

Estudio descriptivo de una muestra escolar (no mórbida) en los estadios clásicos para llegar a cotas de prevalencia en Psicopatología

Carlos Gimeno Gurpegui * / Emilio Garrido Landívar **

1. Introducción

La Psicopatología infantil ha vivido un crecimiento espectacular en los últimos años y se considera que tiene un porvenir aún más brillante. Las familias están cada vez más sensibilizadas con los problemas de conducta de los niños –el fracaso escolar, las discapacidades, la anorexia, el autismo, etc.– y los profesionales, concientes de la demanda de la sociedad, desean y piden información y formación en este área. (Sacristán 2000).

La Psicopatología infantil y juvenil es una de las especialidades que hoy en día despiertan más interés en el mundo sanitario, educativo y social en general. La actualidad de los problemas psicopatológicos infantiles, tanto en el marco de las familia (maltratos, peleas con los padres, celos entre hermanos, adicción a las pantallas, etc.) como fuera de él (fracaso escolar, tribus urbanas, delincuencia, drogadicción, etc.), hace que la moderna psicopatología infantil se interese básicamente por los trastornos de conducta de este colectivo infanto-juvenil, tanto para mejorar la calidad de las relaciones entre padres e hijos como para controlar las dinámicas que surgen

* Psicólogo Escolar. Orientador. Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. CREENA Zona Tudela.

** Catedrático del Área: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

entre los cónyuges y evitar sus repercusiones dentro de la dinámica familiar (separaciones, divorcios, hogares monoparentales).

Asimismo, un gran porcentaje de los problemas de Salud Mental se deben a enfermedades y traumatismos en la infancia, que se hubieran podido prevenir si se aplicaran de forma más amplia y rigurosa medidas como la inmunización y una mayor atención prenatal, perinatal y control de desarrollo hasta los catorce años. Los riesgos psicosociales van en aumento para esta población infantil. En los países en desarrollo no es tan satisfactoria la situación como parece. Los riesgos de trastorno mental van evolucionando en mayor número, ante la prevalencia de ciertos factores sociales como los resultantes de los trabajos del padre y de la madre, sin que el niño/a pueda disponer de una atención sustitutiva adecuada. La fragmentación de la familia, la alienación en un medio urbano impersonal, los accidentes, las intoxicaciones graves, contribuyen a las lesiones encefálicas con las siguientes secuelas (Garrido, 1998).

El hecho de que en el momento actual las redes de Salud Mental se hayan ido sobreesaturando, se multiplican las demandas, la sociedad se vuelve cada vez menos estoica, menos fuerte y ecuánime ante las desgracias, más demandante, el mundo plantea cada vez más presiones que conocemos menos y para las que estamos menos preparados y tenemos un menor conocimiento acerca del impacto de nuestro comportamiento en nuestra salud y en la de los que nos rodean (Cáceres 2003). Esto ha generado modificaciones en las ofertas habituales y previstas por parte de las administraciones.

Otra área de interés se relaciona con los agentes de salud que tienen que remitir al niño a los servicios de salud mental. Varios estudios indican la necesidad de un sistema comprensivo que debería incluir diferentes profesionales, destacando el importante papel que juegan las escuelas y los pediatras o médicos de cabecera haciendo de puente entre la necesidad de servicios de salud mental y la utilización del servicio (Ambruster Gerstein & Fallon, 1997; Barrer & Adelman, 1994; Buckner & Bassuk, 1997; Godfrey 1995). Estos estudios llaman para sensibilizar y educar a los padres y así mejorar la detección de problemas y por lo tanto incrementar la probabilidad de los padres solicitando ayuda bajo circunstancias específicas (Logan & King, 2001; Pavuluri, Luk & McGee, 1996).

Hasta hace poco, se pretendía que la mayoría de las derivaciones a Salud Mental fueran hechas por Atención Primaria. No obstante, los médicos de familia, ante la presión de la demanda, y ante la convicción de estar manejando un área en la que se encuentran menos preparados, aumentaron el número de sus derivaciones.

La saturación de estos servicios generó una propuesta legal y se propusieron en el decreto regulador del BON 98/2003 que los casos que se consideran “menos graves” sean atendidos en Atención Primaria por profesionales de Atención Primaria y que los profesionales de Salud Mental centren su atención en sus casos más graves.

Esta misma tendencia está siendo seguida en el protocolo habitual de atención de los médicos pediatras dado su conocimiento de la saturación de los servicios de Salud Mental y/o además, también por parte de los padres y madres de los niños-

alumnos, lo cual ha generado y producido un aumento de las demandas a los orientadores y orientadoras de los colegios públicos y concertados de Educación Primaria y los centros de Educación Secundaria tanto de la red pública como concertada.

El hecho de que según el Decreto Foral 153/1999 –próximamente sustituido por una nueva normativa en preparación por la Unidad Técnica de Orientación del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra, que regulará estas funciones con las modificaciones correspondientes– que regula la Orientación Educativa en la Comunidad Foral de Navarra, y que según este, el psicólogo/a, pedagogo/a o psicopedagogo/a asume funciones tales como: realizar la evaluación psicopedagógica; diseñar, desarrollar y evaluar la respuesta educativa a las necesidades educativas especiales (asociada a discapacidad o a condiciones socioeconómicas desfavorecidas); entrevistar y orientar a los alumnos en aquellos casos que exijan la intervención especializada de un profesional de la psicopedagogía; asesorar a las familias y colaborar con otros servicios educativos, sanitarios y sociales; hace que se necesiten conocer muchos más aspectos y ámbitos de la psicopatología en el medio escolar para una adecuada intervención y coordinación entre todos los profesionales que incidan en este ámbito, para asumir la tendencia de la prevalencia y poder prevenir, en la mayor medida posible, los posibles trastornos.

El objetivo de la psicopatología es común y parte integrativa de la Psicología Evolutiva: estudia en relación al momento evolutivo que se desea, aquellas manifestaciones psicopatológicas que inciden en el desarrollo homeostático del niño con el fin de intervenir precozmente y de esta manera optimizar al máximo el desarrollo deficitario en el caso de que no pueda ser prevenido. (Garrido, 1998).

