

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

I



TESIS DOCTORAL

Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Carolina Angel Ardiaca

Directores

**Luis Llavona
Francisco Méndez
Jesús Sanz**

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I



TESIS DOCTORAL

Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Carolina Angel Ardiaca

Directores:

Prof. Dr. Luis Llavona

Prof. Dr. Francisco Méndez

Prof. Dr. Jesús Sanz

Madrid, octubre 2015

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido posible gracias a la colaboración de Isabel Martín Gregorio de la Concejalía de Educación y Salud del Ayuntamiento de Valdemoro; Laura Gutiérrez Alguacil, Directora de Educación de la Concejalía; el Consejo Escolar; los Directores y Jefes de Estudios de cada uno de los seis centros escolares y gracias a los padres y alumnos que participaron voluntariamente en ésta.

Quiero agradecer al Profesor Llavona y al Profesor Méndez por haberme invitado a participar en su proyecto y haberme permitido seguir trabajando con los datos de éste para la consecución de la presente tesis. Al Profesor Sanz, por haberse involucrado en esta tesis doctoral y haberme guiado en este proyecto aunque el área infanto-juvenil no fuese su especialidad.

A las profesoras Calonge y Martínez por su participación indirecta, sus palabras de ánimo y principalmente por haberme presentado a Daniel Vásquez, psicólogo especialista en metodología, participante activo en el análisis de los resultados de esta investigación.

A mis amigos y compañeros de Doctorado por haber compartido sus ideas, inquietudes y conocimientos. Muchas gracias Ángela, Iris, José, Antonio, Mario y en especial a Laura por haber sido y ser otro pilar fundamental en mi vida en Madrid, por su alegría y optimismo contagiosos, por su amistad desinteresada y su infinita generosidad, por su apoyo y compañía constante y fundamentalmente, por no haberme permitido abandonar cuando el ánimo y las fuerzas flaquearon.

A Margarita, amiga, colega y compañera de despacho, por su apoyo constante y palabras de aliento en todo momento y sobretodo por cubrir mis fallos cuando mi energía y concentración eran insuficientes para abordar las necesidades de PsicoFyP, nuestro gabinete de psicología.

A mis padres Blanca y Enrique, por haberme forjado como persona, por su amor y cariño incondicional, por haberme apoyado en mi decisiones personales y profesionales, por estar siempre a mi lado, a pesar de la distancia. Principalmente a mi madre, por inculcar en mi la persistencia y las ganas de ser cada día mejor, por creer y confiar en mis capacidades y por ser el motor de mis proyectos en más de una ocasión.

A la familia que he construido en España, a Jorge, mi marido, Ainoha, mi hija, a Félix y Emi, los yayos, ya que sin duda su valioso tiempo, apoyo, cariño, aceptación, renuncia y entrega incondicional han hecho posible la culminación de esta investigación, lo que lo convierte en un proyecto familiar.

ÍNDICE

Resumen	15
Summary	27

Primera Parte. Fundamentos Teóricos

1. Desarrollo psicológico del niño	29
1.1. LEYES Y PRINCIPIOS BÁSICOS DEL DESARROLLO	30
1.1.1. Leyes del Desarrollo	30
1.1.2. Principios del Desarrollo.....	31
1.2. ENFOQUES TEÓRICOS DEL DESARROLLO	33
1.2.1. Teorías conductistas.....	33
1.2.2. Neoconductismo	35
1.2.3. La etología y sus aplicaciones.....	37
1.2.4. Teoría Sistémica y Teoría de la Comunicación.	42
1.2.5. Desarrollo Psicogenético	44
2. Desarrollo Emocional – Afectivo	49
2.1. EMOCIÓN.....	52
2.1.1. Componentes de la Emoción	53
2.1.2. El constructo de Inteligencia Emocional	55
2.2. TEORÍA DEL APEGO.....	57

2.2.1.	Tipos de vínculo y etapas de formación del Apego.	59
2.2.2.	Apego y neurociencia.....	62
3.	Psicopatología Infantil.....	67
3.1.	CONCEPTO DE SALUD.....	67
3.2.	PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO	71
4.	Taxonomía para los trastornos infantiles	75
4.1.	CLASIFICACIONES CREADAS ESPECÍFICAMENTE PARA TRASTORNOS INFANTILES	76
4.1.1.	Clasificaciones Cuantitativas o Dimensionales.....	76
4.1.2.	Clasificaciones Catoriales.	78
4.1.3.	Clasificación propuesta por el modelo de psicopatología evolutiva.	89
4.2.	SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DERIVADOS DE LAS NOSOLOGÍAS DE ADULTOS.....	90
5.	Trastornos interiorizados durante la niñez.....	109
5.1.	TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA.....	109
5.1.1.	Criterios Diagnósticos.....	110
5.1.2.	Etiología.....	111
5.1.3.	Sintomatología	112
5.1.4.	Frecuencia	113
5.2.	TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	113
5.2.1.	Criterios diagnósticos.....	114
5.2.2.	Etiología.....	116
5.2.3.	Sintomatología	117
5.2.4.	Frecuencia	119

5.3. DEPRESIÓN INFANTIL.....	119
5.3.1. Criterios Diagnósticos.....	122
5.3.2. Etiología.....	123
5.3.3. Sintomatología.....	125
5.3.4. Frecuencia.....	126
5.4. RECHAZO ESCOLAR.....	127
5.4.1. Criterios diagnósticos.....	129
5.4.2. Etiología.....	129
5.4.3. Sintomatología.....	130
5.4.4. Frecuencia.....	130
5.5. COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS INTERIORIZADOS.....	131
6. Evaluación psicológica en la infancia.....	137
6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN EL SISTEMA DIAGNOSTICO CATEGORIAL.....	140
6.1.1. Entrevistas estructuradas:.....	142
6.1.2. Entrevistas semiestructuradas.....	143
6.1.3. Otras.....	144
6.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN EL SISTEMA DIAGNOSTICO DIMENSIONAL.....	145
6.2.1. Inventarios.....	147
6.2.2. Escalas.....	148
6.2.3. Cuestionarios.....	151
6.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN LA OBSERVACIÓN....	154

7. Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders y Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia 159

7.1. EL SCREEN FOR CHILD ANXIETY-RELATED EMOTIONAL DISORDERS... 159

7.2. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA..... 164

Segunda Parte. Investigación Empírica

8. Objetivos 169

8.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO I..... 170

8.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO II 171

9. Método 173

9.1. PARTICIPANTES..... 173

9.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 177

9.2.1. *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*..... 177

9.2.2. Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia..... 177

9.2.3. *Children’s Depresión Inventory* de Kovacs..... 178

9.2.4. Inventario de Miedos Escolares 180

9.3. PROCEDIMIENTO..... 182

9.3.1. Revisión de la literatura científica..... 182

9.3.2. Selección de la muestra..... 182

9.4. DISEÑO..... 185

9.5. ANÁLISIS DE DATOS..... 185

10. Resultados 191

10.1. ESTUDIO I: SCARED 191

10.1.1.	Distribución de Puntuaciones.....	191
10.1.2.	Validez de Constructo.....	196
10.1.3.	Invarianza.....	205
10.1.4.	Fiabilidad del modelo de cinco factores	206
10.1.5.	Fiabilidad test-retest.....	214
10.1.6.	Validez de Convergencia y Discriminante.....	214
10.2.	ESTUDIO II: CASI-N	217
10.2.1.	Distribución de puntuaciones.....	217
10.2.2.	Validez Factorial.....	222
10.2.3.	Invarianza.....	228
10.2.4.	Fiabilidad de Consistencia Interna.....	228
10.2.5.	Fiabilidad Test-Retest	233
10.2.6.	Validez Convergente y Discriminante	233
11.	Discusión	235
11.1.	Estudio I.....	235
11.2.	Estudio II	238
11.3.	Limitaciones de la Investigación	241
12.	Conclusiones	2455
13.	Referencias.....	251
14.	Anexo.....	277

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1. Escalas derivadas a partir de análisis factoriales en la CBCL.....	78
Tabla 4.2. Clasificación de los trastornos psiquiátricos infantiles y del adolescente (GAP).....	79
Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10	81
Tabla 4.4. Clasificación multiaxial de la psicopatología de la primera edad según L. Kreisler	88
Tabla 4.5. Evolución del DSM en el número de trastornos mentales incluidos en las diferentes ediciones (Sandín, 2013).....	92
Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5.....	94
Tabla 4.7. Clasificaciones de los trastornos infanto juveniles	103
Tabla 4.8 Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad.....	106
Tabla 4.9 Prevalencia de los trastornos más comunes según género	107
Tabla 5.3. Incidencia de la depresión en niños y adolescentes españoles.....	128
Tabla 6.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas	146
Tabla 7.1. Investigaciones empíricas de las propiedades psicométricas del SCARED (ampliado de Hale et al., 2011).....	162
Tabla 9.1. Distribución de la muestra de participantes según el colegio ($N = 1.004$).....	174
Tabla 9.2. Distribución de la muestra de participantes según el sexo.....	175
Tabla 9.3. Distribución de la muestra según la edad y el sexo.....	176
Tabla 9.4. Definición de las variables del estudio.....	186

Tabla 10.1. Estadísticos descriptivos del SCARED	191
Tabla 10.2. Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov del SCARED.....	192
Tabla 10.3. Estadística descriptiva de la escala total y de las subescalas del SCARED según la edad y el sexo	197
Tabla 10.4. Pesos factoriales en el análisis factorial exploratorio (AFE) del SCARED	198
Tabla 10.5. Autovalores resultantes del análisis factorial exploratorio (AFE) del SCARED	202
Tabla 10.6. Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio (AFC) del SCARED	203
Tabla 10.7 Correlaciones entre los factores y entre estos y la puntuación total del SCARED.....	205
Tabla 10.8. Resultados de las pruebas de invarianza para el sexo del SCARED.....	205
Tabla 10.9. Índices de fiabilidad del SCARED.....	206
Tabla 10.10. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Pánico/Somático ...	207
Tabla 10.11. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Ansiedad Generalizada.....	207
Tabla 10.12. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Ansiedad por Separación	208
Tabla 10.13. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Fobia Social	209
Tabla 10.14. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Fobia Escolar	210
Tabla 10.15 Índices psicométricos de los ítems de la escala total del SCARED	211
Tabla 10.16. Fiabilidad Test-Retest del SCARED	214
Tabla 10.17 Correlaciones de las subescalas del SCARED con las subescalas del	215

Tabla 10.18. Estadísticos descriptivos del CASI-N	217
Tabla 10.19. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para el CASI-N	217
Tabla 10.20. Estadística descriptiva de la escala total y de las subescalas del CASI-N según la edad y el sexo.....	221
Tabla 10.21. Pesos factoriales del análisis factorial exploratorio (AFE) del CASI-N....	223
Tabla 10.22. Autovalores resultantes del análisis factorial exploratorio (AFE) en CASI-N	225
Tabla 10.23 Índices de ajuste para el modelo de 4 factores y el unifactorial para CASI-N	226
Tabla 10.24 Correlación entre los factores del CASI-N y con la escala total.....	226
Tabla 10.25 Resultados de las pruebas de invarianza por sexo en el CASI-N.....	228
Tabla 10.26. Índices de fiabilidad del CASI-N	228
Tabla 10.27. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Preocupación frente a la Separación	229
Tabla 10.28. Índices psicométricos de los ítems de la subescala Angustia frente a la Separación.....	230
Tabla 10.29. Índices psicométricos de los ítems de la subescala Oposición frente a la Separación.....	230
Tabla 10.30. Índices psicométricos de los ítems de la subescala Calma frente a la Separación.....	231
Tabla 10.31. Índices psicométricos de los ítems de la escala total del CASI-N	231
Tabla 10.32. Fiabilidad test-retest del CASI-N.....	233
Tabla 10.33. Correlaciones del CASI-N con el IME y el CDI.....	234
Tabla 14.1. Items del SCARED original y sus versiones en español.....	277

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 Diversos modelos de comprensión en psicopatología Infantil.....	62
Figura 10.1 Diagrama del AFC de SCARED con sus respectivos pesos factoriales	204
Figura 10.2 Diagrama del AFC del CASI-N con sus respectivos pesos factoriales.....	227

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 9.1 Distribución de la muestra según cursos	162
Gráfico 9.2. Distribución de la muestra según edad.....	163
Gráfico 9.3 Distribución de la muestra según edad y sexo	164
Gráfico 10.1 Distribución de puntuaciones en Subescala de TP del SCARED	192
Gráfico 10.2 Distribución de puntuaciones en Subescala de TAG del SCARED.....	179
Gráfico 10.3 Distribución de puntuaciones en Subescala de TAS del SCARED	193
Gráfico 10.4 Distribución de puntuaciones en Subescala de TFS del SCARED	194
Gráfico 10.5 Distribución de puntuaciones en Subescala de TFE del SCARED	194
Gráfico 10.6 Distribución de puntuaciones Totales en SCARED.....	181
Gráfico 10.7 Distribución de puntuaciones de la PFS del CASI-N.....	201
Gráfico 10.8 Distribución de puntuaciones de la AFS del CASI-N.....	201
Gráfico 10.9 Distribución de puntuaciones de la OFS del CASI-N.....	219
Gráfico 10.10 Distribución de puntuaciones de la CFS del CASI-N.....	219
Gráfico 10.11 Distribución de puntuación total del CASI-N	203

RESUMEN

La promoción de una buena salud psicológica infanto-juvenil constituye un objetivo prioritario según lo señalado la Unión Europea en el *Informe sobre Salud Mental* (2009) y el *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar* (2008).

Al realizar una revisión bibliográfica acerca de los distintos estudios realizados en torno a los trastornos interiorizados en la infancia (ansiedad y depresión), se puede señalar que las investigaciones sobre el comportamiento infantil distan mucho de alcanzar el nivel que se ha obtenido con adultos. A su vez, gran parte de los estudios llevados a cabo con población infantil se han realizado con muestras clínicas.

Se ha demostrado que estos trastornos ejercen un impacto negativo importante a lo largo de la vida de las personas, en cuanto a su calidad de vida, sus relaciones tanto interpersonales como académicas o laborales, dando cuenta de problemas conyugales y financieros en pacientes con trastorno de pánico, limitaciones de diversa índole en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y las altas tasas de divorcio y discapacidad en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Olantunji, Cisler y Tolin, 2010).

Esto no deja de llamar la atención considerando aquellos estudios que refieren que los trastornos de ansiedad desarrollados en la infancia constituyen factores de riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos en la edad adulta. Así por ejemplo, Lewinsohn et al. (2008) realizaron un estudio retrospectivo con una muestra de 816 sujetos menores de 30 años, en el que encontraron que el trastorno de ansiedad por separación (TAS) aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos mentales en la adultez temprana en un 78,6%, señalando como conclusión que la detección y prestación de una intervención preventiva en la infancia y en la adolescencia podría reducir el riesgo de presentar una psicopatología en el futuro.

Según la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA, 2011), los trastornos mentales representan un importante problema en la infancia y adolescencia y han pronosticado que para el año 2020 el 50% de la población mundial infanto-juvenil sufrirá un trastorno mental. En el 2011, el suicidio fue la primera causa de muerte en los jóvenes de España, y en el 2014 un estudio publicado por la Organización

Mundial de la Salud lo situaba en el tercer lugar, después de los accidentes de tráfico y el VIH.

Este estudio pretende ser útil para identificar y valorar el estado de los trastornos interiorizados que experimentan niños y adolescentes al analizar los instrumentos de evaluación y cribado de ansiedad con los que se cuenta para su detección precoz, a fin de poder generar protocolos de evaluación e intervención temprana.

Objetivo

La presente investigación tiene como objetivo analizar las propiedades psicométricas de dos autoinformes que evalúan la sintomatología ansiosa en la infancia y la adolescencia: el *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders* (SCARED) (Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Kaufman, y Near, 1999), traducido al español por Vigil-Colet et al. (2009), y el Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia, versión para niños (CASI-N), creado por un grupo de investigación español (Méndez, Espada, Orgilés, Llavona y García-Fernández, 2014).

Diseño

La presente es una investigación no experimental, de diseño transversal descriptivo y analítico, que evalúa las propiedades psicométricas de dos instrumentos.

Participantes

Los datos presentados en este estudio corresponden a un total de 1004 alumnos con edades comprendidas entre 8 y 12 años en el momento de la evaluación. Todos ellos pertenecientes a centros escolares de la localidad de Valdemoro de la Comunidad de Madrid, de los cuales cuatro son públicos con 596 alumnos; uno es concertado con 269 alumnos y otro es privado con 139 alumnos.

Instrumentos

Para la realización de este estudio los sujetos fueron evaluados a través de cuatro instrumentos: el Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia –CASI-N– creado por Espada, Méndez, Orgilés e Hidalgo (2008); el *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised* –SCARED– creado por Birmaher, Khetarpal y Cully,

(1997), revisado por Muris et al. (1999); el *Children's Depression Inventory* –CDI– de Kovacs (1992), en su adaptación española conocida como “Inventario de Depresión Infantil” y publicada por TEA en 2004; y el Inventario de Miedos Escolares para Preadolescentes –IME-PreA– de García-Fernández y Méndez (1997).

Estos instrumentos se organizaron en dos baterías para su aplicación, de este modo, 475 escolares completaron el CASI-N, el SCARED y el CDI, mientras los otros 529 escolares contestaron el CASI-N, el SCARED y el IME.

Resultados

En el Estudio I se presentan los resultados obtenidos al analizar las propiedades psicométricas del SCARED. La media del SCARED total fue de 24,77 con una desviación típica de 12,70. Las puntuaciones se distribuyen de manera normal y en concordancia con otros estudios, se observa que las puntuaciones de las chicas son superiores a las de los chicos en todas las edades.

Para el análisis de la estructura interna del SCARED se han analizado y comparado un modelo bifactorial con otros dos modelos de 4 y 5 factores respectivamente, encontrando que la solución de cinco factores es la que mejor ajusta según los índices estudiados.

El análisis de fiabilidad se realizó a través del alfa de Cronbach y de Omega de McDonalds. El SCARED total obtuvo un alfa de Cronbach de 0,89, lo que indica que la fiabilidad de este instrumento es excelente según los criterios planteados por Prieto y Muñiz (2000). La mayoría de las subescalas del SCARED obtuvieron valores de fiabilidad adecuados, los que oscilaron entre 0,63 y 0,81. Los valores para ω de McDonald fueron ligeramente superiores, fluctuando entre 0,76 y 0,89 para las subescalas

La correlación de la puntuación total del SCARED con la del CASI-N es de 0,57. Por subescalas la puntuación más baja se obtiene con Calma frente a la separación (0,20) y la más alta con Oposición frente a la separación. Las correlaciones con las puntuaciones del IME oscilan entre 0,28 (Ansiedad anticipatoria y por separación) y 0,45 (Malestar físico) para las escalas y es de 0,52 para la puntuación total.

En cuanto a la correlación de las puntuaciones del SCARED con el CDI, se obtiene un $r = 0,58$ para la puntuación total, y un $r = 0,51$ y $r = 0,54$ para las subescalas de Disforia y Autoestima, correspondientemente.

La fiabilidad Test-retest da cuenta de valores que oscilan entre 0,65 para la subescala de Fobia Social y 0,70 para la de Pánico Somatización, obteniéndose un valor de 0,78 para las puntuaciones de la escala total.

Por otra parte, en el Estudio II se examinan las propiedades psicométricas del CASI-N. En la muestra estudiada, las puntuaciones se distribuyen de manera asimétrica, obteniéndose en el total de la muestra una media de 52,79 con una desviación típica de 11,13. Al igual que en el caso del instrumento anterior, las chicas puntúan más alto que los chicos, observándose un pico en los chicos de 9 años ($M = 54,27$). Se observa una relación proporcionalmente inversa entre las puntuaciones y la edad, de modo que a mayor edad disminuyen la puntuaciones obtenidas por los escolares evaluados.

Para encontrar la mejor estructura factorial del CASI-N se realizó con el total de la muestra un AFE y posteriormente un AFC, en el que se puso a competir un modelo de 4 factores y uno unifactorial. De este modo se constató que el modelo de 4 factores presenta un menor desajuste que el modelo de un único factor.

Se utilizaron los coeficientes de alfa de Cronbach y omega de McDonald para analizar la consistencia interna del CASI-N. Los valores obtenidos para el alfa de Cronbach fueron de 0,73 para la escala total y entre 0,63 y 0,71 para las subescalas, por lo que, según los estándares de Prieto y Muñiz (2000), pueden considerarse indicativos de una fiabilidad adecuada. Los valores para ω de McDonald fueron ligeramente superiores, fluctuando entre 0,70 y 0,85 para las subescalas.

La correlación entre las puntuaciones totales del CASI-N y el IME total fue de 0,30, mientras que la correlación con las subescalas fluctuó entre 0,13 y 0,27, valores considerados inadecuados o adecuados con carencias según los criterios de Prieto y Muñiz (2000). La correlación con el SCARED fue señalada anteriormente. En cuanto a la correlación con el CDI ésta fue de 0,39 para la escala total, 0,33 para Disforia y 0,39 para Autoestima.

La fiabilidad test-retest es de 0,70 para la escala total y va de 0,32 a 0,64 para el resto de las subescalas.

Conclusiones

Padecer un problema psicológico en las primeras fases de la vida constituye uno de los principales factores de riesgo para la salud física y psicosocial futura, ya sea porque el problema puede cronificarse al no recibir tratamiento, porque puede suponer la aparición de otros trastornos diferentes o porque predicen un peor ajuste psicosocial en alguna o todas las áreas del desarrollo.

El reconocimiento temprano de los síntomas de ansiedad y depresión y la búsqueda inicial de alguna condición médica general que pueda explicarlos, son de vital importancia para hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno, pudiendo aminorar así el impacto negativo (OMS, 2003)

Con este panorama, se hace indispensable la capacitación de profesionales de la salud mental infantil, docentes y padres de familia en temas relacionados con salud mental, con el fin de que éstos adquieran los conocimientos, habilidades y herramientas necesarias como la identificación temprana de signos y síntomas de alarma precisos, que les permitan evitar situaciones de riesgo y actuar adecuadamente.

Es por ello que la necesidad de contar con instrumentos y medidas de evaluación de estos trastornos interiorizados que sean válidos y fiables.

Si bien, la validación de cualquier instrumento puede ser un proceso sin fin que requiere el análisis del mayor número de propiedades psicométricas posibles y en el mayor número de condiciones, luego de realizar la presente investigación se puede concluir que la versión española del SCARED y el CASI-N presentan evidencias de propiedades psicométricas buenas, pudiendo ser considerados como instrumentos de cribado útiles para la detección temprana de síntomas ansiosos en población infanto-juvenil.

No obstante, como con toda investigación, los resultados deben ser interpretados y valorados con cautela, teniendo en cuenta sus limitaciones como, por ejemplo, que la muestra de participantes se seleccionó de manera incidental.

SUMMARY

When performing a literature review on the different studies about anxiety disorders and depression in childhood, it can be noted that research on child behavior is far from reaching the level obtained with adults. In turn, many of the studies conducted with pediatric population have been conducted with clinical samples. Anxiety disorders have a significant negative impact on quality of life of people, producing marital and financial problems in patients with panic disorder, limitations of various kinds in patients with obsessive-compulsive disorder and high rates of divorce and disability in patients with generalized anxiety disorder (Olantunji, Cisler y Tolin, 2010).

These facts continue to draw attention at considering studies that show that suffering anxiety disorders in childhood is a risk factor for developing psychiatric disorders in adulthood. For example, Lewinsohn et al. (2008) conducted a retrospective study with a sample of 816 subjects aged 30 years, in which they found that separation anxiety disorder (SAD) increases the probability of developing mental disorders in early adulthood in 78.6%. This result suggests that the detection and provision of a preventive intervention in childhood and adolescence may reduce the risk for psychopathology in the future. According to the Spanish Association of Psychiatry, Child and Adolescent (AEPNYA, 2011), mental disorders represent a major problem in childhood and adolescence. AEPNYA has predicted that in 2020, 50% of child and adolescent world population will suffer mental disorders.

In 2011, suicide was the leading cause of death among young people in Spain, and, in 2014, a study published by the World Health Organization put suicide in the third place of the leading causes of death, after traffic accidents and HIV.

This study may be useful to identify and assess the state of anxiety, depression and possible school refusal experience, generate assessment and intervention protocols and may be useful to formulate possible etiological hypotheses for future studies. By detecting these phenomena that negatively affect the evolution and healthy child development, it can create patterns of coping and treatment to prevent complications and help parents and children overcome these alterations of emotional states.

Objectives

The present research was aimed at analyzing the psychometric properties of two self-report instruments designed to assess anxiety symptomatology in children and adolescents: the Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Kaufman y Near, 1999), translated into Spanish by Vigil-Colet et al. (2009), and the Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia, versión para niños (CASI-N; Separation Anxiety Questionnaire for Children, version for children). The CASI-N was developed by a Spanish research group (Méndez, Espada, Orgilés, Llavona y García-Fernández, 2014).

Research Design

This is a non-experimental research with a descriptive and correlational, transversal design that assess the psychometric properties of two instruments.

Participants

The data presented in this study correspond to a total of 1004 pupils aged between 8 and 13 years at the time of evaluation. All participants belonged with six schools in the town of Valdemoro at the Community of Madrid. Four out of those schools were public (596 students), one was state assisted (269 students) and one was private (139 students).

The participation in this study was voluntary, and consents signed by parents were obtained.

Measures

For this study all participants were evaluated through four instruments: Separation Anxiety Questionnaire for Children –CASI-N– developed by Espada, Mendez, Orgilés and Hidalgo (2008); the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised –SCARED– created by Birmaher et al. (1997) and revised by Muris et al. (1999); the Children's Depression Inventory –CDI– developed by Kovacs (1992; the Spanish version of CDI published by TEA in 2004), and the Inventory of School Fears for Tweens –IME-PreA– developed by García-Fernández and Mendez (1997).

These instruments were organized into two batteries for their administration. Thus, 412 students completed the CASI-N, the SCARED and CDI, whereas the remaining 472 students completed the CASI-N, the SCARED and the IME.

Results

In Study I, we present the results obtained on the psychometric properties of the SCARED. The mean of the total SCARED is 24,77 with a standard deviation of 12,70. The scores are distributed in a normal way and, in conformity with other studies, it is observed that the scores of girls are higher than those of boys in all ages. For the analysis of the internal structure of the SCARED, we analyzed and compared a bifactorial model with other two models of 4 and 5 factors, respectively. The five-factor solution demonstrated to be the best one, having the better goodness of fit indices after confirmatory factor analyses.

The reliability analysis was performed using Cronbach's alpha and McDonald's omega. The total SCARED obtained a Cronbach's alpha of 0.89, indicating that the reliability of this instrument is great according to the criteria set by Prieto and Muñiz (2000). Most SCARED subscales obtained adequate reliability values, which ranged between 0.63 and 0.81. The values for McDonald's ω were slightly higher, ranging between 0.76 and 0.89 for the subscales.

The correlation of the total score of SCARED to the CASI-N is 0.57. By subscales, the lowest correlation of the SCARED total score is obtained with the CASI-N subscale named Calm against separation (0.20) and the highest with the CASI-N subscale named Opposition to separation. The correlations between the SCARED and the IME range from 0.28 (with IME's Anticipatory and Separation Anxiety subscale) to 0.45 (with IME's Physical discomfort subscales) for the subscales and is 0.52 for the total score.

The correlation between the SCARED and the CDI is 0.58 for the CDI total score, and 0.51 and 0.54 for the CDI subscales of dysphoria and self-esteem, respectively.

The test-retest reliability indices for the SCARED range from 0.65 for the social phobia subscale and 0.70 for Panic somatization, obtaining a value of 0.78 for the total scale scores.

The psychometric properties of the CASI-N are examined in Study II. In the sample of the present study, the CASI-N scores are normally distributed, resulting in the total sample average of 52.79 with a standard deviation of 11.13. As happens with the SCARED, girls' CASI-N scores were higher than those of boys, with a peak observed in female children of 9 years ($M = 54.27$).

To find the best factorial structure of the CASI-N, exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis were conducted. This last analysis tested a four-factor model against a one-factor model. It was found that the 4-factor model showed better goodness-of-fit indices than did a single factor model.

Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficients were used to analyze the internal consistency of the CASI-N. The values obtained for Cronbach's alpha were 0.73 for the total scale and between 0.63 and 0.71 for the subscales. These values can be considered adequate according to the standards set by Prieto and Muñiz (2000). The values for ω McDonald were slightly higher, ranging between 0.70 and 0.85 for the subscales.

The correlation between the total scores of the CASI-N and total IME was 0.30, whereas the correlation with the subscales ranged between 0.13 and 0.27. These values can be considered inadequate according to the standards set by Prieto and Muñiz (2000). The correlation with SCARED was noted above. As to the correlation with the CDI, it was 0.39 for CDI total scale, 0.33 for CDI Dysphoria subscale, and 0.39 for CDI Negative self-esteem subscale.

The test-retest reliability is 0.70 for the total scale of the CASI-N and goes from 0.32 to 0.64 for the CASI-N subscales.

Conclusions

Having a psychological problem in the early stages of life is one of the major risk factors for future physical and psychosocial health because the problem can become chronic when left untreated, or because it can lead to the appearance of other different conditions, or because it can predict a worse psychosocial adjustment in some or all areas of development.

Adequate assessment of anxiety in children and adolescents is critical for clinical diagnosis, treatment plan formulation, treatment evaluation, and research. Clearly, there is a need for assessment measures of child and adolescent anxiety which are both reliable and valid.

With this background, the study has proved that the Spanish version of the SCARED and the CASI-N show good indices of factorial validity, internal consistency reliability, test-retest reliability, metric invariance for sex, and convergent validity.

While the validation of any instrument can be an endless process that requires analysis of as many potential psychometric properties and the largest number of conditions, after conducting this investigation it can be concluded that the Spanish version of the SCARED and CASI-N present evidence of good psychometric properties and can be considered as screening instruments useful for early detection and assessment of anxiety symptoms in Spanish children and adolescents.

However, as with all research, results of this study should be interpreted and evaluated with caution, taking into account its limitations, especially, for example, that the sample of participants was incidentally selected.

Primera Parte

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. Desarrollo psicológico del niño

Los niños son seres psicosociales que están en constante aprendizaje e interacción con su entorno. Por lo tanto, comprender los factores que pueden afectar a su desarrollo y comportamiento puede ayudar a comprender mejor sus necesidades (Lucio y Heredia, 2014). A diferencia de todas las otras especies animales, el recién nacido humano viene al mundo con un equipamiento insuficiente para adaptarse activamente a su entorno, por lo que su adaptación dependerá por completo de quienes le rodeen durante los primeros años de vida (padres y/o cuidadores), lo que explica, en parte, la importancia de la socialización en el ser humano (Marcelli, 2007).

Las interacciones entre el individuo y el medio se extienden más allá del comportamiento, modelando la estructura y funcionamiento del sistema nervioso. La influencia estructurante de factores no genéticos ha sido mostrada por diversos investigadores, entre los que destacan David Hubel y Torsten Wiesel, ganadores del Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1981 y que comprobaron a través de sus experimentos que la privación sensorial, es decir, la falta de estímulos del mundo exterior, impedía el desarrollo normal de las vías neuronales que conducen la información al córtex occipital.

Según Casaer (1993, citado en Lucio et al., 2014), el desarrollo del cerebro no depende sólo de la programación biológica, sino también de la experiencia, la cual puede conformar el crecimiento inicial del sistema nervioso, fomentando la creación de nuevas conexiones nerviosas y ayudando a eliminar conexiones redundantes. De acuerdo con

Allan Schore (2000) las experiencias y vinculaciones tempranas se inscriben en el hemisferio derecho, de maduración más precoz y dominante durante al menos los tres primeros años de vida. Daniel Siegel (2001) señala que los padres o cuidadores principales son los arquitectos del cerebro de los niños. Kileman (2005) enfatiza que el conocimiento del desarrollo psicológico es imprescindible para los profesionales que trabajan con niños en el ámbito de la salud, a fin de que se pueda identificar y diferenciar conductas normales y patológicas, e impulsar aspectos preventivos que fomenten el desarrollo integral del niño (Almonte, Montt y Correa, 2005)

A pesar de que ha quedado atrás la controversia entre lo innato y lo adquirido, lo biológico y lo social, lo genético y lo ambiental, ya que el desarrollo evolutivo se considera actualmente como una epigénesis interaccional, revisaremos algunas de las teorías sobre el desarrollo del ser humano.

1.1. LEYES Y PRINCIPIOS BÁSICOS DEL DESARROLLO

Si bien no es menester de esta tesis hacer una revisión exhaustiva de las leyes y principios básicos del desarrollo, sí se considera importante mencionar algunos de los aspectos más relevantes que darán cuenta a su vez de las principales señales organizadoras del psiquismo.

El desarrollo biopsicosocial se caracteriza por ser un proceso de cambios progresivo, sujeto a leyes y principios que comienza con la concepción, culmina en la madurez y concluye con la muerte. Su objetivo es la adquisición de una identidad biológica, psicológica y social que equilibre las necesidades del individuo con las del contexto social en el que está inserto (Almonte, Montt y Correa, 2005).

1.1.1. Leyes del Desarrollo

Sucesión: El desarrollo sigue un orden determinado, según el cual cada etapa debe preparar para la siguiente; este orden es inalterable y corresponde a la programación genética. Este desarrollo ordenado del organismo comienza mucho antes del nacimiento.

Discontinuidad en el ritmo del crecimiento: La velocidad del proceso de crecimiento y desarrollo no es constante, el crecimiento es muy rápido en la primera infancia, su ritmo

aminora gradualmente durante los años escolares para acelerarse nuevamente hacia la pubertad.

Crecimiento asincrónico o ley de alternancia: Cada sistema y subsistema del individuo tiene su propio ritmo cambiando el foco del desarrollo en los períodos sucesivos. Así, el cuerpo no crece en su totalidad al mismo tiempo, sino que el desarrollo de diferentes subsistemas predomina en momentos distintos. De igual modo, la plasticidad de la estructura y función es óptima en el período de focalización del desarrollo: noción de período crítico, sensible y oportunidad de desarrollo.

Diferenciación: En el estado inicial, el organismo tiene una configuración relativamente sencilla e inarticulada, en el estado final existe una configuración que se ha diferenciado en formas parciales relativamente inconfundibles entre sí. También existen evidencias de diferenciación en el plano psicológico. Como por ejemplo, el desarrollo emocional en el que en un comienzo el bebé distingue placer y displacer, y a fines del primer año el niño es capaz de expresar una amplia gama de emociones.

Integración: El organismo funciona como una unidad. Los elementos que se diferencian tienen que integrarse a la vez, tanto en el ámbito corporal como en el psicológico, un ejemplo de este último sería la configuración de la personalidad.

1.1.2. Principios del Desarrollo

1) Direcciones del desarrollo:

- **Céfalo-caudal:** el extremo cefálico evoluciona antes que las extremidades, tanto en relación con el desarrollo como al funcionamiento. Las partes inferiores del cuerpo se forman en períodos ulteriores del desarrollo prenatal y también posnatal, así mismo, la cabeza del entra en funcionamiento antes que las manos, emplea la boca, los ojos y los oídos antes de ser capaz de aferrarse.

- **Próximo-distal:** el crecimiento se produce hacia afuera, desde el eje central del cuerpo a la periferia. Así por ejemplo, después del nacimiento, el niño utiliza la mano entera, como unidad, antes de poder controlar los dedos.

2) Motivación de competencia: alude a la disposición natural del niño para conocer y descubrir, que conduce a la realización de actos novedosos; los que devienen en aprendizaje y cambio.

3) Ambivalencia del crecimiento. El niño se mueve entre impulsos progresivos que lo inducen a explorar, e impulsos conservadores de no cambio e incluso regresión a conductas anteriores, entre la morfogénesis y la morfostasia de sus sistemas. Hablamos de ambivalencia dual cuando se combinan las ambivalencias del niño con las que pueden sentir los padres frente el crecimiento de los hijos.

De acuerdo con Marcelli (2007), se pueden distinguir tres aspectos esenciales asociados al proceso de desarrollo morfológico y fisiológico de un ser humano hasta que alcanza su estado de madurez: la anatomía (morfología), las funciones (sistemas potenciales) y el funcionamiento (activación de dichos sistemas). Estos tres aspectos se sitúan en niveles de organización distintos manteniendo relaciones diferentes con la dotación innata y la aportación del ambiente, estableciendo entre ellos lazos de dependencia y también un cierto grado de independencia. Esto implica que las características de uno no son suficientes para determinar las características de los otros. Por lo tanto, aunque la maduración anatómica tiene sus propias leyes de evolución, no es condición suficiente para explicar el comportamiento y la evolución de todos los aspectos mencionados a lo largo del crecimiento del bebé, que posteriormente será niño. Como señaló Marcelli (2007) anteriormente, lo que es importante durante el crecimiento de un niño, no es la etapa en sí misma, si no el paso o transición de una etapa a la siguiente.

Desde la perspectiva del movimiento madurativo, apreciar la resonancia diacrónica mutua entre el funcionamiento en sí (las conductas), la función llevada a cabo y la estructura neuroanatómica implicada es lo relevante. Las estructuras anatómicas dependen en gran medida de la dotación innata, mientras que las conductas dependen estrechamente del entorno en el que evoluciona el bebé, lo que explicaría la dificultad de diferenciar entre lo adquirido y lo no adquirido. Por lo tanto, frente a una conducta determinada, la separación arbitraria y simplista entre lo innato y lo adquirido denotaría más un juego especulativo que una actitud realmente científica (Marcelli, 2007).

1.2. ENFOQUES TEÓRICOS DEL DESARROLLO

A finales de la década de los sesenta la Psicología del Desarrollo estuvo gobernada por la propuesta teórica de investigadores que, a nivel individual, construyeron las bases conceptuales del desarrollo humano; especialmente el infantil. Esto implica que gran parte de la estructura conceptual de este tipo de psicología está constituido por grandes enfoques o teorías, cuyos planteamientos surgieron principalmente de la reflexión teórica sistemática de expertos. De este modo, la psicología del desarrollo fue abordada, a través de la interpretación clínica de Freud (1958), el estudio de casos únicos de Piaget, la observación semi-sistemática de Gessel y el uso de técnicas interpretativas de Vygotsky (Lecannelier, 2006).

