

se trata de perfeccionar el sistema. Lo mismo ocurre entre los distintos grupos que han elaborado clasificaciones para el campo particular de la infancia y la adolescencia.

En general, cuando se usa una metodología *dimensional-multivariada*, la categorización se adapta más fácilmente al tipo de población, así como a los cambios determinados por la edad, el sexo, la clase social o la procedencia cultural que indefectiblemente aparecen a lo largo del desarrollo. Por otro lado, la utilización de *criterios consensuados* para establecer las categorías diagnósticas hace el sistema global más rígido, ya que introduce definiciones conceptuales, pero tiene la ventaja de una mayor aceptación desde distintas posiciones teóricas y ello se traduce en un uso más amplio y generalizado, lo que a la postre facilita la comunicación.

No obstante, un aspecto muy importante es que no todos los sistemas clasificatorios poseen el mismo grado de *fiabilidad diagnóstica*. Si consideramos lo que sucede en los DSM, se comprueba que los diagnósticos en donde ésta es más alta son los trastornos de la conducta alimentaria, la enuresis y la encopresis (0,91) seguidos de la hiperactividad (0,73), los trastornos de ansiedad (0,67) y el retraso mental (0,62). Tales datos parecen indicar que la sintomatología física, fácilmente observable, incrementa la fiabilidad diagnóstica; sin embargo, si se considera la fiabilidad globalmente, incluyendo todo tipo de trastornos, ésta resulta ser alarmantemente baja en las diferentes ediciones del DSM, siendo mejor la fiabilidad global (0,60) del CIE-10.

Por otra parte, la *estabilidad diagnóstica* se incrementa con el uso de instrumentos que reúnan las debidas

Tabla 1
Distintas Clasificaciones de los
Trastornos Infanto-Juveniles

Clasificación	Método	Clasificación de los Problemas Psicológicos Infanto-Juveniles
Group Advance Psychiatry (1966)	Consensuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos neuróticos 2. Trastornos de la personalidad 3. Trastornos psicóticos 4. Trastornos psicósomáticos 5. Alteraciones del desarrollo
DSM-III (1980)	Consensuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso mental 2. Trastornos de la atención con y sin hiperactividad 3. Trastornos de la conducta 4. Trastorno de ansiedad por separación 5. Otros trastornos: problemas relacionados con la separación y mutismo 6. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia 7. Trastornos relacionados con los movimientos estereotipados y los tics 8. Trastornos somáticos: tartamudez, enuresis, encopresis y del sueño 9. Trastornos generalizados del desarrollo: autismo 10. Trastornos específicos del desarrollo: lectura 11. Trastornos de la identidad sexual
Quay (1984)	Multivariado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de conducta 2. Agresión socializada 3. Hiperactividad motora 4. Problemas de atención 5. Ansiedad y depresión 6. Quejas somáticas 7. Psicosis
CIE-10 (1992)	Consensuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso mental 2. Trastornos del comportamiento: hiperactivo con y sin alteración de la atención 3. Trastorno disocial, trastornos de la conducta (en familia, solitario, socializada o desafiante) 4. Trastorno mixto de la conducta y depresión 5. Trastornos del desarrollo del lenguaje hablado y/o escrito, Problemas escolares. Trastornos 1. generalizados del desarrollo (Autismo, Rett, Asperger) 6. Trastornos emocionales: ansiedad, fobia, distimia, separación, mixto 7. Trastornos motores (tics) 8. Otros trastornos: enuresis, encopresis, ingestión, estereotipias, tics, tartamudez 9. Otros trastornos mentales 10. Trastorno mixto de las habilidades escolares
Achenbach (1995)	Multivariado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad y depresión 2. Retraimiento 3. Quejas somáticas 4. Problemas sociales 5. Problemas del pensamiento 6. Problemas de atención 7. Delincuencia 8. Agresividad
DSM-V (2013)	Consensuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso mental 2. Trastorno de atención con o sin hiperactividad 3. Trastornos de la alimentación 4. Otros problemas: trastornos de ansiedad por separación y mutismo electivo 5. Trastornos de la comunicación 6. Trastorno de tics 7. Trastornos motores 8. Trastornos de la eliminación 9. Trastornos generalizados del desarrollo 10. Trastornos del aprendizaje



características psicométricas, y no sólo entre profesionales (0,81), sino entre distintas fuentes sobre todo en trastornos de hiperactividad y atención, trastornos de conducta y trastornos de oposición.

