



## TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ESCOLARES DE 6 A 17 AÑOS

Carmen Bragado\*, Inés Carrasco\*, M<sup>a</sup>L. Sánchez \* y Rosa M<sup>a</sup> Bersabé\*\*

\*Universidad Complutense, \*\*Universidad de Málaga

1996, 2(2-3), 97-111

**Resumen:** En este estudio se investiga la prevalencia, comorbilidad y pautas evolutivas de los trastornos de ansiedad en una muestra de 243 escolares con edades comprendidas entre los 6 y 17 años. Los sujetos fueron diagnosticados a través de un cuestionario (con formato para padres, niños y adolescentes) adaptado de la versión española de la DICA-R. La prevalencia total fue del 13.6%-18.5% (según la información de padres y niños, respectivamente). Los niños informaron de más trastornos que sus padres. Se observó un grado de acuerdo muy bajo en los diagnósticos asignados entre ambos informantes. El trastorno más prevalente fue la fobia simple y el menos el trastorno por evitación. El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticó con más frecuencia en los más pequeños (edad media: 10 años) mientras que el trastorno de ansiedad excesiva resultó más prevalente entre púberes y adolescentes (edad media: 14.1 años). No se detectó ningún caso con compulsiones o estrés posttraumático. Se observó un cierto solapamiento entre los trastornos de ansiedad y entre los trastornos de ansiedad-depresión, ansiedad-conducta y ansiedad-eliminación.

**Palabras Clave:** Trastornos de ansiedad, Niños-Adolescentes, Prevalencia, Comorbilidad, Muestra de la Comunidad.

**Abstract:** This paper examines the prevalence, comorbidity and developmental patterns of anxiety disorders in a sample of 243 elementary and high school students, aged 6 to 17 years. Subjects were diagnosed with a questionnaire (parent, child and adolescent form) adapted from the Spanish version of the DICA-R. The overall prevalence rate was 13.6%-18.5% (based on parents and children reports). Children informed about more disorders than their parents. A low degree of agreement at the diagnostic level was observed between each other. The most prevalent disorder was simple phobia and the lowest one the avoidant disorder. Separation anxiety disorder was more frequently diagnosed in prepuberal children (mean age: 10) in contrast to overanxious disorder which was more prevalent between puberal children and adolescents (mean age: 14.1). The compulsive acts and posttraumatic stress disorder are not reported by any source of information. Comorbidity patterns were found among anxiety disorders and among anxiety-depressive, anxiety-behavioral and anxiety-elimination disorders.

**Key words:** Anxiety disorders, Children-Adolescents, Prevalence, Comorbidity, Community Sample

**Title:** *Anxiety disorders in 6 to 17 years*

*old scholars*

### Introducción

Los trastornos de ansiedad suelen ser los más prevalentes en muestras comunitarias de niños-adolescentes. Varios estudios epidemiológicos realizados con estos rangos de edad coinciden al encontrar que cerca de la mitad de los sujetos diagnosticados con algún trastorno psicopatológico presentan trastornos de ansiedad (Costello et al., 1988; Kashani y

Orvaschel, 1988; Macgee et al. 1990; Cohen et al. 1993). El índice de prevalencia general de estos trastornos parece situarse alrededor del 18% (Kashani y Orvaschel, 1988, 1990). Sin embargo, se observa una gran variabilidad tanto en los índices generales como en los específicos de cada trastorno en función de una serie de factores: la edad de la población estudiada, la fuente de información utilizada (padres, niños o profesores) y los criterios seguidos para asignar el diagnóstico o determinar los "casos" con patología. Las tasas de prevalencia descienden considerablemente cuando se incluye algún criterio de gravedad

\* Dirigir la correspondencia a: Dra. Carmen Bragado, Dpto. Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223, Madrid

© Copyright 1996: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**  
Artículo recibido: 12-07-96, aceptado: 8-9-96

para medir la significación clínica de los síntomas o el grado de deterioro que generan en el funcionamiento del niño (Anderson, 1987; Kashani y Orvaschel, 1988; Bowen et al., 1990). Prácticamente todos los trabajos consultados concuerdan al señalar que los padres informan de menos trastornos emocionales (ansiedad-depresión) que sus hijos. No obstante y de acuerdo con Clark et al. (1994), es preciso tener en cuenta que ninguno de los estudios realizados hasta el momento evalúa todos los trastornos de ansiedad.

Pese a todo, es posible encontrar patrones de riesgo bastante consistentes entre diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo en países diferentes, incluso cuando sus resultados difieren considerablemente en las tasas de prevalencia de un determinado trastorno. Por ejemplo, la distribución por sexo, edad y clase social en ciertos trastornos como la ansiedad de separación, ansiedad excesiva, depresión mayor o enuresis es bastante parecida en la mayoría de los estudios que investigan estos datos. Similarmente, la mayoría de los trabajos informan de altos índices de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos o conductuales. Tales consistencias llevan a Costello y Benjamin (1989) a recomendar que los investigadores deberían centrar sus esfuerzos en identificar factores de riesgo que permitan sugerir mecanismos causales más que en "obsesionarse" por el hecho de encontrar un diagnóstico "perfectamente válido".

Además de la fobia específica, los trastornos de ansiedad infantiles más investigados en la comunidad han sido los incluidos en el DSM-III-R bajo el rótulo de trastornos de ansiedad con inicio en la infancia-adolescencia: ansiedad de separación, ansiedad excesiva y trastorno por evitación, aunque este último ha recibido menos atención que los dos primeros (Berstein y Brochardt, 1991). De ellos, los más frecuentemente diagnosticados han sido la fobia específica y el trastorno

de ansiedad excesiva. En una reciente revisión sobre la epidemiología infantil de la ansiedad, Anderson (1994) llama la atención acerca de que la presencia de ciertos trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo, el estrés postraumático o el trastorno por evitación no suele ser detectada en la población general, sin embargo las autoras de este artículo han podido constatar que en varias publicaciones es difícil dilucidar si efectivamente estos problemas no se han diagnosticado o si simplemente no se han investigado y por ello no se ofrecen datos acerca de su prevalencia.

