

Psicodiagnòstic infantil i de l'adolescent

Guía de aprendizaje para las clases teóricas y seminarios

Juan Antonio Amador Campos

Maria Forns i Santacana

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics

Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona

Índice

Introducción	2
La especificidad de la evaluación psicológica de la infancia y de la adolescencia. El proceso de evaluación psicológica infantil. Factores que intervienen	3
La entrevista en evaluación psicológica infantil y adolescente	17
Factores de protección y de riesgo psicopatológico.	37
La evaluación del desarrollo.	43
Diagnóstico de los trastornos de externalización: déficit de atención, hiperactividad y trastornos del comportamiento	49
Diagnóstico de los trastornos de internalización: depresión y ansiedad	60
Diagnóstico del retraso mental y del potencial de aprendizaje	65
Diagnóstico de los trastornos del aprendizaje	74

Introducción

Esta guía de aprendizaje se ha elaborado con el objetivo de facilitar el seguimiento de las clases teóricas, y la discusión en los seminarios de la asignatura Psicodiagnòstic infantil i de l'adolescent. Está organizada en forma de esquemas que constituyen el armazón sobre el que se desarrollan los diferentes temas del programa.

En el plan docente de la asignatura se recoge la bibliografía fundamental, que sirve de base para la preparación de los temas y seminarios.

TEMA 1. LA ESPECIFICIDAD DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA. EL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL. FACTORES QUE INTERVIENEN.

1. Especificidad.

1.1. Evaluación de una persona en desarrollo:

⇒ Sometida a procesos de cambio, con velocidad y curso variables.

↳ Lo que comporta problemas de medida e interpretación diagnóstica.

⇒ Las conductas del sujeto alcanzan diferentes intensidades a lo largo del desarrollo, que podrán ser problemáticas o no según la edad del sujeto.

⇒ Los cambios que se producen en el desarrollo implican:

- ① Diagnósticos abiertos
- ② Evaluación dinámica del sujeto
- ③ Diagnóstico temporal vs. puntual
- ④ Diagnóstico dimensional vs. discreto

1.2. Evaluación de un sujeto inmerso en contextos que intervienen y determinan.

- > Influencia de la familia, escuela y contextos en los que el sujeto está inmerso.
- > Exigencias diferentes de los contextos.

1.3. Evaluación de una persona en proceso de adquisición de habilidades metacognitivas.

- Dificultad para informar sobre sus estados afectivos y motivacionales.
- En el caso de trastornos afectivos será imprescindible la información del propio sujeto.
- Crear y mejorar los instrumentos de evaluación orientados al conocimiento de sí mismo.

1.4. Necesidad de una evaluación multiaxial, pluri-informante y dinámica:

⇒ Evaluación multiaxial, diferentes ejes: físico, habilidades cognitivas, adaptación, etc.

⇒ Pluri-informante: recoge información de contextos e informantes diferentes.

⇒ Dinámica: tiene en cuenta los procesos de cambio.

2. Factores que dificultan el proceso evaluador.

2.1. Persistencia y mantenimiento de la atención.

➔ Se puede contrarrestar con:

⇒ Variedad en la administración de pruebas.

- ⇒ Adaptada al ritmo del sujeto evaluado.
- ⇒ Análisis del sujeto en distintos momentos.

2.2. Restricción de experiencias:

- Escaso conocimiento de sí mismo: validez y fiabilidad de los autoinformes.

3. Los sistemas taxonómicos: objetivos y críticas.

3.1. Taxonomías

ELEMENTOS Y TIPOS	CARACTERÍSTICAS
1. Sistemas consensuados ➤ DSM ➤ CFTMEA ➤ CIE-10	✓ Organizan los conocimientos existentes ✓ Facilitan la comunicación ✓ Olvidan (?) la consideración etiológica
2. Sistemas heurísticos: ➤ TEÓRICOS: Freud	⇒ Tienen valor para la investigación ⇒ Permiten avanzar el conocimiento por reflexión y coherencia teórica ⇒ Suelen ser cerrados
➤ EMPÍRICOS: Achenbach, MMPI	✘ Se basan directamente en datos empíricos ✘ Sistemas abiertos, sometidos a contraste metodológico (demostración). ✘ Sistemas provisionales. ✘ Permiten mayor fiabilidad y posible réplica de los estudios. ✘ Deben buscar un marco teórico que organice y de sentido a los datos hallados.
➤ EMPÍRICO- TEÓRICO Millon Cattell	↪ Ventajas de ambos

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA	vs.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
♦ Abarca la globalidad de las características o variables que definen a un sujeto ♦ Precisa de un análisis idiográfico para guiar el tratamiento		♦ Formula reglas de derivación ♦ Es poco explicativo

DIMENSIONAL (Cuantitativo)	vs.	CATEGORIAL (Cualitativo)
> Permite diagnósticos más afinados > Equilibra la información cuantitativa y cualitativa > Define un perfil de habilidades (problemas)		> Establece una dicotomía (enfermedad vs. Normalidad) > Dificultad de establecer criterios de corte óptimos

LONGITUDINAL (Evaluación del desarrollo y formativa)	vs.	TRANSVERSAL (Evaluación diferencial y sumativa)
→ Sensibilidad al desarrollo → Referencia al caso concreto: incremento de la precisión diagnóstica.		→ Evaluación de contraste diferencial

EXTENSIÓN (Bandas amplias)	vs.	BANDAS ESTRECHAS
→ Dan una visión global (supraordinal) de un conjunto de alteraciones que tienen elementos en común		→ Dan una visión más detallada de las alteraciones (subordinales: subcategorías), sin llegar a la especificidad idiográfica.

3.2. Necesidad de un sistema taxonómico, psicológico y psiquiátrico

- ❶ Que transmita la máxima información posible.
- ❷ Que dé homogeneidad al conocimiento inter-profesional:
 - que supere el problema de los distintos enfoques psicológicos (múltiples teorías)
 - que unifique el lenguaje de los diversos profesionales que se ocupan de las acciones sociales (médicos, sociólogos, educadores, psicólogos, etc.).
 - que dé unión a los distintos criterios de evaluación que estos profesionales emplean:
 - patologías / normalidad (medicina)
 - adecuación y/o rendimiento escolar (maestro)
 - interpretación de los cambios evolutivos (psicólogo infantil)
 - eficacia social / laboral (sociólogo) etc.
- ❸ Que sea útil para determinar el tratamiento más adecuado.
- ❹ Que sea útil y eficaz para determinar el estatus legal de un sujeto en vistas a la imputación de sus responsabilidades sociales, por ejemplo, grado de inhabilidad.
- ❺ Que ayude a decidir y fijar las condiciones de las ayudas sociales y de salud en los sujetos afectados de alteraciones.

Críticas:

- ⇒ Toda clasificación es reductora.
- ⇒ La clasificación lógica es difícil en Ciencias Humanas (no es exhaustiva).
- ⇒ La clasificación prototípica es posible (aceptada por los sistemas diagnósticos).
- ⇒ Se acepta que en una misma clase puedan darse variaciones importantes.

3.3. CIE, DSM, La Clasificación diagnóstica 0-3 y La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente:

CIE-10

Retraso mental

- Retraso mental leve
- Retraso mental moderado
- Retraso mental grave
- Retraso mental profundo
- Otros retrasos mentales
- Retraso mental sin especificación

Trastornos del desarrollo psicológico

① **Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje**

- Trastorno específico de la pronunciación
- Trastorno de la expresión del lenguaje
- Trastorno de la comprensión del lenguaje
- Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)
- Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
- Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

② **Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar**

- Trastorno específico de la lectura
- Trastorno específico de la ortografía
- Trastorno específico del cálculo.
- Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

Trastorno específico del desarrollo mixto.

Trastornos generalizados del desarrollo.

- Autismo infantil
- Autismo atípico
- Síndrome de Rett
- Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
- Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- Síndrome de Asperger
- Otros trastornos generalizados del desarrollo
- Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

Otros trastornos del desarrollo psicológico

Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

□ Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Trastornos hipercinéticos

- Trastorno de la actividad y de la atención
- Trastorno hipercinético disocial
- Otros trastornos hipercinéticos
- Trastorno hipercinético sin especificación

Trastornos disociales

- Trastorno disocial limitado al contexto familiar
- Trastorno disocial en niños no socializados
- Trastorno disocial en niños socializados
- Otros trastornos disociales
- Trastorno disocial sin especificación

Trastornos disociales y de las emociones mixtos

- Trastorno disocial depresivo
- Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos
- Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación

Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia

- Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia
- Trastorno de rivalidad entre hermanos
- Otros trastornos de las emociones en la infancia
- Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación

Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- Mutismo selectivo
- Trastorno de vinculación de la infancia reactivo
- Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
- Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia
- Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificaciones

Trastornos de tics

- Trastorno de tics transitorios
- Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios
- Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)
- Otros trastornos de tics
- Trastorno de tics sin especificación

Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- Enuresis no orgánica
- Encopresis no orgánica
- Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia
- Pica en la infancia
- Trastorno de estereotipias motrices
- Tartamudeo (espasmofemia)
- Farfulleo
- Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados
- Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación

DSM-IV

Trastornos del inicio de la infancia, niñez o adolescencia

RETRASO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> > R.M. leve > R.M. moderado > R.M. grave > R.M. profundo > R.M. de gravedad no especificada
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ T. De lectura ⇨ T. De cálculo ⇨ T. De la expresión escrita ⇨ T. De aprendizaje no especificado
TRASTORNO DE HABILIDADES MOTORAS	<ul style="list-style-type: none"> ↘ T. Del desarrollo de la coordinación
TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ T. Del lenguaje expresivo ✓ T. Mixto del lenguaje receptivo-expresivo ✓ T. Fonológico ✓ Tartamudeo ✓ T. De la comunicación no especificado
TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> > T. Autista > T. De Rett > T. Desintegrativo infantil > T. De Asperger > T. Generalizado del desarrollo no especificado
TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ T. Por déficit de atención con hiperactividad: <ul style="list-style-type: none"> → predominio def. atención → predominio hiperactividad-impulsividad → tipo mixto ⇨ T. Por déficit de atención con hiperactividad no especificado

	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ T. Disocial ⇒ T. Negativista desafiante ⇒ T. Del comportamiento perturbador no especificado
<p>TRASTORNO DE LA INGESTIÓN Y DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pica ⇒ T. De rumiación ⇒ T. De la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
<p>TRASTORNOS DE TICS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ T. De la Tourette ⇒ T. De tics motores o vocales crónicos ⇒ T. De tics transitorios ⇒ T. De tics no especificado
<p>TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Encopresis <ul style="list-style-type: none"> • Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento • Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento ♣ Enuresis
<p>OTROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ T. De ansiedad por separación ⇒ Mutismo selectivo ⇒ T. Reactivo de la vinculación de la infancia o niñez <ul style="list-style-type: none"> • Tipo inhibido • Tipo desinhibido ⇒ T. De movimientos estereotipados. ⇒ T. De la infancia, niñez o adolescencia no especificado.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE 0-3 AÑOS.

EJE I

Trastorno por estrés traumático

Trastornos afectivos:

- ⇒ Trastornos por ansiedad de la infancia y la niñez temprana
- ⇒ Trastorno del estado de ánimo: reacción de duelo/aflicción prolongados
- ⇒ Trastorno del estado de ánimo: depresión de la infancia y la niñez temprana
- ⇒ Trastorno mixto de la expresividad emocional
- ⇒ Trastorno de la identidad genérica en la niñez
- ⇒ Trastorno reactivo del apego por privación/maltrato en la infancia

Trastorno de la adaptación

Trastornos de la regulación:

- ⇒ Tipo I: Hipersensible
- ⇒ Tipo II: Hiporreactivo
- ⇒ Tipo III: Desorganizado motor, impulsivo
- ⇒ Tipo IV: Otros

Trastorno de la conducta del sueño

Trastorno de la conducta alimentaria

Trastorno de la relación y de la comunicación

- ⇒ Trastorno generalizado del desarrollo (conceptualizado en el DSM-IV)
- ⇒ Trastorno multisistémico del desarrollo

EJE II Clasificación de los trastornos de la relación

- Relación sobreinvolucrada
- Relación subinvolucrada
- Relación ansiosa/tensa
- Relación colérica hostil
- Trastorno mixto de la relación
- Relación abusiva:
 - ⇒ Relación verbalmente abusiva
 - ⇒ Relación físicamente abusiva
 - ⇒ Relación sexualmente abusiva

CLASIFICACIÓN FRANCESA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Autores: Girard, Lebovici, Missés, Quemada.

PSICOSIS

- > Autismo infantil precoz
- > Psicosis precoces deficitarias
- > Disarmonias psicóticas
- > Psicosis de tipo esquizofrénico en la infancia
- > Psicosis distímicas
- > Psicosis agudas
- > Otras

T. NEURÓTICOS

- ↘ T.N. evol. De predominio ansioso
- ↘ T.N. evol. De predominio histérico
- ↘ T.N. evol. De predominio fóbico
- ↘ T.N. evol. De predominio obsesivo
- ↘ T.N. evol. De predominio inhibido
- ↘ Depresión neurótica
- ↘ Carácter neurótico: patología neurótica de la personalidad
- ↘ T. Con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales
- ↘ Otros
- ↘ No especificados

- ✓ T. De la personalidad y/o del comportamiento

PATOLOGÍAS PERSONALIDAD

(a excepción de las neurosis y psicosis)

- ✓ Patología narcisista, depresiones crónicas, abandono
- ✓ Organizaciones de tipo psicopático
- ✓ Organizaciones de tipo perverso
- ✓ Trastornos de la identidad sexual
- ✓ Otros
- ✓ No específicos

T. REACTIVOS

- Depresión reactiva
- Manifestaciones reactivas diversas (de expresión mental, comportamental, escolar y social)
- No especificados

DEFICIENCIAS MENTALES

- Según cociente
- ↳ 50-60
 - ↳ 35-49
 - ↳ 20-30
 - ↳ 20
 - ↳ no especificado
- Según categoría
- Deficiencia armónica
 - Deficiencia disarmónica
 - Deficiencia con multihandicap sensorial y/o motor
 - Demencia
 - No especificada

TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES

- ⇒ Retraso del lenguaje
- ⇒ Trastorno aislado de la articulación
- ⇒ Trastorno complejo del lenguaje oral
- ⇒ Trastorno lexicográfico
- ⇒ Discalculia
- ⇒ Trastorno del razonamiento
- ⇒ Tartamudeo, torpeza
- ⇒ Mutismo selectivo
- ⇒ Hipercinesia, inestabilidad psicomotriz
- ⇒ Hipercinesia asociada a movimientos estereotipados
- ⇒ Retraso psicomotor
- ⇒ Otros trastornos psicomotores
- ⇒ Tics aislados
- ⇒ Gilles de la Tourette
- ⇒ Asociación de trastornos psicomotores y del lenguaje
- ⇒ No especificados

TRASTORNOS LIGADOS AL USO DE DROGAS Y ALCOHOL

USO:
Continuado, ocasional, en remisión, en "destete", no especificado.
PRODUCTO UTILIZADO

**TRASTORNOS DE EXPRESIÓN SOMÁTICA
Y/O COMPORTAMENTAL**

- > Afectaciones psicósomáticas
- > Trastornos psicofuncionales
- > Anorexia mental
- > Bulimia sin obesidad
- > Bulimia con obesidad
- > Otros trastornos de las conductas alimentarias
- > Enuresis
- > Encopresis
- > Trastornos del sueño
- > Tentativa de suicidio
- > Trastornos aislados del comportamiento
- > Retraso en el crecimiento psicógeno
- > Otros
- > No especificados

VARIACIONES DE LA NORMALIDAD

- ♦ Angustia, rituales, miedos
- ♦ Momentos depresivos
- ♦ Conductas de oposición
- ♦ Conductas de aislamiento
- ♦ Dificultades escolares no clasificables en las categorías precedentes
- ♦ Retrasos o regresiones transitorias
- ♦ Aspectos originales de la personalidad
- ♦ Otros
- ♦ No especificados

Dificultades que presentan los sistemas taxonómicos:

- Problemas de diagnóstico no resueltos.
- Revisión de la bibliografía sobre esos problemas.
- Análisis de los datos existentes sobre los grupos diagnosticados.
- Ensayos de campo.