Observando las posibles concomitancias entre las clasificaciones anteriores y tratando de fundir lo categorial y lo dimensional, se podría tentativamente considerar la existencia de *cinco grandes grupos de trastornos infantiles y juveniles*, que constituyen el abanico en el que se ubicarían todos los tipos posibles de problemas infantiles:

- ✓ *Retrasos del desarrollo*: retraso mental, autismo, etc.
- ✓ *Psicosis*: esquizofrenia.
- ✓ *Trastornos interiorizados*: ansiedad y depresión.
- ✓ *Trastornos exteriorizados*: de conducta, por oposición, delincuencia, drogadicción, etc.
- ✓ *Trastornos psicofísicos*: enuresis, encopresis, de alimentación, etc.

Hoy, es evidente, a la luz de los resultados de numerosas investigaciones, que, aunque los problemas infantiles son serios y duraderos, su prevención es más fácil y eficaz –y también más barata– cuanto más temprana, tanto en lo que afecta a problemas intelectuales como afectivos y comportamentales. Por ejemplo, se ha estimado que la intervención durante la niñez temprana para tratar un problema de conducta en el propio hogar del niño costaría la tercera parte que una plaza en un centro de rehabilitación en la edad adolescente.

Sin embargo, tanto para hacer una prevención primaria como secundaria hace falta que previamente se realice una detección y delimitación del problema y esto lo hace posible un proceso de evaluación. Evaluar permite: a) diagnosticar problemas, y b) conocer su

prevalencia. Con ello se logra planificar la intervención. Esta labor ha culminado en la elaboración de instrumentos diagnósticos precisos.

Instrumentos más importantes

También, en los años setenta, se inició una actividad frenética en la generación de instrumentos de evaluación pensados para los niños. Si se hace una revisión de ellos (excepto los de evaluación de la inteligencia), se ve que, en un porcentaje importantísimo, aparecen entre 1970 y 1990. Estos instrumentos llenan el vacío entre los sistemas diagnósticos y la persona que padece un trastorno. No obstante, dado el gran número y la gran variedad de instrumentos de evaluación,

aquí nos vamos a referir exclusivamente a los genéricos, es decir, aquellos que detectan cualquier tipo de trastorno y se usan en población española.

Muchos están dirigidos a padres de niños pequeños y son aplicables a los niños entre los 7-8 años y la adolescencia. Entre los más usados y conocidos figuran las *Escalas de Wechsler* (1974) y el *Balley* (1960), para valorar el desarrollo cognitivo y motor. Evalúan patologías el *Minnesota Child Developmental Inventory* - MCDI (Ireton y Thwing, 1974), el *Diagnostic Interview Scale for Children* - DISC (Costello, Edelbrock, Kalas, Kessler y Klaric, 1982), la *Entrevista Semiestructurada DICA* (Reich et al., 1982) y el *Check Behavior Chec-*

klist - CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1978). En conjunto, cubren todo el espectro de las distintas alteraciones. Luego, naturalmente, hay una lista interminable de instrumentos específicos para las distintas alteraciones.

Todos han sido revisados en múltiples ocasiones y muchos están adaptados al español.

La psicología conductual, por su parte, se ha orientado a la observación de la conducta directa, precisando los antecedentes y consecuentes de la misma. Ello permite el análisis funcional que proporciona las bases para una intervención.

Prevalencia de los problemas infantiles

El desarrollo de instrumentos de evaluación válidos y fiables ha permitido una cuantificación de los problemas y conocer los datos epidemiológicos. Así mismo, para determinar la prevalencia de cada

uno de los diferentes trastornos es relevante tener en cuenta el tipo de población, las técnicas de valoración y las fuentes de información (niño, familia, escuela, etc.) que se hayan usado en la evaluación, pues todo ello introduce variaciones.