2. Material y método

De cara a conseguir los objetivos propuestos se diseñó un estudio epidemiológico de corte transversal, donde las fuentes de información fueron los padres, los profesores y los niños. La investigación se realizó en once Colegios Públicos pertenecientes al Departamento de Educación y Cultura del Gobierno de Navarra pertenecientes a la zona de orientación del distrito de Tierra Estella. Concretamente el C.P. “Alfonso X el Sabio” de San Adrián, C.P. “Virgen de la Cerca” de Andosilla, C.P. “Ángel Martínez Baigorri” de Lodosa, C.P. “Remontival” de Estella, C.P. “Ricardo Campano” de Viana, C.P. “Virgen de Nievas” de Sesma, C.P. “San Veremundo” de Villatuerta, C.P. “Murieta” de Murrieta, C.P. “San Fausto” de Ancín, C.P. “Zudaire” de Améscoa Baja-Zudaire, C.P. “Santa María” de Los Arcos.

La muestra estaba compuesta por 731 niños que cursaban el modelo lingüístico G (toda la educación en castellano) y A (educación en castellano con Lengua Vasca y Literatura como asignatura) siendo su distribución por sexos de 384 varones (52,53%) y mujeres (47,46%). La edad de los niños oscilaba entre los 7 y los 13 años. La media de edad de 10 años.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron la edad, y el sexo. Desde el punto de vista clínico se evaluaron los Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia que presenta la DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Teniendo en cuenta, que el hecho de que la DSM-IV-TR presente una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o adolescencia, se expone como una cuestión de conveniencia, y que no pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos “infantiles” y “adultos”.

Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Además varios trastornos incluidos suelen tener su inicio durante la infancia o la adolescencia (DSM-IV-TR. 2001). Los trastornos citados son:

Retraso Mental (leve, moderado, grave, profundo, de gravedad no especificada), Trastornos del Aprendizaje (de la lectura, del cálculo, de la expresión escrita, del aprendizaje no especificado), Trastorno de las Habilidades Motoras (del desarrollo de la coordinación), Trastornos de la Comunicación (del lenguaje expresivo, mixto del lenguaje receptivo-expresivo, fonológico, tartamudeo, de la comunicación no especificado), Trastornos Generalizados del Desarrollo (autista, de Rett, desintegrativo infantil, de Asperger, generalizado del desarrollo no especificado), Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo, por déficit de atención con hiperactividad no especificado, disocial de inicio infantil, de inicio adolescente, de inicio no especificado, negativista desafiante, de comportamiento perturbador no especificado), Trastorno de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la Niñez (Pica, de rumiación, de la ingestión, de la infancia o la niñez), Trastornos de Tics (de la Tourette, de tics motores o vocales crónicos, de tics transitorios, de tics no especificados), Trastornos de la Eliminación (Encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento, enuresis no debida a enfermedad médica), Otros Trastornos de la Infancia la Niñez o la Adolescencia (de ansiedad por separación, mutismo selectivo, reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez tipo inhibido y reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez tipo desinhibido, de movimientos estereotipados, de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado).

El estudio de la muestra se ha realizado en tres niveles. Uno a nivel de alumnos, otro a nivel de profesores tutores y otro a padres. A las tres grupos de población se les administró un cuestionario anónimo, que al margen de otras preguntas tenían los tres una tabla donde se reflejaban lo Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia que presenta la DSM-IV-TR como aspecto principal del mismo.

En el cuestionario de padres y madres y profesores/as la tabla construida que hacía referencia a estos trastornos eran similares. La tabla de base del cuestionario infantil estaba adaptada al nivel de comprensión escrita de los niños explicitando los

síntomas de cada trastorno para que el escolar los pudiera identificar y reconocer en sí mismo y no indicando la “etiqueta diagnóstica”.

Se efectuó la exploración de los niños mediante un cuestionario anónimo a los niños de tercero, cuarto, quinto y sexto de educación primaria de los colegios públicos citados. En él se les pedía indicasen la edad y el sexo y el nivel escolar o curso al que pertenecían dentro del colegio. No se administró a los niños-alumnos de los niveles 1º y 2º de primaria dadas las características del cuestionario y sus exigencias lectoras. Es evidente que tenían que leer el cuestionario y el ciclo inicial, respecto a las destrezas instrumentales básicas escolares (leer, escribir, calcular), se caracteriza por el inicio en su adquisición y su aplicación al conocimiento cultural pero no en su afianzamiento o consolidación, más propia de ciclos educativos posteriores.

Asimismo, en este cuestionario no se indicó si padecía un Trastorno General del Desarrollo puesto que este tipo de alumnos no podrían rellenar el cuestionario por razones obvias derivadas de su propio trastorno y sintomatología del mismo.

El objetivo de este cuestionario era evaluar los aspectos metacognitivos en referencia a si los alumnos realizaban y relacionaban el reconocimiento de los síntomas y dificultades que manifiestan los trastornos del comportamiento, en ellos mismos. Debían contestar marcando con una cruz en los diferentes apartados, de la tabla base, común de los cuestionarios de niños, padres y madres y profesores/as, que hacían referencia a los trastornos citados. No obstante, para ellos –los alumnos– se realizó una adaptación en cuanto a la exposición escrita de los mismos. No se citó el nombre científico del trastorno –“etiqueta diagnóstica”– sino que por contra se describieron los síntomas de estos trastornos, persiguiendo el objeto de la mayor y mejor comprensión por parte de los alumnos y alumnas independientemente de las diferentes edades y los diferentes niveles de comprensión escrita. Se les administró también la pregunta en el cuestionario, referente a si creerían que si les ayudaba con estas dificultades mejorarían o no.

En el caso de que estimaran esto de forma afirmativa se les instaba a que citaran que tipo de instituciones o profesionales escogían o preferían para su mejora. Se les ofrecían varias opciones, a saber: Colegio Público-Orientador, en el Hospital (dado que se estimaba muchos no reconocerían el referente de Salud Mental y se optó por esta denominación más cercana a sus conocimientos), un servicio privado de psicólogo o un servicio privado de psiquiatría.

El cuestionario para niños fue aplicado por parte de profesionales de la educación especializados conocidos por ellos (profesores/as tutores/as o por parte de los orientadores/as de los centros), en su contexto espacial habitual y conglomerado constituido por cada aula dentro del centro escolar.

