

## Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: Taxonomías empíricas

Concepción López Soler<sup>(\*)</sup>, Carmen García Montalvo<sup>(\*)</sup>; Laura Murcia<sup>(\*\*)</sup>, Carlota Martín<sup>(\*\*)</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Cortegano<sup>(\*\*)</sup>, Isabel López-Mora<sup>(\*\*)</sup> y Genoveva López-García<sup>(\*\*)</sup>

<sup>(\*)</sup> Universidad de Murcia.

<sup>(\*\*)</sup> Unidad de Psicología Clínica Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es conocer las agrupaciones de síntomas psicopatológicos en una muestra de niños y niñas con problemas clínicos. Para llevar a cabo la consecución de dicho objetivo, hemos trabajado con una muestra global de población clínica infantil, dividida en dos submuestras, una de niños y otra de niñas.

Desde el punto de vista metodológico diremos que los síntomas y su gravedad se evaluaron mediante una escala de evaluación de conductas; los datos obtenidos a partir de la aplicación del mencionado instrumento se analizaron estadísticamente mediante técnicas de análisis multivariado (factorial). Las agrupaciones empíricas obtenidas, es decir los resultados de los análisis llevados a cabo, se han comparado con los síndromes de amplio espectro, internalizante y externalizante, descritos por Achenbach y Edelbrok entre otros, y los síndromes de espectro restringido, como ansiedad, depresión, hiperactividad, agresividad, etc. De este modo, la estructura jerarquizada de la sintomatología infantil nos permite conocer, además de los síndromes empíricos, la participación de determinados síntomas en varios cuadros psicopatológicos.

**Palabras clave:** Taxonomía, Psicopatología Infantil, Escala-evaluación-conductas, evaluación psicopatológica.

**Title:** Psychopathological problems in a boys and girls clinic sample: empirical taxonomy

**Abstract:** The objective of this investigation is knowing psychopathologic symptoms gathering in a boys and girls with clinic problems sample. This objective is carried forward working with a global sample of child's clinic population, which is divided in two subsamples, one of boys and one of girls.

From methodological point of view, the symptoms and their gravity have been assessed through a behavior assessment checklist; the facts obtained with this instrument were statistically analyzed through multivariate analysis methods (factorial). The empirical gatherings obtained, that is to say the analysis results achieved have been compared with the internalizing and externalizing ample spectrum syndromes, which have been described among others by Achenbach and Edelbrok, and the restricted spectrum syndromes as anxiety, depression, hyperactivity, aggressiveness, etc. In this way, the child's hierarchical structure, allow us to know, besides of the empirical syndromes, the participation of certain symptoms in several psychopathologic squares.

**Key words:** Taxonomy, Child's Psychopathology, Behavior-Assessment-Checklist, Psychopathological Assessment.

### Introducción

El área de la psicopatología infantil ha planteado numerosas dificultades en cuanto a evaluación, diagnóstico y tratamiento. Hay que destacar que su establecimiento, tanto en lo que se refiere a clasificaciones oficiales como a taxonomías empíricas,

independiente de la psicopatología de adultos, fue aproximadamente en 1965, fecha en la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) recogió por primera vez un apartado específico de los trastornos mentales infantiles.

En psicopatología infantil se deben tener en cuenta las características que hacen distintiva esta disciplina de la psicopatología en adultos. Es importante tener presente el hecho de que muchas conductas infantiles, a pesar de crear dificultades, son propias de ciertos niveles evolutivos. Por tanto, es fundamental saber cuándo y en qué grado, dichos comportamientos deben ser considerados

(\*) Dirección para correspondencia: Concepción López Soler. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Campus de Espinardo (Edificio "Luis Vives"), Universidad de Murcia. Apto. 4021, 30080 Murcia (España).

© Copyright 1995: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 7-9-95, aceptado: 23-1-96.

como patológicos o problemáticos o simplemente constituyen rasgos normales en determinados grupos de edad.

Asimismo, la variabilidad transituacional del comportamiento infantil nos lleva a destacar la importancia de variables familiares (Rutter *et al.*, 1970; Richman *et al.*, 1975; Lavick, 1977; Weissman, 1972), demográficas (Gath, 1977) y socio-demográficas (Richman *et al.*, 1975), así como la diferente expresión de conductas infantiles en el contexto escolar, familiar o social del niño. Achenbach y Edelbrock han puesto de manifiesto cómo difieren las evaluaciones de problemas infantiles teniendo en cuenta distintos informadores (padres, maestros, observadores entrenados, profesionales de Salud Mental o los propios niños) ya que, si bien en sus estudios dichas evaluaciones correlacionan de forma significativa, distan mucho de ser idénticas. Esto no significa que los informadores "no sean fiables", más bien nos da una idea de las diferencias en el funcionamiento de los niños de una situación a otra y del diferente impacto que hacen en ellos las distintas personas con las que interactúan.

Otra variable que determina la distinta prevalencia de trastornos psicopatológicos infantiles es la del sexo. De esta manera, son más frecuentes en los varones los trastornos del comportamiento, psicosis, enuresis, encopresis y trastornos del aprendizaje, mientras que en las niñas son más frecuentes las fobias, reacciones histéricas y los trastornos de ansiedad (Martínez Alcolea y López Soler, 1992).

