



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Revisión teórica sobre los trastornos psicológicos infanto- juveniles. Prevalencia y factores de riesgo.

Alumno: Carlos Albalat Picazo

Tutor: D. Lourdes Espinosa Fernández

Dpto.: Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Depresión	6
Ansiedad	7
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	10
Prevalencia de los trastornos psicológicos infantojuveniles	11
Prevalencia depresión	16
Prevalencia ansiedad	19
Trastorno Ansiedad por Separación	20
Ansiedad Social	22
Trastorno por Estrés Postraumático	24
Prevalencia TDAH	26
Conclusiones	27
Referencias bibliográficas	29

Resumen

Diferentes estudios constatan el aumento de la incidencia en las últimas décadas de las diferentes alteraciones psicológicas tanto en la población infantil como juvenil. A causa de esto, en el presente trabajo se revisan los diferentes estudios realizados en los últimos años sobre las tasas de prevalencia de los trastornos psicológicos infantojuveniles. Hemos decidido centrarnos en los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad (trastornos de ansiedad por separación, fobia social y trastorno de estrés postraumático) y del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Además, trataremos de analizar las diferencias existentes en función del sexo y de la edad. Por último, trataremos de señalar los principales factores de riesgo para la aparición de cada uno de estos trastornos psicológicos.

Palabras clave: depresión, ansiedad, ansiedad por separación, fobia social, estrés postraumático, trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Abstract

The increase of the different psychological disorders impact in child and youth population has been proved in many different studies. Thus, diverse studies performed in the last years regarding child and youth psychological disorder prevalence rates are revised in the present dissertation. Focusing on depressive disorders, anxiety disorders (separation anxiety, social phobia and post-traumatic stress disorder) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Furthermore, the current variations related to sex and age will be analysed. Finally, the main risk factors concerning the manifestation of these psychological disorders will be highlight.

Key words: depression, anxiety, separation anxiety, social phobia, post-traumatic stress, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Introducción

Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2003 una quinta parte de los niños y jóvenes de la población mundial padecen algún tipo de enfermedad mental. Esto ha generado una preocupación social importante, debido a la gran incidencia de estos trastornos psicológicos en la población infantojuvenil. Ha habido un aumento de interés en este campo que ha provocado que en los últimos años se encontrasen nuevas formas de evaluación y tratamiento (Cicchetti y Rogosch, 2002).

Tras un gran número de estudios sobre la psicopatología infantojuvenil, quedó claro que no se podía generalizar los trastornos de los adultos a los de la infancia o adolescencia, la psicopatología infantil no puede tratarse de la misma manera que la psicopatología adulta. La infancia y adolescencia son etapas del desarrollo en las que se producen importantes cambios, por lo que no se puede clasificar, evaluar y tratar de igual forma a los niños que a los adultos.

Estudios realizados en la década de los noventa, encontraron ya una prevalencia de los trastornos conductuales, emocionales y del desarrollo en los niños y adolescentes que oscilaba entre el 14% y el 22% (ej., Achenbach y Howell, 1993; Brandenburg, Friedman y Silver, 1990; Wicks-Nelson e Israel, 1999). Estudios más recientes muestran una alta incidencia de los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia, en torno al 15% y 20% de la población (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2002; Cicchetti y Cohen 2006). En nuestro país, San Román, Pedreira, López-Torres, Bonete y Castelló (2002) realizaron un estudio con muestras clínicas de 2 y 3 años en los que se informó que la prevalencia de los trastornos psicológicos era del 25%.

Además, se ha comprobado que existen continuidades a lo largo de la vida en muchas de las psicopatologías infantiles. En muchos casos, no se superan estos problemas en la infancia lo que provoca dificultades en su vida adulta y esto genera un mal funcionamiento a nivel social, psicológico, académico y laboral (Barkley, 1997). Algunas formas de psicopatología infantil (depresión infantil, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, TDAH...) predicen en gran medida una serie de alteraciones y comportamientos negativos a nivel psicosocial, educativo y de salud en la adolescencia y en la vida adulta (Caspi y Moffitt, 1995).

Estos datos nos muestran la realidad que se da en la sociedad actual, por lo que debemos actuar y tratar de encontrar soluciones, tratando de evitar así problemas futuros. Por otra parte, hoy en día existen determinadas situaciones o circunstancias que pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor tanto para el desarrollo de trastornos, como para la manifestación de problemas más graves en edades más tempranas. Algunas de esas situaciones y condiciones sociales pueden ser las siguientes: un gran número de familias tienen dificultades económicas a causa de la crisis económica, el aumento de la tasa de divorcios que genera disolución de las familias, problemas de adaptación de familias inmigrantes, consumo de alcohol y drogas a edades cada vez más tempranas, etc. También señalar que un importante número de niños en todo el mundo padece algún tipo de maltrato (físico, psicológico o sexual) y que la exposición al mismo se encuentra altamente asociada con el desarrollo de una psicopatología futura (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

En España, también han sido publicados diversos estudios epidemiológicos sobre los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, la prevalencia de estos es: del 20-39% para los trastornos de conducta (con diferencias según el sexo, existiendo mayor incidencia en varones); entre el 17-26% para los trastornos de ansiedad y entre el 4-14% para la depresión (Aláez-Fernández, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Bragado, Carrasco, Sánchez-Bernardos, Bersabé, Loriga y Montsalve, 1995; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996; Mogaz-Lago, García-Pérez y del Valle-Sandín, 1998; Subira, Obiols, Mitjavila, Cuxart y Domenech-Llavería, 1998).

Esta revisión teórica tiene como objetivo principal revisar algunos de los datos publicados sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos infantojuveniles que tienen mayor incidencia en la población española. En concreto, nos centraremos en depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H). En primer lugar, se presenta una contextualización o definición de esos trastornos y a continuación se expondrán los datos recopilados sobre prevalencia según los diferentes estudios que se han revisado.

Depresión

La primera definición descriptiva que poseemos de la depresión infantil es de Spitz (1965):

“Los niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse al observador cuando éste logra tener contacto con ellos... y el lloriqueo se torna en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención del índice de desarrollo... los niños se niegan al contacto, yacen postrados. Se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial... el retraso motor se acrecienta y aparece el letargo. Factores etiológicos: descubrimos que todos los niños de la muestra que habían generado este síndrome tenían una experiencia común y es que, en cierto momento, entre el sexto y octavo mes de vida, todos ellos habían sido separados de sus madres durante un periodo ininterrumpido de tres meses” (Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos, pp. 135).

Actualmente, la depresión se define como una alteración psicológica cuyas principales características son: estado de ánimo irritable y falta de motivación ante actividades o cosas que antes le resultaban placenteras (Caballo y Simón 2012).

Según *DSM-IV-TR* (APA, 2002) existen dos tipos de depresión en la infancia: depresión mayor y distimia. Para diagnosticar la depresión mayor, el niño debe presentar cinco o más síntomas de los que aparecen más abajo, incluyendo uno de los dos primeros, que son los más característicos; y han de manifestarse como mínimo durante dos semanas; además, el niño ha de sufrir intenso malestar y resentirse en sus relaciones con sus amigos, así como en su rendimiento académico y en otras áreas importantes de su vida.

Síntomas de la depresión:

1. Estado de ánimo triste o irritable.
2. Pérdida de interés o placer en las actividades.
3. Pérdida (o aumento) de apetito/peso o fracaso en lograr la ganancia de peso esperada.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o lentitud psicomotrices.
6. Fatiga o pérdida de energía.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.
9. Pensamientos de muerte, planes o intentos de suicidio.

La distimia es muy similar a la depresión mayor, la diferencia se encuentra en que es un tipo de depresión menos grave, no es tan incapacitante, y es más prolongada (al menos 1 año).

Otros autores definen la depresión infantil como: “Un trastorno afectivo en el que el niño o adolescente tiene sentimientos de tristeza, desdicha, descontento de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello” (Del Barrio, 2008).

Aunque la depresión de un niño y la de un adolescente se consideran como el mismo trastorno, los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren con la edad explican que la manifestación del mismo presente ligeras variaciones en función de las etapas de desarrollo infantil y juvenil. En términos generales, durante la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores como irritabilidad, rabietas, llanto o problemas de control de esfínteres (Weiss, 1992), mientras que en la adolescencia adquieren relevancia respuestas cognitivas como la insatisfacción con respecto a la imagen corporal propia, la visión pesimista del futuro o las ideas catastrofistas (Shafii y Shafii, 1995). Se ha constatado que con el paso de los años, su manifestación se va asemejando más a la de los adultos. Por otra parte, en los primeros años no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos, aunque la prevalencia de los trastornos depresivos comienza a ser mayor en niñas a partir de la adolescencia (Abad, Forns y Gómez, 2002; Carrasco, Rodríguez y Del Barrio, 2001; Mestre, 1992; Olmedo, Del Barrio y Santed, 2000).

Ansiedad

Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio conductual de los niños y, en general, de todas las personas. Se consideran mecanismos de vigilancia para el organismo, pueden llegar a ser útiles para alertar de posibles peligros y, por ello, desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más un signo de salud que una señal de enfermedad (Sandín, 1997).