Se administró otro cuestionario a los padres y madres de los niños a los que se les administró el cuestionario, es decir a los padres de alumnos de tercero, cuarto, quinto y sexto de educación primaria, pero también se amplió esta muestra a los padres y madres de los niños que no habían respondido el cuestionario de los niveles de primero, segundo de educación primaria.

El cuestionario de los padres elaborado contenía varias cuestiones:

Se les preguntaba el número de hijos que tienen, la edad y el sexo de los mismos. Se les preguntaba si estaban separados o no, si vivían con otra pareja que no fuese la madre o el padre biológico de su hijo/a, si convivía con otros niños/as que no fuesen los propios hijos biológicos y si creían que alguno de sus hijos manifestaba algún problema de comportamiento.

Asimismo se presentaba la tabla que contenía los Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia que presenta la DSM-IV-TR para que indicase en sus apartados cuales de ellos presentaban sus hijos, todo ello si habían contestado afirmativamente a la cuestión inmediatamente anterior (si creían que alguno de sus hijos manifestaba algún problema de comportamiento).

Fue necesario obviar en este cuestionario el apartado correspondiente al Trastorno de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la Niñez (Pica, de rumiación, de la ingestión, de la infancia o la niñez) dado que varios centros evaluaron la autorización para la administración del cuestionario a sus Consejos Escolares y aportaron observaciones y opiniones no favorables sobre la idoneidad de pronunciarse ante este trastorno, esgrimiendo fundamentos de confidencialidad y atribuyendo a nuestro juicio cierta alarma social al trastorno. Ante las dificultades, el apremio en la recogida de datos y la posibilidad de salvaguardar la recogida de la información restante, optamos por eliminarlo y ahondar posteriormente en la obtención de estos datos.

Posteriormente se presentaba otra cuestión, referida a si deseaban una intervención para mejorar la evolución de su hijo o hija si es que habían indicado anteriormente que padecían algún tipo de trastorno.

De contestar afirmativamente se les ofrecía las mismas opciones que en el cuestionario de sus hijos. Se les ofrecían varias opciones, a saber: Colegio Público-Orientador, en el Servicio de Salud Mental (sustituyendo al referente Hospital que figuraba en el cuestionario infantil), un servicio privado de psicólogo o un servicio privado de psiquiatría.

Por último se les preguntaba si su hijo o hija estaba actualmente o había estado anteriormente en tratamiento.

Finalmente se diseñó otro cuestionario para los profesores/as tutores/as de los alumnos encuestados y de otros profesores de niños no encuestados (los/las profesores/as tutores/as de los alumnos/as de los cursos primero y segundo de todos los citados centros en los que se llevó a cabo la investigación). El citado cuestionario recogía otras cuestiones de interés más específicas para estos/as profesionales.

En primer lugar se les preguntaba de que nivel era tutor/a. Posteriormente los años de experiencia docente que poseían y a continuación el número de estos años en que había desarrollado las funciones contempladas para los profesores tutores.

Posteriormente se presentaba la tabla que contenía los Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia que presenta la DSM-IV-TR –al igual que en el cuestionario de padres se obvia al Trastorno de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la Niñez (pica, de rumiación, de la ingestión, de la infancia o la niñez) por idénticos motivos– para que indicase en sus apartados, teniendo en

cuenta los alumnos de su grupo-aula, que trastornos del comportamiento observaba con mayor frecuencia. En otro apartado el número de alumnos que lo manifestaban y si recibían o no intervención de algún tipo en este momento.

Por último se les preguntaba cuáles de esos trastornos de conducta expuestos merecían ser rehabilitados a su juicio.

El análisis estadístico de los datos, se realizó con el programa “SPSS” versión 11.5 para Windows.

Puesto que para el presente artículo ha sido muy costosa la recuperación de una muestra tan alta –dado que la aportación de los datos facilitados ha sido realizada de forma progresiva y ha sido necesaria cerrarla de forma transitoria para esta exposición– nos hemos servido con estadísticos básicos, para hacer una introducción empírica de suficiente calado. Ya en trabajos posteriores ahondaremos en estadísticos de correlación necesarios que debemos aportar pertinentemente con la completación de datos.

Por tanto los objetivos perseguidos por la investigación fueron la evaluación de prevalencia psicopatológica infantil a través de tres fuentes de información: padres, profesores y alumnos. Analizando la importancia de las variables edad y sexo.

Otro aspecto importante era el de aportar información a la cuestión, relativa a valorar en relación a si los índices de prevalencia obtenidos corresponden a los recogidos en estudios válidos actuales y la Psicología Evolutiva lo corrobora o por el contrario la sociedad y sus cambios (estilos de vida, estilos parentales, acceso mayoritario al trabajo, otras circunstancias etc.) han incrementado negativamente los índices citados.

Se pretendía también determinar en una muestra escolar si se da más frecuencia de patologías hoy que antes, si avanza la morbilidad o por el contrario permanece relativamente estable. Conociendo los resultados obtenidos por la muestra de población escogida, considerada esta como no mórbida, intentar con la información encontrar modos sobre como prevenir los aspectos más psicopatológicos observados más cercanos a la misma. Y además, que teniendo como referencia los resultados e índices de prevalencia de los “Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia” y los resultados que se obtengan en la muestra, determinar si las posibles diferencias en la frecuencia de los trastornos en cuanto al aumento de los mismos, son fruto de cambios reales o son fruto de consecuencias y diferencias conceptuales y metodológicas (evaluación adecuada, contraste de pruebas suficiente, número de situaciones evaluadas o la naturaleza de estas, los instrumentos de evaluación, etc.).

3. Resultados

En nuestro trabajo hemos obtenido cifras de prevalencia independientes para las distintas fuentes de información.

En el muestreo inicial se seleccionaron los once centros citados pertenecientes, en relación al cuerpo de profesores de Enseñanza Secundaria especialistas en psicología y pedagogía, al Distrito de Estella.

La proporción de participación de profesores y alumnos fue del 100%, la muestra de los padres ha sido de carácter más aleatorio puesto que no todos ellos contestaron al cuestionario y no fue controlado el número de cuestionario que entregaron y cuales no. El número de participantes en niños fue de 731 entre 7 y 13 años. Un 0,2% de 7 años, 17% de 8, 26% de 9, 24% de 10, 20% de 11, 12% de 9 y un 1% de 13 años. La media de edad fue de 10 años. Siendo su distribución por sexos de 384 varones (52,53%) y 347 mujeres (47,46%). En el momento del estudio los participantes residían en los municipios citados.

