya que fueron creadas mediante la suma de otras variables incluidas en el análisis.

Los modelos estimados para cada grupo de trastornos se encuentran recogidos en la tabla 5. El riesgo de sufrir *trastornos de conducta* se encontró relacionado con la presencia concurrente de los siguientes factores: tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, discusiones y peleas familiares, haber sido maltratado físicamente, repetir curso y problemas de comportamiento en la primera infancia.

Los *trastornos de ansiedad* resultaron asociados con la edad de la madre, proble-

mas en el parto, miedo a ser maltratado (informe infantil), estar preocupado por la familia (informe paterno) y tomar mediación a diario. Tener más edad, estar preocupado por la familia (informe paterno), el alcoholismo familiar (informe infantil), las complicaciones durante el embarazo, tener enfermedades frecuentes, los hándicaps físicos y el estado psicopatológico de la madre fueron los mejores predictores de los *trastornos depresivos*. Por último, los factores relacionados con los *trastornos de elimina-*

<i>Tabla 5</i>				
Odds Ratios de los factores de riesgo seleccionados para cada grupo de trastornos (Análisis multivariado de regresión logística)				
Variables	Conductuales OR (p)	Ansiedad OR (p)	Depresivos OR (p)	Eliminación OR (p)
Sexo (varones)	—	—	—	2,74 (0,009)
Edad <sup>(a)</sup>	—	—	1,21 (0,001)	0,78 (<0,001)
Edad de la madre <sup>(a)</sup>	—	1,05 (0,013)	—	—
Edad del padre <sup>(a)</sup>	0,94 (0,045)	—	—	—
<i>Estresores (según padres)</i>				
• N° de personas que conviven <sup>(a)</sup>	—	—	—	1,38 (0,085)
• Estar preocupado por la familia/hogar	—	1,70 (0,051)	4,65 (<0,001)	—
<i>Estresores (según niño)</i>				
• Discusiones /peleas familiares	2,27 (0,054)	—	—	—
• Preocupación muerte ser querido	2,67 (0,006)	—	—	0,38 (0,015)
• Problemas de alcoholismo	—	—	3,11 (0,043)	—
• Maltrato físico al niño	6,79 (0,006)	—	—	—
• Miedo a ser maltratado	—	3,52 (<0,001)	—	—
Repetir curso	2,12 (0,057)	—	—	—
Complicaciones embarazo	—	—	1,89 (0,088)	—
Problemas en el parto	—	1,80 (0,031)	—	—
Retraso pautas desarrollo	—	—	—	8,94 (<0,001)
Problemas comportamiento (1-5 años)	3,20 (0,008)	—	—	—
Ingesta diaria de medicación	—	2,02 (0,075)	—	—
Enfermedades frecuentes	—	—	2,42 (0,029)	—
Hándicaps físicos	—	—	2,38 (0,069)	—
Psicopatología materna <sup>(a)</sup>	—	—	1,01 (0,030)	—
Porcentaje de predicciones correctas	73.45%	62.22%	86.55%	81.85%
<i>Nota.</i> ORs ajustadas por sexo y edad El valor de p corresponde al estadístico Wald. <sup>(a)</sup> Variable cuantitativa				

ción fueron: ser varón, tener menos edad y el retraso en las pautas de desarrollo.

### Discusión

Los datos obtenidos en este estudio confirman que muchos de los factores investigados son capaces de predecir los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y, en menor medida, los de eliminación. Treinta de las 42 variables resultaron significativamente asociadas con alguno de estos trastornos.

Uno de los resultados más sobresalientes, en relación al objetivo principal de nuestro trabajo, es que se han encontrado perfiles de riesgo bien diferenciados para cada una de las categorías diagnósticas. En general, el efecto de los estresores familiares resultó más evidente en los trastornos de conducta, los problemas médicos en los depresivos, en tanto que los factores tempranos se asociaron diferencialmente con cada categoría: las complicaciones durante el embarazo con los trastornos depresivos, los problemas relativos al parto con los de ansiedad, fumar durante el embarazo y los problemas de comportamiento en la primera infancia con los conductuales, y el retraso en las pautas de desarrollo con los de eliminación. Este patrón se observó con ligeras variaciones tanto en el análisis univariado como en el multivariado, con la particularidad de que el conjunto de factores seleccionado en este último análisis resultó claramente distintivo de cada grupo de trastornos.