En esta revisión teórica se estudiará tres subtipos de ansiedad: *Trastorno de ansiedad por separación*, *fobia social* y *trastorno por estrés postraumático*. El *trastorno de ansiedad por separación* es el único trastorno de ansiedad que tiene su origen específicamente antes de los 18 años de edad, y además, es el que tiene una prevalencia mayor en la población infantojuvenil. Por otra parte, vamos a centrarnos también en la *ansiedad social* o *fobia social* ya que es el segundo trastorno con mayor prevalencia en la población infantil, por detrás del trastorno de ansiedad por separación, y comparte diagnóstico con los trastornos de ansiedad de la vida adulta. En tercer lugar, hablaremos del *trastorno por estrés postraumático* ya que a pesar de que existen pocos estudios sobre este tema, la prevalencia de este trastorno está aumentando considerablemente en los últimos años y tiene graves efectos en el desarrollo de los niños. Por estos motivos hemos decidido centrarnos en estos tres subtipos.

Trastorno de ansiedad por separación (TAS) según el DSM-IV-TR (APA, 2002), es un trastorno en el que se manifiesta una ansiedad excesiva o no adecuada a la edad del niño, relacionada con la separación del hogar o de figuras importantes. El trastorno ha de durar al menos un mes, y debe iniciarse antes de los 18 años.

Este trastorno incluye la presencia de miedos irracionales, de alteraciones del sueño y de ansiedad global, así como la anticipación de consecuencias negativas, como la sensación de que algo malo va a ocurrir o la certeza de que ya no va a volver a ver a los seres queridos. En la mente del niño representa el temor a la separación de la familia y los amigos (Agras, 1989; Rodríguez-Sacristán, 2000).

El trastorno de ansiedad por separación puede iniciarse antes de los 6 años, pero es más frecuente que su inicio ocurra entre los 7 y 9 años (Sandín, 1997). El DSM-IV-TR (APA, 2002) indica que en poblaciones generales el TAS presenta una incidencia mayor en el sexo femenino, mientras que en muestras clínicas no existen diferencias en función del sexo.

Algunos autores como Orgilés-Amorós, Espada-Sánchez y Méndez-Carrillo (2009) consideran este trastorno como una ansiedad desproporcionada que experimenta un niño cuando se separa real o supuestamente de sus seres queridos, especialmente de la madre. Hay que señalar que si esta ansiedad se mantiene dentro de unos límites, puede ser un mecanismo protector heredado que defiende y protege al niño pequeño de los peligros existentes en los primeros años de vida (Campbell, 1986).

La fobia social (FS) según el DSM-IV-TR (APA, 2002) se caracteriza por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales, en las que la persona puede estar expuesta al juicio de los demás. La exposición a estas situaciones suele generar respuestas psicofisiológicas de ansiedad, tales como sentir un nudo en la garganta, ruborizarse, palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, dolores de estómago, dolores de cabeza y, en ocasiones, ataques de pánico (Beidel y Turner, 2005; Kearney, 2005). El fóbico social suele tener una imagen negativa de sí mismo y una autoestima baja y, además, suele carecer de habilidades sociales suficientes (Olivares, Alcázar y García-López, 2004; Toro, 2010).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) indica que este trastorno se diagnostica solo a partir de los 2,5 años, ya que a una edad más temprana, puede tratarse simplemente del miedo evolutivo hacia personas extrañas.

El tercer y último trastorno de ansiedad al que se va hacer referencia en esta revisión es el *trastorno por estrés postraumático* (TEPT). El DSM-IV-TR (APA, 2002) lo define como evitación persistente de estímulos asociados a un evento o acontecimiento traumático (ausente antes del trauma). Las personas que padecen este trastorno de ansiedad tienden a reexperimentar persistentemente el acontecimiento traumático.

Vivenciar estos acontecimientos vitales estresantes puede ser extremadamente traumático (Sandín, 2008; Talarn, Navarro, Russell y Rigat, 2006). Situaciones como abuso sexual, maltrato o violencia, entre otros, constituyen un problema para la salud mental de niños y adolescentes, ya sean ellos mismos los que los padezcan, o bien, por ser testigos de los mismos (Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003). Los autores que acabamos de mencionar relacionan los malos tratos en la infancia con alteraciones psicológicas.

En esta línea, otros autores como Van der Kolk (2003) opinan que los acontecimientos traumáticos que ocurren durante los primeros años de vida generan mucho daño. Los relacionan con síntomas psicológicos más severos, con problemas de desarrollo (p.ej., de lenguaje y rendimiento escolar) (Moreno, 2005; Muela, 2010) y con problemas de tipo emocional como trastornos por estrés postraumático (TEPT) (Briere, Woo, McRae, Foltz y Sitzman, 1997).

López-Soler (2008) realizó una investigación en España con menores que habían sufrido algún maltrato. En ella, la autora destaca la gran variabilidad de síntomas internalizantes (ansiedad, baja autoestima) y externalizantes (déficit atencional,

problemas de control de impulsos) ligados con problemas cognitivos que podían llegar a derivar en un deterioro funcional en esa muestra de niños.

Por lo tanto, se puede decir que durante la infancia el impacto que puede causar la presencia de acontecimientos estresantes y las situaciones vitales adversas es mucho mayor, ya que en estas edades tempranas el niño se está desarrollando tanto física como psicológicamente, por lo que se requiere condiciones externas relativamente estables. Muchos estudios corroboran esto en menores que viven en condiciones amenazantes o violentas (Mercier y Despert, 1943; López-Soler, 2008).

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

La gravedad o intensidad de los problemas del comportamiento perturbador es amplia, encontrándonos desde problemas cotidianos del comportamiento infantil o del adolescente (Díaz-García y Díaz-Sibaja, 2005), más o menos intensos, hasta desórdenes de comportamiento recogidos en las clasificaciones presentes en el DSM-IV-TR (APA, 2002), tales como el trastorno negativista desafiante o el trastorno de conducta disocial (Díaz-Sibaja, 2005).

El trastorno negativista desafiante se caracteriza por un enfrentamiento constante con las principales figuras de autoridad y con todas aquellas personas cercanas, ya sean familiares o profesores. Puede aparecer en torno a los 2 o 3 años, como una manifestación de oposición y desafío, aunque será a partir de los siete años cuando se manifieste como tal trastorno, y siempre antes de la adolescencia, afectando entre un 16% y un 22% de la población escolar (Kaplan y Sandock, 2000).

Uno de los trastornos principales dentro de la categoría de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador es el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (TDAH). Saffer y Allen (1976) ya informaron que 80 de cada 100 niños con hiperactividad presentan problemas de conducta.

El TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2002) se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y aparece antes de los 7 años de edad. Su duración debe ser mayor de 6 meses. Debe presentar un mayor número de síntomas o de mayor gravedad que lo observado en otros niños de la misma edad, con el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos, llegando a producir graves problemas en la vida diaria.

Para Barkley (1990):

“El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno del desarrollo que se caracteriza por falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas se inician a menudo, en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Estas dificultades se asocian normalmente a déficit en las conductas gobernadas por reglas y a un determinado patrón de rendimiento”. (*Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment*. pp. 58).

Nos centraremos en el TDAH porque es uno de los motivos más frecuentes, en población infantil, por las que más se acude a los médicos de familia, pediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles (Lerner, 2002; Miranda, Roselló y Soriano, 1998). Siendo este uno de los más importantes problemas clínicos y de la salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia hasta la adolescencia, pudiendo persistir hasta la vida adulta (Barkley, 2002; Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997).

En los siguientes apartados, se presentan los datos que se han ido recogiendo en la revisión realizada sobre diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en nuestro país sobre los trastornos psicopatológicos en la infancia y adolescencia. Tal y como se ha señalado anteriormente, nos centraremos, fundamentalmente, en tres trastornos: depresión, ansiedad y TDAH.

Prevalencia de los trastornos psicológicos infantojuveniles

Generalmente, las alteraciones psicológicas propias de la infancia y de la adolescencia se han clasificado en dos grupos: por un lado, los trastornos *internalizantes* relacionados con alteraciones del estado de ánimo, donde se ubican la ansiedad y la depresión. Y, por otro lado, los trastornos *externalizantes* que se relacionan más con los comportamientos disruptivos, encuadrándose aquí los trastornos del comportamiento perturbador y déficit de atención (Achenbach y Edelbrock, 1983; Quay, Routh y Shapiro, 1987).

En nuestro país, Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) trataron de establecer la prevalencia de los trastornos psicológicos en población infantil y juvenil en la Comunidad de Madrid. Para ello, utilizaron una muestra clínica de 404 sujetos, todos

ellos menores de 19 años. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario estructurado autoaplicado para los padres (Aláez et al., 1998) y el CBCL, en su versión para profesores, (*Child Behavior Checklist*, Achenbach y Edelbrock, 1983). Entre los trastornos con mayor prevalencia se encontraron los *trastornos de conducta* (23%), los *trastornos depresivos* (14,6%), los *trastornos de ansiedad* (13,3%), los *trastornos de eliminación* (9,7%), los *trastornos de sueño* (4,7%) y los *trastornos de déficit de atención con hiperactividad* (4,2%). Estos resultados son semejantes a los obtenidos en otros estudios epidemiológicos similares con muestras clínicas (Bragado et al., 1995; Castro y Lago, 1996; y Palazón, 1998). Así, por ejemplo, Castro y Lago (1996) realizaron un estudio con una muestra clínica de 400 sujetos en Ferrol (A Coruña), con sujetos menores de 17 años. Los resultados que encontraron fueron que la prevalencia de los trastornos de ansiedad era de 25,4 % y la de los trastornos depresivos de 13,6%. Posteriormente, Palazón (1998) llevó a cabo su estudio en dos hospitales de Alicante que atienden a una población 350.000 habitantes. Su estudio se centró en menores de 14 años, hallando una prevalencia del 21,5% de los trastornos de ansiedad, mientras que en este caso la incidencia encontrada de los trastornos depresivos fue menor (8,5%).