3.4. Aproximaciones empíricas o dimensionales: la propuesta de Achenbach.

Características:

- > No proporciona un diagnóstico categórico.
- > Diagnóstico dimensional según la intensidad con la que aparece un trastorno.
- > La agrupación de conductas psicopatológicas se ha derivado empíricamente y se organiza en dos factores denominados Internalización y Externalización.

⇒ *Internalización*: Síndromes conductuales cuya repercusión básica es de tipo emocional (ansiedad, depresión, quejas somáticas y aislamiento)

⇒ *Externalización*: Síndromes cuyas conductas crean conflicto y tienen repercusión en el ambiente: agresividad y delincuencia.

⇒ *Mixto*: Recoge síndromes que saturan tanto en Internalización como en Externalización.

INTERNALIZACIÓN

EXTERNALIZACIÓN

MIXTOS

Aislamiento
Quejas somáticas
Ansioso/Deprimido

Conducta agresiva
Conducta delictiva

Problemas sociales
Problemas de pensamiento
Problemas de atención

Ventajas:

- ❶ Los síndromes se han establecido a partir de análisis multivariados de las conductas que se dan en una población clínica.
- ❷ Las conductas que integran cada síndrome son evaluadas cuantitativamente.
- ❸ Puede determinarse el grado o intensidad con la que un sujeto presenta un determinado trastorno.
- ❹ Las puntuaciones obtenidas por el sujeto se comparan con el grupo de referencia normativo.
- ❺ Se puede obtener un perfil que describe el tipo y la intensidad del trastorno que presenta el sujeto.

Perspectivas de futuro:

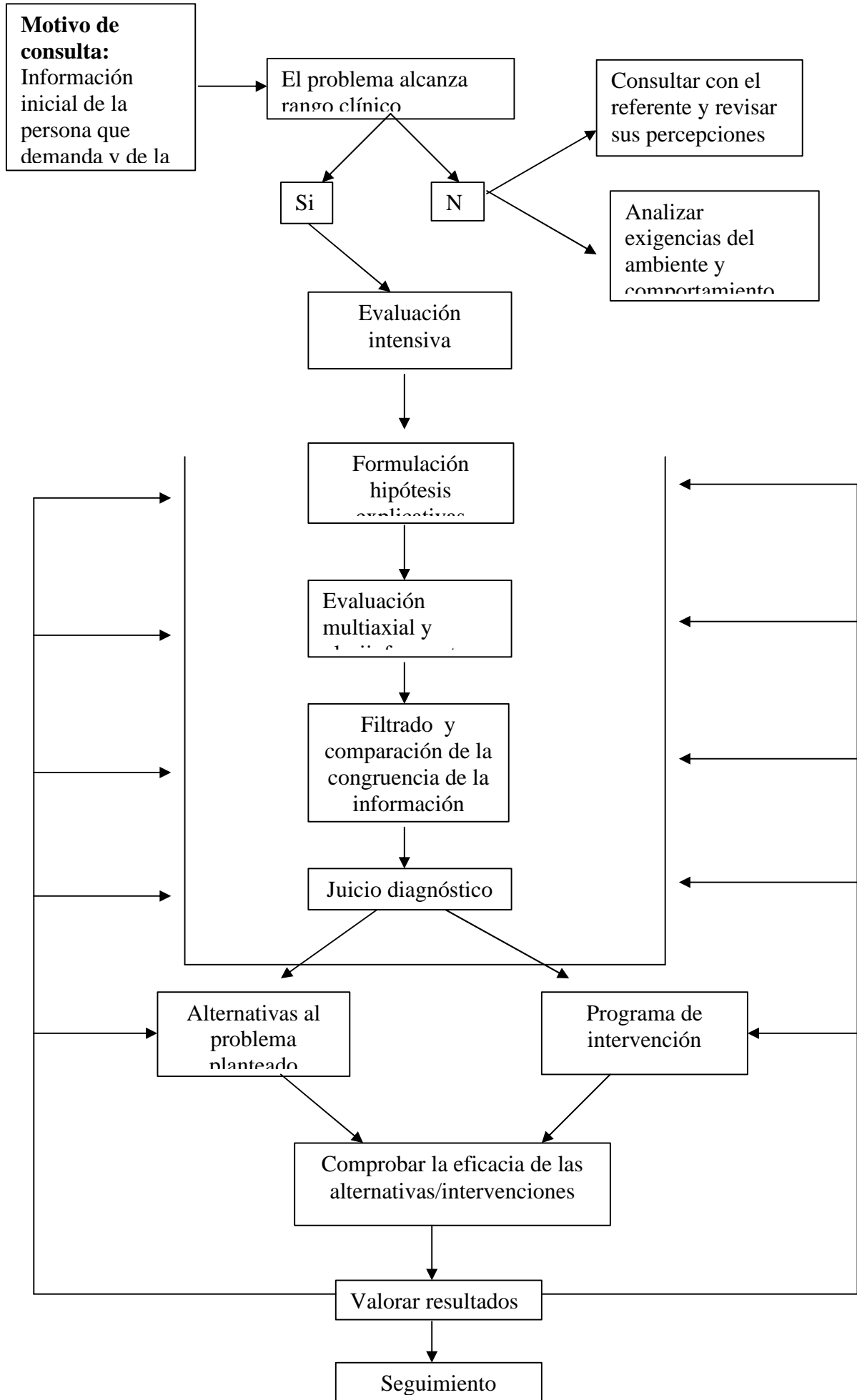
- A) Mejora de la evaluación mediante el perfeccionamiento de los instrumentos a partir de una doble actuación:
- ⇒ incluir conductas específicas, según el tipo de problemas que se esté evaluando
 - ⇒ procurar que los instrumentos recojan aspectos comunes y diferenciales según los informantes
- B) Mejora de la clasificación diagnóstica: Perfil de problemas.
- C) Posibilidad de agrupar los casos semejantes a efectos de tratamiento o programas de intervención.
- D) Comprobar la eficacia de las intervenciones según el tipo de perfiles.
- E) Establecer la etiología de los trastornos y abrir el camino de una mejor prevención.

4. El proceso de evaluación psicológica infantil.

4.1. Áreas a evaluar en una niño o adolescente

- Desarrollo hasta el momento de la evaluación: información relevante para el problema planteado.
- Datos físicos, médicos y neurológicos
- Funcionamiento cognoscitivo
- Características de personalidad y adaptación
- Informes escolares y de rendimiento académico

4.2. Fases del proceso de evaluación psicológica infantil y adolescente



4.2. Cuestiones deontológicas del proceso de evaluación:

1. Justificación de la evaluación.
2. Consentimiento.
3. Confidencialidad.
4. Base psicométrica adecuada.
5. Cuidado con el vínculo personal.

TEMA 2. LA ENTREVISTA EN EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL Y ADOLESCENTE.

➔ TIPOS DE ENTREVISTAS:

❶ Estructuradas:

Características:

- > Rigidez de formato.
- > Cambios rápidos de tema.
- > Demasiado detallistas en algunos aspectos.

❷ Semiestructuradas

Características:

- > Proceden de los mismos principios que las estructuradas.
- > Su formato permite las contestaciones más individualizadas y abiertas.

❸ Biográficas

BIOGRÁFICA	ESTRUCTURADAS	SEMIESTRUCTURADAS
<i>Información Diagnóstica General (IDG)</i>	<i>Diagnostic Interview for Children and adolescents Revised (DICA-R)</i>	<i>Interview Schedule for Children (ISC)</i>
	<i>Diagnostic Interview for Children (DISC)</i>	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (K-SADS)</i>
		<i>Child Assessment Schedule (CAS)</i>

➔ Críticas a las entrevistas:

- A) Caras en tiempo.
- B) Necesitan clínicos experimentados (libres y semiestructuradas).
- C) Problemas de validez y fiabilidad.
- D) Poco compatibles con el nivel de desarrollo y tipo de interacción de niños y adolescentes.
- E) Las basadas en sistemas categoriales necesitan revisiones frecuentes.
- F) Cubren, con dificultad, algunas áreas de funcionamiento.

❶ Entrevistas estructuradas

❶ **DICA-R: ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

- > Autor: Reich et al. (1991).
- > Formas:
 1. DICA-R-C: 6-12a.

2. DICA-R-A: 13-17 a.

3. DICA-R-P: Para padres.

- La DICA-R es una versión revisada de la *Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA)*. Es una entrevista estructurada que puede usarse con niños y adolescentes entre 6 y 17 años.
- Valoración síntomas: Toda la vida.
- Los síntomas se evalúan como ausentes/ presentes.
- Evalúa: diversos síntomas de desórdenes tales como:
 - Atención e Hiperactividad
 - Oposición
 - Problemas de conducta
 - Tabaquismo, dependencia de drogas, etc.

➤ DISC: **DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN**

- Autor: Costello et al. (1982/1985).
- Formas: DISC-C: 6-18años.
DISC-P: Padres.
- Evalúa:
 - * Ansiedad
 - * Depresión
 - * Fobias
 - * Agresividad etc.
- Obtenemos un INDICE GLOBAL DE PSICOPATOLOGIA del niño.

➤ Entrevistas semi-estructuradas.

➔ ISC: **INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN**

- ✓ Autor: M. Kovacs, 1978.
- ✓ Edad de aplicación: 8-17 años.
- ✓ Evalúa: Fundamentalmente trastorno depresivo.
Áreas:
 1. Síntomas de psicopatología mayor.
 2. Estado mental.
 3. Conducta sexual y citas.
 4. Observaciones conductuales.
 5. Impresiones del clínico.
- ✓ Duración y valoración de la sintomatología:
 - Afecto, cognición, funciones vegetativas y conducta: 2 semanas.
 - Conductas "acting-out": 6 meses.
 - Estado mental y observaciones conductuales: durante la entrevista.

➔ K-SADS: **SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA FOR SCHOOL-AGE CHILDREN**

- Autor: Puig-Antich y Chambers, 1978.
- Edad de aplicación: niños y adolescentes.

➤ Formas:

K-SADS-P: Episodio presente. Estado psiquiátrico actual.

K-SADS-E: Epidemiológica. Episodios pasados y presentes.

➤ En ambas formas se entrevista a los padres y sujeto.

Evalúa:

- ✎ Trastornos: - Afectivos
 - Ansiedad
 - De conducta
 - Psicóticos

→ **CAS** : **CHILD ASSESSMENT SCHEDULE**.

Autor: Hodges, 1986.

Edad de aplicación: niños y adolescentes.

Formas:

CAS: niños y adolescentes.

CAS-P: Padres.

Estructura:

1. Áreas de contenido.
2. Principio y duración de la sintomatología.
3. Observación del clínico.

⑥ **ENTREVISTA BIOGRÁFICA.**

⇒ **IDG**: **INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA GENERAL**

✓ Autor: Capafons et al, 1986.

✓ Aplicación: padres

✓ Estructura de la entrevista:

1. Datos demográficos
2. Nacimiento y adquisición
3. Acontecimientos significativos y problemas fisiológicos
4. Convivencia familiar
6. Comportamiento padres (recompensas)
7. Interacción niño/padres
8. Aspectos académicos
9. Socialización
10. Problemas con la justicia.

ANEXO: Esquema de la entrevista DICA-R-C

➤ Esquema de la entrevista DICA-R-C:

1. Datos demográficos.

2. Trastornos de conducta:

- ↳ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- ↳ Negativismo
- ↳ Trastorno de conducta
- ↳ Uso y abuso de alcohol
- ↳ Tabaco
- ↳ Colas
- ↳ Marihuana
- ↳ Otras drogas

3. Trastornos del estado de ánimo.

⇒ Episodio depresivo:

- ✓ Disforia
- ✓ Anhedonia generalizada
- ✓ Irritabilidad

Otros síntomas:

- Apetito: pérdida/aumento
- Trastorno del sueño
- Agitación o lentitud psicomotora
- Fatiga
- Culpa excesiva o menosprecio
- Problemas de concentración o indecisión
- Ideas de suicidio

⇒ Episodio Maníaco

⇒ Distimia

4. Trastornos por ansiedad

- Trastorno por ansiedad de separación
- Trastorno por evitación
- Trastorno por ansiedad excesiva

5. Fobias

6. Trastorno obsesivo-compulsivo

- Obsesiones
- Compulsiones

7. Trastorno por estrés postraumático

8. Trastorno de la conducta alimentaria.

- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.

9. Otros Trastornos

- Enuresis
- Encopresis
- Menstruación
- Identidad sexual

10. Somatización

11. síntomas psicóticos y esquizofrenia

12. Estresores psicosociales.

13. Observaciones

I.- Datos demográficos

- . Sexo
- . Raza
- . Edad
- . Escolaridad
 - Nivel de rendimiento escolar
 - Ayudas recibidas
 - Repeticiones de curso
 - Avances de curso
- . Situación familiar
- . Ausencias de la familia (causas)
- . Problemas generales de salud: médico
- . Problemas psicológicos: psicólogo, psiquiatra, curandero, consejero, etc.

II.- Trastornos de conducta

A.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

- * ¿Te han dicho que te quedaras en tu sitio sin moverte, o que pararas de moverte o que no estuvieras tan inquieto?
 - . Problemas
 - para estar sentado
 - para concentrarte
 - para esperar el turno
 - de precipitación al contestar
 - de distracción
 - de cambio de juego rápido
 - de dejar cosas inacabadas
 - de juego intranquilo, ruidoso, movido
 - de verborrea
 - interrupciones a adultos, meterse en conversaciones
 - estorbar el juego de los demás
 - no escuchar/ necesidad de repetir las cosas
 - pérdida de objetos personales
 - adopción de conductas de riesgo
 - no seguir instrucciones

 - . (Si se da alguno)
 - Identificar: Cuándo han ocurrido

Edad al inicio
Momento del último trastorno
Valorar: Problemas ocasionados por el conflicto
consultas al respecto
medicación tomada
efecto de la medicación

B.- NEGATIVISMO

* ¿Te enfadas con los demás, discutes, pierdes la paciencia?

. Problemas: discusiones frecuentes

negativas a obedecer
molestar a otros a propósito (fastidiar)
los otros le molestan
enfados con padres, profesores, amigos
intentos de venganza
palabrotas o tacos
locus of control externo

- (Si se dan)

Identificar: Cuándo han ocurrido
Edad al inicio
Momento del último trastorno
Valorar: problemas ocasionados por el conflicto

C.- TRASTORNO DE CONDUCTA

* ¿Haces cosas que te ocasionan problemas con los maestros o padres, o con los demás?

