

INCIDENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Josep M. LLUÍS FONT*

RESUMEN

Mediante el análisis de un cuestionario anamnésico y psicopatológico aplicado a padres de una muestra de niños, hemos investigado la prevalencia de una amplia gama de trastornos psicopatológicos en la población infantil catalana. La muestra estudiada es de 1350 niños varones, de edades comprendidas entre nueve años y seis meses y doce años y seis meses. Además de cuantificar la prevalencia de cada trastorno, hemos estudiado su incidencia en las distintas clases sociales, y realizado el análisis estadístico de las diferencias encontradas.

El autor propone una línea de investigación encaminada a averiguar el grado de interdependencia de los distintos trastornos.

ABSTRACT

By means of the analysis of anamnestic psychopathological questionnaire applied to the parents of a sample of children, we have investigated the prevalence of a wide range of psychopathological disorders present in the infantile population of Catalonia. The sample studied comprised 1350 male children aged from nine years and six months to twelve years and six months. As well as quantifying the frequency of each disorder we have studied its incidence in the different social classes and undertaken a statistical analysis of differences found.

* Departament de Psicologia Fisiològica, Facultat de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona.

The author proposes a line of investigation directed towards the analysis of the interdependence of the different disorders.

INTRODUCCIÓN

Los datos que presentamos en este estudio pretenden reflejar de forma fidedigna la incidencia de una amplia gama de trastornos psicopatológicos en la población infantil catalana. La obtención de estos datos ya es en sí misma un objetivo de investigación, pero en nuestro caso, representa solamente un primer esbozo de un trabajo más amplio que estamos realizando, que apunta, mediante un enfoque epidemiológico, a la obtención de una amplia información específica sobre cada uno de los trastornos investigados.

Presentamos, por consiguiente, en este artículo una panorámica general de los diversos problemas, su frecuencia en las distintas clases sociales y en la población general.

El repertorio de los trastornos estudiados no es exhaustivo, pero incluye todos aquellos que, a nuestro entender, pueden contribuir en alguna medida a la comprensión, ya sea de otros trastornos, ya sea de la personalidad misma del niño. Nos interesa como objetivo último, por un lado, progresar en el conocimiento de la etiopatogenia de los diversos problemas, los mecanismos a que responden, las circunstancias en las que se dan, su evolución espontánea, la respuesta a distintos tipos de tratamiento, etc.; por otra parte, no menos importante resulta el aproximarnos a la comprensión de la personalidad misma del niño, a través de la psicopatología.

Analizamos dos docenas de trastornos agrupados en ocho categorías, atendiendo a criterios de clasificación bastante aceptados por la psiquiatría y la psicopatología clásicas: control de esfínteres, movimiento, sueño, oral-alimenticios, psicósomáticos, comportamentales y de lenguaje; incluimos también una categoría que hemos denominado «posible base orgánica», porque nos resulta útil como indicativo de posible lesión cerebral, a la hora de proceder a análisis complejos de determinados trastornos específicos; en esta categoría se analiza el parto distócico, así como la epilepsia, las convulsiones y las pérdidas de conciencia. No estudiamos la deficiencia mental, ni tampoco otros trastornos graves de tipo neurótico o psicótico con un grado de incidencia muy bajo.

MÉTODO

Hemos procedido a la recogida de los datos mediante un cuestionario anamnésico y psicopatológico dirigido a los padres; la contestación se ha realizado generalmente por escrito; en algunos casos se ha completado la información mediante contacto telefónico o entrevista individual. El porcentaje de familias que contestan el cuestionario supera el 95% y el muestreo de los casos investigados se ha realizado entre una población de aproximadamente 25.000 niños, que asisten a colegios privados o públicos, a los que el centro de Psicología Aplicada «La Salle» de Barcelona proporciona algún tipo de asistencia psicológica o asesoramiento psicopedagógico.

La muestra para este estudio ha quedado delimitada a 1350 casos, todos ellos varones, procedentes de 36 colegios, distribuidos en las cuatro provincias catalanas. A la hora de realizar el muestreo se han tenido presentes, como es de rigor, las variables socioculturales, así como el emplazamiento geográfico, el tipo de enseñanza, etc. Hemos tratado, por lo tanto, de que la muestra sea en lo posible representativa de la población general. La distribución por clases sociales es la siguiente: 357 casos pertenecen a la clase social elevada, 597 a la media, y 396 a la baja. Esta clasificación se ha hecho atendiendo a criterios múltiples, entre los que pesa especialmente la profesión del padre.