Se estima que, al menos, entre el 30,2% y el 50% de las personas entre los 9 y los 17 años tiene alguna alteración en su vida (MECA, 1995). Si consideramos los distintos trastornos, tenemos:

- ✓ El *retraso mental*. En los países desarrollados, el retraso mental medio afecta entre un 2% y un 6%, mientras que del 3 al 4 por 1.000 de la población presenta retraso mental severo o profundo. Las cifras se duplican en niveles sociales bajos, por una deficiente prevención tanto primaria como secundaria.
- ✓ La *psicosis*. Tiene una baja incidencia en la niñez (1 por 10.000), pero se incrementa dramáticamente en la adolescencia tardía (17-18 años),

llegando al 17 por 10.000. Los varones duplican el número de las mujeres.

- ✓ Los *problemas exteriorizados*. Su incidencia fluctúa, según las fuentes, entre el 27% y el 35%; siendo mayor en varones que en mujeres y disminuyendo con la edad.
- ✓ Los *trastornos interiorizados*. La *depresión* presenta una prevalencia que oscila entre el 5% y el 7%, siendo más frecuente en mujeres a partir de la pubertad y aumentando con la edad. La *ansiedad* alcanza un 27% y también presenta una mayor incidencia en mujeres a partir de la pubertad.
- ✓ Respecto de otros problemas: los *trastornos del comportamiento alimentario* aparecen en el 1%, más en mujeres y aumentan con la edad. Los *problemas de la eliminación* (enuresis y encopresis) alcanzan el 14%, con mayor representación en varones y, por el contrario, tienden a disminuir con la edad.

Todas éstas son cifras semejantes a las de otros países. En general, podemos sostener que, incluso, transculturalmente, los chicos presentan más problemas exteriorizados y éstos van mejorando con la edad, mientras que las chicas presentan más problemas interiorizados, que se incrementan con la edad. Sin embargo, las prevalencias de todo tipo de problemas son muy variables en distintas sociedades. Ello indica que, aunque haya elementos comunes que producen patrones semejantes, también hay elementos divergentes, fundamentalmente sociales.

Otro elemento a tener en cuenta es el alto grado de comorbilidad que hay entre los diversos trastornos. Esta comorbilidad alcanza el 20%-60%, siendo las cifras más altas las encontradas entre ansiedad y depresión.

Guía para poder evaluar a un niño con precisión

Aún teniendo instrumentos precisos, es posible que no lleguemos a medir bien, dado que el niño se encuentra, no sólo física, sino también mentalmente, en constante cambio y evolución, estando mucho más dominado por las emociones que experimenta frente al adulto.

La evaluación debe ir siempre de lo general a lo específico, así como siempre se ha de comenzar por descartar el origen biológico del problema y, así, saber con seguridad que estamos ante un problema específicamente psicológico. Es esencial también evaluar las circunstancias en las que un niño se desarrolla, puesto que es un ser básicamente dependiente.

Ciertos problemas se dan habitualmente en esta evaluación y, para evitarlos, conviene seguir las siguientes recomendaciones:

- ✓ *No evaluar retrospectivamente, sino el momento presente* y, como mucho, la última semana. Los niños viven inmersos en el aquí y ahora.
- ✓ *Se ha de partir de cierta habituación.* El primer paso ha de ser informar a los padres de cómo tienen que decir al niño que va a ir al psicólogo. Cuando el niño, convenientemente informado, llega al psicólogo, por lo menos la primera sesión, se habrá de dedicar al juego y a la conversación informal (depende de la edad) para dar tiempo a que se disipen posibles temores, suspicacias y vergüenzas, estableciendo una comunicación informal.
- ✓ *Cuidar la elección de los instrumentos y las fuentes.* “Sólo lo mejor es suficientemente bueno para un niño”: esta máxima pedagógica ha de ser tenida en cuenta. Se recomienda tam-

bién una *valoración multi-método*, precisamente para la consolidación de la toma de datos sin olvidar distintas perspectivas.

- ✓ Si se evalúan *emociones*, es especialmente conveniente su reevaluación, por la versatilidad del niño en este campo.
- ✓ Cuando se acaba la evaluación y se elabora un *diagnóstico*, hay que presentarlo con todas las limitaciones de su actualidad, fiabilidad y validez. No cabe limitarse a nominar el problema, sino que se ha de proporcionar también información sobre los puntos fuertes y las vías de solución. No hay que asustarse por etiquetar un caso; el problema no está en los etiquetados, sino en cómo éstos se usan y qué viabilidad se proporciona para su gestión.