. Problemas:

expulsiones del colegio (días) o del aula
descripción del hecho
absentismo (hacer novillos) escolar
dónde ha ido
razones
robos en la escuela (descripción)
en tiendas, casas de vecinos (descripción)
tipo de cosas robadas y valor
mentiras, invenciones de historias
(descripción de la conducta)
problemas que ocasiona la mentira
fuegos, como ocurrió, consecuencias

escaparse de casa, cómo ocurrió la conducta

peleas (pegar) con otros cómo ocurrió la conducta

quién inicia las peleas

frecuencia de inicio personal

daño ocasionado (descripción)

frecuencia de peleas con daño a otro

uso de objetos para hacer daño (palos, piedras, objetos duros, armas)

frecuencia de uso de armas

edad inicio/última vez de peleas con armas.

atracos o amenazas y robos, o intimidaciones a otros para robarles

cómo ocurrió la conducta.

heridas (provocadas a animales): torturar, matar cómo ocurrió la conducta.

heridas o daño físico a otra persona a propósito cómo ocurrió

valorar seriedad y deliberación del daño causado.

destrucción de cosas (romper para robar) a propósito

cómo ha ocurrido.

destrucción propiedades de otros a propósito

forzar a otros a actividades sexuales

descripción

problemas con la policía: frecuencia, juicios, descripción.

En todos los casos preguntar por:

frecuencia

edad de inicio de la conducta

edad en la última vez que se produjo

Si la conducta ya no tiene lugar en la actualidad, preguntar:

Edad de aquel momento

Cómo cesó la conducta

D.- USO Y ABUSO DE ALCOHOL

* ¿Has bebido alguna vez vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas?

. Edad la primera vez que lo probó

. Edad última vez

. Frecuencia de bebida

. Qué bebe (cerveza, cava, alcohol, etc)

. Cantidad máxima tomada en una ocasión

- . Emborracharse. Cuántas veces
- . Bebida cotidiana (o semanal): edad de inicio y duración
- . Bebida justo al levantarse, antes de desayunar
- . Duración de las borracheras (uno, dos, tres días..)
- . Olvidos post-bebida (olvidos, lagunas...)
- . Actos cometidos bajo el alcohol: frecuencia
- . Consecuencias de la borrachera:
 - describir hechos acaecidos
 - frecuencia
- . Faltas a la escuela A consecuencias de borracheras
- . Consecuencias escolares: fracaso escolar, insuficientes en notas, falta de concentración, etc
 - . Expulsiones de la escuela por beber.
 - . Reacciones de los amigos (críticas, avisos, pérdida de amistades...)
 - . Bebida en grupo
 - . Enfermedades ocasionadas por bebida
 - . Alucinaciones bajo bebida.
 - . Falta de control en la bebida (beber más de lo pretendido).
 - . Intentos para dejar de beber
 - . Cuando has intentado no beber, consecuencias:
 - temblores
 - dormir mal
 - irritabilidad
 - taquicardia
 - alucinaciones
 - vómitos, debilidad, dolor de cabeza
 - confusión, etc

E.- TABACO

- * ¿Has fumado cigarrillos alguna vez?
 - . Edad al empezar a fumar
 - . Regularidad (cada día)
 - . Problemas ocasionados: en casa, con amigos, escuela, rendimiento escolar....

F.- COLAS

- * ¿Has aspirado (olido) alguna vez colas u otros gases como *sprays*, gasolina, etc para colocarte o emborracharte?
 - . Frecuencia
 - . Edad al inicio /Última vez que inhalaste

- . Problemas ocasionados: en casa, amigos, escuela, rendimiento escolar....

G.- MARIHUANA

- * ¿Has fumado marihuana (porros) alguna vez?
 - . Edad inicio /Última vez
 - . Frecuencia
 - . Reacciones después de fumar marihuana
 - Nerviosismo/ansiedad
 - Desconfianza
 - . Conductas peligrosas adoptadas: frecuencia
 - . Ausencias a la escuela por fumar: frecuencia
 - . Consecuencias escolares
 - . Reacciones de los amigos: críticas, avisos, ánimos, pérdidas de amistades...
 - . Aislamiento o gregariedad en el fumar
 - . Conductas agresivas: pegar a otros
 - . Conciencia de que la marihuana ha creado problemas personales:
 - persistencia en el fumar
 - constancia a pesar de enfermedades
 - adición con otras drogas
 - . Reacciones de la marihuana: depresión, falta de concentración, alucinaciones.
 - . Intentos para dejar la marihuana
 - . Reacciones al dejar de fumar: nervios, temblores, sudores, fiebre, diarrea...

H.- OTRAS DROGAS

- * ¿Has probado alguna vez otras drogas? (Cocaína, crack, estimulantes (anfetaminas, rubifén..), alucinógenos (lsd, mescalina, etc), sedantes (valium, transilium, etc)
 - . Toma de medicamentos sin prescripción médica
 - . (Preguntas similares a las del apartado II.- F anterior)

III.- Trastornos del estado de ánimo.

Episodio depresivo

- * ¿Cómo te sientes?

A.- DISFORIA

- * ¿Eres de las personas que están tristes, desanimadas o deprimidas durante mucho tiempo?.
 - . Tristeza (sentimiento de ser desgraciado y/o deprimido) agudizada durante las últimas 2 semanas
 - . Duración de estos sentimientos a lo largo del día
 - . Reacción más aguda por la mañana o por la tarde

- . Episodios en los que sintió **mucho más** deprimido de lo habitual.
 - . Identificación de estos períodos
 - . Edad
 - . En últimas 2 semanas:
 - ganas de llorar
 - duración de este sentimiento

Comprobar siempre:

- Si esto era un problema para el sujeto
- Si la reacción es diferente de la forma habitual de ser.

B.- ANHEDONIA GENERALIZADA

- * ¿Durante las 2 últimas semanas has notado que no te divierte nada de los que haces? (ir al cine, ver la TV, etc).
 - . Duración de este sentimiento durante el día
 - . Otra temporada en que le sucedió lo mismo
 - . Identificación de estos episodios
 - . Edad

C.- IRRITABILIDAD

- * ¿Has estado más irritable (mal genio, gruñón, etc), las últimas dos semanas?.
 - . Duración de esta irritabilidad durante el día
 - . Otra temporada en que le sucedió lo mismo
 - . Identificación de estos episodios
 - . Edad

OTROS SÍNTOMAS:

a.- APETITO: PÉRDIDA O AUMENTO

PÉRDIDA

- . Pérdida de apetito durante dos últimas semanas
- . Cada día o casi cada día con pérdida de apetito
- . Otras temporadas de pérdida de apetito
- . Cuándo fueron
- . Edad

AUMENTO

- . Aumento de apetito durante dos últimas semanas
- . Cada día o casi cada día con aumento de apetito
- . Otras temporadas de aumento de apetito
- . Cuándo fueron

. Edad

b.- TRASTORNO DEL SUEÑO

* ¿Durante las dos últimas semanas has tenido más problemas de lo normal para quedarte dormido por la noche?.

- . Despertarse a media noche
- . Dificultades para conciliar el sueño
- . Despertarse por la mañana más pronto; no poder volver a dormir
- . Dormir más de lo normal
- . Otra temporada en que pasara esto (falta o exceso de sueño)
- . Cuándo fue
- . Edad

c.- AGITACIÓN O LENTITUD PSICOMOTORA

* ¿Durante las dos últimas semanas, te has sentido más inquieto o intranquilo de lo normal? ¿Te ha costado estarte quieto?.

- . Episodios anteriores
- . Identificación temporal
- . Edad

* Idem para lentitud psicomotora (como si costara hacer las cosas, moverte, lentitud de pensamiento, etc).

d.- FATIGA

* Durante las dos últimas semanas, te has sentido más cansado, agotado, durante la mayor parte del tiempo?

- . Episodios anteriores
- . Identificación temporal
- . Edad

e.- CULPA EXCESIVA O MENOSPRECIO

* Durante las dos últimas semanas ¿has pensado que estaba mal todo lo que hacías y que nunca te saldría nada bien?.

- . ¿Mucho más de lo normal?
- . Episodios anteriores
- . Cuándo fueron
- . Edad

* Durante las dos últimas semanas ¿has pensado que todo era culpa tuya o que eras culpable de un montón de cosas?.

- . Episodios anteriores
- . Cuándo fueron
- . Edad

f.- PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN O INDECISIÓN

- * Durante las dos últimas semanas, ¿te ha costado concentrarte en lo que estabas haciendo?
 - . Episodios anteriores
 - . Cuándo fueron
 - . Edad
- * Durante las dos últimas semanas, te ha costado más de lo normal tomar decisiones?
 - . Episodios anteriores
 - . Cuándo fueron
 - . Edad

g.- IDEAS DE SUICIDIO

- * Durante las dos últimas semanas ¿has pensado que todo en tu vida iba mal y que tu futuro nunca iría bien?
 - . Persistencia de esta idea (pensar mucho en..)
 - . Deseo de estar muerto
 - . Pensar en matarse
 - . Plan para matarse: Descripción del plan
 - . Otros episodios
 - . Planes anteriores: Descripción de los planes
 - . Cuándo fueron
 - . Edad
 - . Intentos de suicidio: descripción
 - . Frecuencia de los intentos
 - . Edad de la primera/ última tentativa
 - . Consultas médicas o psicológicas realizadas
 - . Opinión de estos profesionales
 - . Ideas de soledad en las dos últimas semanas:
 - . soledad por pérdida de una persona próxima
 - . soledad por estar enfermo
 - . soledad por bebida de alcohol o drogas
 - . acontecimiento desencadenante
 - . Identificar todos los períodos en que ha habido sentimiento depresivo o de soledad

Episodio Maníaco

- * ¿Tienes muchos cambios de humor?. Por ejemplo, un día estás muy feliz y al siguiente te encuentras hundido.
 - . Más energía de lo habitual
 - . Más actividad de lo habitual
 - . Falta de cansancio a pesar del aumento de la actividad (dos días sin dormir)
 - . Hablar más de lo normal y más rápido

- . Sentimiento de euforia
- . Ideas o pensamiento rápido
- . Dificultad de concentración por exceso de euforia y energía
- . Actividades atípicas (gastar mucho dinero, regalos exagerados, etc.)
- . Sentimientos de grandeza
- . Aumento excesivo de la sociabilidad
- . Intranquilidad psicomotora
- . Reacción del ambiente frente a la euforia
- . Edad del episodio/última vez
- . Frecuencia del trastorno
- . Relación del episodio con la ingesta de drogas
- . Consecuencias del episodio: amigos, rendimiento escolar

Distimia

- * ¿Te has sentido triste, desanimado o deprimido durante largos períodos de tiempo? (período de tiempo: más de un mes o intervalos más largos).
 - . Falta de interés por actividades habituales y preferidas
 - . Irritabilidad/mal humor
 - . Dificultades para dormirse/despertar precoz
 - . Aumento de la necesidad de dormir
 - . Pérdida de apetito
 - . Cansancio y agotamiento por falta de energía (anergia)
 - . Desesperanza y visión pesimista del futuro
 - . Dificultades de concentración y de toma de decisiones
 - . Edad del episodio/última vez
 - . Consecuencias del episodio: familia, amigos, rendimiento escolar

IV.- Trastornos por ansiedad.

a.- Trastorno por ansiedad de separación

- * ¿Te preocupas mucho de que le pueda pasar algo malo a tus padres? (preocupación excesiva por la posibilidad de que les ocurra algo malo).
 - . Preocupación por un posible daño personal
 - . Preocupación por no ver más a los padres
 - . Ausencia escolar por temor a que pase algo a los padres en su ausencia
 - . Necesidad de dormir con la madre o adulto por miedo a estar solo
 - . Miedo de estar solo en una habitación
 - . No dormir fuera por miedo a dejar la casa
 - . Pesadillas con temas angustiosos de daño a padres o familiares
 - . Síntomas somáticos al alejarse de casa (dolor de cabeza, vómitos, etc)
 - . Llanto/rabia por miedo a que los padres salgan de casa

- . Estando fuera de casa, llamar y preguntar, de manera constante, por preocupación de que ocurra algo malo
- . Duración
- . Edad de inicio/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

b.- Trastorno por evitación

- * ¿Te sientes molesto/a ante personas desconocidas hasta el punto de procurar evitarlas (incluidos niños y adultos)?
 - . Deseo de hacer amigos pero incapacidad para hacerlos
 - . Ausencia de amigos íntimos
 - . Dificultad para conocer a otras personas fuera del entorno familiar
 - . Dificultad para relacionarse con personas fuera del entorno familiar
 - . Evitar, de manera clara, conocer a nuevas personas
 - . Edad de inicio/última vez
 - . Consecuencias en relación a: familia, amigos, rendimiento escolar

c.- Trastorno por ansiedad excesiva

- * ¿Alguna vez te has preocupado por las cosas más que otros chicos/as de tu edad? (¿Eres un "sufridor"?).
 - . Preocupación por las cosas antes de que ocurran (anticipatoria).
 - . Preocupación porque sus padres/maestros se mostrasen decepcionados con sus notas
 - . Preocupación por no ser capaz de hacer las cosas tan bien como se quiere
 - . Molestias somáticas debidas a la preocupación (dolor de cabeza, estómago)
 - . Preocupación excesiva por el aspecto, lo que dice o cómo actúa
 - . Necesidad de asegurarse, a través del testimonio de padres/maestros, de la bondad y perfección de su trabajo
 - . Dificultades para relajarse, tensión, nerviosismo
 - . Edad de inicio/última vez
 - . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

V.- Fobias.

- * ¿Has tenido alguna vez miedo a alguna cosa?
 - . Oscuridad: necesidad de dormir con la luz encendida, más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarla
 - . Truenos: más miedo que los niños de su edad
 - . Bichos, arañas, ratones o serpientes: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
 - . Perros, gatos u otros animales: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
 - . Lugares altos: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos

- . Puentes, túneles o autopistas: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Estar solo/a en casa o fuera: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Mercados, supermercados, grandes almacenes: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Miedo a estar entre mucha gente: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Coches, aviones, trenes o ascensores: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Miedo de ir a la escuela incluso acompañado por padres u otros adultos: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlo
- . Hablar delante de otras personas o delante de los compañeros de clase: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Otros miedos
- . Edad de inicio/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

VI.- Trastorno obsesivo-compulsivo.

a.- Obsesiones.

- * ¿Has tenido alguna vez pensamientos o ideas que no te podías quitar de la cabeza a pesar de que lo intentaras con todas tus fuerzas?.
 - . Preocupación excesiva por la suciedad o microbios
 - . Por coger alguna enfermedad
 - . Por utilizar los "wateres" públicos
 - . Posibilidad de hacer algo malo (p. ej.: herir a alguna persona querida)
 - . Hacer algo poco apropiado (p. ej.: gritar en clase, decir palabrotas, etc.)
 - . Dificultades para concentrarse cuando esas ideas invaden la mente
 - . Tiempo que pasa pensando en ello (suciedad, hacer algo malo, etc.)
 - . Intentos para detener las obsesiones
 - . Edad de inicio/última vez
 - . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

b.- Compulsiones.