Centrando nuestro interés en el tema de la diagnosis, muchos son los factores que han contribuido a que, en la actualidad y desde las últimas dos décadas, éste haya sido un tema polémico y abordado desde distintas perspectivas teóricas, teniendo todas ellas como fin básico la creación de taxonomías diagnósticas que permitan la valoración de las conductas individuales y la clasificación de los trastornos en función de dichas taxonomías (Lemos, 1992).

En este trabajo nos situamos en una perspectiva de análisis multivariado en la cual son pioneras las investigaciones de Achenbach y Edelbrock (1983). En ellas se obtienen datos empíricos de muestras concretas y se analizan con el fin de es-

tablecer síndromes que existen sobre la base de características que tienden a co-ocurrir conjuntamente. De esta forma, los desórdenes comportamentales o emocionales quedarán establecidos como variables continuas, constituyéndose gradientes dentro de los síndromes, según el grado en el que se manifiesten o no los rasgos que forman dichos trastornos.

Siguiendo lo expuesto por Achenbach en la Conferencia de Toronto (Achenbach, 1993b) esta forma de realizar la evaluación y establecer taxonomías es uno de los posibles acercamientos. Su grupo ha elegido una forma de evaluación en la que se obtienen datos en formato similar y estandarizado para diversos informantes, los cuales perciben o ven a los niños en diferentes condiciones.

Por otro lado, este acercamiento taxonómico implica análisis cuantitativos de evaluaciones estandarizadas de datos, para identificar agrupaciones de problemas que tienden a coocurrir, tal y como es referido por las diferentes fuentes de información (padres o sustitutos, profesores, observadores directos, evaluadores clínicos y los propios sujetos). Tales datos son tratados mediante análisis factorial y análisis de componentes principales con el fin de obtener *síndromes* empíricos. La palabra síndrome es utilizada sin ninguna asunción acerca de la entidad perturbadora biológica vs. ambiental, que puede estar determinando tal coocurrencia de problemas particulares.

El modelo psicopatológico de Achenbach, supone un enfoque taxonómico y evaluativo de tipo empírico y multiaxial. Empírico porque los síndromes que conforman las taxonomías son extraídos de los análisis multivariados efectuados sobre datos estandarizados de conductas infantiles. Y, multiaxial, porque se basa en el análisis de ejes múltiples configurados sobre las diferentes fuentes de información y clases de datos.

Es en este marco general desde el que Achenbach y Edelbrock han construido un grupo de cuestionarios estandarizados, todos ellos basados en el: *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach y Edelbrock, 1983), tales como el *Teacher's Report Form* (TRF) (Achenbach y Edelbrock, 1986) y el *Youth Self-Report* (YSR) (Achenbach y Edelbrock, 1987).

Como resumen, exponemos en la Tabla 1 las ideas básicas desarrolladas por Achenbach (1993) sobre la *taxonomía basada empíricamente*: problemas de personalidad, timidez o ansiedad, inhibición) y Exteriorizada (infracontrolado, problemas de conducta, cólera o desafío y agresión).

**Tabla 1:** Esquema de las ideas básicas de Achenbach (1993) sobre la taxonomía basada empíricamente

<i>Principios de taxonomía basada empíricamente</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El objetivo es aislar agrupaciones que coocurren en población meta.</li> <li>2. Uso de instrumentos estandarizados para evaluar las características distintivas de los individuos en la población meta.</li> <li>3. Análisis cuantitativo de datos de evaluación para detectar asociaciones entre características.</li> <li>4. Taxonomías derivadas mediante la identificación de asociaciones entre características.</li> </ol>
<i>Instrumentos de evaluación estandarizados</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CBCL, TRF, YSR evalúa 89 ítems comunes como base para taxonomías a través de informante.</li> <li>2. CBCL, TRF, YSR evaluación de ítems adicionales, específicos de informantes particulares.</li> </ol>
<i>Síndromes a través de informantes derivados de CBCL, TRF, YSR.</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describe el funcionamiento infantil en 8 áreas de problemas en comparación con muestras normativas de iguales.</li> <li>2. Comparación pre y post-tratamiento y correlatos externos.</li> </ol>
<i>Tipos de perfiles derivados de síndromes</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación de patrones a partir de síndromes empíricos.</li> <li>2. Base más comprensiva para taxonomía que para síndromes individuales.</li> <li>3. Puntuación requerida para problema total <math>\geq 30</math>; puntuación factorial <math>\geq 445</math>.</li> </ol>

Achenbach y Edelbrock (1983) diseñaron un *Inventario de Conductas Infantiles* (CBC, *Child Behavior Checklist*) compuesto por 20 ítems de habilidades sociales y 118 de problemas de conducta, con tres alternativas de respuesta, valorados con una escala de 0 a 2 puntos junto a un epígrafe "Otros problemas". El cuestionario está diseñado para ser completado por padres o sustitutos de los niños/as de edades comprendidas entre 4-16 años. Utilizaron una muestra clínica de 2300 niños. La razón por la cual se escogieron pacientes remitidos a consulta fue la consideración de que las puntuaciones más elevadas de los niños clínicos facilitarían una mayor diferenciación entre los patrones del perfil, mientras que con niños normales los perfiles habrían resultado relativamente planos.