PUBLICIDAD

II Congreso Nacional sobre Planificación en Servicios Sociales

Logroño, 18 y 19 de noviembre de 2010

Contenidos:

- Situación actual de los Servicios Sociales.
- Descentralización vs. recentralización.
- Integración de los sistemas administrativos.
- Indicadores comunes en los Servicios Sociales.
- Talleres sobre la elaboración de planes municipales y el diseño de cuadros de mando.

Organiza:



Gobierno de La Rioja

Servicios Sociales
www.larioja.org



Comité Científico compuesto por:

Representantes de colegios oficiales, catedráticos universitarios y profesionales de reconocido prestigio.

Para más información:

www.larioja.org (Área temática: Servicios Sociales)

Secretaría Técnica:

Planner Congresos y Eventos - C/ Canalejas 8, bajo - 26005 - Logroño - La Rioja
Telf. 941 200850 - Fax: 941 214633 - E-mail: congresoplanificacion@plannercongresos.com

✓ Hay que poner especial atención a la *evaluación de niños de padres divorciados*. Es imprescindible tener datos de los dos miembros de la pareja y comunicar a ambos los resultados.

Problemas derivados del uso de distintas fuentes de información

Se recomienda siempre el uso de varias fuentes simultáneas a la hora de realizar la evaluación infantil. Esto no está exento de problemas, ya que la información que se obtiene a través de distintas fuentes no suele ser concordante.

Para ponderar adecuadamente los datos de distinta procedencia, hay que considerar varios puntos:

- ✓ Los niños informan mejor sobre datos interiorizados.
- ✓ Los padres son mejores informantes de la temporalidad de los acontecimientos.

✓ Los niños están menos influidos por la deseabilidad social que sus padres en todo lo que informan.

✓ El grado de acuerdo entre adultos y niños es muy bajo.

✓ Los padres alcanzan entre ellos mismos una fiabilidad baja (0,43); los niños, alta (0,90).

✓ Los padres con problemas son más proclives a encontrar problemas en sus hijos.

✓ La información de los maestros es directamente proporcional a su nivel de información y al tiempo que pasan con el niño.

En general, los niños informan mejor que los adultos en problemas interiorizados e igual que ellos en los exteriorizados. Por ello, parece claro que la fuente niño es preferible si hay que optar por sólo una de ellas.

Prevención

Prevención Primaria

La prevención primaria se lleva a cabo antes de que se produzca el problema y, claramente, cuanto mejor se conoce su causa más fácil resulta erradicarlo (por ejemplo, el descenso del retraso mental en todas las sociedades desarrolladas se debe principalmente al control de sus causas físicas). No obstante, desafortunadamente pocos trastornos tienen una causa clara y, por tanto, para su prevención hace falta recurrir a la intervención sobre los múltiples factores de riesgo cuya relación con el trastorno es, en la mayor parte de los casos, sólo correlacional.

En el caso de los niños, se han aislado como factores de riesgo genéricos: la pertenencia a una clase social deprimida, tener padres con problemas físicos o psicológicos, los métodos de crianza inadecuados, el temperamento difícil, los acontecimientos estresantes y los entornos sociales problemáticos.

Minimizar o contrarrestar estos factores es la meta de una adecuada prevención. La información dirigida a padres y maestros son las dos vías más eficaces para evitar los problemas infantiles.

Además, también se han hallado los factores protectores, que son un escudo para el niño, y son estos: buena educación emocional, una adecuada elección escolar, un control cordial de su conducta, un cuidado continuado del grupo de amistades, una enseñanza de estrategias de autonomía evolutiva. Por tanto, promocionar estos factores es otra de las metas de la prevención primaria.

Prevención Secundaria

En este caso se trata solucionar un problema ya existente. La intervención puede estar basada en modelos causales o descriptivos: los modelos causales in-

PUBLICIDAD

DISTRIBUIDOR DE:

ESCALAS DE DESARROLLO Y NIVEL INTELLECTUAL, MEMORIA, LENGUAJE, AUDICIÓN, VISIÓN, PERCEPCIÓN, MOTRICIDAD, PSICOLOGÍA DEL DEPORTE, EVALUACIÓN SUPERDOTADOS, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE DEFICIENCIAS, DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO, DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO- INTERVENCIÓN, TERAPIA OCUPACIONAL, PERSONALIDAD, ORIENTACIÓN PROFESIONAL, EVALUACIÓN FÍSICA, BIOFEEDBACK Y ADQUISICIÓN DE DATOS FISIOLÓGICOS, POLIGRAFÍA, LIBROS..