- * ¿Tienes algún hábito o costumbre que realizas una y otra vez?.
 - . Necesidad de hacer las cosas de la misma manera siempre, para no sentirse incómodo/a
 - . Necesidad de mantener un orden prefijado para las cosas
 - . Percepción por parte del sujeto de que lo que hace no es necesario o razonable

- . Cantidad de tiempo que invierte en los rituales
- . Edad de inicio/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

VII.- Trastorno por estrés postraumático.

- * ¿Te ha ocurrido alguna vez algo que te haya producido mucho miedo, que te aterrorizara?. Por ejemplo: ¿Has estado en peligro de ser malherido/a o asesinado/a?
 - . Años en el momento que sucedió
 - . Dificultad para dejar de pensar en ello, después de que ocurrió
 - . Sueños repetitivos sobre el tema
 - . Situaciones que puedan recordar el suceso
 - . Esfuerzos por evitar las cosas que recuerdan el suceso
 - . Intentos para no pensar en ello
 - . Olvido de aspectos relacionados con el suceso (amnesia)
 - . Tras el suceso, pérdida de interés por las cosas y las personas que antes le interesaban
 - . Tras el suceso, frialdad afectiva
 - . Tras el suceso, visión pesimista del futuro
 - . Tras el suceso, dificultades para dormirse
 - . Tras el suceso, más irritable/furioso/inquieto/nervioso/asustado
 - . Lloros cuando algo se lo recordaba
 - . Duración de los síntomas
 - . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar
 - . Existía algún problema antes de que sucediera el acontecimiento

VIII.- Trastorno de la conducta alimentaria.

a.- Anorexia nerviosa.

- * ¿Has perdido alguna vez peso por hacer una dieta?
 - . Alguien de la familia le reñía porque no comía lo suficiente
 - . Peso al empezar la dieta
 - . Peso mínimo alcanzado
 - . Altura al empezar la dieta
 - . Se provoca vómitos para no engordar
 - . Piensa que está gordo/a aunque la gente le diga que está delgado/a
 - . Miedo a engordar después de perder peso
 - . Preocupación excesiva por la dieta y las calorías de los alimentos
 - . La familia lo/la lleva a consulta médica
 - . Cantidad de ejercicio para mantener el peso
 - . Retirada menstruación / tiempo de ausencia

- . Edad de inicio trastorno/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

b.- Bulimia nerviosa.

- * ¿Alguna vez te has atracado comiendo una gran cantidad de alimentos de una sola vez?.
- . Tipo y cantidad de comida y bebida ingerida
- . Frecuencia
- . Duración del trastorno
- . Utilización de laxantes, vómitos, etc para no engordar
- . Períodos alternos de bulimia/anorexia
- . Preocupación por el peso y aumento del ejercicio físico
- . Preocupación por el peso y aspecto
- . Edad de inicio trastorno/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

IX.- Otros Trastornos

a.- Enuresis

- * ¿Alguna vez te has hecho pis en la cama?
- . Frecuencia
- . Comprobar si pasados los 5 años
- . Edad la última vez que mojó la cama
- . Hacerse pis encima con necesidad de cambio de ropa
- . Frecuencia
- . Comprobar si pis encima a los 5 años
- . Frecuencia
- . Edad de la última vez
- . Consecuencias: en casa, con los amigos, en la escuela

b.- Encopresis

- * ¿Alguna vez te has hecho caca encima?.
- . Comprobar si sucedía a los 4 años, sin estar enfermo
- . Frecuencia
- . Edad de la primera vez/última vez
- . Consecuencias: con familiares, amigos, en la escuela

c.- Menstruación

- * ¿Tienes la regla?
- . Faltas a la escuela por dolores
- . Frecuencia de estos dolores
- . Problemas: dolores fuertes, períodos irregulares, flujo excesivo de sangre, flujo vaginal o picor, otros
- . Visitas al médico: opinión del médico

- . Consecuencias en casa, amigos, escuela

d.-Identidad sexual

- * ¿Has deseado alguna vez ser un chico/a en vez de una chica/o?
 - . Vestir ropa masculina/femenina y usar maquillaje
 - . Jugar con chicos/chicas
 - . Cambiar de sexo al llegar a mayor
 - . Consecuencias de este problema: en casa, amigos, escuela

X.- SOMATIZACIÓN

- * ¿Crees que eres de las personas que se ponen enfermas muchas veces (más que la mayoría)?
 - . Frecuencia de visitas al médico
 - . Vómitos
 - . Nauseas
 - . Gases en el estómago
 - . Diarrea
 - . Alimentos que sientan mal
 - . Dolores: en piernas o brazos, de espalda, articulaciones, otros dolores...
 - . Al hacer pis
 - . Falta de respiración, palpitaciones, dolor en pecho, mareos, debilidad
 - . Amnesia
 - . Dificultades para tragar
 - . Pérdida de la voz (no salían las palabras de la boca)
 - . Sordera
 - . Visión doble; visión borrosa
 - . Ceguera
 - . Pérdida de conciencia
 - . Convulsiones
 - . Problemas al andar
 - . Parálisis o debilidad muscular
 - . Retención o dificultades al orinar
 - . Edad al inicio de los síntomas/Edad última vez
 - . Consecuencias: en casa, con los amigos, en la escuela

XI.- SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ESQUIZOFRENIA

- * ¿Has visto alguna vez cosas que otras personas no podían ver? (visión, apariciones).
 - . Descripción de lo visto
 - . Frecuencias
 - . Visión antes de quedarte dormido o despierto por la mañana.

- . Visión única
- * ¿Has oído voces hablando, voces que sólo tú podías oír?
 - . Descripción de lo que oyó.
 - . Frecuencia
 - . Número de voces
 - . Comunicación entre las voces
 - . Decían las voces cosas malas/hablaban mal de ti
 - . Órdenes dadas por las voces
 - . Ruidos o sonidos extraños distintos de las voces
- * ¿Has percibido olores extraños que los demás no podían oler?
 - . Descripción de lo que olió.
- * Otras sensaciones:
 - . La gente habla a su espalda
 - . Alguien le manda mensajes especiales a través de la radio, la TV
 - . En la TV o radio se burlan o dicen cosas de él/ella.
 - . Podían controlar su mente y obligarle a hacer determinadas cosas
 - . Podían leer sus pensamientos
 - . Podía leer la mente de los demás
 - . Edad de inicio trastorno/última vez.
 - . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

XII.- Estresores psicosociales.

- * Relacionados con la vida familiar:
 - . Alguna cosa que le preocupa de su familia
 - . Discusiones o peleas en casa que le preocupan
 - . Separación o divorcio de los padres: edad del sujeto
 - . Problemas económicos graves
 - . Muerte de alguna persona importante de la familia: quién y edad del sujeto
 - . Cómo se siente todavía por esa muerte
 - . Alguien de la familia tiene problemas con la bebida: quién
 - . Alguien de la familia tiene problemas con la policía: quién
 - . Miedo de que alguien le pueda golpear o herir
 - . Alguien le ha maltratado: quién y edad primera/última vez
 - . Alguien de la familia ha sido herido/golpeado por otra persona: quién
 - . Hay algún problema para el que necesite ayuda: información sobre el problema
 - . Se ha sentido molesto/a por alguna pregunta durante la entrevista

XIV.- Observaciones.

- . Aspecto general del sujeto:
 - . Actúa de forma adecuada a su edad
 - . Viste
 - . Actitud general
 - . Estado nutritivo
 - . Expresión facial
- . Expresión de los sentimientos (afecto)
- . Conducta motriz
- . Habla
- . Atención
- . Fluidez del pensamiento
- . Respuesta general a la entrevista
 - . Impresión clínica de la entrevista.

TEMA 3. FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO.

1. Concepto de factores de riesgo

- Son aquellas circunstancias o acontecimientos que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado (Lemos, 1996)
- Son aquellos factores biológicos (dependientes de la herencia), personales, familiares o ambientales que aumentan la probabilidad de que un niño experimente un problema físico o psicológico (Trianes, 1999)

1.1. Clasificación de los factores de riesgo

Según el grado de influencia directa que pueden ejercer sobre el niño o adolescente:

- *Próximos*: Actúan directamente sobre el sujeto: crianza, pautas educativas.
- *Intermedios*: Creencias y valores parentales
- *Distales*: Educación familiar, características del vecindario (Lemos, 1996).

Para Trianes (1999):

1. *Biológicos* : dependientes de la herencia: enfermedades congénitas, alcoholismo de los padres, etc.
2. *Personales*: trastornos de conducta, temperamento difícil, etc.
3. *Familiares*: pobreza, discriminación, etc.
4. *Ambientales*: acontecimientos vitales que pueden producir un estrés intenso y agudo.

2. Concepto de factores de protección.

- Son aquellas variables o procesos que protegen de los factores de riesgo. Actúan inhibiendo o amortiguando el impacto de los acontecimientos que producen riesgo, de manera que puedan controlarse o manejarse con más facilidad.

2.1. Clasificación de los factores de protección

Trianes (1999) los clasifica en

1. *Personales*: buena salud, temperamento fácil, desarrollo adecuado.
2. *Familia*: apoyo y recursos adecuados, buen apego, *estatus* socioeconómico y cultural.
3. *Escuela*: experiencias de éxito escolar, motivación de logro, apoyo de los profesores.
4. *Relaciones con los iguales*: tener amigos, redes de apoyo entre compañeros.

2.2. Resistencia (*resilience*)

- Variaciones individuales en la respuesta a los factores de riesgo.

Proceso o capacidad por el que algunas personas “dominan” o no se dejan influir por los factores de riesgo y consiguen una buena adaptación a pesar de circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes.

3. Factores de riesgo y de protección

3.1. El estrés como factor de riesgo.

- El concepto de estrés implica cuatro aspectos:
 1. Aparición de un acontecimiento o situación identificable
 2. Que tenga la capacidad de alterar el equilibrio fisiológico y/o psicológico del organismo
 3. Que aparezcan alteraciones fisiológicas y/o psicológicas
 4. Que estas alteraciones perjudiquen la adaptación de la persona.
- El impacto final de estos factores depende de tres aspectos:
 1. La severidad del acontecimiento (aparición, intensidad, duración)
 2. El nivel evolutivo del niño
 3. La disposición y capacidad de los adultos del ambiente para ayudar al niño a entender y mitigar el efecto del estresor.

Tipos de estrés (*National Center for Clinical Infant Programs, 1998: Clasificación diagnóstica: 0 – 3*)

Predominantemente agudo	Predominantemente sostenido
Año 1: menos de un mes	Año 1: más de un mes
Año 2: menos de tres meses	Año 2: más de tres meses
Año 3: menos de tres meses	Año 3: más de tres meses

Fuentes de estrés (*National Center for Clinical Infant Programs, 1998: Clasificación diagnóstica: 0 – 3*)

Secuestro, abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, adopción, nacimiento de un hermano, ubicación en la adopción, hospitalización, pérdida de un progenitor, pérdida de otra persona significativa, enfermedad médica, mudanza, desastre natural, desatención, enfermedad médica de un progenitor, enfermedad psiquiátrica de un progenitor, pobreza, ingreso en la escuela/guardería, separación del progenitor por trabajo, separación del progenitor por otras razones, pérdida súbita del hogar, lesión súbita, trauma para el otro significativo, violencia en el ambiente y otras fuentes.

Del Barrio (1997) ha agrupado los acontecimientos estresantes en tres áreas:

1. *Área familiar:* nacimiento de un hermano, conflictos con los padres, fallecimiento de un abuelo, fallecimiento de un amigo vinculado a la familia, enfermedad grave de los abuelos, cambio de domicilio.
2. *Area escolar:* cambio de centro, cambio de ciclo, repetición de curso, suspensos en tres a más asignaturas
3. *Área social:* pérdida de un amigo, rechazo de los compañeros, ingreso en un grupo, comienzo de actividades deportivas o lúdicas, comienzo de relaciones, ruptura de relaciones.

Trianes (1999) los ha organizado en cuatro àreas:

1. *Estrés en la familia*: entorno empobrecido, nacimiento de un hermano, peleas entre hermanos, muerte de familiares directos, divorcio o separación de los padres abandono o maltrato del hijo, psicopatología de uno de los padres, problemas económicos y sociales de la familia
2. *Estrés debido a la escuela*: comienzo de la escolarización, demandas de la escolarización, dificultades de aprendizaje, miedos y fobia a la escuela, ansiedad ante los exámenes, inadaptación y fracaso escolar.
3. *Estrés en relación con otros niños*: dificultades para hacer amigos, rechazo de los compañeros, timidez y aislamiento social.
4. *Estrés debido a problemas de salud*: enfermedad crónica, hospitalización, accidentes, muerte, desastres naturales, guerras.

Lemos (1996) habla de los siguientes factores de riesgo:

Entorno social	Estructura familiar	Psicopatología familiar / Sujeto Ambiente familiar
Pobreza	Separación/divorcio	Trastornos afectivos u otras alteraciones (esquizofrenia)
Nivel educativo bajo	Convivencia con padre distinto sexo	Alcoholismo, consumo de drogas
Embarazo y maternidad/paternidad temprana	Madre soltera	Conflictos parentales
Delincuencia	Muerte progenitor	Competencias educativas parentales escasas
Contexto próximo (vecindario) desorganizado o caótico	Ausencia abuelos, familia extensa	Estilos de crianza inadecuados: . Rígidos con pocos factores de riesgo ambientales; . Liberales: con presencia de muchos factores de riesgo ambientales
	Nº elevado de miembros en la familia	Abuso
		Enfermedades repetidas Relaciones sociales pobres Rechazo compañeros Falta de aprendizaje "mediado"

The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care (Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version) *propone los siguientes factores de riesgo y de protección.*

Factores	Protección	Riesgo
Niño		
Salud	Buena salud	Enfermedades agudas o crónicas
Temperamento	Adaptable, fácil	Niño "difícil"
Capacidad cognitiva	CI normal, en particular habilidades verbales y razonamiento abstracto	CI bajo
Salud emocional	Buena capacidad de adaptación; funcionamiento mental adecuado	Trastornos emocionales
Sociabilidad	Buenas relaciones con los compañeros	Escasas relaciones con los compañeros
Reacción al estrés	Percepción limitada a acontecimientos, no se culpa	Percepción continua, se culpa
Interacción		
Cualidad y continuidad del apego y cuidado Entorno	Buena, continua, segura, afectiva	Poca cualidad, discontinua, insegura, ambivalente
Competencia parental	Experimentados, competentes, inteligentes	Poco experimentados, incompetentes, poco inteligentes
Recursos familiares	Recursos económicos adecuados	Pobreza
Cualidad, estabilidad y seguridad del entorno	Adecuado, estable, seguro	Inadecuado, inestable, inseguro
Relaciones familiares (comunicación, roles)	Buena comunicación, conflictos escasos	Comunicación pobre, muchos conflictos
Apoyo emocional y físico	Mucho apoyo	Escaso apoyo
Salud emocional y física de los cuidadores	Buena	Enfermedad mental o física
Reacción al estrés de los cuidadores	Adaptada, estable	Poco adaptada, inestable
Disponibilidad/acceso a los recursos comunitarios	Buena	Pobre o escasa

Situaciones ambientales y acontecimientos potencialmente estresantes (*The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care (Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version)*)

<p>Cambios en el grupo primario de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> . Cambios en la relación de apego (p. e. Hospitalización, enfermedad) . Muerte del padre/madre u otro miembro de la familia . Divorcio, separación de los padres . Violencia doméstica . Relaciones familiares problemáticas . Separación padres-hijo por cualquier razón 	<p>Cambios en la vivienda o alojamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> . Falta de hogar fijo . Vivienda inadecuada o poco saludable . Vecindario o entorno poco saludable . Pérdida de la vivienda
<p>Cambios en la crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> . Adopción, cuidado institucional . Drogadicción de los padres . Abusos físicos o sexuales . Falta de cuidado y poca preocupación por el bienestar físico (nutrición, salud, etc) . Trastornos mentales de los padres . Enfermedades físicas de los padres . Enfermedades físicas de los hermanos . Enfermedades mentales de los hermanos 	<p>Cambios económicos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pobreza o falta de recursos financieros adecuados
<p>Otros cambios en el funcionamiento de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> . Nacimiento o adopción de un hermano . Cambios en los responsables de la crianza (separación, nueva pareja, etc) 	<p>Falta de acceso a los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> . Porque no existen, no se conocen O no se puede llegar a ellos (transporte)
<p>Cambios sociales o en la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> . Adaptación a una cultura diferente (emigración, aculturación) . Discriminación social y/o aislamiento familiar . Problemas religiosos o espirituales 	<p>Problemas legales</p> <ul style="list-style-type: none"> . Arrestos o encarcelamiento de los padres . Arrestos o encarcelamiento del niño o adolescente
<p>Cambios educativos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Analfabetismo de los padres . Falta de escolarización . Desacuerdos/discusiones con profesores/compañeros 	<p>Otras situaciones del entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> . Desastres naturales . Vivir o presenciar situaciones de violencia
<p>Cambios en la ocupación de los padres o del adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> . Cambios en la ocupación de los padres . Cambios en la ocupación del adolescente . Desempleo / pérdida del trabajo . Entorno laboral adverso 	<p>Situaciones relacionadas con la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> . Enfermedades crónicas . Enfermedades agudas

4. Mecanismos y estrategias de afrontamiento: la interacción de los factores de riesgo y de protección.

- La investigación actual se orienta más a los **procesos** o mecanismos que pone en marcha un sujeto en su interacción con el entorno.