Para obtener una mayor claridad y fiabilidad de los datos hemos trabajado con una muestra sólo de varones, lo que no excluye que en un futuro próximo realicemos un estudio paralelo sólo con niñas, para apreciar las diferencias debidas a la variable sexo.

El elevado porcentaje de respuesta de los padres al cuestionario era muy importante para nosotros, en el sentido de evitar sesgos en la muestra, procedentes del tipo de familias que contestan o no a nuestra demanda. Se ha podido superar este problema, gracias a nuestra relación previa con los centros en los que hemos trabajado, lo que nos ha permitido lograr que los padres se sintieran comprometidos de alguna manera, y moralmente obligados a contestar el cuestionario. También les ha alentado el hecho de que les hayamos ofrecido orientación y ayuda en relación con los problemas detectados.

Los sujetos de la muestra son varones que han finalizado, como mínimo, cuarto curso de EGB; sus edades oscilan entre nueve años y seis meses, y doce años y seis meses. La precisión de estas edades importa poco, ya que los datos recogidos no son los actuales únicamente, sino

que son datos anamnésicos, históricos. Para cualquier trastorno recogemos la edad de aparición y la de superación, en el supuesto de que no perdure en el momento de recoger la información. Aglutinamos así los trastornos que los niños padecen actualmente y los que han padecido en cualquier etapa de su desarrollo.

PRECISIONES SOBRE LOS TRASTORNOS INVESTIGADOS

Una parte de los trastornos se han recogido según el criterio de todo o nada, y son los padres quienes juzgan la presencia o ausencia de los mismos, tanto en el presente como en el pasado; en este grupo se encuentran los siguientes: enuresis (primaria y secundaria), encopresis, tics, succión del pulgar, anorexia, asma, espasmos del llanto, parto distócico, epilepsia, convulsiones y pérdida de conciencia.

Los demás trastornos se han puntuado en una escala de cinco categorías, según la intensidad o frecuencia de los mismos, del siguiente modo: «nada o casi nada», «algo», «bastante», «mucho», «muchísimo»; o con su equivalente temporal: «nunca o casi nunca», «algunas veces», «bastantes veces», «muchas veces», «muy a menudo».

El cuestionario contiene algunas especificaciones para unificar el criterio de los padres, de acuerdo con nuestras expectativas, especialmente en aquellos aspectos en que es más fácil que surja la duda. En el caso de la anorexia, por ejemplo, hemos indicado como criterio positivo el hecho de que el fenómeno haya preocupado seriamente a los padres y/o haya sido objeto de consulta médica (no reproducimos el cuestionario por ser bastante extenso).

Presentamos en la Tabla I todos los datos recogidos de forma dicotómica, es decir, haciendo referencia a la presencia o ausencia de cada trastorno. A este respecto debemos hacer también algunas precisiones a fin de explicar nuestra propia decisión a la hora de establecer el límite arbitrario a partir del cual una característica se considera un trastorno o problema (casi todos los niños son movidos, pero a partir de cierto límite aparece el trastorno hipercinésico).

En el caso de la enuresis, hemos considerado presencia de trastorno cuando los niños manifiestan falta de control de emisión de orina a partir de los cinco años cumplidos. Cuantificamos como secundario este trastorno en los casos en que reaparece tras un período de control de

seis meses como mínimo. Para mayores especificaciones se pueden consultar otros trabajos del autor (LLUÍS FONT, 1985, 1986).

El trastorno hipercinésico se ha contabilizado contemplando únicamente la categoría más extrema; de esta forma hemos encontrado un porcentaje global del 10,07%; cuando los padres valoran cómo es de movido su hijo tienden a puntuar muy alto; reuniendo las categorías 4 y 5, es decir, «mucho» y «muchísimo», aparece un porcentaje superior al 35%, lo que evidentemente no podría considerarse patológico, cualquiera que sea el criterio de normalidad que queremos fijar.

En sonambulismo y en robo se han recontado los casos positivos, incluyendo todas las categorías excepto la más baja «casi nunca o nunca».

En los demás trastornos puntuados de 1 a 5 se han considerado positivas las puntuaciones 3, 4 y 5, es decir, a partir de «bastante» o «bastantes veces». Las frecuencias encontradas son, en general, moderadas, excepto en rubor, desobediencia y dificultad inicial de lectura, que sobrepasan el 15%.

RESULTADOS

En la Tabla I presentamos de forma sintética todos los datos cuantificados. Para cada trastorno podemos observar: número de sujetos que lo padecen y el porcentaje indicador de la incidencia en cada una de las tres clases sociales en las que hemos trabajado, así como en la muestra total.