En cuanto a la manifestación e índices de prevalencia de los distintos trastornos evaluados, hemos obtenido cifras de prevalencia independientes para las distintas fuentes de información. Tabla 1.

Tabla 1

	<i>RM%</i>	<i>TAp%</i>	<i>ThMt%</i>	<i>Tco%</i>	<i>TGD</i>	<i>TDAH%</i>	<i>Alim.%</i>	<i>Tics%</i>	<i>Elimin.%</i>	<i>Otros%</i>
<i>Padres</i>	0,4	6,0	0,9	2,1	0,3	3,6		0,4	1,9	0,9
<i>Profesores</i>	21,5	58,5	12,3	40,0	3,0	41,5		1,5	18,4	9,2
<i>Niños</i>	15,3	24,3	0,8	9,8		32,6	12,8	12,1	2,5	21,6

* Leyenda de siglas:

- RM: Retraso Mental (leve, moderado, grave, profundo, de gravedad no especificada).
 TAp: Trastornos del Aprendizaje (de la lectura, del cálculo, de la expresión escrita, del aprendizaje no especificado).
 ThMt: Trastorno de las Habilidades Motoras (del desarrollo de la coordinación).
 Tco: Trastornos de la Comunicación (del lenguaje expresivo, mixto del lenguaje receptivo-expresivo, fonológico, tartamudeo, de la comunicación no especificado).
 TGD: Trastornos Generalizados del Desarrollo (autista, de Rett, desintegrativo infantil, de Asperger, generalizado del desarrollo no especificado).
 TDAH: Trastorno por déficit de atención y Comportamiento Perturbador (por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo, por déficit de atención con hiperactividad no especificado, disocial de inicio infantil, de inicio adolescente, de inicio no especificado, negativista desafiante, de comportamiento perturbador no especificado).
 Alim.: Trastorno de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la Niñez (Pica, de rumiación, de la ingestión, de la infancia o la niñez).
 Tics: Trastornos de Tics (de la Tourette, de tics motores o vocales crónicos, de tics transitorios, de tics no especificados).
 Elimin.: Trastornos de la Eliminación (Encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento, enuresis no debida a enfermedad médica).
 Otros: Otros Trastornos de la Infancia la Niñez o la Adolescencia (de ansiedad por separación, mutismo selectivo, reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez tipo inhibido y reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez tipo desinhibido, de movimientos estereotipados, de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado).

De los resultados expuestos se desprende que los índices más bajos de alteración se han obtenido mediante la evaluación de los padres, posiblemente sea debido al criterio más restrictivo en la definición de caso seguido en la valoración de los mismos (M.V. Rivas Terán, J.L. Vázquez Barquero, 1995).

Se reflejó y recogió en el estudio de la muestra infantil las frecuencias del trastorno asignado y las variables edad y género. Se aportan en la tabla 2 las referentes al Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador por ser los resultados más significativos y discrepantes de toda la investigación en cuanto a contraste entre ambos sexos, no siendo por otra parte muy diferentes ni discrepantes en el resto de los trastornos y por ello no reflejados explícitamente.

Tabla 2
Resultados obtenidos por los alumnos en trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador

<i>Edad</i>	<i>n (varones)</i>	<i>n (mujeres)</i>	<i>TDAH% (varones)</i>	<i>TDAH% (mujeres)</i>
7	50	50	0	0
8	52	47	15	13
9	57	43	22	12
10	46	53	19	17
11	42	48	21	7
12	54	45	22	13
13	88	11	55	0

En referencia y relación a los alumnos que manifestaron o reconocieron algún síntoma de los trastornos descritos citados en general en su cuestionario, a la pregunta que se les hacía sobre si a pesar de tener dificultades consideraban que mejorarían con intervención el 52,2% de ellos contestaron afirmativamente.

En relación al tipo de ayuda que solicitaron estos alumnos y que podían definir en su cuestionario, un 73% indicaron que desearían la ayuda del Orientador/a del colegio, un 11% preferirían los servicios de Salud Mental, un 13% se inclinaban por los servicios de un psicólogo/a privado y un 3% demandaban ayuda de un servicio de psiquiatría privado.

El 25% de los alumnos que manifestaban o identificaban síntomas, sin embargo no se definieron y no contestaron esa pregunta y un 23% no deseaba ni quería intervención a estos problemas.

Al margen de la descripción de la submuestra de alumnos que solicita ayuda o estima que puede mejorar con una determinada intervención, otro dato interesante a aportar es que del 34% de alumnos que manifestaron no tener ningún trastorno o síntoma de los expuestos (n=252), posteriormente y curiosamente un 9% (n=22) de

ellos si solicitaron intervención. A pesar de que no deberían haber contestado en este apartado en la administración del cuestionario.

En relación a la muestra indicada por los alumnos parece también pertinente observar el dato en referencia a una posible comorbilidad. Es decir si los alumnos manifiestan ninguno, uno o más de un síntoma.

El 34% no manifiestan ningún síntoma de trastorno especificado, un 29% especifican uno de ellos, un 16% dos –como si fueran ejes asociados–, un 11% tres, un 5% cuatro y un 2% cinco.

En relación a la muestra de los padres, tanto de los alumnos encuestados y de los pertenecientes a los niveles de primero y segundo curso de educación primaria que no fueron encuestados en este estudio, participaron un total de 855 padres. La media de hijos que tienen es de 2%.

En cuanto al estado civil de los padres de los participantes, el 94% estaban casados y el 5,9% separados. El 2,8% vive con otra pareja que no sea el padre o madre biológica de sus hijos. El 97,1% vive en pareja con el padre o madre biológica de sus hijos. El 2,9% convive en el seno familiar con otros niños que no son los suyos propios biológicos y el 97% convive con sus hijos biológicos.

En referencia a la pregunta de si sus hijos tenían algún problema, el 91,22% de los padres y madres manifestaron que sus hijos no tenían ninguno de ellos. El 8% manifiestan que si tiene problemas su hijo o alguno de ellos. Un 0,7% no contestó.

