

## Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (*Child Behavior Checklist*)

Concepción López Soler<sup>1,2\*</sup>, María V. Alcántara<sup>3</sup>, Visitación Fernández<sup>2</sup>, Maravillas Castro<sup>3</sup> y Jose A. López Pina<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca (Murcia)

<sup>2</sup> Universidad de Murcia, Deptº Personalidad, Eval. y Trat. Psicológicos

<sup>3</sup> Asociación Quiero Crecer (Murcia)

<sup>4</sup> Universidad de Murcia, Deptº Psicología Básica y Metodología

**Resumen:** Este trabajo presenta la sintomatología internalizante de ansiedad, depresión y quejas somáticas, obtenida en una muestra clínica de 300 niños y niñas de edades entre 8 y 12 años. Se ha empleado como instrumento una escala abreviada (96 ítems) del CBCL (*Child Behavior Checklist*, Achenbach y Edelbrock, 1983).

La prevalencia encontrada en los factores CBCL-DSM para la muestra total, estimada a partir del percentil 98 (Achenbach & Rescorla, 2001), es 54% en ansiedad, 32% en alteraciones afectivas y 29% en quejas somáticas; apareciendo más niños que niñas en las dos primeras alteraciones.

Se realizó un análisis factorial común y se hallaron tres síndromes empíricos internalizantes: ansiedad-depresión, quejas somáticas y retraimiento-depresión. En estos síndromes empíricos la prevalencia, a partir de la media más una desviación típica, es: 18% en ansiedad-depresión y quejas somáticas, y del 14% en retraimiento-depresión, en todos los casos superior en niños que en niñas.

**Palabras clave:** *Child Behavior Checklist*; prevalencia; comorbilidad; muestra clínica pediátrica; trastornos internalizantes; ansiedad; depresión; quejas somáticas infancia

**Title:** Characteristics and prevalence of anxiety disorders, depression and somatic complaints in a 8 to 12 years old child clinical sample using the CBCL (*Child Behavior Checklist*).

**Abstract:** This paper shows the internalizing symptoms: anxiety, depression and somatic complaints, obtained in a clinical sample from 300 boys and girls aged between 8 and 12 years. The instrument used was the abbreviated Child Behavior Checklist Scale (CBCL) (Achenbach & Edelbrock 1983) of 96 items.

The prevalence found in the CBCL-DSM factors in the total sample, estimated from 98th percentile (Achenbach & Rescorla, 2001), is 54% in anxiety, 32% in affective alterations, and 29% in somatic complaints, finding a higher prevalence in boys than girls in the first two alterations.

A factorial analysis was carried out and it was found three internalizing empirical syndromes: anxious/depressed, somatic complaints and withdrawn/depressed. In these empirical syndromes the prevalence, from mean plus one SD of the sample, is: 18% in anxious/depressed and somatic complaints, and 14% in withdrawn/depressed, and in all factors the prevalence was higher in boys than girls.

**Key words:** Child Behavior Checklist; prevalence; comorbidity; pediatric clinic sample; internalizing disorders; anxiety; depression; somatic complaints child.

### Introducción

El estudio de las características y prevalencia de los desórdenes emocionales y del comportamiento en infancia y adolescencia es un campo de investigación necesario tanto para establecer tratamientos eficaces como para desarrollar programas de prevención. Diversos trabajos indican la existencia de trastornos psicológicos en la infancia, con altas tasas de continuidad en la adolescencia y a lo largo de la vida adulta (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2002; Angold, Messer, Stangl, Farmer, Costello & Burns, 1998; Bickman & Rog, 1995; Costello & Angold, 1995). Estudios en población pediátrica de 2 y 3 años de edad, obtienen una prevalencia del 25% de alteraciones psicológicas (San Román, Pedreira, López-Torres, Bonete & Castelló, 2002). En otros estudios epidemiológicos realizados en diversos países (Achenbach Dumenci & Rescorla, 2002; Cicchetti & Cohen 2006; Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998), las tasas de prevalencia de psicopatología infanto-juvenil se sitúan entre el 15 y el 20% de la población. Uno de los estudios pioneros en epi-

demiología psicopatológica en infancia fue realizado en la isla de Wight a todos los chicos y chicas de 10 y 14 años, por Rutter, Tizard y Whitmore (1970). La prevalencia encontrada fue de 6.8% a los 10 años y 20% a los 14 años.

Las alteraciones psicológicas en la infancia han sido tradicionalmente clasificadas en dos patrones básicos de problemas psicológicos: del comportamiento y de las emociones (Achenbach & Edelbrock, 1983; Quay, Routh & Shapiro, 1987). Las alteraciones de las emociones o síndromes internalizantes están relacionadas con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas.

Para el diagnóstico de los trastornos internalizantes se puede emplear la sintomatología descrita por la American Psychiatric Association (APA) en las diferentes propuestas realizadas mediante los sucesivos *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), que hacen referencia a tres síndromes puros, por semejanza con los trastornos en los adultos: problemas afectivos, problemas de ansiedad y somatizaciones. Mediante el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983) es posible explorar tres síndromes internalizantes equivalentes a los tres diagnósticos descritos en las clasificaciones oficiales (Achenbach & Dumenci, 2001): trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y problemas somáticos (Tabla 1). Sin embargo, las taxonomías

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Concepción López Soler. Dept. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. Apdo. 4021, 30100 Murcia (España). E-mail: [clopezs@um.es](mailto:clopezs@um.es)

empíricas muestran que la sintomatología internalizante no aparece tan claramente delimitada en infancia y adolescencia, y propone agrupaciones mixtas de síntomas. Achenbach y colaboradores han realizado diferentes análisis factoriales sobre los ítems del CBCL, y han aislado tres síndromes empíricos internalizantes: ansiedad/depresión, retraimiento/depresión y quejas somáticas. La ansiedad y la depresión no se organizaron como síndromes independientes. La con-

figuración de un trastorno mixto ansiedad-depresión en la infancia ha sido indicado recientemente por Echeburúa y Corral (2009). En adolescentes españoles se ha identificado esta agrupación mixta (Lemos, Fidalgo, Calvo, y Menéndez, 1992; López-Soler y Freixinos, 2001; López-Soler, García, Pérez, de la Nuez, y Fernández, 1997; Martínez de Salazar, López-Soler, García, Pérez, y Martínez, 2001).