Subsiguientemente, se produjo un gran cambio en este campo de investigación donde la nueva psicología del desarrollo se empezó a estructurar y nutrir de un tipo de metodología experimental cuantitativa, diferente a la utilizada en el pasado. Así, el estudio del desarrollo humano y la salud mental cambió de dirección desde la observación e interpretación clínica a la investigación empírica; desde la clínica al estudio de los procesos básicos; desde el psicoanálisis a diversas corrientes más centradas en la evidencia empírica y el estudio científico de los fenómenos, tales como la Etología, la Primatología, la Psicología Cognitiva y la Neurociencia (Greenberg, Cicchetti, y Cummings, 1993). Como resultado surgió una nueva etapa que se caracteriza por la enorme creatividad implementada en los estudios, en los que a su vez se intenta, constantemente, controlar todo tipo de aspectos indeseables que pudieran interferir con una investigación sistemática y rigurosa. Estos avances metodológicos permitieron no solo reformular muchas ideas y concepciones clásicas propuestas por los grandes pensadores, sino que situó a la Psicología del Desarrollo en una de las áreas más generativas y creativas de la psicología (Lecannelier, 2006).

A continuación se revisan algunas de las fuentes teóricas y principales aportes sobre los que descansa el ejercicio de la paidopsiquiatría y psicología infantil.

1.2.1. Teorías conductistas

De acuerdo con la perspectiva de Watson (1913), todo comportamiento es el resultado de un aprendizaje secundario a un condicionamiento, por lo tanto, las conductas

se reducen a una serie de reflejos condicionados sin repercusiones recíprocas entre el sujeto y su entorno, es decir, la díada estímulo-respuesta.

Posteriormente, en 1937 Skinner, se opuso al esquema propuesto por Watson (1913) por considerarlo demasiado simplista, así, a partir de experimentos realizados con ratas, propuso el modelo del condicionamiento operante. Este modelo se extrapoló al conjunto de comportamientos humanos y el aprendizaje del niño y se generaron algunas teorías en la línea de que el condicionamiento era más rápido cuanto más poderosa era la motivación y cuanto más gratificante era la recompensa. Por lo que se concluyó que la conducta, más que ser un reflejo, dependía de la voluntad de quien la ejecutaba, y ésta, a su vez, se organizaba por pruebas de ensayo y error para alcanzar un objetivo.

El concepto refuerzo es una de las piedras angulares del planteamiento de Skinner (1979, citado en Marecelli, 2007), que se define como el estímulo que al aumentar o desaparecer, aumenta la probabilidad de ocurrencia de una respuesta. De este modo, por un lado se define como refuerzo positivo a aquel que hace que una respuesta o conducta se repita o aumente en el futuro, pudiendo incluso eliminar una conducta inapropiada o incompatible con la misma; y por otro, define como refuerzo negativo, a aquel estímulo cuya omisión aumenta la probabilidad de respuesta. A diferencia del refuerzo positivo, en este caso se omite o retira un estímulo que antecede a la respuesta o conducta, y como consecuencia aumenta dicha conducta.

Las aplicaciones de reforzamientos positivos y negativos no pueden ser aplicadas en todas las situaciones, ya que debe haberse comprobado previamente que el reforzador tiene la capacidad para reforzar una determinada respuesta bajo condiciones específicas. De acuerdo con Wolpe (1977), estas nociones sientan las bases de las teorías de aprendizaje y las terapias cognitivo-conductuales que tienen por objetivo modificar los comportamientos inadaptados; los hábitos inadaptados son debilitados y eliminados, mientras que los hábitos adaptados son implantados y reforzados. En esta línea, en la actualidad las técnicas terapéuticas son variadas como por ejemplo la inhibición recíproca, la provocación de ansiedad, el condicionamiento operante y la aversión.

1.2.2. Neoconductismo

En 1930, un grupo de psicólogos americanos neoconductistas de los que destacan los trabajos de Tolman (1886-1959) y Hull (1884-1952), aceptaron los principios básicos del conductismo (ambientalismo, mecanicismo, condicionamiento, enfoque no introspeccionista ni mentalista) y utilizaron variables intermedias como los propósitos, las cogniciones, los impulsos y los hábitos, para el análisis, la predicción y el control de la conducta.

Aportaciones de Hull

La aspiración fundamental de Hull (1943) fue formular una teoría de la conducta de acuerdo con la estructura lógico-formal de un sistema proposicional hipotético-deductivo. En su obra “Los principios de la conducta” (1943), establece que la conducta se inicia con la estimulación que proviene del medio y termina con la producción de una respuesta manifiesta. Entre sus planteamientos más destacados se encuentran: el enfoque de reducción de impulso como modelo homeostático de la conducta y como explicación del aprendizaje; el principio motivacional de implicación, en el que el educando desarrolla conductas instrumentales que le hacen percibirse como protagonista de las mismas; la hipótesis de continuidad, en la que señala que el aprendizaje es continuo y acumulativo, por lo que cada refuerzo fortalece el aprendizaje aunque no se manifieste en un principio y; la inhibición reactiva como protección natural del organismo.

Aportaciones de Tolman

La psicología de Tolman (1932) constituye un temprano esfuerzo por elaborar la propuesta conductista watsoniana en el sentido de incorporar a ella los aspectos propositivos y cognoscitivos de la conducta. Para Tolman, los propósitos y las cogniciones son elementos inmanentes de la conducta, rasgos que ésta expresa en su ejercicio y que se imponen en una descripción y explicación adecuadas y objetivas de la misma.

El conductismo de Tolman alcanza su expresión más acabada en su obra “La conducta propositiva en los animales y el hombre” (1932), obra en la que presenta una concepción sistemática de la conducta. Ella señala que la conducta depende, en última instancia, de toda una serie de factores o variables independientes entre los que se incluye la herencia, la maduración, el adiestramiento, el estado fisiológico del organismo y los

estímulos ambientales que inciden en ella; concibe la conducta de forma molar, no molecular, acercándose en tal sentido a la Teoría de la Gestalt.

En cuanto al aprendizaje, cabe destacar la teoría E-E (estímulo-estímulo; signo-significado) de Tolman (1946), en la que plantea que el aprendizaje no tiene lugar por reforzamiento, sino por significación, de manera que cuando un estímulo (signo) va seguido de un segundo estímulo (significado), el sujeto adquiere una asociación entre estos estímulos. Una de sus importantes aplicaciones, se refiere al aspecto motivacional, en el que las expectativas son variables motivacionales donde el sujeto relaciona sus creencias-valores, necesidades y su propia imagen, constituyendo un espacio o campo conductual inmediato (Hernández Hernández, 1991).

Es preciso señalar que de acuerdo con Marcelli (2007), tanto en las teorías conductistas como en las neoconductistas, el constructor de personalidad no es más que un ensamblaje de condicionamientos cada vez más complejos los problemas de la imagen mental y de la estructuración del psiquismo se consideran superfluos. Asimismo señala que estas teorías dejan de lado las nociones del funcionamiento psíquico interno y se enfocan fundamentalmente en la vertiente externa, y se preocupan poco del punto de vista genético, sin llegar a describir ningún estado evolutivo en el niño.

Teorías genético-dialéctica: interacción observada

Los trabajos de Vigotsky, Leontiev, Anokhin y Zaporozhets (1934), propusieron una teoría del aprendizaje con el fin de incluir el concepto de condicionamiento reflejo, tomando en consideración el proceso de desarrollo interno del acto. Vigotsky et al., estudiaron el problema de la transformación de las acciones exteriores en el proceso intelectual interno, es decir, el problema de la interiorización. A través del estudio de “señalar con el dedo”, fueron identificando los hitos que componían el proceso de comunicación entre un niño y su cuidador, analizando que el gesto propio del niño, al principio puramente motor, adquiriría sentido a través de una intervención social externa. De ello concluyeron que el desarrollo psíquico aparecía primero como exponente de categorías intermentales (engendradas por las relaciones entre individuos) antes de organizarse en categorías intramentales. A partir de esa investigación, introducen el concepto de internalización, el cual alude a la reconstrucción interna de una operación externa, señalando que la transformación de un proceso interpersonal en uno intrapersonal

es el resultado de una serie de sucesos evolutivos. Además, propusieron el concepto de aferentización de retorno, con el que explicaron el fenómeno que se desarrolla cuando un bebé emite una conducta, de forma que en caso de éxito, ésta actúa como señal para dar paso al siguiente eslabón conductual. Asimismo, explicaron que también actúa como señal de repetición conductual en caso de fracaso de la tentativa. Todo esto depende de la capacidad de la madre de dar una significación anticipatoria a dicha conducta (Marcelli, 2007).

Según explica Marcelli (2007) en la teoría sociocultural de Vigotsky (1934), se conceptualiza la zona de desarrollo próximo, la cual hace referencia a la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad del niño de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado por la capacidad del niño en la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz. Cabe señalar que los aportes de Vigotsky y su escuela permanecieron virtualmente ignorados en occidente hasta la década de los 60 y su influencia en los Estados Unidos no llegó hasta bastante después de su muerte, en 1962 en que se publicó la versión en inglés de su obra.

1.2.3. La etología y sus aplicaciones

Los fundadores de la etología son Lorenz y Tinbergen (1951). Lorenz, reveló a través de estudios con patos y gansos que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre (teoría instintiva) sin que influyera el alimento. Sin embargo, la etología se abre al campo del comportamiento humano con los experimentos que Harlow (1958) comienza a realizar con monos Rhesus y los trabajos paralelos de Bowlby (1944) con el bebé humano (Marcelli, 2007).

Estudios de Harlow

Harlow (1955) demostró, a través de sus investigaciones, la existencia indiscutible de una necesidad precoz de vinculación entre el bebé Rhesus con su madre, y las secuelas duraderas e incluso definitivas que una carencia precoz de este vínculo podrían provocar en la cría. Harlow observó que cuando el aislamiento social era total durante los tres primeros meses de vida, tras la interrupción de éste se observaban algunas lagunas en el desarrollo social de la cría, aún cuando el desarrollo de las funciones cognitivas fuese

satisfactorio. De igual modo, cuando el aislamiento social duraba más de 6 a 12 meses se observaba una incapacidad total del desarrollo social (Marcelli, 2007). Sin embargo, cabe destacar que cuando Harlow le proporcionaba a las crías de Rhesus distintos tipos de madres sustitutas (artificiales), ya fuese ante situaciones de estrés, peligro o inseguridad, éstas preferían a las revestidas de trapo suave en vez de las recubiertas de hilos metálicos; elección que no cambiaba incluso si las madres metálicas estaban provista de un biberón. Esto llevó a Harlow a enfatizar en la idea de que el consuelo o la vinculación con la madre constituían una variable de gran importancia dentro de la relación, concluyendo que para la cría era más importante las sensaciones de protección y seguridad que le proporcionaba la madre de felpa, que el propio alimento. Del mismo modo, observó que las crías de Rhesus separadas de su madre pero criadas juntas presentaban un mejor comportamiento social que las mantenidas en aislamiento y que las hembras criadas en aislamiento total mostraban a posteriori, un comportamiento de rechazo hacia sus propias crías (Lecannelier, 2006; Marcelli, 2007).

Estudios de Hofer

A partir de 1969, Hofer ha realizado investigaciones con ratas con el fin de explicar los efectos de la separación maternal durante el desarrollo (tanto en humanos y algunos primates). A través de sus estudios ha puesto de manifiesto que el vínculo entre una madre y su cría comprende múltiples sub-sistemas en los que la madre modela y regula las funciones fisiológicas, neurofisiológicas y psicológicas de su cría (Hofer, 2003). Cabe destacar el hecho de que Hofer empezara a enfocarse en los efectos de la separación maternal en el desarrollo, ocurrió de un modo absolutamente casual. Inicialmente, su objetivo consistió en comprender los efectos de las experiencias tempranas en el desarrollo, centrándose en un solo rasgo fisiológico: la regulación cardiaca. Según sus palabras:

“Un día fui al laboratorio a buscar una rata madre que había escapado de su jaula la noche anterior. Cuando empecé a medir la tasa cardiaca de sus crías, los niveles estaban solo a la mitad del rango normal de descanso. Más aún, las crías no respondían, se movían lentamente y parecían deprimidas, y su temperatura corporal estaba a 2 ó 3° C bajo lo normal (que es 36° C)” (Hofer, 1995, p.206).

Después de una serie de testeos e hipótesis, Hofer descubrió diferentes respuestas asociadas a la separación que incluyen baja en la temperatura, disminución o aumento de la actividad motórica y baja en la tasa cardiaca. De igual modo encontró que estas respuestas estaban asociadas a diversos aspectos de la relación con la madre, como la provisión de leche, el calor corporal, la estimulación de los sentidos olfatorios y táctiles. Por ejemplo, si se les suprimía la leche, la tasa cardiaca disminuía a los mismos niveles como cuando se les separaba de la madre; o si se les suprimía el contacto táctil se volvían hiperactivas (pero la tasa cardiaca no se veía alterada) (Lecannelier, 2006).

De acuerdo con Lecannelier (200), para demostrar que cada sub-sistema biológico estaba siendo controlado de forma independiente por determinados aspectos específicos de la relación entre la madre-cría, Hofer proporcionó a estas últimas, los elementos que le faltaban cuando se les separaba de la madre, y revisó si los demás sub-sistemas se veían alterados. Por ejemplo, si se les proporcionaba leche, la tasa cardiaca variaba y mejoraba, sin embargo su nivel de actividad no. Sus estudios le llevaron a concluir que cada componente de la interacción regulaba un determinado sub-sistema en la cría de forma independiente. De igual modo concluyó que el término regulación implicaba que los sistemas de las crías eran controlados en sus niveles, tasas o ritmos por determinados y específicos componentes de la relación madre-cría. De este modo, postuló que la respuesta a la separación podía ser mejor comprendida como la respuesta a la pérdida de estos aspectos específicos de la regulación (Hofer, 1995).

Los estudios posteriores de Hofer consistieron en seguir aumentando el número de posibles sub-sistemas en la cría, tales como el patrón sueño-vigilia, el llanto y los nutrientes gástricos, que a su vez fueran regulados por diversos aspectos y/o conductas de la madre, tales como la proximidad física, el calor táctil y la textura. Hofer llamó a los elementos de este proceso reguladores ocultos, ya que los cambios fisiológicos de la cría, que eran controlados por acciones y aspectos específicos de la madre, se encontraban escondidos al interior de la interacción observable de la díada (Hofer, 2003; Lecannelier, 2006).

Estudios de Bowlby

Bowlby (1994) fue el primer psicólogo y psiquiatra en desarrollar una teoría de apego. A partir de los conceptos provenientes del psicoanálisis, la etología y la teoría

general de los sistemas intentó explicar el lazo emocional del hijo con la madre con el objetivo de describir y explicar porqué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación. Si bien la teoría del apego empezó a vislumbrarse en la década de los cuarenta, no es hasta los inicios de los años sesenta cuando sus planteamientos empiezan a tener una influencia considerable en diversos sectores del mundo de la salud mental. Bowlby hipotetizó que al parecer existía una tendencia o motivación intrínseca de todos los seres humanos para establecer lazos afectivos continuados con otros seres humanos, considerados seres humanos más ‘sabios’, o con mayores probabilidades de supervivencia, ya que el realizar cualquier tipo de conducta de ayuda o de apego, aumentaba considerablemente la probabilidad de supervivencia de la especie que las realizaba (Fonagy, 2004).

En sus comienzos, Bowlby (1969) describió cinco sistemas de comportamiento que definían la conducta de vinculación: succionar, agarrarse, seguir, llorar y sonreír. Según su teoría, estos sistemas tenían como objetivo mantener al niño en la proximidad de la madre (o la madre en la proximidad del niño, ya que ciertas conductas son conductas de seguimiento pero otras son conductas de llamada como llorar y sonreír). Cabe destacar que este enfoque rechazó específicamente la noción fundamental de la teoría freudiana del establecimiento de la relación de objeto libidinal basada en la satisfacción de la necesidad oral. Por otra parte, inspirándose en parte en los trabajos de Harlow, Bowlby describió las reacciones de los bebés ante una separación de la madre. Identificó, en niños de 13 a 32 meses, tres grandes fases consecutivas a la desaparición de la madre: fase de protesta; fase de desesperación y fase de desvinculación. A raíz de éstas, planteó que la reacción a la separación era la base de las reacciones de miedo y de ansiedad en el hombre.

Si bien se dedicará en esta tesis un apartado específicamente a profundizar en esta teoría, cabe señalar que Bowlby expuso que la fuerza del apego no se extingue al pasar los años, sino que solo va aumentando de complejidad con el paralelo desarrollo de todas las habilidades mentales y biológicas del individuo, lo que hace que el apego sea algo constitutivo de todo el ciclo vital (Lecannelier, 2006).

Otros estudios etológicos

Cada vez hay más equipos que efectúan investigaciones sobre el lactante y el niño pequeño inspirándose en los principios de la etología. Estos estudios se centran principalmente en las interacciones que se generan en la díada madre-hijo o entre niños de la misma edad, tomando como escenario guarderías y/o en algunos casos salas con espejo unidireccional. En general, el foco de atención está en la observación de los comportamientos preverbales del niño, de manera que los trabajos más recientes intentan «descifrar» un verdadero código de comunicación preverbal. Menneson, por ejemplo, ha intentado establecer una correlación entre la gestualidad del niño frente al espejo y el comportamiento del adulto. De este modo, ha observado que cuando un niño está solo frente un espejo se mira a sí mismo, no obstante, en presencia de un adulto el niño deja de lado el espejo si el adulto no se mira en él y, en cambio, se mira en el espejo si el adulto también lo hace (Marcelli, 2007).

Por otra parte, Montagner (1996) ha estudiado los comportamientos entre niños de la misma edad y define algunas secuencias conductuales. De este modo, ha observado que conductas como realizar una ofrenda, una caricia, un beso u otras en esta línea, son secuencias comportamentales cuyo objetivo es tranquilizar y crear vínculo. A su vez, conductas como movimientos bruscos hacia adelante de un brazo o pierna o la abertura de la boca con emisión de una vocalización aguda serían secuencias comportamentales tendientes a la agresividad, distanciamiento o ruptura de vínculo. En función de la frecuencia de presentación de estas conductas, Montagner señala que se podrán identificar diversos tipos comportamentales, pudiendo observarse niños predominantemente líderes, dominantes agresivos, dominantes fluctuantes, dominados temerosos o dominados agresivos; hipotetizando que existe una correlación con el tipo de actitud de la madre (o cuidador) y cambiar con la actitud de ésta, al menos hasta los 3 años.

Es importante señalar que estos autores se enfocan únicamente en las conductas observables, y a pesar de que no ignoran los efectos interiorizados, tampoco los estudian. Intentan aislar unidades de comportamiento significativas que precisen las características del desarrollo (edad de aparición y de desaparición) y ambientales (tipos de desencadenantes, consecuencias sobre el entorno), como sonrisas, risas, la acción de abrir desmesuradamente los ojos, la inclinación lateral de la cabeza, tirar la cabeza hacia delante, entre otras (Marcelli, 2007).

1.2.4. Teoría Sistémica y Teoría de la Comunicación.

En la década de 1950, diversos investigadores empezaron a abandonar el terreno conocido de la terapia individual o grupal, y a trabajar con las familias para obtener más información sobre el miembro sintomático. De este modo, se desplazó el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia. A diferencia de lo que ocurre con las teorías señaladas anteriormente, en la teoría sistémica no puede hablarse de un fundador a partir del cual se haya construido. Desde este enfoque, no se trata del estudio de un individuo, ya sea niño o adulto, sino que se centran en el estudio de las interacciones entre individuos y su forma de comunicarse. Estas teorías no proponen ningún modelo de desarrollo del niño, ni se ocupan de conocer la organización psicopatológica interna del niño o de sus padres (Ochoa de Alda, 2009)

A continuación se señalan algunos de los teóricos y sus planteamientos más relevantes respecto a las entrevistas en el contexto familiar:

Nathan Ackerman (Ackerman, 1956): postula que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social en el cual interactúa, señalando que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico.

Murray Bowen (Bowen, 1966): realiza estudios con pacientes esquizofrénicos y sus madres, para analizar la “hipótesis simbiótica” que consideraba la enfermedad mental del hijo como resultado de un trastorno menos grave de la madre. Llegó a demostrar que la relación madre-hijo era un fragmento de la unidad familiar más amplia, y que toda ella estaba implicada en el proceso patológico. De este modo, define a la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales.

Gregory Bateson (Bateson, 1979/1993): se interesó por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a paradojas. De este modo, la paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva, de forma que si el receptor obedece al requerimiento del emisor, en realidad lo está incumpliendo. Por ejemplo: “sé espontáneo”, “no seas tan obediente”, “quiero que me domines”... A partir de esta premisa desarrolló la teoría del “doble vínculo” que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia, lo que supuso una emancipación del psicoanálisis, ya que define la enfermedad mental y otros síntomas psiquiátricos como

conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos intrapsíquicos, lo que posteriormente señalan que no es suficiente para explicar la etiología de la misma.

Don Jackson (Jackson, 1968): funda el Mental Reserch Institute (MRI), centrándose en las interacciones entre los miembros del sistema familiar. De este modo, todo el equipo asume que los problemas psiquiátricos derivan del modo en que la gente interactúa dentro de la organización familiar. Su teoría propone que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida familiar y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo.

Teoría de la Comunicación

Paul Watzlawick (1971) otro de los integrantes del MRI, desarrolla junto a sus colaboradores la Teoría de la Comunicación. En ella se puede apreciar la fuerte influencia de las teorías cibernéticas, de las que toma sus nociones de retroacción positiva o negativa, de bucle regulador y de sistema homeostático. Desde este punto de vista, se genera un cambio del modelo explicativo lineal a un modelo explicativo circular, en el que cada término viene determinado por el precedente, pero determina a su vez al siguiente, que retroactúa sobre el primero.

A continuación se enuncian brevemente los axiomas de la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, 1971):

1.- Imposibilidad de no comunicar: no hay nada que sea lo contrario de conducta; no hay no-conducta, es imposible no comportarse. En la comunicación somos acción y reacción simultáneamente. Por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, irse, quedarse callado, cerrar los ojos, bostezar, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: todo lo que se dice y no se dice, todo lo que se hace y no se hace, afecta al otro, quien a su vez, no puede dejar de responder a tales comunicaciones, y como resultado, éste también comunica. Es imposible no comunicarse.

2.- Los niveles de contenido y relación: una comunicación no sólo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas. De este modo, toda comunicación significa algo (contenido) y a su vez, toda comunicación se establece entre dos partes (relacional), es decir, que para entender el contenido de una comunicación, se debe entender la relación de los comunicantes.

3.- La puntuación de la secuencia de hechos: este axioma se refiere a la interacción entre los comunicantes; al intercambio de mensajes entre las dos partes. Los participantes puntúan la secuencia de modo que uno de ellos tiene la iniciativa, el predominio y/o dependencia. La puntuación organiza los hechos de la conducta y esta puntuación va a estar influenciada por distintos elementos, tales como la propia historia, las características personales y las necesidades de cada uno.

4.- Comunicación digital y analógica: en toda comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas. La comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal, incluyendo movimientos corporales, posturas, miradas y estados de ánimos. Mientras que la comunicación digital se refiere a los códigos que le corresponden a una significación (verbal).

5.-Interacción simétrica y complementaria: la relación simétrica y la complementaria son relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En la simetría, los participantes tienden a igualar su conducta recíprocamente, aportándose mutuamente lo mismo. En la relación complementaria, uno ofrece al otro algo que le falta. En la relación complementaria ninguno de los participantes impone al otro este tipo de relación, sino que cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro.

1.2.5. Desarrollo Psicogenético

Estudios de Piaget

Uno de los principales aportes de Piaget (1936) al ámbito de la psicología fue su teoría psicogenética. Piaget describió el desarrollo del funcionamiento cognitivo del niño a partir de la observación directa, a través del estudio longitudinal de la evolución de las diversas estrategias que éste utiliza para resolver un problema experimental. De este modo, postula que la inteligencia es una forma de equilibrio hacia la cual tienden todas las estructuras, considerándola como un proceso de adaptación refinado, cuyo objetivo es alcanzar la autorregulación. Con ello se refiere a una sucesión de compensaciones activas del sujeto en respuesta a las perturbaciones exteriores y de una regulación simultáneamente retroactiva y anticipadora que constituye un sistema permanente de compensación (Marcelli, 2007).

A partir de dos conceptos claves, Piaget, explica el proceso de adaptación y posterior equilibrio: la asimilación y la acomodación. El primero, alude a la incorporación de nuevos objetos o experiencias a esquemas inexistentes a la estructura del individuo; y el segundo, es un proceso directamente inverso, apunta a la modificación de los esquemas propios para resolver los problemas que surgen de nuevas experiencias. De esta forma, Piaget conceptualiza la adaptación como el equilibrio entre la asimilación y la acomodación. Esta teoría, tiene como base la premisa de que el niño tiene que realizar una serie de operaciones sobre los objetos que lo rodean. Tales operaciones están en concordancia con el principio de efectividad, es decir, que las acciones deben coordinarse unas con otras con un propósito determinado (Almonte, et al., 2005).

Otro de los conceptos troncales de la teoría de Piaget es la noción de estadio, que tienen las siguientes características: a) un orden de sucesión invariable (y no por una simple cronología); b) un carácter integrador, es decir, las estructuras construidas a una edad determinada se convierten en parte integrante de las estructuras de la edad siguiente; c) una estructura de conjunto no reducible a la yuxtaposición de las subunidades que la componen; d) comporta a la vez un nivel de preparación y un nivel de terminación; y e) en toda sucesión de estadios es necesario distinguir el proceso de formación, de génesis, y las formas de equilibrio final.

A posteriori se presenta de forma resumida, cada uno de los estadios del desarrollo descritos por Piaget y sus correspondientes franjas de edad, sin profundizar en sus características:

Período de inteligencia sensorio-motriz, estadio preverbal, que a su vez se subdivide en:

- Uso de los reflejos (0 a 1 mes)
- Reacciones circulares primarias (1 a 4,5 meses)
- Reacciones circulares secundarias (4 a 9 meses)
- Coordinación de los esquemas secundarios (9 a 12 meses)
- Reacciones circulares terciarias (12 a 18 meses)
- Invención de nuevos medios mediante combinaciones mentales (18 a 4 meses).

Período preoperatorio (2 a 6 años)

- Pensamiento simbólico o preconceptual (2 a 4 años)

- Pensamiento intuitivo (4 a 6 años)

Período de operaciones concretas (7-8 a 11-12 años)**Período de operaciones formales (11-12 a 15 años).****Estudios de Wallon (1987-1962)**

La obra de Wallon se centra principalmente en el desarrollo psicológico del niño y la educación. De este modo, a través de estudios longitudinales y encuestas por franjas de edad realizados con niños con retraso Wallon estudió el desarrollo del niño observando la interacción entre la dotación motora y la afectividad del recién nacido, y posteriormente estudió la relación entre el niño y el campo social, describiendo varios estadios que responden a un estado transitorio de equilibrio.

Wallon señala que las contradicciones experimentadas por el niño generan crisis que son el origen de las transformaciones, que permiten a su vez, el acceso a un nuevo estadio. En sus trabajos, hizo énfasis en la existencia de dos ejes de referencias: el eje de la afectividad-emotividad y el eje del equilibrio tonicomotor. Estudió los procesos psicológicos desde la psicología genética desde el análisis evolutivo de los procesos de formación y transformación del psiquismo humano, tanto desde una perspectiva ontogenética como filogenética, biológica, histórica y cultural.

Este autor coincide con los planteamientos de Vygotsky al afirmar que el niño es un ser social desde que nace, señalando que en la interacción con los demás reside la clave de su desarrollo. Sin embargo, difiere de éste al momento de explicar el proceso de individuación, ya que para Vygotsky (1978) todas las funciones psicológicas superiores aparecen primero a nivel interpsicológico, en interacción con los demás y posteriormente se construye e interioriza a nivel intrapsicológico. En cambio para Wallon, la individuación se produce gracias al papel que desempeña la emoción en el desarrollo, llegando a afirmar que gracias a ella los niños construyen su psiquismo.

Wallon define un estadio como un conjunto de características específicas que se establecen a partir de las relaciones que el sujeto mantiene con el medio en un momento dado del desarrollo. En consecuencia, para la definición de cada estadio tiene en cuenta la función dominante que está presente en el mismo y la orientación de la actividad que desarrolla el sujeto (hacia sí mismo o hacia fuera). De este modo, la transición de un estadio a otro se produce por el cambio de la función dominante. A su vez, la secuencia y organización de los estadios se regula por dos leyes: la ley de alternancia funcional y la ley de preponderancia e integración funcional.

La ley de alternancia funcional es la que regula el desarrollo psicológico del niño. Plantea que las actividades del niño, unas veces se dirigen a la construcción de su individualidad y otras, al establecimiento de relaciones con los otros; alternándose la orientación progresivamente en cada estadio. Así mismo plantea que:

“El medio más importante para la formación de la personalidad no es el medio físico sino el social. Alternativamente, la personalidad se confunde con él y se disocia. Su evolución no es uniforme, sino hecha de oposiciones y de identificaciones. Es dialéctica... No hay apropiación rigurosa y definitiva entre el individuo y su medio. Sus relaciones son de transformación mutua” (Wallon, 1985, p. 110).

La segunda ley que enuncia Wallon es la de preponderancia e integración funcional. Ésta consiste en que no existe ni ruptura, ni continuidad funcional en la transición de un estadio a otro. De este modo, las funciones antiguas no desaparecen sino que se integran con las nuevas.

A continuación se mencionan los estadios descritos por Wallon y sus franjas etáreas, sin entrar en detalles:

- Estadio de impulsividad motriz (de 0 a 6 meses).
- Estadio emocional (de 6 a 12 meses).
- Estadio sensoriomotor (de 1 a 3 años).
- Estadio del personalismo (de 3 a 6 años).

- Estadio del pensamiento categorial (de 6 a 11 años).
- Estadio de la pubertad y de la adolescencia (a partir de los 11/12 años).

Previamente se ha hecho referencia a estas teorías porque concordando con diversos autores (Marcelli, 2007; Almonte, et al., 2005), se hace imprescindible el conocimiento del desarrollo psicológico normal del niño, los diversos estadios de maduración que atraviesa y las principales señales organizadoras del psiquismo a fin de conocer y diferenciar conductas normales y patológicas. A su vez, al reflejar los distintos puntos de vista desde donde se ha estudiado el desarrollo del ser humano, se puede comprender con mayor claridad la afirmación que señala que actualmente “el niño es más que un individuo”. Los modelos transaccionales/sistémicos de complejidad ya han demostrado con creces que el niño no puede ser comprendido, evaluado y tratado como una entidad individual, sin considerar los múltiples sistemas en los que está inserto (Sameroff, 1995). Por lo que las explicaciones unicasales sobre la dinámica compleja infantil deben ser modificadas por una visión multinivel (biológica, individual, relacional, social y cultural) y multiproceso (conducta, afectos, cognición, lenguaje, apego), bajo múltiples trayectorias del desarrollo.

2. Desarrollo Emocional – Afectivo

De acuerdo con Greenberg y Paivio (2000) el afecto es un proceso de interacción social entre dos o más personas que implica una respuesta biológica no consciente ante cierta estimulación. Plantean que éste abarca procesos automáticos, neuronales, motivacionales y fisiológicos, que conforman el sistema evolutivo de respuestas conductuales adaptativas, y especifican que los afectos no suponen una evaluación reflexiva, simplemente suceden.

El niño es un ser social y emocional, capaz de expresar desde muy pequeño de sus emociones y responder de manera adecuada a las emociones de un otro significativo (Lucio y Heredia, 2014). A partir de diversas investigaciones grabadas en video y analizadas rigurosamente se ha demostrado que los bebés nacen con “algo más” que reflejos innatos, tales como el succionar o el agarrar, y que poseen un sinnúmero de complejas habilidades psicológicas y sociales desde el nacimiento (Meltzoff y Moore, 1977; Tronick, Als, Adamson, a Wise, y Brazelton, 1978; Stern, 1977). En otras palabras, los bebés nacen con mente y con capacidades socio-afectivas que les permite orientarse, comunicar y preferir la interacción con otro ser humano en vez de relacionarse con otros objetos (Meltzoff nde y Moore, 1977; Stern, 1985; Field, 1990).

De este modo, cada vez hay más claridad y evidencia empírica de que el niño es un ser social, afectivo y emocional desde que nace. Las emociones forman parte de todos los seres humanos, y tanto el tipo como la intensidad de éstas, desempeñan un papel importante en el desarrollo de las interacciones con otros. Los bebés son

psicobiológicamente incapaces de autorregularse (Botella, 2005; Fonagy, 1999), por lo que a pesar de nacer con la capacidad para sentir emociones profundas, son incapaces de mantenerse en un estado de equilibrio al carecer de lo necesario para regular la intensidad, frecuencia o duración de tales emociones (Schore, 2001).

Frente al problema de determinar cuál es la naturaleza u origen de las emociones y los afectos, y cómo se produce su desarrollo, se pueden encontrar con varios planteamientos que intentan dar respuesta a este cuestionamiento. Por ejemplo, Wallon (1987), planteó que la expresión emocional precede al lenguaje propiamente tal como medio de comunicación, ya que en la ontógenes, la emoción es lo primero que une al organismo con el medio social, pues el tejido de las emociones está hecho del entramado de sus bases neurofisiológicas y de la reciprocidad que asegura los intercambios con el medio. De este modo, se puede encontrar que en la emoción y el lenguaje están las claves que dan al ser humano sus señas de identidad. Emoción y lenguaje tienen raíces biológicas, pero se constituyen y estructuran a merced del intercambio social. Es por tanto, gracias a la emoción y a través de ella, cómo el niño se convierte de ser biológico en ser social. En cuanto el ser humano nace, el grupo y el individuo aparecen indisolublemente soldados, ello se debe a la emoción que actúa como auténtica soldadura entre el bebé y el entorno humano.

En la misma línea, Wallon (1987) planteó que la emoción además tener un valor adaptativo posee también un valor genético, ya que es capaz de generar nuevas estructuras de conocimiento. Los primeros gestos del recién nacido y del niño de menos de tres meses, se pueden considerar llamadas de atención para los adultos que le rodean. Este autor postula que los gestos expresivos se convierten en culturales en la medida que son capaces de suscitar en los otros un conjunto de reacciones dirigidas a satisfacer sus necesidades, sean éstas biológicas o afectivas. Otro concepto que utiliza Wallon para explicar el Yo psíquico es el de *socius* o *alter*. Éste se representa a través de la simbiosis afectiva que establece con el Otro, de este modo, señala que tanto los procesos de simbiosis como de diferenciación, son el resultado de la expresión emocional entre el niño y su entorno. Su iniciación a la vida psíquica consistiría en una participación en situaciones que se encuentran bajo la estricta dependencia de quienes le cuidan. Por lo que, a través de esa mutua comprensión afectiva se establece entre el niño y sus allegados

una especie de ósmosis que tiene una importancia excepcional en los primeros estadios de su personalidad (Wallon, 1987).

Por otro lado, desde la perspectiva psicoanalítica, se plantea que las relaciones sociales de los seres humanos se basan en instintos precedentes de raíces biológicas que impulsan al individuo a la acción. Desde los primeros aportes del padre del psicoanálisis, la psicología ha estado influenciada por el principio conceptual que sostiene que las relaciones afectivas primarias con los padres constituyen un aspecto esencial de la personalidad humana (Freud, 1905). Muchos de los seguidores de Freud enfatizaron posteriormente sobre la importancia de los vínculos tempranos en el moldeamiento de la mente. De estos autores, se pueden destacar las aportaciones de Spitz (1965), Anna Freud (1971), Mahler (1978), Klein (1987), Bion (2009), Kohut (1971) y Winnicott (Winnicott y Mazía, 1972), quienes sostenían entre sus teorías que los primeros años de vida en compañía afectiva continuada y consistente con los padres asentaba las bases para la estructuración de una organización mental coherente y estable, es decir, sana (Lecannelier, 2006).

Desde el psicoanálisis genético destacan Spitz y Malher, quienes distinguen dos tipos de proceso en el crecimiento: los procesos de maduración, que se inscriben en el patrimonio hereditario del individuo y no están sometidos al entorno, y los procesos de desarrollo, los que dependen de la evolución de las relaciones con los objetos y de la aportación del entorno. De este modo, Spitz señala que la evolución normal está dirigida por lo que denominó organizadores del psiquismo, que marcan ciertos niveles de la integración de la personalidad. Identificó tres organizadores con sus respectivas etapas etáreas (citado en Marcelli, 2007):

- Primer organizador, especificado por la aparición de la sonrisa ante el rostro humano (a partir de los 2 o 3 meses)
- Segundo organizador, especificado por la aparición de la reacción de angustia frente a la cara de un extraño (aparece hacia el 8° mes)
- Tercer organizador, especificado por la aparición del no, en gesto y palabra (a lo largo del segundo año de vida).

Por su parte, Malher (1978), estudió la interacción entre el niño y la madre, definiendo dos fases en el proceso de individuación:

- Primera fase: Fase simbiótica, que se divide en un primer período desde algunas semanas después del nacimiento hasta fines del segundo mes y un segundo período desde el tercer al décimo mes.
- Segunda fase: Proceso de separación-individuación, que va desde el décimo mes hasta los dos años y medio o tres años.

En esta tesis, que se ha desarrollado desde el espíritu de la integración, se considera que la teoría del vínculo o del apego es la que más calza y se adecua con los tiempos actuales. Desde la teoría del apego, la necesidad de afecto y vinculación aparece como una tendencia primaria por parte del bebé, quien por lo general, inicia los ciclos interactivos (Kimelman, 2005 citado en Lecannelier, 2006).

Epigenéticamente, se podrá decir que la conducta de apego fue una estrategia de evolución humana a favor de la supervivencia. La búsqueda de la seguridad y protección en un adulto permitió que los niños no fueran blanco fácil para los predadores prehistóricos. De este modo, mientras los hombres salían de caza, las mujeres eran quienes cumplían con el papel de proveer alimentación y protección, lo que en la actualidad no se traduce necesariamente en que la figura de apego pueda ser sólo la madre, si no que alude a la persona que se encargue de los cuidados iniciales del bebé, siendo sensible y receptivo a sus interacciones. Así, se plantea que los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos con el fin de sobrevivir, incluyendo el desarrollo físico, social y emocional, con lo que la meta biológica sería la supervivencia y la meta psicológica la seguridad (Bowlby, J. 1969; 2014).