- Se consideran el riesgo y la protección como procesos de naturaleza interactiva de la persona con su ambiente.

4.1. Procesos de protección

Para Rutter (1990) los procesos de protección son aquellos que:

1. *Reducen el impacto de las situaciones de riesgo:*

- Modificación del propio riesgo
- Modificación de la exposición al riesgo

2. *Reducen la probabilidad de que se inicie una cadena de reacciones negativas*

3. *Promueven la autoestima, la autoeficacia y nuevas oportunidades*

- Relaciones afectivas que suministran apoyo
- Éxito en la ejecución de tareas o en la consecución de objetivos
- *Puntos de inflexión:* momentos en la vida de una persona en los que una trayectoria de riesgo se reorienta en una dirección más adaptada.

4. *Dan lugar a nuevas oportunidades vitales*

TEMA 4. LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO.

1. Fuentes de datos e instrumentos utilizados en la evaluación del desarrollo.

⇒ Objetivo: Obtener información referida a:

1. La evolución del niño
2. Su funcionamiento en diferentes áreas.
3. Si es necesario, poner en práctica las estrategias de intervención que se consideren adecuadas.

⇒ La evaluación del desarrollo debe tener en cuenta factores endógenos y exógenos.

⇒ Aspectos a considerar:

1. Para concluir que la evolución del niño es normal o no, es necesario comparar los datos del sujeto con una muestra normativa representativa.
2. A causa de la sucesión rápida de cambios que se da a lo largo del desarrollo del sujeto, la evaluación:
 - a) adopta una doble perspectiva: DIACRÓNICA y SINCRÓNICA.
 - b) hace hincapié en la EVOLUCIÓN, entre dos momentos determinados, como indicativa de los posibles retrasos o progresos en el desarrollo.
3. Las competencias, problemas y debilidades de los niños se han de evaluar desde la perspectiva de la influencia que pueden ejercer en su desarrollo futuro.
4. Los niños se encuentran en dos contextos que influyen e intervienen a lo largo del desarrollo: la FAMILIA y ESCUELA.
5. Perspectiva psicopatológica:
 - Existen claras diferencias entre los trastornos que presentan niños y adultos.
 - Muchos trastornos infantiles se producen por exceso de conductas, que se consideran normales, o por defecto en el desarrollo de conductas importantes.
 - Los trastornos adultos se producen por desviaciones, que son consideradas indicadoras de patología .
6. Para el desarrollo de programas de intervención deberemos tener como objetivo:
 - ↳ paliar los síntomas asociados al trastorno
 - ↳ restablecer niveles de funcionamiento previo y sobre todo,
 - ↳ facilitar el desarrollo del sujeto más que aliviar los trastornosEsto requerirá tener conocimientos sobre:
 - ↳ las pautas de desarrollo

↳ los mecanismos de cambio conductual.

2. Pruebas clásicas de evaluación del desarrollo. Escalas para la evaluación cognitiva y de la adaptación.

Signos de alarma

- ☞ Ausencia de juego simbólico
- ☞ Ausencia o retraso en el habla
- ☞ Habla estereotipada
- ☞ Variabilidad exagerada del estado emocional
- ☞ Sentimiento de sí fragmentado, rígido, indiferenciado
- ☞ Irritabilidad permanente
- ☞ Temperamento difícil (irregularidad de hábitos, reacciones exageradas, mala adaptación al cambio)
- ☞ Hiperactividad e incapacidad para mantener la atención
- ☞ Falta de contacto (visual y emocional) con los adultos
- ☞ Preocupaciones exageradas: lloros, dolores de barriga, pesadillas, dolores de cabeza.
- ☞ Presencia exagerada de miedos
- ☞ Dificultades para separarse de la madre (padre)
- ☞ Dificultades para hacer amigos: aislamiento destacado.
- ☞ Verbalización o manifestación de tristeza: No lo puedo hacer, no puedo, no me quieren, no soy capaz, no sirvo...
- ☞ Negación a la acción
- ☞ Exceso de juego repetitivo (o estereotipado)
- ☞ Presencia de conductas disociales respecto a los compañeros (agresividad, peleas)
- ☞ Enuresis
- ☞ Presencia de alteraciones psicosomáticas (asma, eccema, alteración del sueño, problemas respiratorios)

Datos del desarrollo indicadores de psicopatología o adaptación (Adaptado de Greenspan, 1981)

TAREAS ESPECÍFICAS Y CAPACIDADES	CAPACIDADES DE ADAPTACIÓN	PATOLOGÍA	AMBIENTE QUE FAVORECE LA ADAPTACIÓN	AMBIENTE QUE PERJUDICA LA ADAPTACIÓN
De 0 a 3 meses Regulación de sí mismo e interés por el entorno	Armonía entre sí mismo e interés por el mundo	Falta de regulación (hiperexcitabilidad) Aislamiento Apatía	Delicado, Protector, Confortable, Predictible, Comprometido en el cuidado del niño	No fiable, Caótico, peligroso, abusos, hipoestimulante, monótono o hiperestimulante.
De 2 a 7 meses: <i>Attachement</i> (Apego)	Compromiso emocional rico y profundo con el mundo animado, especialmente con los	Falta de manifestación de afecto, de cariño y de compromiso con el	Multimodalidad afectiva; se encariña con objetos.	Distante emocionalmente; reservado, impersonal (altamente

	cuidadores.	mundo animado.		ambivalente).
De 3 a 10 meses: Diferenciación somato-psicológica (indicación de propósito, causa-efecto en la comunicación)	Sistema afectivo de interacción, flexible y de amplio rango.	Conductas y afectos aleatorios o caóticos, rígidos, limitados (estrechos) y/o estereotipados.	Lectura y respuesta contingente a la comunicación del niño a través de múltiples sistemas sensoriales y afectivos.	Inatención a la comunicación del niño o errores en la lectura comunicativa.
De 9 a 24 meses: Organización de la conducta: iniciativa e interiorización	Compleja, organizada, asertiva, innovadora e integrada organización de los patrones conductuales y emocionales.	Fragmentada, estereotipada y excesivamente polarizada organización de los patrones conductuales y emocionales (aislamiento, complacencia, hiperagresividad o desorganización)	Admiración hacia la iniciativa del niño y de su autonomía, siendo tolerante y firme. Se sigue el liderazgo del niño y se le ayuda a organizar las diversas secuencias conductuales y emocionales.	Control exagerado, fragmentado, miedo a la autonomía del niño. Separaciones prematuras y abruptas.
De 2 a 4 años: Capacidad de representación, diferenciación y consolidación. Juego simbólico.	Formación y elaboración de la imagen interna. Organización de la imagen del Yo y no-Yo. Emergencia del <i>insight</i> cognitivo. Estabilidad del humor y emergencia de las características de personalidad.	Ausencia de elaboración de la representación. Conducta y afecto concreto polarizado. Sentimiento de sí fragmentado, indiferenciado, <u>estrecho</u> o rígido. Variabilidad en el estado de humor (lábil y vulnerable)	Emocionalmente disponible en las fases de regresión o necesidades de dependencia. Lectura y respuestas a las conductas emocionales y estimulación a la elaboración simbólica.	Temor o rechazo a las fases de regresión o de dependencia. Estimulación a la elaboración sólo concreta (no-simbólica). Lecturas y respuestas no contingentes o poco reales con la comunicación emergente.
Infancia: Expansión del sistema de representación	Flexibilidad óptima para conservar, transformar y organizar representaciones complejas de la experiencia, en un contexto de patrones relacionales extensos.		Proporciona sistemas de ayuda (complejos, apropiados a la edad y al tema).	

2.1. Ámbitos de análisis: Personal/Social (Socialización), Adaptación (Autoayuda), Motor, lenguaje y cognitivo.

Áreas que deben contemplarse en la evaluación del desarrollo.

ÁREAS	ASPECTOS QUE SE EVALÚAN
Personal/ Social	Conductas y capacidades que permiten el establecimiento de interacciones sociales significativas
Adaptativa	Capacidad para atender al entorno, ocuparse de sí mismo y asumir responsabilidades progresivamente.

Motora	Capacidad para usar y controlar los músculos de su cuerpo
Lenguaje	Aparición y evolución de las habilidades de comunicación y lenguaje. Perspectiva receptiva y expresiva.
Cognitiva	Habilidades y capacidades cognitivas del niño.

2.2. Tipos de pruebas:

2.2.1. Pruebas de cribado (screening):

➤ “Test de Cribado del Desarrollo de Denver”: DDST

- Autores: Frankeburg y Dodds (1967/1994).
- Consta de 105 ítems agrupados en cuatro áreas:
 1. Personal-Social
 2. Motricidad fina funcional
 3. Lenguaje
 4. Motricidad global
- Aplicación: desde el nacimiento hasta los 6 años.
- Algunos ítems son contestados por los padres, y otros por observación.
- Administración:
 - * cada ítem se valora como: 1) Superado.
 - 2) No superado
 - 3) No intentado /Rehusado
- Interpretación del test:
 - 1) Anormal
 - 2) Normal
 - 3) Dudoso.Dependiendo del número de ítems superados en cada área.

➤ Proyecto Llevant:

- Autores: Fabregues et al. (1988). Generalitat de Catalunya.
- Aplicación: 0-4 años.
- Áreas que evalúa: * sociabilidad
 - * lenguaje
 - * manipulación
 - * control postural

2.2.2 Pruebas normativas.

➤ Battelle (BDI)

- ⇒ Autores: Newborg, Stock y Wnek (1984). Traducción Fundació Catalana Síndrome de Down (1989)
- ⇒ Aplicación: 0-8 años
- ⇒ Tiene un doble objetivo:
 - 1) Identificar aquellos niños que presentan algún retraso en el desarrollo
 - 2) Evaluar el desarrollo de los niños con deficiencias.
- ⇒ Formas: 1) Forma completa: es la escala de desarrollo.
2) Forma abreviada: tiene el valor de un “cribado”.
- ⇒ Áreas que evalúa:

- * Personal-social: Conductas y capacidades que permiten el establecimiento de interacciones sociales significativas.
- * Adaptativa: Capacidad para atender al entorno, cuidar de sí mismo y asumir responsabilidades.
- * Motora: Desarrollo motor grueso y fino.
- * Lenguaje: Aparición y evolución de las habilidades comunicativas (lenguaje receptivo y expresivo)
- * Cognitiva: Habilidades cognitivas.

⇒ Administración: la evaluación se puede hacer mediante 3 procedimientos:

1. Situación de test estructurada.
2. Entrevista con los padres o maestros.
3. Observación directa.

⇒ Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (**BSID**)

⇒ Autor: Bayley (1971).

⇒ Aplicación: 2-30 meses.

⇒ Objetivos:

- 1) es un instrumento que permite al examinador hacer una evaluación del desarrollo del niño
- 2) permite hacer comparaciones entre sujetos de la misma edad
- 3) identifica retrasos mentales y psicomotores
- 4) puede utilizarse para formular hipótesis de trabajo en psicología clínica infantil.

⇒ Estructura:

- 1) Escala mental: evalúa desarrollo cognitivo y capacidad de comunicación
- 2) Escala de psicomotricidad: evalúa coordinación corporal y habilidades motrices finas
- 3) Registro de conducta: analiza las orientaciones sociales hacia el entorno.

⇒ Currículo Carolina

Autores: Johnson-Martin et al. (1991). Traducción TEA (1995).

↘ Objetivos:

- 1) Evaluación de niños normales y sujetos con necesidades especiales entre 0-2 años.
- 2) Aumentar el potencial del niño para efectuar cambios en su entorno.
- 3) Proporcionar ayuda a las personas que se dedican a la intervención temprana.

↘ Áreas que evalúa:

- * Cognición
- * Comunicación
- * Adaptación social
- * Motricidad fina y gruesa

↘ Características del Currículo Carolina:

- 1) Este programa se basa en las secuencias normales del desarrollo.
- 2) Los ítems del Currículo están sacados de revisiones de materiales y pruebas de evaluación que tratan del desarrollo normal.
- 3) Los problemas de desarrollo se contemplan en la evaluación de dos maneras:
 - ↳ El orden de los ítems se ha establecido teniendo en cuenta cómo una actividad se apoya en otra, y no basándose en la edad media de adquisición de una actividad.
 - ↳ Los ítems presentan modificaciones para adaptarlos a las limitaciones sensoriales o motrices de los niños.
- 4) Se parte de la base de que los niños que presentan alguna dificultad grave, a pesar de todos los esfuerzos, nunca serán "normales".

- 5) El programa está diseñado de tal forma que pueda usarse con niños de desarrollo lento, pero siguiendo un modelo normal.
6) Importancia al desarrollo de habilidades de adaptación funcionales.

2.2.3. Pruebas criteriales.

➡ **Battelle (BDI)**

➡ **Guía Portage**

Autores: Bluma et al. (1978).

➤ Aplicación: 0-6años.