**Tabla 1:** Síndromes empíricos internalizantes CBCL-DSM.

Síndrome	Síntomas
Problemas afectivos	Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar
	Llora mucho
	Se hace daño a si mismo/a o ha intentado suicidarse
	No come bien
	Se cansa demasiado
	Duerme menos que la mayoría de los niños/as
	Duerme más que la mayoría de los niños/as de día o de noche
	Habla de querer matarse
	No duerme bien
	Infeliz, triste y deprimido
	Cree que tiene que ser perfecto
	Poco activo/a, lento/a o le falta la energía
Se siente inferior o cree que no vale nada	
Problemas de ansiedad	Es demasiado dependiente o apegado a los adultos
	Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela
	Le da miedo ir a la escuela
	Nervioso/a, ansioso/a o tenso/a
	Demasiado ansioso o miedoso
Problemas somáticos	Se preocupa mucho
	Dolores o molestias sin causa médica
	Dolores de cabeza sin causa médica
	Náuseas, se siente mal sin causa médica
	Problemas en los ojos sin causa médica
	Erupciones o problemas en la piel sin causa médica
	Dolores de estómago o retortijones sin causa médica
Vómitos sin causa médica	

Instrumentos como el CBCL en sus distintas versiones permiten valorar semejanzas y diferencias en cuanto a las taxonomías en psicopatología infanto-juvenil en diferentes poblaciones, países y culturas (Crijen, Achenbach & Verhulst, 1999; Weine, Phillips & Achenbach, 1995; Rescorla et al., 2007; Weisz, Suwanlert, Chaiyasit, Weiss, Achenbach & Trevathan, 1989).

Las investigaciones realizadas mediante listados amplios de conductas, indican que los trastornos internalizantes son los patrones de alteración psicológica más comunes encontrados en la infancia (Achenbach, 1982; Achenbach & Edelbrock, 1983; Quay, 1986; Siu, 2008), fundamentalmente los temores, miedos y fobias (Sandín, 1997). Sin embargo, los trastornos externalizantes son más visibles en el contexto familiar y escolar, al manifestarse mediante conductas disruptivas que interfieren en el funcionamiento de los menores en esos ambientes, poniendo a prueba la tolerancia y habilidad para regular ese comportamiento.

Esto implica mayor remisión a dispositivos de salud mental y mayores tasas de diagnósticos clínicos (Cova, Maganto & Melipillán, 2005). Además, la sintomatología inter-

nalizante puede y suele manifestarse en la infancia junto a alteraciones del comportamiento de tipo externalizante, tales como: irritabilidad, impulsividad, agresividad, inatención, comportamientos disruptivos, etc., quedando menos visible a los adultos.

Sin embargo, un estudio llevado a cabo con el CBCL en población general indica que, en los síndromes externalizantes se obtienen puntuaciones directas superiores a las puntuaciones obtenidas en las escalas internalizantes (Fuentes, Fernández & Bernedo, 2004). Por otro lado, la prevalencia de los trastornos internalizantes en menores adoptados o en familias de acogida (Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000; Smith, Howard & Monroe, 2000), evaluada a través del CBCL, fue inferior a los externalizantes, aunque en el primer estudio los menores presentaron porcentajes entre el 40% y el 45% en rechazo afectivo e inhibición. Es importante destacar que la sintomatología internalizante se relaciona con la vulnerabilidad a desarrollar estrés postraumático (TEPT) en situaciones adversas (Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris & McHugh, 2002) y que las reacciones postraumáticas más graves, que constituyen el trauma complejo,

incluyen sintomatología externalizante junto a internalizante (Cook et al, 2005; López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2008; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005), lo que puede alterar las prevalencias obtenidas cuando los estudios sobre menores con dicha patología no tengan en cuenta esta reacción compleja como respuesta extrema a experiencias muy adversas.

En trabajos recientes realizados con menores oncológicos (N=50), evaluados mediante un listado de conductas (Inventario Clínico Infantil), basado en el CBCL (López-Soler, Hernández, Durá & Fernández, 2006a, 2006b), se estimó la prevalencia de problemas internalizantes y tomando como criterio puntuaciones superiores al percentil 98, se encontró que un 38% de menores oncológicos presentaban ansiedad, un 22% problemas afectivos y un 14% quejas somáticas. En este mismo grupo oncológico las prevalencias halladas en alteraciones externalizantes fueron: un 10% con sintomatología TDA-H, un 16% de oposicionismo-desafiante y un 16% de problemas de conducta.

Cuando se estiman por separado la prevalencia de alteraciones psicopatológicas en niños y niñas, los porcentajes no suelen ser equivalentes. Esparó, Canals, Torrente y Fernández-Ballart (2004), en una muestra de 130 menores pediátricos, de los cuales el 50% eran chicos y el 50% restante chicas, evaluados mediante el CBCL, encontraron prevalencias similares en trastornos internalizantes en chicos y chicas, aunque ligeramente superiores en chicas cuando se estimó la sintomatología a nivel clínico (14.1% en chicas frente 12.5% en chicos). Sin embargo, cuando se consideró también sintomatología subclínica, el porcentaje de niños fue superior al de niñas (20% y 12.5%, respectivamente), lo que indica que si consideramos conjuntamente el porcentaje de casos que presentan sintomatología leve y grave, la prevalencia total es mayor en niños que en niñas (32.8% y 26.6%, respectivamente). Sin embargo, los datos aportados por Martuano, Toller y Elias (2005), realizado en escolares de 7 a 12 años derivados a consulta por bajo rendimiento académico y utilizando como medida el inventario de Achenbach, indican que las niñas muestran una prevalencia más alta que los niños de comportamientos ligados a ansiedad, depresión, aislamiento social y quejas somáticas. En una revisión sobre sintomatología internalizante realizada por Ciccetti y Cohen (2006), se estima, que en general, los problemas internalizantes son más altos en niñas que en niños. Así mismo Rescorla et al. (2007), en un estudio transcultural realizado en 31 países, sobre alteraciones internalizantes y externalizantes en menores de edades comprendidas entre los 6 y 16 años, indican que las chicas puntúan más alto que los chicos en problemas internalizantes y se da el patrón contrario en chicos (más problemas externalizantes). En un estudio sobre población pediátrica de menores de edades situadas entre los 6 y 11 años, se ha estimado la prevalencia de alteraciones externalizantes en niños y niñas (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández & López-Pina, 2009), hallándose una prevalencia superior en niños que en niñas en las tres alteraciones equivalentes CBCL-DSM (déficit de atención con hiperactividad,

