

“ESTÁ MÁS QUE PROBADA LA RENTABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TEMPRANA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA”

ENTREVISTA A JOSÉ OLIVARES
UNIVERSIDAD DE MURCIA

La salud psicológica de los niños y adolescentes es un tema prioritario tal y como reconocen la propia Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea y, en consecuencia, se recoge en la Estrategia Nacional de Salud Mental. En las últimas décadas, el avance respecto a la detección precoz de este tipo de trastornos, a su evaluación y al desarrollo de intervenciones eficaces en cualquiera de sus niveles (primaria, secundaria o terciaria) ha sido enorme. Sin embargo, a pesar de que los tratamientos psicológicos son los de primera elección para la intervención en los problemas infanto-juveniles, el reto de la consolidación de servicios específicos sociosanitarios para niños y adolescentes en materia de salud mental está aún por conseguir. Para hablar de estos y otros temas, *Infocop* tiene el placer de entrevistar al experto en evaluación e intervención psicológica en niños y adolescentes **José Olivares**, Catedrático en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Murcia, psicólogo clínico y Director de la Unidad de Terapia de Conducta del Servicio de Psicología Aplicada de dicha Universidad.

ENTREVISTA

Infocop: *La salud mental infanto-juvenil cada vez tiene mayores repercusio-*



José Olivares

nes, no sólo a nivel de las personas afectadas, sino también a nivel económico y sociosanitario. Como experto en la materia, ¿podría ofrecernos una visión general sobre el estado de la cuestión en cuanto a su evaluación, diagnóstico y tratamiento?

José Olivares: En el contexto de la investigación, cada vez son más los equipos que están trabajando en este tramo evolutivo. Es cierto que todavía dista mucho del desarrollo alcanzado actualmente por el trabajo con población adulta en todos los órdenes, pero se ha avanzado mucho en los últimos veinte años. Por ejemplo, hoy contamos con importantes colecciones editoriales destinadas exclusivamente a la evaluación, al diagnóstico y al tratamiento de los

trastornos de la conducta y de la personalidad en el ámbito infanto-juvenil y ello, como es sabido, sólo se produce cuando un campo de trabajo ha superado claramente una buena parte de la fase investigadora y comienza a producir las aplicaciones que se derivan de tal desarrollo.

Respecto a la relevancia del incremento de las repercusiones que la salud infanto-juvenil está experimentando en los ámbitos económico y sociosanitario, hay que indicar que, como es sabido, el porcentaje de la población adulta que presenta alguna vez problemas psicológicos se corresponde con el de la población infanto-juvenil, alrededor del 20%. La psicopatología evolutiva tiene todavía mucho que decir y aclarar al respecto, pero cabe suponer que buena parte de los adultos con trastornos psicológicos antes fueron niños o adolescentes con esos mismos problemas o una elevada vulnerabilidad a presentarlos. Dejando al margen las cuestiones relativas al sufrimiento individual y familiar, las propias de la pérdida de oportunidades educativas y laborales, las repercusiones en el desarrollo personal-social, etc., los costes económicos y sociales derivados de la consolidación y generalización –cronificación– de estos problemas o trastornos son muy relevantes (horas de trabajo perdidas, consumo de psicofármacos, elevada frecuencia de

José Olivares. Es Psicólogo Clínico, Director de la Unidad de Terapia de Conducta del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia y Catedrático de Universidad en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de esta Universidad.

uso de los servicios sociosanitarios, etc.). Piénsese, por ejemplo, en la elevada eficacia de los programas de tratamiento centrados en la detección e intervención temprana en el ámbito comunitario frente a la que se obtiene para tratar los mismos problemas en población adulta, cuando el problema o trastorno ya está cronicado; la partida más elevada del gasto sanitario se corresponde en todas las Administraciones con el gasto en psicofármacos (añádasele el derivado de la elevada frecuencia de uso de los servicios sanitarios y la pérdida de horas laborales, por ejemplo, para tener una idea al respecto).