Otro de los objetivos propuestos por Aláez et al., (2000) era establecer la relación existente entre los trastornos psicológicos y las variables edad y sexo. Sus resultados, con respecto a la edad, muestran que en niños menores de 6 años la prevalencia es baja, siendo de 17,3% la de los trastornos depresivos y del 7,7% para los trastornos de ansiedad. Entre los 6 y 9 años se produce un aumento de la incidencia en los trastornos de ansiedad situándose en el 13,3%, mientras que la tasa de prevalencia de la depresión sufre un ligero descenso (11,5%). En el grupo de edad entre los 10 y los 13 años, los trastornos de ansiedad continúan aumentando (17,4%), y los trastornos depresivos se mantienen. Por último, entre los 14 y 18 años, se produce un fuerte aumento de la prevalencia de los trastornos depresivos donde alcanzan su mayor tasa de incidencia con un 19,5%, por su parte, la incidencia de la ansiedad permanece más estable. En relación al sexo, hallaron que en niños la prevalencia de ansiedad era de 11,4% y la de depresión de 10,5%, mientras que los datos con respecto a las niñas indican una prevalencia de 16,5% de los trastornos de ansiedad y del 22,3% de los trastornos depresivos.

	<6 años	6-9 años	10-13 años	14-18 años
Trastornos depresivos	17,3%	11,5%	11,5%	19,5%
Trastornos de ansiedad	7,7%	13,3%	17,4%	17,5%

Tabla 1. Comparación de las prevalencias de los trastornos depresivos y de ansiedad en las diferentes edades según el estudio de Aláez et al. (2000).

En estudios anteriores a este, se encuentran resultados similares. Así, por ejemplo, Bragado, Sánchez-Bernardos, Bersabé, Loriga y Monsalve (1995) realizaron un estudio en la Comunidad de Madrid, con una muestra clínica de 236 jóvenes, con una franja de edad comprendida entre los 6 y 17 años, en el cual, comprobaron que existía relación entre la prevalencia de los trastornos y la edad de la muestra. Hallaron que la prevalencia de los trastornos externalizantes disminuía cuanto mayor era la edad de la muestra, mientras que en los trastornos internalizantes, como ansiedad y depresión, ocurría lo contrario: la prevalencia de estos aumentaba con el aumento de edad. Posteriormente, estas mismas autoras realizaron estudios similares pero con muestras comunitarias obteniendo resultados similares, lo que les permitió afirmar que la psicopatología infantojuvenil sigue una pauta evolutiva. En lo referente al sexo, Bragado et al. (1995) obtuvieron que según el tipo de trastorno había una mayor relación con un sexo que con otro. Por ejemplo, los trastornos de conducta y de eliminación tenían una prevalencia mayor en chicos, mientras que los trastornos de ansiedad y depresión incidían más en las chicas. Estos resultados con respecto al sexo, son similares a los obtenidos por Pedreira, Rodríguez-Sacristán y Zaplana (1992) los cuales llevaron a cabo un estudio en Asturias con 221 menores de 15 años, hallando que hay mayores tasas de ansiedad e inhibición en las niñas, mientras que existe una prevalencia mayor en los niños de los trastornos de conducta.

En esta misma línea, Esparó, Canals, Torrente y Fernández-Ballart (2004) llevaron a cabo una investigación en Cataluña con una muestra clínica de 130 sujetos de 6 años de edad, en la que la mitad eran niños o la otra mitad niñas. Utilizaron para su estudio el CBCL (*Child Behavior Checklist*, Achenbach y Edelbrock, 1983) administrado a los padres, encontraron una ligera prevalencia de los trastornos internalizantes en las niñas (14,1%) sobre los niños (12,5%). Así mismo, Martuano, Toller y Elías (2005), en un estudio realizado en Galicia en una muestra comunitaria de niños con edades comprendidas entre los 7 y 12 años y utilizando el mismo instrumento,

el CBCL, encontraron una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en las niñas en comparación a los niños.

Navarro-Pardo, Meléndez-Moral, Sales-Galán, y Sancerni-Beitia (2012) realizaron otro estudio en nuestro país con un fin similar a los expuestos anteriormente, es decir, obtener las tasas de prevalencia de los trastornos psicológicos en relación con la edad y sexo. Para ello utilizaron una muestra clínica de 588 sujetos de la Comunidad Valenciana, las edades de los sujetos que participaron en el estudio oscilaban entre los 1 y 18 años. Se utilizaron varios instrumentos, unos más generales como: CAQ (*Cuestionario de Análisis Clínico*, Krug 1980), CPQ (*Cuestionario de Personalidad para Niños*, Porter y Cattell, 1981), HSPQ (*Cuestionario de Personalidad para Adolescentes*, Cattell, Beloff y Coan, 1981) y otros más específicos como, el CBCL, mencionado anteriormente y el CDI (*Cuestionario de Depresión Infantil*, Kovacs 1977). Los resultados obtenidos mostraron que los trastornos con una mayor prevalencia eran los de conducta (21,5%), seguido por los trastornos de ansiedad (16,4%) y el TDAH (10,9 %). En relación con la edad, encontraron que según la etapa del desarrollo prevalecían unos trastornos sobre otros. En niños menores de 5 años los trastornos que más aparecían eran los de conducta (22,2%), los trastornos de comunicación (11,1%), los trastornos del desarrollo (11,1%) y los de eliminación (11,1%). Entre los 6 y 11 años, seguían teniendo una alta prevalencia los trastornos de conducta, (22,5%) y los de eliminación, (12,3%), pero aparecían otros nuevos como el TDAH, (19,5%) y la ansiedad (12,3%). En la franja de edad de los 12 y 15 años se mantenían con mayor incidencia los mismos trastornos que en la etapa anterior, mientras que entre los 16 y 18 años los que tenían una prevalencia mayor eran los trastornos de conducta, (19,12%) y los de ansiedad, (15,4%).

Con respecto al sexo, en los niños encontraron que los trastornos con mayor prevalencia eran: los de conducta (26,1%), el TDAH (14,6%), la ansiedad (11,5%) y los de eliminación (9,1%). En las niñas los trastornos de ansiedad tenían una incidencia mayor, (24,6%), junto con los de conducta, (14,5%) y los de eliminación (8,9%).

En un estudio realizado con anterioridad por López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina (2010) cuyo objetivo era conocer la prevalencia de los trastornos internalizantes en la población infantil, encontraron algunos resultados diferentes en relación a las diferencias en cuanto al sexo. Estos autores utilizaron para su estudio una muestra clínica de 300 chicos de Murcia, cuyas edades estaban comprendidas entre los 6 y los 12 años. El instrumento elegido para llevar a cabo su investigación fue el CBCL

administrado a los padres. Los resultados mostraron una prevalencia de los trastornos depresivos del 32%, siendo esta mayor en chicos (35,3%) que en chicas (24,7%). Se encontró una prevalencia mayor para la ansiedad 53,7%, siendo esta mayor en chicos (55,6%) que en chicas (49,5%).

En otro estudio anterior, López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina (2009) en una muestra clínica con menores con edades comprendidas entre los 6 y 11 años, cuyo objetivo era estimar la prevalencia de los trastornos externalizantes (centrándose en TDAH, negativista desafiante y disocial), encontraron una incidencia total mayor en niños (49%) frente a las niñas (34%).

Algunos autores como Cova, Maganto y Melipillán (2005) indicaron que padres y profesores no informan correctamente de los síntomas de tristeza y ansiedad, provocando así, una complejidad mayor a la hora de detectar los trastornos internalizantes. Los síntomas de depresión y ansiedad son muy frecuentes en la infancia y adolescencia; sin embargo, debido a que son trastornos internalizantes, la complejidad para detectarlos es mayor ya que provocan un impacto menor que los trastornos de tipo externalizante (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort y Ravens-Sieberer, 2008; Diler, Birmaher, Brent, Axelson, Firinciogullari y Chiapetta, 2004). Este puede ser uno de los motivos de las diferencias halladas en estos estudios.

	Trastornos de ansiedad	Trastornos depresivos
Aláez, Martínez- Arias, Rodríguez-Sutil (2000)	13,3%	14,6%
Castro y Lago (1996)	25,4%	13,6%
Palazón (1998)	21,5%	8,5%

Tabla 2. Comparación de la prevalencia de los trastornos de ansiedad y de depresión en diversos estudios españoles con muestras clínicas.