oposicionismo-desafiante y agresividad). Las prevalencias de la muestra total fueron 40.6% en el primer trastorno, 28.3% en el segundo y 44% en el tercero. Los problemas de conducta (agresividad), en niños superaron el 51%, el 34% en OD y el 49% en TDA-H. Mientras que las niñas obtuvieron prevalencias del 15%, 19% y 34% respectivamente.

Las diferencias en la prevalencia obtenidas en distintas investigaciones, dependen de una serie de variables que es importante tener en cuenta para comprender adecuadamente los datos que se aportan: la taxonomía de referencia (síndromes empíricos vs. teóricos), el instrumento de medida y/o criterio diagnóstico (listados amplios de conductas, entrevistas estructuradas, tests específicos, criterios clínicos, etc.), la población de referencia (general, normal, pediátrica inespecífica, pediátrica específica, clínica) y el informante (madre, padre, profesor/a, observadores). Puede ser también relevante el intervalo de edad (algunos comportamientos son normales en algunos tramos de edad) y el sexo (algunas configuraciones parecen más propias de un sexo que del otro).

Concretamente con respecto a los trastornos de ansiedad, aproximadamente el 10% de menores y adolescentes los presentan, oscilando entre un 5.6% y un 21%, en función de los criterios empleados y tipo de trastorno de ansiedad estudiado (Anderson, 1994; Benjamín, Costello & Warren, 1990; Bragado, Costello & Angold, 1995; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Kashani & Orvaschel, 1990), y se observa un incremento con la edad (Miguez & Becoña, 2007).

Laredo et al., (2007), en un estudio que relaciona temperamento y problemas de ansiedad, en una muestra de preescolares, de edades comprendidas entre los 3 y 6 años, han encontrado una prevalencia del 24%. En un estudio en el que se estimó la prevalencia de alteraciones mediante una entrevista estructurada basada en el DSM-III, se halló una prevalencia más alta en niñas (63%) que en niños (37%), (Tobado, Ezpeleta & de la Osa, 1998), lo que coincide con los datos de Miguez y Becoña (2007) obtenida a partir del STAIC-R.

Con respecto a la depresión infantil, estudios epidemiológicos con muestras comunitarias realizados a partir de autoinformes que evalúan esta sintomatología han encontrado que entre un 20 y un 50 % de los/as menores evaluados superan los puntos de corte establecidos para la depresión en adultos (Offord et al., 1987; Reinherz, Stuart-Berghauer, Pakiz, Frost, Moeykens & Holmes, 1989). En estudios españoles se ha estimado una prevalencia de depresión mayor del 1.8% en niños de 9 años, del 2.3% en adolescentes de 13 a 14 años, y del 3.4% en jóvenes de 18 años (Canals, Marti-Heneberg, Fernández & Doménech, 1995). Angold y Costello (1994), consideran que la sintomatología afectiva se encuentra presente en un rango comprendido entre el 1.8% y el 8.9% de la población infantil, reduciéndose el rango del 2 al 5% para depresión mayor.

Por otro lado, un estudio en el que se evaluó a 241 niños y niñas menores de 4 años a través de cuestionarios realizados por los padres (Kashani & Ray, 1983), no informó de

sintomatología depresiva. En otro estudio del mismo grupo (Kashani, Holcomb & Orvaschel, 1986), en menores de edades comprendidas entre los 2 años y medio y los 6 años, a través de informes de padres y profesores, encontraron que un 8.3% de la muestra evaluada presentaban los síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno depresivo o distímico, aunque sólo el 1% de la muestra evaluada, cumplía criterios del DSM-III para el trastorno depresivo mayor. La prevalencia aumenta con la edad y en muestras clínicas: Kashani, Ray & Carlson (1984) y Kashani, Cantwell, Shekin & Ray, (1982), encontraron que la prevalencia de sintomatología depresiva en escolares de primaria, remitidos a servicios clínicos, se situaba entre el 3.3% y el 13%. En el primer estudio, se evaluó la sintomatología depresiva por medio de informes de padres y se identificaron como disfóricos a un 17% de los menores, de los cuales el 85% vivían en familias monoparentales. Sin embargo, años después Kashani y Carlson (1987) evaluaron a un grupo de 1000 preescolares de familias monoparentales y solo identificaron a un 0.9% con trastorno depresivo mayor según criterios del DSM-III. Como vemos los datos epidemiológicos son muy diferentes en función de los criterios diagnósticos que se apliquen: el trastorno dístimico es más frecuentes que el trastorno depresivo mayor.

En un estudio clásico, Petti (1978), informó que el 59% de menores hospitalizados en unidades psiquiátricas, cumplían criterios de depresión. Otros autores han informado de prevalencias situadas entre el 20 y el 28% de depresión, en muestras clínicas de menores no hospitalizados (Alessi & Magen, 1988). Alaez, Martínez-Arias y Rodríguez Sutil (2000), en una muestra de menores de 0 a 18 años, evaluados clínicamente mediante criterios CIE-9, encontraron una prevalencia de trastornos depresivos del 14.6%. Por rangos de edad, hasta los 6 años, el 17.3% de los menores presentaban un trastorno depresivo. Entre los 6 y 9 años, la prevalencia descendía al 11.5% y se produjo un incremento considerable entre los 10 y 13 años, situándose en un 19.5%. En este mismo estudio se halló una prevalencia del 11% en niños y del 22% en niñas en depresión, y un 11% en niños y un 16.5% en niñas en ansiedad. Las alteraciones ansiosas también sufrieron un incremento hasta los 13 años (17.4%), situándose en el 12% entre los 14 y los 18 años.