➤ Áreas que evalúa:

- * Socialización: Conductas relacionadas con la interacción social
- * Lenguaje: Desarrollo de la adquisición del lenguaje tanto expresivo como receptivo.
- * Autoayuda: Conducta que permiten al niño atenderse y cuidar de sí mismo.
- * Cognición: Desarrollo cognitivo.
- * Desarrollo motriz: Motricidad gruesa y fina.
- * Sección especial: Cómo estimular al bebé: Conductas y actividades para facilitar la estimulación (0-4 meses)

3. La adaptación socio-emocional. pruebas de desarrollo socio-emocional y psicopatológico.

3.1. CBCL: Child Behavior Checklist

Autor: Achenbach. (1992)

Aplicación: 2-3 años
4-18 años.

Informante: padres.

Consta de partes, una primera que recoge información sobre las competencias del sujeto evaluado y una segunda que evalúa problemas de conducta, que deben valorarse entre 0 (el problema no se presenta) y 2 (el problema se presenta casi siempre).

Características:

La agrupación de conductas psicopatológicas se ha derivado empíricamente y se organiza en dos factores denominados Internalización y Externalización.

⇒ **Internalización:** Síndromes conductuales cuya repercusión básica es de tipo emocional (ansiedad, depresión, quejas somáticas y aislamiento)

⇒ **Externalización:** Síndromes cuyas conductas crean conflicto y tienen repercusión en el ambiente: agresividad y delincuencia.

⇒ **Mixto:** Recoge síndromes que saturan tanto en Internalización como en Externalización.

INTERNALIZACIÓN	EXTERNALIZACIÓN	MIXTOS
Aislamiento Quejas somáticas Ansioso/Deprimido	Conducta agresiva Conducta delictiva	Problemas sociales Problemas de pensamiento Problemas de atención

TEMA 5. DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE EXTERNALIZACIÓN: DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO.

1. Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

1.1. Aproximación histórica al concepto de hiperactividad infantil

⇒ El período de 1900 a 1960: La edad de las lesiones cerebrales

- Las primeras descripciones del trastorno las realizó D.M. Bourneville en 1897: “Inestabilidad caracterizada por movilidad física e intelectual extrema en niños con retrasos ligeros”.
- F. Still (1902): “Travesuras sin motivo, arrebatos violentos, inquietos, nerviosos e insensibles al castigo y “una incapacidad anormal para mantener la atención”.
- Alfred F. Tredgold (1908): Describió niños bastante parecidos a los hipercinéticos actuales.
- Se acuña el término Disfunción Cerebral Mínima (MBD)
- Pasamanik y col (1956): Abundaron en la relación entre hiperactividad y afección cerebral
- Bradley (1937): Las anfetaminas reducen las conductas entorpecedoras y mejoran el trabajo académico.

⇒ El período de 1960 a 1969: La edad de oro de la hiperactividad

⇨ Las revisiones cuestionan el concepto de MBD.

- Circularidad del concepto
- Demasiado amplio
- No siempre se encuentran evidencias de lesión

⇨ Aparece el concepto de **síndrome hiperactivo**: El niño hiperactivo en el que realiza las actividades con una velocidad mayor de la normal, o está constantemente en movimiento o ambas cosas a la vez.

⇨ El DSM-II (1968) recoge una breve descripción de trastorno denominado **Reacción hipercinética en la infancia**.

⇒ El período de 1969 a 1979: El tiempo de los déficits de atención

➤ Los rasgos definitorios del síndrome hipercinético se amplían para incluir:

- ① Impulsividad
- ② Escasa duración de la atención
- ③ Baja tolerancia a la frustración y fácil distracción.

➤ Los trabajos de Virginia Douglas y Susan Campbell pusieron de manifiesto que los *déficits de atención y control de los impulsos* podían explicar mejor las dificultades de estos niños que no los problemas de hiperactividad.

Los niños hiperactivos tienen muchas dificultades en la realización de tareas que requieren vigilancia o atención sostenida y presentan una gran variabilidad en la ejecución de estas tareas.

⇒ Desde 1980 hasta el momento actual:

- ◆ Trastorno de atención con y sin hiperactividad (DSM-III)
- ◆ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR)

◆ Concepto actual:

- Trastorno específico del desarrollo, que aparece en niños y se prolonga en la adolescencia y la vida adulta.
- En algunos modelos se considera que el rasgo central del trastorno es un déficit de la inhibición de la conducta

◆ Manifestaciones principales:

- ❶ Poca atención sostenida o escasa persistencia en el esfuerzo para realizar tareas.
- ❷ Dificultades para controlar los impulsos o retrasar la gratificación.
- ❸ Excesiva actividad en tareas poco relevantes o actividad poco regulada y ajustada a las demandas de la situación.
- ❹ Seguimiento de reglas deficiente.
- ❺ Variabilidad mayor de la normal durante la ejecución de tareas.

◆ Otros rasgos asociados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

- a) Aparición temprana del trastorno.
- b) Variabilidad situacional.
- c) Curso relativamente crónico.

1.2. Etiología.

① Base biológica:

- Puede aparecer como el resultado directo de una enfermedad o trauma del sistema nervioso central.
- En otros casos puede estar asociado a complicaciones durante el embarazo y el parto (anoxia, lesión, disfunción cerebral, alcoholismo, problemas nutricionales...)
- Áreas o volúmenes disminuidos en regiones pre-frontales derechas, ganglios basales (núcleo caudado y globo pálido) y región del vérmis cerebeloso)
- Hipofuncionamiento del córtex pre-frontal y del núcleo caudado

② Consumo de alimentos con aditivos o conservantes, ingesta de azúcar o ver mucha TV

- La investigación no apoya que este trastorno sea debido al consumo de alimentos con estas sustancias o ver mucha TV

③ Personas que padecen epilepsia o los que toman medicación sedante o anticonvulsiva:

- Pueden desarrollar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad como resultado de la medicación, o experimentar una agudización de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad que ya presentaban.

1.3. Prevalencia.

- ➔ Entre el 3% y el 5% de la población.
- ➔ Hay diferencias entre varones y mujeres, la proporción es 3:1 (tres niños por cada niña); en población clínica 9:1.

1.4. Criterios diagnósticos DSM-IV, DSM-IV-TR y CIE-10:

Criterios del DSM-IV y DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A. (1) o (2):

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tienen dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimiento subjetivo de inquietud)
- (d) a menudo tienen dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Comparación de diferentes aspectos del TDAH, a través de los sistemas DSM y CIE-10.

	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV y DSM-IV-TR	CIE-10
Denominación	Trastorno por déficit de atención	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastornos hiperkinéticos
Edad de inicio	Antes de los 7 años (De forma típica a los 3 años)	Antes de los 7 años (En la mitad de los casos antes de los 4 años)	Antes de los 7 años	Antes de los 6 años
Duración de los síntomas	Al menos 6 meses	Al menos 6 meses	Al menos 6 meses	Al menos durante 6 meses
Síntomas nucleares	Falta de atención, impulsividad e hiperactividad	Falta de atención, hiperactividad e impulsividad	Desatención e hiperactividad-impulsividad	Falta de atención e hiperactividad
Nº de síntomas necesarios para el diagnóstico del trastorno	Al menos 3 de falta de atención e impulsividad (de los 5 propuestos para desatención y 6 para impulsividad) y 2 ó más de hiperactividad (de los 5 propuestos)	8 o más (de los 14 propuestos)	6 o más de desatención y/o de hiperactividad-impulsividad (de los 9 propuestos para cada agrupación)	6 o más de falta de atención, 3 o más de hiperactividad y al menos 1 de impulsividad
Necesaria la presencia de síntomas en más de un contexto	No	No	Sí en dos o más (casa y escuela/trabajo)	Sí en más de uno (casa, contexto escolar o en evaluación clínica y psicométrica)
Otras áreas afectadas por el trastorno	Frecuente el deterioro escolar y social	Frecuente el deterioro escolar y social	Actividad social, académica o laboral	Actividad social, académica o laboral
Subtipos	(1) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, (2) Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, y (3) Trastorno por déficit de atención, tipo residual	(1) Trastorno por déficit de atención indiferenciado	(1) Con predominio del déficit de atención, (2) Con predominio hiperactivo-impulsivo, (3) Tipo combinado, y (4) No especificado	(1) Trastorno de la actividad y la atención, (2) Trastorno hiperkinético disocial, (3) Otros trastornos hiperkinéticos, y (4) Trastorno hiperkinético sin especificación

1.5. Instrumentos para el diagnóstico de la hiperactividad infantil.

⇒ Entrevistas:

- *Entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH* (Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients; Barkley, 1991).
- *La entrevista semiestructurada para adultos con TDAH* (Semistructured Interview for Adult ADHD; Barkley, 1991b).
- *La evaluación de los síntomas infantiles por medio de los padres* (Parental Account of Childhood Symptoms; Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg, 1986; Taylor et al., 1986).

⇒ Escalas de valoración para padres y maestros:

- *Escalas de Conners revisadas*
- *Inventario de conductas para adolescentes* (*Adolescent Behavior Checklist: ABC*).
- *Cuestionario para la evaluación de las conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad.*
- *Inventario de conductas infantiles de Achenbach* (*CBCL y TRF*).

⇒ Observación de la conducta.

- Observación en situaciones naturales
- Observaciones análogas (laboratorio, clase, etc)

1.6. Tratamiento de la hiperactividad infantil.

⇒ Objetivos:

- Reducir los síntomas de TDAH
- Potenciar el aprendizaje
- Favorecer la adaptación
- Mitigar la angustia

⇒ Tratamiento farmacológico

⇒ Factores a tener en cuenta cuando se recomienda la medicación:

- ✓ Severidad de los síntomas y de las conductas entorpecedoras
- ✓ Tipo de tratamientos previos
- ✓ Presencia de síntomas de ansiedad
- ✓ Actitudes de los padres hacia la medicación
- ✓ Grado de supervisión del adulto
- ✓ Actitudes del niño hacia la medicación

⇒ Tratamiento cognitivo-conductual

- Las **intervenciones conductuales** en niños y adolescentes se dirigen a dos áreas:
 - ① Los déficits en atención sostenida, aprendizajes escolares, control de impulsos, autoestima y relaciones sociales.
 - ② Los excesos de actividad, desobediencia, incumplimiento de normas y conductas agresivas.

- Estrategias de tratamiento:

- ◆ Intervención directa sobre el niño a través del manejo de contingencias
- ◆ Intervención a través de adultos clave en el entorno del niño, padres y/o maestros.

- Procedimientos cognitivo-conductuales:

- Entrenamiento en *auto-instrucciones*, solución de problemas, modelamiento cognitivo, autoevaluación, autorrefuerzo y control del enfado o la irritación.

➤ Programas de tratamiento **multimodales:**

Combinan la medicación estimulante, las técnicas conductuales, cognitivas y la intervención con el niño, los padres y los profesores.

2. Evaluación de los trastornos de comportamiento

2.1. Concepto de conducta antisocial:

- Actos o comportamientos que violan las normas sociales y los derechos de los demás (pelearse, robar, mentir, destruir cosas, etc).
- El concepto es ambiguo. El que una conducta se considere antisocial depende de la gravedad, del alejamiento de las pautas culturales, de la edad del niño, etc.

2.2. Conducta antisocial y desarrollo.

- Algunas conductas aparecen en el curso del desarrollo normal y después remiten
- Para que una conducta sea considerada antisocial ha de ser persistente, entorpecer el desarrollo y la relación con las personas y el contexto
- El momento evolutivo, el curso y el grado con el que afectan la adaptación son aspectos críticos

2.3. Prevalencia (DSM-IV y DSM-IV-TR).

Trastorno disocial	Varones < 18 años: 6%-16% Mujeres < 18 años: 2%-9% Los síntomas varían según sexo
Trastorno negativista desafiante	2%-16% Varones > Mujeres

2.4. Clasificación y criterios diagnósticos:

DSM-IV y DSM-IV-TR (Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador)

- Trastorno disocial (*conduct disorder*)
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno de comportamiento perturbador no especificado

CIE-10 (Trastornos disociales)

- Trastorno disocial limitado al contexto familiar
- Trastorno disocial en niños no socializados
- Trastorno disocial en niños socializados
- Trastorno disocial desafiante y oposicionista
- Otros trastornos disociales
- Trastorno disocial sin especificación

2.5. Factores de riesgo y de protección.

⇒ Riesgo niño:

- Temperamento difícil
- Aparición temprana de conductas incontrolables, agresivas, etc
- Rendimiento académico bajo

⇒ Riesgo padres:

- Genético
- Psicopatología y/o conducta delictiva
- Interacción padres-hijos
- Clase social

⇒ Factores de protección:

- Pocos estudios
- Temperamento fácil
- *Estatus* socioeconómico y cultural.
- Experiencias de éxito escolar
- Motivación de logro
- Apoyo de los profesores.

2.6. Evaluación de la conducta antisocial.

⇒ Autoinformes

INSTRUMENTO	EDAD	EVALÚA
Autoinforme de Conners (Conners, 1997)	12-17	Problemas familiares, Problemas emocionales, Problemas de conducta, Problemas cognitivos/Falta de atención, Problemas para controlar la cólera o irritación, Hiperactividad, Índice del TDAH, Subescalas de síntomas del DSM-IV (Falta de atención,

		Hiperactividad-impulsividad)
<i>Youth Self-Report: YSR</i> (Achenbach, 1991)	11-18	Aislamiento, Quejas somáticas, Ansiedad/Depresión, Conducta agresiva, Conducta delictiva, Problemas sociales, Problemas de pensamiento Problemas de atención
<i>Inventario de conductas para adolescentes.</i> (Adams, Kelley y McCarthy, 1997)	11-17	Problemas de conducta, Impulsividad-hiperactividad, Hábitos de trabajo pobres, Falta de atención, Labilidad emocional y Problemas de relación social
<i>Escala de las tendencias de las acciones infantiles</i> (Deluty, 1979)	6-15	Agresividad, asertividad y sumisión
<i>Cuestionario de conducta antisocial para adolescentes</i> (Kulik, Stein y Sarbin, 1968)	Adolescencia	Delincuencia, consumo de drogas, desafío a los padres y agresividad
<i>Inventario de hostilidad infantil</i> (Kazdin, Rodgers, Colbus y Siegel, 1987)	6-13	Agresión y hostilidad

⇒ **Heteroinformes**

INSTRUMENTO	EDAD	EVALÚA
<i>Escalas de Conners para padres y profesores</i> (Conners, 1997)	3-17	Oposicionismo, Problemas cognitivos/Falta de atención, Hiperactividad, Ansiedad-timidez, Perfeccionismo, Problemas de relación social, Problemas psicósomáticos, Índice del TDAH, Índice Global de Conners: (Intranquilidad-impulsividad y Labilidad emocional), Subescalas de síntomas del DSM-IV (Falta de atención, Hiperactividad-impulsividad)
<i>Inventario de problemas de conducta revisado</i> (Revised Behavior Problems Checklist: RBPC) de Quay y Peterson (1995)	5-18	Trastorno disocial, Agresión socializada, Problemas de atención-inmadurez, Ansiedad-aislamiento, Conducta psicótica y Exceso de actividad motora.
<i>Inventario de conductas infantiles</i> (<i>Child Behavior Checklist: CBCL</i> , Achenbach, 1991a) y <i>Teacher's Report Form: TRF</i> , (Achenbach 1991b)	2-3 padres 4-18 padres 5-18 prof.	Aislamiento, Quejas somáticas, Ansiedad/Depresión, Conducta agresiva, Conducta delictiva, Problemas sociales, Problemas de pensamiento y Problemas de atención
<i>Inventario de conducta infantil de Eyberg</i> (Eyberg y Robinson, 1983)	2-17	Problemas de conducta en casa
<i>Inventario de conducta escolar de Sutter-Eyberg</i> (Funderburk y Eyberg, 1989)	2-17	Problemas de conducta en la escuela

⇒ **Observación directa**

INSTRUMENTO	EDAD	EVALÚA
<i>Cuestionario de conducta antisocial para adolescentes</i> (Curtiss y col., 1983)	Adolescencia	Subescalas: forma de problema, objetos de agresión
<i>SOC III-Interacciones familiares</i> (Cerezo, Keesler, Dunny y Wahler, 1991)	3-12	Categorías mutuamente excluyentes. Posible la codificación en tiempo real
<i>Sistema de codificación de la interacción familiar</i> (Reid, 1978)	3-12	Conducta aversiva

Informe diario de los padres (Chamberlain y Reid, 1978)	3-1	Conductas en casa
--	-----	-------------------

⇒ **Archivos institucionales**

2.7. Tratamiento de la conducta antisocial

⇒ **Psicoterapia individual y de grupo**

- Eficacia escasa

⇒ **Terapia familiar**

- Pocos estudios de la eficacia; resultados prometedores

⇒ **Intervenciones cognitivo-conductuales**

- Útiles para modificar y controlar la impulsividad y agresividad mientras se aplican.
Problemas de generalización

⇒ **Entrenamiento de padres**

- Útiles para modificar y controlar la conducta mientras se aplican. Problemas de generalización

⇒ **Tratamiento farmacológico**

- **No hay ninguno apropiado**

⇒ **Programas integrados**

- Resultados prometedores

3. Trastornos funcionales del comportamiento

- Conductas poco adaptadas, relacionadas con un mal aprendizaje de las normas de comportamiento y de las pautas de adaptación

3.1. Tratamiento

Padres:

- Métodos para encauzar el comportamiento
- Solución de problemas
- Aumento de la comunicación

Hijos

- Solución de problemas
- Control de los enfados/ira
- Aumento de la comunicación.