Respecto a la pregunta de si como padres “desearían una intervención para su hijo” existe un 21,4% de padres que manifiestan que si la desean (curiosamente mucho más alto que el del 8% que manifiesta tener problemas).

En relación a los que solicitan esta ayuda y en referencia al tipo de la misma y que podían definir en su cuestionario, los resultados fueron que un 76% desearían la ayuda de los servicios de orientación del colegio, un 5% demandan los servicios de Salud Mental, un 17% los de un servicio de psicología privado y un 2% los de psiquiatría privada.

Un 6,5% de los padres manifiestan que algunos de sus hijos están o han estado en tratamiento.

En relación a los profesores tutores se obtuvo información de una muestra de los niveles que comprendían del primer curso de educación primaria hasta el sexto curso de la misma. Un 17% son tutores de primero, un 17% de segundo curso, un 15% de tercero, un 17% de cuarto, un 14% de quinto y un 15% de sexto curso de educación primaria.

La media de experiencia docente de todos ellos/as es de 5 años.

4. Discusión de los Resultados

La evaluación de la psicopatología infantil a través de diversas fuentes de información, es aceptado como el método más adecuado para estimar la existencia de alteración.

Esto es así, debido a que el comportamiento en la infancia varía en función del contexto en el que se observa y porque en el niño aparece cierta dificultad para reconocer sus síntomas (M.V. Rivas Terán, J.L. Vázquez Barquero, 1995).

Como hemos especificado los índices más bajos en la investigación de prevalencia se han obtenido de la fuente de información que constituyen los padres.

Las categorías diagnósticas con mayor prevalencia en la población infantil no mórbida descrita consultada, son los de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, que son los que frecuencia más alta obtienen en los niños. Es asimismo el segundo trastorno más especificado por profesores y por padres. Los niños indican además que los Trastornos del Aprendizaje serían los segundos a su criterio, siendo este trastorno en cambio el más frecuente según profesores y padres.

Es destacable asimismo el porcentaje y resultados obtenido en la muestra escolar de alumnos, respecto a los denominados “Otros Trastornos de la Infancia, la Niñez o la Adolescencia”, donde muestran una prevalencia más alta de los mismos en cotraposición o discordancia a la que presentan las otras dos fuentes de información (padres y profesores).

Parece destacable reseñar respecto a la muestra de profesores, que, como se ha mencionado, el trastorno más indicado por estos es el denominado “Trastorno de Aprendizaje” (58,5%), siendo muy significativa la frecuencia de este trastorno y la del “Trastorno Comunicativo” (40%) respecto a la fuente de los niños (34% y 10% respectivamente) y fundamentalmente la de padres (6% y 2% respectivamente), pareciendo razonable relacionar esta circunstancia con el medio y rol profesional que desarrollan estos profesionales (los profesores y profesoras) y la ponderación o sensibilidad que muestran este mismo colectivo respecto a unos trastornos respecto a otros.

Esto se explica observando como muestran este trastorno en primer lugar (“Trastorno de Aprendizaje”), para posteriormente indicar como segundo trastorno el generado por el “Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador”. Parece evidente y se denota de ello, que son los alumnos que generan molestias en las aulas y que por tanto dificultan la instrucción de ellos mismos y del resto grupo-aula los más “identificados” o “cuantificados” en el cuestionario, conjuntamente con los que aprenden con más dificultad. Curiosamente el tercer trastorno más observado por estas personas han sido los Trastornos de la Comunicación, trastornos estos metodológicamente bien evaluados en el medio escolar, que son detectados por los profesores que derivan a los profesionales de las Unidades de Apoyo Educativo para su temprana intervención, y que como con los trastornos anteriores también pueden ser susceptibles de ajustes en la instrucción y programación de aula generalmente para su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Siguiendo esta línea podría adivinarse que otro tipo de trastornos de los que se solicita información parecen mucho más “ajenos” por las diferencias de frecuencia. Posiblemente se manifiesten menos en el contexto escolar o puedan ser menos interfirientes o visibles en la práctica diaria ordinaria de estos agentes educativos y en el centro escolar.

Realizando una comparativa en relación a los trabajos llevados a cabo con muestras comunitarias de diferentes países y autores se podría afirmar que la frecuencia observada en nuestro estudio se podría corresponder con estos en relación a la prevalencia de presencia de los trastornos conducta y otros trastornos de la Infancia y Adolescencia.

Por lo que respecta a la prevalencia de estos trastornos, se perfila con cierta nitidez un patrón evolutivo que indica que, durante la infancia los trastornos de conducta predominan entre los varones, no mostrando una tendencia a disminuir en la edad comprendida en la edad primaria, al igual que en otras muestras comunitarias que colocan este punto de inflexión desde la adolescencia a la etapa adulta, aspecto este que por las características de nuestra muestra no es posible reflejar. En relación a la frecuencia e incidencia que se muestran los datos en “Otros Trastornos de la Infancia la Niñez o la Adolescencia”, se observa en nuestro estudio, al igual que en otros, datos prevalentes en todas las edades, asimismo no podemos comprobar si disminuyen drásticamente en el curso de la adolescencia. Los trastornos de eliminación si tienden a desaparecer.

Respecto al sexo, puede afirmarse que la mayoría de los estudios constatan cierta supremacía de varones como citábamos sobre mujeres en los distintos trastornos de la categoría diagnóstica correspondiente al “Trastorno atención asociado a hiperactividad”, alcanzándose un mayor grado de consistencia a medida que aumenta la edad en muestras de adolescentes, no se observa predominio de las mujeres en los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la Niñez como ocurre en otros estudios.

Estos hallazgos, aunque provisionales, muestran una gran convergencia con otros estudios epidemiológicos llevados a cabo con muestras comunitarias.

El desacuerdo existente entre padres y niños sigue siendo un punto controvertido. Nuestros datos señalan un grado de acuerdo extremadamente bajo entre ambos. Los niños informan de más trastornos de esta índole que los padres, por lo que se les considera los mejores informadores sobre su experiencia privada (Klein, 1991, Ezpeleta et al., 1995). No obstante, el aspecto fundamental estriba en determinar cuál de las dos fuentes proporciona un información más fiable, puesto que, como hacen notar Achenbach, McConaughy y Howell (1987), un nivel de consistencia bajo parece indicar que no se puede prescindir de ninguna de ellas.