Haciéndose eco de los datos que se han ido acumulando desde la anterior edición, el DSM-IV (APA, 1994) ha modificado sustancialmente el panorama de los trastornos de ansiedad infantiles. El trastorno de evitación ha desaparecido para ser incluido dentro de la fobia social y el trastorno de ansiedad excesiva pasa a encuadrarse en el marco del de ansiedad generalizada, solamente el trastorno de ansiedad de separación sigue ubicado entre los trastornos con inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En general, los cambios incluyen criterios más estrictos respecto a la gravedad de los síntomas, duraciones más ajustadas a lo que sucede en el ámbito clínico y consideraciones o especificaciones acerca del uso de los criterios diagnósticos en niños y adolescentes. Cabe esperar que tales modificaciones den lugar a un intenso trabajo en los próximos años, dado que habrá que adecuar los instrumentos de evaluación disponibles a los nuevos requisitos impuestos, modificando seguramente las tasas de prevalencia existentes.

En este artículo se ofrecen los resultados obtenidos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad (DSM-III-R) detectados en un grupo de escolares madrileños, así como sobre la comorbilidad de dichos trastornos entre sí y con trastornos de conducta (déficit de atención con hiperactividad, negativismo desafiante y trastorno de conducta) depresivos

(depresión mayor y distimia) y eliminación (enuresis y encopresis). Los trastornos de ansiedad investigados han sido: Ansiedad de separación, trastorno por evitación, ansiedad excesiva, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático.

## Método

### Sujetos

Los datos que presentamos corresponden a 243 escolares, 132 varones y 111 mujeres, con una edad media de 11.51 años, extraídos de un centro escolar privado, ubicado en el distrito municipal de Fuencarral-El Pardo de Madrid y representativo de clase media. En la Tabla 1 se describen las características de la muestra por rangos de edad y en la nº 2 las características sociodemográficas.

### Selección de la muestra

Los sujetos fueron seleccionados aleatoriamente, un aula por curso, de un total de 1043 alumnos (535 varones y 508 mujeres), matriculados en el centro. Con este método se extrajo una "muestra potencial" de 363 niños (184 varones y 182 mujeres). Una vez identificada la muestra, se solicitó autorización por escrito a todos los padres de las aulas seleccionadas, explicando el motivo y las condiciones de la investigación y garantizando el anonimato de los resultados. Cerca del 18% (65 padres) manifestaron su deseo de no participar en el estudio, bien por escrito o por teléfono, 135 aceptaron y 163 no se pronunciaron ni a favor ni en contra, quedando la muestra restringida a un total de 298 niños. Todos ellos fueron evaluados, pero la información paterna solo estaba completa en 243 sujetos, cuyos resultados presentamos. De modo que el grado de cooperación final fue de aproximadamente el 70%, lo que puede considerarse un buen índice de colaboración, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de sujetos voluntarios que no han recibido ningún tipo de incentivo como suele suceder en otros estudios de este tipo.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra

EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
6-9 años	40 (30.3%)	39 (35.13%)	79 (32.5%)
10-13 años	50 (37.87%)	34 (30.6%)	84 (34.6%)
14-17 años	42 (31.8%)	38 (34.23%)	80 (32.9%)
Total sujetos	132 (54.3%)	111 (45.7%)	243 (100%)
Edad Media	11.5 (3.41)	11.54 (3.5)	11.52 (3.44)
(DT)	11	12	11
Mediana	10	9	10

### Instrumentos de Medida

Los niños fueron diagnosticados a través de un cuestionario, elaborado a partir de la adaptación española (Ezpeleta, 1992) de la DICA-R (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents*; Reich, Shayka y Taibleson,

1991) en sus tres versiones: para padres, niños de 6-12 años y adolescentes (entre los 13 y 17 años). El cuestionario recogía fielmente todas las preguntas contenidas en la DICA en relación a los trastornos investigados, respetando

las tres formas mencionadas, de manera que, por lo que respecta al contenido, los cambios introducidos fueron mínimos. La modificación más importante consistió en graduar la severidad (entendida como frecuencia o intensidad, según el contenido del ítem) de los síntomas en una escala de 0 a 3 puntos, donde el cero indicaba la ausencia de síntomas y los otros valores una severidad baja, moderada y

alta, respectivamente. Cada bloque de preguntas iba precedido de una leyenda en la que se recordaba la escala, por ejemplo, en el caso del trastorno por ansiedad excesiva del cuestionario para padres se decía: 0: no le pasa (nada, nunca), 1: le preocupa o le pasa muy poco (ocasionalmente), 2: le preocupa o le pasa algo (con cierta frecuencia, varias veces) y 3: le preocupa o le pasa mucho (casi siempre).

**Tabla 2.** Descriptores Demográficos

DESCRIPTORES	PADRES		MADRES	
Edad media	43.03		40.43	
D.T.	5.1		5.43	
Mediana	43		41	
Moda	43		42	
Nº sujetos (missing)	228	(15)	238	(5)
Estudios realizados:				
. No sabe leer ni escribir	0		0	
. Pocos años de escuela (sin titulación)	1	(0.4%)	3	(1.3%)
. Primarios	14	(5.9%)	37	(15.4%)
. Medios	93	(39.4%)	119	(49.6%)
. Superiores	128	(54.4%)	81	(33.8%)
Nº de sujetos (missing)	236	(7)	240	(3)
Situación Laboral:				
. Invalidez	1	(0.4%)	1	(0.4%)
. Paro	2	(0.9%)	9	(3.8%)
. Trabajan	224	(97.8%)	168	(70.3%)
. Sus Labores	2	(0.9%)	61	(25.5%)
Nº de sujetos (missing)	229	(14)	239	(4)
Nivel Económico:				
. Bajo o medio-bajo	2	(0.8%)		
. Medio	194	(80.2%)		
. Alto o medio-alto	46	(19%)		
Nº de sujetos (missing)	242	(1)		
Situación familiar, el niño convive con:				
. Padres naturales	221	(90.9%)		
. Padres separados con otra pareja	7	(2.9%)		
. Madre sola	5	(2.1%)		
. Padre solo	2	(0.8%)		
. Otros	8	(3.3%)		
Nº de sujetos (missing)	243	(0)		