En aquellos trastornos cuya apreciación se realiza por criterios más objetivos, los índices de prevalencia cobran una significación clara. En cambio, en aquellos otros en que existe una relación de continuidad entre una característica comportamental normal y un trastorno, el índice de prevalencia depende totalmente de la forma como éste se defina y de los criterios de apreciación del mismo. Este hecho puede resultar problemático a la hora de comparar nuestros resultados con los obtenidos por otros autores, en otros países o en otras muestras de sujetos. Con todo, para nosotros no representa ningún inconveniente grave; los proyectos de futura elaboración de estos datos, el análisis de la interdependencia de los trastornos, el tratamiento factorial, la identificación, por tanto, de factores que puedan explicar la covarianza de algunos de ellos, etc., se pueden llevar a término con independencia de cuáles hayan sido los criterios para identificar los trastornos.

TABLA I
FRECUENCIA DE TRASTORNOS

	Clase elevada N = 357		Clase media N = 597		Clase baja N = 396		Total N = 1.350	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Control esfínteres</i>								
Enuresis primaria	56	15.68	96	16.08	60	15.15	212	15.55
Enuresis secundaria	16	4.48	37	6.19	36	9.09	89	6.59
Enuresis total	72	20.16	133	22.27	96	24.24	301	22.29
Encopresis	10	2.80	35	5.86	26	6.56	71	5.25
<i>Movimiento</i>								
Hipercinesia	47	11.48	52	8.37	45	11.36	136	10.07
Tics	30	8.40	29	4.85	26	6.56	85	6.29
<i>Sueño</i>								
Sonambulismo	26	7.28	37	6.19	25	6.31	88	6.51
Terros nocturnos	28	7.84	44	7.37	31	7.82	103	7.62
Insomnio	15	4.20	17	2.84	21	5.30	53	3.92
<i>Oro-alimenticios</i>								
Succión pulgar	34	9.52	45	7.53	33	8.33	112	8.29
Anorexia	31	3.64	44	7.37	39	9.84	96	7.11
<i>Psicosomáticos</i>								
Digestivos	14	3.92	23	3.85	22	5.55	59	4.37
Asma	19	5.32	33	5.52	25	6.31	77	5.70
Espasmo. llanto	29	8.12	51	8.54	41	10.35	121	8.96
Rubor	61	17.08	120	20.10	92	23.23	273	20.22
<i>Comportamentales</i>								
Robo	24	6.72	42	7.03	21	5.30	87	6.44
Mentira	26	7.28	50	8.37	42	10.		
Desobediencia	64	17.92	106	17.75	77	19.44	247	18.29
Agresividad	38	10.46	73	12.22	59	14.89	170	12.59
<i>Lenguaje</i>								
Dislexias	46	12.88	90	15.07	69	17.42	205	15.18
Disfemias	7	1.96	18	3.01	9	2.27	34	2.51
Dislalias	19	5.32	43	7.20	37	9.34	99	7.33
<i>Posible base orgánica</i>								
Parto distócico	28	7.84	73	12.22	69	17.42	170	12.59
Epilepsia convulsiva								
Pérdida de consciencia	14	3.92	30	5.02	31	7.82	75	5.55

En la Tabla II presentamos las diferencias por clases sociales que hemos encontrado en la frecuencia de algunos de los trastornos estudiados. Además de expresarlos en porcentajes, analizamos la significación de las diferencias con diferentes riesgos de error. Con el fin de ver la tendencia general de los datos, incluimos en este cuadro algunos trastornos que presentan diferencias que no llegan a ser significativas a los niveles de confianza establecidos.

TABLA II
ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS POR CLASE SOCIAL

Trastorno	Grupos comparados	n/N	%	R.C.	Significación Riesgo de error		
					0.10	0.05	0.01
Enuresis secundaria	Clase alta	16/357	4,48	2.08		*	
	Clase baja	36/396	9,09				
Enuresis total	Clase alta	72/357	20,16	1.34			
	Clase baja	96/396	24,24				
Encopresia	Clase alta	10/357	2,80	2.42		*	
	Clase baja	26/396	6,56				
Anorexia	Clase alta	13/357	3,64	3.36			*
	Clase baja	39/396	9,84				
Rubor	Clase alta	61/357	17,08	2.10		*	
	Clase baja	92/396	23,23				
Mentira	Clase alta	26/357	7,28	1.59			
	Clase baja	42/396	10,60				
Agresividad	Clase alta	38/357	10,46	1.82	*		
	Clase baja	59/396	14,89				
Dislexia	Clase alta	46/357	12,88	1.73	*		
	Clase baja	69/396	17,42				
Dislalias	Clase alta	19/357	5,32	2.11		*	
	Clase baja	37/396	9,34				
Parto distócico	Clase alta	28/357	7,84	3.94			*
	Clase baja	69/396	17,42				
Epilepsia, convulsiones, pérdidas consciencia	Clase alta	14/357	3,92	2.26		*	
	Clase baja	31/396	7,82				