2.1. EMOCIÓN

En general, hay bastante consenso en la literatura científica a la hora de definir el concepto de emoción. La emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada, y por lo tanto, se considera que las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno. Todas las emociones son fenómenos adaptativos que posibilitan la supervivencia, adaptando acciones e interacciones al contexto (Greenberg y Paivio, 1999).

Según Greenberg (1999), los niños de dos y tres años son capaces de dominar las emociones básicas y hablar sobre ellas, mientras que con cinco o seis años de edad ya cuentan con una capacidad de expresión y comprensión emocional bastante desarrollada. Greenberg comenta que a medida que el niño crece, el desarrollo de las habilidades de la regulación de la emoción se convierte en algo esencial que le ayuda a organizar los procesos emotivos a la hora de gestionar una conducta adaptativa. El primer paso de la regulación del afecto lo constituye el mecanismo mediante el cual los procesos afectivos neuroquímicos básicos, la activación fisiológica y los procesos expresivomotores quedan integrados en un patrón coherente (Greenberg y Paivio, 2000). Con el tiempo, este patrón de experiencia se vivencia como un sentimiento y, finalmente, se simboliza sin darse cuenta, proporcionando una emoción del tipo de enfado o tristeza (Greenberg, 1999).

2.1.1. Componentes de la Emoción

En una emoción se han descrito tres componentes: el neurofisiológico, el cognitivo y el conductual. Dentro del componente neurofisiológico se consideran todas aquellas respuestas que se generan en el cuerpo como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad en la boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales y respiración, entre otros. Todas estas respuestas son involuntarias, y aunque no se pueden controlar, se pueden identificar y asociar a determinadas situaciones, lo que a su vez permite prevenir su ocurrencia mediante técnicas como la relajación. Así mismo, la observación del comportamiento de un individuo permite inferir qué tipo de emociones está experimentando, ya que tanto su expresión verbal como no verbal aportan señales identificables sobre su estado emocional. Aprender a regular la expresión emocional se considera un indicador de madurez y equilibrio que tiene efectos positivos sobre las relaciones interpersonales (Greenberg y Paivio, 1999)

El segundo componente, el cognitivo o vivencia subjetiva, es lo que suele denominarse sentimiento, aludiendo a la sensación consciente. El componente cognitivo permite que se pueda evaluar, calificar y clasificar un estado emocional. Hay que tener en cuenta que la clasificación o etiquetado de las emociones está limitada al dominio de léxico que se maneje, si éste es pobre o escueto, dificultará tanto la identificación como la posibilidad de compartir con otro lo que se está sintiendo, generando la sensación de “no sé que me pasa”, lo que a su vez podrá tener efectos negativos sobre la persona. Este es

uno de los aspectos en los que se fundamenta la importancia de la educación emocional tan presente en la actualidad en el sistema educativo (Greenberg y Paivio, 1999).

El componente conductual es el tercer y último componente. Según autores como Damasio (1994), LeDoux (1999) y Pascual-Leone (1991), el cerebro, preconcientemente, es el responsable de valorar las situaciones, identificar los elementos desconocidos o peligrosos, y generar planes de acción. El componente conductual, en ocasiones precede al componente cognitivo ya que es más adaptativo para la sobrevivencia actuar primero y pensar después. Los desarrollos recientes en neurociencia sugieren que los estímulos llegan como información de entrada a las áreas subcorticales del cerebro relacionadas a la emoción (amígdala y tálamo) a través de un camino especial, antes que se desarrolle la construcción en el neocórtex de los objetos y acontecimientos del mundo real. De este modo, los centros emocionales del cerebro reciben y procesan la información de entrada antes de que lo hagan los centros responsables de la toma de decisiones y planificación.

La emoción se relaciona principalmente con la motivación y la acción, mientras que la cognición está relacionada con el conocimiento y conlleva el análisis de la situación y la decisión de la acción (Izard, 1993, en (Greenberg, Rice y Elliott, 1996)) A partir de esta premisa, una gran mayoría de autores suscriben la tesis que considera a las emociones como afectos bruscos y agudos que se desencadenan a partir de una percepción (externa o interna) que, de forma notable, suele correlacionarse somáticamente en la mayoría de casos y no se prolongan en exceso (salvo contadas excepciones). Con frecuencia, el miedo, la vergüenza o la tristeza hacen que las personas se sientan atacadas, ridiculizadas y rechazadas; los pensamientos mantienen o intensifican los sentimientos en lugar de producirlos (Greenberg, et al., 1996)

Muchas de las emociones son el resultado de evaluaciones automáticas que se hacen sobre el significado de la situaciones en relación con el bienestar (Fridja, 1993). Al margen de la configuración particular de los síntomas y de los vínculos que las unen a la situaciones externas que los generan (factores traumáticos, frustración de deseos y satisfacción de pulsiones), un mismo estímulo puede generar efectos muy distintos en cada ser humano, dependiendo de diversas variable personales y/o contextuales. Cada individuo es constructor activo de su realidad y se comunica en base a ésta.

2.1.2. El constructo de Inteligencia Emocional

Gardner, en 1993 publicó su libro “Inteligencias Múltiples”. En esta obra expuso de manera sistemática su teoría de las inteligencias múltiples, centrándose en la atención a la diversidad e individualidad de las personas. Este autor distingue siete tipos de inteligencias: musical, cinético-corporal, lógico-matemática, lingüística, espacial, interpersonal e intrapersonal, a los que en el 2001 agregó dos tipos más: inteligencia existencial e inteligencia naturalista. De los nueve tipos de inteligencias que definió Gardner, dos de ellas, la inteligencia intrapersonal y la interpersonal llamaron la atención de Peter Salovey y John Mayer (1990), quienes aunaron estas definiciones presentándolas bajo el término Inteligencia Emocional. Sin embargo, no fue hasta 1995 con la publicación del libro de Goleman, “La inteligencia Emocional”, en que cobró relevancia tanto en el ámbito psicológico como educativo, recibiendo mayor atención por parte de los medios de comunicación.

En su obra, Goleman (1995) plantea la discusión entre cognición y emoción de una manera diferente. Si bien, tradicionalmente, por un lado se ha asociado lo cognitivo con la razón y el cerebro (con lo inteligente, positivo, profesional, científico, académico, masculino y principio de realidad), por otro, lo emocional se ha asociado con el corazón y los sentimientos (lo femenino, lo familiar, la pasión, los instintos, el principio del placer) llegando a la conclusión de que lo racional está por encima de lo emocional. Goleman plantea este tema dando un giro en la dirección completamente contraria, en un momento en que la sociedad está receptiva para aceptar este cambio.

Esta receptividad social hacia la aceptación del binomio cognición-emoción, se debe a un conjunto de factores, entre los cuales están las evidencias de que lo cognitivo por sí mismo no contribuye a la felicidad; que la motivación y el comportamiento obedecen más a variables emocionales que cognitivas, y que el rendimiento académico no es un buen predictor del éxito profesional y personal; a lo que se suman las aportaciones de la psicología cognitiva, la neurociencia y la psiconeuroinmunología. Todo ello da cuenta de una creciente preocupación por el bienestar más que por los ingresos económicos (*downshifting*); de una creciente preocupación por el estrés y la depresión, con la consiguiente búsqueda de habilidades de afrontamiento.

De esta manera, se acuña el concepto de inteligencia emocional y se define como como un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan la

conducta de un individuo, sus reacciones y estados mentales. En palabras de Goleman (1995), la inteligencia emocional se puede considerar como la capacidad de reconocer los sentimientos propios y los de los demás, de manejar adecuadamente las relaciones y de generar automotivación frente a las distintas situaciones.

Es curioso encontrar que Platón planteó algo muy similar, declarando que la disposición emocional de un alumno determinaba su habilidad para aprender. En la actualidad, considerando los aportes descritos anteriormente, esta afirmación cobra poco a poco más sentido, por lo que cada vez en más colegios se implementan programas de educación emocional dentro de las bases curriculares, basándose en la premisa de que aún cuando el intelecto pueda estar excelentemente desarrollado, el sistema de control emocional puede no estar maduro. Y como resultado, en ocasiones puede sabotear los logros de una persona altamente inteligente, ya que la emoción es más fuerte que el pensamiento, pudiendo incluso anularlo.

Todos los investigadores coinciden en las características de los alumnos emocionalmente inteligentes se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Poseen un buen nivel de autoestima
- Aprenden más y mejor
- Presentan menos problemas de conducta
- Se sienten bien consigo mismos
- Son personas positivas y optimistas
- Tienen la capacidad de entender los sentimientos de los demás
- Resisten mejor la presión de sus compañeros
- Superan sin dificultad las frustraciones
- Resuelven bien los conflictos
- Son más felices, saludables y tienen más éxito

De acuerdo con LeDoux (1999), quién investigó el papel desempeñado por la amígdala en la infancia, la interacción (los encuentros y/o desencuentros) entre el niño y sus cuidadores durante los primeros años de vida constituyen un aprendizaje emocional muy poderoso. Este aprendizaje emocional resultaría difícil de entender en la época adulta al estar grabado en la amígdala con la impronta tosca y no verbal propia de esa etapa de la vida emocional. De esta manera, expone que el desconcierto ante los propios estallidos emocionales se comprendería al asumir que este aprendizaje suele datar de un período muy temprano, en el que no se disponía de palabras para expresar o comprender lo que sucedía.

En esta misma línea, del Barrio y Carrasco (2006) exponen que todas las emociones maternas y sus trastornos tienen repercusiones en la instalación sentimental del niño. Los hijos de madres irascibles parecen menos capaces de generar emociones positivas en situaciones de independencia, mientras que los hijos de madres depresivas tienen mayor tendencia a desarrollar tristeza e ira cuando sus madres están ausentes, al ser la depresión materna un factor indiscutible y conformador de vulnerabilidad (Radke-Yarrow, 1998). Por el contrario, los hijos de madres que tienden a expresar emociones positivas tienen más respuestas adaptativas (Cummings y Cummings, 1988). Malatesta, Grigoryev, Lamb, Albin y Culver (1986) han demostrado en sus estudios que los niños que reciben respuestas emocionales contingentes por parte de sus madres presentan un mayor número de respuestas emocionales positivas.

2.2. TEORÍA DEL APEGO

Como se mencionó anteriormente, la teoría del apego empieza a vislumbrarse en el pensamiento de su creador, Bowlby, en la década de los cuarenta (Bowlby, 1944), pero es en los inicios de los años sesenta en donde sus planteamientos empiezan a tener una influencia considerable en diversos sectores del mundo de la salud mental. Para formular una teoría completa sobre la naturaleza de los vínculos afectivos, exploró una variedad de campos, incluyendo la biología evolutiva, la teoría de las relaciones objetales, la teoría de los sistemas de control, los campos de la etiología y la psicología cognitiva. De este modo, presentó la siguiente hipótesis:

“El recién nacido y el niño deben experimentar una relación continua, íntima y cálida con su madre (o madre sustituta permanente) en el que ambos puedan

encontrar tanto satisfacción como placer, cuya falta puede acarrear consecuencias significativas e irreversibles para la salud mental” (Bowlby, 1969, p. 34).

En el informe titulado Cuidado Maternal y Salud Mental, (1969) Bowlby, dio cuenta de un mecanismo al que denominó “monotropía”, que aludía a la tendencia o motivación intrínseca que parecía existir en todos los seres humanos para desarrollar un firme apego o unión a su madre dentro de los seis primeros meses de vida. De este modo, esta tendencia evolutiva hacia el apego se materializa en el desarrollo de un sistema de retroalimentación (en el sistema nervioso del bebé), que evalúa y corrige cualquier perturbación del equilibrio y que implica estar normalmente apegado a un número limitado de figuras significativas (Lecannelier, 2006).

El núcleo de la teoría del apego consiste en entender que un ser humano desde su nacimiento necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal, con la finalidad de que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. Esto implica que el establecimiento de este primer vínculo fundamenta la seguridad del niño, pero también influirá en la futura seguridad del adulto, marcando así la dinámica a largo plazo de las relaciones que establezca.

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo (Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003). Bowlby toma de la etiología y la psicología evolutiva el concepto de apego o relación afectiva intensa (*attachment*), definiéndolo de la siguiente manera:

Por conducta de apego se entiende cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados. (Bowlby, 1993, p. 60)

2.2.1. Tipos de vínculo y etapas de formación del Apego.

Ainsworth (1978), otra investigadora del desarrollo infantil, es considerada discípula de Bowlby y la principal responsable de darle un vuelco definitivo a la teoría del apego. Sus estudios empíricos realizados en Uganda y Baltimore sobre las diferencias individuales, dieron paso a la definición y demostración de la existencia de distintos estilos de apego y de tres etapas existentes en la formación de dicho vínculo.

Ainsworth (1978) y su equipo diseñaron un instrumento experimental al que denominaron “Situación Extraña”, herramienta estandarizada, cuyo protocolo experimental consiste en observar las reacciones del niño durante la separación de la figura de apego (generalmente la madre) en unas condiciones lo más controladas posibles. De este modo, al examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés, esta prueba permitió medir el apego en niños de 1-2 años. Esta situación consta de dos episodios de una breve separación entre el niño y la persona que lo cuida. El objetivo fue evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, cómo exploraban su ambiente con o sin la presencia de éste, la forma en que reaccionaban ante la figura de extraños, y cómo reaccionaban en los momentos de separación y de reunión con la madre o cuidador. A partir de sus observaciones, Ainsworth describió los siguientes estilos de apego:

Tipo A: Apego inseguro-evitativo, (*insecure-avoidants*) en el que existe una evitación de la figura de apego cuando ésta vuelve a entrar a la sala, el niño no busca el contacto, pero tampoco lo rechaza. En la Situación Extraña, esta observación fue interpretada como si el niño no tuviese confianza en la disponibilidad de la madre o cuidador principal, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador. Incluso si la madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento (Fonagy, 2004; Oliva, 2004).

En la Situación Extraña, los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005). Debido a su conducta independiente en la Situación Extraña y su reacción carente de emociones ante la madre, podría interpretarse como una conducta saludable, aunque Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era

semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (citado en Oliva, 2004).

El estilo de apego inseguro-evitativo se ha observado en un 20%-30% de niños en muestras no clínicas. (Del Barrio, 2002; Oliva, 2004; Botella, 2005).

Tipo B: Apego seguro, (*secure-attached*): En este caso, cuando la figura de apego regresa a la sala, el niño busca el contacto con ella sin ambivalencia, aquí se considera que las miradas ya son un contacto suficiente. Esta conducta se interpreta como un modelo de funcionamiento interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta (Fonagy, 2004). Aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Los niños con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responderán a sus necesidades.

El estilo de apego seguro se ha observado en un 55%-65% de niños en muestras no clínicas (Del Barrio, 2002; Botella, 2005). Oliva (2004) cita un porcentaje que oscila entre 65%-70% en las muestras de niños observados en distintas investigaciones realizadas en los Estados Unidos. Para Aizpuru (1994) un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas.

Tipo C: Apego ambivalente (*insecure-ambivalent*): En este caso, el niño busca el contacto pero parece rehuir al mismo tiempo, puede protestar cuando la madre lo coge y también cuando lo deja, se habla aquí de apego ansioso. En el apego inseguro-ambivalente el niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador. Según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Estos niños se mostraban tan preocupados por la ausencia de la madre que apenas exploraban. Sus respuestas emocionales oscilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004).

En este tipo de apego parece que la madre o cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. Para Mikulincer (1998), es evidente un

fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás.

Este estilo de apego se ha observado en un 5%-15% en niños de muestras no clínicas (Del Barrio, 2002; Botella, 2005). Oliva (2004) da cifras del 10% en estudios realizados en Estados Unidos. Sin embargo, también indica que en estudios realizados en Israel y Japón se encuentran porcentajes más altos.

Tipo D: Apego confuso y desorganizado (*insecure-disorganized/disoriented*): (agregado en 1985) este tipo de apego se describe en niños en los que están presentes las posturas de temor, confusión y depresión cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación. Botella (2005) destaca que este tipo de apego, aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso, los que pasarían por una situación de colapso al utilizar sus estrategias de afrontamiento.

En relación con la formación del vínculo, Ainsworth describe 3 etapas:

Etapas de sensibilidad social indiferenciada: el bebé está dispuesto a interactuar con los estímulos que entren en su campo de acción. La etapa de indiferenciación real es muy breve ya que el bebé muestra una aptitud muy precoz para reconocer a su figura privilegiada a través de patrones polisensoriales. Se orienta preferiblemente a la voz y al rostro de la madre, reconociendo el olor materno en la primera semana de vida. Paralelamente comienza a utilizar las señales aferentes a su estado de satisfacción para desarrollar conductas de anticipación: la sonrisa, (es el primer organizador de la vida psíquica según Spitz (1965)) mímicas diversas y conductas motoras.

Búsqueda activa de proximidad (de los 8 a 24 meses): esta etapa se encuentra ligada a la adquisición de la permanencia del objeto, físico y afectivo gracias al progreso del desarrollo cognitivo del niño. La permanencia del objeto implica que el objeto sigue existiendo pese a no estar dentro del campo perceptivo inmediato del bebé. Permite, por lo tanto, la consolidación del vínculo con una figura de apego. Esta etapa constituye también un intenso período de preparación a la separación, con tentativas de separación física. Esta dualidad de separación-reunión se ejercita en el juego a escondidas como ensayo a la separación, la madre hace como que desaparece y el bebé ríe cuando anticipa su regreso.

La angustia del octavo mes o la reacción de miedo al extraño (segundo organizador de Spitz (1965)) se caracteriza porque el bebé responde frente a lo desconocido con actitudes que van desde un simple rechazo a comunicarse con el extraño, hasta reacciones de llanto y grito. Dicha reacción correspondería más a una angustia ligada a la ausencia de la madre que al miedo frente al extraño. Para Spitz esto revela que la madre ha sido claramente identificada y marca el comienzo de la relación objetal. En caso de problema interaccional esta adquisición puede ser más tardía y frágil.

Conducta de reciprocidad (a partir de los 24 meses): en esta etapa el niño ya tiene conciencia de la figura de apego como persona independiente, trata de comportarse para cumplir sus expectativas y ser digno de cariño.

La modalidad de apego se puede evaluar a los 12 meses, ésta es altamente predictiva del comportamiento del niño en la familia y en el jardín de infancia a los 2, 3 y 6 años y de la salud de la persona a lo largo de la vida (Kimelma, 2005). La teoría del apego presupone que tanto niños como adultos conservan conductas de apego, las que se reflejan en situaciones de estrés o de riesgo. Apego y desapego, vinculación y separación son procesos dialécticos que forman parte del mismo sistema. De hecho, es indiscutible que cuando el ser humano atraviesa por una situación de dificultad y cierto grado de estrés emocional intenso, busca figuras que le protejan y contengan. Una vez consolidado el vínculo existiría una especie de homeostasis ambiental. De este modo, se hace palpable la afirmación de que la fuerza del apego no se extingue al pasar de los años, sino que solo va aumentando de complejidad con el paralelo desarrollo de todas las habilidades mentales y biológicas del individuo, siendo una variable constitutiva de todo el ciclo vital (Lecannelier, 2006, Bowlby 2014).

2.2.2. Apego y neurociencia

Para Schore, la teoría del apego es una “teoría de la regulación” (Schore, 2001; Sroufe, 1996; Thompson, 1994). Con ello alude a que la madre (figura significativa) es quien regula, inicialmente, una serie de activaciones fisiológicas y emocionales del bebé. Cada encuentro afectivo se traduciría así, en una instancia en que se empezarían a desarrollar en el infante un conjunto de habilidades y mecanismos para enfrentar/regular el estrés, las emociones, las situaciones novedosas (impredecibles), el aprendizaje y los estados mentales, como herramientas para épocas posteriores (Schore, 2002). Schore,

enfatisa que son los sistemas cerebrales los principales responsables de la capacidad de enfrentamiento/afrontamiento, por lo que postula entonces que la madre modela y modula con sus acciones de cuidado el cerebro del bebé. En un sentido más específico, estas funciones reguladoras tan críticas para el desarrollo de las competencias de enfrentamiento del bebé son mediadas por ciertos sistemas o ejes cerebrales:

- 1) El eje simpático-adrenomodular responsable de la regulación del Factor Liberador de Corticotropina (CFR) que facilita la acción del sistema simpático a través de las catecolamina.
- 2) El eje hipotalámico-pituitario-adrenérgico, que es el encargado de regular la respuesta del estrés a través de la secreción de cortisol (la llamada “hormona del estrés”), y que inhibe y desactiva el sistema simpático.
- 3) Los circuitos del sistema límbico encargados de una serie de funciones reguladoras, tales como el procesamiento emocional facial, la evaluación emocional inmediata de situaciones estresantes o de peligro, la activación y regulación de emociones.

Schore (2002) señala que las diferencias individuales en el modo de activación de estos sistemas dependen de las interacciones tempranas (materializadas en las relaciones de apego), por lo que un ambiente vincular altamente afectivo permitiría el desarrollo y funcionamiento adecuado de los sistemas nombrados anteriormente, con el objetivo de que el bebe, posteriormente niño, pueda enfrentar/regular de un modo flexible y adaptativo las demandas de la vida en períodos tempranos y posteriores del ciclo vital. En palabras de Schore: “... yo sugiero que la salud mental adaptativa del infante puede ser fundamentalmente definida como la expresión temprana de estrategias resilientes y eficientes para enfrentar la novedad y el estrés, y la salud mental desadaptativa del infante como un déficit en estas mismas capacidades” (Schore, 2001, p.17).

Desde la neurociencia hay dos estructuras que juegan un papel importante en el desarrollo de las habilidades de afrontamiento: el hemisferio cerebral derecho y la corteza orbitofrontal. Schore (2002), plantea que entre la madre y el bebé se producen una serie de encuentros sensoriales y afectivos que van moldeando la organización mental del bebe. Acciones como mirarse, tocarse, emitir diversas expresiones faciales, jugar y/o cambiar de posturas corporales al interactuar, son todos procesos que generan patrones mutuos de comunicación y regulación, lo que puede reflejarse en el concepto de sincronía afectiva.

Esto implica a su vez, la capacidad de generar un lenguaje sin palabras, en el que es posible que ambos miembros de la díada madre-hijo pueden compartir, anticipar, acoplarse y coordinarse en relación con sus respectivos estados afectivos, fisiológicos y cognitivos.

Schore (2001) expone que estos encuentros afectivos y sensoriales mutuos afectan el desarrollo del cerebro del bebé, y más específicamente, del hemisferio derecho. Señala que el desarrollo del hemisferio derecho es dominante durante los primeros tres años de vida, donde se localiza la comunicación emocional/gestual espontánea que se produce entre madre-bebé y se procesa la información relativa a lo que concierne al sentido subjetivo del sí-mismo, la información afectiva facial y auditiva proveniente de los otros. A su vez, afirma que el hemisferio derecho participa activamente en el control de las funciones vitales del organismo que posibilitan la supervivencia, y que permiten que el organismo enfrente activamente el estrés. En sus palabras: "... estas transacciones diádicas afectivamente sincronizadas elicitán altos niveles de energía metabólica para la sintonización de los circuitos corticales y sub-corticales implicados en el procesamiento emocional" (Schore, 2001, p. 24).

Con ello, Schore (2002) alude a que los encuentros sincrónicos entre madre y bebé aumentan la coherencia del cerebro derecho, que se materializa en un aumento de las conexiones entre áreas corticales de alto y bajo orden, posibilitando que el hemisferio derecho funcione y se organice de un modo más autorregulado, más integrado como un todo. El estímulo visual y auditivo proveniente de la madre, expresado en risas, sonrisas, juegos y miradas hacia el bebé, permite esta mayor integración del hemisferio derecho del bebé.

Las consecuencias positivas para el cerebro del bebé al experimentar esta sincronía, ritmo afectivo y comunicativo con su madre se ven reflejadas en la activación de neuronas dopaminérgicas en la formación reticular, promoviendo estados motivacionales, conductas de orientación y exploratorias. Al mismo tiempo, la interacción cara a cara entre la madre y el bebé induce la producción de neurotrofinas (nutrientes para el cerebro) generando la creación de sinapsis, plasticidad sináptica y desarrollo de la corteza y activa los sistemas opiáceos (endorfinas), que estimulando la conducta lúdica en ambas partes de la díada (Schore, 2002).

Por otro lado, el sistema límbico ha sido relacionado con las funciones de la emoción. Durante el primer año este sistema sufre una serie de reorganizaciones que dan cuenta de un desarrollo progresivo de los sistemas de control; el que se hace palpable en una mayor regulación de las activaciones internas y externas, y una mayor autonomía con relación al ambiente por parte del bebé. Anatómicamente hablando, el sistema límbico se considera como un sistema jerárquico/secuencial en donde las áreas de la amígdala, el cíngulo anterior y la corteza orbitofrontal juegan importantes roles en la regulación y organización de la conducta personal y social. Este sistema jerárquico también se encuentra organizado vertical y ontogénicamente, en donde la amígdala es el área inferior y más “joven”, relacionada con el procesamiento emocional básico (reconocimiento olfativo, gustativo y sensorial que se produce entre la madre y el bebé durante los primeros dos meses); el cíngulo anterior que es responsable de una serie de conductas socio-afectiva y atencionales que mantienen el contacto afectivo entre cuidador y bebé (tales como las vocalizaciones de risas y llantos, representaciones faciales, exploraciones visuales y la regulación afectiva mutua, durante el segundo y tercer cuarto del primer año, y la capacidad de control esforzado de la atención desde el tercer año); y por último, la corteza orbitofrontal, considerada como la “parte pensante del cerebro emocional” que actúa como una especie de sistema de control emocional e intersubjetivo (con funciones tales como procesar las intenciones de los otros a través de los gestos y expresiones (faciales y vocales), la adaptación socio-emocional, la regulación de las emociones, la responsabilidad, la evitación del castigo y la búsqueda de la recompensa, y la representación emocional-implícita de las interacciones sociales, desde el último cuarto del primer año hasta la mitad del segundo año, que es su período crítico de crecimiento) (Lecannelier, 2006).

Todas estas funciones están lateralizadas en el cerebro derecho, y en condiciones socio-afectivas normales, poseen un complejo sistema de interconexiones bidireccionales tanto desde “arriba hacia abajo” (corteza orbitofrontal-cíngulo anterior-amígdala), como de “abajo hacia arriba” (amígdala-cíngulo anterior-corteza orbitofrontal). Así mismo, los sistemas superiores (corteza orbitofrontal) tienden a controlar y regular las áreas inferiores (tales como la amígdala). Por ejemplo, la amígdala responde a los estímulos emocionales a un nivel perceptivo (nivel inferior), el cual es rápido y directo. Sin embargo, la corteza orbitofrontal procesa esta información proveniente de la amígdala y la ajusta, monitorea, corrige y regula de acuerdo a las necesidades intersubjetivas del

organismo. Esta corteza está especializada para actuar en situaciones impredecibles y de incertidumbre (es decir, situaciones de estrés), regulando y adaptándose a estas situaciones generando conductas sociales adaptadas. Por ende, es claro que este sistema bidireccional de conexiones permite una flexibilidad adaptativa de enormes implicaciones. Las fallas en la comunicación e integración de estas áreas producen una serie de perturbaciones en la adaptación afectiva, personal y social (generando psicopatología), por lo que se hace relevante la afirmación que señala que las relaciones de apego tempranas moldean directamente la maduración de estas estructuras cerebrales, responsables de la regulación y representación socio-afectiva (Schoore, 2001).

3. Psicopatología

Infantil

3.1. CONCEPTO DE SALUD

Hoy en día se considera que la salud física y la salud mental son dos conceptos inseparables que interactúan y se influyen mutuamente de manera constante. La salud mental, en general, se refiere a un concepto amplio, referido a un estado de bienestar psicosocial, se trata de una dimensión esencial de la calidad de vida, en la que confluyen una amplia gama de factores, experimentados en forma individual y colectiva (Almonte, et al., 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solamente como la ausencia de una enfermedad. Por su parte, el Ministerio de Salud de Canadá la define como “la capacidad del individuo, los grupos y el ambiente de interactuar entre sí, promover el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo y el uso de las facultades mentales individuales y colectivas, consistentes con los derechos de las personas, la justicia y el bien común”. Considerada de esta manera, que la salud sería un recurso de la persona que aumenta o disminuye dependiendo de los diversos intercambios entre los procesos en los que la persona está involucrada y en los que es protagonista (Almonte, et al., 2005).

De acuerdo a la definición de Canadá, una situación se constituye en un problema de salud mental cuando se rompe el equilibrio entre el individuo y su ecosistema, generándose una alteración del bienestar psicosocial. Así, es posible que

un niño o adolescente tenga problemas de salud mental en un ambiente de violencia o maltrato intrafamiliar, de cesantía de los padres, de progenitores con psicopatología, o frente a la carencia de oportunidades para un desarrollo adecuado (Almonte, et al., 2005).

Por su parte, los principales sistemas nosológicos se refieren a los problemas de salud mental como trastornos mentales, no como enfermedades mentales (World Health Organization 1992; American Psychiatric Association 1994). En la práctica clínica, la definición tiene repercusiones éticas y legales importantes, que conllevan por ejemplo a la decisión de una hospitalización o no. En psiquiatría legal, la definición de la enfermedad mental (según la ley) es importante cuando se trata de definir la responsabilidad jurídica (Raheb, 2008).

Clare (1997) plantea que existen varias propuestas de definición para el concepto de enfermedad mental. A continuación, se enumeran algunas acepciones que se consideran desde la medicina general (Raheb, 2008):

- Ausencia de salud.

- Presencia de un sufrimiento (un inconveniente de esta definición es que no se puede aplicar a todas las personas que podrían ser consideradas como enfermas en el sentido común del término, ya que por ejemplo, los pacientes maniacos podrían sentirse particularmente bien y no sufrir)

- Proceso patológico (algunos teóricos radicales como Szasz (1960) defienden la opinión según la cual una enfermedad no puede ser definida más que en términos de patología orgánica. Como la mayoría de los trastornos mentales no están ligados a una patología orgánica manifiesta, no pueden, desde esta perspectiva, ser definidos como enfermedades.

Tradicionalmente, la conducta anormal en niños ha sido clasificada en base a los trastornos de los adultos, hay que recordar que en el siglo XVIII se consideraba al niño como un adulto en miniatura (Lucio y Heredia, 2014). Por lo general, dicho diagnóstico está basado en el enfoque médico. En psiquiatría se distinguen dos conceptos relativamente próximos: la enfermedad y la afección. El primero se define como una anomalía médica basada en una patología, por los signos y los síntomas;

la afección se refiere a las experiencias de dolor subjetivas y de invalidez, siendo esta última definición la que más se utiliza en psiquiatría. Los trastornos mentales se comportan como un tipo de afección, y a pesar de que algunos tengan una etología somática común (p. ej., la fenilcetonuria, la trisomía 21 o la enfermedad de Alzheimer) la mayoría no pueden estar clasificados más que en función de los síntomas (Raheb, 2008).

Marcelli (2007), señala que la paidopsiquiatría es una práctica clínica empírica y sus orígenes vienen marcados por la heterogeneidad de los primeros autores en este campo, los que provienen principalmente de dos fuentes: por un lado, desde la educación del niño, los primeros esfuerzos de lo que luego se convertiría en psiquiatría infantil se basaron en el estudio de los niños que se consideraban «ineducables» (niños sordos o ciegos, o niños débiles). Por otro lado, desde la psiquiatría y la psicopatología del adulto, una de las preocupaciones iniciales de los primeros psiquiatras infantiles fue reencontrar en el niño cuadros nosográficos ya bien conocidos en la psiquiatría del adulto.

Según Hope (2001) en psiquiatría, las anomalías de las funciones psicológicas (psicopatología) son consideradas como el fundamento de la enfermedad. Frente a la dificultad de definir la enfermedad mental, los trabajos más recientes se orientan a la noción de incapacidad causada por una perturbación de dichas funciones.

Los objetivos de la psicopatología son el estudio de los fenómenos psíquicos, el conocimiento de las organizaciones y las dinámicas psicológicas que están a la base de las perturbaciones del psiquismo, para así identificar sus determinantes, evolución y consecuencias que estas pueden generar en el desarrollo. Para ello se vale de las distintas aportaciones realizadas por los distintos enfoques como el psicoanalítico, conductual, cognitivo y sistémico (Almonte, et al., 2005)

La psicopatología infanto-juvenil es relativamente reciente, sólo en los años 70 se produce su florecimiento desde una perspectiva psicológica, con autores como Achenbach, Ollendick, Ross y Kazdin. A partir de la anamnesis de casos de pacientes adultos estos autores mostraron que, en su mayoría, los problemas se iniciaban en la infancia, lo cual puso de relevancia la importancia de los primeros años de vida (Del Barrio, 2010) Actualmente, a pesar que la situación ha

evolucionado bastante, sigue existiendo un amplio desacuerdo sobre cómo conceptualizar un desorden en los niños, qué características evaluar, por quién, en qué situaciones y cómo debe interpretarse dicha información.

Evaluar el carácter patógeno de una conducta específica observada en el niño o adolescente, requiere un profundo conocimiento del desarrollo denominado “normal”, considerando además que la maduración es un proceso permanente y continuo. Según Marcelli (2007) la evaluación de lo normal y lo patológico en el funcionamiento de un niño o adolescente, no debería ignorar el contexto ambiental, paterno, fraternal, escolar, residencial, amistoso y religioso, entre otros, ya que una misma conducta podría tener un sentido muy diferente según apareciese en un niño o adolescente que se beneficiara de un aporte familiar positivo o, por el contrario en un chico que viviese en un medio de desorganización general, como ocurre en el caso de las familias-problema. Este autor señala que la evaluación del riesgo de morbilidad y de potencialidad patógena y patológica actual de un niño/adolescente debe tomar en cuenta varios ejes de referencia, refiriéndose a diversos modelos conceptuales. En la Figura 3.1 se muestra cómo Marcelli (2007) ilustra los principales ejes de comprensión utilizados en psicopatología infantil.

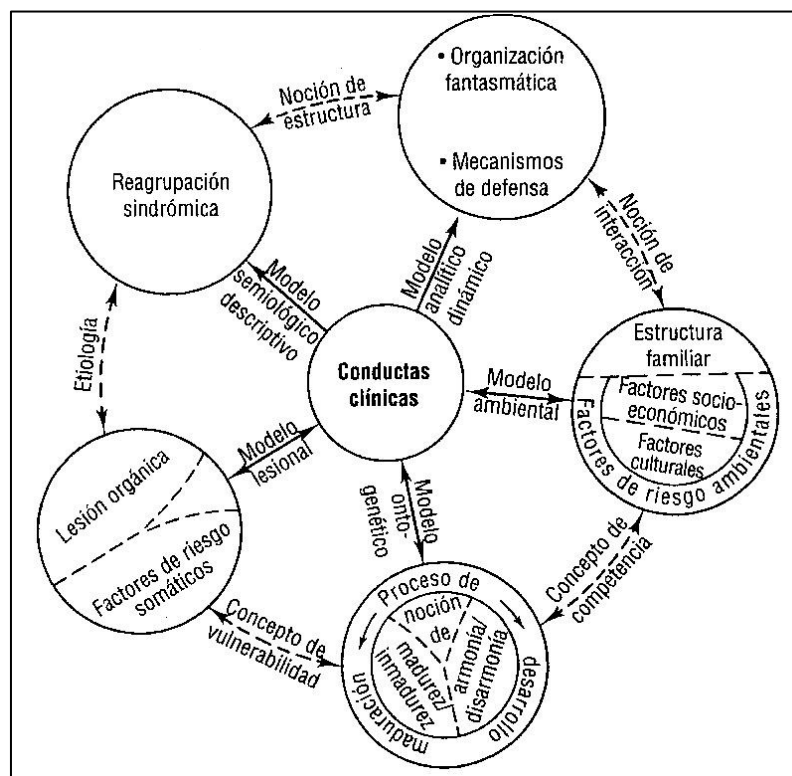


Figura 3.1 Diversos modelos de comprensión en psicopatología Infantil

Por su parte, Achenbach y Rescorla (2007, citados en Lucio y Heredia, 2014) consideran que la evaluación psicopatológica del niño debería hacerse de abajo hacia arriba, es decir, a partir de los problemas que reportan padres y maestros para establecer diagnóstico, porque las categorías psiquiátricas van de arriba hacia abajo; ello implica que primero se tiene un constructo y a partir de ahí se evalúa el problema del niño.

3.2. PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

La psicopatología del desarrollo es un enfoque más psicológico e interdisciplinario que el enfoque médico-psiquiátrico. Desde aquí se destaca el valor de estudiar la psicopatología en relación con los cambios típicos que ocurren en la vida, sugiriendo un marco conceptual relacionado a hitos y secuencias en áreas físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo (Lucio y Heredia, 2014).

Este enfoque se caracteriza por ser genético, ya que se preocupa por los orígenes de las alteraciones del desarrollo psíquico que ocurren al perturbarse los aspectos genéticos-disposicionales y/o ambientales o la disposición entre ambos; evolutivo, porque se ocupa de describir los cambios que experimenta la patología como consecuencia del desarrollo, ya sea desde su remisión, persistencia o complejidad; y dialéctica, puesto se refiere a la interacción recíproca entre el sujeto y su entorno y las posibles manifestaciones psicopatológicas y su respectivo proceso de superación, mantenimiento, crecimiento, regresión, inhibición o desviación significativo (Almonte, et al., 2005)

La psicopatología del desarrollo surge por la necesidad de una nueva orientación de la etiología de la psicopatología, ya que se han identificado fallas de los modelos tradicionales en la explicación de la aparición y mantenimiento de desórdenes mentales y comportamentales. (Lucio y Heredia, 2014)

De este modo, Lucio y Heredia (2014) señalan que algunos autores han encontrado fallas relacionadas a afirmar que la misma entidad causará el mismo desorden en todos los individuos afectados; o que los mismos síntomas en diferentes edades deben estar causados por la misma entidad; o que alteraciones específicas de los niños conducen a trastornos similares en los adultos.