I.: *¿Qué aspectos son los que explicarían la relevancia sociosanitaria de los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia?*

J.O.: Como acabo de indicarle, desde mi punto de vista, en los ámbitos económico y sociosanitario, la relevancia de los problemas psicológicos en esta fase de la vida viene dada, entre otros factores, por el hecho de que la mayor parte de ese veinte por cien de adultos que requiere tratamiento psicológico o psiquiátrico a lo largo de su vida suele coincidir, en gran medida, con el mismo porcentaje de niños y adolescentes que presentan alteraciones psicológicas o elevada vulnerabilidad a presentarlas. Las repercusiones de estas coincidencias numéricas parecen obvias tanto desde el supuesto deseable de la prevención y la detección temprana como desde la intervención terciaria; las repercusiones en términos de sufrimiento y gasto sociosanitario son tremendas cuan-

do, como hemos dicho, no se ha podido prevenir la ocurrencia de un trastorno o no se ha detectado e intervenido tempranamente. Insistimos en que el componente del gasto que hoy mantiene “en jaque” al sistema de salud es el incremento desmedido del gasto psicofarmacológico que, por otra parte, como reconoce el *National Institute for Health and Clinical Excellence* tiende a ser de por vida en la mayor parte de los casos.

I.: *En muchas ocasiones, para su evaluación y su tratamiento, los profesionales que trabajan en esta área (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) aplican los mismos conocimientos, habilidades o técnicas que para los problemas psicológicos en el adulto. ¿Cree que esto es lo más adecuado? ¿Cuáles son los déficit más relevantes en cuanto a la especialización en la salud mental infanto-juvenil? ¿Considera que sería necesaria una formación especializada en estos grupos de edad?*

J.O.: En relación con la primera de sus preguntas, he de indicarle que no sólo no es lo más adecuado sino que es total-

mente desafortunado, dado que tratar a los niños y adolescentes como si fuesen adultos es un error que ya denunciaba en el siglo XVIII **Jean Jacques Rousseau** cuando indicaba que “*esperamos encontrar el hombre en el niño sin pensar en lo que éste es antes de ser un hombre*”. Para Rousseau la infancia y la adolescencia tenían y tienen sus propias formas de ver, de pensar, de sentir. Como él indicaba “*nada más absurdo que desear poner las nuestras en su lugar*”. Pero no nos vayamos tan lejos, hoy el profesional de la psicología precisa el dominio de habilidades y destrezas muy concretas que van desde las que ha de poner en práctica para lograr acuerdos con los centros de enseñanza o padres para que participen o se impliquen en el tratamiento cuando sea necesario, pasando por un conocimiento extenso y en profundidad de la psicopatología evolutiva, las estrategias de evaluación y tratamiento más adecuadas para cada trastorno en cada grupo de edad y circunstancia personal, hasta aquellas que se requieren para el logro de la implicación activa del menor en su propio tratamiento. Por ello, aunque todos los

psicólogos dispongamos de un mismo cuerpo de conocimientos teóricos y un mismo arsenal de estrategias, instrumentos, técnicas y tratamientos psicológicos, el trabajo con niños y adolescentes requiere especialización.

Respecto de su pregunta sobre ¿cuáles son los déficit más relevantes en cuanto a la especialización en la salud mental infanto-juvenil?, he de comenzar diciéndole que no me gusta hablar de “salud men-

tal” por dos razones. La primera es porque soy psicólogo y ésta es una expresión biomédica que pertenece a un campo de trabajo complementario al mío, pero distinto, tanto en la concepción de la génesis, desarrollo y mantenimiento de los problemas o trastornos psicológicos como en lo que respecta a su tratamiento. La segunda es porque “la mente” es un concepto y no suelo tratar los conceptos en la práctica clínica; trabajo con lo que hacen (o no hacen) y cómo lo hacen los niños y adolescentes que tienen problemas o trastornos psicológicos cuando piensan, sienten y actúan. Así que, si me lo permite, hablaremos de salud o en todo caso de salud psicológica para delimitar el campo frente a la salud referida al funcionamiento de órganos, tejidos y sistemas somáticos. Bien, respondiendo a esta segunda pregunta de su “bloque”, le diré que en general la formación de nuestros psicólogos al respecto es bastante buena. No obstante, habría que incrementar la formación específica en el ámbito universitario, que es el que faculta, esperando que los nuevos másteres universitarios nos ayuden a completar y mejorar la formación actual. Para intentar ilustrarle un poco esta necesidad, le pondré algunos ejemplos clásicos con los que intentaré subrayarle la relevancia de intensificar esta especialización. Piénsese, por ejemplo, en el hecho de que antes de los ocho-nueve años de edad, en general, no se suele tratar directamente con el niño, los tratamientos han de aplicarlos las personas que están presentes en el momento en que se presenta la respuesta o patrón de respuestas inadecuadas para una situación concreta. A estas edades la formación y participación de los adultos que interactúan cotidianamente con el niño