No obstante, si coinciden los padres y los niños en mostrar preferencia por los o las orientadoras escolares de sus colegios a la hora de preferir una intervención para sus hijos o para mejorar sus síntomas ellos respectivamente.

5. Conclusiones

1. Existe una proporción considerable de niños en la población escolar que presentan síntomas de alteración psicopatológica que en nuestra muestra, escogiendo el Tras-

torno de Atención Asociado a Hiperactividad por ser el más común en casi todos los estudios, presenta una prevalencia más alta variando el porcentaje en función de la fuente de información. Así encontramos que las cifras más bajas de alteración corresponden a la evaluación de los padres. No así en las valoraciones de profesores y alumnos.

2. No obstante, parece curioso que respecto a la cuestión de si como padres “desearían una intervención para su hijo” existe un 21,4% de padres que manifiestan que la desean; un porcentaje mucho más superior que el de padres que manifestaron que sus hijos tenían problemas que data solo del (8%).
3. Dentro de las variables analizadas en el estudio –edad y sexo– se establece que se puede extraer con bastante fiabilidad que de los trastornos con más prevalencia (TDA H) parecen mostrar cierta asociación con la edad y asimismo con el sexo, predominando en varones. No se han podido observar con los estadísticos mostrados otro tipo de tendencia respecto a otros trastornos que también son prevalentes como Otros trastornos y Trastornos de aprendizaje.
4. Otra cuestión que se puede remarcar es que los profesores se muestran mucho más sensibles a los trastornos que con más frecuencia detectan en su práctica profesional, es decir, los trastornos que más dificultades les plantean a la hora de desarrollar su labor docente, Trastornos de Aprendizaje, Trastornos de la Atención Asociados a Hiperactividad y Trastornos de la Comunicación. Este tipo de trastornos parecen ser más fácilmente susceptibles de ser detectados por los profesores respecto a otros. Podría expresarse que estos trastornos son ponderados como más disfuncionales por los profesores tutores o están más sensibilizados hacia ellos.
5. Tanto los niños como sus padres parecen preferir para la intervención con sus hijos e hijas a los profesionales que ocupan el puesto de orientador u orientadora en los colegios públicos. En segunda instancia pero con una diferencia significativa muestran preferencia por el servicio privado de psicología.

6. Protocolos adjuntos

Cuestionario para padres

1. ¿Cuántos hijos tiene? _____
2. ¿Qué edades tiene o tienen? Indique en el cuadro superior correspondiente la edad y debajo de la edad el sexo, si es hombre (H) o mujer (M).

Edad										
Sexo										

3. ¿Está separado/a? SÍ NO (Rodee lo correcto).
4. ¿Vive usted con otra pareja que no sea el/la padre/madre biológico/a de su/sus hijo/a/s? SÍ NO
5. ¿Convive con otros niños/as que no sean los propios biológicos? SÍ NO (Rodee lo correcto).
6. ¿Cree que su hijo/a tiene algún problema de comportamiento? SÍ NO (Rodee lo correcto).
(De contestar SÍ, indique cuales)

Trastornos del Comportamiento.	SÍ
Retraso Mental (leve, moderado, grave, profundo).	
Trastornos del Aprendizaje (de lectura, del cálculo, de la expresión escrita, no especificado).	
Trastorno de las Habilidades Motoras (del desarrollo de la coordinación).	
Trastornos de la Comunicación (del lenguaje expresivo, mixto del lenguaje receptivo-expresivo, fonológico, tartamudeo, de la comunicación no especificado).	
Trastornos Generalizados del Desarrollo (autista, de Rett, desintegrativo infantil, de Asperger, generalizado del desarrollo no especificado).	
Trastornos por déficit de atención con hiperactividad y comportamiento perturbador (tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo, por déficit de atención con hiperactividad no especificado, Trastorno disocial, Trastorno negativista desafiante, Trastorno de comportamiento perturbador no especificado).	
Trastornos de Tics (de la Tourette, de tics motores o vocales crónicos, transitorios, tics no especificados).	
Trastornos de la Eliminación (encopresis, enuresis).	
Otros trastornos de la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (de ansiedad por separación, mutismo selectivo, reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, de movimientos estereotipados, no especificado).	

7. ¿Desearía una intervención para mejorar la evolución su hijo/a? SÍ NO
(De contestar SÍ, indique DÓNDE y POR PARTE DE QUIÉN)

(Marque con una X)

Colegio Público - Orientador/a _____
 Servicio de Salud Mental (Sanidad) _____
 Servicio Privado de Psicólogo/a _____
 Servicio Privado de Psiquiatra _____

8. ¿Está en tratamiento su hijo/a actualmente o ha estado anteriormente? _____

Cuestionario para profesores

1. En la lista de alumnos/as de su grupo aula ¿qué trastornos del comportamiento observa con más frecuencia? Indique si es tan amable el tipo de trastorno que observa, el número de alumnos (Nº) y si contesta afirmativamente respecto de la observación del trastorno, indique si recibe o no intervención de algún tipo (psicopedagógica, logopédica, médica, etc.).

Trastornos del Comportamiento.	SÍ	Nº	¿Tiene intervención?
Retraso Mental (leve, moderado, grave, profundo).			
Trastornos del Aprendizaje (de lectura, del cálculo, de la expresión escrita, no especificado).			
Trastorno de las Habilidades Motoras (del desarrollo de la coordinación).			
Trastornos de la Comunicación (del lenguaje expresivo, mixto del lenguaje receptivo-expresivo, fonológico, tartamudeo, de la comunicación no especificado).			
Trastornos Generalizados del Desarrollo (autista, de Rett, desintegrativo infantil, de Asperger, generalizado del desarrollo no especificado).			
Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad y Comportamiento Perturbador (tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo, por déficit de atención con hiperactividad no especificado, Trastorno disocial, Trastorno negativista desafiante, Trastorno de comportamiento perturbador no especificado).			
Trastornos de Tics (de la Tourette, de tics motores o vocales crónicos, transitorios, tics no especificados).			
Trastornos de la Eliminación (encopresis, enuresis).			
Otros trastornos de la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (de ansiedad por separación, mutismo selectivo, reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, de movimientos estereotipados, no especificado).			