En un estudio realizado sobre depresión infantil en una muestra de 182 menores pediátricos, de edades comprendidas entre los 8 y 12 años (López -Soler & López Pina, 1998), evaluados mediante una escala abreviada del CBCL (ICI), se halló una prevalencia de problemas internalizantes del 33% en niños y 28% en niñas. La prevalencia específica en depresión estimada mediante la escala CBCL-D, propuesta por Clarke, Lewhinson, Hops y Seeley (1992), fue del 17% en niños y del 15% en niñas. En este estudio los niños presentaban más problemas tanto internalizantes como externalizantes. Durante la infancia no es más alta la prevalencia de depresión en niñas que en niños, sin embargo en la adolescencia ya aparece una proporción más alta de chicas que de chicos con esta sintomatología (Angold, Costello & Worth-

man, 1998), que se mantiene en la edad adulta. Además, es conveniente tener en cuenta que desarrollar depresión en la infancia o adolescencia incrementa significativamente el riesgo de sufrir depresión en la edad adulta (Vinaccia et al, 2006; Weller & Weller, 2000).

Con respecto a las somatizaciones, algunos estudios (Campo, Jansen-McWilliams, Comer & Kelleher, 1999; Garralda, Bowman & Mandalia, 1999; Pedreira, Palanca, Sardiñero & Martín, 2001), mostraron que casi una cuarta parte de los/as niños/as que van a consulta pediátrica presentan síntomas físicos, que se explican mejor como problemas psicósomáticos que como enfermedades medicas, y podrían ser entendidos como una respuesta al estrés desde la teoría transaccional (González & Landero, 2006). Aunque han recibido poca consideración específica, en los estudios empíricos en psicopatología infantil mediante el CBCL, reiteradamente aparece un síndrome empírico que está conformado por dolores de cabeza, de estomago, musculares, picores y otros problemas en la piel, angustia, vómitos, náuseas, problemas en los ojos y visión, que no parecen tener causa médica (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004).

Por otro lado, son numerosos los estudios que muestran la comorbilidad entre los diferentes trastornos internalizantes en infancia. Así, diversos autores han hallado una correlación positiva entre quejas somáticas infantiles y medidas de depresión y ansiedad (Garber, Walter & Zeman, 1991; Rautte-Von Wright & Von Wright, 1981; Walker & Green, 1989). Estudios con menores que sufren frecuentemente problemas somáticos han mostrado que tienen más probabilidad de presentar otros trastornos psicológicos, específicamente internalizantes (Campo & Fritsch, 1994; Campo et al., 1999; Dhossche, Ferdinand, van der Ender & Verhulst, 2001; Egger, Costello, Erkanli & Angold, 1999; Zwaifbaum, Szatmari, Boyle & Oxford, 1999). Otros menores y adolescentes con ansiedad y/o depresión, informaron de más quejas somáticas que aquellos que presentaban otros trastornos psicopatológicos (Beidel, Christ & Long, 1991; Dorn et al., 2003; Masi, Favilla, Millepiedi & Mucci, 2000). Asimismo, Dorn et al. (2003) informaron que los menores con ansiedad tienen mayores puntuaciones en la escala de Somatización del *Children's Somatization Inventory* (CSI) (Walker & Green, 1989) y en la subescala somática del *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1992) que los menores del grupo de control.

### Objetivos del estudio

El objetivo general del presente estudio es conocer los síndromes empíricos internalizantes y su prevalencia en menores clínicos pediátricos a partir de las agrupaciones de comportamientos alterados informados mediante el CBCL.

Los objetivos específicos son:

1. Obtener los síndromes empíricos internalizantes en la muestra clínica pediátrica y compararlos con los obtenidos en población general por Achenbach.

2. Obtener la prevalencia en los síndromes internalizantes hallados en el grupo pediátrico, tomando como criterio la puntuación media más una desviación típica obtenida en la muestra.
3. Obtener la prevalencia de cada uno de los síndromes empíricos internalizantes del CBCL equivalentes al DSM: alteraciones afectivas, ansiedad y somatizaciones, tomando como criterio el percentil 98 de las puntuaciones normalizadas obtenidas por Achenbach para estos trastornos.

## Método

### Participantes

La muestra está formada por 300 menores, de los cuales 207 son niños y 93 niñas, en un rango de edad de 6 a 12 años, y son todos los derivados durante un año a la Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, por las diferentes unidades y especialidades pediátricas hospitalarias e interconsulta de atención primaria de cualquier zona de Murcia. Los/as menores que componen la muestra no presentan deficiencia mental ni alteraciones de tipo psicótico, se han excluido a aquellos que presentaban estos problemas. No hemos incluido a los menores de interconsulta de Oncología pediátrica ya que en el estudio previo (López Soler et al., 2006b) descrito en la introducción, la prevalencia fue muy elevada, considerando que específicamente pueden ser muy altas las tasas de ansiedad y distimia como reacción al proceso oncológico.

### Procedimiento

Los menores remitidos a consulta son evaluados por profesionales especializados y sus padres han dado el consentimiento para la utilización de los datos con fines de investigación. Los datos que se presentan son parte del cribado inicial que se realiza a los padres, con el fin de obtener el máximo de información clínicamente relevante. Además a los menores se les administran una serie de pruebas psicológicas específicas, en función de las hipótesis diagnósticas elaboradas a partir de la hoja de consulta del especialista y de la información dada por los padres. Parte de esta información de los padres de los menores remitidos a consulta, se obtuvo a través de un listado abreviado del CBCL, el *Inventario Clínico Infantil* (López Soler, 1987). Su elaboración está basada en el *Child Behavior Checklist* de Achenbach y Edelbrock (1983). Se eliminó la primera parte del CBCL y algunos ítems carentes de significado clínico de la segunda parte, dedicada a los problemas emocionales y comportamentales. El ICI consta de 96 ítems, valorados en una escala tipo Likert de 0 a 3.