Los resultados relativos a la influencia del sexo, la edad y el estado familiar sobre los trastornos son consistentes con los datos de otros estudios epidemiológicos. Comparados con las otras categorías diagnósticas, ser varón y tener menos edad parecen buenos predictores de los trastornos de eliminación (Moilanen y Rantakallio, 1988; Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria, 1996), mientras que el aumento de la edad contribuye a predecir los trastornos depresivos

(Bird et al., 1988; Cohen, Cohen, Kasen et al., 1993). En consonancia con otros estudios (Costello et al., 1988; Velez et al., 1989), la configuración familiar (padres solos o separados con una nueva pareja) se encontró asociada con los trastornos conductuales en el análisis de regresión simple, pero no resultó seleccionada en el análisis multivariado, indicando que su contribución al modelo era menos relevante que otros factores. Contrariamente a lo esperado, no se ha encontrado ninguna asociación significativa entre el nivel económico, grado de educación y situación laboral de los padres y las categorías diagnósticas. Esta ausencia de asociación no parece debida únicamente a los posibles sesgos de remisión, inherentes a los estudios clínicos, sino más bien a los grupos de contraste utilizados en este trabajo, sujetos con trastornos psicopatológicos, lo que puede haber oscurecido la capacidad predictiva de dichas variables. Como hace notar Anderson (1994), los datos epidemiológicos sugieren que el bajo nivel socioeconómico y otras condiciones sociales adversas discriminan bien entre sujetos con y sin psicopatología, pero las diferencias tienden a desaparecer cuando se comparan sujetos con distintos tipos de trastornos. No obstante, interesa resaltar que en el análisis univariado, y según el informe de los padres, las dificultades económicas se asociaron a los trastornos de conducta, aunque dicha asociación no se mantuvo en el multivariado.

Nuestro objetivo a la hora de investigar el efecto de los estresores familiares sobre la psicopatología infantil no era tanto verificar los resultados obtenidos por otros investigadores (ej., Costello et al., 1988; Velez et al., 1989) sobre el efecto acumulativo de los sucesos estresantes (número de estresores), sino más bien llegar a determinar si existían relaciones específicas entre los eventos evaluados y los trastornos. En este sentido nuestro objetivo se ha cumplido, ya que el

análisis individualizado de cada estresor nos ha permitido detectar un patrón diferente para cada grupo de trastornos.

Teniendo en cuenta las variables seleccionadas en el análisis multivariado, y según el informe infantil, la preocupación del niño por la muerte de un ser querido, el maltrato físico y un contexto familiar donde abundan las discusiones son los sucesos que mejor predicen los trastornos conductuales. De estas tres condiciones, destaca el maltrato físico, que multiplica casi por siete el riesgo de este tipo de trastornos. En contraste, el miedo a ser maltratado (según los niños) y la preocupación excesiva del niño por su familia (según los padres) se asocia con los trastornos de ansiedad. Este último suceso, junto con la presencia de problemas de alcoholismo, también contribuye a predecir los trastornos depresivos, aunque el riesgo es considerablemente mayor para estos últimos trastornos que para los de ansiedad (OR= 4,7 versus 1,7, respectivamente). La relación entre el abuso físico y diversos problemas de conducta se encuentra bien documentada (Livingston, 1987; Kaufman y Cicchetti, 1989; Kopp y McIntosh, 1997), aunque también parece probado que los efectos negativos del maltrato cubren un espectro psicopatológico más amplio que incluye la depresión mayor (Kashani et al., 1987), el aislamiento y una pobre relación con los compañeros (Kopp y McIntosh, 1997), así como un mayor índice de suicidios en la adolescencia (Green, 1997) y una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la vida adulta (Brown y Harris, 1993; Stein et al., 1996).

La contribución de los estresores familiares para predecir los trastornos de eliminación fue muy limitada. Sólo dos variables resultaron asociadas con estos problemas: estar excesivamente preocupado por la muerte de un ser querido y el número de personas que conviven en el hogar, indicando, en el primer caso, que ante la muerte de un ser querido