son vitales para que el tratamiento psicológico pueda generar los efectos deseados. En consecuencia, la formación, supervisión y orientación de los paraprofesionales que actuarán como coterapeutas ha de contemplarse como una tarea cotidiana, tanto a la hora de diseñar como de aplicar tratamientos psicológicos en este periodo de la vida, pero generalmente no se nos enseña, por ejemplo, a cómo delegar en los padres o tutores una parte muy relevante del tratamiento, a cómo entrenarlos, a cómo supervisarlos, orientarlos e incentivarlos. Por otra parte, el psicólogo que trabaja en este tramo evolutivo ha de conocer muy bien sus características, tanto para poder detectar a tiempo desviaciones del comportamiento (que pueden resultar desadaptativas) como para poder utilizar alguna(s) de tales características a la hora de diseñar o elegir el tratamiento psicológico más adecuado. Así, por ejemplo, cuando aplicamos el Automodelado Gradual Filmado y Trucado (AGFT –véase Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2007-), en el tratamiento del mutismo selectivo a edades tempranas, entre los tres y los cinco años, la posibilidad de aplicarlo descansa en una característica propia del contexto evolutivo en el que se halla el niño: a estas edades no diferencia la realidad de la ficción, lo que permite que el automodelado produzca un efecto que a otras edades no generaría por no resultar creíble. Así mismo, hay que recordar, por abundar más en esta cuestión, que no es frecuente que un niño o un adolescente solicite ayuda psicológica; ello hace especialmente delicado y necesario el estudio psicológico del adulto que la solicita en su nombre, porque no en todos los casos se termina tratando u ofreciendo la posibilidad de

INFOCOP

NÚMERO 49. 2010
Agosto - Octubre

Edita

Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos.
España

Director

José Ramón Fernández Hermida.

Redacción

Silvia Berdullas.
Aída de Vicente.
Inés Magán.

Diseño

Cristina García y Juan Antonio Pez.

Administración, maquetación y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez.

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta
Tels.: 91 444 90 20
Fax: 91 309 56 15
28006 Madrid - España.
E-mail: infocop@cop.es

Impresión

Quinto Color
Ctra. San Martín de la Vega s/n
Km 0,5 nave 2
28320 Pinto - Madrid

M-12764-2004 · ISSN 1138-364X

*Los editores no se hacen
responsables de las opiniones
vertidas en los artículos
publicados.*

INFOCOP

se puede leer en la página WEB del
Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos

<http://www.cop.es>

tratamiento al niño o adolescente (véase Olivares, Rosa y Olivares-Olivares, 2006), en ocasiones las alteraciones están en los adultos y éstas afectan al modo en que éstos perciben e interpretan el comportamiento del niño. Concluyendo, resulta necesaria una especialización en este campo para poder desempeñarse en él adecuadamente, con lo que creo que también le respondo a su tercera pregunta.

I.: *La escuela o el instituto son algunos de los contextos principales en el desarrollo de los niños y adolescentes. En otros países, se están desarrollando programas para la detección de posibles problemas relacionados con el aprendizaje, la conducta o la salud mental, estableciéndose un protocolo de actuación y coordinación con los servicios de Atención Primaria y comunitaria. ¿Cuál es su opinión respecto a este tipo de protocolos de actuación? ¿Qué beneficios podrían*

aportar? ¿Cree que sería aconsejable su implantación en nuestro país? ¿Y viable?