### Análisis estadístico

Para estudiar la estructura dimensional del test ICI se realizó un análisis factorial común y se estudió el scree-plot resultante con vistas a seleccionar el número de factores interpretativo. Dado que el número de ítems del test fue muy elevado, no se obtuvo una ruptura clara en la pendiente de los eigenvalores, por lo que se optó por probar varias soluciones entre 6 y 9 factores. Para ello, se repitió el análisis factorial común en cuatro ocasiones, con 6, 7, 8 y 9 factores, y se empleó el criterio de rotación varimax con el propósito de obtener síndromes empíricos específicos de la muestra estudiada.

La solución de seis factores sirvió como base del resto de análisis estadísticos realizados en este estudio, ya que creemos que esta solución fue la que mejor diferenció entre los síndromes internalizantes y externalizantes, y que mejor información clínica aportó para estos tipos de sintomatología. Para el diagnóstico de los trastornos internalizantes, tomamos como criterio las puntuaciones correspondientes al percentil 98 y a la puntuación media más una desviación típica de la muestra en cada uno de los tres factores internalizantes del CBCL-DSM y CBCL-ICI.

Con el fin de calcular la prevalencia de alteraciones internalizantes en menores de referencia clínica se ha estimado:

- El porcentaje de menores cuyas puntuaciones se sitúan por encima del percentil 98 en los síndromes internalizantes CBCL-DSM en la muestra total y específicamente en niños y niñas (Achenbach y Rescorla, 2001).
- El porcentaje de menores que se sitúan por encima de la media más una desviación típica en los síndromes internalizantes CBCL-DSM, tanto en la muestra total como en las submuestras de niños y niñas.
- El porcentaje de niños y niñas que se sitúan por encima de la media más una desviación típica en los síndromes empíricos hallados en la factorización de la muestra clínica.

Se han realizado pruebas de contraste de diferencias de medias para estimar las diferencias entre niños y niñas, y la fiabilidad de la escala completa se evaluó a través del coeficiente alfa de Cronbach.

## Resultados

Es interesante comprobar que, en la factorización de seis factores, la estructura se asemeja mucho a los seis trastornos equivalentes, ansiedad, depresión, quejas somáticas, hiperactividad, oposicionismo desafiante y agresividad, en las clasificaciones oficiales al uso (CIE 10 y DSM IV), excepto que los factores internalizantes no son puros, es decir mezclan sintomatología de los tres factores internalizantes, aunque prevalece la sintomatología principal de los trastornos afectivos, ansiedad y somatizaciones. Para todos los análisis estadísticos utilizaremos los tres síndromes empíricos mixtos de la factorización de seis factores por combinación de criterios estadísticos (alta varianza explicada) y clínicos (en el

resto de factorizaciones se mantienen las agrupaciones mixtas).

En la Tabla 2 se muestran los síndromes empíricos internalizantes obtenidos en las cuatro factorizaciones, así como los porcentajes de varianza explicada por cada uno de ellos. Como podemos observar, en la solución de seis factores, la varianza explicada es de 12.08% para ansie-

dad/depresión, 13% para quejas somáticas y 8.26% para retraimiento-depresión.

Los ítems que configuran cada factor se listan en la Tabla 3. Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach de los síndromes empíricos hallados fueron: .84 para ansiedad/depresión, .86 para quejas somáticas y .62 para retraimiento-depresión. Además, el coeficiente de fiabilidad para la escala completa fue de .95.

**Tabla 2:** Porcentaje de varianza explicada por cada uno de los factores.

	6 FACTORES	7 FACTORES	8 FACTORES	9 FACTORES
F. II	Ansiedad/Depresión (12.084)	Ansiedad/Depresión (10.677)	Ansiedad/Depresión (11.587)	Ansiedad/Depresión (11.558)
F. IV	Q. Somáticas (13.001)	Q. Somáticas / Ansiedad (10.329)	Q. Somáticas (10.285)	Q. Somáticas (8.096)
F. V			Inseguridad (6.842)	
F. VI	Retraimiento/Depresión (8.260)			Depresión (6.543)
F. VII		Inseguridad (10.734)		
F. VIII			Depresión (5.673)	Miedo/Temores (5.957)
F. IX				Residual (4.583)

**Tabla 3:** Síndromes empíricos internalizantes factores ICI (CBCL).

Síndromes	Síntomas
Problemas de ansiedad/depresión	Llora mucho
	Tiene miedos a ciertas situaciones
	Le da miedo ir a la escuela
	Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
	Cree que tiene que ser perfecto
	Cree o se queja de que nadie le quiere
	Se siente inferior o cree que no vale nada
	Demasiado ansioso o miedoso
	Se siente culpable por cualquier cosa
	Se avergüenza con facilidad
Retraimiento/depresión	Habla de querer matarse
	Se preocupa mucho
	Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar
	Prefiere estar solo
	Se niega a hablar
	Muy reservado se calla todo
	Muy tímido/a
Poco activo, lento/a, o le falta la energía	
Quejas somáticas	Infeliz triste o deprimido
	Se aísla no se relaciona con los demás
	Pesadillas
	Padece de estreñimiento
	Se siente mareado
	Se cansa demasiado
	Dolores o molestias sin causa médica
	Dolores de cabeza sin causa médica
	Náuseas, se siente mal sin causa médica
	Problemas en los ojos sin causa médica
Erupciones o problemas en la piel sin causa médica	
Dolores de estómago o retortijones sin causa médica	
Vómitos sin causa médica	

La prevalencia de los síndromes en la escala CBCL de acuerdo con los síndromes clínicos que aparecen en el DSM: problemas afectivos, problemas de ansiedad y quejas somáticas, tomando como criterio diagnóstico la puntuación correspondiente al percentil 98 del CBCL, fue del 32%, 53.7% y 28.7% respectivamente (Tabla 4). Estos altos porcentajes se moderan al calcular la prevalencia a partir de las medias más una desviación típica de la muestra pediátrica en esos mismos ítems: 17% presentan problemas afectivos y de ansiedad y 14% en quejas somáticas.