Olivares (2010) plantea que la psicopatología del desarrollo tiene aún mucho que aclarar, pero cabe suponer que gran parte de los adultos con trastornos psicológicos alguna vez fueron niños y adolescentes con esos mismos problemas o al menos una elevada vulnerabilidad para presentarlos.

Ellis (1962) publicó por primera vez su famoso A-B-C para la terapia donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo adoctrinamiento en exigencias irracionales. Según este autor, los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Así, para Ellis (1962, 1981, 1990) el trastorno psicológico deriva de las creencias irracionales (citado en Ruiz y Cano, 1992).

Según se ha citado anteriormente, Beck (1967, 1976) en su teoría cognitiva del trastorno emocional mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas. Esas estructuras organizadas de la experiencia conforman los esquemas o supuestos personales. Estos se refieren a creencias básicas que predisponen al individuo a una vulnerabilidad psicopatológica (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Beck, 1976). Estas creencias conforman un código de reglas abstractas que guían la conducta del individuo.

Por otra parte, para Carl Rogers (1982), el trastorno proviene de la incapacidad de vivenciar la propia experiencia e integrar el *self* real con el *self* ideal. Mientras, Kelly define el trastorno psicológico como “cualquier construcción personal que se emplea repetidamente a pesar de su invalidación consistente” (1955,1991).

Desde la perspectiva constructivista, la patología o disfunción (trastorno afectivo) no es producto de la motivación inconsciente que actúa en el momento presente ni tampoco fruto de un comportamiento inadecuado debido a las emociones reprimidas del individuo. Por el contrario, este enfoque percibe la disfunción como resultado de la presencia o ausencia de la conciencia presente de las personas, sus constructos, y los significados que adquiere la experiencia (Greenberg, 1996). Desde esta perspectiva, todo ello determina la mayor parte de la conducta inadecuada y por lo tanto su disfunción, ya que las personas actuarían habitualmente

a partir de la percepción de sí mismos y de su situación actual, en función de lo que conciben como la alternativa más adaptativa. Enfatizan que el hecho de que las impresiones sean acertadas o no es, en cierto modo, irrelevante ya que lo realmente importante sería la construcción de la realidad subjetiva a partir de la cual se dará una respuesta afectiva. Concluyendo así, que un esquema de autopercepción deficiente o negativo activaría el mecanismo de los esquemas emocionales disfuncionales, que suponen una decepción continua para el individuo (Palmero, 2000).

En palabras de Greenberg, el ser humano reacciona de forma visceral ante las cosas que le sirven de guía, lo cual le genera determinados sentimientos que, a su vez, le ayudan a depositar la atención en posibilidades que pueden resultar negativas y, además, aportan respuestas inmediatas que le alejan de ellas. Sólo después, añade el autor, sigue el análisis racional, una vez que la valoración afectiva ha reducido las demás opciones (Greenberg, 1998).

Por su parte, Jannoff-Bulman (1992) afirma que los traumas constituyen el origen de muchos de los trastornos emocionales, ya que destruyen el sentido de realidad de las personas y les dejan con recuerdos emocionales que les contagian y les desbordan continuamente. De hecho, Beck y Ellis ya advierten que los primeros psicólogos cognitivos dieron cuenta de la conexión cognición-emoción, y de cómo ésta última era la principal fuente de disyunción en un sujeto (Beck, 1976; Ellis, 1962).

4. Taxonomía para los trastornos infantiles

Doménech y Ezpeleta (1998) exponen que la naturaleza no está clasificada, por lo que las clasificaciones no son más que artefactos que los seres humanos han implementado en la naturaleza para entenderla y comunicarse entre si. Según Rutter y Taylor (2003, citados en Lucio y Heredia, 2014) la clasificación debería considerarse como un lenguaje que permitiese la comunicación entre profesionales, y no como una colección de objetos o cosas que terminen “cosificando” al niño. El interés por clasificar las enfermedades de los niños es un fenómeno reciente, que se genera mucho después de las clasificaciones en psiquiatría del adulto. No obstante actualmente las clasificaciones son fundamentales para la consolidación de una psicopatología infantil científica (Doménech y Ezpeleta, 1998). La preocupación de la comunidad científica por conseguir un rigor metodológico ha hecho que las clasificaciones diagnósticas sean un utensilio indispensable en campos como la investigación o la evaluación terapéutica.

Almonte y Montt (2005) sistematizan de la siguiente manera los objetivos que tiene el acto de clasificar en la psiquiatría:

- Ordenar los síntomas y signos que distinguen un trastorno de otro, condición indispensable para diseñar un tratamiento eficiente.
- Seguir criterios rigurosos de diagnóstico que permitan intercambiar información.
- Realizar investigaciones clínicas y psicofarmacológicas válidas y confiables.

- Pronosticar cursos evolutivos posibles.
- Obtener un conocimiento estadístico de la prevalencia e incidencia de determinados trastornos.

Según Lolás (1993, citado en Almonte et al., 2005) la clasificación incluye componentes nosológicos, que delimitan y definen la información requerida para la clasificación; componentes taxonómicos, que organizan las anormalidades en categorías mudamente exclusivas y conjuntamente exhaustivas; y componentes estadísticos, que se refieren a los métodos para organizar los datos y para la elección y selección de categorías.

4.1. CLASIFICACIONES CREADAS ESPECÍFICAMENTE PARA TRASTORNOS INFANTILES

4.1.1. Clasificaciones Cuantitativas o Dimensionales.

La perspectiva dimensional utiliza diversos valores ordenados en un continuo de normalidad-anormalidad, lo que tiene varias ventajas sobre el modelo categorial, al ser menos artificial, no limitarse a evaluar la ausencia versus presencia y aportar mayor información clínica como parámetros de intensidad, gravedad, duración y deterioro entre otros. Sin embargo, no está exenta de problemas ya que implica una mayor complejidad en el proceso clasificatorio y es poco familiar tanto para investigadores como para los profesionales de la práctica clínica, quienes tienden a generar los diagnósticos a través de las distinciones categóricas para una fácil etiquetación y una mejor comunicación entre ellos (Sandín, 2013).

Las clasificaciones cuantitativas o dimensionales proceden de la aplicación de métodos estadístico-matemáticos a listas de posibles síntomas y signos para medir la tendencia de ítems de conducta específicos a presentarse agrupados en forma de lo que se denomina dimensiones de conducta (Doménech y Ezpeleta, 1998).

Doménech y Ezpeleta (1998) explican que los sistemas categoriales asignan los trastornos a las categorías basándose en características que consideran necesarias y suficientes para determinar la pertenencia a dicha categoría, mientras que los sistemas dimensionales consideran que la pertenencia a una categoría es una cuestión de grado o

medida en que las características del individuo coinciden con las características que definen la categoría (prototipo), lo que realizan a través de análisis factorial.

Sandín (2013), destaca que según este enfoque, lo importante era determinar la falta de adaptación del individuo a los problemas vitales, la cual podía variar entre grados de leve (neurosis) a mayor gravedad (psicosis) (Menninger, 1963). Los primeros en emplear este sistema fueron Ackerson (1942) y Hewitt y Jenkins (1946) y se considera un hito importante cuando este modelo se transformó desde la psiquiatría tradicional (modelo biologista de Kraepelin) hacia una modelo de continuidad entre lo normal y lo anormal, mediante la cual la psiquiatría pasaba de ser una disciplina relacionada con la locura a una relacionada con la normalidad (Horwitz, 2002; Mayes y Horwitz, 2005). En palabras de (Doménech y Ezpeleta, 1998):

Básicamente lo que hacen las clasificaciones cuantitativas de la psicopatología infantil es aplicar técnicas correlacionales a una serie de conductas patológicas. Las correlaciones miden la tendencia que tienen las pautas de conducta anómala a concurrir. La detección de estas pautas se hace a partir de listados de ítems contenidos en las escalas de "evaluación conductual". Una vez obtenidas las correlaciones entre ítems se pueden hacer análisis estadísticos multivariantes de estas correlaciones para detectar agrupaciones de síntomas que covarían.

Existen distintas formas de análisis multivariante. Uno de ellos es el que se conoce como análisis de cluster, lo que implica agrupaciones de ítems que se excluyen mutuamente entre sí. Otro método de análisis multivariante es el factorial, el cual, a diferencia del anterior, permite que un mismo ítem o síntoma pueda entrar a formar parte de más de un síndrome. (p. 125)

La taxonomía dimensional más elaborada y de mayor uso en psicopatología infantil y adolescente es la de Achenbach y Edelbrock (1983). Estos autores elaboraron su taxonomía a partir del análisis factorial de los ítems sobre problemas de conducta del cuestionario *Child Behavior Checklist* (CBC; Achenbach y Edelbrock, 1983) contestado por los padres de 2.300 niños de consulta psicológica/psiquiátrica. Los análisis se efectuaron separadamente para cada sexo y para los grupos de edad 6-11 y 13-17 años. Las dimensiones resultantes se agruparon en: conductas internalizantes o intrapsíquicas;

externalizantes o de proyección hacia los demás; y mixtas. La fiabilidad y validez de este cuestionario ha sido ampliamente demostrada y estudiada (Doménech y Ezpeleta, 1998).

En 1991 Achenbach revisó el instrumento haciéndolo más uniforme para las distintas edades y sexos y teniendo en cuenta la información de diferentes fuentes (padres, el propio niño y el maestro). El resultado de dimensiones se refleja en la tabla 4.1 en este perfil, las escalas son iguales para todas las edades (4-11 y 12-18) y para ambos sexos, pero la puntuación difiere para cada uno de ellos (Doménech y Ezpeleta, 1998).

Tabla 4.1. Escalas derivadas a partir de análisis factoriales en la CBCL (perfil de 1991)

	Síndromes Internalizantes	Síndromes Combinados	Síndromes Externalizantes
Niños/as de 4-11 y 12- 18 años	Retraimiento Quejas Somáticas Ansiedad/ Depresión	Problemas Sociales Problemas del Pensamiento Problemas de atención	Conducta delictiva Conducta agresiva

4.1.2. Clasificaciones Catoriales.

Estos enfoques surgen principalmente desde la perspectiva psicoanalítica. Ana Freud (1965) planteó que un perfil diagnóstico debía considerar los siguientes aspectos: variaciones dentro de la normalidad; síntomas transitorios a consecuencia de la tensión propia de la etapa de desarrollo; neurosis infantiles y de carácter; regresiones, trastornos límites, delictivos o psicóticos; personalidad retrasada, deficitaria y atípica; y alteraciones del desarrollo intelectual. Desde esta perspectiva, el diagnóstico estaba determinado, por el funcionamiento del niño en cuanto al desarrollo de las pulsiones, ego y super ego; puntos de fijación y regresión; tolerancia a la frustración; ansiedad, conflictos y potencial de sublimación (Lucio y Heredia, 2014). El esfuerzo de A. Freud no se vio recompensado ni por una aplicación clínica amplia ni por unos estudios de fiabilidad y validez de sus categorías (Doménech y Ezpeleta, 1998).

Por su parte, el "*Group for the Advancement of Psychiatry*" (Grupo de Avance de la psiquiatría) o GAP (1966) planteó una clasificación que consideraba tanto los aspectos psicosociales como los del desarrollo, incluyendo aspectos interaccionales, etiológicos y fenomenológicos. Esta clasificación está conformada por nueve categorías jerarquizadas

que oscilan desde lo normal a lo más grave y desde lo más ambiental a lo más biológico, dejando una décima categoría para agrupar otros trastornos (véase la Tabla 4.2) (Lucio y Heredia, 2014).

Uno de los aportes de esta clasificación fue que valoraba la dimensión evolutiva en psicopatología, pero las clasificaciones eran categoriales y lineales, demostrando poca fiabilidad (Doménech y Ezpeleta, 1998). Por otro lado, Almonte y Montt (2003), señalan que si bien esta clasificación no ha tenido un papel importante en los estudios estadísticos de los trastornos infantiles, el orden que propone es muy útil a nivel de comprensión psicopatológica y docente, dejando entrever de manera implícita que no todo motivo de consulta es una condición patológica y que puede corresponder a una respuesta normal.

Tabla 4.2. Clasificación de los trastornos psiquiátricos infantiles y del adolescente (GAP)

Respuestas sanas o variable normal	Trastornos psicóticos
- crisis del desarrollo.	- psicosis de la infancia y la edad preescolar.
- crisis situacionales.	- psicosis de la edad escolar.
- otras respuestas.	- psicosis de la adolescencia.
Trastornos reactivos o adaptativos	Trastornos psicofisiológicos
Trastornos del desarrollo	- piel.
- desviaciones de los patrones de maduración.	- musculoesqueléticos.
- desviaciones de aspectos específicos del desarrollo.	- cardiovasculares.
- otras desviaciones del desarrollo.	- respiratorios.
Trastornos psiconeuróticos	- sanguíneo y linfático.
- angustiosos	- gastrointestinales.
- fóbicos	- otras.
- de conversión	Trastornos orgánicas cerebrales
- disociativos	- agudos.
- obsesivos-compulsivos	- crónicas.
- depresivos	Retardo mental
- otros trastornos psiconeuróticos.	Otros trastornos
Trastornos de la personalidad	
- compulsiva	
- histérico	
- ansiosa	

Tabla 4.2. Clasificación de los trastornos psiquiátricos infantiles y del adolescente (GAP)

-
- excesivamente dependiente
 - opositorista
 - excesivamente inhibida
 - excesivamente independiente.
 - aislacionista.
 - desconfiada.
 - con tendencia a la descarga
tensional.
 - de tipo sociosintónico.
 - caracterizado por desviaciones
sexuales.
 - otros trastornos de la personalidad.
-

Extraída de Almonte et al. (2005).

En 1987 se publica la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA), la que es una clasificación estadística biaxial que comporta un glosario y es compatible con el proyecto de la CIE 10, lo que asegura una posibilidad de utilización a nivel internacional (Mises, 1990) (véase la Tabla 4.3).

El eje I es un eje clínico destinado a las categorías clínicas básicas, está dividido en nueve categorías clínicas de base, las cuales a su vez se desglosan para puntualizar su clasificación. Estas son identificadas en el interior de la categoría por dos cifras, por lo que finalmente un número de tres cifras permite caracterizar los trastornos dominantes del eje I (Mises, 1990).

El eje II está destinado a los factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos. Este eje permite retener bajo dos rúbricas distintas, de una parte las afecciones orgánicas y de otra las condiciones ambientales que se consideren necesarias. Los ítems propuestos no se refieren a una esquematización correspondiente a un modelo etiológico que entrañaría una exclusión mutua entre componentes orgánicos y psicosociales. Este dispositivo autoriza el apoyo sobre concepciones relacionadas, en las que la enfermedad orgánica, los factores relacionales y sociales pueden ser considerados en su dimensión interactiva (Mises, 1990).

Finalmente, cuenta con un glosario que proporciona las definiciones de cada una de las subcategorías, generalmente bajo forma de criterios tan concisos como ha sido

posible, asumiéndose que son conocidos los datos esenciales de la clínica psiquiátrica del niño y el adolescente (Mises, 1990)

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA		CIE-10
1. PSICOSIS	F 84.0	Autismo infantil
1.00 Autismo infantil precoz tipo Kanner.	F 84.1	Autismo atípico
1.01 Otras formas de autismo infantil.	F 84.2	Síndrome de Rett
1.02 Psicosis precoces deficitarias.	F 84.4	Hiperactividad asociada a un retardo mental y a movimientos estereotipados
	F 84.8	Otros trastornos invaden el desarrollo.
	F 84.5	Síndrome de Asperger
1.03 Disarmonías psicóticas.	F 843	Otros trastornos desintegrativos de la infancia
	F 20.	Esquizofrenia
1.04 Psicosis de tipo esquizofrénico que aparecen durante la infancia,		
1.05 Psicosis de tipo esquizofrénico que aparecen en la adolescencia.	F 30.2	Manía con síntomas psicóticos.
1.06 Psicosis distímicas.	F 31	Trastornos afectivos bipolares.
	F 32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
	F 33.3	Trastornos depresivos recurrentes, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
	F 23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
1.07 Psicosis agudas.	F 84.8	Otros trastornos que invaden el desarrollo
1.08 Otras.	F 28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
	F 84.9	Trastornos que invaden el desarrollo sin precisar.
1.09 No especificadas.	F 29	Psicosis no orgánica, sin precisar.
	F 93.0	Angustia de separación de la infancia
2. TRASTORNOS NEUROTICOS	F 41.0	Trastornos de pánico
2.00 Trastornos neuróticos evolutivos de predominio ansioso.	F 41.1	Ansiedad generalizada.
	F 44	Trastornos disociativos (de conversión)

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA		CIE-10	
2.01	Trastornos neuróticos evolutivos de predominio histérico.	F45.0 F 45.1	Somatización Trastorno somatoforme indiferenciado
2.02	Trastornos neuróticos evolutivos de predominio fóbico.	F 93.1 F 93.2 F 40.	Problemas de ansiedad fóbica de la infancia. Ansiedad social de la infancia Problemas ansiosos fóbicos
2.03	Trastornos neuróticos evolutivos de predominio obsesivo.	F 42	Trastornos obsesivos compulsivos
2.04	Trastornos neuróticos evolutivos en los que predomina la inhibición	F 93.8	Otros trastornos emocionales de la infancia
2.05	Depresión neurótica.	F 32.0 F 32.1 F 32.2 F 33.0 F33.1 F 33.2 F 34.1 F 60.4	Episodios depresivos ligeros. Episodios depresivos medios. Episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos Trastornos depresivos recurrentes, episodio actual ligero. Medio. Graves sin síntomas psicóticos. Distimia. Personalidades histriónicas, anacásticas, ansiosas, dependientes.
2.06	Patologías neuróticas de la personalidad.	F 60.8 F 40	otros trastornos específicos de la personalidad. Trastornos neuróticos.
2.07	Problemas o trastornos neuróticos con perturbaciones de las funciones instrumentales	F 45 F 80 F 81 F 82 F 83 F 48 F 48.9	Trastornos específicos del habla y del lenguaje. Trastornos de aprendizaje escolar. Trastornos del desarrollo motor. Trastornos mixtos del desarrollo. Otros trastornos neuróticos Trastornos neuróticos, sin precisión.
2.08	Otros.	F 92.8	Otros trastornos mixtos de las conductas y de las emociones.

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA		CIE-10
2.09 No especificados.	F 93.0	Angustia de separación en la infancia.
3. PATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD		
3.00 Patología de la personalidad y/o del comportamiento dentro de una desarmonía evolutiva.		
	F 60.3	Personalidad (emocionalmente) lábil
	F 60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad
3.01 Patología narcisista y/o anaclítica, depresiones crónicas, abandonismo.	F 92.0	Trastornos de conducta con depresión.
	F 93.0	Angustia de separación de la infancia (en parte)
	F 93.1	Trastorno reactivo de «apego» de la infancia.
	F 94.2	Trastornos de «apego» en la infancia con desinhibición.
	F 60.3	Personalidad (emocionalmente) lábil
	F 60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad.
3.02 Organizaciones de tipo psicopático.	F 91	Trastornos de conducta
	F 60.2	Personalidad asocial
3.03 Organizaciones de tipo perverso.	F 65	Trastornos de preferencia sexual
3.04 Trastornos de identidad sexual.	F 64	Trastornos de identidad sexual
	F 66	Problemas psicológicos y comportamentales asociados al desarrollo sexual y a su orientación.
3.08 Otras.	F 98.8	Otros trastornos comportamentales y emocionales que aparecen habitualmente durante la infancia o la adolescencia.
3.09 No especificadas	F 98.9	Trastornos comportamentales y emocionales que aparecen habitualmente durante la infancia o la adolescencia sin precisión.

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA		CIE-10
4. TRASTORNOS REACTIVOS		
4.00 Depresión reactiva.	43 2	Trastorno de la adaptación (parte)
4.01 Manifestaciones reactivas diversas (independientemente de cual sea el modo de expresión mental, comportamental, escolar, social).	F 43.2	Trastornos de la adaptación
4.02 No especificadas.		
5. DEFICIENCIAS MENTALES		
5.0x Q.I entre 50-69	F 70	Retardo mental ligero
5.1x Q.I entre 35-49	F 71	Retardo mental medio
5.2x Q.I entre 20-34	F 72	Retardo mental grave
5.3x Q.I inferior a 20	F 73	Retardo mental profundo
5.4x No precisado	F 79	Retardo mental, sin precisión
5.x5 Deficiencia armónica	F 7x,1	Solamente deficitario. Retardo mental + otro trastorno.
5.x6 Deficiencia disarmónica		Con hándicap comportamental significativo (en parte) + trastorno neurológico.
5.x7 Deficiencia con polipatología		
5.x8 Demencia	F 02.8	Demencia asociada a otras enfermedades clasificadas en otros apartados.
5.x9 No precisados	F7x	Retardo mental, sin precisar
TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES		
6.00 Retraso simple del lenguaje.	F80.8	Otros trastornos del desarrollo de la palabra y del lenguaje.
6.01 Trastornos aislados de la articulación.	F 80.0	Trastornos específicos de la adquisición de la articulación.
6.02 Trastornos complejos del lenguaje oral.	F 80.1	Trastornos de la adquisición del lenguaje (de tipo expresivo).
	F 80.2	Trastornos de la adquisición del lenguaje (de tipo receptivo).
	F 80.3	Afasia adquirida con epilepsia (Síndrome de Landau-Kleffner)
	F 81.0	Trastornos específicos de la adquisición de lectura
6.03 Trastornos lexicográficos.	F 81.1	Trastornos específicos de la adquisición de la ortografía
	F 81.2	Trastornos específicos de la adquisición de la aritmética.
6.04 Discalculia.	F 81.3	Trastornos mixtos de las

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA		CIE-10
		adquisiciones escolares.
6.05 Trastornos del razonamiento.	F 98.5	Tartamudez
	F 98,6	Farfulleo
6.06 Tartamudez.	F 94.0	Mutismo selectivo
	F 90.0	Perturbación de la actividad de la atención
6.07 Mutismo selectivo.		
6.08 Hiperquinesia, inestabilidades psicomotrices.	F 90.1	Trastornos hiperquinéticos y trastornos de conducta
6.09 Hiperquinesia asociada con movimientos estereotipados.	F 90.8	Otros trastornos hiperquinéticos.
6.10 Retraso psicomotor.	F 82	Trastornos específicos del desarrollo motor.
6.11 Otros trastornos psicomotores.	F 82	Trastornos específicos del desarrollo motor.
6.12 Tics aislados.	F 95.0	Tic transitorio
	F 95.1	Tic motor o vocal crónico
6.13 Enfermedad de Gilles de la Tourette.	F 95.2	Forma asociada a tics vocales y tics motores (Síndrome de Gilles de la Tourette)
6.14 Intrincación de trastornos psicomotores y del lenguaje.	F 83	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
6.15 Otras (fracaso escolar).	F 88	Otros trastornos del desarrollo psicológico
6.16 No especificadas		
ALTERACIONES LIGADAS AL USO DEL ALCOHOL Y DROGAS		
7.0 x Continuo	F 1 x.1	Utilización nociva para la salud
	F1x2	Síndrome de dependencia
	x.24	Utilizando actualmente la sustancia
	x.25	Utilización continua
7.1 x Ocasional	F 1 x.1	Utilización nociva para la salud
	x.26	Síndrome de dependencia. Utilización episódica (Dipsomanía)
	F1x2	Síndrome de dependencia
	x20	Actualmente en abstinencia
7.2 x En remisión	x21	Actualmente en abstinencia pero

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA	CIE-10
	en un desarrollo protegido.
	F1 x.3 Síndrome de deshabitación
	F1 x4 Síndrome de deshabitación con delirios.
7.3 x En desintoxicación	F 10 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización del alcohol.
7.x 0 Alcohol	F 17 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización del tabaco.
7.x 1 Tabaco	F 13 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de sedantes e hipnóticos.
7.x 2 Hipnóticos y tranquilizantes	F 11 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de opiáceos.
7.x3 Morfínicos	F 12 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de derivados del cannabis
7.x4 Marihuana	F 16 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de alucinógenos.
7. x5 Alucinógenos	F 15 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)
7. x6 Psicoestimulantes tales como cocaína, cafeína, anfetaminas)	F 19 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de disolventes volátiles.
7.x7 Disolventes	F 19 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de drogas múltiples y trastornos ligados a la utilización de otras sustancias psicoactivas.
7.x8 Politoxicomanías	F 19 Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de otras sustancias psicoactivas.
7.x9 Otros productos no especificados	

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA		CIE-10
8. TRASTORNOS DE EXPRESION SOMATICA Y/O COMPORTAMENTAL	F 54	Factores psicológicos o comportamentales asociados a las enfermedades o a otros trastornos clasificados anteriormente (F 54 + con afección psíquica)
8.00 Enfermedades psicósomáticas.	F 45.3	Disfunción neurovegetativa somatoforme.
	F 50.0	Anorexia mental
	F 50.1	Anorexia mental atípica
8.01 Trastornos psicofuncionales.	F 50.2	Bulimia
	F 50.3	Bulimia atípica
8.02 Anorexia mental.	F 50.2	Bulimia
	F 50.2	Bulimia atípica
8.03 Bulimia sin obesidad.	+ E66	Obesidad
8.04 Bulimia con obesidad		
8.05 Otras trastornos de la conducta alimenticia	F 98.2	Trastornos de la alimentación de la primera y la segunda infancia.
	F 98.3	Pica de la primera y segunda infancia.
	F 50.4	Hiperfagia asociada a otras perturbaciones psicológicas.
	F 50.8	Otros trastornos de la alimentación.
	F 98.0	Enuresis no orgánica
8.06 Enuresis	F 98.1	Encopresis no orgánica
8.07 Encopresis	F51	Trastornos del sueño no orgánicos
8.08 Trastornos del sueño	X 84	Autodestrucción intencional a través de medios no especificados.
8.09 Intento de suicidio	Z91 .5	Antecedentes personales de autodestrucción intencionada.
9. VARIACIONES DE LA NORMALIDAD	R 45.0	Nervios
	R 45.2	Tristeza
9.00 Angustias, rituales, miedos.	F 91.6	Otros trastornos de conducta
9.01 Momentos depresivos.	F 93.2	Ansiedad social de la infancia

Tabla 4.3. Equivalencia entre la CFTMEA y la CIE-10

CFTMEA		CIE-10
9.02	Conductas de oposición.	F 81.8
9.03	Conductas de aislamiento.	Otros trastornos de adquisición escolares y sin precisión.
9.04	Dificultades escolares que no pueden ser clasificadas en otros apartados.	Z 55 Problemas del desarrollo psicológico normal R 62 Retardo del desarrollo normal
9.05	Retrasos o regresiones transitorias.	F 91.8 Otros trastornos de conducta R 45 Síntomas y signos concerniente al estado emocional
9.06	Aspectos originales de la personalidad.	
9.08	Otros.	

A su vez, cabe destacar que la clasificación de la psicopatología del niño antes de los tres años se ha ido separando de la psiquiatría general y de la paidopsiquiatría, así Kreisler (1978), plantea la primera clasificación multiaxial de la psicopatología de las primeras edades. Propuso entonces tres ejes: el primero hacía referencia a la expresión de la psicopatología, el segundo al modo de funcionamiento psíquico (reactivo, psicótico, neurótico, etc), y el tercero a la etiología. Posteriormente en 1984 presenta una nueva propuesta nosográfica que cuenta con cuatro ejes, los que están reflejados en la Tabla 4.4.

Tabla 4.4. Clasificación multiaxial de la psicopatología de la primera edad según L. Kreisler

Eje I Referencia Clínica Básica (Forma de expresión clínica)	A. Expresión somática.
	1. Patología psicosomática.
	2. Consecuencias somáticas de comportamientos anómalos. 3. Fenómenos de conversión somática.
Eje II Referencia estructural	B. Alteraciones del desarrollo.
	C. Expresión psicomotora y conductual.
	A. Según la estructura de las interacciones. Ejm: insuficiencia, evitación excesiva, incoherencia, discordancias.
	B. Según la estructura funcional de la mente. Ejm: estados deficitarios, depresión, trastornos por ansiedad y fóbicos, vacío afectivo, psicosis y estados límite.
	C. Según la cronología de las interacciones. Ej.: fase primaria, período anaclítico, fase terminal de la 1ª edad.

Tabla 4.4. Clasificación multiaxial de la psicopatología de la primera edad según L. Kreisler

Eje III Referencia a factores etiológicos (Patógenos o asociados)	<p>A. Orgánicas Ej.: mongolismo, mixedema, fenilcetonuria.</p> <p>B. Ambientales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Del mismo niño: prematuridad, hospitalización, separaciones repetidas. 2. Familiares: psicopatología de los padres, alteración de la estructura familiar. 3. Económicos y socioculturales,
Eje IV Referencia al riesgo	<p>A. Grado de Intensidad. Ej.: variación normal, trastorno reactivo, riesgo elevado, medio y bajo.</p> <p>B. Naturaleza del riesgo (según I, II y III)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 En relación con la patología infantil. Ej.: somatización grave, depresión, psicosis. 2 En relación con los factores etiológicos. Ej.: enfermedad orgánica cerebral, riesgo neonatal, depresión materna, maltrato.

(Fuente: Kreisler, L. (1984). *Problemes spécifiques de classification en psychiatrie du premier Age: propositions nosographiques nouvelles. Confrontations psychiatriques*, 24, p. 226) (Doménech y Ezpeleta, 1998).

4.1.3. Clasificación propuesta por el modelo de psicopatología evolutiva.

Doménech y Ezpeleta, (1998) señalan que:

Este es un modelo de análisis de la psicopatología infantil que explica el desarrollo tanto normal como patológico y se centra particularmente en las primeras etapas de la vida. Tiene una forma distinta e innovadora de clasificar la psicopatología que se fundamenta tanto en las conductas desviadas como en los déficits comportamentales en cada etapa del desarrollo desde el nacimiento. Propuesta inicialmente por Greenspan y Lourie (1981), dicha clasificación se basa en la forma en que el niño organiza sus conductas y procesa e integra la información que le llega del mundo circundante y de sus experiencias. Lo que considera son niveles de funcionamiento a lo largo del desarrollo. Según Garber (1984), quizá sea el mejor ejemplo de aproximación estructuralista para conceptualizar el funcionamiento adaptado y patológico (p. 128).

Los expertos coinciden en señalar que es a partir de la perspectiva psicoanalítica, al defender la idea de que era en la infancia cuando se iban a sentar las bases de los trastornos que cobrarían mas fuerza en la adultez, que se empezó a subrayar la importancia de los primeros años de vida de las personas, sin embargo, a pesar de que las clasificaciones mencionadas con anterioridad tenían a la base un respaldo teórico importante, presentaban poca validez empírica y la fiabilidad de los diagnósticos proporcionados y resultados muy pobres (Lucio y Heredia, 2014).

4.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DERIVADOS DE LAS NOSOLOGÍAS DE ADULTOS.

Estos son principalmente dos: DSM y la CIE. El DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la *American Psychiatric Association* (APA) o Manual de clasificación de los trastornos mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría; y el CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades o *International Classification of Diseases* (ICD), sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos enfoques utilizan un sistema descriptivo, los trastornos se plasman en forma de características clínicas observables y las categorías están definidas a base de signos y síntomas identificables a los que se conocen como criterios operacionales del diagnóstico, tienen como característica la formulación sistemática de las condiciones del paciente y factores asociados en diferentes ejes, por lo que un mismo caso puede ser clasificado de diferentes maneras (Lucio y Heredia, 2014). El sistema categorial clasifica los trastornos mentales de forma binaria, es decir presencia versus ausencia de trastorno, la ventaja de esta clasificación es que hoy en día se considera que es un sistema familiar para los clínicos, que facilita la comunicación entre los profesionales e investigadores, siendo fácil de utilizar y permitiendo realizar varios diagnósticos en poco tiempo (Doménech y Ezpeleta, 1998).

Por otro lado, una de las desventajas que se atribuyen a estas clasificaciones, es que prácticamente no consideran el factor evolutivo ni las diferencias de expresión de los síntomas según la edad, independientemente de que sean elaboradas por consenso de expertos con experiencia clínica (Sandín, 2013). Ello plantea un problema mayor en las primeras etapas del desarrollo, considerando que estos períodos se caracterizan por cambios rápidos que hacen que sea bastante difícil hacer encajar un trastorno dentro de

una unidad sindrómica rígidamente organizada según la forma que tiene el síndrome en la adultez (Doménech y Ezpeleta, 1998).

A pesar de que la primera publicación del DSM data de 1952, no fue hasta 1976, que un Comité de Expertos de la OMS revisó los conocimientos previos sobre salud mental y desarrollo psicosocial de la infancia, reconociendo que hasta entonces se había prestado poca atención a los trastornos psíquicos de niños y adolescentes, a pesar de su prevalencia y gravedad. Así, en 1980 se listan 55 trastornos infantiles en la publicación del DSM-III (Del Barrio, 2010). Cabe señalar que aunque las primeras clasificaciones categoriales fueron lineales –seguían un criterio único– más tarde surgieron las clasificaciones multiaxiales (CIE-9, CIE-10, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR). De este modo, con el uso del sistema multiaxial se obtiene un conocimiento más completo del paciente al mismo tiempo que se incrementa el número total de diagnósticos posibles. En 1998, Doménech y Ezpeleta señalaban que el sistema multiaxial había sido considerado en general, como uno de los mayores logros de este sistema diagnóstico, sin embargo, en la última edición del DSM, el DSM-5 (APA, 2013), la APA ha eliminado dicha característica.

Por su parte, si bien la CIE tiene la particularidad de que no sólo clasifica los trastornos mentales, sino las enfermedades en general, no fue hasta el año 1978, en que se introdujeron por primera vez los trastornos infantiles, en la CIE 9 (OMS, 1978). En 1992 la OMS realiza una revisión y publica la décima edición, CIE-10, la que se subdivide en diez secciones principales de las cuales tres están dedicadas específicamente a los trastornos infantiles: Retraso mental, Trastornos del desarrollo y Trastornos emocionales y conductuales con inicio en la infancia y la adolescencia (Doménech y Ezpeleta, 1998). En la opinión de Rutter (1986) los puntos más positivos de la CIE-10 son (a) su utilidad clínica, por la forma flexible en la que están descritos los trastornos; (b) ser un instrumento útil en la formación de los profesionales por la forma explícita en que se presentan los conceptos y por la acumulación de conocimientos que contiene, y (c) su potencial, inherente en su estructura, para adaptarse a los conocimientos nuevos (Doménech y Ezpeleta, 1998).

Sandín (2013) expone que transcurrieron 33 años desde la publicación del DSM-III hasta la publicación de la última versión o DSM-5 (APA, 2013). Señala que durante esos años, se llevaron a cabo tres revisiones, generándose modificaciones en cada una de

las versiones DSM-III-R (APA, 1987), el DSM-IV (APA, 1994), y la mini-revisión del DSM-IV-TR (APA, 2000; mera revisión del texto), pero sin alterar el modelo de clasificación introducido inicialmente por el DSM III en 1980 (véase la Tabla 4.5).

El DSM-IV no modificó sustancialmente la esencia del modelo que subyacía al DSM-III, sino que significó el éxito y el esplendor del modelo categorial, limitándose a perfeccionar dicho manual mejorando la descripción y caracterización de los trastornos mentales. Con el DSM-IV se incrementó el número de trastornos mentales y se mejoraron significativamente los criterios y la descripción de las diferentes categorías diagnósticas. Otro aporte relevante del DSM-IV consistió en agregar de manera explícita y específica los criterios de significación clínica, como el requerimiento de que existiese deterioro o malestar clínicamente significativo (Sandín, 2013).

Tabla 4.5. Evolución del DSM en el número de trastornos mentales incluidos en las diferentes ediciones (Sandín, 2013)

Versión	Año	Nº de trastornos especificados	Nº de trastornos no especificados	Nº total de trastornos incluidos	Nº de páginas
DSM-I	1952	106	—	106	130
DSM-II	1968	121	16	137	134
DSM-III	1980	151	31	182	494
DSM-III-R	1987	167	37	204	567
DSM-IV	1994	171	49	220	886
DSM-5	2013	143	73	216	947

Aún hoy por hoy, no hay real acuerdo sobre qué trastornos se presentan en los niños; lo que se acrecienta por debajo de los seis años. A lo señalado anteriormente, se suma la elevada comorbilidad que se describe tanto en niños pequeños como en adolescentes. Esta confusión se ve reflejada en la introducción y eliminación de categorías de una edición a otra dentro de una misma clasificación. Así por ejemplo, el "trastorno de la alimentación en la infancia" no se contempla ni en el DSM-III ni en el DSM-III-R, se introduce en el DSM-IV y deja de ser considerado en la última edición de la APA (2013) del DSM-5.

En mayo de 2013 aparece la publicación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5), con una concepción de “documento vivo”, es decir, con una infraestructura de revisión permanente a fin de facilitar la incorporación de nuevas evidencias relativas a las diferentes áreas diagnósticas. El cambio de números romanos a números arábigos tuvo también la finalidad de facilitar la identificación de las sucesivas revisiones, siendo la siguiente DSM-5.1, y así sucesivamente (Sandín, 2013).

Su proceso de elaboración se llevó a cabo en tres etapas desde 1999 a 2006, ya en el 2007 la APA hizo pública la composición del comité directivo, y a partir de 2008 la de los diferentes grupos de trabajo, iniciándose así, un proceso de revisión y construcción del nuevo manual que duró 6 años. La revisión y elaboración del manual implicó un proceso de acciones complejo que incluyó: la revisión de la literatura de las dos últimas décadas desde la publicación del DSM-IV y análisis secundarios; la publicación de informes de investigación en revistas científicas; el desarrollo de borradores de criterios diagnósticos; la publicación de los borradores preliminares en la web del DSM-5 para comentarios públicos; la presentación de los resultados preliminares en reuniones profesionales; la realización de ensayos de campo; y la revisión de los criterios y texto definitivos (Sandín, 2013)

Si bien, uno de los objetivos de la elaboración del DSM-5 era el perfeccionamiento de los propios criterios de diagnóstico, entre los objetivos de cambio más profundo se pretendía agregar criterios dimensionales a los trastornos, separar el deterioro de las evaluaciones diagnósticas, determinar las diferentes expresiones del trastorno según las etapas del ciclo vital, y considerar las diferencias de expresión de los trastornos mentales condicionadas por el sexo biológico y las características culturales (Regier et al., 2012).