	Niños	Niñas
Aláez et al. (2000)	10,5%	22,3%
Esparó, Canals, Torrente y Fernández-Ballart (2004)	12,5%	14,1%
López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina (2009)	35,3%	24,7%

Tabla 3. Comparación de la prevalencia de la depresión infantil en relación al sexo en diversos estudios españoles con muestras clínicas.

	Niños	Niñas
Aláez et al. (2000)	11,4%	16,5%
Esparó, Canals, Torrente y Fernández-Ballart (2004)	12,5%	14,1%
López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina (2009)	55,6%	49,5%

Tabla 4. Comparación de la prevalencia de la ansiedad infantil en relación al sexo en diversos estudios españoles con muestras clínicas.

Después de este análisis general de los trastornos que prevalecen en la población infantojuvenil, profundizaremos en los datos de los trastornos seleccionados para este trabajo.

Prevalencia de la depresión

Se han realizado muchos estudios sobre la prevalencia de la depresión infantil. Polaino-Lorente (1996) consideraba que las tasas de prevalencia dependían tanto del tipo de muestra estudiada como del método utilizado y el tipo de informante. En algunos de los primeros estudios epidemiológicos, Anderson, William, McGee y Silava (1987) hallaron que la tasa de prevalencia de la depresión infantil, en población comunitaria, fue del 2,6%. Más tarde, Flein y Offord (1990) mostraron que la prevalencia de la depresión infantil, en niños menores de 12 años, era del 3%. Los últimos estudios realizados informan que actualmente la prevalencia de la depresión infantil se encuentra entre el 8% y 10% en muestras comunitarias (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009), como se puede observar en el estudio realizado por Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004) en Colombia con una muestra comunitaria de 248 niños de entre 8 y 11 años, donde se halló una prevalencia del 9,2%.

Domènech y Polaino (1990) fueron los primeros en nuestro país en llevar a cabo un estudio para averiguar la prevalencia de la depresión infantil. Utilizaron una muestra comunitaria de 6.432 niños de diferentes provincias, la franja de edad de la muestra estaba comprendida entre los 8 y 11 años. Sus resultados, basados en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) mostraron que la tasa de prevalencia total de la depresión infantil era del 8,2%, en concreto, un 1,8% con depresión mayor y un 6,4% con distimia.

Posteriormente, se realizaron una serie de estudios que obtuvieron resultados similares. Polaino-Lorente y García-Villamizar (1993) en un estudio con una muestra comunitaria de 201 alumnos de la Comunidad de Madrid, cuyas edades estaban comprendidas entre 8 y 12 años, hallaron una prevalencia de depresión mayor del 3% y de distimia del 9%. Más tarde, Polaino et al., (1996) ampliaron el estudio que se acaba de mencionar, seleccionando una muestra comunitaria de 1.275 alumnos pertenecientes también a la Comunidad de Madrid, acotando las edades de la muestra entre los 8 y 11 años. Sus resultados fueron similares a los obtenidos en la primera parte de su estudio, hallando una tasa de prevalencia total de la depresión infantil del 10,2%, distribuyéndose los resultados de la siguiente forma: un 4% de depresión mayor y un 6,2% de casos de distimia. Desde este punto hasta la actualidad se han realizado un gran número de estudios en España, actualmente parece que la incidencia se encuentra entre el 5%-10% (Del Barrio, 2007).

Las variables edad y sexo tienen una importante relación con la aparición de la depresión. La mayor parte de los estudios encuentran una relación positiva entre la edad y la depresión, variando la incidencia de la misma según los niveles de edad. En este sentido, se menciona el estudio llevado a cabo por Canals, Martí-Heneberg, Fernández-Ballart y Domènech (1995) en el que utilizaron una muestra comunitaria de 507 jóvenes de Tarragona, con edades comprendidas entre los 11 y 12 años. El instrumento que usaron para su estudio fue el CDI. Los resultados que obtuvieron señalaban una prevalencia de la depresión infantil a los 9 años del 1,8%; entre los 13 y 14 años del 2,3% y del 3,4% a los 18 años.

En cuanto a las diferencias en relación al sexo, las diferentes investigaciones señalan que la depresión es uno de los trastornos psicológicos predominantes en el sexo femenino. Antes de los 11 años las tasas de prevalencia son similares en ambos sexos, incluso levemente superiores en los niños (Del Barrio, 2008). Es a partir de esta edad cuando esta prevalencia comienza a crecer en las chicas y a descender en los chicos (Abad, Forns y Gómez, 2002; Carrasco, Rodríguez y Del Barrio, 2001; Mestre, 1992; Olmedo, Del Barrio y Santed, 2000). López-Soler y López-Pina (1998) llevaron a cabo un estudio en una muestra clínica de 182 niños del hospital de Murcia, con edades comprendidas entre los 6 y 11 años. El instrumento utilizado fue el ICI (*Inventario Clínico Infantil*, López-Soler 1986) adaptado del CBCL. Los resultados encontrados indicaban una mayor presencia de la depresión infantil en los niños, 33%, que en las niñas, 28%. Posteriormente, Ladrón, Alcalde y De la Viña (2002) realizaron un estudio

para el que utilizaron, en este caso, una muestra comunitaria de 565 niños, procedentes de la provincia de Soria, cuyas edades estaban comprendidas entre 15 y 16 años. Los instrumentos utilizados fueron: el CDI y el ESDM (*Escala de sintomatología depresiva para maestros*, Domènech, Monreal y Ezpeleta, 1985). Los resultados informan que la prevalencia obtenida fue del 7,2% los niños y 5,2% las niñas.

Uno de los estudios más recientes realizados en nuestro país fue el llevado a cabo por Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz (2011) cuyo objetivo fue estudiar la prevalencia de la depresión infantil en relación tanto con la edad como con el sexo. Para ello utilizaron una muestra comunitaria de 1.656 sujetos, del Principado de Asturias, con un rango de edad que oscilaba entre los 14 y 19 años. Crearon dos grupos de edad: 14-16 años y 17-19 años, a los que se les aplicó el RADS (*Reynolds Adolescent Depression Scale*, Reynold, 1987). Los resultados obtenidos mostraron una prevalencia total de la depresión infantil del 7,5%. En función del sexo, la prevalencia fue mayor en chicas, 8,3%, que en chicos, 6,6%. Mientras que en función de la edad, el grupo de 14-16 años obtuvo una prevalencia del 7,3% frente al 7,9% del grupo de 17-19 años.

Uno de los factores de riesgo que se ha vinculado con la aparición de la depresión ha sido la presencia de depresión materna. Mientras la media de la depresión infantil está en torno al 10%, en niños de madres deprimidas las cifras se disparan hasta alcanzar una prevalencia del 60% (Radke-Yarrow, 1998).

Otro factor de riesgo es la mala calidad de las relaciones familiares. Se ha demostrado que existe una prevalencia mayor de depresión en los niños que pertenecen a familias donde las relaciones entre los miembros son malas y en aquellas en las que se da una escasa supervisión o incluso maltrato, en comparación con los niños que no se enfrentan a esto en su familia (Domènech y Polaino-Lorente, 1990).

	Edad	Prevalencia
Domènech y Polaino (1990)	8-11 años	8,2%
Polaino y García (1993)	8-12 años	12%
Polaino y García (1996)	8-11 años	10,2%
Herrera, Núñez, Tobón y Arias (2009)	6-12 años	8%-10%

Tabla 5. Comparación de la tasa de prevalencia de la depresión infantil en diversos estudios en España.

	Tipo de muestra	Edad	Niños	Niñas
López-Soler y López-Pina (1998)	Clínica	6-11 años	33%	28%
Ladrón, Alcalde y De la Viña (2002)	Comunitaria	15-16 años	7,2%	5,2%
Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz (2011)	Comunitaria	14-19 años	6,6%	8,3%

Tabla 6. Comparación de la prevalencia de la depresión infantil en función de las variables sexo y edad en diversos estudios en España.

Prevalencia de la ansiedad

En nuestro país se han realizado diferentes estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la ansiedad infantil. Pedreira y Sardinero (1996) utilizaron para su estudio una muestra clínica, cuyas edades estaban comprendidas entre los 6 y 11 años. El instrumento utilizado fue el CBCL en su versión para niños. Los resultados obtenidos muestran una prevalencia total de la ansiedad infantil del 12,5%. Además estudiaron la relación existente entre la ansiedad y las variables edad y sexo, hallando que en las chicas la prevalencia va en aumento, desde el 10% encontrado a los 6 años, hasta el 30% obtenido a los 11 años. Mientras en los chicos la prevalencia se mantiene más estable en los diferentes grupos de edad, en torno al 30%. Sin embargo, en un estudio posterior, Tobadoa, Ezpeleta y de la Osa (1998) con condiciones similares encontraron que la prevalencia de la ansiedad era mayor en las chicas 63% que en los chicos 37%.

Años más tarde, Laredo et al., (2007) realizaron una investigación sobre la incidencia de los trastornos de ansiedad infantil. Para ello, utilizaron una muestra clínica de 38 niños de Girona y Sabadell, cuyas edades estaban comprendidas entre los 3 y 6 años. El instrumento que utilizaron para su investigación fue el HoNOSCA (*The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*, Gowers, 1999). Sus resultados mostraron que la tasa de prevalencia de ansiedad era del 24%.