**Tabla 4:** Prevalencia de problemas internalizantes en la muestra clínica pediátrica en los síndromes CBCL-DSM (PC 98, Achenbach y Rescorla, 2001).

	Global	Niños	Niñas
Factor P. Afectivos	32%	35.3%	24.7%
Factor P. Ansiedad	53.7%	55.6%	49.5%
Factor Q. Somáticas	28.7%	26.1%	34.4%

La puntuación de corte propia de la muestra pediátrica ( $X+1DS$ ), es la que tomamos como criterio para estimar las diferencias entre niños y niñas (Tabla 3). Los niños presentaron una prevalencia más elevada que las niñas en problemas afectivos y problemas de ansiedad, mientras que las niñas mostraron más sintomatología moderada (media más una desviación típica) en quejas somáticas, resultando significativas estadísticamente las diferencias de medias en problemas afectivos ( $p=.012$ ) y quejas somáticas ( $p=.001$ ).

**Tabla 5:** Prevalencia niños/as en síndromes CBCL-DSM ( $X+1DT$ ).

	Global 1dt	Niños 1dt	Niñas 1dt
Factor P. Afectivos	17%	17.4%	16.1%
Factor P. Ansiedad	17.30%	18.4%	15.1%
Factor Q. Somáticas	14.30%	12.1%	19.4%

A partir de la factorización del ICI se obtuvieron las prevalencias de los trastornos internalizantes tomando la puntuación media más una desviación típica, que en nuestra muestra fue de 9.6 para el factor ansiedad/depresión, 14.9 para quejas somáticas y 18.5 para retraimiento-depresión. La prevalencia de alteraciones internalizantes (Tabla 6) es del 17.9% en problemas de ansiedad/depresión, del 17.7% en quejas somáticas y del 13.6% en retraimiento-depresión. Estas puntuaciones de corte propias de la muestra pediátrica son las que tomamos como criterio para estimar las diferencias entre niños y niñas. En todas las alteraciones aparecen los niños con más problemas internalizantes que las niñas y son estadísticamente significativas las diferencias de medias en los factores quejas somáticas ( $p=.000$ ), y retraimiento-depresión ( $p=.001$ ).

**Tabla 6:** Prevalencia síndromes empíricos muestra clínica pediátrica ( $X+1DS$ ).

	Global	Niños	Niñas
F. Ansiedad /Depresión	17.9%	19%	15.6%
F. Quejas Somáticas	17.70%	21.5%	9.1%
F. Retraimiento/ Depresión	13.60%	16.3%	9.5%

## Discusión y conclusiones

De los hallazgos encontrados destaca la alta prevalencia estimada tomando como criterio el percentil 98 del CBCL aportada por Achenbach y Rescorla (2001): el 32% de los menores clínicos presentaron indicadores de problemas afectivos, el 54% de alteraciones de ansiedad y 29% de quejas somáticas.

Como la media de la muestra clínica es superior a muestras de población general, cuando tomamos como criterio la media más una desviación típica, el porcentaje de casos con estos problemas internalizantes no son tan altos. Entonces la prevalencia se sitúa entre el 13.6% y el 17.9%, considerablemente inferior a la obtenida mediante puntuaciones normalizadas de población general y descrita en el párrafo anterior. Sin embargo al calcular las prevalencias específicas de niños y niñas encontramos importantes diferencias de género, ya que la estimación de los trastornos internalizantes se encuentra entre el 21.5% (quejas somáticas, en niños), y el 9.1% (quejas somáticas, en niñas) (Tabla 6).

Por otra parte, es interesante observar que la estimación de los problemas somáticos en niños, si se realiza sin ítems de ansiedad es la prevalencia más baja (12.1%), mientras que si se estima con inclusión de ítems de ansiedad tal y como se estructura en los síndromes empíricos, son las niñas las menos afectadas (9.1%), y los niños entonces son los que presentan más indicadores de psicopatología internalizante. De hecho, en todas las factorizaciones realizadas en nuestro grupo y en las investigaciones señaladas en la introducción, aparece el factor mixto de ansiedad/depresión, lo que coincide con los estudios empíricos previos y las apreciaciones clínicas.

En concreto, podemos comprobar que más de la mitad de los menores remitidos por interconsulta pediátrica presentan altos niveles de ansiedad, y aproximadamente un tercio presentan problemas afectivos y quejas somáticas, y no ha sido la sintomatología de estos trastornos internalizantes el motivo de derivación a la unidad de psicología.

Las tasas de prevalencia de alteraciones psicológicas para la población general infantil se sitúan entre el 15% y el 20% (Achenbach Dumenci & Rescorla, 2002; Cicchetti & Cohen 2006; Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998). Sin embargo para nuestra muestra clínica pediátrica, la tasa de prevalencia se sitúa en niveles más elevados, entre el 29% y el 54%, tomando como referencia las puntuaciones normalizadas de Achenbach. Estos datos indican una gran diferencia entre muestras de población general y clínica.

Por otra parte, si tomamos como referencia la variable sexo, se obtienen porcentajes más elevados en niños que en niñas en los factores Problemas Afectivos y Problemas de Ansiedad. Sólo en Quejas Somáticas el porcentaje obtenido es mayor en niñas que en niños. Estos datos no concuerdan con los de otros autores (Rescorla et al, 2007), diferencia que puede estar determinada en parte por la proporción diferente de niños y niñas: el número de niños (207) es muy superior al de niñas (93) en esta muestra, y por tratarse de una

muestra clínica. Esta diferencia en la derivación clínica entre niños y niñas nos indica la superioridad de los niños con problemas clínicos en edad escolar. Además y concretamente los problemas de ansiedad son los más altos tanto de los internalizantes como de los externalizantes en esta muestra (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández & López-Pina, 2009), y tanto en niñas como en niños, aunque son estos los más afectados.