J.O.: En España, también se han llevado a cabo aplicaciones de esta naturaleza. Nuestro equipo, sin ir más lejos, ha estado aplicando a lo largo de doce años un Programa para la Detección e Intervención Temprana de Adolescentes con Fobia Social (véase Olivares, 2005), en el marco de la Unidad de Terapia de Conducta del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia. También están haciendo un excelente trabajo en el contexto de la estimulación temprana el profesor **Ju-lio Pérez López** y su equipo, así como la profesora **María Dolores Prieto** y el suyo con la superdotación en nuestra Universidad; otro tanto puede decirse, por ejemplo, del quehacer en la Universidad Pública de Salamanca del profesor **Miguel Ángel Verdugo**, en el contexto del retraso mental, o de la profesora **Inés Monjas** en la Universi-

dad de Valladolid respecto de las habilidades sociales. Así mismo, que ahora recuerde, en la Comunidad Valenciana también se aplica un protocolo para la detección de trastornos alimentarios en el contexto educativo, especialmente bulimia y anorexia. Ahora bien, éstos, como muchos otros, son casos aislados que, tras un periodo de tiempo, más o menos largo, terminan generalmente desapareciendo cuando se acaban las subvenciones o el interés del investigador principal porque ya no encuentra incentivo suficiente para mantener un esfuerzo tan descomunal; por ponerle dos ejemplos.

Volviendo a sus preguntas. Primero, efectivamente, el contexto educativo es un lugar privilegiado para prevenir, detectar e intervenir tempranamente en el tratamiento de los problemas psicológicos, como recordaba hace ya algún tiempo la profesora **María del Carmen Saldaña** (Saldaña, 2002). Es privilegiado porque los programas psicológicos pueden insertarse formando parte de la actividad cotidiana; de hecho, así se contempla ya en los *currícula* educativos de algunas comunidades autónomas, pese a que no se realice o se realice inadecuadamente. En segundo lugar, los psicólogos podemos utilizar los recursos de la propia comunidad educativa para llevar a cabo tanto los tratamientos preventivos como los relativos a la detección e intervención temprana, sin incrementar los costes del sistema sociosanitario en términos de la infraestructura física ni de los referidos al gasto psicofarmacológico; manejar adecuadamente la influencia que tiene el líder de un grupo-clase, por ejemplo, puede constituirse en un recurso terapéutico de primer orden que no genera efectos se-



cundarios, incrementa los valores humanos y produce extraordinarios efectos benéficos en determinados trastornos. En tercer lugar, no hay otro lugar mejor para valorar los efectos de los tratamientos psicológicos, tanto a través de medidas indirectas relativas a la integración y participación de los niños y de los chicos(as) en sus grupos naturales (grupo-aula) como a través de la observación y registro del comportamiento de manera directa.

En consecuencia, pienso que los beneficios serían múltiples e impagables en términos de “ahorro” o de reducción y eliminación de padecimiento subjetivo en ese 20% de niños (y sus familias) a los que hemos hecho referencia, pero a ello hay que agregarle también el resto de añadidos que se eliminarían con una estrategia general de este tipo, destacando especialmente la reducción de costes sociosanitarios, desde el punto de vista social. Respecto de la viabilidad, como ya le he comentado, es una cuestión estrictamente política, de asignación de partidas presupuestarias para contratar personal como se hace ya en el Reino Unido, porque tenemos formados los profesionales (psicólogos), existen datos epidemiológicos que ponen de manifiesto su necesidad, en términos estrictamente económicos está más que probada la rentabilidad de la intervención psicológica temprana, los centros de enseñanza primaria y secundaria son tremendamente receptivos cuando se trabaja seriamente y el medio constituye un lugar privilegiado, como hemos dicho.