Uno de los estudios españoles más recientes sobre la prevalencia de la ansiedad infantil es el realizado por Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras (2012), estos autores seleccionaron una muestra comunitaria de 2522 jóvenes con edades comprendidas entre los 8 y 17 años, pertenecientes a la provincia de Alicante. Sus resultados mostraron que el 26,41% de los sujetos de su estudio padecían algún tipo de

trastorno de ansiedad. Además, encontraron que la prevalencia de todos los trastornos de ansiedad (TAS, FS y *Trastornos de ansiedad generalizada*) era mayor en el sexo femenino que en el masculino, excepto en el *Trastorno obsesivo compulsivo*.

A continuación, nos centraremos en la prevalencia de los tres tipos de trastornos de ansiedad seleccionados para este trabajo: *Trastorno de ansiedad por separación (TAS)*, *Trastorno de ansiedad social o fobia social (FS)* y *Trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. Hemos elegido estos tres tipos de trastornos debidos a su alta incidencia tanto en la infancia como en la adolescencia.

Prevalencia del trastorno de ansiedad por separación (TAS)

Uno de los problemas más frecuentes en la población infantojuvenil es la ansiedad que sufren los niños al separarse de sus personas más allegadas, especialmente de sus padres (Orgilés-Amorós, Espada-Sánchez y Méndez-Carrillo, 2009).

La prevalencia total del TAS se sitúa en torno al 3% y 4%, como indican Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab-Stone, Leventhal y Leaf (2000) quienes realizaron un estudio para la Universidad de Yale (EE.UU.) con una muestra clínica de más de 3.000 niños cuya franja de edad era de 5 a 9 años. Estos autores informaron que la tasa de prevalencia del TAS en su estudio fue del 3,6%. Los estudios realizados en nuestro país por Bragado, Carrasco y Bersabé (1999) obtienen resultados similares. Utilizaron para su estudio una muestra clínica de 362 jóvenes de la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre 6 y 17 años. El instrumento utilizado fue la adaptación española (Ezpeleta, 1992) del DICA-R (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents*, Reich, Shayka y Taibleson, 1991). Los datos hallados indicaron una prevalencia del TAS del 2,9%, distribuyéndose en función del sexo en 1,5% chicos y 4,5% chicas.

Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles (2003) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de estudiar la frecuencia y la intensidad de los miedos que afectaban a la ansiedad por separación. Para su estudio utilizaron una muestra comunitaria de 1.237 niños con un rango de edad de 7 a 17 años, pertenecientes a las provincias de Alicante y Murcia. El instrumento empleado para la investigación fue el *Inventario de Miedos* (Sosa, 1993). Los resultados que encontraron muestran que los eventos que provocan más ansiedad son: la posibilidad de que alguno de los padres fallezca (86%), que muera un hermano o amigo (76%) y el temor al fallecimiento propio (74%).

La ansiedad por separación es más frecuente en niños que en adolescentes ya que esta tiende a disminuir con la edad. Bragado (1994) informó que el TAS tiene su origen en los primeros meses de vida. A los dos años la prevalencia se encuentra en su punto más alto, entre 50% y el 75%, mientras que a los 3 años disminuye y se sitúa entre el 20% y el 40% y continúa disminuyendo, entre los 6 y 9 años se sitúa en torno al 4%. A los 12 años, el descenso producido en la prevalencia es mucho mayor, situándose en torno a un 2%. Sin embargo, otros estudios más recientes sitúan la prevalencia más alta del TAS entre los 7 y 9 años (Pacheco y Ventura, 2009).

Aparte de la edad, otro factor de riesgo implicado en la aparición del TAS es el sexo. El DSM-IV-TR (APA, 2002) afirma que este trastorno es más frecuente en el sexo femenino, cuando se trata de poblaciones comunitarias, siendo su prevalencia del 65%. Sin embargo, no sucede lo mismo en muestras clínicas donde afirman que no existen diferencias en relación al sexo. Bragado (1994) informó que la prevalencia del TAS en relación con el sexo era mayor en las chicas, 71%, frente al 29% de los chicos. Estos resultados son similares a los obtenidos por Orgilés et al. (2012).

La separación o divorcio de los padres es un factor importante de riesgo para el trastorno de ansiedad por separación. Se ha demostrado que los niños que viven con sus dos padres presentan menor prevalencia de TAS, así como, menos problemas de conducta y menos problemas personales que niños cuyos padres han puesto fin a su relación (Cantón, Cortés y Justicia, 2002). Aguilar (2006) informó que el trastorno de ansiedad más prevalente en niños de padres divorciados era el trastorno de ansiedad por separación. Además de estos factores de riesgo, Echeburúa (2009) afirma que el TAS suele aparecer con una frecuencia mayor en niños pertenecientes a familias con niveles socioeconómicos medio-bajos.

	Tipo de muestra	Edad	País	Frecuencia total
Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab, Leventhal y Leaf (2000)	Clínica	5-9 años	E.E.U.U.	3,6%
Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1999)	Clínica	6-17 años	España	2,9%
DSM-IV-TR (APA, 2002)	-	-	-	4%
Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras (2012)	Comunitaria	8-17 años	España	5,5%

Tabla 7. Comparación de la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en diversos estudios.

Prevalencia de la fobia social

Los diferentes estudios realizados hasta el momento indican que la fobia social es uno de los trastornos psicológicos con mayor prevalencia en la población infantojuvenil, siendo uno de los más diagnosticados en estas etapas (Albano y Derweiler, 2001). Costello (2004) lo sitúa como el segundo trastorno con mayor prevalencia en la población infantil, por detrás del trastorno de ansiedad por separación.

Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos sobre la ansiedad social en la infancia y adolescencia. Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) realizaron uno de los primeros. Estos autores utilizaron para su estudio una muestra comunitaria de 792 niños de 11 años de edad. En este estudio, realizado en Nueva Zelanda, se halló una tasa de prevalencia de la fobia social del 1%.

Essau, Conradt y Petermann (1999) realizaron un estudio epidemiológico sobre la fobia social, utilizando una muestra comunitaria de 1.035 sujetos de distintos colegios de Bremen (Alemania), los adolescentes tenían una franja de edad comprendida entre los 12 y 17 años. Los autores encontraron una prevalencia del 1,6%. Otro estudio realizado en Alemania, con una muestra comunitaria de 3.021 jóvenes, con edades comprendidas entre 14 y 24 años, informó que la tasa de prevalencia encontrada era del 4% (Wittchen, Stein y Kessler, 1999). En España, Olivares (2005) realizó un estudio epidemiológico con una muestra comunitaria de 15.965 adolescentes, con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, pertenecientes a diversas provincias del sureste del país, a los que se les aplicó una adaptación del ADIS-C (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children*, Silverman y Albano, 1996). Sus resultados mostraron que la incidencia de la fobia social era del 8,2%.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) la prevalencia de la fobia social a lo largo de la vida adulta se sitúa entre el 3% y 13%. Los resultados varían en las distintas etapas del desarrollo. En la adolescencia, entre los 12 y 17 años, la tasa de prevalencia oscila entre el 1,7% y 7%. Por otra parte, en la infancia, entre los 6 y 12 años, la incidencia desciende hasta el 1% y 3%. Un estudio realizado en España por García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel, y Turner (2001), con una muestra clínica, se informó que los niveles de fobia social tienden a aumentar con la edad.

Poulton, Trainor, Stanton, McGee, Davies y Silva (1997) encontraron que en un grupo de sujetos de Nueva Zelanda la prevalencia de la fobia social ascendió un 3,3% con respecto a la que estos mismos sujetos informaron dos años antes. En nuestro país, Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996) llevaron a cabo un estudio donde crearon

tres grupos de edad: 6-9 años, 10-13 años y 14-17 años. Los resultados que obtuvieron mostraron que existe una relación positiva entre la fobia social y la edad, ya que el grupo de 6-9 años presentó una prevalencia del 1,3%, el grupo de 10-13 años obtuvo una prevalencia del 4,8% y el último grupo, de 14-17 años la incidencia fue del 6,3%. Por otra parte, Olivares, Rosa y Piqueras (2006) trataron de estudiar la edad de inicio de la fobia social, para ello seleccionaron una muestra clínica con jóvenes de entre 14 y 17 años que tenían este trastorno. Sus resultados mostraron que la media de edad de inicio era de 9,5 años. Sin embargo, existen discrepancias sobre el origen de la FS, cuando se utilizan muestras comunitarias los resultados muestran que el inicio de la fobia social ocurre entre los 8 y 16 años, sin embargo, cuando se tienen en cuenta muestras clínicas el inicio se produce entre los 11 y 12 años (Bados, 2001).

Con respecto a la relación existente entre la fobia social y el sexo diferentes estudios informan que el trastorno de ansiedad social es más frecuente entre las chicas que entre los chicos (García-López., Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008). Estos resultados son similares a los hallados en otros estudios realizados en diferentes países, en los que encontraron que la población femenina presenta niveles de ansiedad social más elevados que la población masculina (Essau, Conradt y Petermann, 1999; Wittchen, Stein y Kessler, 1999). Sin embargo, esta situación cambia cuando el estudio se realiza en una muestra clínica, en este caso, la prevalencia de la fobia social en chicos es similar o, incluso, superior que en las chicas (Beidel y Turner, 2005).