TEMA 6. DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE INTERNALIZACIÓN: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

1. La depresión en la infancia y la adolescencia

1.1. Breve aproximación histórica al concepto de depresión infantil:

- Hasta el inicio de la década de los años 70 no hay acuerdo acerca de la existencia de este trastorno en la infancia.

➤ Corrientes explicativas:

- ① La depresión no existe en la infancia.
- ② Las manifestaciones de la depresión en los niños pueden estar enmascaradas, aparecen de forma diferente a las de los adultos.
- ③ La depresión en los niños es transitoria.
- ④ Los rasgos básicos del trastorno depresivo son iguales en adultos, niños y adolescentes.
- ⑤ Los síntomas depresivos pueden variar según la edad (psicopatología del desarrollo). Los criterios de la depresión en los adultos no son aplicables enteramente a los niños, de manera uniforme.

1.2. Criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR.

➔ Criterios para el episodio depresivo mayor:

- Estado de ánimo deprimido o de pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, al menos durante 2 semanas. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.
- Presencia de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, al menos durante 2 semanas, y con cambio respecto a la actividad previa.
 - a) Insomnio o hipersomnia casi cada día
 - b) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
 - c) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - d) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día
 - e) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse...
 - f) Pensamientos recurrentes de muerte...
- Los síntomas provocan.
 - malestar clínicamente significativo ó
 - deterioro social, laboral o en otras áreas
- Los síntomas no se deben a una enfermedad, ingesta de sustancias o otro trastorno psicológico.
- Los síntomas no se explican mejor por un proceso de duelo o persisten más de 2 meses.

➔ Criterios para el trastorno distímico:

- Estado de ánimo deprimido o irritable (manifestado por el sujeto u observado por otros) la mayor parte del día, casi todos los días, durante 1 año, al menos.
- Presencia de 2, o más, de los síntomas siguientes:
 - a) Pérdida o aumento de apetito
 - b) Insomnio o hipersomnias
 - c) Falta de energía o fatiga
 - d) Baja autoestima
 - e) Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
 - f) Sentimientos de desesperanza
- Durante el periodo de 1 año no ha estado libre de síntomas más de dos meses
- Los síntomas no se deben a una enfermedad, ingesta de sustancias u otro trastorno psicológico.
- Los síntomas entorpecen el funcionamiento de la persona y causan malestar clínicamente significativo.

1.3. Instrumentos para la evaluación de la depresión infantil.

1.3.1. Medidas de autoinforme.

- Escala de depresión para niños (CDS) de Lang y Tisher.
- Inventario de depresión para niños (CDI) de Kovacs
- Escalas de Reynolds para niños y adolescentes (RCDS, RADS).

Aspectos evaluados	CDI	CDS	RCDS/RADS
➤ Baja autoestima	✓	✓	✓
➤ Trastornos del sueño	✓	✓	✓
➤ Disminución de la sociabilidad	✓	✓	✓
➤ Trastornos del apetito	✓	✓	✓
➤ Agitación motora, irritabilidad, agresión	✓	✓	✓
➤ Disforia / Tristeza	✓	✓	✓
➤ Ideación suicida	✓	✓	✓
➤ Llantos sin motivación	✓	✓	✓
➤ Astenia/Falta de energía	✓	✓	✓
➤ Enlentecimiento motor	✓	✓	
➤ Dificultades de concentración	✓		
➤ Indecisión	✓	✓	✓
➤ Enlentecimiento del pensamiento	✓		
➤ Anhedonia	✓	✓	✓
➤ Problemas escolares	✓	✓	✓
➤ Quejas somáticas	✓	✓	✓
➤ Culpabilidad	✓	✓	

1.3.2. Informes de padres y/o maestros.

- Cuestionarios de Achenbach (CBCL, TRF)
- Inventario de personalidad para niños (PIC) de Wirt et al.

1.3.3. Informes de compañeros.

- Inventario de medida de la depresión por los compañeros (PNDI) de Lefkowitz y Tesiny.

1.3.4. Entrevistas

Véase tema 1.

1.4. Tratamientos de la depresión infantil

1.4.1. Intervención farmacológica.

1.4.2. Intervenciones psicoterapéuticas:

Las **intervenciones** van dirigidas a:

⇒ Aumentar la cantidad de actividades placenteras, mediante la asignación gradual de tareas y el refuerzo positivo contingente.

a) ⇒ Enseñar a identificar los pensamientos y atribuciones automáticas que experimentan, aprender a refutarlos y sustituirlos por otros más ajustados a la realidad.

1.5. Prevención de la depresión infantil.

1.5.1. Prevalencia.

- La incidencia depende de numerosas variables:
 - Tipo de población estudiada
 - Rango de edad
 - Criterios diagnósticos
 - Instrumentos empleados
- En España, estudios de prevalencia:
 - 6.432 sujetos entre 8-11 años ↗ 1,8% depresión mayor
 - ↘ 6,4% trastorno distímico

1.5.2. Identificación de poblaciones de riesgo.

- Pérdida de persona u objeto amado
- Depresión de los padres
- Acontecimientos vitales
- Deficiencias personales
- Escuela
- Pautas educativas (perfeccionismo)

1.5.3. Programas de intervención

☛ **Prevención primaria:**

Intenta eliminar las causas de una enfermedad o trastorno, evitando que se produzca.

☛ **Prevención secundaria:**

Detección precoz del trastorno con el fin de iniciar el tratamiento lo más rápidamente posible.

☛ **Prevención terciaria:**

Se refiere al tratamiento del trastorno y a la rehabilitación de la persona.

2. Los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia

Ansiedad:

- Respuesta ante amenazas reales o imaginarias, más o menos difusas, que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro (Echeburúa, 1993).
- Emoción que tiene la característica de provocar aflicción y cuyos orígenes son inciertos (Diccionario Oxford de la mente).

Miedo:

- Ansiedad ante estímulos específicos. Un sistema de alarma, una respuesta instintiva y universal cuyo objetivo es proteger al individuo del peligro (Echeburúa, 1993).

Miedos normales más frecuentes en el desarrollo infantil

Edad	Temores más frecuentes
0-1 año	Estímulos intensos y desconocidos, personas extrañas
2-4 años	Animales, tormentas
4-6 años	Oscuridad, brujas y fantasmas, catástrofes, separación de los padres
6-9 años	Daño físico, ridículo
9-12 años	Accidentes y enfermedades, mal rendimiento escolar, conflictos entre los padres
12-18 años	Relaciones interpersonales, pérdida de autoestima

Fobias:

Miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos (DSM-IV, y DSM-IV-TR, fobia simple).

Características de las fobias:

- Son desproporcionadas a la situación que desencadena la respuesta de miedo y/o no están relacionadas con estímulos que no son objetivamente peligrosos
- No se pueden eliminar racionalmente
- Están más allá del control voluntario
- No son específicas de una edad determinada
- Son de larga duración
- Interfieren considerablemente en la vida cotidiana del niño en función de las respuestas de evitación (Echeburúa, 1993).

Clasificación de los trastornos de ansiedad:

Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia (DSM-IV y DSM-IV-TR)

- Trastorno de ansiedad por separación

Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (CIE-10)

- Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia

Trastornos de ansiedad (DSM-IV y DSM-IV-TR)

- Trastorno de angustia, con y sin agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica *
- Fobia social *

- Trastorno obsesivo-compulsivo *
 - Trastorno por estrés post-traumático *
 - Trastorno por estrés agudo *
 - Trastorno por ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil) *
 - Trastorno de ansiedad debido a (enfermedad médica)
 - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
 - Trastorno de ansiedad no especificado
- * Puede iniciarse en la infancia / adolescencia

Trastornos de ansiedad en la infancia (Echeburúa, 1993)

Trastornos fóbicos <ul style="list-style-type: none">• Fobia específica• Fobia escolar• Trastorno de evitación
Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica <ul style="list-style-type: none">• Ansiedad de separación• Ansiedad excesiva
Otros trastornos de ansiedad <ul style="list-style-type: none">• Trastorno obsesivo-compulsivo• Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Instrumentos para la evaluación de la ansiedad:

1. *Entrevistas* (Véase tema 1)
2. *Autoinformes*
 - EPQ-J. Cuestionario de personalidad
 - ESPQ. Cuestionario factorial de personalidad
 - CPQ. Cuestionario de personalidad para niños
 - HSPQ. Cuestionario de personalidad para adolescentes
 - STAIC. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo para niños
 - CAS. Cuestionario de ansiedad infantil
 - ISRA. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad
 - YSR. Youth Self-Report
3. *Heteroinformes*
 - CBCL: Child Behavior Checklist
 - TRF: Teacher's Report Form
 - Inventarios de miedos

Tratamiento:

1. *Intervenciones psicológicas*
 - Técnicas de exposición
 - Relajación
 - Técnicas de modelado con y sin modelo
 - Práctica reforzada
 - Escenificación emotiva
 - Técnicas cognitivas (autoinstrucciones, etc)
2. *Tratamiento farmacológico*

TEMA 7. DIAGNÓSTICO DEL RETRASO MENTAL Y DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE

1. Concepto de retraso mental:

* El retraso mental hace referencia a una población clínica muy heterogénea en sus manifestaciones y etiología.

* Se caracteriza por dificultades cognitivas y de adaptación presentes desde la infancia.

Criterios para la definición del retraso mental:

⇒ Funcionamiento intelectual disminuido, al menos, en dos desviaciones por debajo de la media del desarrollo normal, obtenido mediante una prueba de administración individual.

⇒ Conductas de adaptación deficientes para mantener la autonomía personal y las obligaciones/ responsabilidades sociales adecuadas para su edad y entorno.

Elementos comunes de las diferentes definiciones del retraso mental:

- ❶ Necesidad del uso de un doble criterio de evaluación referido a : CAPACIDAD INTELLECTUAL y ADAPTACIÓN SOCIAL, tomados de forma simultánea.
- ❷ Necesidad de medidas objetivas para ambas variables.
- ❸ Etiología orgánica asociada, generalmente, a alteraciones moderadas, severas o profundas.

Niveles de retraso mental y CI correspondiente según la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AAMD)

NIVEL	DESVIACIONES TÍPICAS POR DEBAJO DE LA MEDIA	MEDIDAS DEL CI (Escala de Weschler)
Leve	2-3	55-69
Moderado	3-4	40-54
Severo	4-5	25-39
Profundo	5 o más	Por debajo de 25

1.1. La definición psicopatológica del retraso mental:

Criterios diagnósticos del DSM IV y DSM-IV-TR.

- A. Capacidad intelectual muy por debajo del promedio: un CI de 70 o inferior obtenido mediante una prueba de inteligencia administrada de forma individual (en el caso de niños más pequeños, se considerará el juicio clínico que determine una capacidad intelectual general muy por debajo del promedio. Este criterio permitirá establecer el diagnóstico cuando las pruebas de inteligencia disponibles no permitan obtener valores del CI).
- B. Existencia de déficit o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa, por ejemplo, en la eficacia personal del niño para conseguir el rendimiento esperado para su edad y grupo cultural en, al menos, dos de las áreas siguientes: habilidades sociales y responsabilidad

personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.

C. Comienzo antes de los 18 años.

Los niveles de gravedad que establecen el DSM IV y el DSM-IV-TR son los siguientes:

Retraso mental leve (CI de 50-55 a 70).

Retraso mental moderado (CI de 35-40 a 50-55).

Retraso mental grave (CI de 20-25 a 35-40).

Retraso mental profundo (CI por debajo de 20-25).

Clasificación del retraso mental según la CIE-10

RETRASO MENTAL LEVE (CI ENTRE 50 y 69)	
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Adquisición tardía. ✦ Pueden expresarse, mantener una conversación y ser abordados en una entrevista clínica, aunque la expresión verbal presenta déficits.
Sociabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollo lento ➤ Independencia completa en el autocuidado.
Vida personal	⇒ Algunas dificultades para hacer frente a las exigencias de la vida matrimonial, a la educación de los hijos y para integrarse en la vida y costumbres sociales.
Rendimiento académico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas específicos de lectoescritura. ✓ Una educación especial puede compensar sus déficits.
Adaptación laboral	⇒ Pueden desempeñar trabajos semicualificados que requieran aptitudes prácticas.
Etiología	↳ Sólo en una minoría se reconoce etiología orgánica.

RETRASO MENTAL MODERADO (CI ENTRE 35 Y 49).	
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> . Lentitud en el desarrollo de la comprensión y uso del lenguaje. . Pueden darse fuertes discrepancias en el desarrollo de tal habilidad, aunque en general el dominio es muy limitado.
Sociabilidad	<ul style="list-style-type: none"> . Escasa capacidad de cuidado personal. . Necesidad de supervisión constante.
Vida personal	<ul style="list-style-type: none"> . Pueden relacionarse con los demás y participar en actividades sociales simples. . Raramente conseguirán independencia en su vida adulta.
Rendimiento académico	<ul style="list-style-type: none"> . Progresos escolares limitados. . Aprenden lo esencial en lectura, escritura y cálculo. . Necesitan programas educativos muy específicos.
Adaptación laboral	<ul style="list-style-type: none"> . Pueden desempeñar trabajos prácticos sencillos, con tareas estructuradas y con supervisión adecuada.
Etiología	. En la mayoría de los casos se reconoce una etiología orgánica.

