

PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

ISBN: 978-84-945721-9-7

© José Luis Fernández Fernández

© Este material es único y exclusivo de (PIRES)

Mayo 2019

ÍNDICE

TEMA 1. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGIA INFANTO-JUVENIL

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA.....	15
2. PREVALENCIA	16
3. EDAD DE INICIO	17
4. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES	17
4. 1. Aspectos generales.....	17
4. 2. Aspectos específicos y diferenciales	17
4. 2. 1. Destinatarios de la intervención terapéutica	18
4. 2. 2. Condiciones y desarrollo de la intervención terapéutica	18
4. 3. Demanda terapéutica: cliente vs. paciente.....	19
4. 4. Influencias evolutivas.....	20
4. 5. Énfasis en la conducta manifiesta (comportamientos observables).....	21
4. 6. Colaboración de los adultos y compañeros. Aplicación de los tratamientos en el medio natural.....	22
4. 7. Guía de actuación.....	22
4. 8. La evaluación de los trastornos infantiles	23

TEMA 2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1. INTRODUCCIÓN.....	29
2. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN.....	29
2. 1. Definiciones de la CIE – 10 y DSM	29
2. 2. Clasificación.....	30
2. 2. 1. La CIE – 10	30
2. 2. 2. DSM – IV – TR y DSM-5.....	33
2. 3. La AAMR	36
3. EPIDEMIOLOGÍA	42
4. CURSO	42
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	43
6. ETIOLOGÍA	44
7. SISTEMAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.....	45
7. 1. Instrumentos de evaluación de las habilidades de adaptación	46
7. 2. Dimensiones de la evaluación	46
7. 3. Fases del proceso evaluación – intervención	47

TEMA 3. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

1. DESCRIPCIÓN DE TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	53
2. TRASTORNO AUTISTA.....	53
2. 1. Desarrollo del concepto de autismo	53
2. 2. Características del autismo infantil	54
2. 3. Criterios diagnósticos	57
2. 4. Diagnóstico diferencial.....	59
2. 5. Epidemiología.....	60
2. 6. Curso	60
2. 7. Etiología.....	61
2. 7. 1. Hipótesis genéticas y neurobiológicas	61
2. 7. 2. Hipótesis psicológicas.....	61
2. 8. Evaluación	63
2. 9. Tratamiento.....	65
2. 9. 1. Tratamiento farmacológico.....	65
2. 9. 2. Tratamiento psicológico	66

3. TRASTORNO DE RETT	68
3. 1. Descripción y criterios diagnósticos	68
3. 2. Epidemiología.....	70
3. 3. Curso	70
3. 4. Diagnóstico diferencial.....	71
4. TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL	72
4. 1. Descripción y criterios diagnósticos.....	72
4. 2. Epidemiología.....	72
4. 3. Curso	73
4. 4. Diagnóstico diferencial.....	73
5. TRASTORNO DE ASPERGER	73
5. 1. Descripción y criterios diagnósticos.....	73
5. 2. Epidemiología.....	75
5. 3. Curso	75
5. 4. Diagnóstico diferencial.....	75
6. TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO.....	75
7. TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO	76

TEMA 4. LA ESQUIZOFRENIA Y EL SÍNDROME LÍMITE EN LA INFANCIA

1. LA ESQUIZOFRENIA EN LA INFANCIA	83
1. 1. Introducción histórica, descripción y criterios diagnósticos	83
1. 2. Epidemiología.....	85
1. 3. Curso	86
1. 4. Evaluación	86
1. 4. Tratamiento	87
2. SÍNDROME LÍMITE EN LA INFANCIA	87
2. 1. Concepto	87
2. 2. Diagnóstico y evaluación.....	88
2. 3. Tratamiento	90
2. 3. 1. Intervención psicológica.....	90
2. 3. 2. Intervención farmacológica.....	90

TEMA 5. TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS

1. TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN	91
1. 1. Descripción clínica.....	91
1. 2. Criterios diagnósticos.....	92
1. 3. Epidemiología.....	93
1. 4. Curso	93
1. 5. Diagnóstico diferencial.....	93
1. 6. Etiología.....	94

TEMA 6. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN	97
1. 1. Creación de la categoría trastornos del aprendizaje.....	97
1. 2. Características diagnósticas del TA	98
1. 3. Diagnóstico diferencial de los TA	101
2. TRASTORNOS DE LA LECTURA (DISLEXIA)	104
2. 1. Introducción	104
2. 2. Dislexia evolutiva (dislexia específica, primaria o dislexia escolar).....	105
2. 3. Criterios diagnósticos.....	105
2. 4. Epidemiología.....	106
2. 5. Curso	106

2. 6. Modelos teóricos.....	106
2. 6. 1. Modelo neuropsicológico.....	107
2. 6. 2. Modelo cognitivo.....	112
2. 7. La teoría de Luria y la dislexia evolutiva.....	114
2. 8. La evaluación.....	115
2. 9. Tratamiento.....	117
3. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE DEL CÁLCULO.....	117
3. 1. Concepto.....	117
3. 2. Criterios diagnósticos.....	118
3. 3. Curso.....	119
3. 4. Epidemiología.....	119
3. 5. Diagnóstico diferencial.....	119
3. 6. Etiología.....	119
4. TRASTORNOS DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.....	119
4. 1. Concepto.....	119
4. 2. Criterios diagnósticos.....	120
4. 3. Curso.....	121
4. 4. Epidemiología.....	121
4. 5. Diagnóstico diferencial.....	121
4. 6. Etiología.....	121
4. 7. Evaluación.....	122
4. 8. Tratamiento.....	122

TEMA 7. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	125
2. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO (DISFASIA).....	126
2. 1. Descripción clínica.....	126
2. 2. Criterios diagnósticos.....	127
2. 3. Epidemiología.....	128
2. 4. Curso.....	128
2. 5. Etiología.....	128
2. 6. Diagnóstico diferencial.....	128
2. 7. Evaluación.....	129
2. 8. Tratamiento.....	130
3. TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO - EXPRESIVO.....	130
3. 1. Descripción clínica.....	130
3. 2. Criterios diagnósticos.....	130
3. 3. Epidemiología.....	131
3. 4. Curso.....	131
3. 5. Diagnóstico diferencial.....	131
3. 6. Etiología, evaluación y tratamiento.....	132
4. TRASTORNO FONOLÓGICO.....	132
4. 1. Descripción clínica.....	132
4. 2. Criterios diagnósticos.....	132
4. 3. Epidemiología.....	134
4. 4. Curso.....	134
4. 5. Diagnóstico diferencial.....	134
4. 6. Etiología.....	135
4. 7. Evaluación.....	135
4. 8. Tratamiento.....	135
5. TARTAMUDEO.....	136
5. 1. Descripción clínica.....	136
5. 2. Criterios diagnósticos.....	137
5. 3. Epidemiología.....	138

5. 4. Curso	138
5. 5. Diagnóstico diferencial.....	139
5. 6. Etiología.....	139
5. 7. Evaluación	140
5. 8. Tratamiento	141
6. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL DSM-5.....	142