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La incidencia total de la *enuresis* en la muestra que hemos presentado es del 22,29%. Este porcentaje engloba todos los sujetos afectados por enuresis en algún momento de su desarrollo, más allá de los cinco años. La enuresis secundaria representa casi un tercio del total, y aparece con bastante mayor frecuencia en las clases sociales bajas que en las acomodadas. La enuresis primaria, en cambio, muestra una frecuencia prácticamente idéntica en los distintos niveles socioeconómicos. Estos resultados son perfectamente paralelos a los que hemos descrito en otras muestras (LLUÍS FONT, 1985).

Resulta un tanto complicado comparar nuestros datos con los obtenidos por otros investigadores, por dos razones: la primera porque la mayoría de estudios se han hecho con poblaciones clínicas, en cuyo caso la frecuencia del trastorno aumenta debido a la asociación que presenta con otras anomalías; y la segunda, porque generalmente se recogen trastornos actuales y no datos anamnésticos como en nuestro caso. Por todo ello, los porcentajes aportados son muy dispares: KANNER (1966) contabiliza un 26%, DIDIER (1968), un 38%, RECA (1971), un 20%, BRAGADO (1980), un 19%, AJURIAGUERRA (1973), recopilando datos de otros investigadores, señala un 15% en la población general y un 25% en las poblaciones clínicas.

Una interpretación razonable de los datos de nuestra investigación, en especial a raíz de las variaciones observadas a través de la variable clase social, nos lleva a pensar que la enuresis primaria depende principalmente de factores endógenos, mientras que la secundaria guarda mayor relación con las circunstancias ambientales, en especial, con situaciones ansiógenas. Sobre este particular hemos investigado en profundidad (LLUÍS FONT, 1986), llegando a la conclusión de que ambos tipos de enuresis son dos entidades diferentes, con diversa etiología y, por lo tanto, sugieren estrategias distintas de tratamiento.

La *encopresis* consiste en la defecación involuntaria del niño en una edad posterior a la normal adquisición del control esfinteriano. Aparece en un 5,25% de la muestra estudiada, con notables diferencias por clase social; su frecuencia en la clase baja es más del doble de la que observamos en la clase elevada. AJURIAGUERRA (1982) cifra su frecuencia entre el 1,5 y el 3% según la edad, e indica que el síntoma suele aparecer entre los 7 y 8 años. Según BELLMAN (1966) su frecuencia decrece de 2,8% a los cuatro años a 1,5% a los ocho años, lo que evidentemente está en

desacuerdo con la cronología indicada por Ajuriaguerra. La frecuencia que hemos encontrado nosotros es más elevada que la que aportan estos autores; ello puede explicarse, en alguna medida, por diferencias reales debidas a variables geográficas, temporales, culturales, etc., y también por una cuestión metodológica, ya que en nuestro caso no recogemos sólo los casos de una edad determinada, sino que acumulamos todos los sujetos que han padecido el trastorno en cualquier fase de su crecimiento; por ello es lógico que nuestro porcentaje sea más elevado.

No hay problemas de definición que puedan explicar divergencias en la cuantificación de los datos. Por otra parte hay acuerdo, entre los diversos autores que han estudiado el problema, en que la mayor parte de casos son secundarios, es decir, que aparece el síntoma tras un período de correcto control. En tal caso hemos de admitir que se trata de un trastorno más o menos transitorio, con lo cual los casos encontrados en una edad se superponen sólo parcialmente a los hallados en otra; esto hace que el índice de prevalencia sea superior al porcentaje encontrado en cualquier edad.

Existe una notable asociación entre encopresis y enuresis. Nosotros hemos encontrado enuresis primaria en el 29,57% de encopréticos y secundaria, en el 11,26, con lo cual, en total, son enuréticos el 40,84% de encopréticos. Dando la vuelta a los datos, constatamos la presencia del trastorno encoprético en el 9,64% de los 301 niños enuréticos de nuestra muestra. HALLGREN (1957) encontró un 9,4% en un grupo de 194 sujetos enuréticos, lo que coincide totalmente con nuestros datos. Para AJURIAGUERRA (1982) el 25% de encopréticos son enuréticos; este grado de asociación es claramente inferior al que acabamos de comentar.