I.: *La evidencia empírica ha mostrado la eficacia de los tratamientos psicológicos para diferentes trastornos de la infancia y adolescencia, e, incluso, se recomiendan como tratamiento de pri-*

mera elección en algunos casos frente al tratamiento farmacológico. ¿Cuál es el mapa de los recursos en España? ¿Existen servicios especializados? ¿En qué se ha avanzado? ¿Qué camino nos quedaría por recorrer a este respecto?

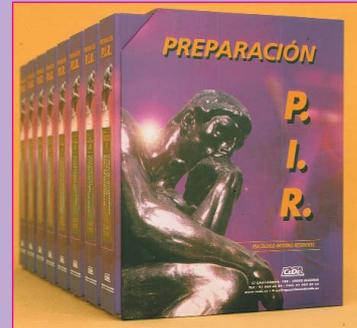
J.O.: En primer lugar, he de decirle que, en general, cuando los trastornos son estrictamente psicológicos, el tratamiento psicofarmacológico no tiene por qué contemplarse. Es más, le diré que es excepcional que se requiera complementar un tratamiento psicológico con psicofármacos a estas edades, sin que de ello haya de desprenderse que cuando sea necesario no se utilice, trabajando coordinadamente con el pediatra o en su caso el psiquiatra.

Que conozca, en estos momentos, no contamos con un mapa específico de los recursos referidos a los tratamientos psicológicos para los niños y los adolescentes. Sería muy deseable contar con él, pero creo que está por hacer.

Sí, hay servicios especializados, pero escasos y sin conexiones entre sí; generalmente a cargo de asociaciones, fundaciones privadas y diputaciones provinciales.

Hemos avanzado mucho en todos los órdenes, excepto en el del servicio público. En la actualidad, por ejemplo, contamos con numerosos instrumentos de evaluación tanto propios como traducidos, adaptados y validados para su uso con población infanto-juvenil española. Esta última cuestión es muy relevante porque en el contexto investigador el empleo de los mismos criterios e instrumentos de evaluación, que el resto de la comunidad científica, nos permite discutir nuestros resultados con los de otros investigadores que están trabajando en otros contextos culturales, poder beneficiarnos de sus

PUBLICIDAD



**LA MEJOR, MÁS COMPLETA Y CONTRASTADA
PREPARACIÓN A DISTANCIA Y PRESENCIAL**

MATERIALES

- ✓ CARPETAS PIR CONTENIDOS DE CEDE
- ✓ CARPETAS TEST COMENTADOS
- ✓ CARPETA CON TODOS LOS EXÁMENES PIR DESDE 1993. Últimos comentarios.
- ✓ GUIA PIR DE PREPARACIÓN

CURSOS PRESENCIALES

POSIBILIDAD ELEGIR ENTRE DISTINTOS TIPOS DE CURSOS, SEGÚN EL:

- ✓ INICIO: Enero, Marzo, Abril, Junio
- ✓ DURACIÓN de 7, 6, 5, y 4 Meses
- ✓ GRUPOS de martes y jueves ó sábados

PUEDEN DISPONER DE LAS CARPETAS ANTES DEL INICIO DE LOS CURSOS

VER CALENDARIO EN INTERNET

CURSOS A DISTANCIA

Dirigido a los que por su situación laboral o geográfica no puedan asistir a los cursos presenciales y desean preparar el P.I.R. con todas las garantías.

- ✓ **MATERIALES:** Carpetas PIR de CEDE y GUIA PIR.
- ✓ **TUTORÍAS:** Para orientar, consultar y solucionar las dudas surgidas a lo largo de la preparación.
- ✓ Realización de **EXÁMENES** por Áreas.
- ✓ Realización de **SIMULACROS** de Examen PIR. Los mismos que los presenciales.