TEMA 8. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	147
1. 1. Introducción	147
1. 2. La hiperactividad	147
1. 2. 1. Síndrome de hiperactividad (o síndrome hiperkinético).....	147
1. 2. 2. Síndrome de inmadurez (Según Denckla y Heilman (1979)	148
1. 3. El déficit de atención.....	148
1. 4. Descripción clínica del TDAH.....	149
1. 5. TDAH y problemas de aprendizaje	150
1. 6. TDAH y otros trastornos de conducta perturbadores.....	150
1. 7. Déficit de memoria y déficit lingüístico.....	151
1. 8. Criterios diagnósticos.....	151
1. 9. Epidemiología.....	154
1. 10. Curso	154
1. 11. Diagnóstico diferencial.....	155
1. 12. Etiología	158
1. 12. 1. Transmisión genética	158
1. 12. 2. Hipótesis fisiológicas	158
1. 12. 3. Complicaciones durante el embarazo y el nacimiento	160
1. 12. 4. La dieta	161
1. 12. 5. El plomo ambiental	161
1. 12. 6. Factores psicosociales	161
1. 12. 7. Modelo cognitivo-conductual	161
1. 13. Evaluación	162
1. 13. 1. Aspectos generales	162
1. 13. 2. Entrevistas.....	163
1. 13. 3. Escalas de calificación de conductas	163
1. 13. 4. Observaciones directas	164
1. 13. 5. Otros procedimientos	164
1. 14. Tratamiento	164
1. 14. 1. Programas de orientación para padres	165
1. 14. 2. Programas para niños	166
1. 14. 3. Programas de orientación para profesores.....	166
1. 14. 4. Tratamiento psicofarmacológico	167
2. TRASTORNO DISOCIAL	168
2. 1. Descripción clínica.....	168
2. 2. Criterios diagnósticos.....	170
2. 3. Epidemiología.....	172
2. 4. Curso	173
2. 5. Diagnóstico diferencial.....	174
2. 6. Etiología.....	176
2. 6. 1. Modelo de aprendizaje	176
2. 6. 2. Modelo de las influencias familiares.....	176
2. 6. 3. Modelo de las influencias sociocognitivas	178
2. 6. 4. Modelo de las influencias biológicas.....	179
2. 7. Evaluación	181
2. 7. 1. Evaluación de las conductas del niño.....	181

2. 7. 2. Evaluación de factores familiares.....	182
2. 8. Tratamiento.....	183
2. 8. 1. Aspectos generales.....	183
2. 8. 2. Tratamientos centrados en el menor.....	183
2. 8. 3. Tratamientos centrados en la familia.....	184
2. 8. 4. Tratamientos basados en la comunidad.....	185
2. 8. 5. Tratamiento farmacológico.....	185
3. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	188
3. 1. Descripción clínica.....	188
3. 2. Criterios diagnósticos.....	189
3. 3. Epidemiología.....	191
3. 4. Curso.....	191
3. 5. Diagnóstico diferencial.....	191
3. 6. Etiología.....	193
3. 7. Tratamiento.....	194

TEMA 9. TRASTORNO DE LA INGESTIÓN Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA

1. PICA.....	195
1. 1. Descripción clínica.....	195
1. 2. Criterios diagnósticos.....	195
1. 3. Epidemiología.....	196
1. 4. Curso.....	196
1. 5. Diagnóstico diferencial.....	196
1. 6. Etiología.....	197
1. 6. 1. Hipótesis biológicas.....	197
1. 6. 2. Hipótesis psicodinámicas.....	198
1. 6. 3. Hipótesis conductuales.....	198
1. 6. 4. Influencia familiar y cultural.....	198
2. TRASTORNO DE RUMIACIÓN.....	198
2. 1. Descripción clínica.....	198
2. 2. Criterios diagnósticos.....	198
2. 3. Epidemiología.....	199
2. 4. Curso.....	199
2. 5. Diagnóstico diferencial.....	200
2. 6. Etiología.....	200
2. 6. 1. Hipótesis psicodinámicas.....	200
2. 6. 2. Hipótesis conductuales.....	200
2. 6. 3. Hipótesis biológicas.....	200
2. 7. Tratamiento.....	200
3. TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ.....	201
3. 1. Descripción clínica.....	201
3. 2. Criterios diagnósticos.....	201
3. 3. Epidemiología.....	202
3. 4. Curso.....	202
3. 5. Diagnóstico diferencial.....	203
3. 6. Tratamiento.....	205

TEMA 10. TRASTORNOS POR TICS

1. TICS. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y CLASIFICACIÓN.....	207
2. EPIDEMIOLOGÍA.....	208
3. CURSO.....	210
4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	211
5. ETIOLOGÍA.....	213

5. 1. Teorías biológicas.....	213
5. 2. Teorías conductuales y ambientales.....	214
5. 3. Teorías integradoras.....	214
6. EVALUACIÓN DE LOS TICS.....	215
6. 1. Aspectos a evaluar.....	215
6. 2. Técnicas de evaluación.....	215
7. TRATAMIENTO.....	216
7. 1. Tratamientos conductuales.....	216
7. 1. 1. Procedimiento de inversión del hábito de Azrin y Numm, 1973; 1977).....	216
7. 1. 2. Otras técnicas conductuales.....	218
7. 2. Tratamientos farmacológicos.....	218
8. TRASTORNO DE LA TOURETTE.....	219
8. 1. Descripción clínica.....	219
8. 2. Diagnóstico diferencial.....	219
8. 3. Prevalencia, curso y trastornos asociados.....	220
8. 4. Criterios diagnósticos.....	220

TEMA 11. TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

1. ENURESIS.....	223
1. 1. Descripción clínica.....	223
1. 2. Clasificación.....	223
1. 3. Criterios diagnósticos.....	224
1. 4. Epidemiología.....	225
1. 5. Curso.....	226
1. 6. Diagnóstico diferencial.....	226
1. 7. Etiología.....	227
1. 7. 1. Hipótesis fisiológicas.....	227
1. 7. 2. Hipótesis sobre el desarrollo madurativo.....	227
1. 7. 3. Hipótesis genéticas.....	227
1. 7. 4. Hipótesis conductuales.....	227
1. 8. Repercusiones de la enuresis sobre el niño.....	228
1. 9. Evaluación.....	228
1. 9. 1. Evaluación médica.....	228
1. 9. 2. Evaluación psicológica.....	229
1. 10. Tratamiento.....	229
1. 10. 1. Tratamiento farmacológico.....	229
1. 10. 2. Tratamiento conductual.....	230
1. 10. 3. Otros métodos.....	233
2. ENCOPRESIS.....	233
2. 1. Descripción clínica.....	233
2. 2. Criterios diagnósticos.....	233
2. 3. Clasificación.....	234
2. 4. Epidemiología.....	235
2. 5. Curso.....	235
2. 6. Diagnóstico diferencial.....	236
2. 7. Etiología.....	236
2. 7. 1. Factores fisiológicos.....	236
2. 7. 2. Hipótesis conductuales.....	236
2. 8. Evaluación.....	236
2. 9. Tratamiento.....	237
2. 9. 1. Tratamiento médico.....	237
2. 9. 2. Tratamiento conductual.....	237