Los estudios llevados a cabo sobre las propiedades psicométricas de la versión española de la DICA-R han informado de una muy buena fiabilidad entre entrevistadores (De la Osa, Ezpeleta, Navarro y Losilla,

1996) y un acuerdo moderado con el diagnóstico clínico (Ezpeleta et al., 1995). En el primer caso, se obtuvieron unos valores kappa que superaban el 0.75 en todos los diagnósticos investigados, a excepción del de anorexia,

depresión mayor y ansiedad excesiva cuyos valores fueron de 0.65 en anorexia y 0.73 en los otros dos trastornos. El estadístico kappa suele ser el preferido por los investigadores para determinar la concordancia entre entrevistadores o informantes, dado que corrige el acuerdo por azar. En general se admite que los valores situados por debajo de 0.40 son bajos, hasta 0.60 moderados y por encima de 0.60 altos (Silverman y Nelles, 1988).

Los datos sociodemográficos se obtuvieron, añadiendo al cuestionario de los padres una serie de preguntas relacionadas con los descriptores enumerados en la Tabla 2.

### **Asignación del diagnóstico**

Para asignar el diagnóstico se siguieron también con absoluta fidelidad todas las pautas de corrección de la DICA-R que a su vez se basa en los criterios diagnósticos del DSM-III-R. No obstante, para determinar el número de síntomas y con el propósito de aproximarlos lo más posible a un diagnóstico clínico, se consideró que un síntoma determinado estaba presente solamente cuando se le había asignado un valor de 3, indicativo de una severidad elevada.

### **Procedimiento**

La recogida de datos se llevó a cabo por 10 licenciados en Psicología entrenados en la utilización de los instrumentos de medida.

La evaluación de los niños se realizó en el centro escolar, mientras que a los padres se les envió el cuestionario por correo a su domicilio particular. Ambos aspectos facilitaron enormemente la recogida de información.

Los más pequeños (6-10 años) contestaron las preguntas del cuestionario mediante una entrevista individualizada. Con el fin de no perturbar la marcha de las clases se programó cuidadosamente un calendario de aplicación en el que se especificaba la fecha, el horario,

el aula y los entrevistadores que debían actuar en cada caso. Cada niño era conducido desde el aula al lugar indicado por la dirección para realizar la entrevista. Para ganar su confianza, se instruyó a los evaluadores para que durante este trayecto fueran charlando con él, debían presentarse diciendo su nombre, comentar alguna anécdota o pedir la ayuda del pequeño para que actuara de guía, de modo que al iniciar el proceso de evaluación el niño se encontrara cómodo con el entrevistador. Para facilitar la tarea de evaluar la severidad de los síntomas se emplearon análogos visuales (diagramas de barras) que permitían que el niño tuviera un referente cuantitativo de la escala. En caso de duda y antes de dar por válida una respuesta concreta, el entrevistador debía asegurarse de que el valor asignado al síntoma era el adecuado mediante preguntas de comparación por pares. Si el niño se fatigaba durante el proceso de evaluación había que interrumpir las preguntas y charlar sobre otras cosas, juegos favoritos, programas de TV, etc.; si aún así el entrevistador observaba que estaba contestando al azar tenía que concluir la entrevista y retomarla al día siguiente.

A partir de los 11 años, el cuestionario fue respondido durante una aplicación colectiva que se realizaba en el mismo aula donde se impartían las clases. Igual que con los pequeños se programó con cuidado el día y momento de la aplicación, buscando las primeras horas de la mañana para controlar que el niño no estuviera demasiado cansado o poco motivado para responder un cuestionario bastante largo. En caso necesario se dejaba un descanso que coincidía con el tiempo de recreo. Respecto al día se tuvo en cuenta que no estuviera próximo ningún examen, de manera que las respuestas no se vieran contaminadas con el estrés característico de estos eventos.

En cada aula participaron dos evaluadores. La aplicación se iniciaba con una breve presentación en la que se explicaba que estábamos interesados en conocer los problemas de

los chicos de su edad y que ellos habían sido elegidos como si fueran sus representantes, por tanto debían intentar responder de forma sincera. Dicho esto, se leían en voz alta las instrucciones y un bloque de preguntas a modo de ejemplo, advirtiendo que el cuestionario recogía casi todos los problemas posibles pero que eso no implicaba que ellos tuvieran que tener todos los que se listaban. El entrevistador supervisaba cada nuevo bloque, leyendo en voz alta la primera pregunta, a fin de marcar un ritmo de respuesta, de manera que todos los sujetos pudieran finalizar el cuestionario aproximadamente al mismo tiempo. Esta supervisión fue más extensa en los cursos inferiores (6<sup>o</sup> a 8<sup>o</sup> de EGB). En estos cursos también se emplearon los diagramas de barras como referente visual de cantidad, tal como se mencionó más arriba, solo que aquí se dibujaban en la pizarra. En suma, podría decirse que el procedimiento seguido se asemejaba a una "entrevista colectiva".

Por lo que respecta a los padres se procedió del siguiente modo: aproximadamente una semana después de haber enviado los instrumentos por correo, se les llamaba por teléfono para confirmar si los habían recibido y solucionar las posibles dudas que hubieran surgido durante su lectura. Como en muchos casos todavía no lo habían leído se concertaba una nueva cita telefónica. Los padres tenían la opción de remitir los cuestionarios directamente al centro de ejecución del proyecto de investigación o entregarlos en la secretaría del centro escolar si les resultaba más cómodo. En todos los casos los instrumentos iban acompañados de una carta explicativa y de agradecimiento por parte del equipo investigador así como de un sobre impreso y con los sellos correspondientes para que pudieran remitirlos con la mínima molestia. Además, en dicha carta se ofrecía la posibilidad de ponerse en contacto con la investigadora principal si necesitaban realizar alguna consulta personal. Si transcurrido un plazo pru-

dencial, de aproximadamente un mes, no habían devuelto el material se les volvía a llamar por teléfono para recordárselo. Cabe mencionar, que en algunos casos a pesar de las múltiples llamadas no se consiguió el objetivo. Básicamente por este motivo hemos tenido que restringir los datos que presentamos a 243 sujetos en vez de ofrecer los de los 298 inicialmente evaluados.