**LOS MEJORES RESULTADOS
MAS DEL 65% DE LAS PLAZAS LAS
CONSIGUEN NUESTROS ALUMNOS**

**INFÓRMATE EN
<http://pir.cede.es>
La Web del psicólogo**



**C/ CARTAGENA,129 - 28002 MADRID
TEL.: 91 564 42 94 - www.cede.es
e-mail: oposiciones@cede.es**

avances y contribuir con los nuestros al acervo común. También hemos avanzado mucho en el terreno de los tratamientos psicológicos que han probado ser eficaces; en menos de 20 años hemos pasado de ser casi desconocidos a ser considerados en el contexto internacional. Contamos, como ya le he indicado, con colecciones editoriales relativas a los tratamientos psicológicos en el ámbito infanto-juvenil, hemos publicado monográficos tanto en revistas españolas recogidas en las bases de datos internacionales (así Méndez, Olivares y Sánchez, 2002) como en colecciones editoriales en los que se pone de manifiesto nuestro avance en este campo (véase por ejemplo Pérez-Álvarez et al., 2003); además, cada vez es más frecuente hallar publicaciones de psicólogos españoles que tratan e investigan problemas relativos a niños y adolescentes en las revistas internacionales con mayores índices de impacto internacional.

Entre las cuestiones que nos quedan pendientes, destacaría la necesidad de seguir reduciendo la brecha entre investigación y práctica cotidiana a demanda. No vale todo y el tratamiento psicológico sí puede tener efectos secundarios cuando no se aplica el más adecuado entre los posibles, cuando se

analizan los problemas y trastornos psicológicos desde posiciones teóricas incontrastables y esto lleva a la elección de estrategias de tratamiento que nunca han probado ser eficaces bajo condiciones controladas. En estos casos, se está perjudicando tanto la imagen de la solvencia de la psicología como la demora en la reducción y la eliminación del trastorno, con todo lo que ello implica. Y esto es cada día más importante porque, afortunadamente, ya formamos parte del sistema de salud, aunque sólo sea en el ámbito clínico, pero ello hace que los demás profesionales puedan constatar que somos resolutivos, que contamos con conocimientos, estrategias y tratamientos *ad hoc* y que actuamos con rigor.

I.: *En Cataluña, se ha creado la primera unidad multidisciplinar pública para el TDAH, ¿cree que ésta debería ser la línea de actuación respecto a los diversos problemas psicológicos propios de la infancia y de la adolescencia?*

J.O.: Es una excelente iniciativa, pero encuadrada dentro de los problemas y trastornos que requieren una actuación multidisciplinar, porque el estado de nuestro conocimiento así lo pone de manifiesto. Tal sería también el caso

de los problemas oncológicos, por poner un ejemplo en el ámbito de la salud física; de hecho, muchos hospitales ya integran al psicólogo como un miembro de su equipo en el servicio de oncología infanto-juvenil. En el resto de los casos, pienso que se deberían de crear unidades integradas por psicólogos especializados en áreas de trabajo concretas como los trastornos de ansiedad o los problemas de alimentación, por poner dos ejemplos, porque tal vez ello resulte más fácil, menos costoso para el sistema y más razonable en orden a lo que conocemos sobre la génesis, el desarrollo y el mantenimiento de la inmensa mayoría de los trastornos psicológicos.

I.: *Para finalizar, ¿le gustaría añadir algún comentario más?*

J.O.: Sí, desearía reconocer el trabajo investigador y aplicado que tanto en el ámbito de la evaluación como del tratamiento han desarrollado en este campo colegas nuestros como la profesora **Carmen Bragado** de la Universidad Complutense de Madrid, la profesora **Concha Fernández** de la Universidad de Oviedo, la profesora **María Victoria del Barrio** de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, la profesora **María del Carmen Saldaña** de la Universidad de Barcelona o a los profesores **Ana Isabel Rosa Alcázar** y **Javier Méndez** de la Universidad de Murcia, entre otros muchos. Así mismo, querría subrayar el ingente esfuerzo desarrollado por los Colegios de Psicólogos en nuestra formación y actualización en este ámbito, a los que desde esta entrevista animo para que cada vez seleccionen con mayor rigor los contenidos de sus cursos de actualización, a la luz de la evidencia científica disponible.

REFERENCIAS

- Méndez, F. X., Olivares, J. y Sánchez, J. (2002). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos interiorizados en la infancia y la adolescencia. *Psicología Conductual*, 10(3), 445-450.
- Olivares, J. (Ed.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2007). *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo, I. (Coords.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. (Coord. y Dir.) (2002). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.