TEMA 12. TRASTORNOS DEL SUEÑO

1. INTRODUCCIÓN.....	239
2. DISOMNIAS.....	239
2. 1. Insomnio primario.....	239
2. 1. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos	239
2. 1. 2. Epidemiología.....	241
2. 1. 3. Etiología.....	241
2. 1. 4. Tratamiento.....	242
2. 2. Apnea infantil.....	243
2. 2. 1. Descripción y criterios diagnósticos	243
2. 2. 2. Síntomas de la apnea infantil	245
2. 2. 3. Epidemiología.....	245
2. 3. Narcolepsia.....	246
2. 3. 1. Descripción y criterios diagnósticos	246
2. 3. 2. Epidemiología.....	247
2. 3. 3. Tratamiento.....	247
2. 4. Síndrome de Kleine - Levin.....	248
2. 4. 1. Descripción.....	248
2. 4. 2. Epidemiología.....	248
2. 4. 3. Etiología.....	248
2. 5. Síndrome de Pickwick.....	248
2. 6. Síndrome de muerte súbita (SMIS)	248
2. 6. 1. Descripción.....	248
2. 6. 2. Etiología.....	249
2. 6. 3. Recomendaciones médicas para evitar el SMIS	249
3. PARASOMNIAS	249
3. 1. Pesadillas.....	249
3. 1. 1. Descripción.....	249
3. 1. 2. Criterios diagnósticos	250
3. 1. 3. Prevalencia	251
3. 1. 4. Curso.....	251
3. 1. 5. Etiología.....	251
3. 1. 6. Tratamiento.....	253
3. 2. Terrores nocturnos.....	255
3. 2. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos	255
3. 2. 2. Prevalencia	256
3. 2. 3. Etiología.....	257
3. 2. 4. Tratamiento.....	257
3. 3. Sonambulismo.....	258
3. 3. 1. Descripción clínica y criterios diagnósticos	258
3. 3. 2. Epidemiología.....	259
3. 3. 3. Etiología.....	259
3. 4. Somniloquio	260
3. 5. Jactatio cápitis nocturna	260
3. 6. Bruxismo.....	260

TEMA 13. TRASTORNOS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	261
1. 1. Introducción	261
1. 2. Trastornos de ansiedad por separación	261
1. 2. 1. Descripción clínica	261
1. 2. 2. Criterios diagnósticos	261
1. 2. 3. Prevalencia y curso.....	263

1. 2. 4. Diagnóstico diferencial.....	264
1. 2. 5. Etiología.....	266
1. 2. 6. El rechazo al colegio y la ansiedad de separación.....	267
1. 2. 7. Tratamiento.....	268
1. 3. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).....	268
1. 3. 1. Descripción Clínica.....	268
1. 3. 2. Criterios diagnósticos.....	269
1. 3. 3. Prevalencia y curso.....	269
1. 3. 4. Etiología.....	270
1. 3. 5. Evaluación.....	271
1. 3. 6. Tratamiento.....	271
1. 4. Miedos y fobias.....	274
1. 4. 1. Aspectos generales.....	274
1. 4. 2. Descripción y clasificación.....	274
1. 4. 3. Fobia específica.....	275
1. 4. 4. Fobia a la oscuridad.....	281
1. 4. 5. Fobia social.....	283
1. 5. Trastorno de angustia o pánico.....	288
1. 5. 2. Trastorno de angustia o pánico.....	289
1. 5. 3. Datos epidemiológicos.....	289
1. 5. 4. Angustia en niños y adolescentes.....	289
1. 5. 5. Etiología.....	290
1. 5. 6. Evaluación y tratamiento.....	290
1. 6. Trastorno por estrés postraumático (TEP).....	291
1. 6. 1. Descripción y criterios diagnósticos.....	291
1. 6. 2. Reacciones de los niños y adolescentes ante el TEP.....	296
1. 6. 3. Datos epidemiológicos.....	297
1. 6. 4. Etiología.....	297
1. 6. 5. Evaluación y tratamiento del TEP en niños y adolescentes.....	297
1. 7. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).....	298
1. 7. 1. Rituales evolutivos y rituales compulsivos.....	298
1. 7. 2. Descripción y criterios diagnósticos.....	298
1. 7. 3. Datos epidemiológicos.....	301
1. 7. 4. Etiología.....	301
1. 7. 5. Evaluación y tratamiento del TOC.....	302
2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: LA DEPRESIÓN.....	304
2. 1. Introducción.....	304
2. 2. Descripción y características de la depresión infantil y adolescente.....	304
2. 3. El suicidio en la infancia y adolescencia.....	310
2. 4. Datos epidemiológicos.....	311
2. 5. Etiología.....	312
2. 5. 1. Modelos explicativos.....	312
2. 5. 2. Factores de riesgo.....	312
2. 6. Evaluación.....	315
2. 7. Tratamiento.....	316
2. 7. 1. Eficacia de los tratamientos en niños y adolescentes.....	316
2. 7. 2. Tratamientos protocolizados basados en técnicas eficaces.....	317

TEMA 14. MALTRATO INFANTIL

1. DESCRIPCIÓN E INDICADORES.....	319
2. CONSECUENCIAS Y EFECTOS DEL MALTRATO.....	321
3. EPIDEMIOLOGÍA.....	323
4. ETIOLOGÍA.....	324
4. 1. Modelo Psicológico-Psiquiátrico.....	324

4. 2. Modelo sociológico	324
4. 3. Modelo ecosistémico de Bronfrenbrener	325
4. 4. Modelo Transaccional de estrés.....	325
4. 5. Mecanismos explicativos del TEP	325
4. 6. Modelo Traumatogénico.....	325
5. EVALUACIÓN	325
5. 1. Confirmación de la veracidad del maltrato y evaluación de sus características	325
5. 2. Evaluación del estado del niño y del contexto maltratante.....	325
6. TRATAMIENTO	326
7. SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP): UNA FORMA DE MALTRATO INFANTIL	327
7. 1. Descripción.....	327
7. 2. Características clínicas.....	328
7. 2. 1. Manifestaciones clínicas en los niños.....	328
7. 2. 2. Perfil y comportamientos habituales del progenitor alienador	329
7. 2. 3. Perfil del progenitor alienado.....	330
7. 2. 4. Criterios de identificación del SAP (Bone y Walsh, 1999)	330
7. 3. Diagnóstico diferencial	331
7. 4. Etiología.....	331
7. 5. Epidemiología.....	331
7. 6. Evaluación	332
7. 7. Tratamiento.....	333