Mediante la aplicación de un Análisis de Componentes Principales a las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los ítems problema de la CBC se obtuvieron síndromes de primer orden o síndromes de banda estrecha. Sobre estas escalas en cada grupo de edad y sexo se realizaron análisis factoriales de segundo orden que revelaron dos grandes agrupaciones de escalas: Interiorizada (llamada en otros estudios hipercontrolados, pro-

En la Tabla 2 podemos observar los síndromes de banda ancha y de banda estrecha obtenidos por los autores, si bien especificamos únicamente aquellos pertenecientes al rango de edad de 6 a 11 años debido a que comprende las edades en las que nos centramos en el presente estudio.

Como se puede observar, los datos mostraron claras diferencias intersexos: tres síndromes que aparecían como significativos en varones no aparecieron en niñas ("esquizoide o ansioso", "no comunicativo" y "obsesivo compulsivo"). Por otra parte, los análisis dieron como resultado dos síndromes en las niñas que no aparecieron en los niños ("esquizoide obsesivo" y "problemas sexuales").

A su vez, la replicación de varios síndromes (agresivo, delincuente, quejas somáticas etc) a través de diferentes grupos de edad y sexo sugieren que cuentan con amplia generalidad, a pesar de que los contenidos de ítems exactos de estos síndromes varían algo entre los sexos y de un grupo de edad a otro.

**Tabla 2:** Síndromes derivados de la CBC (*Child Behavior Checklist*)

Sexo	INTERIORIZADOS	MIXTOS	EXTERIORIZADOS
Niños 6-11 años	Esquizoide o ansioso	Retraimiento social	Hiperactivo
	Depresivo		Agresivo
	No comunicativo		Delincuente
	Obsesivo compulsivo		
	Quejas somáticas		
Niñas 6-11 años	Deprimido		Hiperactivo
	Retraimiento social		Problemas sexuales
	Quejas somáticas		Delincuente
	Esquizoide obsesivo		Agresivo

En España se han realizado, a su vez, diversos estudios similares entre los cuales cabría destacar el análisis realizado por Lemos *et al.* (1992) centrado en adolescentes de 11 a 18 años de edad, para lo cual utiliza una adaptación realizada por Achenbach y Edelbrock de la escala CBC. Esta adaptación se denomina *Youth Self Report (YSR)* y se diferencia de la CBC en que sus ítems están redactados en tercera persona para ser cumplimentados por los mismos adolescentes a los que se pretendía evaluar. Lemos utiliza en esta ocasión, una muestra de población normal no clínica (a diferencia del estudio anteriormente citado) y obtiene al igual que Achenbach y Edelbrock, síndromes de banda estrecha tales como: depresión/ansiedad, conducta delictiva, conducta agresiva, quejas somáticas, problemas de pensamiento, problemas de relación y búsqueda de atención, si bien estos síndromes varían según el sexo apareciendo en los varones dos síndromes que no se constatan en las mujeres: conducta antisocial y ansiedad. Asimismo, tras la realización de análisis factorial de segundo orden, los datos vuelven a mostrar las dos agrupaciones de banda ancha (internalizada y externalizada).

Finalmente, parece necesario señalar la posibilidad que brindan estos instrumentos estandarizados (CBC y sus diversas adaptaciones para maestros y autoinformes de adolescentes) de indagar en las similitudes y diferencias en cuanto a las taxonomías de psicopatología infanto-juvenil en diversos países y a través de distintas culturas. Resultados de distintas investigaciones que comparan di-

versas poblaciones (jamaicanos, israelíes, tailandeses, daneses, puertorriqueños, australianos, etc) con las clasificaciones obtenidas en EE.UU., muestran cómo se han replicado los hallazgos de Achenbach y Edelbrock en su estudio, no sin observarse diferencias significativas en ciertos patrones de patologías que se han atribuido tanto a variables culturales como a la falta de un mayor refinamiento a nivel metodológico (Zilber, Auerbach, y Lerner, 1994; Lambert, Knight, Taylor y Achenbach, 1994; Verhulst, Achenbach, Ferdinand y Kasius, 1993; Weisz, Suwanlert, Chaiyasit, Weiss, Achenbach y Eastman, 1993; Achenbach, Bird, Canino, Phares, Gould y Rubio-Stipec, 1990; Achenbach, Henslen, Phares, Grayson, 1990; Verhulst, Achenbach y Akkerhuis, 1989).

El objetivo del presente estudio es iniciar el análisis de las agrupaciones empíricas de síntomas psicopatológicos en una muestra de niños y niñas con problemas clínicos utilizando técnicas de análisis multivariado, mediante la administración a los padres de una adaptación del *Child Behavior Checklist* de Achenbach y Edelbrock y del *Parents Symptoms Questionnaire* de Connors.

## Método

### *Material y descripción de la muestra*

Se utilizó para esta investigación una muestra de 201 sujetos de edades comprendidas entre 5 y 12 años, de los cuales 115 eran niños y 86 niñas. Todos ellos han sido remitidos a la Unidad de

Psicología del Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia por presentar problemas clínicos.