El análisis estadístico de los datos corrió a cargo de la cuarta autora y se llevó a cabo con el SPSS 6.1 para windows.

## Resultados

### Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Un total de 33 sujetos (13.6%) según los padres y de 45 (18.5%) según los niños fueron diagnosticados con algún trastorno de ansiedad. En todos ellos los niños ofrecieron tasas de prevalencia mayores que sus padres. Aunque pueda parecer a simple vista que la diferencia entre ambos porcentajes no resulta excesiva, es importante destacar que existe una gran discrepancia entre ellos, dado que padres y niños solo coincidieron en un escaso 7% de los diagnósticos asignados. Al computar también el acuerdo alcanzado cuando no se asigna ningún diagnóstico, el porcentaje de acuerdo se eleva hasta un 72%, pero hay que tener en cuenta que este resultado puede ser azaroso ya que es más fácil coincidir en la ausencia de un trastorno que en su presencia. Lo cierto es que al controlar el azar con el estadístico kappa, todos los valores fueron inferiores al 0.10, a excepción del obtenido en el trastorno de ansiedad excesiva que superó ligeramente este tope con un 0.15.

Debido a esta fuerte divergencia se decidió calcular también los índices de prevalencia considerando ambas fuentes de información (padres o niños), generando lo que podríamos denominar "un diagnóstico combinado", categoría que incluye aquellos diagnósti-

cos obtenidos a partir de cada informante por separado, excluyendo los redundantes. En este punto seguimos la pauta marcada por algunos autores (Costello, Costello, Edelbrock, Burns et al., 1988; Costello, 1989).

Pues bien, adoptando este último criterio, el número de niños diagnosticados con algún trastorno de ansiedad se incrementa hasta 73 (30%), siendo la fobia específica (FE) el trastorno de ansiedad más frecuente (24.3%).

**Tabla 3.** Prevalencia de los trastornos de ansiedad por fuentes de información

Diagnóstico	Padres		Niños		Padres o Niños	
	Nº	% ±IC	Nº	% ±IC	Nº	% ±IC
TAS	10,4	±0.78	6	2.5 ±1.96	7	2.9 ±2.15
TE	0	0 ±0.00	3	1.2 ±1.37	3	1.2 ±1.37
TAE	2	0.8 ±1.17	10	4.1 ±2.55	11	4.5 ±2.55
FOBIA	30	12.3 ±4.12	31	12.8 ±4.12	59	24.3 ±5.45
OBSESIONES	1	0.4 ±0.78	9	3.7 ±2.35	10	4.1 ±2.55
COMPULSIONES	0	0 ±0.00	0	0 ±0.00	0	0 ±0.00
TEPT	0	0 ±0.00	0	0 ±0.00	0	0 ±0.00
TOTAL ANSI.	33	13.6 ±4.31	45	18.5 ±4.90	73	30 ±5.68
Con Algún Trastorno	48	19.8 ±5.1	54	22.2 ±5.22	88	36.2 ±6.08

TAS: Tr. ansiedad separación; TE: Tr. evitación; TAE: Tr. ansiedad excesiva; TEPT: Tr. estrés posttraumático. Algún trastorno incluye: ansiedad, conducta (déficit atención, negativismo y trastorno de conducta), depresión (depresión mayor y distimia) y eliminación (enuresis y encopresis). IC: intervalos de confianza al 95%

**Tabla 4.** Prevalencia de la fobia específica por fuentes de información

Diagnóstico	Padres		Niños		Padres o Niños	
	Nº	% ±IC	Nº	% ±IC	Nº	% ±IC
. Oscuridad	2	0.8 ±1.18	0	0 ±0.00	2	0.8 ±1.18
. Truenos	0	0 ±0.00	2	0.8 ±1.18	2	0.8 ±1.18
. Bichos <sup>(1)</sup>	8	3.3 ±2.16	7	2.9 ±2.16	14	5.8 ±2.94
. Perros y gatos	9	3.7 ±2.35	1	0.4 ±0.78	10	4.1 ±2.55
. Alturas	2	0.8 ±1.18	2	0.8 ±1.18	4	1.6 ±1.57
. Puentes <sup>(2)</sup>	1	0.4 ±0.78	0	0 ±0.00	1	1.4 ±0.78
. Estar solo	2	0.8 ±1.18	3	1.2 ±1.37	5	2.1 ±1.76
. Aglomeraciones	0	0 ±0.00	0	0 ±0.00	0	0 ±0.00
. Vehículos <sup>(3)</sup>	1	0.4 ±0.78	0	0 ±0.00	1	0.4 ±0.78
. Colegio	1	0.4 ±0.78	0	0 ±0.00	1	0.4 ±0.78
. Hablar en público	3	1.2 ±1.37	7	2.9 ±2.16	10	4.1 ±2.55
. Otros	10	4.1 ±2.55	15	6.2 ±2.94	25	10.3 ±3.92

<sup>(1)</sup>arañas, ratones o serpientes; <sup>(2)</sup>túneles y autopistas; <sup>(3)</sup>coches, aviones, trenes o ascensores. IC: intervalos de confianza al 95%. Otros: múltiples situaciones no encuadrables en las anteriores