existe menos probabilidad de que el niño desarrolle un trastorno de eliminación que cualquier otro trastorno, y, en el segundo, que el riesgo de los problemas de eliminación tiende a elevarse a medida que aumenta el número de personas que conviven en el hogar, aunque en este caso el nivel de significación estadística de la «odds ratio» no alcanzó un valor aceptable. Otros estudios epidemiológicos han señalado que la acumulación de sucesos estresantes y, en especial, la separación o divorcio de los padres en los primeros años de vida ocurren con mayor frecuencia entre los niños enuréticos (Douglas, 1973; Järvelin, Moilanen, Vikeväinen-Tervonen y Huttunen, 1990) o encopreticos (Bellman, 1966) que entre los normales. En contraposición, nuestros datos sugieren que el posible efecto de esta variable se desvanece cuando los grupos de comparación están formados por niños con otros trastornos psicopatológicos. Por otro lado, cabe mencionar que, con excepción de unas pocas variables (sexo, edad y retraso en el desarrollo), ninguno de los factores explorados en este estudio mostró un efecto discriminativo sobre los trastornos de eliminación, lo que sugiere que otros factores de tipo fisiológico o de aprendizaje, no contemplados aquí, juegan un papel más relevante en la génesis de estos problemas (Bragado, 1994; 1998).

Nuestros datos sustentan la utilidad de los factores tempranos para discriminar entre los cuatro tipos de trastornos. El retraso en las pautas de desarrollo y, especialmente, el retraso para adquirir el control de la defecación y de la micción diurna dentro del rango de edad normativo, ha resultado el mejor predictor de los trastornos de eliminación, multiplicando casi por nueve el riesgo de padecer estos problemas en el futuro. Similarmente, la presencia de los problemas de comportamiento en los primeros años de vida contribuye de forma importante a predecir los trastornos de conducta; de hecho, la «odds ratio» alcanzó el segundo valor

más elevado, después del abuso físico. Los problemas ocurridos durante el parto ayudan a predecir los trastornos de ansiedad y las complicaciones durante el embarazo los depresivos. En líneas generales, estos resultados son consistentes con los de estudios longitudinales previos. La relación observada entre los problemas sucedidos durante el parto y los trastornos de ansiedad puede considerarse como una confirmación parcial de los hallazgos de Cohen et al. (1989). Estos autores encontraron que el cómputo total de los problemas habidos durante el embarazo y el parto incrementaban el riesgo de ansiedad excesiva. Nuestros datos confirman que las complicaciones en el parto contribuyen a explicar los trastornos de ansiedad, pero los problemas del embarazo tienden a asociarse con los depresivos.

Respecto a la variable de problemas de comportamiento, los datos coinciden al señalar que aproximadamente la mitad de los niños que tienen problemas de tipo externalizante en edad preescolar continúa mostrando cierto grado de perturbación en la etapa escolar, y que un porcentaje muy elevado de estos niños (alrededor del 67%) reúne los criterios diagnósticos para algún trastorno de conducta (déficit de atención con hiperactividad, negativismo y conducta disocial), a la edad de nueve años (Webster-Stratton, 1996). También se ha demostrado que los niños de jardín de infancia que presentan problemas de atención, agresividad y un déficit de conductas prosociales tienen una mayor probabilidad de fracasar en el colegio (Gagnon, Craig, Tremblay, Zhou y Vitaro, 1995). Por otro lado, se ha indicado que los niños con patrones atípicos de comportamiento, un temperamento difícil o que exhiben conductas de desafío son más vulnerables al maltrato físico, lo que suele atribuirse a que los padres carecen de recursos para manejar estas situaciones y a que tienen expectativas erróneas acerca de los avances evolutivos de sus hijos (ver Sostek

y Magrab, 1992; Kopp y McIntosh, 1997); estas deficiencias parecen acentuarse en los padres más jóvenes (Osofsky, 1997).

En nuestro estudio, todas las condiciones anteriores: juventud del padre, abuso físico, fracaso escolar y problemas tempranos de comportamiento acaban convergiendo en el perfil de riesgo que caracteriza a los trastornos conductuales. Este agrupamiento de factores sugiere que una intervención temprana con los padres podría interrumpir una cadena de acontecimientos nefastos para un adecuado ajuste psicológico del niño. Cabe esperar que un plan de intervención, centrado en enseñar a los padres más jóvenes cómo abordar el proceso educativo de sus hijos y cómo manejar los excesos conductuales, permita disminuir el riesgo de maltrato y frene la evolución de los problemas de comportamiento hacia patologías más graves. Esta recomendación puede extenderse a los padres del grupo con trastornos de eliminación, que, según el análisis univariado, también resultaron más jóvenes que los controles. Un entrenamiento defectuoso en el uso del baño puede retrasar el aprendizaje del control voluntario de los esfínteres, de modo que una oportuna educación parental acerca de cómo entrenar a los niños en los hábitos de eliminación podría prevenir en parte el desarrollo de estos trastornos.