Aunque la muestra estuvo conformada en un principio por 201 sujetos, como apuntamos anteriormente, ante la existencia de datos ausentes en algunos de los ítems del cuestionario de una proporción importante de esos casos, optamos por eliminarlos para realizar la totalidad de los análisis estadísticos que exponemos a continuación, quedando la muestra definitiva configurada por 105 sujetos repartidos de forma bastante homogénea entre los dos sexos (55 niños y 50 niñas). A pesar de resultar una muestra pequeña, decidimos continuar ya que pretendíamos una primera aproximación a este tema, un trabajo preliminar de las taxonomías empíricas en psicopatología infantil, aceptando todas las limitaciones que tal hecho representa.

Los sujetos de la muestra son escolares de EGB en colegios públicos de Murcia y el nivel socioeconómico familiar es medio. No presentaron deficiencia mental, trastornos neurológicos ni psicosis infantil.

Todos los casos fueron atendidos por psicólogas de la Unidad de Psicología, con el fin de realizar su evaluación psicológica. Estas profesionales atendieron inicialmente a los padres, elaborando la historia clínica de su hijo/a y posteriormente se les pidió que cumplimentaran el *Inventario de Conductas Infantiles*.

El inventario a partir del cual se analiza la conducta y la sintomatología infantiles ha sido elaborado por nuestro equipo, basándonos en las escalas *Child Behavior Checklist* de Achenbach y Edelbrock y el *Parents Symptoms Questionnaire* de Connors. El resultado fue un *Inventario de Conductas Infantiles* (ICI) (adaptación de López Soler, 1987) formada por 96 ítems, cuya frecuencia de aparición en los niños es valorada por sus padres a partir de una escala, con 4 alternativas de respuesta de 0 a 3 (desde "nunca" hasta "siempre").

#### Procedimiento

El procedimiento estadístico llevado a cabo con el fin de intentar dar respuesta al obje-

tivo planteado, ha seguido los siguientes pasos:

- En un principio realizamos un estudio de fiabilidad de la escala de evaluación de conductas, mediante el coeficiente "alfa" de Cronbach.
- Asimismo, se llevó a cabo un análisis de ítems para depurar la prueba. Dicha depuración se realizó mediante una correlación biserial puntual.
- Finalmente, se realizó un análisis factorial común de ejes principales iterados, así como tres análisis factoriales con método rotación Varimax de selección de factores ortogonales diferenciando en dos de ellos la variable sexo.

Todos estos análisis se realizaron utilizando módulos SYSTAT (versión 2.0) y FACTOR (versión 6.0) del paquete estadístico SYSTAT (Wilkinson, 1986).

#### Resultados

El resultado obtenido del estudio de fiabilidad realizado a nuestro inventario (ICI) (adaptación de López Soler, 1987) mediante el coeficiente alfa de Cronbach, revela un coeficiente que alcanza el valor de 0.931. Este resultado sugiere una notable consistencia interna del cuestionario. Asimismo, se llevó a cabo un análisis de ítems para depurar la prueba mediante una correlación biserial-puntual según el análisis clásico de test. Así, fueron eliminados un total de 23 ítems cuyas correlaciones ítems-test eran menores de 0.25. Paralelamente, y mediante esta misma correlación, aparecieron 27 ítems que resultaron especialmente significativos (correlación ítem-test > 0.50) en la estructura de este instrumento de medida. Por tanto, el cuestionario quedó conformado por 73 ítems con los que trabajamos en los siguientes análisis multivariados.

Realizamos un análisis factorial común (AFC) de ejes principales iterados mediante el cual se obtuvo un primer factor compuesto por 58 ítems cuyos pesos eran > 0.30, que representaría un porcentaje alto de varianza explicada total (21.18 %). De esto se deduce la existencia de un factor general de psicopatología infantil que incluiría una

gran proporción de las conductas manifestadas por los niños de nuestra muestra. Asimismo, realizamos un nuevo AFC de ejes principales iterados, método rotación Varimax de selección de factores ortogonales con la pretensión de obtener síndromes globales. Este análisis tuvo como resultado la obtención de trece factores de los cuales seis, que aparecen en la Tabla 3, representan una varianza explicada superior a 2.7 cada uno.

En relación a los ítems que saturan los diferentes factores, se seleccionaron aquellos cuyos pesos

**Tabla 3:** Análisis factorial global de síntomas

Nº factor	Denominación del factor	Varianza explicada
1	problemas de aprendizaje/ inmadurez/ déficit de atención vs perfeccionismo	6.017
2	llamadas de atención/ agresividad	3.322
3	Ideas extrañas/ agresividad	3.089
4	conducta delictiva	3.017
5	inseguridad	2.930
6	Trastorno de conducta	2.850

factoriales eran  $>.25$ . Dichos factores pueden interpretarse como síndromes empíricos, y fueron etiquetados en función del análisis de los ítems que los saturan. De esta manera, se consigue una descripción de las conductas problema que dichos síndromes abarcan, todo lo cual aparece reflejado en la Tabla 4.

Tras esto, consideramos la importancia de tomar en consideración una diferenciación entre la variable sexo, para lo cual volvimos a realizar dos nuevos AFC con idéntico método de rotación y seleccionando los factores cuya varianza explicada era superior a 3.0. Estos factores (7 para niños y 6 para niñas) que aparecen en las Tablas 5 y 6, explicaban respectivamente un porcentaje de VE de 42.72% y del 36.808%. El criterio para la selección de ítems que saturaban en estos factores fue obtener una puntuación factorial superior a .5, aunque se han incluido los síntomas cuya saturación se encontraba por encima de .25.