TEMA 15. OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1. MUTISMO SELECTIVO.....	335
1. 1. Descripción clínica.....	335
1. 2. Criterios diagnósticos	335
1. 3. Datos epidemiológicos	336
1. 4. Diagnóstico diferencial	336
1. 5. Etiología.....	337
1. 5. 1. Modelo biológico.....	337
1. 5. 2. Modelo Psicológico	338
1. 6. Tratamiento.....	338
2. TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN	339
2. 1. Descripción clínica.....	339
2. 2. Criterios diagnósticos	339
2. 3. Datos epidemiológicos	341
2. 4. Diagnóstico diferencial.....	342
2. 5. Etiología.....	343
3. TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS	344
3. 1. Descripción clínica.....	344
3. 2. Criterios diagnósticos	345
3. 3. Datos epidemiológicos	346
3. 4. Diagnóstico diferencial.....	346
4. LOS CELOS INFANTILES.....	348
4. 1. Descripción.....	348
4. 2. Criterios diagnósticos	349
4. 3. Etiología.....	350
4. 4. Datos epidemiológicos	350
4. 5. Evaluación	351
4. 6. Tratamiento.....	352
PREGUNTAS DE EXAMEN	355
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	389

TEMA 1

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Las primeras referencias a problemas específicos de la infancia datan de principios del siglo XIX (Rie, 1971). Una serie de avances sobre esta temática modificó las creencias que se tenían sobre el avance del comportamiento del niño y adolescente y cómo este comportamiento podía "no ser el adecuado" en su desarrollo. Ollendick y Hersen, 1986 refieren que la psicopatología infantil es cíclica, debido a las actitudes sociales hacia los niños y hacia las teorías prevalentes en el área.

■ Sigmund Freud

Bajo la influencia de Freud se modificó lo que hasta entonces se concebía como trastornos del comportamiento en niños, su etiología de estos comportamientos "desviados" se concebían como de naturaleza biológica. Sin embargo, para Freud, las experiencias psicológicas de la niñez parecían estar relacionadas con síntomas posteriores. Problemas que, para este autor, podían aliviarse cuando el paciente podía expresar sus emociones sobre experiencias pasadas. Para Freud, y siguiendo sus estudios con adultos, creía que los conflictos psicológicos de la niñez era la clave para comprender el comportamiento.

La influencia de Freud se dejó ver en los trabajos de Melanie Klein quien inició la Terapia por el juego o ludoterapia (*Pregunta PIR*), Erik Ericsson, Heinz Hartman y su propia hija, Anna Freud, los que contribuyeron en el estudio psiquiátrico de los trastornos de la infancia. **Kanner** por su parte, en 1935 **publicó el primer libro de psiquiatría infantil de E.E.U.U.**

■ Conductismo y teoría del aprendizaje social

- **Watson:** *"la psicología desde el punto de vista del conductista"* (1913). Autor que utilizó las teorías del aprendizaje para demostrar que la mayoría de las conductas ("buenas o malas") se originan mediante procesos de aprendizaje.
- **Thorndike:** Observó que cuando por azar un animal realizaba una conducta (como apretar una palanca) que venía acompañada por una situación grata para él (como salir de una jaula), la conducta en cuestión se repetía cuando el animal se encontraba en idéntica situación. Esta observación le permitió enunciar la "**ley del efecto**": si una conducta va acompañada o seguida por satisfacción el animal tenderá a repetirla cuando la situación surja de nuevo y, al contrario, si va acompañada o seguida por insatisfacción el animal tenderá a no emitirla (*Pregunta PIR*). La ley del efecto explicará la teoría de Skinner del condicionamiento operante.
- **Skinner:** además de defender y potenciar el aprendizaje instrumental, desarrolló sobre su base un nuevo enfoque teórico y metodológico: "análisis experimental de la conducta". La aplicación de este enfoque a la conducta anormal, supone grados máximos de experimentación y objetividad y la asunción de un modelo de conductismo radical.
- **Albert Bandura:** elaboró una teoría del aprendizaje en la que a partir de los conceptos de **refuerzos y observación** ha ido concediendo más importancia a los procesos mentales internos (cognitivos) así como la interacción del sujeto con los demás. La inicialmente llamada teoría del aprendizaje social, pasa a denominarse **Teoría Cognitivo Social** a partir de los años 80. Con esta teoría, Bandura plantea una alternativa al aprendizaje conductista, acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas (tanto

saludables como patológicas) de modo operante e instrumental, rechazando así que nuestros aprendizajes se realicen, según el modelo conductista. Así, este autor hace hincapié en como entre la **observación** y la **imitación** intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no (**Pregunta PIR**), también que mediante un modelo social significativo se adquiere una conducta que si empleando solamente el aprendizaje instrumental.

■ Movimiento de higiene mental

- **Adolf Meyer:** para este autor los trastornos de conducta tenían su origen en la falta de adaptación, proponiendo así, un enfoque con "sentido común" con el objetivo de estudiar el entorno del paciente y proponiéndole consejo psicológico.
- **Brees (1908):** sus trabajos llevaron al establecimiento del Comité Nacional para la Higiene Mental, donde los niños se convirtieron en el centro de estudio y orientación, con el objetivo de estudiar las disfunciones mentales, dar apoyo a los tratamientos y formar la prevención.
- **Lightner Witmer (1896):** abrió la primera clínica psicológica para niños en USA, clínica donde se evaluaba y trataba mayoritariamente a niños que tenía dificultades en el aprendizaje.
- **William Healy y Grace Fernald (1909):** fundaron el Instituto psiquiátrico infantil, dirigido para niños delincuentes. Postulaban que la conducta antisocial podía tratarse con métodos psicológicos.
- **Asociación Americana de Ortopsiquiatría (1924):** asociación creada como representación formal del movimiento de orientación infantil, siendo su primer presidente Healy.

■ Estudio científico de niños y adolescentes

- **Stanley Hall:** recopiló datos con cuestionarios (Miedos, sueños, preferencias, juegos, etc.)
- En Europa destacan las figuras de **Binet y Simon**, autores que diseñaron unas pruebas que permitían detectar a los niños que necesitaban educación especial. Su test se convirtió en la base del desarrollo de los tests de inteligencia.
- **A. Gessell (Universidad de Yale).** Elaboró un registro meticuloso de conducta física, motora y social de niños pequeños. Apoyándose en la observación estructurada, la observación en contextos naturales y en informes de los padres estableció unas normas evolutivas. Para Gessell la "**maduración**" fue un concepto organizativo de trabajo. Maduración como desarrollo intrínseco de la evolución con relativa independencia de las influencias ambientales. Fue también un defensor del **entorno óptimo** en que el niño creciese.

2. PREVALENCIA

Diferentes estudios demuestran que los trastornos infantiles **son más frecuentes en niños** que en niñas.

- En **varones** los más frecuentes son: el autismo, hiperactividad, comportamiento antisocial, problemas de lenguaje y deficiencias en aprendizaje.
- En las **niñas:** trastornos emocionales, depresión, timidez, y miedo.

■ Factores de estas diferencias entre sexos:

- **Factores biológicos:** los niños son más vulnerables que las niñas a los factores biológicos, sus vulnerabilidades pueden estar relacionadas con el cromosoma Y, y que los varones son menos maduros desde el punto de vista físico (Rutter, 1986a).
- **Factores sociales:** ciertos factores sociales afectan más a niños que a niñas, así, por ejemplo, un divorcio, disputas familiares, enfermedades mentales y el estrés afectan más a los varones. Los papeles sexuales en la socialización también fomentan ciertas diferencias entre un futuro comportamiento en niños y niñas.