En el apartado dedicado a los trastornos del movimiento hemos obtenido datos sobre hipercinesia y tics. La *hipercinesia*, tal como nosotros la hemos cuantificado, es la hiperactividad y la agitación motriz desorganizada. Cuanto más movido y más desorganizado sea un niño, tanto más elevado había que puntuarlo en el cuestionario. Este concepto coincide en lo esencial, tanto con el de inestabilidad psicomotriz de los autores franceses (WALON, 1925; ABRAMSON, 1940; AJURIAGUERRA, 1950, 1961), como con el síndrome hipercinésico de los autores anglosajones (EISENBERG, 1971; WENDER, 1971, etc.). El porcentaje que nosotros hemos encontrado con este problema es del 10,07% y corresponde, como hemos indicado ya, a la puntuación máxima otorgada por los padres al valorar la característica. Esta frecuencia es parecida a la que señalan otros autores, si bien los casos más graves son menos numero-

sos, y parecen situarse en torno al 3%. No hemos encontrado diferencias en su incidencia en las diversas clases sociales.

Los *tics* representan movimientos involuntarios de ejecución frecuente e imperiosa, que se realizan de forma absurda, sin finalidad aparente y sin sentido. No queremos entrar en el significado psicológico que puedan tener y nos limitamos a averiguar su prevalencia en la población agrupándolos en todas sus formas y cualquiera que sea su localización. El criterio de identificación del trastorno ha sido aplicado por los padres, a quienes pedimos simplemente que, en caso de duda, describieran el síntoma. Hemos encontrado una prevalencia del 6,29%, y la incidencia es algo mayor en la clase elevada, tal vez debido a una mejor apreciación. También hemos podido comprobar que la frecuencia máxima aparece entre los seis y siete años, lo que corresponde con la apreciación de AJURIA GUERRA (1982).

Entre los trastornos del sueño hemos estudiado la prevalencia del insomnio, los terrores nocturnos y el sonambulismo. Por *insomnio* entendemos una disminución real del tiempo de sueño, y hemos excluido los problemas de los primeros años de vida, que pueden ser debidos al proceso de dentición o a otras causas análogas. La prevalencia del insomnio, tal como lo hemos definido, aparece en casi el 4% de los sujetos, y no hemos observado diferencias claras en su incidencia en las distintas clases sociales.

Entendemos los *terrores nocturnos* como sueños que angustian al niño; este grita, se levanta o se sienta en la cama, y se tranquiliza con la intervención de los padres hasta volverse a dormir. En nuestro estudio hemos encontrado una frecuencia del 7,62%. Debido a que el límite entre el terror nocturno y otras anomalías menores del sueño, como las pesadillas, los sueños desagradables, etc., no está claro, los porcentajes de sujetos afectados no coinciden. El DSM-III señala un 4% de casos con problema persistente y un porcentaje mayor con episodios aislados.

El *sonambulismo* implica que el niño se levante de la cama sin despertarse y deambule, no recordando nada al día siguiente. En la identificación del trastorno no hemos contabilizado los casos que han tenido sólo algún episodio muy esporádico. Encontramos el trastorno en el 6,51% de casos, no observándose diferencias por clases sociales. AJURIA GUERRA (1982) alude a un 6% de niños que presentan sonambulismo con riesgo y a un 15% que han tenido algún episodio esporádico.

Entre los trastornos de la esfera oro-alimenticia, hemos computado la prevalencia de la succión del pulgar y de la anorexia. La *succión del*

pulgar persistente en edad superior a los cinco años cumplidos se da en un 8,29% de casos y su incidencia es similar en las distintas clases sociales. En este porcentaje se han incluido algunos casos que presentan otras formas anómalas de succión de dedos, manos, objetos, etc. No hemos encontrado referencias claras con las que poder contrastar nuestros datos.

Por lo que respecta a la *anorexia* en la infancia, hemos contabilizado los casos de pérdida importante de apetito y rechazo de los alimentos, cuando este hecho ha preocupado seriamente a los padres, habiendo sido objeto de consulta médica. Definido así el trastorno, es mucho más amplio que la *anorexia mental grave*, típica de las muchachas adolescentes. Hemos encontrado una prevalencia del 7,11%, con una mayor incidencia en las clases bajas que en las más acomodadas. Este trastorno es, por lo general, leve, y no llega a modificar la curva del peso. Aun así, tiene implicaciones psicológicas importantes, debido a los conflictos relacionales que plantea.