En España, Inglés, Méndez e Hidalgo (2001) llevaron a cabo una investigación con una muestra comunitaria de 538 sujetos de la provincia de Murcia, cuya franja de edad oscilaba entre los 12 y 18 años. Sus resultados mostraron que la prevalencia de la fobia social de la muestra era de 8,2%, donde la prevalencia fue mayor entre las chicas, en una proporción de 2 a 1 respecto a los chicos.

Por otra parte, en algunos estudios se ha señalado de una mayor prevalencia de fobia social entre las familias más desfavorecidas y con más problemas tanto económicos como sociales con respecto a las familias más favorecidas (Patel, Knapp, Henderson y Baldwin, 2002; Wittchen, Stein y Kessler, 1999).

Autores	País	Edad	N	Prevalencia
Anderson, Williams, McGee y Silva (1987)	Nueva Zelanda	11 años	792 sujetos	1%
Essau, Conradt y Petermann (1999)	Alemania	12-17 años	1035 sujetos	1,6%
Wittchen, Stein, Kessler (1999)	Alemania	14-24 años	3021 sujetos	4%
Inglés, Menéndez e Hidalgo (2001)	España	12-18 años	538 sujetos	8,2%
Olivares (2005)	España	14-17 años	15965 sujetos	8,2%

Tabla 8. Comparación de la prevalencia de la Fobia social en estudios de diversos países con muestras comunitarias.

Prevalencia del trastorno por estrés postraumático

Es complicado establecer la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en la infancia y adolescencia debido a la gran variabilidad de resultados que se han obtenido. Según Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson (1995), la prevalencia del TEPT en la población infantojuvenil de EEUU es del 10%. Por otra parte, un estudio realizado en el Reino Unido con una muestra comunitaria de 10.000 niños, con una franja de edad de 11 a 15 años, informaron que la prevalencia del TEPT era del 0,4% (Meltzer, Gatward, Goodman y Ford 2000). Elklit (2002) realizó un estudio similar en Dinamarca hallando una tasa de prevalencia del TEPT del 9%.

Diferentes estudios informan que algunos de los mejores predictores del TEPT son: un ambiente adverso, exponerse frecuentemente a situaciones de riesgo, problemas con los padres y haber padecido depresión previamente (Copeland, Keeller, Angold y Costello, 2007). Yule (2001) indica que otras de las situaciones estresantes que aumentan el riesgo de padecer TEPT son: ser testigo de un crimen violento, haber sido víctima de un secuestro, padecer abuso sexual y vivenciar un desastre natural o una guerra.

A continuación, analizaremos algunas investigaciones que han tratado de estudiar la relación existente entre el desarrollo del TEPT con los diversos factores de riesgo que acabamos de mencionar.

Terr (1985) llevó a cabo una investigación en Washington (EEUU), donde informó que el 100% de los menores de edad que habían sido víctimas de un secuestro presentaban síntomas del TEPT. Otros estudios afirman que personas que han sufrido

un abuso sexual tienen un alto riesgo de padecer trastorno de estrés postraumático (Arata, 1999; Herrero y Garrido, 2002). Según Echeburúa, Corral y Amor (2002) entre los jóvenes que han sufrido maltrato doméstico la prevalencia del TEPT oscila entre el 45% y 60%. Echeburúa y Corral (1998) señalan que cuando las condiciones estresantes a las que los sujetos se han expuesto son muy intensas y provocadas por otro ser humano, como en el caso del secuestro, maltrato o violación, los síntomas generados por estas situaciones son más graves y duraderos, ya que aumenta la percepción de incontrolabilidad.

Otra variable que se encuentra muy ligada al desarrollo del trastorno por estrés postraumático es haber vivenciado un desastre natural. Estudios realizados en EEUU estimaron que entre los jóvenes que habían sido testigos de un desastre natural la tasa de prevalencia del TEPT se encontraba entre el 30% y el 50% (La Greca y Prinstein, 2002). En Florida y Luisiana (EEUU) se realizó un estudio tras el paso del huracán Andrew (uno de los huracanes más devastadores de la historia). Sus resultados mostraron que la gran mayoría de los sujetos del estudio presentaron síntomas graves del TEPT (Garrison, Bryant, Addy, Spurrier, Freed y Kilpatrick, 1995).

En nuestro país se han realizado estudios tras los atentados del 11-M. Los resultados muestran que el 35,9% de personas que se vieron afectadas por el atentado terrorista desarrollaron trastorno por estrés postraumático (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi, 2004). Además, el 47% de los ciudadanos de Madrid padecieron síntomas de estrés postraumático después del atentado, como: confusión, pesadillas, evitar lugares o situaciones que recordasen el evento traumático y nerviosismo... (Muñoz, Crespo, Pérez-Santos. y Vázquez, 2004).

Se han realizado otros estudios en nuestro país sobre el trastorno por estrés postraumático. Ayala y Paúl-Ochotorena (2004) realizaron un estudio con el objetivo de observar la frecuencia de los síntomas del TEPT en personas que habían sido víctimas de una situación traumática grave, en función del sexo, edad y tipo de trauma sufrido. Utilizaron una muestra clínica de 274 sujetos del País Vasco, con edades comprendidas entre los 17 y 24 años. Los resultados que mostraron que la prevalencia del TEPT fue del 28,8%. En relación con el sexo, esta prevalencia era mayor entre las chicas, 32%, frente a los chicos, 20,8%. Con respecto a la edad en la que se había sufrido el acontecimiento traumático, los autores hallaron que la prevalencia era mayor cuando el acontecimiento traumático había sucedido en la adolescencia, especialmente entre los 12 y 15 años. En lo referente al tipo de trauma, este estudio informó que las situaciones

traumáticas que generaban mayor porcentaje de TEPT fueron: haber sufrido una violación (100%), haber sufrido amenazas por parte de uno de los padres (83%), haber padecido una agresión sexual (62,5%), y ser víctima de maltrato físico infantil (60%).

Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) la prevalencia del TDAH en niños en edad escolar oscila en torno a un 3% y un 7%. En otros estudios el rango de prevalencia es mayor. DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid (1997) informaron que el intervalo de prevalencia del TDAH encontrado entre una muestra comunitaria de Nueva York (EEUU) se situaba entre el 2% y el 30%. Buitelaar y Engeland (1996) hallaron una tasa de prevalencia entre el 4% y el 17% en su estudio realizado en Cambridge (Inglaterra). Además, informaron que existe una gran variabilidad entre los distintos estudios epidemiológicos del TDAH debido a distintos factores: la estrategia utilizada para llevar a cabo la investigación, la edad de los sujetos, el sexo, las características sociodemográficas y los diferentes tipos de TDAH. Brown, Freeman, Perrin, Stein, Amler y Feldman (2001) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de estimar la tasa de prevalencia del TDAH en una muestra comunitaria con una franja de edad de 6 a 12 años. Sus resultados mostraron que la incidencia se encontraba entre el 4% y el 12%. Scahill y Schwab-Stone (2000) realizaron en EE.UU un estudio que está considerado entre los mejores sobre el TDAH, donde indican que la tasa de prevalencia del TDAH se encuentra entre el 5% y el 10%.

El primer estudio epidemiológico sobre el TDAH en España fue realizado en Sanlúcar la Mayor (Sevilla) en 1993 con una muestra comunitaria cuyo rango de edad oscilaba entre los 6 y 15 años. El instrumento utilizado fue el *cuestionario CONNERS* (Conners, 1969). Los resultados obtenidos indicaron una tasa de prevalencia entre el 4% y 6%. Actualmente, uno de los estudios más recientes en España es el que llevaron a cabo Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artiles (2012) en las Islas Canarias con una muestra comunitaria de 2395 chicos con edades comprendidas entre los 6 y 12 años. Los resultados mostraron que la prevalencia del TDAH fue del 4,9%.

Se ha estudiado mucho la relación existente entre el TDAH con respecto al sexo, y prácticamente todos los estudios están de acuerdo en que este trastorno prevalece en los varones. Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) la proporción en muestras clínicas es de 9 a 1 y en muestras comunitarias de 4 a 1. DuPaul et al., (1998) y de Buitelaar et al.,

(1996) confirmaron esto con sus estudios, en los que encontraron una prevalencia superior entre la población masculina. En Murcia en el año 2009 se llevó a cabo una investigación con una muestra clínica de 300 menores entre 6 y 12 años, a los cuales se les aplicó el *Inventario clínico Infantil* (ICI, López-Soler, 1986). Los resultados hallaron que la prevalencia total del TDAH era del 14,5%. Al analizar la relación existente en función del sexo, informaron que existía una prevalencia mayor entre las chicas, 19,8%, frente a los chicos, 12,2%. Rodríguez-Molinero, López-Villalobos, Garrido-Redondo, Sacristán-Martín, Martínez-Rivera y Ruiz-Sanz (2009) llevaron a cabo un estudio epidemiológico sobre la prevalencia del TDAH en función del sexo en Castilla y León. Estos autores seleccionaron una muestra comunitaria de 1.095 jóvenes, con edades comprendidas entre los 6 y 16 años. Entre sus resultados encontraron una prevalencia total del 6,6%. Sin embargo, en este caso los resultados sí que coincidieron con lo que esperaban, siendo mayor la incidencia del TDAH entre los varones, 8,97%, frente a las mujeres, 4,17%.