**Tabla 5.** Diferencias en sexo y edad entre sujetos con y sin trastornos de ansiedad; información combinada

Diagnóstico	SEXO		Razón V:M	X <sup>2</sup>	P	Edad Media (DT)	t	gl	P
	Varones (%)	Mujeres (%)							
TAS	2 (1.5)	5 (4.5)	0.3 : 1	1.00	0.31	10 (1.41)	2.69	8,33	<0.02
No TAS	130 (98.5)	106 (95.5)	-			11.56 (3.47)			
TE	1 (0.8)	2 (1.8)	0.4 : 1	0.02	0.88	11 (3)	0.26	241	<0.79
No TE	131 (99.2)	109 (98.2)	-			11.52 (3.45)			
TAE	5 (3.8)	6 (5.4)	0.7 : 1	0.09	0.77	14.09 (2.66)	-2.57	241	<0.01
No TAE	127 (96.2)	105 (94.6)	-			11.39 (3.43)			
FOB	35 (26.5)	24 (21.6)	1.2 : 1	0.54	0.46	11.46 (3.40)	0.16	241	<0.88
No FOB	97 (73.5)	87 (78.4)	-			11.54 (3.46)			
TOC	6 (4.5)	4 (3.6)	1.2 : 1	0.00	0.96	11.40 (3.50)	0.11	241	<0.91
No TOC	126 (95.5)	107 (96.4)	-			11.52 (3.45)			
ATA	40 (30.3)	33 (29.7)	1.0 : 1	0.00	1.00	11.53 (3.33)	-0.05	241	<0.96
STA	92 (69.7)	78 (70.3)	-			11.51 (3.49)			
Total	132	111				11.52 (3.44)			

TA: Trastorno de Ansiedad; ATA= Algún Trastorno de Ansiedad; STA.= Sin Trastorno de Ansiedad



Le siguen por orden de prevalencia decreciente el trastorno de ansiedad excesiva (TAE: 4.5%), el trastorno obsesivo (4.1%), la ansiedad de separación (TAS: 2.9%) y, en último término, el trastorno por evitación (TE: 1.2%). No se detectó ningún caso de estrés postraumático (TEPT); ver tablas 3 y 4.

La fobia más frecuente fue la categoría integrada por bichos, arañas, ratones o serpientes, seguida del miedo a los perros-gatos, a hablar en público y a permanecer solo (Tabla 4). Una vez más, la información de padres y niños difiere sensiblemente, mientras los primeros indican que las fobias a los bichos, perros y gatos son las más frecuentes (3.7%, 3.3%, respectivamente), los niños ofrecen tasas de prevalencia considerablemente menores (2.9% y 0.4% en cada caso). Sin embargo manifiestan tener más miedo a hablar en público (2.9) de lo que dicen sus padres (1.2).

De los 59 niños con un diagnóstico combinado de fobia, cerca del 19% presentaba dos fobias diferentes a la vez y un 1.2% tenía tres. Como cabía esperar en una muestra de escolares, solamente un niño (0.4%) fue diagnosticado con fobia al colegio.

Llama la atención el elevado porcentaje de niños que afirma tener obsesiones (4.1%) en clara discrepancia con lo que informan sus padres (0.4%). Estos datos ponen de relieve que los fenómenos encubiertos de este tipo son difícilmente accesibles a un observador externo, sobre todo si no van acompañados de rituales observables. Nótese que no existe ningún caso con sintomatología compulsiva.

Puesto que padres e hijos proporcionan una información discrepante respecto a los problemas de ansiedad que aquejan a estos últimos, todos los datos que siguen se han analizado sobre el diagnóstico combinado.

### **Efectos de la edad y el sexo**

En convergencia con otros estudios se observa una mayor proporción de mujeres que de varones con ansiedad de separación (4.5% vs 1.5%) y con ansiedad excesiva (5.4% vs 3.8%), y una mayor proporción de varones con el trastorno obsesivo (4.5% vs. 3.6%). Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significación estadística en ninguno de los análisis efectuados: ni cuando comparamos los niños con y sin trastornos de ansiedad (Tabla 5), ni cuando analizamos la variable sexo en interacción con la edad (Tabla 6). De modo que nuestros resultados no confirman el hecho de que los trastornos de ansiedad investigados sean más prevalentes entre las mujeres que entre los varones.

En contraste, la edad aparece claramente asociada a ciertos trastornos de ansiedad (Tabla 5). Los niños con ansiedad de separación eran significativamente más pequeños (10 años) que los que no tenían este diagnóstico (11.56), mientras que los niños con ansiedad excesiva tenían más edad que los que no presentaban este problema (14.09 vs 11.39 años, respectivamente). Sin embargo, estas diferencias no se mantuvieron entre los grupos integrados por sujetos con o sin trastornos de ansiedad, indicando que la edad puede estar también relacionada con problemas distintos a los de ansiedad.

Al dividir la muestra por rangos de edad observamos que emergía una pauta evolutiva que confirmaba los resultados anteriores (Tabla 7). La ansiedad de separación solamente se diagnosticó en los dos primeros rangos de edad, entre 6-9 (3.8%) y 10-13 (4.8%), pero no se identificó ningún caso entre los adolescentes (14-17 años). La fobia a los perros o gatos y la fobia a permanecer sólo mostraban también una clara tendencia a disminuir con la edad: son relativamente frecuentes entre los más pequeños (10.1% y 5.1%, respectivamente), descienden considerablemente entre los de 10-13 años y desaparecen entre los 14-17.

Por el contrario, la ansiedad excesiva presenta un patrón inverso, con un aumento progresivo en su frecuencia a medida que avanza la edad; no se detectó ningún caso en el primer rango (6- 9 años), pero la prevalencia se elevaba al 3.6% entre 10-13 años, para casi triplicarse en

los 14-17 (10%). También la fobia a hablar en público se incrementa con la edad, alcanzado la tasa más elevada en la adolescencia (6.3%) en claro contraste con el 1.3% observado entre los más pequeños, aunque en este caso no se obtuvo una asociación significativa.