En el apartado de trastornos psicósomáticos hemos englobado los digestivos, el asma infantil, el espasmo del llanto y el rubor. Computamos en el apartado *trastornos digestivos*, la úlcera gástrica, la rectocolitis ulcero-hemorrágica y otros trastornos menos graves, como la tendencia persistente a vomitar, los dolores abdominales y las diarreas frecuentes. No hemos incluido los trastornos de la primera infancia, como los cólicos idiopáticos de los primeros meses, la rumiación, etc. La frecuencia de los trastornos digestivos, tal como los hemos acotado, es del 4,37% con una incidencia levemente mayor en los niveles socioculturales bajos. Debido a la conocida influencia de las emociones, la ansiedad y el estrés en estos trastornos, nos parece de especial importancia su identificación; los niños que los padecen pueden considerarse un grupo patrón, interesante para valorar las implicaciones emocionales de cualquier otro tipo de trastorno.

El *asma infantil* es una enfermedad de etiología compleja que, a la vez que depende de afecciones alérgicas o infecciones, muestra una notable dependencia de aspectos emocionales. Este trastorno es de fácil identificación, debido a que suele aparecer en una edad temprana, y difícilmente se supera antes de la entrada en la adolescencia. Además requiere atención médica y su sintomatología es clara. En la muestra que presentamos en este trabajo han aparecido 77 casos, siendo la prevalencia del trastorno del 5,70%, con incidencia levemente mayor en los niveles socioeconómicos bajos.

El *espasmo del llanto* comporta una pérdida breve de conciencia debido a anoxia cerebral, y tiene lugar casi siempre antes de los tres años. Se presenta en dos formas principales: acompañado de cianosis o de síncope. Ambas han sido contempladas en este estudio. Las pérdidas de conciencia no asociadas al espasmo del llanto se han cuantificado en otro apartado. No hay apenas problema de identificación de los sujetos que han padecido este trastorno, porque los episodios son bastante frecuentes y tienen lugar en situaciones análogas. Hemos encontrado un 8,86% en nuestra muestra, porcentaje sensiblemente superior al indicado por otros autores. AJURIAGUERRA (1982) señala entre un 4% y un 5%. La incidencia aparece también algo mayor en la clase social baja.

El *rubor* es una manifestación de carácter emocional que aparece con bastante frecuencia. Nos ha parecido interesante identificar los sujetos que muestran una tendencia acusada a ruborizarse, por ser una forma bastante objetiva de apreciar la ansiedad y la inseguridad. Presenta un elevado grado de asociación a otros trastornos, lo que hemos comprobado especialmente en relación a la enuresis secundaria. Las puntuaciones 3, 4, ó 5, descritas con anterioridad, aparecen en el 20,22% de niños, siendo la incidencia, como en el caso de los demás trastornos psicossomáticos estudiados, inversa al nivel sociocultural de las familias.

En el grupo de trastornos comportamentales hemos estudiado el robo, la mentira, la desobediencia y la conducta agresiva. El *robo*, entendido como apropiación indebida de dinero u otros objetos, cualquiera que sea su valor, implica, por parte del niño, haber llegado a unos mínimos de madurez que le permitan dominar los conceptos «mío» y «no mío». Según AJURIAGUERRA (1982), esto no ocurre hasta los seis y siete años; no se puede hablar de robo en edades anteriores. Este es, por consiguiente, el criterio seguido en el cómputo que hemos realizado.

En total han aparecido 87 casos, lo que supone un 6,44% del total de la muestra; no hemos apreciado diferencias de incidencia por niveles socioculturales.

La *mentira* es una conducta bastante frecuente en el niño, y no necesariamente implica una organización patológica. Por otra parte, el niño no puede mentir mientras no diferencie claramente lo real de lo imaginario y mientras no tenga bien asumidos los conceptos «verdadero-falso». Como en el caso del robo, hemos identificado los casos problema, cuando estas conductas se dan más allá de los seis y siete años. Para computar el trastorno no hemos tomado en consideración el tipo de mentiras, útiles, fantásticas o autoafirmativas, sino solamente su

frecuencia (puntuación tres o seis o más en la escala de valoración). De acuerdo con estas especificaciones hemos encontrado un 8,74% de niños mentirosos.

La *desobediencia* en sí misma no es un trastorno, por lo menos no se contempla como tal en los tratados clásicos de psicología patológica; en general se concibe como un síntoma de un problema más amplio. Su significación puede ser muy diversa en función del tipo de conductas al cual se asocie. En los casos más graves la desobediencia es uno de los síntomas del negativismo, de un trastorno de conducta o de un trastorno profundo del desarrollo, y puede evolucionar negativamente, una vez sobrepasada la adolescencia, hacia el trastorno pasivo agresivo de la personalidad.