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R		DSM-IV	DSM-5		
			Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
Eje I		Eje I	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad		
Trastornos por conductas perturbadoras		Trastornos por conductas perturbadoras			
314.01	Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad.		314.01	Presentación combinada	
	Trastorno de conducta.	314.00	314.00	Presentación predominantemente con falta de atención	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
312.20	Tipo grupal.	314.01	314.01	Presentación predominantemente hiperactivo / impulsivo.	
	Tipo solitario	314.01	314.01	Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado.	Trastornos del neurodesarrollo
312.00	agresivo.	314.01	314.01	Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.	
312.90	Tipo indiferenciado desafiante.	314.9	313.8	Trastorno negativista desafiante.	Trastorno de conducta
		312.8		Tipo de inicio infantil	
313.81		313.81		Tipo de inicio adolescente	
		312.9		Tipo de inicio no especificado	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5		
		Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
Trastornos por ansiedad de la infancia o la adolescencia				
309.21	Trastorno por angustia de separación.			
313.21	Trastorno por evitación.			
313.00	Trastorno por ansiedad excesiva.			
Trastornos de la conducta alimentaria		Trastornos de la conducta alimentaria		
307.10	Anorexia nerviosa.	307.52	Pica.	
307.51	Bulimia nerviosa.	307.53	Trastorno por rumiación.	Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria
307.52	Pica.	307.59	Trastorno de la alimentación en la infancia	
307.53	Trastorno por rumiación en la infancia.	307.59	Trastorno de evitación /restricción de la ingesta de alimentos	
307.50	Trastorno de conducta alimentaria NO.			
Trastornos por tics		Trastornos por tics		Trastornos de tics
307.23	Trastorno de la Tourette.	307.23	Trastorno de la Tourette.	Trastornos del neurodesarrollo

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5		
		Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
307.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos	307.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos.	307.22 Trastorno de tics motores o verbales persistentes (crónicos).		
307.21 Trastorno por tics transitorios.	307.21 Trastorno por tics transitorios	307.21 Trastorno de tics transitorio.		
307.21 Trastorno por tics transitorios.	307.21 Trastorno por tics transitorios	307.21 Trastorno de tics transitorio.	Trastornos de tics	Trastornos del neurodesarrollo
307.20 Trastorno por tic, NO.	307.20 Trastorno por tic, no especificado	307.20 Otro trastorno de tics especificado.		
		307.20 Trastorno de tic, no especificado.		
Trastornos de la eliminación		Trastornos de la eliminación		
307.70 Encopresis funcional.	Encopresis.	307.6 Enuresis		
307.60 Enuresis funcional.	787.6 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.	307.7 Encopresis		Trastornos de la excreción
	307.7 Sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.			

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5			
		Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo	
	307.6	Enuresis (no debida a una condición médica general).			
Trastornos de la identidad sexual	Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia				
302.60	309.21	Trastorno de la identidad sexual en la infancia.	309.21	Trastorno por ansiedad de separación.	Trastornos de Ansiedad
302.50	313.23	Transexualismo.	313.23	Mutismo selectivo.	Trastornos de Ansiedad
302.85	313.89	Trastorno de la identidad sexual. en la adolescencia y la vida adulta.	313.89	Trastorno de apego reactivo	Trastornos relacionados con traumas y estresores
			318.89	Trastorno de relación social desinhibida	
302.85	307.3	Trastorno de la identidad sexual NO.		Trastorno por movimientos estereotipados.	
	313.9			Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.	
Trastorno del habla no clasificados en otro lugar	Trastornos de la comunicación				

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5		
		Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
307.00 Tartamudeo.	315.31 Trastorno del lenguaje expresivo.	315.32 Trastorno del lenguaje	Trastornos de la comunicación	Trastornos del neurodesarrollo
307.00 Lenguaje confuso.	315.31 Trastorno del lenguaje mixto expresivo/compreensivo.			
	315.39 Trastorno fonológico.			
	307.0 Tartamudeo.	315.35 Trastorno de fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia	Trastornos de la comunicación	Trastornos del neurodesarrollo
	307.9 Trastorno de la comunicación no especificado.			
Otros trastornos de la infancia la niñez o la adolescencia				
313.23 Mutismo selectivo.				
313.82 Trastorno de identidad.				
313.89 Trastorno reactivo de la vinculación.				
307.30 Trastorno por estereotipias/hábitos.				

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5		
		Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
314.00	Trastorno por déficit de atención indiferenciado.			
Eje II				
	Retraso mental	Retraso mental		
			Discapacidad intelectual (Trastorno de desarrollo intelectual)	
317.00	Retraso mental leve.	317 Retraso mental leve.	317 Leve.	
318.00	Retraso mental moderado.	318.0 Retraso mental moderado.	318.0 Moderado.	
318.10	Retraso mental grave.	318.1 Retraso mental grave.	318.1 Grave.	
318.20	Retraso mental profundo.	318.2 Retraso mental profundo.	318.2 Profundo.	Discapacidades intelectuales
319.00	Retraso mental NO.	319 Retraso mental de gravedad no especificada.	315.8 Retraso general del desarrollo.	Trastornos del neurodesarrollo
			319 Discapacidad intelectual (Trastorno de desarrollo intelectual) no especificada	
	Trastornos generalizados del desarrollo	Trastornos generalizados del desarrollo		
299.00	Trastorno autista	299.00 Trastorno autista.	299.00 Trastorno del espectro autista.	Trastorno del espectro autista
299.80	Trastorno generalizado	299.80 Trastorno de Rett.		Trastornos del neurodesarrollo

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5		
		Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
del desarrollo NO.				
	299.10 Trastorno desintegrativo de la infancia.			
	299.80 Síndrome de Asperger.			
	299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.			
Trastornos específicos del desarrollo	Trastornos del aprendizaje	Trastorno específico del Aprendizaje		
315.10 En el cálculo aritmético.	315.1 De las matemáticas.	315.00 Con dificultad en la lectura.		
315.80 En la escritura.	315.2 De la escritura.	315.1 Con dificultad matemáticas.	Trastorno específico del aprendizaje	Trastornos del neurodesarrollo
315.00 En la lectura.	315.00 En la lectura.	315.2 Con dificultad en la expresión escrita.		
315.39 En la articulación.	315.9 Trastorno del aprendizaje no especificado.			
315.31 En el lenguaje, de tipo expresivo.				
315.31 En el lenguaje, de tipo receptivo.				

Tabla 4.6. Subclasificaciones de la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM III-R, DSM-IV y DSM 5

DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5		
		Nombre del trastorno	Subgrupo	Grupo
315.40	En la coordinación.			
315.90	Trastorno específico del desarrollo NO.			
	Otros trastornos del desarrollo			
	Trastorno del desarrollo de las habilidades motoras			
315.90	Trastorno del desarrollo NO.	315.4	Trastorno del desarrollo de la coordinación.	Trastornos motores
		307.3	Trastorno de movimientos estereotipados	

Cabe destacar, que en contraste con el DSM-IV el comité directivo del DSM-5 apenas incluyó psicólogos clínicos de prestigio y la representación de estos en los grupos de trabajo fue en general limitada. El DSM-5 abordó de forma específica y fundamental la cuestión de reagrupar los trastornos en una nueva estructura organizativa que incluyera parámetros dimensionales, y que, a su vez, presentara una correspondencia básica con el ordenamiento planificado por la CIE-11 (Sandín, 2013).

Uno de los cambios más llamativos y atingentes a esta tesis fue la supresión de la tradicional separación entre la psicopatología infantil y la psicopatología adulta, presente en el DSM desde la publicación de la segunda edición en 1968. Se ha suprimido del todo la clasificación bajo la cual se adscribían los trastornos que se identificaban con el inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y se ha ampliado la posibilidad de identificar en adultos aquellos trastornos que clásicamente eran considerados como infanto-juveniles. El DSM-5 sustituye dicho grupo por el grupo denominado *Trastornos del Neurodesarrollo*, en el que se incluyen las discapacidades intelectuales, los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista, el trastorno de déficit atencional con y sin hiperactividad, el trastorno específico del aprendizaje, y los trastornos motores; a su vez, no se codifican en este nuevo grupo los trastornos del antiguo grupo infanto-juvenil referidos a conductas perturbadoras, ingestión y conducta alimentaria, eliminación, ansiedad de separación, mutismo selectivo y apego (Sandín, 2013).

Según Del Barrio (2010) la clasificación de los trastornos sigue siendo un problema serio, ya que no es fácil alcanzar la unanimidad. En la Tabla 4.7 se pueden observar resumidas las distintas clasificaciones de los trastornos infanto-juveniles.

Tabla 4.7. Clasificaciones de los trastornos infanto juveniles

Clasificación	Método	Clasificación de los problemas psicológicos infanto-juveniles
Group Advance Psychiatry (1966)	Consensuado	1. Trastornos neuróticos 2. Trastornos de la personalidad 3. Trastornos psicóticos 4. Trastornos psicosomáticos 5. Alteraciones del desarrollo

Tabla 4.7. Clasificaciones de los trastornos infanto juveniles

Clasificación	Método	Clasificación de los problemas psicológicos infanto-juveniles
DSM-III (1980)	Consensuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso Mental 2. Trastornos de la atención con y sin hiperactividad 3. Trastornos de la conducta 4. Trastorno de ansiedad por separación 5. Otros trastornos: problemas relacionados con la separación y mutismo 6. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia 7. Trastornos relacionados con los movimientos estereotipados y los tics 8. Trastornos somáticos: tartamudez, enuresis, encopresis y del sueño 9. Trastornos generalizados del desarrollo: autismo 10. Trastornos específicos del desarrollo: lectura 11. Trastornos de la identidad sexual
Quay (1984)	Multivariado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de conducta 2. Agresión socializada 3. Hiperactividad motora 4. Problemas de atención 5. Ansiedad y depresión 6. Quejas somáticas 7. Psicosis
CIE-10 (1992)	Consensuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso mental 2. Trastornos del comportamiento: hiperkinético con y sin alteración de la atención 3. Trastorno disocial, trastornos de la conducta (en familia, solitario, socializada o desafiante) 4. Trastorno mixto de la conducta y depresión 5. Trastornos del desarrollo del lenguaje hablado y/o escrito, Problemas escolares. Trastornos 1. generalizados del desarrollo (Autismo, Rett, Asperger) 6. Trastornos emocionales: ansiedad, fobia, distimia, separación, mixto 7. Trastornos motores (tics) 8. Otros trastornos: enuresis, encopresis, ingestión, estereotipias, tics, tartamudez 9. Otros trastornos mentales 10. Trastorno mixto de las habilidades escolares

Tabla 4.7. Clasificaciones de los trastornos infanto juveniles

Clasificación	Método	Clasificación de los problemas psicológicos infanto-juveniles
Achenbach (1995)	Multivariado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad y depresión 2. Retraimiento 3. Quejas somáticas 4. Problemas sociales 5. Problemas del pensamiento 6. Problemas de atención 7. Delincuencia 8. Agresividad
DSM-5 (2013)	Consensuado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso mental 2. Trastorno de atención con o sin hiperactividad 3. Trastornos de la alimentación 4. Otros problemas: trastornos de ansiedad por separación y mutismo selectivo 5. Trastornos de la comunicación 6. Trastorno de tics 7. Trastornos motores 8. Trastornos de la eliminación 9. Trastornos generalizados del desarrollo 10. Trastornos del aprendizaje

Del Barrio (2010) señala que al observar y analizar las posibles concomitancias entre las clasificaciones anteriores y tratando de fundir lo categorial y lo dimensional, se podría considerar la existencia de cinco grandes grupos de trastornos infantiles y juveniles, que constituirían el abanico en el que se ubicarían todos los tipos posibles de problemas infantiles:

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

Esta experta en la materia, recalca que aunque los problemas infantiles son serios y duraderos, su prevención es más fácil, eficaz y económica cuanto antes se detecte, identifique y delimite el problema, ya sea de índole intelectual, afectiva y/o comportamental. Argumenta que se ha estimado que la intervención durante la niñez temprana para tratar un problema de conducta en el propio hogar del niño costaría la tercera parte que una plaza en un centro de rehabilitación en la edad adolescente (Del Barrio, 2010).

Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000), llevan a cabo un estudio de prevalencia en la que relacionan la edad y el género de los niños y adolescentes con diferentes trastornos psicológicos. Para ello realizaron un estudio con una muestra de 404 sujetos menores de 19 años atendidos en una unidad de psicología perteneciente a la localidad de Madrid. Distribuyeron los diferentes trastornos en los grupos de edad y encontraron que los trastornos que tendían a aumentar con la edad eran los de conducta y los depresivos, y que las categorías diagnósticas con mayor prevalencia en la población clínica infantil eran los trastornos de conducta, ansiedad, depresión (véase Tablas 4.8 y 4.9)

Tabla 4.8 Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad

Trastorno	Edad			
	0-5 años	6-9 años	10-13 años	14-18 años
1. Trastornos de conducta	7.6	15.4	28.6	39.0
2. Trastornos depresivos	17.3	11.5	14.4	19.5
3. Trastornos de ansiedad	7.7	13.3	17.4	11.2
4. Trastornos específico del desarrollo	15.4	22.1	11.1	9.1
5. Trastornos de eliminación	13.4	13.4	7.9	2.6
6. Ausencia de trastorno	3.8	5.4	5.6	7.8
7. Trastorno del sueño	1.9	8.1	4.0	1.3
8. Tras. de la actividad y la atención	5.8	7.4	2.4	0.0
9. Tras. de rivalidad entre hermanos	7.7	2.7	0.8	0.0
10. Reacción a estrés agudo o grave	5.8	1.4	0.8	3.9
11. Tras. de la conducta alimentaria	5.8	0.7	0.8	2.6

Nota: Las Variables edad y tipo de trastorno poseen una relación estadísticamente significativa ($X^2=76.33$, g.l.=30, $p=0.0001$, y un coeficiente de contingencia de 0.41)

Tabla 4.9 Prevalencia de los trastornos más comunes según género

Trastorno	Género		
	Varones	Mujeres	Razón V/M
1. Trastornos de conducta	24.2	21.0	1.16
2. Trastornos depresivos	10.6	22.3	0.48
3. Trastornos de ansiedad	11.4	16.5	0.69
4. Trastornos específico del desarrollo	14.4	9.4	1.54
5. Trastornos de eliminación	12.8	3.6	3.56
6. Ausencia de trastorno	6.0	5.0	1.20
7. Trastorno del sueño	3.8	6.5	0.58
8. Tras. de la actividad y la atención	5.7	1.4	4.07
9. Tras. de rivalidad entre hermanos	3.0	0.7	4.28
10. Reacción a estrés agudo o grave	1.2	4.4	0.27
11. Tras. de la conducta alimentaria	1.2	2.8	0.42

Nota: Las variables género y tipo de trastorno poseen una relación estadísticamente significativa

5. Trastornos interiorizados durante la niñez

El DSM-IV (APA, 1994, 2000) es el sistema de clasificación y diagnóstico más utilizado en España. Como se señaló en el capítulo anterior, el DSM-IV reconoce distintos tipos de trastornos en niños y adolescentes. La mayor parte de los estudios epidemiológicos sugieren que los miedos y las fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión son fenómenos muy comunes en niños y adolescentes, con tasas de prevalencia que superan el 5% de la población infantojuvenil (Echeburúa y del Corral, 2009; Méndez, Orgilés y Espada, 2008; Sandín, 1997, 2008).

Bennet, Manassis, Duda et al. (2014) señalan que algunas de índices de prevalencia disponibles a partir del DSM-5 incluyen un 2,2 % para el trastorno de ansiedad generalizada, 2,3 % para el trastorno de pánico, 2,4 % para la agorafobia, 7,6 % para el trastorno de ansiedad por separación, 9,1 % para fobia social y un 19,3 % para la fobia específica.

5.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA

Según Sandin (1997), la ansiedad se define como la respuesta anticipatoria a una amenaza que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductuales visibles y de cambios fisiológicos asociados a la hiperactivación del sistema nervioso autónomo.

Las respuestas de ansiedad son consideradas reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños, responsables de alertarlos de posibles peligros,

desempeñando así, un papel protector. Por lo que, desde esta perspectiva, la ansiedad constituiría un signo más de salud que de enfermedad (Echeburúa, 2002). Partiendo de esta idea, Echeburúa (2002) señala que cuando la ansiedad se relaciona a estímulos específicos, ésta generalmente se asocia a la sensación de miedo. El autor explica que existen tres tipos de miedos establecidos en la especie humana: a) el miedo a los animales; b) el miedo a los daños físicos, y c) el miedo a la separación. Agrega que los miedos son universales y que varían en función de las distintas edades del niño, señalando que éstos van desapareciendo en el transcurso de los años, dependiendo de la madurez emocional que el niño vaya alcanzando y de las diferentes experiencias de aprendizaje que vaya teniendo.

Sin embargo, hay ocasiones en que las respuestas de ansiedad no desempeñan una función adaptativa, siendo causa de sufrimiento para los niños que las experimentan. De este modo, la respuesta de ansiedad se activaría alertando al niño sobre un peligro no existente, teniendo un efecto nocivo, pudiendo transformándose posteriormente en fobia. Las fobias, se describen como miedos desproporcionados, no específicos de una edad, de larga duración y ajenas al control voluntario, interfiriendo en la vida cotidiana del niño (Echeburúa, 2002).

5.1.1. Criterios Diagnósticos

En un principio, el DSM-III-R incluía en el apartado de los trastornos de ansiedad de la infancia-adolescencia los siguientes trastornos: ansiedad de separación, ansiedad excesiva y trastorno por evitación. Sin embargo, a posteriori, el DSM IV modificó dicha clasificación, dejando sólo la ansiedad por separación bajo esa clasificación, mientras que la ansiedad excesiva la encuadró en el marco de la ansiedad generalizada y el trastorno por evitación pasó a ser parte de la fobia social. A pesar de ello, investigaciones realizadas a continuación de ese cambio, siguieron utilizando los criterios del DSM III, en tanto instrumentos como el SCARED, consideran algunos criterios diagnósticos de determinadas clasificaciones del DSM IV, como la fobia social, la ansiedad por separación, la fobia escolar y las somatizaciones, realizando un análisis factorial de estos.

Por su parte, Echeburúa (2002) presenta una clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia en la que descarta los trastornos de ansiedad adultos, distribuyéndolos de la siguiente manera: 1) *Trastornos fóbicos* que incluyen la fobia

específica, fobia escolar y el trastorno de evitación; 2) *Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica* que comprenden la ansiedad por separación y la ansiedad excesiva, y 3) *Otros trastornos de ansiedad* que contemplan los trastornos obsesivos-compulsivos y los trastornos mixtos de ansiedad y depresión.

En la actualidad existen desacuerdos en cuanto al diagnóstico infantil relacionado con trastornos de ansiedad (Lane, 2007; Beesdo, Knappe, y Pine, 2009; Lewis-Fernández et al., 2009). Por ejemplo, Beesdo et al. (2009) señalan que desde un punto de vista empírico existen numerosos retos a la hora de investigar la prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de ansiedad infantil ya que existen numerosas variables posibles que pueden ser factores de riesgo, como por ejemplo: sexo, edad, genética, formación académica, factores económicos, factores ambientales y adversidades vitales. Los numerosos intentos de los investigadores de demostrar las diversas asociaciones existentes entre las variables se enfrentan a dificultades metodológicas al tener que probar que el factor de riesgo está presente antes de que surja el trastorno de ansiedad. Sin embargo, se continúa estudiando la forma de diferenciar y especificar las características y las dimensiones del trastorno de ansiedad en un futuro para introducirlo en el DSM-V (Beesdo et al., 2009; Klein, 2009; Lewis-Fernández et al., 2009).

5.1.2. Etiología

De acuerdo con Echeburúa (2002), la etiología de los trastornos de ansiedad aún debe ser investigada con más profundidad, sin embargo, destaca que en gran medida, el origen está relacionado por un lado, con los acontecimientos estresantes, como pueden ser la separación de los padres, el cambio de residencia o la hospitalización de los padres o del niño; y por otro, con el estilo educativo de los padres, señala que hay una estrecha relación entre la ansiedad materna, la sobreprotección de los hijos y las respuestas de ansiedad por parte de estos (Toro, 2006, citado en Echeburúa y del Corral, 2009). Asimismo, refiere que hay factores internos que pueden influir en el nivel de ansiedad, como el temperamento o la personalidad.

Por otro lado, desde una perspectiva cognitiva, el niño que padece de ansiedad tiende a asumir la responsabilidad de los fracasos de forma excesiva. Es decir, no tiene en cuenta los aspectos de la situación estresante y tiene dificultad para considerar alternativas de actuación. Por esta razón, el niño adoptaría a menudo conductas de

evitación como estrategias de afrontamiento. Echeburúa (2002) sostiene que las excesivas preocupaciones que no tienen una base realista son percibidas por el niño como incontrolables, por lo que “constituyen el sesgo cognitivo global más nuclear de los trastornos de ansiedad” (p. 72).

5.1.3. Sintomatología

El trastorno de ansiedad, se caracteriza por la presencia persistente de malestar, angustia, incertidumbre y miedos anticipatorios que surgen por situaciones muy diversas. Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003) señalan que el trastorno de ansiedad infantil comprende los siguientes síntomas: preocupación excesiva sobre actividades o acontecimientos relacionados con su entorno (escolar y/o familiar); dificultad para concentrarse y controlar el estado de ansiedad; irritabilidad; excesiva impaciencia; alteraciones del sueño siempre que estos síntomas no se deban a efectos fisiológicos producidos por alguna sustancia o enfermedad médica. Asimismo explican que los trastornos de ansiedad repercuten y perjudican a corto y largo plazo la vida del niño por lo que es aconsejable intervenir y tratar dicha alteración lo antes posible para prevenir el desarrollo de otros trastornos psicológicos.

La sensación de ansiedad puede tener lugar sin síntomas físicos o estar acompañada de numerosos síntomas agobiantes, que afectan a muchos órganos. Puede no incitar cambios en la conducta o puede producir inmovilización o evitación crónica. Según Bados (2015) y Klein (2009) los trastornos de ansiedad se caracterizan por ser una preocupación excesiva, intensa, de duración y frecuencia desproporcionada con relación a la situación de temor, que hace que el niño sienta que no tiene control sobre ésta. Asimismo, el niño tendría dificultad para soportar emocionalmente la incertidumbre, generándosele intensas sensaciones de estrés y frustración.

Cuando la ansiedad se encuentra marcada por síntomas físicos, estos se traducen en tensión, temblores, sudoraciones, palpitaciones, elevada tasa cardíaca, náuseas y mareos; pudiendo presentarse también a través de comportamiento disruptivo (Bados, 2015).

5.1.4. Frecuencia

De acuerdo con los estudios de Bragado et al. (1996) los trastornos de ansiedad infantil tienen una alta prevalencia en los niños y adolescentes. Según las autoras, aproximadamente el 18.5% de los niños padecen algún trastorno de ansiedad, sin embargo, desde el punto de vista de los padres, sólo el 13.6% de estos niños tienen un trastorno de ansiedad, lo que implica una discrepancia (7%) entre los niños y sus padres.

En relación con la edad, los estudios de Santacruz et al. (2002) y Klein (2009) señalan que el trastorno de ansiedad es uno de los trastornos más comunes en la infancia con una prevalencia similar tanto en niñas como en niños. Sin embargo, los estudios revelan que no es fácil detectar la medida en que los estados de ansiedad y las preocupaciones son incontrollables, por lo que es de gran ayuda contar con el informe de los padres y en ocasiones de los profesores, a la hora de realizar evaluaciones de prevalencia (Bados, 2015).

Por otro lado, López et al. (2010), en su estudio sobre problemas de ansiedad y depresión, realizado en una muestra clínica de 300 niños y niñas de edades entre 8 y 12 años, estimaron una tasa del 54 % en ansiedad, habiendo más niños que niñas en esta alteración.

5.2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

La ansiedad por separación es un miedo frecuente en los niños entre los 1 y 6 años. Este término se refiere a las protestas que puede realizar un niño ante la partida de los padres o de las personas que asumen el papel de cuidador, al malestar ocasionado por su ausencia y a la ansiedad experimentada por la anticipación de su marcha. Esta respuesta se describe también en otras especies y tiene un valor adaptativo, ya que disminuye la probabilidad de posibles daños (Bragado, 1994).

La ansiedad por separación es una fase considerada normal dentro de los primeros años de vida de un niño. Desde el nacimiento, a medida que el niño se va desarrollando presenta altos niveles de dependencia (Méndez, Orgíles, y Espada, 2008). Desde este punto de vista, los estudios indican que esta fase comienza sobre los ocho meses de edad, cuando el niño ya es capaz de reconocer a un cuidador como figura que representa seguridad, por lo que la ausencia de éste podría generarle una sensación de inseguridad y

amenaza. Esta etapa, suele durar hasta los catorce meses de vida, momento en el que el niño empieza a entender que el cuidador (generalmente la madre) sigue existiendo a pesar de no estar visible. Es a partir de este momento cuando el niño comienza a desarrollar su autonomía, al ser capaz de separarse de sus padres y confiar en otras personas (Villanueva y Sanz, 2009).

Partiendo del concepto de que los miedos en la infancia son una parte propia del desarrollo evolutivo, éstos estarían en consonancia con las habilidades disponibles y con las capacidades cognitivas existentes para hacer frente a los posibles estímulos que los provocan. Es por ello, que a pesar del malestar que determinadas situaciones puedan causar, la ansiedad por separación tiene por un lado, un sentido adaptativo, ya que tener a los cuidadores cerca, aumenta las probabilidades de supervivencia; y por otro, cumple una función protectora, ya que impide que el niño, motivado por la curiosidad o por las ganas de jugar, se aleje demasiado y pueda extraviarse (Méndez et al, 2008). Sin embargo, en el caso de que este miedo persista y se desarrollen problemas de manejo del estrés que puedan derivar en respuestas emocionales desproporcionadas, se podría llegar a desarrollar un trastorno de ansiedad por separación (TAS), lo que a su vez, conllevaría a otros tipos de trastornos en la edad adulta. (Bragado, 1994).

5.2.1. Criterios diagnósticos

El trastorno de ansiedad por separación se incluyó por primera vez en el Manual de Diagnóstico, (DSM-III) en la sección de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia en 1980, considerándose un trastorno que consiste en una ansiedad excesiva e inapropiada para el desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2001) señala, que para diagnosticar un trastorno de ansiedad por separación el niño debe presentar tres o más de las ocho características clínicas señaladas en el DSM-IV, y éstas deben mantenerse como mínimo durante cuatro semanas, habiendo aparecido antes de los 18 años, causando malestar clínicamente significativo o repercutiendo negativamente en áreas importantes de la vida infantil, como las relaciones sociales o el rendimiento académico. Este trastorno no se diagnosticaría si las características clínicas se presentan junto a un trastorno generalizado del desarrollo, como esquizofrenia u otro trastorno postpsicótico, y en el caso de

adolescentes y adultos no se explicara mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (Méndez et al., 2008).

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico trastorno de ansiedad por separación:

- (1) malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras de vinculadas.
- (2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
- (3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante. (p. ej. secuestro).
- (4) resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o cualquier otro sitio por miedo a la separación.
- (5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
- (6) negativa o resistencia a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o ir a dormir fuera de casa
- (7) pesadillas repetidas con temática de separación.
- (8) quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

A su vez, para determinar cuándo la ansiedad de separación es excesiva Mendez (2005) señaló los siguientes criterios:

a) La ansiedad es desproporcionada si la frecuencia, intensidad o duración excede los parámetros aceptables para el nivel de desarrollo del niño.

b) La ansiedad es desadaptada si causa serio malestar y gran preocupación, alterando el ritmo de vida cotidiano del niño, o si repercute negativamente en el desarrollo personal, ambiente familiar, rendimiento académico o relaciones sociales.

Por su parte, en cuanto al impacto de experiencias de separación forzadas en el comportamiento infantil, Bowlby distinguió tres fases en las respuestas que los niños de 4-6 años suelen mostrar en situaciones de separación prolongada (hospitalización): a) Protesta: el niño llora, grita y busca activamente a su madre. b) Desesperanza: el niño se muestra triste y retraído, parece haber perdido la esperanza de ver a su madre. c) Desinterés o desapego: el niño se muestra desinteresado de sus padres y parece haberlos olvidado. Los efectos negativos desaparecen con el tiempo, excepto en casos de estrés extremo u hospitalizaciones repetidas (Bragado, 1994).

Según la investigación realizada en España por Méndez, Inglés, García-Fernandez y Quiles (2003), los tres acontecimientos que en mayor proporción causan el máximo grado de miedo son “que puedan morir mis padres”, “que pueda morir uno de mis amigos o hermanos” y “morirme”, con un 86, 76 y 74% respectivamente. Asimismo, los autores señalan que la ansiedad del niño a separarse de las personas que le cuidan y a las que están afectivamente unidos, es uno de los temores mas consolidados en la especie humana. Partiendo de esta noción, la preocupación constante sobre las amenazas para la integridad de la familia o del niño y aquellas relacionadas con la muerte son bastante frecuentes, así como también son comunes los miedos relativos a la separación; por ejemplo algunos estudios señalan que el 16% de los niños temen que sufra daño su figura de apego y seguridad (Bell-Dolan, Last y Strauss, 1990).

5.2.2. Etiología

Según Bragado (1994) pueden distinguirse diversos factores asociados a la aparición de dificultades en el manejo de la ansiedad por separación:

– Que el niño no haya sido expuesto a una separación paulatina por parte de los padres, por un exceso de sobreprotección. Ésta podría darse por distintos motivos, como el temor de los padres a perder a un hijo que ha sufrido una enfermedad grave, ser hijo único y muy deseado de unos padres mayores, a un embarazo difícil, a la pérdida previa de un hijo, problemas previos de esterilidad, a insatisfacción marital, a la presencia de ansiedad por separación en algún progenitor, y/o un padre o madre muy ansiosos.

– Experiencias traumáticas de separación (vulnerabilidad biológica en el bebé, hospitalización, muerte de uno de los padres, divorcio o separación de estos) en las que se dieran una o más condiciones de las que potenciaran la ansiedad.

– Refuerzo negativo por parte de los padres a las conductas de desapego del niño. Cuando los padres tienen dificultades para separarse de sus hijos, refuerzan la excesiva dependencia en los niños ya que evitan el malestar asociado a la separación y el manejo del mismo.

Por otro lado, según Méndez et al., (2008) existen varios modelos que tratan de explicar el origen del TAS, entre los que destacan:

– **El Modelo de Bondad de Ajuste:** en el que Thomas y Chess (1977) destacan la relación dinámica entre las características del niño, el temperamento, su mundo físico y social (especialmente el ambiente familiar). Desde este modelo, se señala que tanto el apego como el temperamento podrían cambiar por influencia de los factores contextuales, por lo que si los padres reaccionan con sobreprotección, hiper-control, indiferencia o negatividad, el apego se tornaría inseguro y aumentaría el riesgo a desarrollar un TAS.

– **Modelo de la Doble Vía:** propuesto por Manassis (2001) propone que un temperamento difícil en el niño, induciría al desarrollo de un apego ambivalente, ya que los padres estarían disponibles para el niño sólo cuando éste no se presentase hostil. De este modo, la atención selectiva de los padres al afecto negativo suscitado por la relación ambivalente, conduciría a una escalada de ansiedad, en la que el niño intentaría aliviar la ansiedad buscando el contacto con los padres y al experimentar la hostilidad de éstos incrementaría sus propios niveles de ansiedad.

Finalmente, cabe destacar, que según Bados (2015) el comportamiento sobreprotector de los padres no tiene su origen únicamente en la percepción de vulnerabilidad que éstos tienen en relación con sus hijos, sino también en los posibles problemas que puedan presentar como pareja, desde la insatisfacción marital al conflicto abierto, entre otros.

5.2.3. Sintomatología

Las manifestaciones del trastorno de ansiedad por separación pueden variar con la edad. Los niños más pequeños pueden no expresar miedos específicos a amenazas o a las personas de su entorno, mientras los adolescentes, especialmente los varones, pueden negar la ansiedad por separación. Sin embargo, tanto en la conducta del niño como en la

del adolescente se puede identificar cuándo expresan resistencia a salir de casa (Bados, 2015).

Según la teoría del triple sistema de respuesta, citada en Méndez (2008) la ansiedad por separación comprende tres clases de características:

- **Psicofisiológicas:** en las que la activación vegetativa se manifiesta a través de sensaciones de molestias físicas, como dolor de estómago, náuseas, vómitos, mareos, sensación de ahogo, dificultad para tragar y pesadillas sobre catástrofes familiares, entre otras.
- **Cognitivas:** en las que la preocupación excesiva ocupa gran parte del pensamiento, el niño teme que suceda algún desastre familiar, que cause daño o que suponga alguna pérdida. Estos pensamientos negativos pueden acompañarse de emociones negativas como la tristeza.
- **Conductuales:** en las que las conductas de escape o evitación excesivas son constantes. El niño se niega a separarse de los padres o a quedarse solo, manifestándolo a través de un comportamiento negativista, agresivo, con llantos, gritos, súplicas y/o amenazas.

Según la APA (2001), es posible que los niños pequeños manifiesten miedos genéricos sobre la separación en vez de preocupaciones concretas sobre amenazas a sus padres, a su hogar o a sí mismos. En función de la edad, los niños pueden presentar miedo a la oscuridad, a animales, monstruos, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de coche y viajes en avión entre otros. Son frecuentes las preocupaciones acerca de la muerte y a morir. A su vez, pueden quejarse de que nadie les quiere o de que nadie les cuida y que desearían estar muertos, y cuando están muy alterados ante la posibilidad de una separación pueden mostrarse coléricos, pudiendo llegar a golpear a quien esté forzando la separación.

Bernstein (2008), señala que, generalmente, los síntomas somáticos, tales como las palpitaciones o el dolor abdominal, no tienen origen físico claro. Sin embargo, un cuidadoso examen físico con pruebas de sangre adecuado se recomienda para descartar causas físicas.

5.2.4. Frecuencia

La ansiedad por separación alcanza un promedio del 4% al 5% en niños y adolescentes. En España, Bragado et al. (1996) encontraron una prevalencia del 2,9% (1,5% en varones y 4,5% en mujeres).

A su vez, varios investigadores han estudiado la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en un rango de edad que va desde los 6 hasta los 18 años. Por ejemplo, Anderson et al. (1987), estudiaron una muestra comunitaria de Nueva Zelanda de 792 niños de 11 años de edad, utilizando entrevistas estructuradas con niños y cuestionarios estandarizados para padres y maestros. De este modo, encontraron una tasa del 3,5% para el TAS. Por otra parte, Bird et al. (1998) realizaron una investigación epidemiológica con 2.064 niños de 4 a 16 años en Puerto Rico, obteniendo una tasa de 4,7% de casos diagnosticados con TAS. En otro estudio epidemiológico llevado a cabo por Breton et al. (1999) se obtuvo una prevalencia de 2,6% en una muestra de 2.400 niños y adolescentes canadienses con edades comprendidas entre los 6 y los 14 años. Por su parte, Ford, Goodman, y Meltzer (2003) hallaron una prevalencia de un 1,2% en una muestra de 10.438 niños y adolescentes de 5 a 15 años.

Cabe señalar, que tanto Bragado et al. (1996), como Méndez et al. (2008) y López et al. (2010), hacen referencia a que las discrepancias en la prevalencia obtenidas en distintas investigaciones, puede deberse a que cada una de éstas varía en una serie de aspectos metodológicos. De este modo, la taxonomía de referencia (síndromes empíricos vs. teóricos), los instrumentos de evaluación, los criterios diagnósticos, la población de referencia (general, normal, pediátrica inespecífica, pediátrica específica, clínica), las fuentes de información (niño, madre, padre, profesor/a, observadores), la edad y el sexo de los participantes, son variables que se deben tener en cuenta al momento de comprender y entender adecuadamente los datos que cada investigación aporta.

5.3. DEPRESIÓN INFANTIL

Para el psicoanálisis tradicional no podía existir la depresión infantil porque en esa etapa no se había desarrollado aún una de las instancias de la personalidad que podía provocarla (Rie, 1966); “el superyó es la conciencia moral de la persona, que indica lo que está bien y lo que está mal. Se forma lentamente al interiorizar el niño las normas paternas y los valores sociales. El desarrollo de esta estructura se completa en la

adolescencia, por tanto, antes de la pubertad no puede haber sentimiento de culpabilidad, que es crucial para la depresión” (citado en Méndez, 2001, p.32).

Es a partir de la década de 1970, cuando algunos autores van más allá y afirman que la depresión infanto-juvenil sí que existe, pero no como trastorno específico. Aparece entonces el término *depresión enmascarada* sugiriendo que la depresión infantil subyace con diferentes máscaras: hiperactividad, enuresis, fobia escolar, etc. Estos problemas patentes son signos de una depresión latente (Cytryn y McKnew, 1972) citados en Méndez (2001).

La depresión infantil (DI) ha existido siempre, de acuerdo con Del Barrio (1999), la depresión infantil fue considerada un concepto psicopatológico en 1977 por el Congreso Nacional del Instituto de Salud Mental, pero no fue hasta 1980 que el DSM-III lo introdujo en su manual.

Una de las razones que explicarían esta demora, es que el psicoanálisis como corriente psicológica predominante en los inicios de la psicología y en el estudio del niño, no admitía la existencia de la DI ya que señalaba que la depresión consistía en la pérdida de la estima del YO, el que se constituye, desde esta perspectiva, a partir de la etapa adolescente. Ello, sumado al desinterés del conductismo por las conductas interiorizadas, derivó en la exclusión de los síntomas depresivos de las investigaciones hasta el surgimiento del cognitivismo.

En 1977 no existía ningún instrumento de evaluación específico para la depresión infantil, hasta que apareció el *Children's Depression Inventory* (CDI) bajo la autoría de Kovacs y Beck (1977) derivado del *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, 1967).

En 1980, Carlson y Cantwell mantienen que la depresión infantil y adolescente no es clínicamente evaluable a partir de las pautas que se aplican en las de adultos pues, bajo su punto de vista, ésta se presenta en ocasiones *enmascarada*, comprendida en otro cuadro. Esto quiere decir que, con frecuencia, determinados cuadros clínicos coexisten con el síndrome de la depresión. Es lo que hoy conocemos con el nombre de comorbilidad.

Desde entonces la depresión infantil ha sido estudiada ampliamente y se ha considerado un trastorno común, presentando una alta comorbilidad con otros trastornos.