Cardo, Servera y Llobera (2007) realizaron un estudio sobre el TDAH en la Isla de Mallorca. Los objetivos que se plantearon en este trabajo fueron: en primer lugar, estimar la tasa de prevalencia del TDAH, y determinar si existían diferencias con respecto al sexo. Estos autores seleccionaron una muestra comunitaria de 1.339 sujetos cuya franja de edad oscilaba entre los 6 y 11 años. El instrumento empleado fue el *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale IV* (ADHD RS-IV, DuPaul et al., 1998). Los resultados mostraron que la tasa de prevalencia total del TDAH fue del 4,57%. Con respecto al sexo, no encontraron los resultados que esperaban, pues las chicas obtuvieron una prevalencia mayor, 5,81%, que los chicos, 3,49%.

Conclusiones

Este trabajo ha tenido como objetivo realizar una revisión teórica de los diferentes estudios realizados en los últimos años sobre la incidencia de los trastornos psicológicos en la población infantil y juvenil. Hemos puesto especial interés sobre los datos de la prevalencia en nuestro país. Los trastornos que hemos estudiado han sido: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad (ansiedad por separación, ansiedad social y estrés postraumático) y TDAH.

Las principales conclusiones que hemos podido obtener de esta revisión son:

En primer lugar, la pauta evolutiva que siguen los diferentes trastornos es diferente en cada uno de ellos. Varían en función de la edad de inicio, de la duración del trastorno y de la incidencia.

La edad y el sexo son factores que influyen de manera decisiva en la incidencia de cada trastorno. En relación al sexo, hemos encontrado, en los diferentes estudios revisados, que determinados trastornos psicológicos son más frecuentes en un sexo que en otro. Por ejemplo, la mayoría de los estudios informan que los trastornos de depresión y ansiedad tienen una incidencia mayor en el sexo femenino, frente al TDAH el cual predomina en el sexo masculino. Algo similar ocurre en relación con la edad, pues según el tipo de trastorno tiene una incidencia mayor en un grupo de edad que en otro. Un ejemplo de esto es que la prevalencia de la depresión o de la fobia social tiende a aumentar en la adolescencia con respecto a la infancia y sin embargo, la prevalencia de la ansiedad por separación o del TDAH tiene su punto más alto en los primeros años de vida y luego tiende a descender.

En este trabajo hemos dado especial importancia al tipo de muestra seleccionada para cada investigación ya que es un factor decisivo a la hora de hallar la incidencia. Así, por ejemplo, como dijimos en el párrafo anterior, la ansiedad y depresión son trastornos predominantes en el sexo femenino cuando se utilizan muestras comunitarias. Sin embargo, según los diferentes estudios revisados, no sucede lo mismo cuando se utilizan muestras clínicas, ya que en este caso la prevalencia total tiende a igualarse en ambos sexos, o incluso, es mayor en el sexo masculino, como hemos observado en estudios realizados sobre los trastornos depresivos y la fobia social.

Tal y como se ha ido viendo en este estudio, cada trastorno tiene una pauta evolutiva diferente y además, tienen unos factores de riesgo específicos. Así por ejemplo, en nuestro trabajo hemos informado que uno de los principales factores de riesgo asociados al origen de la depresión es la depresión materna. Del mismo modo que para el desarrollo del trastorno de ansiedad por separación un factor de riesgo suele ser la separación o divorcio de los padres, para la aparición del trastorno por estrés postraumático el principal factor de riesgo es haber vivenciado un acontecimiento especialmente estresante o traumático. A pesar de ello, hemos encontrado, según las diferentes investigaciones, algún factor de riesgo común para varios de los trastornos

estudiados; por ejemplo, el nivel socioeconómico bajo, ya que este está asociado a la aparición de la depresión, del trastorno de ansiedad por separación y de la fobia social.

Esta revisión muestra la alta incidencia de las diferentes alteraciones psicológicas que están afectando a una gran parte de los niños y jóvenes de la población mundial, aunque nos centramos especialmente en España. Diversos estudios constatan las repercusiones que estos trastornos psicológicos producen en el desarrollo de los niños y adolescentes, así como las dificultades que generan en los diferentes ámbitos de su vida. Además, se ha comprobado que si no se tratan a tiempo estos trastornos provocan graves dificultades en la vida adulta en todos los ámbitos: psicológico, social y laboral. Por todo esto, creemos que se debe concienciar a todos los niveles de la importancia que esto tiene y del grave problema que supone para la sociedad. De este modo, se deberían potenciar los programas de prevención orientados tanto a niños, como a padres y profesores, para de esta manera evitar las consecuencias negativas asociadas a estos trastornos. Se debe pues concienciar a las familias de la importancia que esto tiene, con el objetivo de que presten mayor atención a los síntomas que presentan los niños y los adolescentes, y tratar a tiempo estos trastornos para evitar que se desarrollen durante la infancia y la adolescencia.

Referencias bibliográficas

- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12, 49-54.
- Abad, J., Forns, M. y Gómez, J. (2002). Emocional and behavioral problems as measured by YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 149-157.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L. y 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, 194-203.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C. (1993). *Psicopatología infantil*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1993). Diagnóstico, taxonomía y evaluación. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.): *Psicopatología infantil* (pp. 75-94). Barcelona, España: Martínez Roca.

- Agras, W. S. (1989). *Pánico cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona, España: Labor.
- Aguilar, J.M. (2006). *Con mamá y con papá*. Málaga, España: Almuzara.
- Aláez-Fernández, 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.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). DSM- 111 disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69- 76.
- Angold, A., Messer, S.C., Stangl, D., Farmer, E.M.Z., Costello, E.J. y Burns, B.J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88:75-80.
- Arata, C.M. (1999). Repeated sexual victimization and mental disorders in women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(3), 1-17.
- Bados-López, A. (2001). *Fobia social*. Madrid, España: Síntesis.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health out-comes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 63 (12), 10-15.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York, EE.UU: Guilford Press.
- Barkley RA (1990). *Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York, EE.UU: Guilford.
- Beidel D. C. y Turner S. M. (2005). *Childhood anxiety disorders. A guide to research and treatment*. New York, EE.UU: Routledge.
- Bettge, S., Wille, N., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., y Ravens-Sieberer, U. (2008). Depressive symptoms of children and adolescents in a german representative sample: Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 71-81.
- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M., Silver, S.E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 76-83.
- Bragado, M.C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid, España: Fundación Universidad-Empresa.

- Bragado, C., Bersabé, R., Carrasco, I. (1999) Factores de riesgo para los trastornos conductuales de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescente. *Psicothema*. 11(4), 939-956.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Bragado, C., Sánchez-Bernardos, M.L., Bersabé, R., Loriga, A., Monsalve, T. (1995) Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*. 6 (1), 67-82.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J. y Sitzman, R. (1997). Lifetime victimización history, demographics, clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 95-101.
- Briggs-Gowan, M.J., Horwitz, S.M., Schwab-Stone, M.E., Leventhal, J.M. y Leaf, P.J. (2000) Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Amler, R. W., Feldman, H. M., Pierce, K., y Wolraich, M. L. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107 (3), pp. e43.
- Buitelaar, J.K. y Van Engeland, H. (1996). Epidemiological approaches to hyperactivity. En S.T. Sandberg (Eds.), *Hyperactivity disorders* (pp. 26-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Caballo, V. E. (2010). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Caballo, V. E., Simón, M. A. (2012). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid, España: Pirámide.
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997). *Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: Planteamiento actual de un viejo problema. Manual de Hiperactividad Infantil*. Madrid, España: Unión editorial.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman (Eds.), *Anxiety disorders of childhood* (pp. 24-57) Nueva York, EE.UU: Guilford.
- Canals, J., Martí-Hennenberg, C., Fernández-Ballart, J., y Domènech, E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 4(2), 102-111.
- Cantón, J., Cortés, M.R., y Justicia, M.D. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(3), 47-66.

- Cardo, E., Servera, M. y Llobera, J. (2007) Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención en población normal de la isla de Mallorca. *Revista Neurología*, 44, 10-14.
- Carrasco, M.A., Rodríguez-Testal, J.F y del Barrio, V. (2001). *Conducta delictiva y antisocial en adolescentes institucionalizados con historia de maltrato: Un estudio comparativo*. Simposio sobre Psicópatas, asesinos en serie y conducta antisocial. Granada marzo, 2001.
- Caspi, A. y Moffitt, T.E., (1995), "The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior". En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.). *Manual of developmental psychology* New York, EE.UU: John Wiley, 472-511.
- Castro, M. y Lago, S. (1.996). Estudio da demanda dos usuarios de saúde mental: Unidade de Saúde Mental II de Carranza- Ferrol. *Cadernos de Psicoloxía*, 20, 35-45.
- Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method*. New York, EE.UU: Wiley.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Copeland, W., Keeler, G., Angold, A. y Costello, J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64 (5), 577-584.
- Cova, F., Maganto, C. y Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. *Psyke*, 14(1), 227-232.
- Del Barrio, V. (2008) *Tratando...depresión infantil*. Madrid, España: Pirámide.
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido: causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Ariel.
- Díaz-García, M.I. y Díaz-Sibaja, M.A. (2005). *Problemas cotidianos del comportamiento infantil. Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid, España: Dykinson.
- Díaz-Sibaja, M.A. (2005). *Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid, España: Dykinson.
- Diler, R.S., Birmaher, B., Brent, D.A., Axelson, D.A., Firinciogullari, S., Chiapetta, y Bridge. J. (2004). Phenomenology of panic disorder in youth. *Depression and Anxiety*, 20 (1), 39-43.