2. ¿Cuáles de estos trastornos de conducta merecen ser rehabilitados a su juicio?

Cuestionario para niños-alumnos

Iniciales del nombre y apellidos: _____ Edad: ____ Nivel o Curso: ____ Sexo: ____

1. Señala con una cruz si crees que tienes alguna de las dificultades o te pasa algo de lo que se dice en el recuadro de abajo. Si no te pasa nada o no tienes ninguna dificultad no pongas nada. Haz una cruz cuando encuentres algo que te pasa.

Tengo muchas dificultades para pensar, discurrir, para entender las cosas más fáciles, creo que tengo mucho menos inteligencia que los demás...	
Tengo dificultades para leer o para el cálculo o para expresarme por escrito.	
Tengo dificultades para caminar o gatear o para sentarme o para atarme los zapatos o abrocharme la camisa o para subir y bajar una cremallera.	
Tengo dificultades para hablar o para entender instrucciones o para memorizar o entender lo que me dicen o dificultades para pronunciar bien o tartamudeo.	
Tengo dificultades para estar quieto/a sin moverme mucho tiempo o para estar atento/a durante un rato largo o para no interrumpir a los demás o me comporto de forma agresiva con otras personas o tengo dificultades porque me comporto de forma agresiva con animales o robo o discuto con los mayores o me niego a cumplir las normas o hago muchas cosas que molestan a los demás o les acuso a los demás de lo que hago yo o me molesto enseguida y fácilmente por lo que hacen demás.	
Tengo dificultades porque mastico los alimentos muchísimo rato o los devuelvo a la boca una vez los he comido o porque desde hace tiempo tengo problemas en las comidas portándome mal o no queriendo comer la comida casi siempre.	
Tengo dificultades porque parpadeo demasiadas veces o tuerzo el cuello muchas veces o alzo los hombros en muchas ocasiones o hago muecas o muchos gestos sin querer con la cara o repito lo que dicen continuamente o sino la última palabra de lo que dicen.	
Tengo dificultades porque hago mis necesidades (cagar o mear) en lugares inadecuados (ropa, suelo, cama) sin querer o incluso alguna vez queriendo.	
Tengo dificultades porque me siento mal cuando estoy fuera de casa o cuando mis padres se van de casa o porque tengo miedo de ir solo a los sitios o de ir a un campamento o no soy capaz de ir a casa de un amigo o amiga a pasar la noche o a estar solo en mi habitación o no soy capaz de dormirme solo/a o tengo dificultades porque no hablo en la escuela o en casa o a mis amigos.	
Tengo dificultades porque no me fio de hablar con nadie aunque los conozca mucho o por el contrario por que hablo con todo el mundo aunque sea un extraño.	

2. ¿Crees que si te ayudaran en estas dificultades mejorarías? SÍ NO (Rodea lo correcto)

3. Si has contestado que SÍ ¿quién quieres que te ayude?

(Marque con una X)

- Colegio Público - Orientador/a _____
- Servicio de Salud Mental (Sanidad) _____
- Servicio Privado de Psicólogo/a _____
- Servicio Privado de Psiquiatra _____

Bibliografía

- Alález, M.; Martínez Arias, R.; Rodríguez-Sutil, C. (2000): "Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Niños", *Psicothema*, vol. 12, nº 4, pp. 525-532.
- Amor, M.; Rodríguez Ramos, P. (1995): *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Comorbilidad del trastorno obsesivo en niños y adolescentes*.
- Asensio M.; Carretero, M. y Pozo, J.I. (1986): "La comprensión de la Historia. Pensamiento relativista", *Cuadernos de Pedagogía*, 133, 24-27.
- Ballespí Sergi; Barrantes-Vidal, Neus y Obiols, Jordi E. (1999): "Precursores Conductuales Infantiles de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico: Esquizofrenia y Trastorno Esquizotípico de la Personalidad", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 4, nº 2, pp 123-146.
- Beck, Y. y McKeown, M.G. (1992): "Outcomes of History Instruction: paste-up accounts". Ponencia presentada en el Seminario "Cognitive and Instructional Processes in Social Sciences and History". Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, 23-25 de octubre.
- Bragado, Carmen; Carrasco, Inés; Sánchez Bernardos, Bersabé; Monsalve, Teresa (1995): "Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Niños y Adolescentes: resultados preliminares... Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Niños y Adolescentes: resultados preliminares", *Clínica y Salud*, vol. 06, nº 1, pp. 67-82.
- Bragado, Carmen; Carrasco, Inés (1996): "Trastornos de Ansiedad en Escolares de 6 a 17 años", *Ansiedad y Estrés*, vol. 02, nº 2-3, pp. 97-112.
- Cáceres Carrasco, José (2003): "Nuevo Estilo en Salud Mental: ¿Revolución o Regresión?", *Revista Psije*, pp 5-6.
- Carranza Carnicero, J.A. (1993): "Desarrollo Sensoriomotor (I): El Problema sobre los diferentes criterios de la permanencia del objeto...", *Revista de Psicopatología. Universitat Tarraconensis*, vol. 15, nº 1, pp. 7-20.
- (1993): "Desarrollo Sensoriomotor (II): El Problema de los factores en los errores de búsqueda del objeto...", *Revista de Psicopatología. Universitat Tarraconensis*, vol. 15, nº 2, pp. 31-47.
- "Contributions from Cognitive and Instructional Psychology to History and Social Science Instruction" (1993), Jornadas sobre Psicología y Didáctica celebradas en el IMIPAE de Barcelona. *CIDE. Infancia y Aprendizaje*, 62-63, 153-167.
- Coromines, Julia (1986): "Psicopatología estudiada en niños con perturbación", *Revista Catalana de Psicoanálisis*, vol. 3, nº 2, pp. 193-209.
- Decreto Foral 100/1992, de 16 de marzo, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Foral de Navarra.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (texto revisado), Masson, 2001.
- Delval Juan (1996): "Piaget y la Epistemología...", *Psicología Educativa*, vol. 2, nº 2, pp. 215-242.
- Espejo Villar, Belen (1994): *Revista de Ciencias de la Educación. Psicopatología de la Afectividad en el Marco Escolar*.
- Fiz Poveda, María Reyes (1992): "Reflexiones sobre la obra de J.Piaget y L.S. Vygotsky", *Estudios de Pedagogía y Psicología*, (4): 71-90, 20 REF.
- Flavell, J.H. (1976): "Metacognitive Aspects of Problem Solving", en L.B. Resnick (eds.), *The nature of Intelligence*, Hillsdat, N. J. Erlbaum.