Carlson (2000) destaca que los síntomas de depresión en los niños y adolescentes son difíciles de diagnosticar ya que es común que exista una comorbilidad con otros trastornos.

Los mismos autores, Cantwell y Carlson (1987) encontraron que los problemas de conducta eran la tarjeta de visita de bastantes niños afectados de un trastorno depresivo. Así mismo, Puig-Antich (1985) revisó la bibliografía centrada en investigar la supuesta relación entre ambos trastornos y evidenció que los niños que reunían los criterios DSM-III para la depresión mayor, también se ajustaban a los del diagnóstico del trastorno de conducta.

Lo que sí parece cierto, es que la edad del paciente modifica la expresión sintomatológica de la enfermedad, por lo que hoy se la considera no sólo como una variable interviniente, sino también como una variable moduladora –más aún configuradora– del modo en que la depresión se manifiesta en cada paciente (Kazdin, 1989; Polaino-Lorente, 1998)

Unos años más tarde, Shafii y Shafii (1995) defienden la postura que contempla la depresión de tres modos distintos: como signo, síntoma, síndrome o trastorno. La depresión como signo o señal, que adopta la forma de afecto o humor triste (disforia) es una de las emociones humanas más comunes y experimentadas por el individuo desde su infancia hasta la vejez. En cambio, la depresión como síntoma se prolonga durante más tiempo, es más intensa e interfiere en el bienestar y adaptación del individuo a su entorno. En tercer lugar, la depresión, entendida como síndrome o trastorno, no sólo incluye humor triste y perdurable sino que además, puede ir acompañada de síntomas como la anhedonia; aumento o disminución del sueño y apetito; debilitamiento de la energía, fatiga; agitación o lentitud psicomotora; sentimiento de inutilidad; autorreproche o culpabilidad excesiva; disminución de la capacidad de concentración así como pensamientos morbosos, ideaciones o amagos suicidas.

Por su parte, Cuevas y Teva (2006); Wicks-Nelson e Israel (1997) siguiendo el planteamiento de Costello (1980), señalan que gran parte de las dificultades para la aceptación conjunta de la existencia de la depresión infantil estaba dada por la confusión semántica, por lo que generan una diferenciación entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno:

Depresión-síntoma: estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal. Wicks-Nelson e Israel (1997) refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término *depresión* y que no implica enfermedad.

Depresión-síndrome: conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales. Cuevas y Teva (2006) precisan que si el síndrome es producto de antecedentes previos de tipo psicológico, psiquiátrico, médico o ambiental, éste pasaría a ser un problema secundario.

Depresión-trastorno: tiene connotaciones más amplias que lo que representa la depresión como síndrome; pues, además, se presenta de forma persistente y repercute de manera negativa en diversas áreas de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen ciertos elementos que han predispuesto y mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos y cognitivos, entre otros.

Así, lo que se entiende por depresión infantil es lo que corresponde a depresión-trastorno (Cuevas y Teva, 2006).

5.3.1. Criterios Diagnósticos

De acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR la depresión en la infancia se diagnostica cuando se percibe por los familiares y cuidadores una alteración del estado de ánimo, tal como tristeza, problemas de comportamiento y/o un deterioro en el rendimiento escolar, entre otros.

Los criterios diagnósticos de la depresión infantil según el DSM-IV-TR tienen la misma configuración que la del adulto, aunque en el caso del niño es importante destacar que una conducta de irritabilidad puede indicar síntomas de depresión, así como el fracaso para aumentar el peso correspondiente según la edad y la etapa de desarrollo. Según explica Del Barrio (2007) para poder diagnosticar depresión infantil el niño debe

sufrir los síntomas relacionados con los problemas de estado de ánimo, escolares y/o conductuales durante al menos un mes.

Es necesario establecer una clasificación mínima entre las diferentes clases de depresión para poder orientarnos y detectar qué tipo de trastorno se está produciendo. Esta distinción se estructura en base a cuatro criterios; el primero de ellos, la naturaleza, distingue entre depresión primaria (si es el trastorno principal) o secundaria (cuando es consecuencia de otros trastornos como, por ejemplo, alcoholismo o drogadicción, o bien de enfermedades crónicas (Bulbena, 1998). Según su complejidad, puede ser unipolar (en la que la depresión es total) o bipolar, en la que alternan las fases depresivas con las maníacas (Vieta, 1998). En tercer lugar, el criterio de gravedad es el que diferencia entre depresión mayor (que cumple todos los requisitos del trastorno) y distimia (estado de ánimo depresivo y persistente pero menos grave, ya que no reúne los criterios diagnósticos de depresión mayor). Por último, y según su origen, llamamos endógena a la depresión si la causa desencadenante de la misma es interna, como, por ejemplo, alteraciones bioquímicas; o exógena, si ésta se produce en respuesta a un suceso externo negativo (Bulbena, 1998).

Síntomas de la depresión según el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (1995):

1. Estado de ánimo irritable o triste.
2. Pérdida de interés o placer en las actividades.
3. Pérdida (o aumento) de apetito/peso o fracaso en lograr la ganancia de peso esperada.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.
9. Pensamientos de muerte o ideas, planes, intentos de suicidio.

5.3.2. Etiología

Según Herrera, Núñez, Tobón y Arias (2009) existen cuatro perspectivas sobre la etiología de la depresión infantil: 1) el psicoanálisis clásico, el cual considera que la

depresión infantil no existe ya que el niño no posee la madurez para experimentar una depresión; 2) la percepción de que la depresión infantil es una entidad encubierta; 3) los que tienen la concepción de que la depresión es transitoria y que puede aparecer en cualquier momento del desarrollo del niño, y 4) aquellos que consideran que la depresión es paralela a la de una persona adulta y la percibe como una alteración no enmascarada.

El modelo de Lewinsohn (1974) es de origen conductual. Según este modelo las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás, sus habilidades sociales son inadecuadas y sus relaciones interpersonales malas. Esto les produce la disminución de sus relaciones y de las actividades placenteras. Los niños y adolescentes deprimidos muestran un déficit de habilidades sociales (Kaslow, Brown y Mee, 1994).

El modelo cognitivo de Beck (1967, 1976), citado anteriormente, sugiere la existencia de esquemas cognitivos a través de los cuales las personas filtran sus experiencias. En niños y adolescentes, los estudios sobre distorsiones cognitivas han hallado resultados similares a los de los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión (Kaslow et al., 1994).

En el modelo de indefensión aprendida de Seligman (1975) las personas empiezan a desarrollar depresión cuando perciben las cosas que ocurren a su alrededor como *incontrolables*. Esta teoría aplicada a la depresión no se sostenía, fue revisada y se propuso la reformulación atribucional de la indefensión aprendida (Abramson y cols., 1978). La teoría de la desesperanza de Abramson y cols. (1989) es una revisión de la formulación del año 1978, como se ha citado anteriormente, y se explicita como un modelo de diátesis-estrés en el que ciertos factores cognitivos incrementan la probabilidad de depresión cuando se experimenta un acontecimiento estresante que culmina en la desesperanza. La diferencia con la indefensión aprendida radica en que no se habla de *sucesos incontrolables*, sino de *sucesos vitales negativos*. Sobre este punto referido, Méndez (2001) apunta que la mera exposición no conduce a la depresión. Para que se desencadene la depresión es necesario que el sujeto prediga (pensamiento anticipado-ansiedad) que carece de control sobre la situación, que genere expectativas de incontrolabilidad. Es entonces cuando estas expectativas de falta de control producen el déficit característico de la depresión, como desesperanza, desmotivación y dificultad para nuevos aprendizajes adaptativos.

Por último, el modelo de falta de autocontrol de Rehm (1977) se basa en que la depresión es consecuencia de la pérdida de reforzamiento externa y que el sujeto atiende de manera selectiva los sucesos negativos, excluyendo los positivos. Los niños y adolescentes con depresión evalúan sus actividades de forma más negativa que los de grupos que no presentan sintomatología depresiva (Kaslow et al., 1994).

Desde esta posición se argumenta que la fenomenología de los trastornos del ánimo en jóvenes evoluciona con el desarrollo del sujeto. En esta línea de pensamiento encontramos autores como Achenbach y Edelbrock (1983), Rutter, Izard y Read (1986) y Kazdin (1990). De esta forma, la aplicación de los conocimientos del desarrollo biológico, afectivo y cognitivo a la comprensión de la depresión, contribuye a entender el desarrollo de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.

Sí que existe consenso entre los autores acerca del impacto de la depresión infantil en el rendimiento escolar y de la asociación con diversos trastornos, incluyendo la ansiedad, la anorexia nerviosa, el abuso de sustancias u otro trastorno afectivo, así como la gestación de estos en estadios infantiles y adolescentes (Gotlib y Hammen, 1992; Lewinsohn et al., 1993; Simonoff, Pickles, Meyer et al., 1997).

5.3.3. Sintomatología

Del Barrio (2007) hace una síntesis de lo que varios autores refieren como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías:

- Emocionales:* sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés y llanto excesivo.
- Motores:* hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud.
- Cognitivos:* falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

- Sociales:* aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.
- Conductuales* (exclusivamente referidos a la depresión infantil, en comparación a la adulta): protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.
- Psicosomáticos:* enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito; así como la baja de las defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

5.3.4. Frecuencia

Según el estudio de prevalencia de Aláez et al., (2000), los trastornos que tienden a aumentar con la edad son aquellos asociados a la conducta y a la depresión. A posteriori, en otro estudio de prevalencia sobre depresión en niños entre 8 y 12 años realizado por Vinaaccia et al. (2006) se encontró que los niños presentaron una prevalencia de 14.4% mientras que las niñas presentaron un 10.8%. Partiendo de esta noción es importante señalar los estudios de O'Neil, Podell, Benjamin y Kendall (2010) revelaron que el 12% de jóvenes con trastorno de ansiedad cumplen con los criterios de comorbilidad para el diagnóstico de depresión. Sin embargo, cabe destacar que las diferencias de prevalencia encontradas en las investigaciones se basan en diferencias de procesos metodológicos que incluyen la selección de la muestra o procedimientos de evaluación y/o sistemas utilizados.

Según Del Barrio (2010), la depresión presenta una prevalencia que oscila entre el 5% y el 7%, siendo más frecuente en mujeres a partir de la pubertad y aumentando con la edad.

Klein (1997) argumenta que los adolescentes que sufren un trastorno depresivo, continúan experimentando dificultades significativas en las funciones psicosociales, incluso aún después de la recuperación. Además padecer depresión en la infancia o adolescencia incrementa un 60% ó 70% el riesgo de continuar con la depresión en la edad adulta (Weller y Weller, 2000).

Posiblemente la estimación de la cuantía de la depresión ha variado a lo largo del tiempo, y este hecho no se puede desvincular del desarrollo de su evaluación. En el caso concreto de niños españoles, en un estudio epidemiológico con una muestra de 6.432 sujetos (8-12 años) procedentes de distintos puntos del país y utilizando el Children's Depression Inventory (CDI) con punto de corte igual o superior a 19 puntos, se halló un 2% de depresión mayor y un 6% de trastorno distímico (Domènech y Polaino, 1990).

Una revisión de Kessler, Avenevoli y Merikangas (2001) hace notar que las diferencias de porcentajes son variables según se use el autoinforme (más alto) o una entrevista clínica, señalando que esto puede deberse, por un lado a que en la entrevista se evalúa con mayor profundidad o a que se presente el fenómeno de deseabilidad social como variable interviniente.

Hay algunos autores que gustan de estimar la prevalencia por separado en cada etapa concreta: así para preescolar (1-5 años) se dan una cifras del 1%, en niñez media (6-12 años) se calcula entre un 2% y un 8%, y en la adolescencia entre un 15 a un 20% (Gotlib y Hammen, 1996); datos muy similares a estos se encuentran también en revisiones sobre el tema (Kazdin, 1989; Kessler et al., 2001) (véase la Tabla 5.1).

5.4. RECHAZO ESCOLAR

El rechazo escolar es una alteración asociada al miedo del niño a ir a la escuela. De acuerdo con Espada y Méndez (2001) el rechazo escolar se define como una respuesta de ansiedad desadaptativa ante situaciones relacionadas con el entorno escolar, y se considera uno de los trastornos emocionales perturbadores más incapacitantes.

Por su parte, el DSM-IV-TR (APA, 2002) cita la resistencia o negativa a ir al colegio como una característica del trastorno de ansiedad por separación, aunque no como condición necesaria para el diagnóstico.

Según Bados (2015) hay una tendencia a utilizar el término rechazo escolar en vez de fobia escolar para referirse a la negativa a asistir a la escuela o la dificultad para permanecer en la misma, por ello considera que el primer término es más “amplio y descriptivo al reconocer la heterogeneidad causal del problema” (p.14). Por esta razón se utilizará el término *rechazo escolar* para mantener una coherencia conceptual a lo largo del presente trabajo.

Tabla 5.1. Incidencia de la depresión en niños y adolescentes españoles

Año	Autor	Lugar	N	Instrumento	Edad	Porcentaje
1990	Doménech y Polaino	Madrid, Barcelona, Coruña, Gerona, Sevilla, Valencia.	6.432	CDI	8-11	8,2 %
1992	Mestre	Valencia			13-17	8 %
1995	Rivas et al.	Santander	411	CDI	8-15	13,6 %
1996	Polaino-Lorente et al.	Madrid	1275	CDRS-R	8-11	10,1%
1998	Moreno	Madrid			3-6	7%
1999	Bragado	Madrid	243	DICA-R	6-17	10%
2000	Carrasco et al.	Sevilla			12-16	12%
2000	Aláez et al.	Madrid	408	CBCL	0-18	14,6%
2001	Buela et al.	Granada			10-12	8,2%
2001	Canals et al.	2001 Reus			17-18	12%
2001	Del Barrio et al.	Distintas ciudades españolas			7-10	7%
2002	Roa y Del Barrio	Madrid			9-13	6%

5.4.1. Criterios diagnósticos

El fenómeno del rechazo escolar no se encuentra en ninguna categoría diagnóstica en el DSM-IV o en el CIE-10 (Sahli, 2009). Sin embargo, se considera un síntoma de trastornos asociados a la ansiedad por separación o a la ansiedad excesiva. Partiendo de esta base, Echeburúa (2002) destaca que desde una perspectiva clínica “la fobia a la escuela viene precedida o acompañada de síntomas físicos de ansiedad” (p. 39). Sin embargo, señala que dichos síntomas están ausentes en el momento en el que el niño no se encuentra en el entorno escolar. El autor explica que los niños que sufren de esta alteración pueden tener dificultades para desarrollar habilidades sociales y adaptativas en el futuro, al producir aislamiento social y en algunos casos depresión.

5.4.2. Etiología

Según Sandín (1997), el término fobia escolar es un concepto antiguo que se ha utilizado desde 1932 con Breadwin, quien lo describió como el miedo que padecen los niños y adolescentes al entorno escolar. Asimismo, el autor explica que fue Coolidge en 1957 quien distinguió entre los fóbicos escolares neuróticos, que se caracterizan por ser “casos de inicio más agudo y con mayor predominio de la afectividad negativa”; y los caracterológicos, que se caracterizan por ser casos “más crónicos e implican mayor perturbación de la personalidad” (p. 260). Sin embargo, Sandin también señala que éste es un fenómeno heterogéneo y complejo, difícil de clasificar, ya que los sujetos que presentan rechazo escolar pueden ser ellos mismos heterogéneos y pueden manifestar síntomas de otros trastornos, como por ejemplo, ansiedad por separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada o depresión; en palabras del autor: “el rechazo escolar no implica la asunción de un diagnóstico clínico, sino más bien un problema comportamental en el que pueden estar implicados diversos cuadros clínicos” (p. 262).

Espada y Méndez (2001), refieren que el rechazo escolar puede aparecer por diferentes razones que incluyen experimentar, ya sea en primera persona o por observación, situaciones traumáticas, como tener miedo a un profesor, a un compañero o por conductas de maltrato psicológico y/o físico. Plantean que el desencadenante también puede estar relacionado con el temor a las relaciones sociales. Echeburúa (2002) señala que a pesar de que el término rechazo escolar tiene una definición simple, es un fenómeno que surge frecuentemente y presenta dificultades en su conceptualización. Por lo que es

importante diferenciar este fenómeno con la vagancia, así como de la ansiedad de separación del hogar.

5.4.3. Sintomatología

Echeburúa (2002) y Méndez y Macià (1990) clasifican las respuestas de rechazo escolar en los siguientes tipos: 1) respuestas del sistema autónomo, que incluyen sensaciones de náuseas, mareo, taquicardias, sudoración y trastornos del sueño; 2) respuestas del sistema cognitivo, que comprenden preocupación excesiva, anticipación de situaciones negativas relacionadas con el entorno escolar, sensaciones de ansiedad y miedo a burlas y/o agresiones de los compañeros y/o profesores así como miedo al fracaso académico; 3) respuestas del sistema motor, que incluye tensión muscular, quejas de síntomas físicos y comportamiento resistente (rabietas, escaparse o esconderse para evitar ir o permanecer en el centro escolar).

5.4.4. Frecuencia

De acuerdo con numerosos estudios, los miedos escolares intensos pueden llegar a afectar hasta un 18% de los escolares entre 3 y 14 años, sin embargo, los resultados sobre las diferencias entre los niños y las niñas han sido diversos según el estudio (King, Ollendick y Tonge, 1995; Echeburúa, 2002).

Otros estudios (Blagg, 1987; Marks, 1991, y Bragado, 1994) explican que el rechazo escolar puede surgir a cualquier edad, sin embargo, éstos han destacado rangos de edades puntuales (3-4 años, 5-6 años, 11-12 años y 12-14 años) como periodos en el que los niños pueden ser más vulnerables, ya que coinciden con los cambios de etapa escolar o cuando se producen cambios de ciclos. Los datos revelan que este fenómeno puede surgir de forma repentina en los niños más pequeños, mientras que en los mayores el desarrollo del rechazo escolar se da de manera gradual.

Los índices de prevalencia sobre el rechazo escolar se encuentran entre el 1% y 5% según los resultados encontrados en el estudio de Santacruz et al. (2002). Asimismo, en un estudio posterior, Fremont (2003) destaca que aproximadamente el 1%-5% de todos los escolares padecen rechazo escolar en algún momento. El autor señala que es más común encontrar este fenómeno en escolares con 5, 6, 10 y 11 años, y sus estudios no revelan ningún factor socioeconómico que pueda influir en este estado emocional. De

acuerdo con esta noción, Kearny (2006) señala que aproximadamente un 28% de niños y adolescentes pueden presentar en algún momento de su etapa escolar síntomas de rechazo escolar.

5.5. COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS INTERIORIZADOS

Kendall y Warman (1996) sostienen que durante la infancia y la adolescencia la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y depresión es elevada. De acuerdo con los estudios de los autores el 33% de los niños con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad presentaron también un diagnóstico de trastorno depresivo, mientras que el 36% de los niños con diagnóstico primario de depresión tenían igualmente un diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Por su parte, Bragado et al., en el estudio realizado en 1996, señalan que el mayor grado de comorbilidad lo encontraron en los diagnósticos de ansiedad, en el que el 19,1% de los niños con ese diagnóstico, presentaba dos o más trastornos, el 16,37% tenía sólo dos trastornos, un sujeto mostraba tres y otro cuatro. El mayor grado de comorbilidad se encontró entre ansiedad-depresión (9,6%), seguido de ansiedad-conducta (5,5%) y en último lugar ansiedad-eliminación (4,1%).

Basándose en estudios anteriores, Sandín (1997) señala que existe una clara comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y otros trastornos como el depresivo. El autor explica que esta comorbilidad es frecuente entre los estudios de psicopatología y aclara que la ansiedad es un trastorno muy común en trastornos asociados a la hiperactividad y a alteraciones psicósomáticas, entre otros. Cabe destacar que en ocasiones es difícil realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno de ansiedad y la depresión que permita determinar cuál de ellos es el trastorno principal y cuál el secundario.

Costello et al (2005) señalan que un niño con algún trastorno de ansiedad tiene 8,2 veces más posibilidades de sufrir depresión que un niño sin un trastorno de ansiedad. Sydner et al. (2009) señalan que en los estudios epidemiológicos entre el 10% y el 15% de los preadolescentes cumplen con los criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad, mientras que el 3% al 5% cumplen los criterios diagnósticos para trastornos depresivos y estiman una comorbilidad entre ambos trastornos entre el 33% y el 75%.

A posteriori, O'Neil et al. (2010) encontraron en su estudio una alta comorbilidad entre depresión y ansiedad en una muestra de una población clínica de 7 y 17 años. Los resultados indicaron que entre un 28% a un 53.7% de los sujetos diagnosticados con trastorno de ansiedad sufrían también de depresión.

Según Bragado (1994) y Sandín (1997), los trastornos que con mayor frecuencia se relacionan al trastorno de ansiedad por separación, son el trastorno de ansiedad excesiva (generalizada) secundaria al TAS (33%); la fobia específica (a la oscuridad, a los fantasmas); la depresión mayor, en su mayoría anterior al TAS (33%); y la negativa a ir al colegio (73%). Varios son los estudios que señalan que el desarrollo del TAS en la infancia, aumenta las probabilidades de desarrollar otros trastornos posteriormente, ya sea en la adolescencia o en la adultez.

Por ejemplo, Silove et al. (1995) señalan la existencia de una asociación entre el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de pánico en la vida adulta. Los autores se plantean algunas hipótesis explicativas que incluyen que: a) los síntomas tempranos de pánico provocarían ansiedad por separación en el niño, lo que facilitaría el desarrollo de trastornos secundarios como el trastorno de pánico; b) la ansiedad por separación temprana y el trastorno de pánico serían consecuencias de una predisposición a ser más ansioso; e) la ansiedad por separación podría progresar hacia una forma adulta de TAS y complicarse con otros trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico.

En estudios posteriores, Masi, Mucci y Millepied (2001), señalan que existe una relación entre el TAS y el rechazo escolar, puesto el primero estaría presente en un 80% de los niños que reportan rechazo escolar. Estas autoras hacen hincapié en que la mayoría de los niños que han desarrollado TAS, sólo son llevados a consulta una vez que empiezan a presentar conductas de rechazo al colegio o síntomas como dolor abdominal recurrente.

Partiendo del hecho de que el rechazo escolar no es considerado un trastorno tipificado en el DSM-5, en algunos estudios se ha considerado el miedo escolar como una manifestación de síntomas de trastorno de ansiedad por separación. Sin embargo, Bragado (1994) y Echeburúa (2002) han destacado que un niño puede experimentar miedo escolar por diferentes razones, independientemente de padecer ansiedad por separación. Ambos autores señalan en sus estudios que el rechazo escolar puede estar asociado tanto a trastornos de ansiedad generalizada, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo o

depresión. De acuerdo con este concepto, en el estudio de King, Ollendick y Tonge (1995) los diagnósticos más frecuentes en los niños fueron de trastorno de ansiedad por separación (38%), fobia social (30%), fobia específica (22%), trastorno de hiperansiedad (25%) y trastorno depresivo mayor (13%); además, tanto la fobia social como la fobia específica no relacionadas con la escuela se dieron cada una en el 11% de los sujetos. Partiendo de este concepto, Santacruz et al. (2002), Fremont (2003) y Doobay (2008) señalan que los niños que sufren de rechazo escolar pueden padecer de un intenso estrés emocional que incluyen trastorno de ansiedad, ansiedad por separación y depresión. Según Doobay, aproximadamente del 30% al 38% de los niños que se niegan a ir al colegio cumplen con los criterios de ansiedad por separación. Asimismo, la autora señala que del 33% al 50% de los niños que padecen de trastorno por separación, se caracterizan por sufrir una intensa sensación de miedo y rechazo a todo lo asociado al entorno escolar.

Los estudios de Verduin y Kendall (2003) encontraron que jóvenes que han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación, así como otros trastornos de ansiedad que incluyen trastorno de ansiedad generalizada o fobia social, tienen una mayor probabilidad de sufrir comorbilidad con depresión.

De acuerdo con Kashani y Schmid (1995) y Costello, Egger y Angold. (2005) la asociación entre la depresión infantil y los problemas de conducta y trastornos de ansiedad se han encontrado en diversos estudios. Por ejemplo, Cole, Truglio y Peeke (1997), encontraron que existe una fuerte relación entre síntomas de ansiedad y depresión en niños con 8 y 12 años, siendo más intenso en aquellos de menor edad. A posteriori, los estudios de Shaffer y Waslick (2003) señalaron que la depresión es comórbida con diferentes trastornos infantiles, en especial con ansiedad, trastornos de conducta, alimentación y problemas de rendimiento. Según Rao y Chen (2009) hay numerosos factores relacionados con la aparición de la depresión infantil, sin embargo señalan que hay numerosos factores sociales, ambientales y biológicos que pueden influir en la depresión infantil y los trastornos asociados.

Si bien, como se expuso en los puntos anteriores, existe una clasificación detallada y clara de cada uno de los cuatro trastornos que considera esta investigación, la comorbilidad entre estos es bastante elevada, planteándose en muchas ocasiones serias dificultades para realizar un diagnóstico diferencial. A raíz de ello, se han realizado diversas investigaciones tendientes a esclarecer la relación entre estas sintomatologías. De

este modo, se ha comprobado que entre el 25-50% de los adolescentes diagnosticados con un trastorno depresivo tiene también trastorno de ansiedad, y que entre 10-15% de los adolescentes con un trastorno de ansiedad presenta comorbilidad con trastorno depresivo mayor (Axelson y Birmaher, 2001; Brady y Kendall, 1992; Cole Truglio y Peeke, 1997, citados en Hale et al., 2009). También se ha demostrado que al haber comorbilidad en los trastornos de ansiedad y la depresión, estos se influyen directamente, de modo que la presencia de síntomas ansiosos predice un aumento de síntomas depresivos, y viceversa (Bittner et al., 2007; citado en Hale et al., 2009). Considerando estos dos aspectos, se ha cuestionado si ansiedad y depresión son dos síndromes distintos o ambos aluden a un mismo trastorno que puede ser visto en un continuo de gravedad (Brady y Kendall, 1992; Lee y Rebok, 2002; citados en Hale et al., 2009).

Existe acuerdo en la literatura sobre la comorbilidad de estos trastornos y a los temas de predictibilidad de uno en relación con el otro. En lo que aún no hay consenso es en torno a la relación que existe entre ellos.

Diversos esfuerzos se han realizado para dilucidar la relación estructural entre los síntomas de ansiedad y depresión. Inicialmente, en 1984 Clark y Watson sugirieron que la ansiedad y la depresión en adolescentes eran expresiones diferentes del mismo trastorno subyacente. Luego, en 1991, amplían su teoría, proponiendo un modelo tripartito estructural a partir de hallazgos fenotípicos, señalando así, la existencia de tres factores: *afectos negativos*, presentes tanto en la ansiedad como en la depresión; *afectos positivos*, ausentes en la depresión e *hiperactividad fisiológica*, específica de la ansiedad.

Posteriormente, Zinbarg y Barlow (1996) exponen un modelo jerárquico, en el que señalan que cada síndrome individual comparte algunos elementos y tiene otros específicos de sí mismos, planteando que existiría un factor de orden superior común a la depresión y a la ansiedad que explicaría el solapamiento entre los síntomas de ambos trastornos. Este se refiere a un malestar generalizado, no sólo a la presencia de síntomas afectivos negativos. Así, la ausencia de los afectos positivos, seguiría siendo un factor único de la depresión, en tanto la hiperactivación fisiológica ya no sería considerada como un factor común a todos los síntomas del trastorno de ansiedad, existiendo proporciones comunes y diferentes para cada uno de ellos.

A su vez, Mineka, Watson, y Clark (1998), elaboran un modelo que integra el modelo tripartito de Clark y Watson y el modelo jerárquico de Zinbarg y Barlow, hipotetizando que era posible que existieran distintos niveles de especificidad de síntomas, y que algunos factores podrían ser comunes a algunos trastornos, pero no a todos.

Consecutivamente, Vollebergh et al. (2001) realizaron estudios que apoyaban esta última hipótesis, incorporando múltiples factores no específicos en el modelo estructural para explicar el patrón observado de co-variación entre la ansiedad y la depresión. De esta manera, señalaron la existencia de dos factores de nivel inferior: *ansiedad-tristeza* y *miedo*; y un factor de orden superior: *factor de internalización*. Este último explicaría la co-variación entre trastorno de ansiedad y trastorno depresivo, en tanto el factor de ansiedad-tristeza explicaría la co-variación entre depresión mayor, distimia y ansiedad generalizada y el factor de miedo explicaría la co-variación entre fobia social, fobia simple, agorafobia y trastorno de pánico. En un estudio posterior, Slade y Watson (2006), utilizando como unidad de análisis el DSM-IV y el CIE-10, señalaron que esta última estructura era la más adecuada.

A su vez, a partir de las posibles concordancias entre las clasificaciones existentes y fundiendo lo categorial y lo dimensional, Del Barrio (2010) plantea la existencia de cinco grandes grupos de trastornos infantiles y juveniles: retrasos del desarrollo (retraso mental y autismo, entre otros), psicosis (esquizofrenia), trastornos psicofísicos (enuresis, encopresis y de alimentación, entre otros), trastornos exteriorizados (de conducta, por oposición, delincuencia, drogadicción, etc) y trastornos interiorizados (ansiedad y depresión).

6. Evaluación psicológica en la infancia

El diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total (Esquivel, Heredia y Lucio, 2014). Evaluar permite diagnosticar problemas y conocer su prevalencia, con lo que se logra planificar posteriormente los distintos procesos de intervención, siendo necesario elaborar y contar con instrumentos diagnósticos precisos. Cabe recordar que la evaluación clínica del comportamiento en la infancia y la adolescencia se ha cimentado a partir de la evaluación de la población adulta, ya que hasta mediados del s. XVIII el niño era considerado como un adulto en miniatura, considerándose al niño sujeto a los mismos principios que el adulto, desde diferentes marcos teóricos.

Algunos autores señalan que una adecuada evaluación, considerando las diversas variables implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los problemas psicológicos que presentan niños y adolescentes, debería incluir múltiples métodos (evaluación multimétodo), administrados a distintas personas (padres, maestros, niño, etc.) y referidos en distintos contextos (casa, colegio, etc), así como incluir una evaluación tanto familiar como extrafamiliar (Luciano, 1997 citado en Molina, 2001)

En esta misma línea Lucio y Heredia (2014) señalan que el proceso de evaluación requiere entrevistas proyectivas, observaciones, autoinformes, pruebas de inteligencia, de aptitud y logro, escalas de desarrollo y evaluaciones neuropsicológicas. Enfatizan que la

evaluación infantil es un proceso mucho más complejo que en el caso de los adultos, debido principalmente a la carencia de autonomía del niño.

Por otro lado, algunos autores como del Barrio (2010) postulan que si bien se recomienda el uso de varias fuentes simultáneas a la hora de realizar la evaluación infantil, ello no está exento de problemas, ya que al obtener información desde distintas fuentes ésta no suele concordar, existe un costo personal y profesional muy alto al momento de integrar la información recogida, se dan numerosas exigencias y requisitos para la familia, y puede caerse en el establecimiento de diversos diagnósticos, con los efectos estigmatizantes que ello conlleva, considerando además que la cantidad de información recogida no está necesariamente relacionada con la calidad de ésta. Es por ello que del Barrio indica que se deben tener en cuenta los siguientes aspectos al momento de realizar una evaluación:

- Los niños informan mejor sobre datos interiorizados.
- Los padres son mejores informantes de la temporalidad de los acontecimientos.
- Los niños están menos influidos por la deseabilidad social que sus padres en todo lo que informan.
- Los padres alcanzan entre ellos mismos una fiabilidad baja (0,43).
- Los padres con problemas son más proclives a encontrar problemas en sus hijos.
- La información de los maestros es directamente proporcional a su nivel de información y al tiempo que pasan con el niño.

Dependiendo de los objetivos que se tengan en el momento de evaluar, deberán determinarse los criterios para la elección de los instrumentos a administrar, considerando las distintas técnicas a través de las cuales se puede realizar la exploración del niño o adolescente, entre las cuales se encuentran los registros de observación, las pruebas estandarizadas, las escalas y los cuestionarios, entre otros. Así, por ejemplo, podrá llevarse a cabo una evaluación con fines clínicos o de investigación, de intervención o epidemiológicos, con aplicación de los instrumentos de manera individual o colectiva, etc. Uno de los primeros aspectos que debe tenerse en cuenta es que el infante se conceptúa como un ser en continua evolución, lo que convierte la evaluación en un hecho

puntual, por lo que se deberá de prestar especial atención a la edad o rango etario, sexo y nivel de desarrollo, teniendo en cuenta patrones tanto normativos como sociales (Ross, 1987, citado en Molina 2001). En síntesis, el psicodiagnóstico es un proceso de inferencia clínica mediante la cual el psicólogo examina los datos obtenidos, los ordena y organiza dentro del marco teórico de referencia que utilice, dándole sentido a la información recabada (Esquivel et al., 2014).

Por ejemplo, en el caso de la evaluación con vistas a intervenir, el profesional se centrará en obtener información detallada de distintas áreas o aspectos (Luciano, 1997; Gómez, 1999 citados en Molina 2001):

1) Descripción del problema consultado a dos niveles: global, a través de entrevistas abiertas; y específico, a través de la observación; a fin de delimitar los eventos antecedentes, los parámetros de la respuesta, las consecuencias reforzantes y las relaciones de contingencia.

2) Funcionamiento global del infante en relación con su rutina semanal, repertorio social y académico, sus tendencias personales (reacciones ante situaciones de frustración, espera, autocontrol, etc.) y motivacionales, estado biológico general y funcionamiento intelectual. Esta información puede recabarse a través de entrevistas y si se estima oportuno mediante escalas y cuestionarios.

3) Historia de los comportamientos problemáticos, es decir, datos de los déficit o excesos comportamentales (momento y forma de su detección, por quién, etc.). Estos datos se obtendrán mediante entrevista más o menos estructuradas en función de los recursos y del tiempo disponible.

4) Información relativa a las creencias, actitudes y reacciones de los padres, profesores y otras personas implicadas directamente en el comportamiento problema. Esta información se recabaría a través de entrevista y se complementarían con registros de observación.

5) Información acerca de las condiciones físico-contextuales (condiciones de hábitat, aspectos sociodemográficos, recursos disponibles en la familia, etc.) que puede ser obtenida a través de entrevista.

Por otro lado, dependiendo de dónde se presenten el(los) problema(s), se considerarán unos u otros informantes, no obstante y en líneas generales, se considera que los padres son los mejores informadores cuando se trata de recabar información sobre el comienzo y la intensidad del problema; los profesores cuando se quiere valorar la problemática en el contexto escolar; los compañeros o amigos del niño cuando se tratase de problemas de socialización por ejemplo; y el propio infante sería el informador por excelencia de los problemas relacionados con su mundo interno o problemas interiorizados, aunque dependiendo de su edad, sus habilidades y el léxico que maneje podrá dar cuenta de ellos con mayor o menor claridad (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas y Conover, 1985; citados en Del Barrio, 2010).

Si bien, como se mencionó anteriormente, en sus inicios los instrumentos de evaluación infantil se basaron en los ya existentes para adultos, en los años setenta se inició una actividad frenética en la generación de instrumentos pensados para niños. Al hacer una revisión de la bibliografía, se puede observar que, excepto los que evalúan niveles de inteligencia, gran parte de ellos aparecen entre 1970 y 1990, siendo en su mayoría pruebas de papel y lápiz. Hodges y Siegel en 1985 las clasifican en: escalas de autoevaluación, escalas clínicas, entrevistas diagnósticas, nominación de compañeros y escalas para padres; a dicha clasificación hoy se agregan las escalas para maestros (Del Barrio, 2007)

En la actualidad se cuenta con numerosos instrumentos de evaluación tanto propios como traducidos, adaptados y validados para su uso en población española, lo que permite generar comparaciones entre los distintos estudios realizados por investigadores en diferentes contextos culturales (Olivares, 2010).

Sin entrar a analizar las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, a continuación se enumera una serie de técnicas de exploración o evaluación infantil, teniendo claridad en que pueden existir muchas más de las que aquí se mencionan.

6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN EL SISTEMA DIAGNOSTICO CATEGORIAL

Desde la perspectiva categorial, la entrevista es el método de evaluación más común (Del Barrio, 1995; 2010). Las primeras entrevistas diagnósticas clínicas podían ser

estructuradas, semiestructuradas o abiertas, pero la fiabilidad de las dos últimas resultaba bastante baja, presentando serios problemas de objetividad dada su flexibilidad. De este modo, se plantea que las entrevistas estructuradas proporcionan datos fácilmente cuantificables que permiten hacer diagnósticos formales basados en los sistemas de clasificación diagnóstica (Achenbach, 1980, citado en Del Barrio, 2007).

Por lo general, las entrevistas se realizan a los padres o allegados y a los propios niños. Pueden ser llevadas a cabo por profesionales clínicos o por personas que previamente hayan sido formadas para ello, independientemente de su orientación teórica (Edelbrock y Costello, 1984; Hodges y Zeman, 1993; De la Osa, Ezpeleta, Domenech, Navarro y Losilla, 1996; Gutterman, O'Brian y Young, 1987; Vacc y Juhnke, 1997; Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000 citados en Molina 2001). Estos autores señalan que independiente del tipo de entrevista que se aplique, el profesional de establecer una adecuada relación terapéutica con los padres desde el primer contacto, a fin de poder obtener información personal sobre sus relaciones familiares. Se debe tener presente que en las entrevista, como en cualquier otro instrumento, los padres pueden exagerar o minimizar los problemas de su hijo(a) dependiendo de cómo perciban la gravedad y el grado de control que ellos perciban que tienen sobre los problemas del niño.

Durante la entrevista inicial es fundamental determinar cuáles son las expectativas y las creencias de los padres sobre el desarrollo y comportamiento problema del niño, así como los efectos que éstos generan en la dinámica familiar. Dichos aspectos se deberían tratar y discutir con ellos de una manera clara y natural. Es importante que el clínico adopte una posición de colaboración más que de superioridad, haciendo uso de un lenguaje comprensible, libre de tecnicismos (Molina, 2001).