- Domenèch, E. y Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona, España: Espaxs.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., Reid, R., McGoe, K.E., e Ikeda, M.J. (1997). Teacher rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9, 436-443.
- Echeburúa, E., Corral, P. (2009) *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona, España: Ariel.
- Elklit, A. (2002) Acute distress response and posttraumatic stress disorder in three groups of trauma victims. Manuscript submitted for publication.
- Esparó, G., Canals, J., Torrente, M. y Fernández-Ballart (2004) Psychological problems and associated factors at 6 years of age: Differences between sexes. *The Spanish Journal of Psychology*. 7(1), 53-62.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Muñiz, J. (2011) Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas españolas de Psiquiatría*. 39(4), 217-225.
- García-López, L.J. (2013) *Tratando... trastorno de ansiedad social*. Madrid, España: Pirámide.
- García-López, L.J., Piqueras, J.A., Díaz-Castela, M.M., Inglés, C.J. (2008) Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*. 16(3), 501-533.
- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C., y Turner, S.M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.
- Garrison, C.Z., Bryant, E.S., Addy, C.L., Spurrier, P.G., Freed, J.R. y Kilpatrick, D.G. (1995). Posttraumatic stress disorder in adolescents after hurricane Andrew. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1.193-1.201.
- Herrera, E., Núñez, A. C., Tobón, S. y Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 59-70.

- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*. 14, 109-117.
- Inglés, C.J., Méndez, F.X., Hidalgo, M.D. (2001) Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 6 (2), 91-104.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 195-206.
- Jiménez, J.E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M., Artilles, C. (2012) Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *European Journal of Education and Psychology*. 5. (1), 13-26.
- Kaplan, H.S. y Sandock, B.J. (2000). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid, España: Panamericana.
- Kearney, C.A. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*. New York, EE.UU: Springer.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52, 1048-1060.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. y Kenny, E. D. (2003). Child witness to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339–352.
- La Greca, A.M., y Prinstein, M.J. (2002). *Hurricanes and earthquakes*. Washington, EE.UU: American Psychological Association.
- Ladrón, E., Alcalde, S., de la Viña, P. (2002) Depresión infantil. Un estudio en la provincia de Soria. *Revista norte de salud mental*. 4(14), 31-34.
- Laredo, A., Claustre-Jané, M., Viñas, F., Mitjavila, M., Pla, E., Pi, M., Ruiz, G. y Domènech, 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.
- Lerner, M. (2002). *Office-based management of ADHD*. Satellite Symposium to the American Academy of Pediatrics National Conference and Exhibition. Boston, Massachusetts.

- López-Soler, C. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 13(3), 159-174.
- López-Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. y López-Pina, J.A. (2010) 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). *Anales de Psicología*. 26(2), 325-334.
- López-Soler, C., Castro-Sáez, M., Alcántara-López, M.V., Fernández-Fernández, V. y López Pina, J.A. (2009) Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*. 21(3), 353-358.
- López-Soler, C., Fernández, M.V., Prieto, M., Alcántara, M.V., Castro, M., López-Pina, J.A. (2012) Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de psicología*. 28(3), 780-788.
- López-Soler, C., y López Pina, J.A. (1998) La depresión desde la perspectiva de las taxonomías empíricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 3(2), 95-102.
- Mantilla, L.F., Sabalza, L., Díaz, L.A. y Campos, A. (2004). Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (2), 163-171.
- Martín-Ayala, J.L. y De Paúl-Ochotorena (2004) Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*. 16 (1) 45-49.
- Martuano, E. M., Toller, G. P. y Elías, L. C. D. (2005). Género, adversidade e problemas socioemocionales asociados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 371-380.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T (2000) *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London, Reino Unido: The Stationery Office.
- Méndez, X. (2011) *El niño que no sonríe*. Madrid, España: Pirámide.
- Méndez, X., Inglés, C.J., Hidalgo, M.D., García-Fernández. J.M. y Quiles, M.J. (2003) Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista electrónica de motivación y emoción*. 6(13).
- Mercier, M., y Despert, L. (1943). Effects of war on French children. *Psychosocial Medicine*, 5, 226-272.
- Mestre, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana*. Valencia, España: Conselleria de Sanitat i Consum.

- Miranda, A., Roselló, B. y Soriano M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia, España: Promolibro.
- Mogaz-Lago, A., García-Pérez, E. M. y del Valle-Sandín, M. (1998). Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. *Papeles del Psicólogo*, 71, 40-43.
- Moreno, J.M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología*, 21, 224-230.
- Muela, A. (2010). Desprotección infantil, estilos de apego e indicadores de psicopatología en la adolescencia. San Sebastián, España: Universidad del País Vasco.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E. y Vázquez, J.J. (2004). Presencia de síntomas de estrés agudo en la población general de Madrid en la segunda semana tras el atentado terrorista del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 147-161.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez-Moral, J.C., Sales-Galán, A., y Sancerni-Beitia, M.D. (2012) Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 24(3), 377-383.
- Olivares, J. (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes*. Madrid, España: Pirámide.
- Olivares-Rodríguez, J., Alcázar, A.I. y García-López, L.J. (2004) *Fobia social en la adolescencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18, 207-212.
- Olmedo, M., del Barrio, V., Santed, M.A. (2000). Sexo y emoción previa como predictores del cambio en depresión y ansiedad en la adolescencia. *Ansiedad y estrés*, 6 (1), 47-60.
- Orgilés-Amorós, M., Espada-Sánchez, J.P., Méndez-Carrillo, X. (2009) Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*. 20(3), 383-388.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J.P. y Piqueras, J.A. (2012) Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental*. 5 (2) 115-120.
- Pacheco, B., y Ventura, T. (2009) Trastorno de ansiedad por separación. *Revista Chilena de Pediatría*. 80 (2), 109-119.
- Palazón, I. (1998). Salud mental infantil: Patologías más frecuentes en Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 18. (67), 545-553.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J. y Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 68, 221.

- Pedreira, J.L., Rodríguez-Sacristán, J. y Zaplana, J. (1992). Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental infantojuvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(43), 275- 282.
- Pedreira, J.L., y Sardinero, E. (1996) Prevalencia de los trastornos mentales de la infancia en Atención Primaria Pediátrica. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. 24, 173-190.
- Polaino-Lorente A, García-Villamizar DA. (1993). *La depresión infantil en Madrid: Un estudio epidemiológico*. Madrid, España: AC.
- Polaino-Lorente, A., Mediano-Cortés, M.L., Martínez-Arias, R. (1996) Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. *Anales españoles de pediatría*. 46, 344-350.
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W., McGee, R., Davies, S., Silva, P. (1997) The (in)stability of adolescent fears. *Behaviour research and therapy*. 35(2), 159-63.
- Quay, H. C., Routh, D. K. y Shapiro, S. K. (1987). Psychopathology of childhood: From description to validation. *Annual Review of Psychology*, 38, 491-532.
- Radke-Yarrow M. (1998) *Children of depressed mothers*. New York, EE.UU: Cambridge University Press;
- Rodríguez-Sacristán, J. (2000). *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Rodríguez-Molinero, L., López-Villalobos, J.A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera, M.T. y Ruiz-Sanz, F. (2009) Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista de Pediatría Atención Primaria*. 11, 251-70.
- Safer, R. y Allen, D. (1976). *Hyperactive children: Diagnosis and management*. Baltimore, EE.UU: University Park Press.
- San Román, P., Pedreira, J. L., López-Torres, J., Bonete, J. M. y Castelló, T. (2002). Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. *Psicología.com*, 6 (2).
- Sandín, B. (2008). *El Estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid, España: Klini.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid, España: Dykinson.

- Scahill, L. y Schwab-Stone, M. (2000) Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 9(3), 541-555.
- Shafii, M. y Shafii, S.L. (1995). *Depresión en Niños y Adolescentes: Clínica, Evaluación y Tratamiento*. Barcelona, España: Martínez-Roca.
- Subira, S., Obiols, J. E., Mitjavila, M., Cuxart, F. y Domenech-Llavería, E. (1998). Prevalencia del síndrome depresivo en una muestra de adolescentes escolarizados de 13 a 15 años. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25, 86-91.
- Talarn, A., Navarro, N., Rossell, L., y Rigat, A. (2006). Propuesta de especificadores diagnósticos vinculados al estrés y el trauma: Una aportación a la nosología psicopatológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 107-114.
- Tobadoa, A., Ezpeleta, L. y de la Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Estrés y Ansiedad*, 4(1), 1- 16.
- Toro-Trallero, J. (2010) El adolescente en su mundo. Madrid, España: Pirámide.
- Van Der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 12, 293-317.
- Weiss J (1992). The role of interpretation. *Psychoanal Inquiry*. 12, 296-313.
- Wichs-Nelson, R. y A. Israel (1999). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. 3ª Ed. Madrid, España: Prentice Hall.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 23-28.