C/ Cazalegas 5 Local 28025 MADRID
TLFS: 91 341 16 21-91 341 71 95 Fax: 91 746 41 95
E-mail: psymtec@psymtec.com www.psymtec.com

REHACOM
Sistema
computerizado
de rehabilitación
cognitiva

**VIENA TEST
SYSTEM:**
Sistema
computerizado
diseñado para
diagnóstico
psicológico,
terapia e
investigación.



tentan suprimir la causa que produce el trastorno y los descriptivos pretenden controlar las conductas alteradas.

Actualmente, han proliferado los estudios sobre la eficacia de los tratamientos. Cada vez es más evidente que la terapia cognitivo-conductual tiene unos efectos superiores a otros tipos de terapia, aún cuando todo tipo de terapia es efectiva frente a un grupo de control sin intervención.

Otro problema distinto es determinar la eficacia de las distintas técnicas empleadas en los distintos tipos de trastornos y en distintos niveles de edad. Parece que cuanto más pequeño es un niño, mayor eficacia tienen las técnicas conductuales y, a medida que se entra en la adolescencia, adquieren potencia las cognitivas. Parece también que la relajación es eficaz en todos aquellos trastornos en los que la ansiedad es alta. El tema del estudio de la eficacia es una cuestión abierta en constante investigación y, actualmente, está en alza la investigación sobre terapia interpersonal.

La recomendación de los expertos, para evaluar la eficacia diferencial, es que sólo sean tenidos en cuenta los estudios que comparan un grupo experimental frente a un grupo control sin intervención o un grupo control con intervención irrelevante. Además debe especificarse de forma precisa el protocolo de la intervención, habiendo establecido la línea base y a ser posible con diseño ABAB. Así mismo, para comparar grupos no basta con una diferencia de medias, sino que ha de determinarse el tamaño del efecto para poder conocer la magnitud de las diferencias halladas. Con estos requisitos, pocas investigaciones pueden salvarse.

En los últimos tiempos se está intensificando el estudio, no sólo de la eficacia de los tratamientos, sino de las causas del fracaso y del abandono. Por ejem-

plo, comparando centros de intervención, se ha visto que los privados alcanzan mejores porcentajes de éxito, pero, si se analizan las causas, se advierte que las diferencias desaparecen si se controlan ciertas variables: a) nivel sociocultural, b) número de terapeutas, y c) técnicas estándar vs. individualizadas. Por tanto, si la clase social es la misma, si no se cambia de terapeuta y se aplica una terapia individualizada los resultados son equivalentes.

En suma, se puede sostener que el estudio acerca de la salud mental infantil y juvenil tiene una corta, pero intensa vida. En los últimos cuarenta años se han ido creando unos instrumentos de evaluación fiables, al tiempo que se establecían unos criterios diagnósticos útiles y unos sistemas de prevención eficaces. Por tanto, podemos enfrentarnos a los problemas de esta naturaleza con un bagaje de conocimientos fundados en la investigación sólida y que continúa precisando los elementos que pueden ayudar a su mejora.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology*. New York: Guildford Press.
- Anderson, H., Bjorngaard, J. H., Kaspersen, S. L., Wang, K., Skre, I. y Dahl, T. (2010). The effects of individual factors and school environment on mental health and prejudiced attitudes among Norwegian adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 569-577.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6(1), 67-82.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Domenech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J.M. (1995). La Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revisada (DICA-R): Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 153-163.
- Kazdin, A. E. (2000). *Therapy for children and adolescents: Directions and practice*. New York: Oxford University Press.
- Morton, M. y Frith, U. (1995). Causal modeling: A structural approach to developmental psychopathology (págs. 357-359). En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology*, vol. 1. New York: Wiley.
- 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.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. y Thapar, A. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5ª ed.). Londres: Blackwell.
- Sattler, J. (1996). *Evaluación infantil* (3ª ed.). México: Manual Moderno.
- Warren, J. S., Nelson, P. H., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A. y Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 144-155.