Tal como nosotros hemos computado los datos, incluimos en esta categoría los casos leves (puntuación de tres o más en la valoración). Hemos encontrado, de acuerdo con las especificaciones hechas, un porcentaje del 18,29% de casos, con una incidencia levemente mayor en la clase social baja. Mantuvimos el criterio de identificación del problema, tras proceder a una serie de comprobaciones y haber concluido que realmente se dan asociaciones interesantes con otros trastornos.

La *agresividad* es una forma de reacción a la frustración; como tal puede aparecer dentro de un *continuum* que se extiende desde la más estricta normalidad, a las exigencias reivindicativas desproporcionadas, a las amenazas verbales o a la violencia física. En nuestro caso hemos pedido a los padres que valoren la frecuencia e intensidad de las conductas agresivas o violentas, sin dar mayores especificaciones.

Al computar los resultados encontramos en total un 12,59% de casos, con una incidencia inversa al nivel sociocultural de las familias, siendo significativa la diferencia, al menos entre los grupos sociales extremos.

No hemos encontrado datos concretos con los que poder comparar estos resultados; en general, las apreciaciones sobre la prevalencia de estas conductas en la infancia se limitan a comentar de forma genérica que son bastante frecuentes.

En el apartado de los trastornos del lenguaje, hemos analizado las dificultades de aprendizaje de la lectura, las disfemias y las dislalias. Entendemos la *dislexia* como una dificultad específica para aprender a leer y para progresar en la rapidez y comprensión lectoras, no atribuible a retrasos globales ni a deficiente escolarización. Como el resto de las informaciones que aportamos en este trabajo, este dato se ha obtenido a través del juicio de los padres. Al identificar estos niños con dificulta-

des específicas de lectura, hemos incluido sujetos que presentan distinta gravedad, pero, aun en los casos más leves, este problema ha sido objeto de preocupación por parte de los padres.

Hemos encontrado una prevalencia del trastorno del 15,18% con incidencia notablemente mayor en las clases sociales menos favorecidas. Ajuriaguerra señala frecuencias que van del 5 al 15%, según los diversos autores que revisa. El DSM-III indica que la dislexia es un trastorno frecuente, sin más precisiones. Nosotros queremos añadir que tenemos una fundada sospecha de que dicho trastorno se da con mayor frecuencia en niños bilingües que en niños monolingües, a pesar de que no pueda considerarse esta circunstancia como un factor determinante.

La *tartamudez* es un trastorno de la fluidez del lenguaje hablado; las características fundamentales son las repeticiones de sonidos (tipo clónico) y el bloqueo previo al comienzo de la frase o de la palabra (tipo tónico). Su frecuencia puede variar bastante según el grado de intensidad del trastorno. En nuestra muestra hemos computado sólo los casos persistentes, es decir, aquellos en que el trastorno disfémico se sigue dando, por lo menos, después de un año de su aparición; en estas condiciones, la presencia del trastorno «muy acusado» se da en algo menos del 1%, «bastante acusado» en el 2,51% y algún grado de trastorno en el 11,48%. No hemos encontrado diferencias de su incidencia al comparar los diversos estamentos socioculturales.

Hemos contabilizado la frecuencia de las *dislalias* cuando estas se dan de forma persistente, más allá de los cinco años. La prevalencia encontrada es del 7,33% y la incidencia aparece sensiblemente mayor conforme desciende el nivel sociocultural de los sujetos de la muestra.

Finalmente, en el último apartado analizamos, por una parte, la frecuencia del parto distócico y por otra la epilepsia junto con otros casos de convulsiones y pérdidas de conciencia de distinta etiología. Consideramos que en estos dos grupos será relativamente frecuente el daño cerebral, por lo que tendrá interés, en nuevos estudios, comprobar su asociación a los demás trastornos.

El *parto distócico* se da en el 12,59% de la muestra estudiada, y su incidencia oscila del 7,84% en la clase elevada al 17,42% en la baja.

Hemos computado la epilepsia, las convulsiones y las pérdidas de conciencia en una sola categoría, debido a la dificultad que entraña en muchos casos su diferenciación en un tipo de investigación como el que presentamos aquí. La globalidad de estos datos arroja un porcentaje

del 5,55%, con una incidencia dos veces superior en la clase baja respecto a la más elevada.

Al concluir este trabajo, queremos destacar una vez más su doble objetivo: por un lado, en tanto que estudio epidemiológico, investigar la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en la población infantil catalana, y por otro, aportar una gran cantidad de datos que permitan, en ulteriores análisis, establecer el grado de interdependencia de los trastornos estudiados; ello puede contribuir, a nuestro juicio, a progresar en el conocimiento de la etiopatogenia de los mismos.