- García García, Emilio (1997): "Difusión masiva del Pensamiento de Piaget en España", *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 18, nº 1-2, pp. 119-120.
- (1998): *Psicopatología Evolutiva*, Universidad Pública de Navarra. Edición corregida y aumentada. ISBN. pp. 1-23.
- (2003): *Mi hijo es hiperactivo: ¡Necesito Ayuda!*, Ed. Eunate, Pamplona.
- Iliana, Enesco (1996): "Piaget y el desarrollo cognitivo...", *Psicología Educativa*, vol. 2, nº 2, pp. 167-188.
- Inhelder, B. (1976): "Genetic Epistemology and Developmental Psychology", en J.S. Bruner y A. Garton (ed.), *Human Growth and Development*, Wlofson College Lectures Clarendon Press Oxford.
- Lastra Ismael; Martínez-Chamorro, Mj; Luzuriaga, C. (2001): "Informaciones Psiquiátricas", *El Testa Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*, nº 166, pp. 191-203.
- Lemos et. al. (1992): *Análisis y Modificación de Conducta. Estructura Factorial de la prueba YSR y su utilidad*.
- Lemos Giráldez, Serafín (2003): "La psicopatología de la Infancia y la Adolescencia: consideraciones básicas para su estudio", *Papeles del Psicólogo*, vol. 24, nº 85, mayo-agosto 2003.
- Marín, Elena y Álvaro Marchesi (1996): "Aportaciones de Piaget a la Teoría y Práctica Educativas", *Psicología Educativa*, vol. 2, nº 2, pp. 151-166.
- Mogollón, O.M. y Garrido, L.E. (2003): "Análisis acerca del pensamiento en su concepto, evolución y medida", *Rev. Huarte de San Juan*, nº 10, pp. 65-89.
- Nortes Checa, Andrés; Martínez Artero, Rosa (1994): "Psicología Piagetiana y Educación Matemática", *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (21) pp. 59-70.
- Olivares Rodríguez, José y Méndez Carrillo, Francisco Xabier (1998) en *Manual de Terapia de Conducta*, vol. 2. Dykinson-Psicología. Miguel Angel Vallejo Pareja, pp 432-433.
- Olivares Rodríguez, José; Caballo, Vicente E.; García López, Juis Joaquín; Rosa Alcázar, Ana Isabel y López-Gollonet, Cristina (2003) "Una Revisión de los Estudios Epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta", vol. 11, nº 3, pp. 405-427.
- Pérez Gaspar, P; Gual, J.; De Irata-Estévez, M.A.; Martínez González, F; Lahortiga y S. Cervera (2000). "Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Unidad de Epidemiología y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra", *Medicina Clínica*, 114. pp 481-486.
- Piaget, J. (1936): *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchatel-París, De la Chaux-Niesle (Trad. cast. *El nacimiento de la Inteligencia en el niño*, Madrid, Aguilar, 1972).
- Real Decreto 1344/1991, de 6 de septiembre (B.O.E. 13 de septiembre), por el que se establece el currículo correspondiente a la Educación Primaria. (Real Decreto de ámbito estatal).
- Rivas-Terán, H.U.; Vázquez Barquero, J.L. (1995): *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Psicopatología Escolar: Un estudio epidemiológico*.
- Rodrigo, J.M^a (1984): "Perspectivas Neopiagetianas", en J.L. Vega, *Psicología Evolutiva*, vol. 2, Madrid, UNED.
- Rodríguez Sacristán, Jaime (2000): *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y Casos Clínicos*, Psicología, Pirámide.
- Rutter M.: "Isle of the Wight revised: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology", *Journal American Academy of Chil and Adolescent Psychiatry*, 28. 633-653.
- Sandín, Bonifacio; Chorot, Paloma; Valiente, Rosa M.; Santed, Miguel A. y Sánchez-Arribas, Carmen (1999): "Estructura Factorial de la escala de Ansiedad para Niños Revisada (SASC-R)", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 4, nº 2, pp. 105-113.

- Sandín, Bonifacio (2003): “Escala de Afecto Positivo y Negativo para Niños y Adolescentes”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 8, n° 2, pp 173-182.
- Torras, Eulalia Enfoque (1984): “Evolución a la Psicopatología Infantil”, *Revista Catalana de Psicoanálisis*, vol. 1, n° 2, pp. 172-174.
- Valiente, Rosa M. (2002): “Diferencias Sexuales en la Prevalencia e Intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R.”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 7, n° 2, pp. 103-113.
- Valiente Rosa M.; Sandín, Bonifacio y Chorot, Paloma (2002): “Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 7, n° 1, pp. 61-70.
- Vallejo Pareja, Miguel Ángel (1998): *Manual de Terapia de Conducta*, vol. 1. Dykinson-Psicología.
- Vidal, Fernando (1996): “Piaget: pasado, presente y futuro”, *Psicología Educativa*, vol. 2, n° 2, pp. 243-255.

RESUMEN:

En el presente estudio se ofrecen índices de prevalencia de la psicopatología infantil. El estudio a seguido un diseño epidemiológico comunitario de corte transversal en población escolar. La muestra está compuesta por 731 niños en edades comprendidas entre los 7 y los 13 años.

La prevalencia hallada en los síntomas clínicos en base a la evaluación de los padres y los profesores y los niños respectivamente se refleja a lo largo de este estudio.

PALABRAS CLAVES:

Psicopatología; Prevalencia; Infantil.

ABSTRACT:

The study provides rates of prevalence in child psychopathology. The study has followed an epidemiological design of the cross sectional of a community in the school population. The sample is made up of 731 children aged between 7 and 13.

The prevalence found in the clinical symptoms based on assessment from the parents, teachers and children respectively it's shown dong this study.

KEY WORDS:

Psychopathology; Prevalence; Children.