Los resultados obtenidos apuntan, por tanto, a la necesidad de realizar una evaluación específica de los problemas internalizantes, puesto que por norma general, tanto en el ambiente familiar, escolar y social, como en el ámbito clínico, suelen ser menos evidentes y son eclipsados por los comportamientos externalizantes, dado que estos últimos se perciben más y son motivo de queja y consulta. Cova et al., (2005) informaron que los padres y profesores no estiman adecuadamente los síntomas de tristeza y ansiedad, y no identifican los trastornos internalizantes.

En este sentido, en nuestro estudio hemos prestado atención a la presencia de indicadores de posibles alteraciones internalizantes que pueden pasar desapercibidas en las remisiones y evaluaciones clínicas, por no ser graves o por no presentar la configuración de síntomas especificadas en las categorías diagnósticas de adultos. En la práctica clínica, consideramos necesario realizar estudios sobre diagnósticos efectuados en la evaluación clínica del eje I (síndromes clínicos) y compararlos con los indicadores de alteraciones psi-

copatológicas obtenidos mediante la aplicación de entrevistas diagnósticas estructuradas y/o de pruebas de cribado. Este procedimiento permitiría avanzar en el conocimiento de la psicopatología infantil y adolescente, mejorar las derivaciones a las consultas especializadas de salud mental, disminuir los sesgos en el diagnóstico clínico y diseñar y aplicar tratamientos psicológicos más eficaces. Esta investigación es un primer paso en este sentido.

De hecho, visto el alto porcentaje de casos detectados, consideramos que se precisan protocolos de evaluación y tratamiento psicológico más adecuados en atención primaria, con el fin de atender en sus inicios los problemas psicológicos, así como un incremento en los recursos disponibles en salud mental infantil, ya que los actuales son claramente insuficientes. Para la detección de los trastornos psicológicos en infancia, los inventarios para padres como el CBCL, pueden ser un buen instrumento.

Sin embargo este trabajo presenta dos limitaciones. La primera relacionada con la ausencia de muestra control de menores de las mismas edades de población general, lo que nos hubiera permitido comparar los datos resultantes en la muestra clínica con los datos de una muestra de la misma población. Por otro lado, se han utilizado puntuaciones correspondientes al percentil 98, de población americana, cuando lo deseable es poder comparar con datos normativos de escolares españoles.

## Referencias

- Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001): *Manual for the ASEBA Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M. & Dumenci, L. (2001). Advances in Empirically Based Assessment: Revised Cross-Informant Syndromes and New DSM - Oriented Scales for the CBCL, YSR, and TRF: Comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, & Fisher. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 699-702.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L. & Rescorla, L. A. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth: Self, parent, and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(4), 194-203.
- Achenbach, T.M., Newhouse, P.A. & Rescorla, L.A. (2004). *Manual for the ASEBA older adult forms & profiles*. Burlington, VT, University of Vermont. Research Center for Children, Youth and Families.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alessi, N.E. & Magen, J. (1988). Comorbidity of other psychiatric disturbances in depressed, psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 145,1582-1584.
- Angold, A., Costello, E.J. & Worthman, C.M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28 (1), 51-61.
- Angold, A., Messer, S.C., Stangl, D., Farmer, E. Costello, E.J. & Burns, B.J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75-80.
- Beidel, D. C., Christ, M. A. G. & Long, P. L. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 659-670.
- Benjamin, R. S., Costello, E. J. & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316.
- Canals, J., Martí-Hennenberg, C., Fernández-Ballart, J. & Domènech, E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4(2), 102-111.
- Campo, J. V. & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescent *Psychiatry*, 33, 661-668.
- Campo, J. V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M. & Kelleher, K. J. (1999). Somatization in a pediatric primary care: Association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1093-1101.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (Eds.) (2006). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. (Vol. 3, 2nd ed.). New York: Wiley.
- Clarke, G.N., Lewinsohn, P.M., Hops, H. & Seeley, J.R. (1992). A self- and parent-report measure of adolescent depression: The Child Behavior Checklist Depression scale (CBCL-D). *Behavioral Assessment*, 14(3-4), 443-463.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Costello, E.J. & Angold, A. (1995). Developmental Epidemiology. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Theory and Methods*. New York: Wiley Interscience.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General of Psychiatry*, 60, 837-844.