Por último y, en un intento de comparar los síndromes obtenidos en ambos sexos (ver Tabla 7), podemos destacar los siguientes aspectos:

- En primer lugar, vemos que aparece una réplica del síndrome "agresividad" tanto en niños como en niñas (2º y 3º, respectivamente), si bien es preciso señalar que los contenidos de los ítems que definen las agrupaciones no son exactamente los mismos para ambos sexos.
- En segundo lugar, aparecieron dos síndromes no exactamente iguales pero sí muy similares en cuanto a su significado: los "problemas de aprendizaje/ inmadurez/ déficit de atención" de los varones serían casi idénticos al factor igualmente denominado en niñas, aunque en éste último caso aparece una saturación negativa en la variable "perfeccionismo" que establece, por consiguiente, la diferencia entre ambas agrupaciones. De la misma manera, se observa una cierta similitud en el factor de "ansiedad" de los niños con el factor de "ansiedad/ depresión vs agresividad" de las niñas, aunque éste último es mucho más complejo ya que junto a los síntomas de ansiedad encontramos síntomas depresivos, mientras que en el otro polo y pesando de forma negativa aparece la agresividad. Sin embargo, la sintomatología de cariz depresivo se da en los varones independiente de la ansiedad y conformando un factor diferente llamado: "distimia con alteración de pensamiento". El último factor a comparar es el denominado "llamadas de atención", aunque volvemos a encontrar matices distintos: En los varones la búsqueda de atención va acompañada de síntomas de desafío verbal mientras que en las niñas no ocurre así. Además es notable la aparición de un polo negativo en el sexo femenino en dicha agrupación, que viene definido por el retraimiento.
- En tercer lugar, señalar que aparecen dos factores en varones que no tienen correspondencia en las niñas. Esto sucede con los síndromes "inseguridad" y "trastorno de conducta y pensamiento vs sentimientos de culpa". Igualmente, y respecto a las niñas, los síndromes "hiperactividad" y "conducta desafiante" no se constatan en el sexo masculino. Resulta relevante la presencia del factor hiperactividad que aparece como puro en este sexo al estar compuesto principalmente por ítems tales como: "nerviosismo" (0.836), "agitación nerviosa" (0.765), "carácter fuerte" (0.677), "tics" (0.666), "destrizo perte-

nencias propias" (0.569), "impulsividad" (0.569), etc. Estos ítems saturan también de forma importante en los varones pero no ocurren conjuntamente como sucede en las niñas, sino que aparecen de forma dispersa a través de distintos factores, no conformando un síndrome distintivo.

## Discusión y conclusiones

Para la discusión que vamos a establecer, hay que tener en cuenta que existen diferencias importantes en relación a los artículos ya citados de Achenbach y Edelbrock y de Lemos y cols. (nuestro tamaño muestral fue inferior, utilizamos una muestra clínica frente a la muestra no clínica del autor español, distintos análisis estadísticos realizados, etc.). Todo ello provoca por tanto, distinciones sustanciales en el contenido de los síndromes obtenidos, así como en la pureza de éstos. No obstante, podemos establecer ciertas concordancias entre ellos, que exponemos a continuación a modo de conclusiones:

1. En relación a los síndromes obtenidos en el sexo femenino, encontramos una réplica de éstos en el estudio de Lemos y cols.: "agresividad", "llamadas de atención" y "ansiedad/depresión". No aparece sin embargo, en el estudio de este autor, el de "hiperactividad". No obstante, es preciso recordar en relación a este último dato, el hecho de que en el presente estudio se ha trabajado con edades inferiores (5-12 años) a las trabajadas por Lemos (11-18 años), y debemos considerar que los síntomas de hiperactividad motora van disminuyendo conforme aumenta la edad. Era esperable, por tanto, que en los adolescentes no apareciera como distintivo dicho síndrome. La concordancia entre las agrupaciones encontradas por Achenbach y Edelbrock en las niñas de 6 a 11 años y nuestras agrupaciones, se refieren a los síndromes "deprimido" (aunque en estos autores no aparecen componentes de ansiedad), el "hiperactivo" y el "agresivo".

En relación al sexo masculino, se consigue una réplica de los síndromes de Lemos y cols. "conducta agresiva", "depresión/ansiedad", "ansiedad", "búsqueda de atención" y "conducta

antisocial", si bien estos dos últimos síndromes se denominan respectivamente en nuestro estudio: "llamadas de atención y desafío verbal" y "trastorno de conducta y pensamiento vs sentimientos de culpa". Asimismo, la sintomatología depresiva se asocia en Lemos con la ansiosa, mientras que en nuestra muestra de varones, se asocia con alteración de pensamiento. Por otra parte, los síndromes de Achenbach y Edelbrock, en varones de 6 a 11 años que coinciden con algunas de nuestras agrupaciones son: "depresivo" y "agresivo".