RETRASO MENTAL GRAVE (CI ENTRE 20 Y 34).
<ul style="list-style-type: none"> . Niveles inferiores en relación al retraso mental moderado. . A menudo, el retraso mental, se acompaña de un marcado déficit motor y de otros déficits indicativos de anomalías en el SNC.
RETRASO MENTAL PROFUNDO (CI INFERIOR A 20)
<ul style="list-style-type: none"> . Incapacidad total para comprender instrucciones y para actuar de acuerdo con ellas. A veces aparecen formas rudimentarias de comunicación no-verbal y, más raramente, casos de comprensión de órdenes simples básicas. . Cognitivamente, en algunos casos, pueden comparar y ordenar. . Movilidad restringida o inexistente. . A menudo falta de control de esfínteres. . Requieren ayuda y supervisión constantes. . Suele reconocerse una etiología orgánica. . El retraso se acompaña de déficits somáticos y neurológicos graves y, también, de trastornos generalizados del desarrollo.

1.2. El análisis de la conducta de adaptación.

Conductas de adaptación en sujetos retrasados mentales (Sloan y Birch, 1955).

NIVEL	DESDE EL NACIMIENTO A LOS 5 AÑOS	DE LOS 6 A LOS 21 AÑOS	MAYOR DE 25 AÑOS
Retraso ligero	Desarrolla habilidades de contacto social y comunicación; retraso mínimo en las áreas sensoriomotoras.	Puede adquirir habilidades académicas equivalentes a 6º de educación primaria.	Puede adaptarse social y profesionalmente con educación apropiada.
Retraso medio	Puede hablar o aprender a comunicarse; el desarrollo motor es regular; escasa conciencia social.	Puede adquirir habilidades académicas equivalentes a 4º de educación primaria si se le da educación especial.	Capaz de valerse por sí mismo en tareas no especializadas; necesita vigilancia y orientación cuando está en situaciones de tensión social.
Retraso grave	Desarrollo motor deficiente; lenguaje mínimo; nula o escasa capacidad de comunicación.	Puede hablar y aprender a comunicarse, no puede adquirir conocimientos escolares.	Puede contribuir a su propio mantenimiento bajo control total.
Retraso profundo	Retraso extremo; mínimas posibilidades de funcionamiento sensoriomotor.	Hay algún desarrollo motor; incapaz de adquirir hábitos que le permitan autonomía.	Existe algún desarrollo motor y lenguaje; totalmente incapaz de autocuidado.

1.3. La evaluación cognitiva de los sujetos con retraso mental: consideraciones métricas.

⇒ Para una interpretación correcta de los resultados de un sujeto evaluado deberemos tener en cuenta:

- 1) El tipo de test utilizado.
- 2) Propuestas específicas de interpretación del perfil:
 - a) Administrar todos los subtests posibles de la prueba de inteligencia y calcular las puntuaciones directas.
 - b) Determinar la edad equivalente que le corresponde al sujeto en cada subtest.

- c) Calcular la edad mediana equivalente de la ejecución en todos los subtests aplicados.
- d) Tomar la edad mediana obtenida como edad de desarrollo del sujeto.
- e) Calcular los restantes índices.
- f) Seguir la interpretación del perfil.

1.4. La evaluación de la deficiencia a través de coordenadas psicométricas, de adaptación y socioculturales: El modelo SOMPA de Mercer.

➤ Objetivo:

Proporcionar una evaluación comprensiva de sujetos pertenecientes a minorías étnicas o socioculturales que eran clasificados como retrasados, desde el punto de vista psicométrico.

➤ Áreas que evalúa:

- ✎ Médica: destreza física, coordinación visomotora, agudeza visual, auditiva, relación peso/talla, hª de salud.
- ✎ Social: adaptación.
- ✎ Estimación del potencial de aprendizaje: habilidades cognitivas y aspectos socioculturales (tamaño de la familia, estructura familiar, posición socioeconómica, grado de aculturación)

➤ Aportaciones:

- ✓ Crítica a la clasificación de los sujetos como deficientes mentales, siguiendo criterios estrictamente psicométricos y centrados únicamente en el CI.
- ✓ Mercer puso de manifiesto la necesidad de tener en cuenta el medio sociocultural.

➤ Limitaciones:

- Nivel metodológico:
- Propuesta de nuevas técnicas

1.5. Algunas escalas para la evaluación cognitiva y de la adaptación.

1.5.1. WEST VIRGINIA- UAM:

- Objetivo:
- Evaluar el comportamiento adaptativo de sujetos que presentan deficiencias en múltiples áreas del funcionamiento.
- Se centra en la evaluación de sujetos con retraso mental.
- Características:
 1. Esta prueba tiene su base en la psicología del aprendizaje. Se considera que toda conducta se aprende y que el aprendizaje se facilita si se descompone en pasos de complejidad creciente.
 2. Es una prueba criterial.

3. Cada ítem o conducta se descompone en otras más específicas, ordenadas según su complejidad.

- Áreas y subáreas que evalúa:

ÁREAS	SUBÁREAS
Sensorial	Respuestas táctiles Respuestas auditivas Respuestas visuales
Motricidad	Motricidad gruesa Motricidad fina
Autonomía personal	Alimentación Necesidades fisiológicas Vestido Aseo y cuidado personal
Comunicación	Interacción social Lenguaje receptivo Lenguaje expresivo
Aprendizajes escolares	Escritura Lectura Tiempo Números
Habilidades específicas	Ocio y tiempo libre Comportamiento en casa Comportamiento laboral Dinero

1.5.2. Las escalas de Vineland.

► **Objetivo:**

Evaluar conductas de adaptación: Conductas que permiten la independencia personal y la responsabilidad social.

⇒ **Aplicación:**

Desde el nacimiento hasta los 19 años.

➤ **Administración:**

Entrevista con padres o cuidadores del sujeto.

La forma de aula escolar es un inventario que el profesor puntúa de acuerdo con sus observaciones.

↘ **Áreas que evalúa:**

- ❶ Comunicación
- ❷ Habilidades para la vida diaria.
- ❸ Socialización.
- ❹ Habilidades motoras
- ❺ Desadaptación

2. La evaluación del potencial de aprendizaje

Objetivo:

Evaluar lo que un sujeto es capaz de hacer después de ser sometido a un entrenamiento corto, adaptado a la par a las exigencias de la tarea de la que se trate y a las características del sujeto.

Origen: Vigotsky (ZDP) y Rey

El análisis del PA: Se diferencia de otras formas de evaluación psicológica en:

1. Objetivos de la evaluación
2. Conducta del evaluador en el acto de exploración
3. Tareas utilizadas para evaluar.

Valoración crítica del potencial de aprendizaje:

1. Aportación básica: Su cambio de enfoque.
2. Cambio en las actitudes y expectativas de padres y profesores.

Aspectos que dificultan la evaluación de la intervención:

1. El análisis de las tareas y de la transferencia de aprendizaje.
2. Las reglas de intervención dependen del saber hacer del instructor.
3. Es difícil determinar la calidad de la ejecución del sujeto.
4. Falta de especificidad del PA.
5. Estabilidad temporal del PA y las relaciones entre PA y estilo individual de aprender.

Críticas:

1. Centrarse, de modo prioritario, en los déficits y no contemplar los procesos bien establecidos.
2. No especificar el papel que las deficiencias afectivo-motivacionales juegan en los procesos cognitivos.

2.1. Los modelos de evaluación del potencial de aprendizaje

2.1.1. El modelo de evaluación dinámica de Feuerstein.

✓ El trabajo de Feuerstein debe encuadrarse en un marco:

- psico-sociológico
- instruccional
- clínico, con una vertiente básicamente aplicada

- ✓ Sostiene que las medidas de CI infravaloran las posibilidades de modificación del sujeto

Conceptos básicos:

① Modificabilidad cognitiva:

- El desarrollo cognitivo es fruto de:

↳ la interacción del sujeto con el medio

↳ la inteligencia del individuo (se refleja en la capacidad para usar experiencias de aprendizaje previas y para adaptarse, ajustarse, a situaciones nuevas)

➤ Las capacidades de un sujeto no son estáticas, se aprenden. El organismo está abierto a la modificación en todas las edades, con la única limitación de las deficiencias orgánicas o los trastornos hereditarios o genéticos

② Experiencias de aprendizaje mediado:

⇨ Son las experiencias que un sujeto tiene con las personas de su medio

⇨ Un adulto guía la actividad del sujeto para resolver problemas que están más allá de su capacidad manifiesta

⇨ La mediación modifica los repertorios cognitivos del sujeto y estimula su funcionamiento

→ La ausencia de mediación o su inadecuación explica que muchos sujetos no puedan realizar los procesos de adaptación requeridos

→ La carencia de un aprendizaje mediado no es irreversible, puede modificarse a través de las actividades de adiestramiento o entrenamiento.

PEI: Programa de Enriquecimiento Intelectual

⇨ El fracaso o la inadecuación de la mediación puede provocar déficits en el tratamiento de la información en la recepción, elaboración o expresión

⇨ También puede estar alterado el sistema afectivo-motivacional.

③ El mapa cognitivo: parámetros del acto mental.

La enseñanza de una tarea requiere que el mediador tenga presente las características de la tarea y del acto mental que trata de enseñar. El mapa cognitivo elaborado por Feuerstein y cols. (1980), permite la categorización y definición de los componentes del acto mental. Consta de siete parámetros:

- Contenido: materia o tema sobre la cual se trata de operar (matemática, literatura, física, historia, etc).

- Operaciones: conjunto de acciones internalizadas, organizadas y coordinadas (reconocimiento, identificación, clasificación, seriación, multiplicación lógica, silogismos, inferencias, etc.), mediante las cuales se trata la información
- Modalidad o lenguaje en el que se expresa una operación (figurativo, pictórico, numérico, simbólico, verbal, combinaciones múltiples, etc.) Una misma operación mental puede ser realizada apelando a diversos lenguajes.
- Fases del proceso de información (recepción, elaboración, expresión) en el que se producen las operaciones.
- Complejidad: cantidad y calidad (familiaridad o novedad) de las unidades de información y las operaciones que es preciso activar para resolver un problema.
- Abstracción: distancia entre el acto mental dado y el objeto o dato sobre el cual se debe operar (objetos directos, representaciones de los objetos, o relaciones entre ellos).

Eficiencia: rapidez, precisión y esfuerzo requerido en la ejecución de un acto mental.

2. 2. El modelo de Campione y Brown.

- Se centra en los cambios producidos por la dispensa de ayuda durante la realización de tareas:
- Analiza la transferencia que puede conseguir un sujeto a partir de su aprendizaje.
- Tipos de transferencia:
 - Próxima: aplicación de las mismas reglas que se aprenden en el entrenamiento
 - Intermedia: aplicar las mismas reglas aprendidas pero a material distinto
 - Remota: reglas de solución de problemas distintas a las aprendidas.
- Material: parecido a tareas escolares (series de números o letras, problemas aritméticos...)
- Críticas:
 - ✓ Falta de especificación y demostración del modelo de organización de las ayudas
 - ✓ Cuantificar el número de ayudas sin distinguir entre los diversos tipos

2. 3. El modelo de Budoff.

- Objetivo: identificar habilidades y dificultades del sujeto para modificarlas en el proceso de enseñanza
- Metodología : TEST- ENSEÑANZA-RETEST
- Materiales: Matrices de Raven, cubos de Kohs y tareas de razonamiento no verbal.

► Puntuaciones que obtenemos:

1. Test: equiparables a los modelos tradicionales de CI

2. Retest: resultados obtenidos después del entrenamiento

3. Ganancias: Puntuación retest - puntuación test = capacidad para aprovecharse de la instrucción

☐ Categorías de los sujetos según sus puntuaciones en el test y retest:

a) Puntuaciones altas en el test, con pequeña ganancia en el retest: Niveles socioeconómicos altos y medios.

b) Ganadores: puntuaciones bajas en el test y altas en el retest.: Sujetos no familiarizados con el formato o estímulos de test o que provienen de entornos socioeconómicos bajos.

c) No ganadores: puntúan más bajo que los dos grupos anteriores, tanto en test como en el retest: Tienen dificultades para beneficiarse de la metodología del PA.

☐ Críticas:

- Falta de intervención psicopedagógica del significado que toman los puntos de ganancia referidos al nivel de ejecución inicial.

- El autor dispensa más atención a las tareas que a la conducta del niño

2.4. Aportaciones españolas.

EL EPA (Evaluación del potencial de aprendizaje, Fernández-Ballesteros et al., 1987/2000).

✓ Evalúa cuantitativa y cualitativamente en qué grado un sujeto puede beneficiarse de un entrenamiento

✓ Metodología: test - entrenamiento - retest

- Para el test y el retest se utiliza la prueba de Matrices progresivas de Raven

- Ofrece un código de observación para categorizar la ejecución del sujeto

✓ El entrenamiento está muy estructurado. Presentación de un problema:

① Presentación de la diapositiva que contiene el dibujo incompleto y las seis alternativas de respuesta

② Solicitud a uno de los sujetos del grupo de la respuesta correcta

③ Dibujo en la pizarra de la respuesta del sujeto

④ Valoración grupal de tal respuesta

⑤ Discusión de la respuesta y de otras alternativas

⑥ Comprobación final, mediante diapositiva, de la respuesta correcta

TEMA 8. DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

1. Concepto de retraso / fracaso escolar.

- Existe confusión en la utilización de los términos retraso escolar, fracaso escolar y trastornos de aprendizaje.

→ RETRASO: Déficit en la adquisición de las habilidades académicas que se consideran normativas (propias y adecuadas) a la edad y curso escolar del sujeto.

→ FRACASO: Retraso superior a dos años.

Algunas explicaciones posibles:

- a) El niño con dificultades de aprendizaje es un niño con alguna "anormalidad".
- b) La estructura escolar es la que no está adaptada al niño y la única responsable del fracaso escolar.

2. Características de los trastornos del aprendizaje

Los trastornos del aprendizaje pueden afectar a toda la vida de la persona

Las dificultades de aprendizaje deben ser significativas

Exclusiones: Las dificultades de aprendizaje no son fruto de deficiencia mental, de métodos pedagógicos inadecuados o de ausencia de escolarización, por ejemplo, aunque pueden aparecer junto con ellas.

Aproximación categorial: DSM-IV y DSM-IV-TR

1. El rendimiento en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior (dos desviaciones típicas) al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, evaluado a través de pruebas normativas.
2. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

- Trastorno de la lectura
- Trastorno del cálculo
- Trastorno de la expresión escrita
- Trastorno del aprendizaje no especificado

3. Aproximación categorial: CIE-10

1. Deterioro clínicamente significativo del rendimiento escolar específico
2. El déficit no se explica por un retraso mental o por déficits menores de la inteligencia general
3. El déficit debe ser precoz en el sentido de que debe estar presente desde el comienzo de la educación y no haber sido adquirido con posterioridad.
4. Deben estar ausentes factores externos que pudieran justificar suficientemente las dificultades escolares.
5. Los trastornos no se deben a déficits visuales o auditivos.

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR

- **Trastorno específico de la lectura**
- **Trastorno específico de la ortografía**
- **Trastorno específico del cálculo**
- **Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar**
- **Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar**
- **Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación**