- **Factores biológicos y sociales:** puede darse el caso de la interacción entre los factores sociales y biológicos, así, por ejemplo, los varones son más difíciles de tratar por los adultos desde edades muy tempranas, marcando una tendencia en su socialización.

3. EDAD DE INICIO

Los trastornos del comportamiento en niños pueden surgir en cualquier edad, así como aumentar o disminuir en todas las edades. Esta edad de inicio está relacionada **con trastornos específicos**. Esta edad de inicio es un dato muy importante para la evolución del trastorno, **siendo por regla general peor el pronóstico cuando la edad de inicio del trastorno es menor**.

Relación entre la edad de inicio y el trastorno del comportamiento

Trastornos del comportamiento	Edad de inicio
Retrasos evolutivos en el lenguaje y el habla	Suelen detectarse pronto, cuando el niño está adquiriendo estas habilidades.
Autismo	Se manifiesta y detecta pronto.
Miedo y ansiedad	Surgen en cualquier edad, sin embargo, hay miedos específicos que se dan con más frecuencia en edades tempranas.
Conductas antisociales	Pueden aparecer en cualquier edad.
Depresión, anorexia, consumo de drogas y esquizofrenia	Suelen producirse en la adolescencia, sin embargo, pueden detectarse con anterioridad.

4. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

4. 1. Aspectos generales

1. Tiene por objeto la conducta del niño/adolescente y las variables que la controlan en ese momento.
2. Se fundamenta en principios teóricos y hallazgos empíricos de la psicología científica, especialmente, de la psicología del aprendizaje.
3. Supone que la mayor parte de la conducta se adquiere, mantiene y modifica por los mismos principios, tanto si es adecuada como si no lo es.
4. Concede gran importancia al método científico, tanto en la evaluación de las conductas como en el diseño y aplicación de los tratamientos y valoración de sus efectos.
5. Implica una interdependencia entre evaluación y tratamiento.
6. Enfatiza más los determinantes actuales de las conductas que los históricos.
7. Conlleva la evaluación de la eficacia de la propia intervención (cambios objetivos de la conducta, mantenimiento en el tiempo y grado de generalización).

4. 2. Aspectos específicos y diferenciales

La intervención terapéutica con niños y adolescentes, presenta características particulares que vienen determinadas por la singularidad de los cambios del desarrollo bio-psico-social, que se experimentan en ese periodo.

Cuestiones relevantes:

1. Destinatarios de la intervención terapéutica
2. Condiciones y desarrollo de la misma.

4. 2. 1. Destinatarios de la intervención terapéutica

Las intervenciones terapéuticas desarrolladas en edades infantiles se encuentran mediatizadas por tres factores de especial relevancia, a saber: 1) singularidad que confiere la influencia del desarrollo evolutivo al comportamiento infantil, 2) especificidad situacional de las conductas en esta etapa, y, 3) papel del menor como paciente del tratamiento psicológico.

- El terapeuta comienza su trabajo ubicando el comportamiento del niño en los parámetros evolutivos, a partir de los cuales estimar su ajuste o desviación de esta norma y a considerar, por otro lado, las diferencias evolutivas entre niños y adolescentes como elemento de referencia cuando ha de definir los objetivos y estrategias terapéuticas según la edad del paciente. Así pues, la estimación del comportamiento infantil como desadaptado y/o anómalo conlleva explícitamente el reconocimiento de los hitos y conductas propias de las distintas etapas del desarrollo.
- Para la intervención, otros aspectos característicos a tener en cuenta es su especificidad situacional y determinación ambiental, características más destacadas cuanto menor es la edad del niño.
- En la intervención en los niños como pacientes, una de las primeras cuestiones a considerar es su **escasa autonomía para demandar servicios y atención psicológica**. La observación del comportamiento desviado de éste respecto a normas evolutivas y grupales, sus dificultades para superar satisfactoriamente exigencias o criterios de rendimiento y ejecución estimados adecuados según su edad, así como la aparición de comportamientos problemáticos que interfieren en el funcionamiento adaptado. De este modo, son los adultos quienes, en primera instancia, estiman las desviaciones del comportamiento infantil, juzgan sus consecuencias adversas y solicitan ayuda terapéutica. El niño, en gran medida, muestra falta de motivación y de interés hacia las actuaciones terapéuticas recomendadas.

4. 2. 2. Condiciones y desarrollo de la intervención terapéutica**RELACIÓN TERAPÉUTICA**

- Un elemento clave en el desarrollo de la intervención terapéutica es adecuar nuestro lenguaje, verbal y no verbal, a la edad del niño o niña (**Pregunta PIR**).
- Estudios sobre eficacia terapéutica: han prestado atención al papel desempeñado por variables relacionadas con el terapeuta, tales como habilidades, cordialidad, empatía, contacto físico, variables sociodemográficas, etnia, sexo, etc., **hallándose una relación significativa entre el nivel de formación del terapeuta y la edad del paciente en cuanto a los resultados obtenidos**. Los resultados más efectivos se mostraban en el tratamiento de problemas internalizantes, fobias, timidez, etc.
- Variables dependientes del paciente infantojuvenil: se han analizado expectativas, funcionamiento prosocial, edad, nivel de desarrollo evolutivo, motivación hacia el tratamiento, sexo, naturaleza de la disfunción clínica y gravedad.

NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA DESARROLLADA EN ESTE ÁMBITO

La intervención clínica en la infancia se distancia respecto a las actuaciones con adultos en distintos aspectos:

- **Necesaria implicación e intervención de terceras personas en el tratamiento infantil.** A la escena prototípica se incorporan otras personas como los padres, profesores e incluso compañeros. La administración de los tratamientos infantiles no recae únicamente en el terapeuta profesional, distintas personas pueden desempeñar tal función en distintos escenarios y con diferentes niveles de implicación. La participación de estas personas no adopta una pauta estándar y común en todos los casos.
- **Diversidad de escenarios y ambientes en los que se administra el tratamiento.** Los tratamientos infantiles se ponen en práctica, entre otros ámbitos, en consultas clínicas, privadas o dependientes de centros públicos de salud, en el hogar, en el contexto escolar, en clases normales y/o aulas de apoyo, e incluso pueden simultanearse. Por tanto, no existe un marco o escenario de actuación único, pese a que el colegio es uno de los lugares preferentes.
- **Papel más activo y diversificado del terapeuta.** La actuación profesional se oriente en una doble dirección: hacia el niño que presenta las alteraciones y trastornos, y hacia los adultos, responsables del aprendizaje, formación y desarrollo del menor.
- **Valoración del efecto terapéutico: ampliación más allá del cambio en la sintomatología inicial y del paciente infantil tratado.** Los aspectos peculiares de la evaluación terapéutica en estas edades se concretan en las siguientes cuestiones:
 - ✓ Valorar los efectos terapéuticos atendiendo al funcionamiento infantil, familiar y parental, así como el alcance social.
 - ✓ Considerar distintas fuentes de información además del propio paciente.
 - ✓ Examinar el impacto del tratamiento infantil en diversos ambientes.