2. Haciendo un análisis más exhaustivo del factor puro de hiperactividad que aparece en las niñas y que no se constata como significativo en los niños, a pesar de que según el DSM-III-R hay una mayor prevalencia en éstos del TDAH, podemos resaltar que los padres (informadores en este estudio de las conductas de sus hijos), identifican más en varones los ítems de hiperactividad, entendida como inquietud psicomotriz, con los de agresividad que en las niñas. Quizá por esto, los síntomas de cariz hiperactivo se hayan solapado con los de cariz agresivo o de trastorno de conducta.

Otro hecho que llama la atención en cuanto a este factor es que, en ningún momento aparece asociado de forma contundente con el déficit de atención. No se evidencia por tanto, una correspondencia entre ninguna de estas agrupaciones y el diagnóstico formal que establece la APA en el DSM-III-R como TDAH.

3. Es muy notable que nos aparezca tanto en varones como en mujeres el síndrome: "problemas de aprendizaje/inmadurez/déficit de atención", que no tiene correspondencia alguna en el estudio de Lemos y cols. Esto podría explicarse por el hecho de que en el presente estudio utilizamos una muestra clínica, frente a la muestra no clínica utilizada por este autor. Esta configuración, cuya denominación es básicamente "problemas de aprendizaje", cobraría un gran valor en nuestra muestra, ya que los bajos rendimientos escolares y los problemas de aprendizaje son un motivo muy frecuente por el que el niño es remitido a consulta.

4. Dejando aparte la descripción de los síndromes obtenidos, debemos centrar nuestra atención ahora en el factor de psicopatología general que obtuvimos al principio de nuestro estudio y que explicaría un hecho importante con el que se enfrenta cualquier profesional en la práctica clínica. Nos encontramos constantemente con cuadros psicopatológicos donde concurren un gran número de síntomas y ante los cuales debemos tomar la decisión de realizar un diagnóstico formal según clasificaciones oficiales (DSM o ICD), o realizar elaboraciones diagnósticas de tipo descriptivo. Si optamos por la primera opción, tropezamos en la mayoría de los casos con el obstáculo de realizar un diagnóstico que deje fuera un gran número de síntomas no incluidos

en él. Por ello, optamos en muchas ocasiones por realizar diagnósticos de descripciones de síntomas que nos permitan, en un momento determinado, saber más concretamente cómo planificar una intervención o tratamiento.

Para finalizar, debemos señalar que aunque los ítems que componen los diferentes síndromes nos informan acerca de lo que éstos representan, sería necesario seguir profundizando en el análisis de estos síndromes, con el fin de precisar más, tanto su denominación, como su contenido, en esta línea estamos trabajando en la validación del cuestionario para realizar nuevos estudios con muestras clínicas más amplias y con diferentes informadores.

**Tabla 4:** Análisis factorial global de síntomas

<i>Problemas de aprendizaje/Inmadurez/ Déficit de atención vs. Perfeccionismo</i>			<i>Conducta delictiva</i>		
VAR*	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
42	problemas de aprendizaje	0.737	32	participación en burlas	0.734
1	conductas infantiles	0.689	31	participación en peleas	0.598
20	no seguimiento instrucciones	0.672	14	crueidad, egoismo	0.476
65	distraibilidad	0.665	95	dominancia	0.350
11	confusión	0.608	2	discusiones	0.259
84	fallo en tareas	0.539			
66	problemas para hablar	0.538			
7	escasa concentración	0.523			
44	inseguridad	0.515			
54	apatía	0.499			
35	impulsividad	0.431			
55	negativa a hablar	0.405			
3	no terminación tareas	0.321			
26	perfeccionismo	-0.374			

(continúa en página siguiente)



<i>Llamadas de atención/Agresividad</i>			<i>Inseguridad</i>		
VAR	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
87	hablar alto	0.762	89	temor cometer errores	0.610
57	chillar	0.680	45	culpabilidad	0.508
88	preocupado por agradar	0.511	21	no aceptar sent. de culpa	0.489
63	conductas explosivas .	0.373	44	inseguridad	0.466
77	hablar demasiado	0.367	68	susceptibilidad a críticas	0.445
52	agresividad física	0.326	29	falta de autoestima	0.395
			43	miedos o ansiedad	0.384
			26	perfeccionismo	0.309
			64	facilmente frustrable	0.300

  

<i>Ideas extrañas/agresividad</i>			<i>Trastorno de conducta</i>		
VAR	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
71	ideas extrañas	0.580	18	destrozo pertenencias propias	0.595
74	desconfianza	0.564	19	destrozo pertenencias ajenas	0.590
75	lenguaje obsceno	0.525	61	fanfarroneo	0.497
79	burlas	0.429	37	mentiras	0.458
80	carácter fuerte	0.415	63	timidez	0.427
69	robos	0.348	17	llamadas de atención	0.260
82	amenazas a los demás	0.340			
72	obstinación, rencor, irritabilidad	0.318			
56	conductas explosivas	0.311			