La capacidad predictiva de la psicopatología parental únicamente resultó evidente en los trastornos depresivos, donde se observó una ligera elevación del riesgo en relación al estado psicopatológico de las madres, pero no de los padres. Estos resultados son similares a los obtenidos por Bird y colegas (1989), quienes hallaron que la historia de problemas psiquiátricos en la madre se asociaba exclusivamente con depresión, pero no con otros trastornos (negativismo, déficit de atención, ansiedad de separación y enuresis funcional).

Nuestros resultados sugieren que los datos relativos a la historia médica poseen

cierta utilidad para diferenciar los trastornos emocionales, y en particular, los trastornos depresivos de los conductuales y los de eliminación. Concretamente, y en consonancia con otros estudios (Lewinsohn et al., 1994; Reinherz et al., 1989), la presencia de enfermedades recurrentes es capaz de predecir los trastornos depresivos, mientras que la variable de hándicaps físicos, aunque también fue incluida en el modelo, indicando un incremento sustancial del riesgo, no alcanzó un nivel de significación aceptable. En contraposición, la ingesta de medicación diaria resultó significativamente asociada con los trastornos de ansiedad en el análisis univariado, y próxima a la significación estadística en el multivariado.

Finalmente, este estudio tiene una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar sus resultados. En primer lugar, nuestros datos se basan en una muestra clínica, restringida a los sujetos remitidos a dos centros públicos de salud mental en régimen ambulatorio, por lo que, a priori, no son generalizables a la población general de niños con los mismos trastornos psicopatológicos. Pese a que la prevalencia global de trastornos informada en los estudios comunitarios es muy elevada, apenas un 20% de los casos identificados en ellos recurren a los servicios profesionales en demanda de ayuda cualificada (Anderson, et al., 1987), lo que sugiere que existen rasgos característicos de este tipo de población. Dos factores parecen predecir la utilización de los servicios, el tipo de trastorno y la comorbilidad (Bird, 1996). No obstante, cabe des-

tañar que los diagnósticos realizados a nuestros sujetos reflejan un perfil psicopatológico muy semejante al descrito en otros estudios epidemiológicos efectuados con rangos de edad similares (ej., Costello et al., 1988; Bird et al., 1988). A pesar de estas limitaciones, el mismo hecho de haber trabajado con población clínica aporta ciertas ventajas. En principio, se evita el sesgo muestral que se produce al comparar un grupo de casos clínicos con un grupo de controles no clínicos (Hulley y Cummings, 1993). Otra ventaja es que permite aislar factores específicamente asociados a cada categoría diagnóstica, ya que los niños que padecen un determinado trastorno son comparados con controles que también presentan trastornos psicopatológicos, con lo que se potencia la capacidad de discriminación de los factores investigados, puesto que existe una mayor exigencia para lograr diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

#### Agradecimientos

Esta investigación ha sido subvencionada por la Universidad Complutense de Madrid (PR 180/91-3451) y la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT, PB92-0210).

Deseamos expresar nuestro más profundo agradecimiento al personal sanitario de los Servicios de Salud Mental de Salamanca-Chamartín y de Tetuan de la Comunidad Autónoma de Madrid por su colaboración, sin la cual este Proyecto no se hubiera podido realizar. Así mismo agradecemos a la Dra. Doña María Dolores Avia la lectura del manuscrito y sus sugerencias y comentarios.

#### Referencias

- Aláez, M., Arias, R. y Rodríguez, C. (1998). Características de la población infanto-juvenil que demanda asistencia psicológica en un centro de salud comunitario (CIS de Hortaleza) I: Los padres como informantes. *Clínica y Salud*, 9 (3), 563-596
- 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.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Prevalence in a Large Sample From the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Aragón, N., Bragado, C. y Carrasco, I. (1997). Alcoholismo parental y psicopatología infantil. Una revisión. *Adicciones*, 9, 255-277.
- Bellman, M. (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 170 (Sup.), 1-151.
- 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 Moscoto, M. (1988). Childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1.120-1.126.
- Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B. y Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850.
- Boulet, J. y Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 433-437.
- Bragado, C. (1994). *Enuresis infantil: Un problema con solución*. Madrid: Eudema.
- Bragado, C. (1998). *Encopresis*. Madrid: Pirámide.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., Bersabé, R. M., Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23, 143-154.
- 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., Cohen, J., Kasen, E., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. y Streuning, E. L. (1993). An Epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-I. Age and gender specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 849-865.
- 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.
- 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.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (1997). Ecology of depression in Spanish children. *European Psychologist*, 2, 18-27.
- De la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1996a). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 359-368.
- De la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1996b). Validez convergente y discriminante de la Entrevista Diagnóstica Estructurada DICA-R. *Clínica y Salud*, 7, 181-194.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introduction report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Derogatis, L. R. y Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual-I*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometric Research Unit.
- Douglas, J. W. B. (1973). Early disturbing events and later enuresis. In I. Kolvin, R. C. Mac Keith y S. R. Meadow (Eds.), *Bladder control and enuresis* (pp. 109-117). London: Heinemann.
- Downey, G. y Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- 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.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lynskey, M. T. (1995). Maternal depressive symptoms and