- Cova, F., Maganto, C. & Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. *Psyke*, 14(1), 227-232.
- Crijen, A. A., Achenbach, T. M. & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 569-74.
- Dhossche, D., Ferdinand, R., van der Ender, J. & Verhulst, F. (2001). Outcome of self-reported functional-somatic symptom in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 191-199.
- Dorn, L. D., Campo, J. C., Thato, S., Dahl, R. E., Lewin, S., Chandra, R. & DiLorenzo, C. (2003). Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 66-75.
- Egger, H., Costello, E., Erkanli, A. & Angold, A. (1999). Somatic Complaints and Psychopathology in Children and Adolescents: Stomach Aches, Musculoskeletal Pains, and Headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (7), 852-860.
- Echeburúa, E. & Del Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Esparó, G., Canals, J., Torrente, M. & Fernández-Ballart, J. D. (2004). Psychological problems and associated factors at 6 years of age: Differences between sexes. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 53-62.
- Fuentes, M. J., Fernández, M. & Bernardo, I. (2004). Problemas de conducta evaluados con el CBCL, en adolescentes adoptados españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 663-691.
- Garber, J., Walter, L. S. & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescent: Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 588-595.
- González M. & Landero R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
- Heflinger, C., Simpkins C. & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22 (1), 55-73.
- Kashani, J. & Carlson G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 348-50.
- Kashani, J. y Ray, J. (1983). Depressive related symptoms among preeschool-age children in child developmental unit. *Child Psychiatry and Human Development*, 13, 233-238.
- Kashani, J., Cantwell, D.P., Shekim, W.O. & Reid, J.C. (1982). Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *American Journal of Psychiatry*, 139 (5), 671-2.
- Kashani, J., Holcomb, W.R. & Orvaschel, H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1138-1143.
- Kashani, J., Ray, J. & Carlson, G. (1984). Depression and depressive-like states in preschool-age children in child developmental unit. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1397-1402.
- Kashani, J. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Laredo, A., Jane, M. C., Viñas, F., Mitjavila, M., Pla, E., Ruiz, G. & Doménech, E. (2007). Temperamental dimension and anxiety problems in a clinical sample of three to six year old children: A study of variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 399-407.
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992a). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 883-905.
- López-Soler, C. (1987). *Inventario de Conductas Infantiles*. Manuscrito no publicado.
- López-Soler, C. y Freixinos, M.A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17(2), 177-188.
- López-Soler, C., García, C., Pérez, J., de la Nuez, y Fernández, E. (1997). *Psicopatología en la adolescencia: taxonomías empíricas, rasgos de personalidad y estrés*. Proyecto Séneca, HUM-96/46.
- López-Soler, C., Hernández, S., Durá, E. & Fernández, V. (2006a). Externalizing problems (ADD-H, OD, CD) in children with cancer. *Comunicación presentada al 8th Congress of Psycho-Oncology*. Octubre.
- López-Soler, C., Hernández, S., Durá, E. & Fernández, V. (2006b). Affective and anxiety problems of childhood cancer. *8th Congress of Psycho-Oncology*. Octubre.
- López-Soler, C. y López-Pina, J.A. (1998). La depresión en la infancia desde la perspectiva de las taxonomías empíricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3 (2), 95-102.
- Martínez de Salazar, A., López-Soler, C., García-Montalvo, C., Pérez-López, J. y Martínez Sánchez, A. (2001). Factorización del Cuestionario de Youth Self Report de Achenbach. *III Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3)153-17.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M. & Puerto, J. C. (2008). Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Ciencias Psicológicas*, II (2); 103-118.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. V., Fernández, V. & López-Pina, J.A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.
- Marturano, E. M., Toller, G. P. & Elias, L. C. D. (2005). Género, adversidad e problemas socioemocionales asociados a queja escolar. *Estudios de Psicología*, 22(4), 371-380.
- Masi, G., Favilla, L., Millepiedi, S. & Mucci, M. (2000). Somatic symptoms in children and adolescent referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry*, 63, 140-149.
- Míguez, M. C. & Becoña, E. (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 41-50.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., Byles, J. A., Crawford, J. W., Blum, H. M. & Byrne, C. (1987). Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44(9), 832-836.
- Pedreira, J. L., Palanca, I., Sardinero, E. & Martín, L. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 3(1), 26-51.
- Petti T. A. (1978). Depression in hospitalized child psychiatry patients: approaches to measuring depression. *Journal of American Academic of Child Psychiatry*, 17, 49-59.
- Quay, H.C., (1986). Classification. En H. C. Quay y J. S. Weery (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (pp.1-34). New York: Plenum.
- Quay, H.C., Routh, D.K. & Shapiro, S.K. (1987). Psychopathology of childhood: from description to validation. *Annual review of psychology*, 2(38), 491-532.
- Rauste-Von Wright, M. & Von Wright, J. (1981). A longitudinal study of psychosomatic symptoms in healthy 11-18 year old girls and boys. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 525-534.
- Reinherz, H.Z., Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost, A.K., Moeykens, B.A. & Holmes, W.M. (1989). The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (6), 942-7.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W., Dobrea, A., Döpfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., Frigerio, A., Grietens, A., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Larsson, B., Leung, P., Liu, X., Minael, A., Mulatu, M., Novik, T., Oh, K., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H., Weintraub, S., Weisz, J., Metzke, C., Wolanczyk, T., Yang, H., Zilber, N., Zukauskienė, R. & Verhulst, F. (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15 (3), 130-142.
- Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, K. (1970). *Education, health, and behaviour*. London: Longman.
- Saigh, P., Yasik, A., Oberfield, R., Halamandaris, P. & McHugh, M. (2002). An analysis of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with and without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 462-470.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, Miedos y Fobias en niños y Adolescentes*. Madrid: Dykinson Psicología.
- San Román, P., Pedreira, J. L., López-Torres, J., Bonet, J. M. y Castelló, T. (2002). Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. *Psicología.com*, 6(2).

- Schwab-Stone, M. E. & Briggs-Gown, M. J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. En P. Ferrari (Ed.), *Designing mental health services and systems for children and adolescents: A sbrend investment* (pp. 2-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Siu, A. (2008). A Prevalence Study on Internalizing Problems Among Primary School Children in Hong Kong. *Journal of child and family studies*, 17(6), 779-790.
- Smith, S., Howard, J. & Monroe, A. (2000). Issues underlying behavior problems in at-risk adopted children. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 539-562.
- Tobadoa, A., Ezpeleta, L. & de la Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Estrés y Ansiedad*, 4(1), 1-16.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaption to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Vinaccia S., Gaviria, A.M., Atehortúa, L.F. Martínez, P., Trujillo, C. & Quiçeno, M. (2006). Prevalencia de Depresión en Niños Escolarizados entre 8 y 12 Años del Oriente Antioqueño a partir del "Child Depression Inventory" CDI. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 2(2), 217-227
- Walker, L. S.; & Green, J.W. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: More somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 294-379.
- Weine, A. M., Phillips, J. S., & Achenbach, T. M. (1995). Behavioral and emotional problems among Chinese and American children: parent and teacher reports for ages 6 to 13. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(5), 619-39.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M. & Trevathan, D. (1989). Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: teacher reports for ages 6-11. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 30(3), 471-484.
- Weller E.; & Weller R. (2000). Depression in adolescents growing pains or true morbidity? *Journal of Affective Disorders*, 61(Suppl 1(2)), 9-13.
- Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1999). Highly somatizing young adolescent and the risk of depression. *Pediatrics*, 103, 1203-1209.

(Artículo recibido: 11-4-2010; revisado: 18-5-2010; aceptado: 20-5-2010)