\*VAR: Variable

**Tabla 5:** Análisis factorial de síntomas (muestra niños)

<i>I: Problemas de aprendizaje/inmadurez/déficit de atención</i>			<i>V: Llamada de atención y desafío verbal</i>		
VAR*	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
42	problemas de aprend.	0.784	87	hablar alto	0.800
1	conductas infantiles	0.671	88	preocupado por agradar	0.640
20	no seguimiento instrucciones	0.661	57	chillar	0.620
11	confusión	0.640	77	hablar demasiado	0.510
44	inseguridad	0.605	2	discusiones	0.510
65	distraibilidad	0.599	63	conductas explosivas	0.480
66	problemas para hablar	0.561	56	conductas repetitivas	0.270
55	negativa a hablar	0.555	VE =	3.089, % = 4.231	
84	falla en tareas	0.488			
35	impulsividad	0.326			
3	no terminación tareas	0.294			
7	escasa concentración	0.281			
VE**	= 5.762, % = 7.893				

(continúa en página siguiente)

<i>II: Agresividad</i>			<i>VI: Inseguridad</i>		
VAR	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
82	amenazas a los demás	0.685	89	temor cometer errores	0.769
80	carácter fuerte	0.650	68	susceptibilidad a críticas	0.732
72	obstinación, rencor, irri- tabilid.	0.610	21	no acepta sentim. culpa	0.540
75	lenguaje obsceno	0.587	29	falta de autoestima	0.393
52	agresividad física	0.586	45	culpabilidad	0.392
74	desconfianza	0.573	26	perfeccionismo	0.286
71	ideas extrañas	0.539	VE =	2.883, % = 3.950	
5	desafiante	0.451			
79	burlas	0.447			
94	tendencia a quejarse	0.330			
32	participación en burlas	0.319			
69	robos	0.290			
VE =	5.114, % = 7.003				
<i>III: Distimia con alteración del pensamiento</i>			<i>VII: Ansiedad</i>		
VAR	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
86	tristeza	0.67	40	tics	0.710
58	actitud reservada	0.67	48	vómitos y náuseas	0.548
14	crueledad, egoísmo	0.59	13	agitación nerviosa	0.530
37	mentiras	0.56	39	nerviosismo	0.424
54	apatía	0.53	10	apego a adultos	0.344
22	celos	0.43	43	miedos o ansiedad	0.309
15	soñar despierto	0.39	51	problemas con el sueño	0.252
27	sentimiento no ser queri- do	0.34	VE =	2.792, % = 3.825	
71	ideas extrañas	0.30			
VE =	3.960, % = 5.421				
<i>IV: Trst. de cta. y pto. vs. sentimientos culpa</i>					
VAR	DESCRIPCION	PESO			
19	destrozo pertenencias ajenas	0.687			
73	cambios de humor	0.658			
18	destrozo pertenencias propias	0.644			
95	dominancia	0.508			
59	ver cosas inexistentes	0.401			
61	fanfarroneo	0.367			
57	chillar	0.338			
8	pensamientos reiterativos	0.322			
45	culpabilidad	-0.252			
VE =	3.851, % = 5.275				

\*VAR: Variable

\*\*VE: Varianza explicada

**Tabla 6:** Análisis factorial de síntomas (muestra niñas).

<i>I: Hiperactividad</i>			<i>IV: Conducta desafiante</i>		
VAR*	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
39	nerviosismo	0.836	72	obstinación, rencor, irritable.	0.732
13	agitación nerviosa	0.765	5	desafiante	0.664
80	carácter fuerte	0.677	2	discusiones	0.612
40	tics	0.666	14	crueldad, egoísmo	0.569
18	destrozo pertenencias propias	0.569	94	tendencia a quejarse	0.502
35	impulsividad	0.569	22	celos	0.453
75	lenguaje obsceno	0.540	57	chillar	0.374
87	hablar alto	0.480	VE =	3.858, % = 5.285	
19	destrozo pertenencias ajenas	0.419			
9	inquietud psicomotriz	0.417			
56	conductas repetitivas	0.393			
46	hablar cuando no es su turno	0.333			
VE**	= 6.289, % = 8.616				
<i>II: Problemas de aprendizaje/Inmadurez/ Déficit de atención vs. Perfeccionismo</i>			<i>V: Ansiedad/Depresión vs. Agresividad</i>		
VAR	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
42	problemas de aprendizaje	0.768	64	facilmente frustrable	0.768
1	conductas infantiles	0.739	68	susceptibilidad a críticas	0.654
65	distraibilidad	0.645	12	llanto	0.490
54	apatía	0.643	74	desconfianza	0.464
7	escasa concentración	0.562	86	tristeza	0.369
84	fallo en tareas	0.511	26	perfeccionismo	0.355
11	confusión	0.475	29	falta de autoestima	0.343
66	problemas para hablar	0.429	51	problemas con el sueño	0.339
44	inseguridad	0.351	31	participación en peleas	-0.279
26	perfeccionismo	-0.551	VE =	3.586, % = 4.913	
VE =	5.269, % = 7.218				
<i>III: Agresividad</i>			<i>VI: Llamadas de atención vs. retraimiento</i>		
VAR	DESCRIPCION	PESO	VAR	DESCRIPCION	PESO
52	agresividad física	0.862	61	fafnarroneo	0.783
15	soñar despierto	0.585	63	conductas explosivas	0.503
28	sentimientos le tienen manía	0.552	88	preocupado por agradar	0.417
20	no seguimiento instrucciones	0.538	37	mentiras	0.395
32	participación en burlas	0.512	17	llamadas de atención	0.293
73	cambios de humor	0.511	55	negativa a hablar	-0.442
31	participación en peleas	0.491	54	apatía	-0.274
95	dominancia	0.309	VE =	5.014, % = 4.128	
82	amenazas a los demás	0.308			
VE =	4.853, % = 6.648				