**Tabla 6.** Edad media por sexos. Información combinada

Diagnósticos	Edad Media (DM)		t	g.l.	P
	Varones	Mujeres			
TAS	9.50 (2.12)	10.20 (1.30)	- 0.56	5	<0.60
TE	14 (0)	9.50 (2.12)	1.73	1	<0.33
TAE	14.60 (2.96)	13.67 (2.58)	0.56	9	<0.59
FOBIA Esp.	11.37 (3.54)	11.58 (3.24)	0.23	57	<0.82
TOC	12.17 (3.89)	10.25 (2.98)	0.83	8	<0.43
CDA	11.50 (3.58)	11.57 (3.05)	- 0.10	71	<0.92
SDA	11.50 (3.35)	11.52 (3.68)	- 0.05	168	<0.96
Tot. Sujetos	11.5 (3.41)	11.54 (3.5)	- 0.09	241	<0.93

CDA= Con Diagnóstico de Ansiedad; SDA= Sin Diagnóstico de Ansiedad

**Tabla 7.** Categorías diagnósticas por rangos de edad. Información combinada (\*)

Diagnóstico	Rangos de Edad, N (%)			X <sup>2</sup> (2)	P
	6-9	10-13	14-17		
Ans. Separac.	3 (3.8)	4 (4.8)	0	3.67	<0.16
Evitación	1 (1.3)	1 (1.2)	1 (1.3)	0.00	<0.99
Ans. Excesiva	0	3 (3.6)	8 (10)	9.47	<0.008
Fobia bichos	6 (7.6)	4 (4.8)	4 (5)	0.73	<0.69
FPG	8 (10.1)	2 (2.4)	0	11.31	<0.003
FES	4 (5.1)	1 (1.2)	0	5.53	<0.06
FHP	1 (1.3)	4 (4.8)	5 (6.3)	2.64	<0.27
TO	3 (3.8)	4 (4.8)	3 (3.8)	0.14	<0.93
CATA	22 (27.8)	29 (34.5)	22 (27.5)	1.23	<0.54
N.	79	84	80		

FPG = Fobia a Perros y Gatos; FES= Fobia a estar solo; FHP= fobia a hablar en público.

TO= Trastorno Obsesivo; (\*) La fobia específica se ha desglosado para incluir las cuatro más prevalentes.

### Variables sociodemográficas

No se detectó ninguna asociación significativa entre las variables sociodemográficas enumeradas en la Tabla 2 y los trastornos de ansiedad, a excepción del nivel económico de la familia (X<sup>2</sup> (2): 6.21, P< 0.04), indicando que había una mayor proporción de padres

con un nivel económico alto en el grupo sin diagnóstico de ansiedad que en el grupo con este diagnóstico (64.4% vs. 35.6%, respectivamente). Paralelamente, el porcentaje de niños con un nivel económico bajo era notablemente superior en el grupo con ansiedad (el 100% de los sujetos incluidos en esta casilla) que en el grupo sin ansiedad (0%).

A pesar de no haber encontrado ninguna relación significativa ( $X^2$  (5): 7.21,  $P < 0.20$ ) entre la situación familiar y los trastornos de ansiedad, dado que prácticamente la totalidad (91%) de los niños vivían con sus padres

naturales, llama la atención el hecho de que esta proporción es bastante inferior en el caso de los niños que tienen diagnóstico de ansiedad que en los que no lo tienen (30.1% vs. 69.9%).

**Tabla 8:** Comorbilidad entre los trastornos de ansiedad (información combinada)

	TAS	TE	TAE	FOB.	TOC
TAS	-				
TE	1	-			
TAE	1	2	-		
FOB.	4	1	5	-	
TOC	0	0	1	6	-
TOTAL	7	3	11	59	10
l trast.	3	1	5	46	4
Comorbil.	4	2	6	13	6

### Comorbilidad

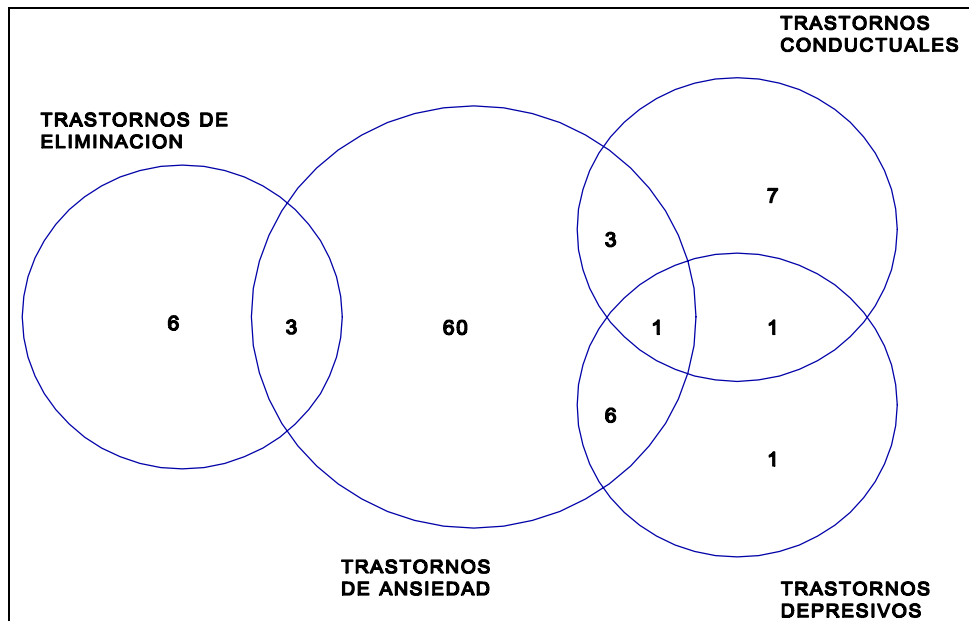
El mayor grado de comorbilidad se encontró entre los diagnósticos de ansiedad, el 19.1% (14 sujetos) de los niños con este diagnóstico presentaba 2 o más trastornos de esta naturaleza, la mayoría tenía solo dos trastornos (12 sujetos), 1 sujeto mostraba 3 y otro cuatro. Además, cerca del 18% de los sujetos con algún diagnóstico de ansiedad fueron diagnosticados también con algún trastorno de conducta, depresión o eliminación. El mayor grado de comorbilidad se encontró entre ansiedad-depresión (9.6%), seguido de ansiedad-conducta (5.5%) y en último lugar ansiedad-eliminación (4.1%) (ver figura 1). Dentro de los trastornos depresivos la comorbilidad era mayor entre depresión mayor y ansiedad (8.22%) que entre ansiedad y distimia (5.48%). Entre los de conductas perturbadoras había un mayor índice de solapamiento entre ansiedad y negativismo (2.74 %) que entre ansiedad y los otros dos trastornos integrados en esta categoría: déficit de atención y trastorno de conducta (1.37% en ambos casos). Por último, entre los de elimina-

ción, solamente la enuresis era comórbida con ansiedad.

### Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo son en general bastante acordes con lo que viene publicándose en los estudios comunitarios de este tipo (Anderson, 1994 y Bernstein y Brochardt, 1991). Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad (13.6%-18.5%, padres y niños, respectivamente) se encuentran dentro del rango informado por otros investigadores (Kashani y Orvaschel, 1988, 1990). Nuestros índices son también comparables a los encontrados en otras muestras españolas. En un estudio reciente, Rivas, Vázquez y Pérez (1995) encontraron que entre el 8% y el 26% de los 411 escolares (8-15 años) evaluados presentaba síntomas clínicos de ansiedad. La ansiedad de separación, la ansiedad excesiva y el trastorno de evitación se han diagnosticado en una proporción que encaja plenamente dentro de los márgenes de prevalencia informados en otros trabajos

como los de Costello et al. (1988) o Costello (1989), por poner un ejemplo que incluya los tres trastornos mencionados.



**Figura 1.** Comorbilidad entre las cuatro categorías diagnósticas principales. Se representan los 88 casos que padecen uno o más trastornos.

Por el contrario, la frecuencia de la fobia específica y el trastorno obsesivo supera en algunos puntos a los índices habitualmente obtenidos en otros estudios. Respecto a la fobia, estos índices oscilan entre el 2.4% reportado por Anderson y colegas (1987) y el 9.2% del trabajo de Costello (1989), aunque también se han publicado valores mucho más altos que los nuestros. Concretamente, Cooper y Goodyer (1993a y 1993b) encontraron una proporción muy elevada (37.4%-35.7%) de síntomas fóbicos clínicamente significativos en una muestra de 1072 mujeres, con edades comprendidas entre los 11-16 años. En este mismo estudio se hallaron prevalencias inusuales para los síntomas obsesivos y

compulsivos (2%-1.6% y 8.2%-3.1%, respectivamente).

En cuanto a la fobia, es posible que nuestros resultados hubieran sido diferentes si hubiéramos utilizado un criterio adicional de severidad que tuviera en cuenta la existencia de una perturbación clínicamente significativa del funcionamiento general del niño, en vez de considerar como criterio de gravedad que el miedo fuera mucho más intenso que en los niños de su edad, que la frecuencia de las respuestas de evitación fueran muy frecuentes o que cuando la exposición al objeto o situación temida no se podía evitar se experimentara una fuerte ansiedad (ítems valorados con 3). De manera que, para discriminar adecuadamente las fobias clínicamente significativas

de las que no los son, no parece suficiente con aplicar el criterio de que "el miedo o la conducta de evitación provoque un intenso malestar" como un requisito alternativo al de que "interfieran acusadamente en la rutina habitual del sujeto", tal como propone el DSM-III-R y mantiene el DSM-IV. Por lo menos en el caso de la fobia infantil, el segundo nos parece más apropiado que el primero, sobre todo teniendo en cuenta la estrecha relación existente entre el nivel de desarrollo del niño y la presencia de múltiples miedos, considerados "evolutivamente normales", aspecto éste que diferencia a los niños de los adultos. Resulta obvio que el hecho de padecer una fobia a los bichos, arañas o serpientes no va a generar demasiados problemas en el funcionamiento general de niños que viven en un medio urbano.

No encontramos un argumento pertinente que nos permita explicar por qué en nuestra muestra un importante porcentaje de niños (4.1%) aseguran tener obsesiones, en marcado contraste con lo que informan sus padres (0.4%), dado que en este caso los criterios recogidos por la de la DICA-R incluyen un criterio de gravedad bastante estricto. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es poco frecuente tanto en muestras clínicas como comunitarias; considerando ambos tipos de población, la prevalencia oscila entre un 0.2%-2.5% (Bragado, Solano y Crespo, 1990; Bragado, 1994; Bragado et al, 1995). De los estudios comunitarios consultados por las autoras, muy pocos ofrecen información acerca de su prevalencia a excepción del ya mencionado de Cooper y Goodyer (1993a y 1993b) y los de Costello et. al (1988) y Kashani y Orvaschel (1988) que no detectaron ningún caso con este diagnóstico. Solamente Silverman y Nelles (1988) obtienen un índice de prevalencia del TOC similar al nuestro (4%), confirmado además por padres y niños, pero hay que advertir que se trata de un estudio realizado con población clínica y que se

desconoce la proporción exacta de sujetos que tenían obsesiones.

El desacuerdo existente entre padres y niños sigue siendo un punto controvertido para el investigador a la hora de decidir qué diagnóstico es más apropiado o qué grupo de sujetos va a tomar como referencia para analizar los factores de riesgo. Como en otros muchos trabajos (Costello et al. 1988, Costello, 1989; Kashani y Orvaschel, 1990; Ezpeleta et al., 1995) nuestros datos señalan un grado de acuerdo extremadamente bajo entre ambos. Por ejemplo, Kashani y Orvaschel (1990) encontraron que padres y niños solo concordaban en un 4.8% de los diagnósticos de ansiedad asignados ( $\kappa=0.16$ ), resultado muy parecido al hallado en este trabajo (7%). Existe bastante consenso entre las investigaciones sobre ansiedad acerca de que 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 una 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. Al respecto, Costello (1989) comentaba que, en base a la información paterna, en su muestra solo se hubiera identificado a la mitad de los niños con trastornos del DSM-III-R y lo mismo hubiera sucedido considerando únicamente la información infantil. Por su parte, Ezpeleta y colegas (1995) concluían su trabajo sobre el acuerdo diagnóstico de padres y niños en la DICA-R afirmando que en los trastornos internalizantes (ansiedad-depresión) es preciso consultar ambas fuentes.