Cuando se utiliza una entrevista semiestructurada se recomienda que se realicen preguntas abiertas que paulatinamente vayan cerrándose, teniendo en cuenta el nivel de comprensión y la motivación al cambio, evitando cualquier comentario que pueda generar sentimientos de culpabilidad en los padres. En cambio cuando se adopta un protocolo de entrevista estructurada, el entrevistador se ve obligado a interrogar a los padres realizando todas las preguntas contenidas en el protocolo, respetando la estructura y el orden de las mismas (Weller et al., 2000).

Se han desarrollado diversas entrevistas diagnósticas para niños, entre las cuales destacan dos modalidades en función de su grado de estructuración (véase la Tabla 6.1).

6.1.1. Entrevistas estructuradas:

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) de Herjanic, Herjanic, Brown y Heatt (1975). Es una de las entrevistas estructuradas más utilizada, tanto en el ámbito clínico como en estudios epidemiológicos (Del Barrio, 1995; Ezpeleta, 1990, 1995). Recoge datos relativos a los primeros años de vida del niño, incluyendo datos de la historia médica, embarazo, nacimiento y desarrollo infantil. Se aplica a niños de 6 a 17 años y existe una versión paralela para padres. Para su aplicación no se necesita una preparación clínica especial, aunque sí un entrenamiento exhaustivo (De la Osa et al., 1996). El tiempo de aplicación de la entrevista oscila entre 60-90 minutos. Consta de tres partes: una compuesta por ítems que evalúan la presencia o ausencia de síntomas; otra que explora los diversos trastornos en función de las categorías contenidas en el DSM; y una tercera parte específica para adolescentes, en la que los reactivos aluden a preguntas relacionadas con la conducta sexual, abuso sexual, menstruación y estresores psicosociales. Finalmente, la entrevista consta de una observación de la conducta del sujeto durante el transcurso de la entrevista. La valoración final de la escala recoge la presencia, ausencia y duración del síntoma. La entrevista ha recibido sucesivas revisiones en función de los cambios experimentados en las distintas versiones DSM. Su última adaptación se ha desglosado en tres versiones. DICA-R-C (6-12 años), DICA-R-A (13 a 17 años) y DICA-R-P (versión para padres) que se sustentan en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (Reich, Shayka y Taibleson, 1991; citado en Ezpeleta, 1995).

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV) de Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone (2000) Diseñada inicialmente para realizar diagnósticos de acuerdo con los criterios DSM-III-R (Costello, Edelbrock, Dulcan y Kalas, 1984). Se ha utilizado tanto en investigación clínica como epidemiológica. Puede ser administrada por entrevistadores legos previamente entrenados, tiene una fiabilidad aceptable y una buena concordancia entre distintos informantes (Del Barrio, 2007). Se aplica a niños (DISC-C) con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, existiendo también una forma para padres (DISC-P). La entrevista con el niño puede aplicarse en una única sesión de una hora, mientras que la entrevista con los padres dura entre 60 a 90 minutos. La mayoría de los ítems se responden en forma dicotómica (sí/no; verdadero/falso), existiendo también preguntas

sobre la edad de comienzo del problema, en las que se especifica la frecuencia, la duración e intensidad del problema referidas al último año. Se obtienen puntuaciones comparativas para cada trastorno y un índice global de la psicopatología del niño.

Children's Interview for Psychiatric syndromes (ChIPS) (Weller et al., 1985, 2000) Entrevista altamente estructurada, basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y desarrollada para establecer el diagnóstico en sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años y que muestren un CI mayor o igual a 70. La entrevista está compuesta de tres secciones: la primera contiene diversas preguntas relativas a la descripción del motivo de consulta y el contexto en que se produce el problema (casa, colegio, con compañeros), relación familiar y responsabilidades del niño en el hogar, relación y rendimiento escolar, relación con sus compañeros y tratamientos previos; la segunda sección recaba información sobre los 20 trastornos incluidos en el Eje I, excepto el retraso mental, problemas de aprendizaje (lectura, escritura, etc.) y problemas de personalidad. Para cada trastorno se especifica el comienzo de los síntomas, la duración y el deterioro o nivel de interferencia en casa, en el colegio y/o en la relación con sus compañeros; la tercera sección aborda temáticas relacionadas a estresores psicosociales como abuso y abandono infantil, y otros estresores en general (clima familiar, problemas económicos, problemas familiares y extrafamiliares). Diferentes estudios han mostrado la validez del instrumento en sus dos versiones (Teare et al., 1998; Teare et al., 1998; Fristad et al., 1998; citados en Molina 2001).

Anxiety Disorders interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-IV: C; ADIS-IV: P) de Silverman, Albano y Sandín (2003). Esta entrevista cuenta con una versión para niños y otra para padres que resultan complementarias. Según Echeburúa y del Corral (2009) es la mejor entrevista para evaluar la sintomatología ansiosa en niños. Además cuenta con ítems que exploran otros trastornos del estado de ánimo, por lo que permite llevar a cabo el diagnóstico de otros trastornos y establecer un diagnóstico diferencial. Su cumplimentación se puede realizar en aproximadamente dos horas (Bados, 2015).

6.1.2. Entrevistas semiestructuradas

Interview Schedule for Children (ISC) (Kovasc, 1978) Entrevista compleja para cuya aplicación es necesario que el profesional acredite su experiencia clínica. Es aplicable a

niños de 8 a 17 años, existiendo también una forma paralela para padres. Valora la sintomatología afectiva, cognitiva, las funciones vegetativas y las expresiones conductuales de humor experimentados en las últimas dos semanas, las conductas perturbadoras se valoran en los últimos 6 meses. Asimismo, valora el estado mental actual del niño y finalmente cuenta con un apartado para registrar la observación directa de la conducta durante la aplicación de la entrevista (Ezpeleta, 1990; 1995 citado en Molina, 2001).

Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) Evaluación infantil de los trastornos afectivos y la esquizofrenia de Puig-Antich y Chambers (1978). Una de las últimas revisiones es la realizada por Ambrosini (2000), en la que se señala que tiene una buena fiabilidad, validez y concordancia. Es una entrevista utilizada para estudiar los trastornos afectivos y psicóticos en niños y adolescentes. Sirve para el diagnóstico de todas las alteraciones incluidas en el eje I del DSM-III, y cuenta con una versión para niños a partir de los 12 años y otra para madres de niños cuyas edades fluctúen entre los 6 y los 17 años. Para su aplicación es necesario contar con un experto clínico con preparación específica. Sus ítems se distribuyen de tal manera que algunos de ellos son de respuesta dicotómica (sí o no) o otros con escalas de frecuencia o duración de los síntomas (Del Barrio, 2007). Existe una traducción española de esta entrevista realizada por Vizcarro, León, Garcimarán, García, Llorente, , Romero y Vargas (1986).

6.1.3. Otras

A continuación se enlistan algunos instrumentos de exploración, que si bien no se consideran entrevistas devenidas del sistema categorial propiamente tal, igualmente pueden utilizarse al comienzo de todo proceso evaluativo:

- Pauta de entrevista para padres (Pelechano, 1980)
- Información diagnostica general (Capafons et al., 1986)
- Entrevista evolutiva (García Marcos, 1983)
- Children's Personal Data Inventory (Shaywitz, 1982)
- Prediagnostico infantil para padres (Izquierdo, 1982).

Estas entrevistas se caracterizan por abarcar temáticas biográficas o anamnésticas del niño tales como: la descripción sobre el desarrollo del embarazo, parto y periodo post-natal; el desarrollo de habilidades en relación con la edad; el historial médico; la historia y características familiares; habilidades interpersonales; la historia educativa, y el desarrollo sexual.

6.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN EL SISTEMA DIAGNOSTICO DIMENSIONAL

Como se señaló en el capítulo anterior, desde la perspectiva dimensional se conceptúa el comportamiento inadecuado o perturbador dentro de un continuo, en el que se clasifican los distintos problemas psicológicos en función de su intensidad. Los instrumentos desarrollados desde este marco incluyen inventarios, escalas y cuestionarios, los que son administrados al propio niño o adolescente, a sus padres, maestros y/o a otros adultos que estén en su entorno. De este modo, en estas pruebas se asume que la puntuación obtenida permite ubicar al infante dentro de la dimensión que mide dicha prueba, comparando su puntuación con la del grupo normativo y determinando así en qué medida su comportamiento o características se ajustan a dicho grupo normativo.

Los ítems de los inventarios se presentan en forma de listas (*checklist*) y sus respuestas se recogen en forma dicotómica, dando cuenta de presencia o ausencia, adecuación o inadecuación etc., de dicho reactivo. Las escalas (*rating scale*) recogen las respuestas a un grupo de reactivos en base al grado en términos de frecuencia o intensidad (nada/mucho; 0...5; nunca/a veces/siempre) en que se percibe las afirmaciones realizadas. Por su parte, los ítems de los cuestionarios se presentan en forma de pregunta, ya sea abierta o cerrada, a las que los sujetos deben contestar (Molina, 2001).

Si bien este tipo de instrumento carece de la necesaria especificidad situacional y de respuesta, son los más utilizados en la práctica clínica puesto son fáciles de aplicar, son económicos, requieren de poca formación por parte del entrevistador, permiten hacer un cribado rápido e identificar los síntomas que presenta el sujeto, así como cuantificar los cambios experimentados después de algún tipo de intervención terapéutica (Del Barrio, 2007). Además éstos cubren un campo temático menor que las entrevistas mencionadas anteriormente, por lo que se consideran técnicas de evaluación complementarias (Bragado y García-Vera, 1998, citado en Echeburúa y del Corral, 2009).

Tabla 6.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

Autor	Año	Instrumento	Edad	Versiones	Estructurada o Semiestructurada	Fiabilidad
Silverman y Albano; Silverman, Saavedra. y Pina,	1996/2001	Anxiety Disorders interview Schedule for <i>DSM-IV</i> : Child and Parent Versions	6 - 18	N y P	SE	TAS: 0,78 FS: 0,71 FE: 0,80 TAG: 0,63
Angold y Costello.	2000	Child and Adolescent Psychiatric Assessment	9 - 13	N	E	TAE: 0,74 TAS: 0,79
Herjanic y Reich; Reich	1982/2000	Diagnostic Interview for Children and Adolescents	6 - 17	N,P y A	SE	TAE: 0,55 TAS: 0,60 FE: 0,65
Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan. y Schwab-Stone.	2000	NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV	9 - 17	N y P	E	TAS: 0,46 FS: 0,25 FE: 0,68
Ambrosini	2000	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children	6 - 18	N y P	SE	TAE: 0,78 FE: 0,80

De este modo, Echebura y del Corral (2009) señalan que los instrumentos de autoinforme constituyen una herramienta fundamental para la evaluación y diagnóstico en psicología clínica (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006), tanto para aspectos generales como específicos de psicopatología (Díaz y Peraíta, 2008; Sierra, Gutiérrez y Delgado, 2008), incluidos los síntomas psicopatológicos (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008) y los fenómenos de vulnerabilidad (Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2007). Se han propuesto instrumentos que han resultado eficaces para evaluar constructos de vulnerabilidad en ansiedad y depresión, tales como los relacionados con el trastorno de pánico (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007), la fobia social (Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios, 2007) y el trastorno obsesivocompulsivo (Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2006).

A continuación se describen algunos de los instrumentos elaborados a partir del análisis factorial y el análisis de clusters, principales técnicas estadísticas empleadas en su construcción:

6.2.1. Inventarios

Fear Survey Schedule for Children (FSSFC) Inventario de miedos para niños elaborado por Scherer y Nakamura (1968, citados en Moreno, Blanco y Rodríguez, 1992), fue uno de los instrumentos pioneros en este campo. Comprende 80 ítems y una escala de estimación de cinco puntos. Posteriormente se han confeccionado varias versiones de este inventario: Ryall y Dietiker (1979, citados en Moreno et al., 1992) eliminaron 32 de los 80 ítems originales generando así una versión abreviada que denominaron *Children's Fear Survey Schedule* (CFSS), Inventario de miedos de niños; posteriormente Ollendick (1983), sustituyó la escala de cinco puntos por una de tres, desarrollando como versión más simplificada el *Revised Fear Survey Schedule for Children*, (FSSC-R), Inventario de miedos para niños-revisado. La última versión es elaborada por Gullone y King (1992), quienes realizan una laboriosa revisión del FSSC-R, conservando así 47 ítems del cuestionario original e implementando 28 elementos nuevos que reflejan miedos más contemporáneos como el miedo al SIDA, miedo a una guerra nuclear y algunos miedos más relevantes para adolescentes. Con ello incrementaron también las propiedades psicométricas y la sensibilidad del instrumento, al que denominaron *Fear Survey Schedule for Children-II* (FSSC-II), Inventario de miedos para niños-II.

Bouldin y Pratt (1998) elaboran el *Fear Survey Schedule for Children-II Parent* (FSSC-IIP) versión para padres del FSSC II, éste consta de 94 ítems y una escala de frecuencia de tres puntos.

A partir de este instrumento Valiente, Sandín (Valiente, Sandín y Chorot 2002) construyeron un cuestionario de autoinforme de miedos infanto-juveniles para ser aplicado en población española, el FSSC-Español (FSSC-E), en él eliminan el ítem 73 “miedo a Rusia” y desdobra el ítem 62 “miedo a estar solo” en “miedo a quedarse solo en casa” y “miedo a estar solo fuera de casa”, con el fin de respetar el número de ítems original de la prueba.

Fear Inventory (FI) Inventario de Miedos, de Cautela, Cautela y Esonis (1983). Éste cuenta con dos formas, una para niños y otra para adolescentes, de 69 y 64 ítems respectivamente

Louisville Fear Survey for Children (LFSC), Inventario de miedos para niños de Louisville presentado por Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972, citado en Moreno et al., 1992). Inventario que evalúa los miedos de los niños percibidos por sus padres, consta de 81 ítems con una escala de estimación de cero a tres.

Separation Anxiety Avoidance Inventory, child and parent version (SAAI-C y SAAI-P), Inventario de evitación relacionada con la Ansiedad por Separación, versión para niños y padres de In-Albon, Meyer y Schneider (2013). Dirigido a evaluar la conducta de evitación asociada a la ansiedad por separación, contiene siete ítems en los que los chicos evalúan la frecuencia con la que evitan determinadas situaciones debido a sentir ansiedad, los padres dan cuenta de lo que piensan de sus hijos en las mismas situaciones. Las respuestas son graduadas de acuerdo a una escala que presenta las siguientes alternativas: nunca, pocas veces, la mitad del tiempo, la mayoría de las veces y siempre.

6.2.2. Escalas

Child Behavior Check-list (CBCL, Achenbach, 1978; Achenbach y Edelbrock, 1985) Este listado registra un amplio conjunto de conductas adaptativas y conductas problema de niños cuyas edades están comprendidas entre los 4 a los 16 años. Tiene una primera versión para padres y otra aparecida más tardíamente para maestros (TRF, Achenbach y Edelbrock, 1986), existe otra versión autoaplicable, pero solo para adolescentes de 11 a 18

años: *Youth Check-List* (YCL, 1987), administrable tanto a población clínica como normal. Está compuesto por 120 preguntas, las que se contestan en una escala de 3 puntos (0-2) que reflejan la gravedad y la frecuencia de los comportamientos. Este instrumento está compuesto por subescalas obtenidas por análisis factorial: Síndromes exteriorizados (esquizofrenia, hiperactividad, agresividad, delincuencia y otros problemas); síndromes interiorizados (depresión, incomunicación, obsesión-compulsión, quejas somáticas y aislamiento social); y síndromes mixtos (en los que participan de ambos extremos, como los problemas de tipo sexual, la conducta inmadura o el aislamiento social. Las propiedades psicométricas de la escala son adecuadas: fiabilidad test-retest (Achenback y Edelbrock, 1983), validez concurrente (Mash y Johnson, 1983) y validez discriminante (Barkley, 1988).

Conners Teachers Rating Scale y Conners Parent Rating Scale (Conners, 1969; Conners, 1973, respectivamente) La escala para maestros fue creada para evaluar los resultados de terapias farmacológicas sobre el trastorno de hiperactividad (Del Barrio, 1995). Esta escala consta de 39 ítems que se evalúan en una escala de 0-3. Las propiedades psicométricas de esta prueba han resultado adecuadas (Conners, 1973; Kazdin, 1983). La escala para padres se construyó a partir de la anterior y consta de 93 ítems que se contestan igualmente en una escala de 0 a 3. Esta escala ha recibido varias modificaciones, aunque la primera versión muestra unas características psicométricas más adecuadas (Conners y Barkley, 1985).

Behavior Problem Check-list (Quay y Petterson, 1979, 1983 y 1987). Es un listado de conductas disruptivas que evalúan la psicopatología infantil en niños de 5 a 16 años. Está compuesto por 55 ítems que se puntúan en una escala de 3 puntos (0-2) respecto a la gravedad del problema. Puede ser cumplimentada por padres, profesores y/u otros informantes que tengan un conocimiento amplio del repertorio del niño. Los ítems se agrupan en los siguientes cuatro factores: problemas de conducta, problemas de personalidad, inadecuación-inmadurez y delincuencia socializada. Los índices de fiabilidad y validez son adecuados, aunque sólo se focaliza en los problemas de comportamiento y no en el repertorio positivo o adecuado del niño.

Children's Manifest Anxiety Scale de Castañeda, Mc Candless, y Palermo (1956). Esta escala valora los síntomas de ansiedad como rasgo. Se puede aplicar a sujetos cuya edad fluctúe entre los 6 y los 19 años, quienes deben responder a los ítems de acuerdo a un

formato dicotómico de verdadero/ falso. La escala se puede utilizar siempre que el niño muestre un nivel de comprensión lectora adecuado, si bien el clínico puede leer los ítems al niño y anotar a continuación sus respuestas. Las propiedades psicométricas de la escala son adecuadas. Existe una versión adaptada a la población española realizada por Sosa, Capafons, Flores, Navarro y Silva (1993)

Children's depression scale (CDS) Escala de depresión para niños de Lang y Tisher (1978). Es una escala que consta de 66 ítems que se agrupan en ocho factores: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimientos de culpa, depresivos varios, ánimo-alegría y positivos varios (capacidad para experimentar alegría). Las primeras 6 subescalas (48 ítems) están combinadas en una puntuación total depresiva y las últimas 2 subescalas (18 ítems) en una puntuación total positiva. Puede ser contestada tanto por el niño como por sus padres. El sujeto debe elegir una alternativa de la escala de cinco puntos, que va desde (1) muy en desacuerdo a (5) muy de acuerdo. Los índices de fiabilidad (test-retest) y los de validez (convergente) son adecuados. Existe una versión de la escala en español (Molina, 2001).

Escala para el Trastorno de Ansiedad por Separación para Niños y Adolescentes (presentada en Caballo, 2005). Evalúa los pensamientos, sentimientos y conductas característicos del trastorno que presenta el niño cuando se separa de sus padres. La escala consta de 16 ítems valorados en una escala de intensidad de 1 a 3. Presenta tres subescalas: separación de los padres (8 ítems), soledad (5 ítems) y reacciones en la escuela (3 ítems).

Separation Anxiety Assessment Scale (SAAS) Escala para Evaluar la Ansiedad por Separación de Eisen y Schaefer (2005). Existe una versión para niños y adolescentes (SAAS-C) y otra para padres (SAAS-P). Consta de 34 ítems valorados en una escala de frecuencia de 0 a 3. Este instrumento presenta seis subescalas: miedo a estar solo, miedo al abandono, quejas somáticas/miedo a la enfermedad física, preocupación por acontecimientos desastrosos, frecuencia de acontecimientos desastrosos e índice de señales de seguridad.

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños de March, Parker, Sullivan, Stallings y Connors (1997). Escala compuesta por 39 ítems, cuyo objetivo es evaluar la ansiedad de forma global en niños y

adolescentes de 8 a 18 años. Los ítems se contestan de acuerdo a una escala de 1 a 4, y dan cuenta de los siguientes cuatro factores: síntomas de ansiedad físicos (con dos subescalas: tensión/inquietud y somática/autónoma); ansiedad social (dividida en miedos de humillación/rechazo y ansiedad al actuar en público); ansiedad por separación; y evitación de daño (dividida en perfeccionismo y afrontamiento ansioso).

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) Escala de Ansiedad Infantil de Spence creada por Spence (1998). Esta escala evalúa seis trastornos de ansiedad infanto-juveniles frecuentes: trastorno de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, miedo al daño físico como representante de las fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. El instrumento consta de 44 ítems, de los cuales 38 hacen referencia a síntomas específicos de ansiedad y 6 ítems que tienen como objetivo reducir el sesgo de aquiescencia, que no son considerados al momento de obtener la puntuación total. Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta según una escala de frecuencia de desde 0 (nunca) a 3 (siempre). Se han aportado pruebas sobre su validez e invarianza factorial en chicos y chicas, así como en niños de distintas edades (Godoy, Gavino, Carrillo et al., 2011; Spence, 1998).

Children's Depression Rating Scale–Revised in Adolescents (CDRS-R) Escala de Nivel de Depresión en Niños–Revisada de Poznanski y Mokros (1996) Si bien esta escala se basa en la HRSD (*Hamilton Depression Rating Scale*, 1960), una escala de heteroevaluación de la depresión para adultos, está desarrollada original y específicamente para niños de 6 a 12 años. Consta de 17 ítems y se caracteriza por integrar información de múltiples campos, incorporar el comportamiento durante la entrevista y mantener varios ítems no específicos de la depresión. Sus ítems se distribuyen en los siguientes factores: sentimientos de depresión, dificultad para la diversión y autoestima. Sus propiedades psicométricas son buenas, con un $\alpha = 0,85$ (Poznanski y Mokros, 1996). También existe una forma breve que se relaciona enormemente con el CDRS-R ($r = 0.91$) facilitando por ello las evaluaciones de seguimiento.

6.2.3. Cuestionarios

Eysenck Personality Questionnaire-Junior (EPQ-J); “Cuestionario de la personalidad para niños” de Eysenck y Eysenck, 1975, 1986). Se basa en la teoría de la personalidad de Hans Eysenck y tiene como objetivo evaluar en niños de 8 a 15 años tres dimensiones

básicas de la personalidad: inestabilidad emocional, extraversión y dureza, además de la tendencia hacia la conducta antisocial. También cuenta con ítems de sinceridad, con los que se intenta medir la tendencia del sujeto a falsear respuestas para dar una buena imagen (deseabilidad social). A excepción del factor dureza, el instrumento presenta buenas propiedades psicométricas. Su aplicación puede ser de manera individual o colectiva, siendo el tiempo medio de aplicación de 20-30 minutos dependiendo de las capacidades lectoras de los sujetos.

Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano (CASIT; González, Méndez e Hidalgo, citado en Méndez, Orgilés y Espada, 2008). Es un instrumento dirigido a que los padres evalúen la ansiedad por separación de sus hijos de 3 a 5 años. Consta de veinticuatro preguntas valoradas en una escala de frecuencia de cero a cinco. Presenta tres subescalas: ansiedad por separación ante la pérdida o daño de un ser querido, ansiedad por separación relacionada con el dormir y ansiedad por separación ante acontecimientos cotidianos. Los autores recomiendan que los padres contesten el cuestionario de manera independiente, a fin de posteriormente poder comprobar el grado de acuerdo existente entre ellos respecto al problema. El instrumento y sus datos normativos pueden consultarse en Méndez, Orgilés y Espada (2008).

Además de los instrumentos que se señalaron anteriormente, existe una serie de cuestionarios que están diseñados para ser cumplimentados sólo por los padres o figuras significativas del menor. A continuación se mencionan algunos de ellos:

Self-Administered Dependency Questionnaire (SADQ) Cuestionario de Dependencia Autoadministrado de Berg (1974) (citado en Hutt, Trueman, y Hutt,(1999). Este cuestionario está basado en Highlands Dependency Questionnaire (HDQ, Berg et al., 1971) y evalúa mediante 21 ítems la frecuencia con que ocurren determinados acontecimientos cotidianos a través de los cuales el niño pueda manifestar apego o dependencia de sus padres. El o los padres responden considerando las siguientes alternativas: 'L' (menos de una vez a la semana o en absoluto); 'O' (tanto como una vez a la semana); 'B' (entre una vez por semana y una vez al día); 'E' (tanto como una vez al día); y 'M' (más de una vez al día). Los reactivos se agrupan en cuatro factores: afecto, la comunicación, la petición de ayuda y viajes o salidas de casa.

Family Assessment Measure (FAM) de Medida de Evaluación Familiar de Skinner, Steinhauer y Santa-Barbara, (1983) Este instrumento cuenta con 134 ítems que exploran las debilidades y fortalezas de la familia basándose en el Modelo de Procesamiento Familiar, el que describe siete dimensiones: cumplimiento de tareas, desempeño de roles, comunicación, expresión afectiva, participación, control, valores y normas.

Family Belief Inventory (FBI) Inventario de Creencias sobre la Familia de Roehling y Robin (1986). A través de versiones paralelas para padres y adolescentes mide las creencias poco realistas sobre las relaciones entre ambos. En relación con los padres, evalúa seis creencias erróneas: a) Ruina: con demasiada libertad, los adolescentes arruinarán su futuro; b) Obediencia: los padres merecen respeto y obediencia absoluta de sus hijos; c) Perfeccionismo: los adolescentes deben comportarse sin defectos; d) Intención Maliciosa: los adolescentes se comportan mal intencionadamente para dañar a sus padres; e) Autoculpabilización: los padres tienen la culpa de la mala conducta de los adolescentes; y f) Aprobación: la desaprobación por parte de los adolescentes de las prácticas educativas de los padres es algo catastrófico. Las cuatro creencias para los adolescentes son: a) Ruina: las reglas y restricciones parentales arruinarán los años de la adolescencia; b) Injusticia: es catastrófico que los padres traten a los adolescentes injustamente; c) Autonomía: los padres deben dar a los adolescentes libertad absoluta para tomar decisiones sobre reglas y responsabilidades; y d) Aprobación: es catastrófico si los padres se enfadan con los adolescentes. Cada creencia se evalúa a través de 10 ítems ligados a viñetas que ejemplifican fuentes frecuentes de conflicto entre padres y adolescentes (elección de amigos, llegar tarde a casa).

Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) Cuestionario de Crianza Parental de Gerard (1994, citado en Roa y del Barrio, 2001). Evalúa las actitudes de los padres hacia la crianza de sus hijos y hacia estos. Consta de 78 ítems valorados de 1 a 4 según el grado en que se está de acuerdo con los mismos. El instrumento original tiene ocho escalas, sin embargo en la adaptación española sólo se han mantenido 66 ítems encuadrados en seis factores: disciplina, compromiso con la crianza, distribución de rol, satisfacción con la crianza, autonomía y afecto (apoyo/comunicación). En Roa y del Barrio (2001) puede verse la versión del cuestionario para la madre.

Perfil de Estilos Educativos (PEE) de García-Pérez y Magaz (1998). Evalúa si el estilo educativo de la madre y del padre (por separado) es predominantemente asertivo,

sobreprotector, punitivo o inhibido. Consta de 48 ítems que cada progenitor contesta sí o no.

6.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN LA OBSERVACIÓN

La observación es otra de las técnicas utilizadas al momento de explorar al niño. Aiken (1996) sostiene que mucho antes de la invención de la escritura, las personas hacían juicios sobre los otros observando su comportamiento o hablando con ellos. Hoy en día, la observación, al igual que las otras técnicas de exploración, requiere una elaboración e interpretación de acuerdo a las manifestaciones de las unidades de análisis a ser evaluadas. La observación implica la posibilidad de advertir, reparar y mirar con atención las características no sólo de un sujeto sino de otras unidades de análisis, tales como los contextos y las interacciones entre varios sujetos.

Piacente (2009) señala que existen distintos criterios de clasificación de la técnica de observación:

- a) Según sean o no planificadas pueden distinguirse entre observaciones controladas, guiadas por un plan previo; y no controladas, que aluden a situaciones fortuitas.
- b) Según se inscriban o no en el método científico se distingue entre observación científica y observación no científica. La primera implica observar con un objetivo claro, definido y preciso, teniendo claridad de qué y para qué se desea observar, lo que entraña una cuidadosa preparación. La segunda da cuenta de una observación sin intención, es decir, sin objetivos definidos previamente.
- c) Según el grado de participación del observador se diferencia la observación no participante de la participante. En este último caso el observador es parte de la situación observada, por lo que, en alguna medida, podría generar modificaciones a fin de provocar la aparición de algunos datos. Ello no se da en las situaciones en las que el observador se mantiene al margen como mero espectador.
- d) Según se dirija a otros o a sí mismo, se clasifica en auto-observación y observación de otros, como cuando se le solicita a los padres que realicen registros de sus hijos.

e) Según el contexto en el que se realice la observación, se describirán como situaciones artificiales aquellas que se desarrollen en un contexto estructurado ya sea clínico o de laboratorio; y como situaciones naturales las que se realicen en un contexto abierto, como pudiese ser su hogar o el colegio.

En el marco de la observación científica, independiente del contexto en el que se lleve a cabo la observación, los expertos señalan que es importante que el profesional determine cuáles son las variables, características o fenómenos que quiere analizar, que fije objetivos y propósitos de acuerdo al marco teórico que adopte, que detalle el cómo va a observar, seleccionando los procedimientos de recogida de datos, ya sea con fichas de observación, registros de características de lo observado, grabaciones de video o audio, listas de control, etc. Todo ello, a fin de que las hipótesis de cara a la planificación del tratamiento y la toma de decisiones posteriores se basen en los datos registrados, más que en impresiones subjetivas. La descripción de estos pasos han sido una de las mayores contribuciones al análisis de conducta (Martin y Pear, 1999).

A diferencia de lo que se sostiene usualmente, la observación es una técnica difícil, ya que requiere competencia y experiencia importantes de parte del evaluador, quien debe partir de objetivos e hipótesis perfectamente explicitados, que den sentido a su actividad guarden coherencia con la teoría de la que parte.

A su vez, la observación como instrumento de evaluación no está exenta limitaciones. Silva (1995) menciona como principal limitación el hecho de que existe una baja fiabilidad entre observadores. Esto podría entenderse considerando que los datos recabados por esta vía, generalmente se ven afectados o interferidos por la reactividad que puede producirse tanto en el comportamiento del sujeto observado como en el observador y por el propio sesgo de este último. Para suplir este tipo de déficit recomienda que el profesional debe planificar exhaustivamente el proceso de observación, es decir, elaborar sistemas de observación que incluyan conductas específicas (parámetros, situaciones y momentos); seleccionar un número limitado de conductas que faciliten la observación; usar un número de categorías conductuales reducido, descriptivas y excluyentes; invertir tiempo para que el niño se adapte a las condiciones de observación; y evitar sus propios sesgos.

A continuación se describen algunos tipos de registro dirigidos a la evaluación de problemas de comportamiento infantil, tanto en el contexto familiar como escolar.

Family Interaction Coding System (Patterson y cols., 1969; 1976) Es uno de los sistemas de codificación clásicos, elaborado para el estudio de las interacciones familiares, y aplicado posteriormente al contexto escolar y de laboratorio (LaGreca y Stone, 1992). Consta de 28 categorías de conductas que son registradas, presentes o ausentes, en periodos de una hora y en intervalos de 30 segundos. Este sistema permite registrar secuencias de conducta entre el niño y otros adultos.

Sistema de observación para la evaluación de las interacciones familiares (SOC-III) de Cerezo (1991). Sistema de registro de problemas de conducta infantiles en su interacción con los adultos adaptado al español. Los periodos de observación con este sistema oscilan de 30 minutos a una hora, en intervalos de 15 minutos. Existen dos versiones para aplicar el registro, una manual y otra mecánica. La aplicación de este sistema requiere un entrenamiento exhaustivo de los observadores lo que contribuye a adecuados índices psicométricos.

Parent Daily Report de Patterson, Reid, Jones y Conger (1975). Con este método, previo entrenamiento, los padres observan y registran en un listado de 31 conductas desadaptativas, las que su hijo(a) ha realizado a lo largo de 24 horas durante un determinado número de días, detallando el lugar de ocurrencia. Una ventaja de este sistema es que permite evaluar conductas de baja frecuencia.

Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (Robinson y Eyberg, 1981) Este sistema permite registrar distintas conductas, así como las interacciones entre la diada padre-hijo. Consta de 22 ítems para padres e hijos con referencia a los padres y 19 ítems con referencia a los hijos. Los estudios realizados muestran índices de fiabilidad y validez adecuados, al comparar un grupo de niños con problemas de comportamiento con un grupo control (Silva y Moro, 1994).

Sistema de observación de comportamientos escolares de O'Leary y Wilson (1975) cuyo objetivo es registrar diferentes comportamientos inadecuados del alumno como: estar fuera del pupitre, distraerse de las actividades, dar voces, etc.

Classroom observation code for hyperactive children. Desarrollado por Abikoff, Gittelman-Klein y Klein (1977). Este sistema puede ser utilizado para valorar el comportamiento de niños con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. Los alumnos seleccionados son observados en el aula en periodos de 4 minutos, durante las explicaciones del profesor, en diversas tareas escolares, etc. El sistema contiene 14 categorías de registro (comportamiento fuera de la actividad, desobediencia, agresión física, etc.). Este sistema muestra adecuados índices de fiabilidad y discrimina entre niños diagnosticados con hiperactividad y grupo control.

Behavioral Assertiveness Test for Children (BAT-C) de Bernstein y Nietzel (1980) desarrollado para evaluar conductas de retraimiento y de agresividad en la escuela, con niños de 8 a 12 años.

Compliance Test de Forehand y McMahon (1981). se ha utilizado para registrar el comportamiento desobediente del niño en el contexto clínico. En una situación controlada se anima a los padres para que interactúen con su hijo, implicándose en tareas de juego o educativas. Por ejemplo se les pide a los padres que indiquen a su hijo que ordene la habitación después de jugar, la forma en cómo los padres dirijan sus peticiones serán interpretados de acuerdo a los patrones típicos de interacción (Matson y Beck, 1981; citado en Valero, 1997). En este contexto se procede a registrar el número de instrucciones y el cumplimiento de las mismas, la aparición o no de consecuencias, las habilidades de los padres para manejar al niño, etc.

7. Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders **y Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia**

En el capítulo anterior se han mencionado y descrito una serie de instrumentos que se utilizan para explorar y evaluar a la población infanto-juvenil. Sin embargo varios investigadores concuerdan en señalar que sigue existiendo una carencia de instrumentos de autoinforme validados y de calidad que permitan evaluar los diferentes síntomas de los trastornos interiorizados (ansiedad y depresión) de acuerdo con los criterios DSM-IV, que a su vez generen diagnósticos diferenciales dados los altos índices de comorbilidad que éstos presentan.

7.1. EL SCREEN FOR CHILD ANXIETY-RELATED EMOTIONAL DISORDERS

El *SCARED* (“Cribado para trastornos emocionales relacionados con la ansiedad en niños”) es un autoinforme que evalúa la sintomatología ansiosa en niños y adolescentes de 8 a 18 años. Su primera versión fue creada en 1997 con la intención de crear un instrumento de cribado que evaluara la amplia gama de síntomas de ansiedad en niños de población general según el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994), lo que implica que no deriva de un instrumento de adultos. Esa versión estaba formada por

38 ítems, agrupados en cinco dimensiones, cuatro correspondientes al DSM-IV: Pánico/somático, Ansiedad Generalizada, Ansiedad por Separación, y Fobia Social; y una quinta denominada Fobia Escolar. Posteriormente, al evidenciar la dificultad para discriminar entre fobia social y otros trastornos de ansiedad, Birmaher et al., (1999) agregaron tres ítems a la escala de fobia social, desarrollando así una versión de 41 ítems. Por otra parte, Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer (1999) añadieron 28 ítems a la versión original, con el fin de evaluar los cuatro trastornos del DSM-IV más otros tres tipos de fobias específicas, esta adaptación fue denominada SCARED-R.

En relación con las propiedades psicométricas proporcionadas por Birmaher et al. (1999), la fiabilidad TR (*test-retest*) varía de moderada a excelente (0,70-0,90) para la escala total y sus subescalas. La fiabilidad inter-jueces varía según la edad, siendo más alta para niños que para adolescentes y su consistencia interna es de 0,78-0,90.

El SCARED, en sus diferentes versiones, ha sido traducido a varios idiomas en distintos países de diversas tradiciones culturales (Hale, Crocetti, Raaijmakers y Meeus, 2011). En el ámbito hispano existen tres versiones: una mexicana de Higuera, De la Peña, Ulloa y Sánchez (2002) y otras dos españolas. En España fue validado y traducido al castellano por Domènech y Martínez (2008), presentando una buena fiabilidad (alfa de Cronbach para la escala global de 0,83, y de 0,44 a 0,72 para sus factores, con una fiabilidad test-retest de 0,72 para la escala global). A su vez, se cuenta con una versión en lengua catalana de Vigil-Colet et al. (2009), realizada con el método de retrotraducción descrito por Hambleton (2005), que ha mostrado un alfa de Cronbach de 0,86 para la escala global y de 0,69 a 0,78 para los factores.

Recientemente, Hale et al. (2011) han publicado un metaanálisis acerca de las propiedades psicométricas del SCARED en diferentes culturas, hallando una fiabilidad media de $\alpha = .91$ para la puntuación total y encontrando que la solución de los cinco factores descritos inicialmente por Birmaher et al. (1997) era la más consistente (véase la Tabla 7.1).

En la Tabla 7.1 se han actualizado los resultados del metaanálisis de Hale et al. (2011) y, en lo que respecta a la solución factorial, de nuevo se puede concluir que en la mayoría de las versiones se ha encontrado una estructura interna de cinco factores, al igual que en la versión original (en 10 de los 15 estudios con datos disponibles sobre validez

factorial), a excepción de algunos estudios que han arrojado estructuras de tres o cuatro factores (Hale et al., 2011; Vigil-Colet et al., 2009), en los que se señala que la dimensión de fobia escolar o la de fobia social se distribuye en los otros cuatro factores.

Cabe señalar que este instrumento cuenta con versiones para padres y maestros y que se han realizado algunos intentos por desarrollar versiones abreviadas del SCARED. De este modo, Birmaher et al. (1999) presentaron una versión compuesta por 5 ítems, uno de cada subescala, y Vigil-Colet et al. (2009) desarrollaron una versión abreviada seleccionando los diez ítems con mayor peso factorial, siete de ellos pertenecientes a la dimensión de sintomatología somática y los tres restantes a la de ansiedad por separación. Las versiones para el niño y los padres poseen excelente consistencia interna, buena estabilidad test-retest y el grado de acuerdo entre ambas es moderado. Se muestra sensible al cambio terapéutico apreciándose una disminución significativa de las puntuaciones después de recibir terapia cognitivo-conductual, individual o en grupo, para trastornos de ansiedad (Muris, Mayer, Bartelds, Tierney y Bogie, 2001).