depressive symptoms in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1.161-1.178.

Fitzmaurice, G. M., Laird, N. M., Zahner, G. E. P. y Daskalakis, C. (1995). Bivariate logistic regression analysis of childhood psychopathology. Ratings using multiple informants. *American Journal of Epidemiology*, 142, 1.194-1.203.

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.

Green, A. H. (1997). The impact of physical, sexual, and emotional abuse. In J. D. Noshpitz, P. F. Kernberg y J. R. Bemporad (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry* (volume 2, pp. 202-212). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Hulley, S.B. y Cummings, S.R. (1993). *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Barcelona: Doyma, S.L. (Orig. 1984).

Järvelin, M. R., Moilanen, I., Vikeväinen-Tervonen, L. y Huttunen, N. P. (1990). Life changes and protective capacities in enuretic and non-enuretic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 763-774.

Kasen, S., Cohen, P., Brook, J. S. y 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., Beck, N. C. y Burk, J. P. (1987). Predictors of psychopathology in children of patients with major affective disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 287-290.

Kaufman, J. y Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school-age children's socioemotional development: Assessments in a day-camp setting. *Developmental Psychology*, 25, 516-524.

Kopp, C. B. y McIntosh, J. M. (1997). High-risk environments and young children. In J.D. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder y J. Osofsky (Eds.), *Handbook of child and adolescent Psychiatry* (volume 1, pp. 160-176). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. y Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1.070-1.076.

Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. y Andrews, J. A. (1993). Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and incidence of

depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.

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.

Livingston, R. (1987). Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 413-415.

McDermott, P. A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 53-66.

Moilanen, I y Rantakallio, P. (1988). The single parent family and the child's mental health. *Social Science and Medicine*, 27, 181-186.

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.

Offord, D. R., Boyle, M. H., Racine, Y, Szatmari, P., Fleming, J. E., Sanford, M. y Lipman, E. L. (1996). Integrating Assessment data from multiple informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1.078-1.085.

Osofsky, J. D. (1997). Psychosocial risks for adolescents parents and Infants: Clinical implications. In J.D. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder y J. Osofsky (Eds.), *Handbook of child and adolescent Psychiatry* (volume 1, pp. 191-202). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Peterson, B. S., Zhang, H., Santa Lucia, R., King, R. A. y Lewis, M. (1996). Risk factors for presenting problems in child psychiatry emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1.162-1.173.

Piersma, H. L., Boes, J. L. y Reaume, W. M. (1994). Unidimensionality of the Brief Symptom Inventory (BSI) in adult and adolescent inpatients. *Journal of personality Assessment*, 63, 338-344.

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.

Reinherz, H. Z., Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost, A. K., Moeykens, B. A. y Holmes,

W. M. (1989). The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 942-947.

Roseby, V. y Wallerstein, J. (1997). Impact of divorce on school-age children: Assessment and Intervention Strategies. In J. D. Noshpitz, S., P. F. Kernberg y J. R. Bemporad (Eds.), *Handbook of child and adolescent Psychiatry* (volume 2, pp. 181-201). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría (1996). *Estudio epidemiológico de la enuresis en pediatría extrahospitalaria*. Barcelona: Pharma Consult Services, S.A.

Sostek, A. M. y Magrab, P. R. (1992). Clinical problems of birth, the neonate, and infant. In C. E. Walker y M. C. Roberts (Eds.), *Handbook*

*of clinical child psychology* (pp. 199-214). New York: Wiley and Sons, Inc.

Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hacen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G. y Forde, D. R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.

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

Webster-Stratton, C. (1996). Early-Onset conduct problems: Does gender make difference?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 540-551.

*Aceptado el 20 de abril de 1999*