Por lo que respecta a la edad, nuestros resultados son plenamente consistentes con la mayoría de los estudios respecto a que la ansiedad de separación es más prevalente

entre los menores de 13 años y la ansiedad excesiva en la pubertad y adolescencia (Costello et al., 1988; Velez et al. 1989; Bernstein y Brochardt, 1991; Kashani y Orvaschel, 1988, 1990 o Cohen et al. 1993). La ausencia de diferencias sexuales en este trabajo tampoco es algo nuevo, otros investigadores han informado también de resultados similares (Anderson, 1994). A título ilustrativo, Bell-Dolan, Last y Straus (1990) no obtuvieron diferencias significativas en esta variable aunque, como en nuestro estudio, los datos iban en la dirección señalada, en el sentido de que las mujeres tienden a manifestar más síntomas de ansiedad que los varones. Estos autores concluían que probablemente esta asociación resulte menos consistente en muestras procedentes de la comunidad que en las clínicas. Por otro lado, se ha comprobado que la proporción de un sexo u otro puede variar en función de al menos dos factores: la fuente de información que se tome como referencia a la hora de analizar los datos (Costello y colegas, 1988; Costello 1989) y los rangos de edad de la muestra (Cohen et al. 1993)

Algo parecido ocurre con las variables sociodemográficas. Los datos obtenidos en los estudios comunitarios son inconsistentes. Por lo general juegan un papel poco relevante en relación con los trastornos de ansiedad (Kashani y Orvaschel 1990; Bragado et. al. 1995; Rivas, Vázquez y Pérez, 1995) y varían en función de la fuente de información seleccionada (Costello et al. 1988; 1989). Se ha

encontrado una asociación más estable entre clase social y los trastornos de tipo observable o externalizantes que entre los trastornos de tipo interno (Velez et al. 1989). Por ahora, parece que otros factores como la presencia de estrés ambiental y un patrón familiar de ansiedad son mejores predictores del riesgo para padecer trastornos de ansiedad que la pertenencia a una clase social determinada (Bernstein y Brochardt, 1991). Costello (1989) encontró que el único factor que mostraba una asociación mayor con ansiedad, comparada con trastornos de conducta, era la presencia de estrés en la vida de los padres.

Respecto a la comorbilidad, nuestros datos vienen a corroborar los altos niveles de solapamiento existentes entre los distintos trastornos infantiles. Prácticamente todos los estudios consultados sobre este aspecto proporcionan índices de comorbilidad bastante elevados entre los trastornos de ansiedad entre sí (Kashani y Orvaschel, 1990), así como entre ansiedad- depresión y ansiedad-trastornos de conducta (Anderson et al. 1987; Costello et al. 1988; Bird et al. 1988; Mcgee et al., 1990).

Para finalizar, mencionar al menos que, aunque los resultados obtenidos en este estudio concuerdan en lo fundamental con los trabajos que venimos comentando, tienen una importante limitación ya que la investigación se ha efectuado con una muestra incidental y, por lo tanto, desconocemos en qué medida representa a la población general de escolares.

## Referencias bibliográficas

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity". *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Anderson, J.C. (1994). Epidemiological issues. En T.H. Ollendick, N.J. King y W. Yule (Eds). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. 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.
- Bell-Dolan, D.J.; Last, C.G. y Strauss, C.C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 759-765.
- Bernstein, G.A. y Borchardt, C.M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Bird, H.R.; Canino, G.; Rubio-Stipec, M.; Gould, M.S.; Ribera, J.; Sesman, M.; Woodbury, M.; Huertas-Goldman, S.; Pagan, A.; Sanchez-Lacay, A. y Moscoso, M. (1988). Childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Bowen, R.C.; Offord, D.R. y Boyle, M.H. (1990). The prevalence of overanxious and separation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5) 753-758.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de Conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*, Madrid, Fundación Universidad Empresa.
- Bragado, C.; Carrasco, I.; Sánchez-Bernardos, 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(1), 67-82
- Bragado, C.; Solano, C. y Crespo, M. (1990). El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia: Naturaleza, evaluación y tratamiento. Una revisión. *Clínica y Salud*, 1, 85-115.
- Clark, D.C.; Smith, M.G.; Neighbors, B.D., Skerlec, L.M. y Randal, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14 (2), 113-137.
- 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 (6), 849-865.
- Cooper, P.J. y Goodyer, I. (1993a). A community study of depression in adolescent girls I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 163, 369-374.
- Cooper, P.J. y Goodyer, I. (1993b). A community study of depression in adolescent girls II: The clinical features of identified disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 374-380.
- 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 (6), 851-855
- Costello, E.J. y Benjamin, R. (1989). Epidemiology and child diagnosis. En C.G. Last y M. Hersen: *Handbook of child diagnosis*. New York, Wiley and Sons.
- 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.
- DSM-III-R: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Edición revisada, Barcelona, Masson, S.A, 1988. Original: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Third Edition Revised. American Psychiatric Association, 1987
- DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, S.A, 1995. Original: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1994
- Ezpeleta, L. (1992). *Versión en castellano de la "Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-R"*. Publicación de circulación limitada, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ezpeleta, L.; De la Osa, N.; Doménech, J.M.; Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1995). La Diagnostic Interview for children and Adolescents- Revisada (DICA-R): Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22 (6), 153-163.
- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145, 960-964.

- Kashani, J.H. y Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Klein, R.G. (1991). Parent child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: A Review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 187-198.
- McGee, R.; Feehan, M.; Williams, S.; Partridge, F.; Silva, P. y Kelly, A.B. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 611-619.
- De la Osa, N.; Ezpeleta, L.; Doménech, J.M.; Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8(2), 359-368.
- Reich, W.; Shayka, J.J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-R*. Unpublished manuscript. Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Rivas, M.; Vázquez, J.L. y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en EGB. *Psicothema*, 7(3), 513-526.
- Silverman, W.K. y Nelles, M.A. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (6), 772-778.
- 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(6), 861-864