4. 3. Demanda terapéutica: cliente vs. paciente

Como se ha indicado los adultos deciden y establecen la demanda, planteándose dos cuestiones relevantes:

1. Determinar quién es el cliente respecto al paciente.
2. Analizar, legitimar la solicitud de intervención clínica.

Siguiendo lo establecido, puede observarse como el solicitante de la intervención (cliente) cuyos intereses tratan de atenderse con el tratamiento y el paciente (destinatario directo del mismo) no coinciden, se trata de distintas personas, hecho que plantea diferentes interrogantes en el tratamiento.

Entre los factores precipitantes para solicitud de ayuda por parte de los padres son:

- A. Impacto adverso y prolongado de los problemas de conducta en el medio natural.
- B. Experiencias fallidas de los padres al intentar controlar las alteraciones que presenta el niño.
- C. Sugerencia en unos casos o demanda explícita en otros planteada originalmente por profesores y/o tutores debido a las limitaciones académicas.
- D. Recomendaciones de otros profesionales.

¿Quién debe ser considerado el cliente en la terapia de conducta?

Como indica Kazdin y Weisz (1998), administrar tratamiento al niño constituye sólo una parte de la intervención clínica, su desarrollo implica extender la actuación hacia los elementos contextuales y de funcionamiento psicológico de los adultos que conviven con el niño afectado, considerándose dos variables, naturaleza del problema infantil e influencia que terceras personas ejercen en su aparición y mantenimiento. Existe cierto consenso respecto a que, hasta aproximadamente los ocho años, las intervenciones con niños y adolescentes tienen como objetivo introducir cambios en el comportamiento de padres y adultos que interactúan con los pacientes infantiles. A partir de estos años las actuaciones dirigidas a los adultos cobran menos importancia, focalizándose progresivamente en el niño. En torno a los doce años aproximadamente, la intervención con los adultos es menos activa.

Antes de iniciar el tratamiento, el psicólogo infantil tiene que tener en cuenta la importancia que tiene el hecho de que el problema que ha dado origen a la consulta responde a un problema real. Se trata en definitiva de: 1) legitimar el motivo de la demanda y 2) determinar las conductas problema.

No todos los problemas consultados ni todos los niños estudiados requieren tratamiento psicológico, dado que los niños se encuentran en continuo proceso de cambio y desarrollo, de ahí que algunos de los problemas consultados tiendan a desaparecer o se transformen como resultado de la propia evolución. En otras ocasiones, la percepción que mantienen los adultos sobre las alteraciones infantiles se encuentra mediatizada por múltiples factores, los padres suelen cometer a veces el error de sobrestimar los problemas exteriorizados de sus hijos (**Pregunta PIR**). Por este motivo, es el terapeuta quien debe estimar la conveniencia y oportunidad de modificar los comportamientos infantiles anómalos identificados por los padres.

En aquellos casos en los que se decide iniciar la terapia, primero hay que determinar la/s conducta/s problema que constituirá el foco de atención. Furman y Drabman (1981) proponen tres criterios:

- 1) Aproximación normativa.
- 2) Validación social de los comportamientos seleccionados.
- 3) Implicación y compromiso de los mismos en el ajuste y adaptación del niño.

4. 4. Influencias evolutivas

Las variables evolutivas implicadas en el desarrollo infantil pueden afectar a la consideración misma de una conducta como sí/no problemática. Según Evans y Nelson, hay que considerar, la edad y el grado de desarrollo alcanzado por el niño o la niña, a la hora de realizar un diagnóstico y de elegir un tratamiento, una misma conducta problema en niños de la misma edad y sexo, puede merecer distinto pronóstico y tratamiento, dependiendo de la edad de inicio del problema. Así, por ejemplo:

- Determinados miedos, la enuresis, o la dislexia, son problemas evolutivos que no requieren tratamiento a los 2 o 4 años, pero sí más adelante.
- Además, conductas calificadas como problemáticas a determinada edad, pueden ser objeto de atención y refuerzo sistemático por los adultos, en edades previas.
- El sexo también constituye una variable relevante: en general, a medida que progresa la edad de las chicas, muestran un exceso de conductas encubiertas con sentimientos disfóricos y de soledad y dolencias somáticas; en cambio, los chicos, suelen incrementar las respuestas verbales de contenidos desproporcionados (fanfarronadas) y disminuyen sus respuestas agresivas.

De este modo, Weisz y Hawsey (2002) consideran diferentes argumentos a tener en cuenta respecto a factores evolutivos característicos de cada edad:

- a) Los hallazgos evolutivos ponen en alerta al terapeuta respecto a los hitos y normas características en cada edad.
- b) Permiten al profesional determinar el foco del tratamiento a partir de las quejas / demandas de los adultos teniendo en cuenta el desarrollo atípico o patológico.
- c) Posibilitan efectuar el análisis funcional de las conductas problema, prestando atención a la influencia de variables evolutivas implicadas.
- d) Ayudan a determinar el contenido de la intervención terapéutica (estrategias de tratamiento).

En relación al plan de intervención también hay que tener en cuenta las diferencias que se pueden dar entre los niños tratados y otros, éste atenderá a los siguientes factores individuales:

- Capacidad cognitiva del menor.
- Naturaleza de los cambios inherentes al nivel de desarrollo en el que éste se encuentra.
- Parámetros y criterios de referencia familiares y sociales más próximos al niño.
- Fuentes primarias de reforzamiento propias de cada momento evolutivo.

Pautas de actuación propuestas para los profesionales clínicos en la práctica de tratamientos sensibles a las influencias evolutivas (Holmberck, Greenley y Franks, 2004):

1. Consultar periódicamente publicaciones en las que aparezcan trabajos relacionados con cuestiones del desarrollo.
2. Ampliar los conocimientos sobre hitos y pautas características según el nivel evolutivo.
3. Adquirir conocimientos sobre psicopatología del desarrollo.
4. Aplicar técnicas terapéuticas sensibles con el nivel de desarrollo individual.
5. Adoptar en el trabajo clínico una perspectiva sistémica.
6. Ayudar a padres y profesores para que sean sensibles con las pautas del desarrollo y aprendan a anticipar futuros cambios evolutivos.
7. Considerar modelos alternativos en el diseño del plan de intervención. Tratamientos diferentes según distintas alteraciones psicopatológicas.
8. Incorporar a su práctica profesional tratamientos que cuenten con evidencia empírica.

4. 5. Énfasis en la conducta manifiesta (comportamientos observables)

La atención se centrará esencialmente en las conductas que los niños manifiestan de manera observable, teniendo en cuenta las características comunes del comportamiento infantil: especificidad situacional, dependencia y determinación ambiental, así como en la conceptualización de la disfunción infantil que realizan los adultos y que puede estar sesgada.

El procedimiento enfatiza la evaluación directa de conductas expresas evitando inferencias sobre comportamientos no observables. Respecto al tratamiento, indicar que teniendo en cuenta la incidencia del progreso evolutivo y las influencias ambientales en el comportamiento infantil, los procedimientos terapéuticos habitualmente seleccionados en las primeras etapas y hasta la pre-adolescencia (11años), periodo que coincide con la máxima dependencia del contexto familiar y social, son básicamente **técnicas operantes** que inciden en el control y manejo de las contingencias ambientales.