\*VAR: Variable

\*\*VE: Varianza explicada

**Tabla 7:** Comparación síndromes entre sexos.

NIÑOS	NIÑAS
Agresividad	Agresividad
Problemas aprendizaje/inmadurez/déficit de atención	Problemas aprendizaje /inmadurez/déficit de atención vs perfeccionismo
Ansiedad	
Distimia con alteración de pensamiento	Ansiedad/depresión vs agresividad
Llamadas de atención y desafío verbal	Llamadas de atención vs retraimiento
Inseguridad	Hiperactividad
Trastorno de conducta y pensamiento vs sentimientos de culpa	Conducta desafiante

## Referencias bibliográficas

- Achenbach, T.M. (1993a). Implications of Multi-axial Empirically Based Assessment for Behavior Therapy with Children. *Behavior Therapy*, 24, 91-116.
- Achenbach, T.M. (1993b). *New Developments in Empirically Based Assessment and Taxonomy of Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems*. Invited Address Presented Upon Receipt of Distinguished Contribution Award of the APA Section on Clinical Child Psychology Toronto, Ontario, August 21.
- Achenbach, T.M., Bird, H.R., Canino, G., Phares, V., Gould, M. and Rubio-Stipec, M. (1990). Epidemiological Comparisons of Puerto Rican U.S. Mainland Children Parent, Teacher, and Self-Reports. *J.Am. Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 29(1); 84-93.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.(1993). Diagnóstico, taxonomía y evaluación. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Achenbach, T.M., Hensley, V.R., Phares, V. and Grayson, D.(1990). Problems and Competencies Reported by Parents of Australian and American Children. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol. 31, No.2, pp.265-286,
- APA (American Psychiatric Association) (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición revisada (DSM III-R)*. Barcelona: Masson.
- Gath, D. et al. (1977). *Child guidance and delinquency in a London borough*. London: Oxford University Press.
- Lambert, M.C., Knight, F., Taylor, R., Achenbach, T.M. (1994). Epidemiology of behavioral and emotional problems among children of Jamaica and the United States: parent reports for ages 6 to 11. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 22(1), 113-128.
- Lavick, N. (1977). Urban-rural differences in rates of disorders: a comparative psychiatry population study of Norwegian adolescents. En P. Graham (Ed.), *Epidemiological approaches in child psychiatry*. New York: Academic Press.
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., y Menéndez, P. (1992). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18(62), 882-905.
- López Soler, C. (1987). *Inventario de Conductas Infantiles*. Manuscrito no publicado.
- Martínez Alcolea, F. y López-Soler, C. (1992). Psicopatología y personalidad en la adolescencia: un estudio empírico. En M. Medina Torero y A. Romero Medina (Eds.), *Psicología y profesión*. Murcia: Secretariado de Publicación e Intercambio Científico de la Universidad de Murcia y Colegio Oficial de Psicólogos (Deleg. Murcia).
- Murcia, L., Martín, C., Cortegano, M.C., Pomares, M.L., López-Mora, I., López García, G., García Montalvo, C. y López Soler, C. (1995). Estructura Taxonomica de Sintomatología en Población Infantil de 5 a 12 años basada en las Escalas de Achenbach y Conners. Comunicación presentada al: *II Congreso de Psicología Profesional*. Murcia, Mayo de 1995. (no publicada).
- Richman, N., Stevenson, J.E. and Graham, P.J. (1975). Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children. An epidemiological study in a London borough. *J. Child Psychology Psychiatry*, 19, 272-287.
- Rutter, M., Tizard, J and Whitmore, K (Eds.) (1970). *Education. Health and behaviour*. London: Longman.
- Stanger, C., Achenbach, T.M., y McConaughy, S.H. (1993). Three year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4- to 16- year olds: 3. Predictors of signs of disturbance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(5), 839-848.
- Verhulst, F.C., Achenbach, T.M. y Akkerhuis, G.W. (1989). Problems Reported for Clinically Referred American and Dutch Children. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 1989, 28(4), 516-524.
- Verhulst, F.C., Achenbach, T.M., Ferdinand, R.F. y Kasius, M.C. (1993). Epidemiological comparisons of American and Dutch adolescents' self-reports. *Journal American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*; 32(6), 1135-1144.

- Weissman, M.M., Paykel, E.E. y Klerman, G.L. (1972). The depressed woman as a mother. *Soc. Psychiatry*, 7, 98-108.
- Weisz, J.R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T.M., y Eastman, K.L. (1993). Behavioral and emotional problems among Thai and American adolescents: parent reports for ages 12-16. *Journal of Abnormal Psychology*. 102(3), 395-403.
- Wilkinson, L. (1986). *SYSTAT: The system for statistics*. Evanston, Illinois: SYSTAT, Inc.
- Zilber, N., Auerbach, J., Lerner, Y. (1994). Israeli norms for the Achenbach Child Behavior Checklist: comparison of clinically-referred and non-referred children. *Israeli Journal Psychiatry-Relat-Sci*. 31(1), 5-12.