Bibliografía

- ABRAMSON, J., 1940, *L'enfant et l'adolescent unestable*, Alcan, París.
- AJURIAGUERRA, J. DE *et al.*, 1980, «Tonus et types psychomoteurs», Actes du Premier Congrès intern d'Anthropologie différentielle, fasc. V.
- AJURIAGUERRA, J. DE, 1961, «Les bases théoriques des troubles psychomoteurs et la rééducation psychomotrice chez l'enfant», *Méd. et Hyg.* 19, pp. 801-804.
- , 1982, *Manual de Psicopatología del niño*, Toray-Masson, Barcelona.
- , 1976, *Manual de Psiquiatría infantil*, Toray-Masson, Barcelona.
- BELLMAN, M., 1966, «Studies of encopresis», *Acta Paediat. Scand.*, supl. 170.
- BRAGADO, M.C., 1980, «Incidencia de la Enuresis. Un estudio piloto», *Rev. Psic. Gen. y Apl.*, vol. 35 (5), pp. 883-899.
- BRACONNIER, A. *et al.*, 1980, «Recherche sur le rêve chez l'enfant: action d'un traceur», *Neuro. psych. de l'enfant* 28 (4-5), pp. 167-173.
- COMROE, J.H., 1974, *Physiology of respiration*, Year Book Medical Publishers Incorporated, Nueva York.
- DEMENT, W., 1981, *Dormir, rêver*, Seuil, París.
- DIDIER, J., 1972, *La enuresis*, El Ateneo, Buenos Aires.
- DSM-III, 1983, A.P.A., Masson, Barcelona.
- EISENBERG, L., 1970, «El tratamiento del niño hiperkinésico con retardo mental», *Rev. argent. Psiquiat. Psicol. Infancia Adoles.* 2, 1, pp. 98-106.
- GLAVIN, J.P., «Persistence of behavioral disorders in children», *Exceptional Children* 38, pp. 367-376.
- GASTAUD, H., 1980, «Epilepsie, temporale», *Concours Médical*, supl. 15, pp. 3-48.
- HELLGREEN, B., 1957, «Enuresis: a clinical and genetic study», *Acta Psychiat. Neurol. Scand.*
- HOUZEL, D., 1980, «Reve et psychopathologie de l'enfant», *Neuro. psych. de l'enf.* 28 (4,5), pp. 155-164.

- IBÁÑEZ, E., «Conducta anormal y estructura patológica», *Análisis y Modificación de Conducta* 11-12, pp. 127-138.
- KANNER, L., 1966, *Psiquiatría infantil*, Paidós, Buenos Aires.
- KELLY, T.J. et al., «Behavioral disorders: Teachers perceptions», *Exceptional Children* 43, pp. 316-318.
- KREISLER, L. et al., 1974, *L'enfant et son corps*, P.U.F., París.
- LACOMBE, J., 1969, «Les rythmies du sommeil chez l'enfant», *Neuro. psych. de l'enf.* 28 (4-5), pp. 220-222.
- LAUNAY, C., BOREL-MAISONNY, S., 1975, *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*, Toray-Masson, Barcelona.
- LEVITT, E.L., 1971, «Research of psychotherapy with children», en BERGIN y GARFIELD, *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley.
- LLUÍS FONT, J.M., 1985, «Enuresis: incidencia y factores de riesgo», *Cuadernos de Psicología* 9-2, Barcelona.
- , 1980, «Enuresis y lenguaje», *Anuario de Psicología*.
- PASCUAL, P., 1981, *La dislalia*, CEPE, Madrid.
- PEIRO, J.M. y CARPINTERO, H., «Conductas escolares problemáticas: Un estudio sobre la evaluación de su gravedad realizada por los profesores de EGB», *Análisis y Modificación de Conducta* 7, pp. 33-53.
- PELECHANO, V., «Psicología de la intervención», *Análisis y Modificación de Conducta* 11-12, pp. 321-346.
- PERELLÓ, J. et al., 1973, «Trastornos del habla», *Científico-Médica*, Barcelona.
- RECA, T., 1971, «Enuresis: Etiología, Psicodinámica y Tratamiento», *Temas de Psic. y Psiquiat. de la niñez y adolesc.*, CEAM, Buenos Aires.
- RUBIN, R.A. y BALOW, B., «Prevalence of teacher identified behavior problems: A longitudinal study», *Exceptional Children* 45, 2, pp. 102-111.
- VELASCO, R., 1976, *El niño hiperquinético*, Trillas, México.
- WENDER, P.H., 1972, «The minimal brain dysfunction syndrome in children: I. The synthom and its relevance for psychiatry, II. A psychological and biochemical model for the syndrome», *J. Neur. Ment. Dis.* 155/1, pp. 55-71.