4. 6. Colaboración de los adultos y compañeros. Aplicación de los tratamientos en el medio natural

Los problemas de conducta de los niños suelen asociarse a situaciones muy concretas, así, intervención más eficaz es aquélla que modifica el comportamiento en el contexto en el que se produce. Las razones de esta eficacia se deben a que:

- El cambio se consigue más rápidamente que en una situación artificial.
- Los adultos y los compañeros que interactúan cotidianamente con el niño y el adolescente son los que han generado y/o están manteniendo la mayoría de las conductas problemáticas.

El entrenamiento de padres constituye un factor muy importante dentro del entrenamiento de cara a profesionales en las intervenciones terapéuticas con niños (**Pregunta PIR**). Importancia debida a que los padres suelen contar con el control de los elementos más significativos para los niños, al menos hasta los 13-14 años.

El entrenamiento de padres puede definirse como un enfoque para el tratamiento de los problemas de conducta infantiles que utiliza estrategias por medio de las cuales se entrena a éstos a modificar la conducta de sus hijos en casa. Este entrenamiento persigue la modificación de las modalidades de interacción padres-hijos con el fin de fomentar la conducta social y disminuir la probabilidad de ocurrencia de la conducta desadaptada.

4. 7. Guía de actuación

Resulta necesario, aunque no suficiente para garantizar el éxito del tratamiento, proceder de acuerdo a una guía que nos permita orientarnos en relación con la toma de decisiones respecto a la selección de las estrategias de evaluación y tratamiento que pueden resultar más eficaces.

Mash y Terdal proponen seguir la siguiente secuencia:

- 1º. Concretar la naturaleza del problema (pública, privada, aprendizaje generalizado, o no consolidado, etc.).
 - 2º. Especificar de la forma más concreta y operativa posible las características del niño/adolescente y las de su familia.
 - 3º. Concretar el contexto en el que se va a llevar a cabo la intervención terapéutica.
 - 4º. Concretar las características que deben cumplir el terapeuta y los coterapeutas.
 - 5º. Delimitar operativamente las características del tratamiento a aplicar.
- Respecto de las **características del niño/adolescente**, es preciso detenerse en la evaluación de las habilidades cognitivas, el desarrollo del lenguaje y los determinantes biológicos pasados y/o actuales y la edad cronológica; de igual modo, características familiares como el nivel socioeconómico y/o cultural, las relaciones parentales o el estado psicológico de estos.
 - También se ha de planificar en qué lugares/situaciones se va a llevar a cabo la intervención terapéutica para poder prever que cuando se requieran estén disponibles y en las condiciones que precisemos. Lo mismo ocurre respecto del tiempo libre requerido, el nivel de entrenamiento que se precisa de partida, el nivel educativo o la accesibilidad de los coterapeutas y de nosotros mismos al comportamiento del niño en situaciones naturales. Por último, con relación a las características del tratamiento, resulta necesario conocer el nivel de entrenamiento previo que puede requerir su aplicación, tanto al propio terapeuta como a sus coterapeutas, así como la cantidad y tipos de recursos técnicos que requiere su puesta en práctica.
 - Seleccionadas las estrategias de evaluación y tratamiento que determinan la intervención terapéutica, sólo nos quedaría proceder a su aplicación.

A continuación, se proponen algunas cuestiones que, a modo de **Pautas de Actuación**, pueden guiar y orientar la decisión profesional respecto a la terapia infantil (**Moreno, 2002**):

1. ¿El problema que plantea el adulto constituye también un problema para el niño?
 - La búsqueda de respuestas a estos interrogantes conduce al terapeuta a distintos planteamientos y actuaciones sobre el control del comportamiento infantil por parte de los adultos, análisis coste-beneficio y obtención de información añadida de otras fuentes.
2. ¿El problema, motivo de la consulta, es relevante para el ajuste social y académico del niño?
 - A partir de la pregunta se sugieren nuevas cuestiones tales como el desarrollo físico, escolar, social y emocional del niño, consecuencias para el niño y/o adultos y la posible mejoría del comportamiento tras la solución del problema.
3. ¿Se ha excluido la posibilidad de factores médicos y psicológicos que pudieran estar en el origen del problema y necesitar, por tanto, remitir el caso a otro especialista?
 - Conlleva un ejercicio profesional de reflexión sobre autoconocimiento profesional.
4. ¿Puede especificarse y describirse el problema infantil?
 - El profesional ha de plantearse interrogantes tales como si se trata de conducta observable, de posible medición o si está bajo la influencia de personas o acontecimientos sobre los que no podemos influir.
5. Si se estima necesario el tratamiento, ¿existe apoyo familiar, escolar y social idóneo para ponerlo en práctica?
 - Cabe preguntarse si el problema puede ser abordado en el medio natural, con entrenamiento de adultos, recursos personales y materiales, etc.
6. Si se lleva a cabo el tratamiento y se logra el objetivo esperado, ¿cuáles son las posibilidades de asegurar el mantenimiento y generalización de la mejoría conductual lograda?
 - Al diseñar y programar la intervención el terapeuta ha de procurar la consolidación y generalización de los cambios logrados, de ahí el interés por prever en qué medida puede lograrse este propósito. La estimación de la existencia real del problema infantil conduce al inicio del proceso terapéutico analizando el motivo de la consulta, observación y registro de los comportamientos, análisis funcional que planteen hipótesis explicativas y posteriormente, diseño y aplicación del plan de intervención. Los pasos previos a la evaluación de los efectos terapéuticos vendrían dados por la formulación de los objetivos de la terapia y la posterior aplicación de las técnicas elegidas.

4. 8. La evaluación de los trastornos infantiles

La evaluación es la fase inicial, es donde se recoge la información para después realizar la formulación diagnóstica y planificar la intervención. **Evaluación conductual** se utiliza en terapia de conducta, para referirse a la medida de las variables que permiten realizar el **análisis funcional** de la conducta.

La batería de pruebas las escoge el psicólogo considerando en qué medida permiten conocer:

- El problema de manera adecuada
- El grado de incapacidad que produce
- Sus causas
- Prever un pronóstico
- Planificar el tratamiento

Para todo ello se incluyen:

- Medidas directas e indirectas del comportamiento objeto de estudio
- Se pregunta a múltiples informadores
- Se usan distintos métodos de evaluación, en distintos contextos, y en diferentes ocasiones

El clínico, para obtener la información utilizará las técnicas que considere más adecuadas, teniendo en cuenta:

- La conducta problema
- Edad del niño
- Los informadores de los que dispone
- La disponibilidad de pruebas
- Objetivos de la evaluación

La aplicación de una batería de pruebas suele durar 5 ó 6 sesiones de entre 60 y 90 minutos.

LA ENTREVISTA

La entrevista clínica es el **instrumento clave** en la evaluación, es una conversación guiada entre el clínico y el informador.

Habilidades requeridas para una buena entrevista (Bögel, 1999):

- 1) **Habilidades del proceso:** destrezas necesarias para establecer una buena comunicación y relación: atender a las respuestas del entrevistado, resumir la información, formular preguntas sobre la información anterior y establecer buen contacto ocular.
- 2) **Habilidades del contenido:** comprende los temas a tratar durante la entrevista. Deben incluirse los aspectos que permitan delimitar lo mejor y más claro posible el problema del niño, realizar un buen diagnóstico diferencial y conocer los determinantes del problema, historia y evolución, funcionamiento actual del niño, expectativas y objetivos respecto al problema.
- 3) **Habilidades cognitivas:** o procesamiento de la información que hace el entrevistador mientras realiza la entrevista: generar hipótesis diagnósticas, formular nuevas preguntas para comprobar las hipótesis, refinarlas.

OTRAS TÉCNICAS

1. La observación directa.
2. Registros psicofisiológicos.
3. Los tests.
4. Los cuestionarios.
5. Los autorregistros.

4. 9. Eficacia de las intervenciones terapéuticas en la infancia

El interés en la actualidad por los resultados terapéuticos y por establecer qué tratamientos son eficaces respecto a qué trastornos han seguido dos líneas de actuación:

- a) Realización de distintos metaanálisis interesados por los efectos de las intervenciones en general, la terapia de conducta en particular, o la participación de los padres en los tratamientos.
- b) Identificación de los tratamientos que cuentan con apoyo empírico.

La Asociación Americana de Pediatría (AAP) (2010) establece 5 niveles diferenciados según la fundamentación científica de los tratamientos disponibles para los distintos trastornos:

- Nivel 1: Tratamiento con mejor apoyo científico.
- Nivel 2: Tratamientos con buen apoyo científico.
- Nivel 3: Tratamientos con moderado apoyo científico.
- Nivel 4: Tratamientos que cuentan con mínimo apoyo científico.
- Nivel 5: Intervenciones que carecen de evidencia científica.

No hay que confundir estos niveles con los establecidos por la APA de tratamientos eficaces o probablemente eficaces, aunque ambas Organizaciones profesionales coinciden en los trastornos respecto a los cuales se dispone de tratamientos con evidencia científica, con una única excepción, el trastorno bipolar que no está incluido en el listado de la AAP.

- Según la AAP, la terapia cognitivo conductual es la opción terapéutica que cuenta con más apoyo científico. A excepción de los casos de manía, suicidio y abuso de sustancias. Tiene nivel 2 para los trastornos de alimentación. En el caso de manía, suicidio no se han establecido tratamientos que cuenten con mejor apoyo científico (nivel 1), sin embargo, las terapias de familia está clasificada en este nivel cuando se trata de abuso de sustancias.
- Según la APA el apoyo científico de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de niños o adolescentes varía según el trastorno y el formato de aplicación usado. Es el más eficaz en el caso de los trastornos de comportamiento (TDAH, Trastorno Negativista desafiante y Trastorno Disocial).
- Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno disocial, se considera probablemente eficaz el Entrenamiento en Control de la Ira y Programas estandarizados para el Entrenamiento Conductual de Padres junto con Terapia Multisistémica.
- La Terapia familiar comparte el nivel de apoyo científico, como tratamiento eficaz, con la terapia cognitivo conductual para los adolescentes en problemas de abuso de sustancias y es el único tratamiento eficaz en los casos de adolescentes con Anorexia Nerviosa.
- La terapia de conducta, el método Lovaas es en la actualidad el tratamiento eficaz para el autismo en el caso de niños pequeños.
- La terapia cognitivo conductual cuenta con más apoyo científico cuando se trata de trastornos de ansiedad y se aplican en distintos formatos (individual, grupo, contando con la participación de los padres y profesores, entrenamiento familiar en el manejo de la ansiedad). Esta opción terapéutica es eficaz cuando se aplica en grupo sólo a niños o incluyendo también a padres, en el caso de la depresión. En adolescentes, además de la terapia cognitivo conductual, la Psicoterapia Interpersonal constituye el tratamiento de elección, considerado eficaz.

- Según la APA, en casos de adolescentes con abuso de sustancias, se recomienda, como tratamiento eficaz, la terapia cognitivo conductual administrada en grupo, la terapia de familia y la terapia multisistémica. La terapia de familia es la más eficaz en adolescentes con anorexia nerviosa y probablemente eficaz cuando los pacientes son niños y adolescentes con trastorno bipolar.

El inicio y desarrollo del tratamiento infantil supone toma de decisiones complejas por parte del experto, por ello la **práctica basada en la evidencia** (PBE) adquiere especial relieve en este ámbito, si se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- A. 4 de cada 5 menores con problemas de salud mental no reciben tratamiento alguno en los servicios especializados de salud mental.
- B. Entre el 40-60% de los niños que requieren tratamientos abandonan prematuramente la terapia o bien no llegan a iniciarla. Son menores diagnosticados y derivados para inicio de tratamiento.
- C. Los profesionales de la psicología están obligados al respeto de normas éticas que conlleva no hacer daño a los pacientes. La APA advierte que si existe evidencia empírica que avala la eficacia de un determinado tratamiento recomendado para un niño o adolescente previamente diagnosticado con un trastorno o problema de salud mental específico, es éticamente irresponsable eludir la aplicación de dicho tratamiento al niño y a sus cuidadores.
- D. Toma de decisión respecto al tipo de tratamiento idóneo teniendo en cuenta el diagnóstico y las peculiaridades de cada caso. Lo errores más frecuentes al respecto son:
 - a. No aplicar los tratamientos que han demostrado apoyo científico.
 - b. Poner en prácticas procedimientos que han demostrado resultar perjudiciales.
 - c. Aplicar procedimientos que no producen efectos.
 - d. Implementar enfoques terapéuticos que no han sido suficientemente estudiados.

Las razones que sustentan el distanciamiento entre la investigación clínica y la práctica terapéutica en las intervenciones infantiles, pueden deberse a los siguientes factores:

- ✓ Exigencia de recursos elevados requeridos en la aplicación de las intervenciones basadas en la evidencia científica
- ✓ Escasa adecuación de las intervenciones a las necesidades de las poblaciones que requieren tratamiento. Se argumenta especialmente la participación de muestras análogas, no clínicas en las investigaciones
- ✓ Autonomía de los profesionales que toman decisiones determinadas en la elección de las intervenciones aplicadas finalmente.

La APA advierte de las consecuencias adversas que conlleva la práctica en el ámbito de la salud mental con niños al margen de la fundamentación científica:

- En comparación con la práctica basada en la evidencia, la aplicación de tratamiento sin evidencia empírica conlleva riesgo más elevado de fracaso terapéutico. La ausencia de mejoría se asocia con menor probabilidad de esfuerzos posteriores para buscar tratamiento psicológico durante toda la vida, disminuyendo expectativas del niño y sus padres/familiares respecto a la solución de los síntomas y problemas asociados.
- En comparación con la práctica basada en la evidencia, la aplicación de tratamientos que no es basados en evidencia científica se ha asociado con un curso más prolongado de los síntomas y/o el aumento en la severidad de los mismos.

- Además del sufrimiento clínicamente significativo, la persistencia de los síntomas característicos conlleva alteraciones en la adaptación personal y social del niño o adolescentes.