La versión que se analiza en la presente tesis es la compuesta por 41 ítems. Los escolares deben señalar la frecuencia en la que han sentido distintos síntomas en los últimos tres meses de acuerdo a una escala de tipo Likert de 3 puntos: 0 = "No es cierto o casi nunca es verdad"; 1 = "Es algo cierto o algunas veces es verdad"; y 2 = "Es cierto o muchas veces es verdad". La puntuación total se deriva de la suma de las respuestas, la cual puede variar de 0 a 82 puntos. Al ser una prueba de papel y lápiz, se requieren alrededor de 15 minutos para su aplicación. Los autores han señalado un punto de corte de 25 para la población clínica de los Estados Unidos de América. Canals, Hernández-Martínez, Cosi y Domènech (2012) proponen el mismo punto de corte para la población española con una sensibilidad y especificidad de 75.9 y 68.5, respectivamente.

En la Tabla 7.1 se presentan las investigaciones realizadas en distintos países sobre las propiedades psicométricas del SCARED, con las distintas soluciones factoriales encontradas en cada uno de ellas.

Tabla 7.1. Investigaciones empíricas de las propiedades psicométricas del SCARED (ampliado de Hale et al., 2011)

Autor	Año	Tipo de Muestra	País	N	% de hombres	Edad		Estructura Factorial del SCARED		
						Rango	<i>M</i>	Versión	Método	Nº Factores
Birmaher et al.	1997	Clínica	EE.UU	341	40.47	9–18	14.50(2.30)	38 ítems	AFE	5
Muris et al.	1998a									
Study I		Comunitaria	Países Bajos	75	75.56	9–12	10.40 (.90)	66 ítems	n/d	4
Study II		Comunitaria	Países Bajos	120	48.33	8–13	10.70 (1.00)	66 ítems	n/d	4
Juris et al.	1998b									
Study I		Comunitaria	Países Bajos	68	44.12	8–12	10.10 (1.30)	66 ítems	n/d	4
Study II		Comunitaria	Países Bajos	81	59.26	8–13	10.40 (1.20)	66 ítems	n/d	4
Birmaher et al.	1999	Clínica	EE.UU	190	48.42	9–19	13.80 (2.50)	41 ítems	EFA	5
Muris et al.	1999a	Comunitaria	Países Bajos	674	48.96	8–13	10.28 (1.22)	66 ítems 38 ítems	AFE y AFC	5
Juris et al.	1999b									
Study I	1999	Comunitaria	Países Bajos	101	46.53	11–14	12.20 (.50)	66 ítems	n/d	4
Study II	1999	Comunitaria	Países Bajos	71	50.70	8–12	9.60 (1.10)	66 ítems	n/d	4
Study III	1999	Comunitaria	Países Bajos	88	61.36	8–12	10 (1.20)	66 ítems	n/d	4
Monga et al.	2000	Clínica	EE.UU	295	43.05	9–19	14.40 (2.30)	38 ítems	n/d	5
Muris et al.	2001a	Comunitaria	Países Bajos	534	44	7–14	10.10 (1.50)	66 ítems	n/d	4
Muris y Steerneman	2001b	Clínica	Países Bajos	48	54.17	8–17	12.80 (2.47)	66 ítems	n/d	4
Essau et al.	2002	Comunitaria	Alemania	556	49.46	8–12	10.60 (1.20)	41 ítems	AFE	5
Muris et al.	2002a	Comunitaria	Bélgica	521	46.06	12–18	15.10 (2.00)	41 ítems	n/d	5

Tabla 7.1. Investigaciones empíricas de las propiedades psicométricas del SCARED (ampliado de Hale et al., 2011)

Autor	Año	Tipo de Muestra	País	N	% de hombres	Edad		Estructura Factorial del SCARED		
						Rango	M	Versión	Método	Nº Factores
Muris et al	2002b	Comunitaria	Africa del Sur	609	52.38	8–13	10.70 (1.60)	41 ítems	AFE	4
Boyd et al.	2003	Comunitaria	EE.UU	111	48.65	14–19	15.75 (1.19)	41 ítems	AFE y AFC	3
Muris et al.	2004	Clínica	Países Bajos	242	57.85	7–17	12 (2.9)	66 ítems	n/d	4
Wren et al	2004	Comunitaria	EE.UU	236	49.15	8–13	10.54 (1.47)	41 ítems	n/d	5
Hale et al.	2005	Comunitaria	Países Bajos	1340	48.13	10–18	14.39 (2.20)	38 ítems	AFC	5
Muris et al.	2006	Comunitaria	Africa del Sur	701	47.65	8–18	12.28 (1.47)	41 ítems	AFE	5
Ogliari et al	2006	Comunitaria	Italia	756	46.96	8–17	13.03 (2.60)	41 ítems	AFE	4
Wren et al.	2007	Comunitaria	EE.UU	515	49.13	8–13	10.50 (1.40)	41 ítems	AFE	4
Su et al.	2008	Comunitaria	China	1559	49.65	8–16	11.80 (2.10)	41 ítems	AFE y AFC	5
Crocetti et al.	2009	Comunitaria	Italia	1975	45.67	11–19	14.50 (2.40)	38 ítems	AFC	5
Vigil-Colet et al.	2009	Comunitaria	España	1490	47,65	8-12	10,23 (1,23)	41 ítems	AFE y AFC	4
Doval, Martínez y Domenech	2011	Comunitaria	España	487	49,08	9-17	12,41 (2,13)	41 ítems	AFC	5
Canals et al.	2012	Comunitaria	España	562	45,19	9-13	11,25 (1,04)	41 ítems	n/d	4
Hale et al.	2013	Comunitaria	España	425	47	8-12	15,41 (1,32)	38 ítems	AFC	5

Nota. AFE = análisis factorial exploratorio. AFC = análisis factorial confirmatorio. n/d = análisis factorial no disponible.

7.2. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA

La primera versión del CASI-N fue diseñada por Méndez, Espada, Orgilés, Hidalgo y García-Fernández (2008) con el fin de evaluar la frecuencia con que se presentan los síntomas de ansiedad por separación en niños de 8 a 11 años. Este instrumento se basa en las características de este trastorno que señalan las principales sistemas de clasificación (DSM IV-TR y CIE-10) y en la teoría tridimensional de la ansiedad propuesta por Lang (1968; véase también Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel y García-Fernández, 2012). Esta última mantiene que la ansiedad se manifiesta en tres sistemas de respuesta relativamente independientes: cognitivo, fisiológico y motor o conductual. De este modo, el componente cognitivo se refleja en aquellos ítems que aluden a la preocupación que manifiestan niños y adolescentes a que les ocurriese algo malo a sus padres o a ellos mismos; el fisiológico, en aquellos ítems que apuntan al malestar que pudiesen sentir a partir de la excesiva activación del sistema vegetativo; y el motor, en aquellos ítems avocados a evaluar las conductas que pudiesen llevar a cabo para evitar la separación propiamente tal.

Consecuentemente el CASI-N, presenta una estructura de tres factores, en que los dos primeros, Malestar ante la Separación y Preocupación ante la Separación, coinciden con los constructos señalados en la teoría de Lang (1968); sin embargo, y contrario a lo que se esperaba, el tercer factor no da cuenta de oposición ante la Separación, si no más bien Tranquilidad ante la separación (Méndez et al., 2014). Los autores señalan que la tranquilidad que el niño o adolescente presenta ante la separación de los padres puede ser interpretada desde distintas perspectivas: a) cognitivamente, como ausencia de preocupación: por ejemplo, “no creo que mis padres vayan a tener un accidente o enfermarse”; b) psicofisiológicamente, como la ausencia de sufrimiento: por ejemplo, “no tengo dolor de estómago o ganas de llorar cuando me separo de mis padres”; c) conductualmente, como la ausencia de oposición: por ejemplo, “no hago cosas para comprobar si mis padres están bien o para tratar de estar con ellos”, o d) positivamente, como la presencia de la calma: por ejemplo, “me siento tranquilo(a) cuando mi padres se van de viaje”.

Considerando que el factor de Tranquilidad ante la separación presentó incoherencia desde el punto de vista teórico y que desde un punto de vista metodológico el

valor de consistencia interna fue bajo ($\alpha = 0,63$), Méndez et al. (2014) realizaron una revisión y reestructuración del instrumento, agregando así 14 ítems a los 26 originales. De los 40 ítems, fueron eliminados 20, nueve debido a que sus pesos factoriales fueron inferiores a 0,40 y once debido a que el factor al que pertenecían explicaba menos del cinco por ciento de la varianza, incluyendo menos de cinco ítems. De esta manera, la versión actual del CASI-N está compuesta por 20 ítems, los que se distribuyen en cuatro factores. Factor 1, Preocupación frente a la Separación (ítems 10,13, 16, 18 y 20) que explica el 13,91% de la varianza; Factor 2, Angustia frente a la Separación (ítems 6, 7, 11, 14 y 17), explica el 12,32% de la varianza; Factor 3, Oposición frente a la Separación (ítems 1, 2, 4, 5 y 9), explica el 10,66% de la varianza; y Factor 4, Calma frente a la Separación (ítems 3, 8, 12, 15 y 19), que explica el 10,02% de la varianza, siendo este último factor un componente positivo que refleja el nivel de confianza que tiene el niño en sí mismo cuando no está con sus padres o figuras significativas.

En relación con las propiedades psicométricas, los autores refieren un alfa de Cronbach para la escala total de 0,82, de 0,83 para el factor 1, de 0,76 para el factor 2, de 0,72 para el factor 3 y de 0,75 para el factor 4, y con una fiabilidad test-retest de 0,83 para la escala total.

Al igual que en la versión anterior, en la versión actual que se analiza en esta tesis, los escolares debían señalar la frecuencia con la que presentaban diversos síntomas cuando no estaban con sus respectivas figuras significativas (ya sea su padre, madre, ambos u otro), de acuerdo a una escala de 5 puntos: nunca o casi nunca (1), a veces (2), a menudo (3), muy a menudo (4), y siempre o casi siempre (5). Es un instrumento de aplicación sencilla, y puede ser cumplimentado en aproximadamente 20 minutos.

Segunda Parte

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

8. Objetivos

Como se ha señalado en la revisión teórica, uno de los ámbitos en los que no hay discusión alude a la relevancia de realizar evaluaciones y diagnósticos intentando recoger la mayor cantidad de información posible, con el menor costo, tanto económico como temporal, y con el menor esfuerzo por parte de los niños, sus padres y los profesionales. Una de las herramientas con la que cuentan y utilizan los psicólogos con frecuencia para la obtención de datos son los test, cuestionarios e inventarios. En el caso de la evaluación infantil, éstos suelen tener una versión para el niño (autoinforme) y una para padres y/o profesores.

Méndez (2014) señala que al intentar optimizar la eficiencia de la evaluación se pueden caer en dos errores: por un lado, intentar realizar una evaluación tan exhaustiva que el niño se sienta fatigado ante la ejecución de diversos test e instrumentos y termine entregando información que no sea verídica y precisa, lo que conlleve el riesgo de que el vínculo terapéutico no se establezca. Y por otro lado, una evaluación muy breve implicaría riesgos como la omisión de datos y desconocimientos de algunos elementos indispensables para generar un diagnóstico. En ambos casos el profesional se expone a tomar decisiones inadecuadas en relación con la planificación del tratamiento, el establecimiento de pautas de prevención y la realización de un pronóstico.

Para que la información que se obtiene de los test sea de calidad y pueda ayudar al profesional a tomar decisiones acertadas, éstos deben reunir las propiedades técnicas oportunas (Prieto y Muñiz, 2000).

Es por ello que se considera importante analizar las propiedades psicométricas de los dos instrumentos que se presentan en el siguiente trabajo, siendo uno de ellos de autoría americana y el otro española.

La presente investigación tiene como objetivo analizar las propiedades psicométricas de dos autoinformes que evalúan la sintomatología ansiosa en la infancia y la adolescencia: el *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders* (SCARED) (Birmaher et al. 1999), traducido al español por Vigil-Colet et al. (2009), y el Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia, versión para niños (CASI-N) (Méndez et al., 2014), los que serán presentados como Estudio I y II respectivamente, a fin de entregar al lector la información con la mayor claridad posible.

8.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO I.

Objetivos específicos:

- Analizar la distribución de las puntuaciones obtenidas en población infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid en la aplicación del SCARED.
- Determinar la validez de constructo del SCARED, a través de análisis factorial, tanto exploratorio como confirmatorio.
- Analizar la invarianza del SCARED en cuanto a la variable sexo.
- Determinar la fiabilidad de consistencia interna del SCARED en población infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.
- Calcular la fiabilidad test re-test del SCARED en población infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.
- Determinar la validez de convergencia (o convergente) del SCARED con otros instrumentos que evalúan trastornos de ansiedad en la infancia o adolescencia y la validez discriminante con un instrumento que evalúa la depresión infanto-juvenil.

De acuerdo con los objetivos generales y específicos de esta investigación, en función de los criterios consensuados sobre los valores adecuados para los distintos índices psicométricos de los instrumentos psicológicos (Cicchetti, 1994; Martínez Arias, 1995; Prieto y Muñiz, 2000) y a raíz de los resultados en estudios previos sobre las propiedades psicométricas del SCARED en muestras de habla inglesa e hispanas se proponen las siguientes hipótesis.

Hipótesis:

H₁. Existirán diferencias significativas en las puntuaciones de la versión española del SCARED total y las subescalas en función de la característica demográfica sexo de la muestra, obteniendo puntuaciones más altas las chicas que los chicos.

H₂. Existirán diferencias significativas en las puntuaciones de la versión española del SCARED total y las subescalas en función de la característica demográfica edad de la muestra, apreciándose una relación proporcionalmente indirecta entre edad y puntuación.

H₃. En la versión española del SCARED en una muestra de alumnos españoles de la comunidad de Madrid, se obtendrá una solución general compuesta por 5 factores, similar a la encontrada en la literatura científica.

H₄. La versión española del SCARED y sus subescalas aplicada a una muestra de alumnos españoles obtendrán un índice de fiabilidad bueno o adecuados, similares a los encontrados en la literatura científica.

H₅. Las puntuaciones del SCARED total y sus subescalas presentarán correlaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones de otros constructos similares, tomados del IME, CDI y CASI-N.

8.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO II**Objetivos específicos:**

- Analizar la distribución de las puntuaciones obtenidas en población infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid en la aplicación del CASI-N.
- Determinar la validez de constructo del CASI-N, a través del análisis factorial, tanto exploratorio como confirmatorio.
- Analizar la Invarianza del CASI-N considerando la variable sexo.
- Determinar la fiabilidad y consistencia interna del CASI-N en población infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.
- Calcular la fiabilidad test re-test del CASI-N en población infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.

- Determinar la validez de convergencia del CASI-N con otros instrumentos que evalúan trastornos interiorizados en la infancia.

De acuerdo con los objetivos generales y específicos de esta investigación, en función de los criterios consensuados sobre los valores adecuados para los distintos índices psicométricos de los instrumentos psicológicos (Cicchetti, 1994; Martínez Arias, 1995; Prieto y Muñiz, 2000) y a raíz de los resultados en estudios previos sobre las propiedades psicométricas del CASI-N en muestras españolas se proponen las siguientes hipótesis.

Hipótesis

H₁. Existirán diferencias significativas en las puntuaciones del CASI-N total y las subescalas en función de la característica demográfica sexo de la muestra, obteniendo puntuaciones más altas las chicas que los chicos.

H₂. Existirán diferencias significativas en las puntuaciones del CASI-N total y las subescalas en función de la característica demográfica edad de la muestra, apreciándose una relación proporcionalmente indirecta entre edad y puntuación.

H₃. En el CASI-N aplicado a una muestra de alumnos españoles de la comunidad de Madrid, se obtendrá una solución general compuesta por 3 ó 4 factores, similar a la encontrada en la literatura científica.

H₄. El CASI-N y sus subescalas aplicado a una muestra de alumnos españoles obtendrán un índice de fiabilidad bueno o adecuados, similares a los encontrados en los estudios realizados anteriormente.

H₅. Las puntuaciones del CASI-N total y sus subescalas presentarán correlaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones de otros constructos similares, tomados del IME, CDI y SCARED.

9. Método

Este estudio deriva del proyecto multicéntrico “Evaluación y prevención de la ansiedad por separación en la infancia”, dirigido por el Catedrático de la Universidad de Murcia, Francisco Xavier Méndez, y en el que participan las Universidades de Murcia, Granada, Alicante, Miguel Hernández de Elche, y Complutense de Madrid. Es un proyecto financiado por el Plan Nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) del Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España que tiene como objetivo elaborar y validar un cuestionario de ansiedad por separación en la infancia, para lo que se han seleccionado 4.000 escolares de 3º a 6º curso de educación primaria, de ambos sexos, en unos 28 colegios públicos, concertados y privados de las Comunidades Autónomas de Murcia, Valencia, Castilla-León y Madrid, siendo el Dr. Luis Llavona el investigador responsable en esta última.

Este proyecto de investigación principal que se ha llevado a cabo en las distintas comunidades españolas se enmarca dentro de un proyecto más amplio aún, a nivel internacional, que pretende adaptar, aplicar y evaluar el programa FRIENDS en España, un programa de prevención de la ansiedad por separación que ya ha probado su utilidad para escolares de primaria en las adaptaciones llevadas a cabo en Alemania, Australia, Canadá, USA y Holanda y que ha sido apoyado y aprobado por la Organización Mundial de la Salud (2004).

9.1. PARTICIPANTES

Los datos presentados en este estudio corresponden a una muestra procedente de seis centros escolares de la localidad de Valdemoro de la Comunidad de Madrid. Del total

de los alumnos matriculados en dichos centros, participaron voluntariamente y sin recibir ningún incentivo económico 1004 escolares. De estos centros, cuatro son públicos, a los que corresponden el 59,4% de los alumnos; otro es concertado con un 26,8% de los alumnos; y el último es privado que representa al 13,8% de los alumnos que componen la muestra (véase la Tabla 9.1).

Tabla 9.1. Distribución de la muestra de participantes según el colegio ($N = 1.004$)

Colegio	Tipo colegio/ N		
	Público	Concertado	Privado
CEIP Pedro Antonio de Alarcón	322		
CEIP Dña Leonor del Alamo	153		
Colegio Concertado Lagomar		269	
CEIP Fuente de la Villa	74		
CEIP Maestro Rokman Baillo	47		
Colegio Privado Marqués de Vallejo			139
Total	596	269	139

Según el curso al que pertenece cada alumno la muestra se distribuye de la siguiente manera: 264 alumnos son de 3° de primaria, 285 de 4° de primaria, 243 de 5° de primaria y 213 de 6° de primaria (véase el Gráfico 9.1).

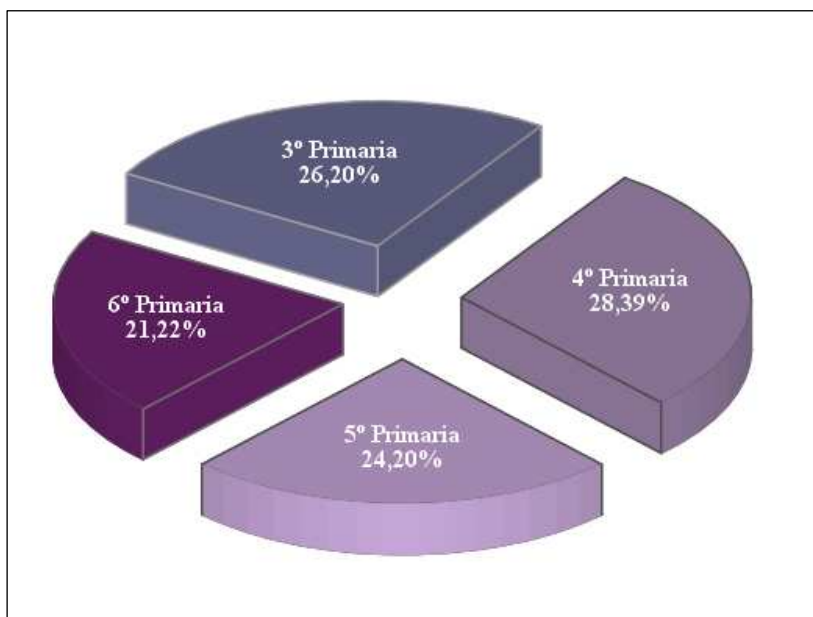


Gráfico 9.1 Distribución de la muestra según cursos (N= 1.004)

En relación con el sexo y la edad se puede observar que los sujetos del estudio corresponden a 551 chicos (54,9%) y 453 chicas (45,1%). La edad media de los participantes al momento de la evaluación fue de 9,86 años (DT=1,25), con edades comprendidas entre 8 y 12 años. La distribución por edades de los niños es la siguiente: 163 de 8 años, 256 de 9 años, 261 de 10 años, 203 de 11 años y 121 de 12 años (véase la Tabla 9.2 y el Gráfico 9.2).

Tabla 9.2. Distribución de la muestra de participantes según el sexo

	Frecuencia	%
Niños	551	54,9
Niñas	453	45,1
Total	1004	100

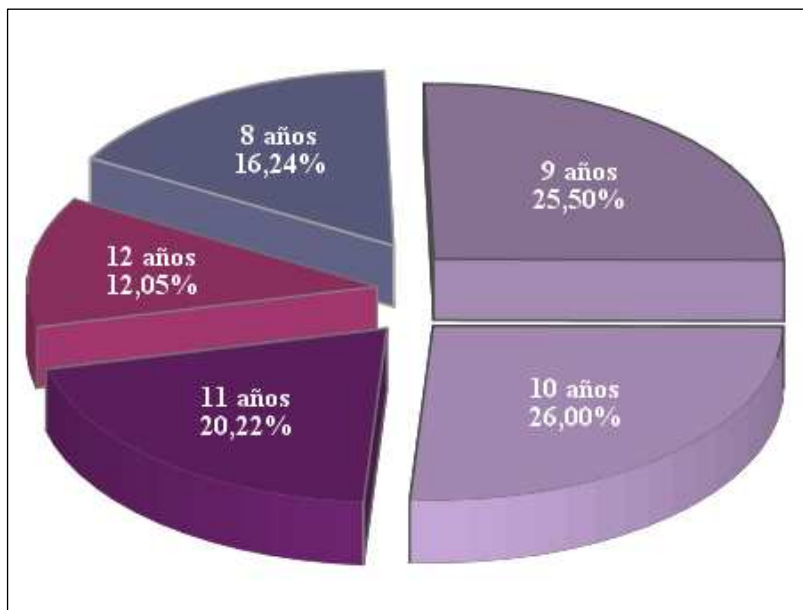


Gráfico 9.2. Distribución de la muestra de participantes según la edad

En la Tabla 9.3 se puede observar la distribución por edad y sexo de los participantes en el estudio. Los datos revelan que hay un mayor porcentaje de escolares del sexo masculino que femenino en todas las edades (véase también el Gráfico 9.3).

Tabla 9.3. Distribución de la muestra según la edad y el sexo

Sexo	Edad					Total
	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	
Niños	90	140	136	105	80	552
Niñas	74	116	125	98	41	454
Total	164	256	261	203	112	1006

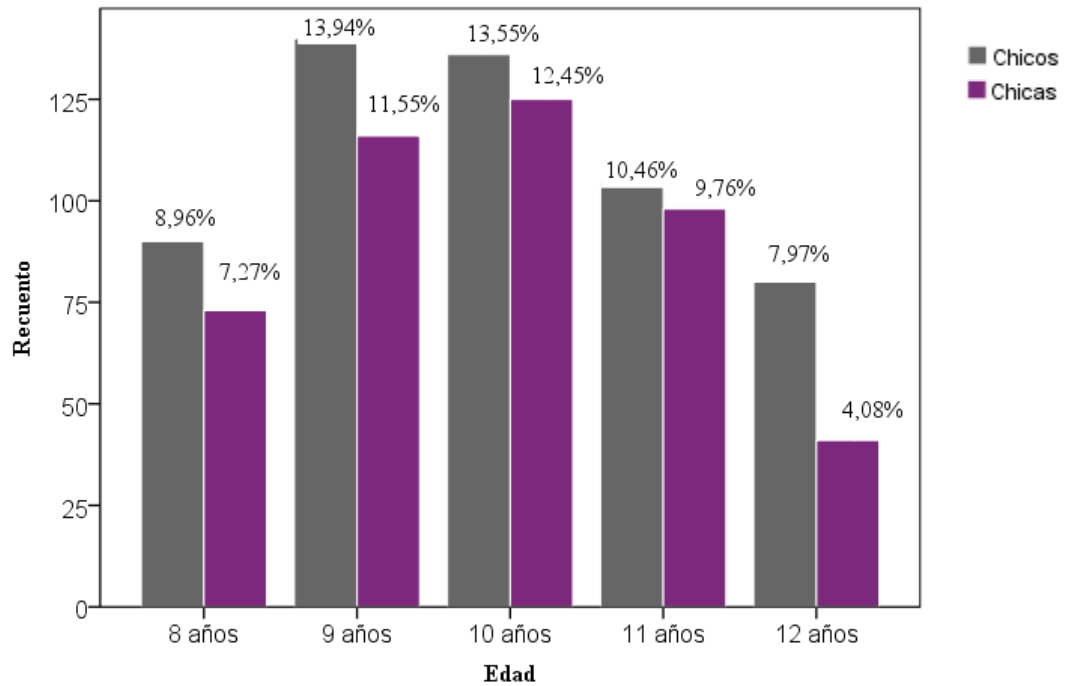


Gráfico 9.3. Distribución de la muestra según la edad y el sexo ($N = 1.004$).

9.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

9.2.1. *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*

El análisis de las propiedades psicométricas del *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1999; adaptación española realizada por Vigil-Colet et al., 2009) es uno de los objetos de esta tesis, por lo que ya ha sido descrito en detalle con anterioridad, tanto en su versión original como en la adaptación española que se está analizando (véase el Capítulo 7.1).

9.2.2. Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia.

El Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia (CASI-N; Méndez et al., 2014) también es parte del objeto de la tesis, por lo que sus características y propiedades psicométricas ya fueron descritas (véase el Capítulo 7.2).

9.2.3. *Children's Depression Inventory* de Kovacs.

El *Children's Depression Inventory* de Kovacs (CDI; Kovacs, 1992; adaptación española realizada y publicada por Del Barrio y Carrasco, 2004) es uno de los autoinformes más utilizados para evaluar la sintomatología depresiva en la infancia y la adolescencia, de manera que ha sido traducido al menos a 23 idiomas (Kovacs, 2003). El CDI fue creado a partir del Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, 1967) para ser administrado a niños y adolescentes en edad escolar. Kovacs realizó dos versiones preliminares del CDI, en las que fue modificando el contenido, la redacción de los reactivos y las puntuaciones. En 1975, al suprimir los ítems relacionados al contenido sexual, apareció una primera versión con 20 ítems extraídos de la escala adulta; posteriormente fue incorporando ítems relacionados al entorno escolar, la relación con compañeros y el rendimiento académico. En 1976, publica otra versión en la que incluye un ítem de culpabilidad. La versión definitiva la construye en 1977, pero no es hasta casi dos décadas después que se publica la primera edición comercial (Kovacs, 1992).

La adaptación española del CDI es aplicable a escolares cuyas edades fluctúen entre los 7 y los 17 años. El cuestionario contiene 27 ítems (cognitivos, afectivos y conductuales), con enunciados en tres frases que recogen la intensidad o frecuencia con la que el niño o adolescente se identifica: 0 no presenta síntomas, 1 presenta el síntoma con una intensidad media y 2 implica la mayor frecuencia o intensidad del síntoma. Para evitar el efecto de aquiescencia 14 de los reactivos están redactados de manera inversa. Su aplicación puede ser de manera individual o colectiva dependiendo del objetivo que persiga el profesional que lo utilice, existiendo indicaciones específicas para cada caso (para mayor información revisar Manual, Del Barrio y Carrasco, 2004).

El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de depresión infantil. La versión española, además de aportar datos en relación con el nivel total de depresión en el niños, presenta una estructura factorial de dos factores o dimensiones: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.).

La puntuación global del CDI se obtiene a partir de una suma directa de las respuestas dadas a cada ítem, y está comprendida dentro del rango 0 a 54 puntos. Si bien el punto de corte establecido por Kovacs (1992) fue de 20 puntos, los baremos señalados

por Del Barrio (2004) en el manual del instrumento establecen tres perfiles con los siguientes rangos: 0-18 puntos sin sintomatología; 19-26 sintomatología leve y 27-54 sintomatología grave. Cabe señalar que un estudio realizado por Doménech et al., (1996) concluyó que el punto de corte que determina si la puntuación ha de considerarse «de riesgo» se sitúa en 17 en población española, con una sensibilidad de 0,84 y una especificidad de 0,72 (Doménech, Subirà y Cuxart, 1996). Por otro lado, en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños, Rivera, Bernal, y Rosselló (2005) encontraron que el punto de corte que mejor identifica a los participantes con sintomatología depresiva es 20 puntos.

En relación con las diferencias de sexo en las puntuaciones del CDI son inconsistentes y varían en función de los estudios. Algunos investigadores han encontrado que los chicos puntúan más alto que las chicas (Bartell y Reynolds, 1986; Kovacs, 1992); otros autores han encontrado que las chicas puntúan más alto que los chicos (Ghareeb y Beshai, 1989; Lewinsohn et al., 1998; Liss, Phares, y Liljequist, 2001; Reinherz et al., 1990; Weiss et al., 1992), por último, varios estudios no encontraron diferencias de sexo en las puntuaciones de CDI (Helsen y Matson, 1984; Weiss y Weisz, 1988; Wierzbicki, 1987).

El CDI ha mostrado una buena consistencia interna tanto en muestras clínicas como no clínicas. En muestras comunitarias el Alfa de Cronbach oscila entre 0,70 y 0,94 (Kovacs, 1992; Monreal, 1988; Saylor, Finch, Spirito, y Bennett, 1984). Concretamente, en población española el alfa fue de 0,80 (Aluja y Blanch, 2004; Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez, 1999; Mestre, Frías y García-Ros, 1992). En el estudio realizado por Figueras, Amador-Campos, Gómez-Benito y del Barrio et al., (2010) con una muestra comunitaria (N=1.705) y clínica (N=102) con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años, la fiabilidad fue elevada para ambas muestras: consistencia interna de 0.82 (test) y 0.84 (retest) en muestra comunitaria, y de 0.85 (test, en la muestra clínica); la correlación test-retest es de 0.81 en la muestra comunitaria.

La correlación entre la CDI y otros autoinformes que evalúan sintomatología depresiva alcanzan valores entre 0,56 y 0,78 con la *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS, del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa, 1996; Nieminen y Matson, 1989) y entre 0,70 y 0,73 con la *Reynolds Child Depression Scale*, (RCDS, Bartell y Reynolds, 1986;

del Barrio et al., 1996; Reynolds, Anderson, y Bartell, 1985 citados en Figueras, et al., 2010).

En relación con la estructura factorial, Figueras et al. (2010) señalan que diversos estudios ofrecen un número diferente de factores: ocho (Monreal, 1988), siete (Saylor et al, 1984), seis (Craighead, Smucker, Craighead, y Ilardi, 1998), cinco (Craighead et al., 1998; Kovacs, 1992; Weiss et al, 1991), tres (Weiss y Weisz, 1.988), dos (del Barrio y Carrasco, 2004) y algunos resultados de un factor (Weiss et . al, 1992). Cabe señalar que García, Aluja, y del Barrio (2008) contrastaron por medio del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, las soluciones de tres, cinco y seis factores en una muestra de niños y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, encontrando que los modelos de cinco y seis del factor presentan un mejor ajuste, junto con la solución general de un factor de segundo orden. Por otro lado, el metanálisis realizado por Huang y Dong (2014) refiere que la solución de 5 factores (Disfunciones somáticas, Externalización, Autoestima Negativa, Anhedonia, y Disforia) está avalada por la mayoría de las investigaciones realizadas con población de habla inglesa, mientras que la solución de 4 factores (Tristeza y preocupaciones somáticas, Externalización, Anhedonia/Soledad y Autoestima Negativa) se ajusta más al CDI aplicado a muestras de habla no inglesa.

Finalmente, es preciso señalar que si bien no existe una versión específica para padres, los autores de la adaptación española, señalan que este instrumento puede ser contestado por adultos de referencia como el padre, la madre, profesores o cuidadores, a pesar de que los estudios constatan que la concordancia entre las distintas fuentes resulta ser bastante baja.

9.2.4. Inventario de Miedos Escolares

El Inventario de Miedos Escolares para Preadolescentes (IME) fue construido por Méndez (1988; 1997; 2008) con el fin de disponer de un instrumento de evaluación exclusivo de los miedos escolares, valorando pormenorizadamente los casos con trastorno de ansiedad por separación que se resisten o niegan a ir al colegio y/o problemas de fobia o rechazo escolar.

Méndez (1988, 1997, 2008) creó tres versiones de este inventario dependiendo de la edad del escolar que se desee evaluar: IME-N, aplicable a niños de 3 a 7 años; IME-

PreA, destinado a niños que cursan los dos últimos ciclos de educación primaria; y el IME-A, orientado a chicos de secundaria y bachillerato. Cada una de estas versiones puede ser igualmente cumplimentada por el escolar, los padres y/o los profesores, ya sea de manera individual o colectiva.

En esta tesis se ha utilizado la versión IME-PreA, la que se compone de 25 ítems que reflejan situaciones o experiencias relacionadas con el colegio que pudiesen producir temor, malestar, desagrado o ansiedad. El alumno debe indicar el número que mejor describe su nivel de miedo, de acuerdo con una escala de 3 puntos (nada, poco y mucho miedo) y finalmente, debe contestar a la pregunta abierta “¿Hay alguna cosa más que te dé miedo en el colegio?”.

Los análisis psicométricos fueron llevados a cabo con una muestra total de 2.788 niños, en la que el autor encontró índices elevados de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,89), coeficientes de fiabilidad test-retest (0,81), para un intervalo de 4 semanas satisfactorios y una correlación con las evaluaciones de los padres y profesores moderada ($r=0,46$).

El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax reveló la existencia de distintos factores: miedo al fracaso y al castigo escolar, ansiedad anticipatoria, miedo al malestar físico y miedo a la evaluación social y escolar.

Recientemente, García-Fernández, Espada, Orgilés y Méndez (2010) examinaron las propiedades psicométricas de la forma IME-PreA en una muestra española de 3.665 niños de 8 a 11 años, confirmando la estructura de cuatro factores hallada por García-Fernández (1997). Los resultados indicaron que el inventario presentaba elevada consistencia interna ($\alpha = .89$) y fiabilidad test-retest, así como una adecuada relación con otras escalas de ansiedad y miedos.

Para la interpretación de los resultados obtenidos en el IME, se deben considerar como criterio las puntuaciones superiores al percentil 95 señalado en el baremo de la versión preadolescentes de Méndez (2008, p. 128). Dichos baremos tienen en cuenta el sexo, ya que las chicas presentan más miedos escolares a partir del primer curso de primaria. (Méndez et al., 2008).

9.3. PROCEDIMIENTO

9.3.1. Revisión de la literatura científica

Para esta investigación se ha realizado una revisión tanto de las investigaciones teóricas como empíricas llevadas a cabo en los últimos 15 años en el ámbito de interés de la presente tesis, a fin de evaluar y contrastar lo señalado por otros autores con los resultados y análisis obtenidos en esta investigación.

La búsqueda se ha ejecutado a través de bases de datos informatizadas y de procedimientos de búsqueda *PsycINFO*, *Medline*, y *ERIC*, a través de la web de la Universidad Complutense de Madrid y del buscador de Google Académico. Se utilizaron palabras claves (y combinaciones de estas) como: trastornos interiorizados, ansiedad infantil, depresión infantil, SCARED, CASI-N, propiedades psicométricas, análisis factorial y meta-análisis, entre otras. También se realizó una búsqueda en el *Annual Review of Psychology*.

9.3.2. Selección de la muestra

Para el reclutamiento de la muestra primero los directores del proyecto de investigación (Dr. Méndez y Dr. Llavona) establecieron contacto con el Ministerio de Educación y a posteriori con el Ayuntamiento de Valdemoro para la obtención de las autorizaciones oficiales necesarias para realizar la investigación.

Posteriormente, los directores del proyecto acordaron con la Concejalía de Educación y Salud del Ayuntamiento de Valdemoro la participación de seis colegios: CEIP Pedro Antonio de Alarcón, CEIP Doña Leonor del Álamo, CEIP Fuente de la Villa, CEIP Maestro Rokman Baillo, Colegio Concertado Lagomar y Colegio Privado Marqués de Vallejo. Se realizaron reuniones con cada uno de los directores de los centros educativos y se acordaron por escrito el proceso y las pautas del estudio. Cuando el consejo escolar dio su visto bueno, los directores del proyecto entregaron la información pertinente al equipo de colaboración y doctorandas, Carolina Angel y Laura Rojas-Marcos.

Una vez identificada la muestra, se generó un nuevo contacto con cada uno de los directores de los colegios y se les entregaron las cartas que serían distribuidas subsiguientemente a los alumnos de los cursos elegidos para participar en la investigación,

(3° a 6° de primaria). El tamaño de la muestra potencial fue de 1.161 escolares, se solicitó autorización por escrito a todos los padres de las aulas seleccionadas explicando el motivo y las condiciones de la investigación. El 87% de los padres dio su consentimiento para que sus hijos participaran en el estudio, mientras que el 13% de los padres manifestaron su deseo de que sus hijos no participaran en el estudio; quedando la muestra restringida a un total de 1004 niños. Considerando estos valores, puede decirse que se obtuvo un buen índice de colaboración, teniendo en cuenta que se trata de sujetos voluntarios. Asimismo, es importante señalar que al haberse seleccionado una muestra que a los investigadores les ha parecido más representativa de la población de Valdemoro se ha podido extraer información con mayor comodidad y menor coste.

Una vez informados los padres y obtenido el consentimiento de los mismos, se acordó con el director de cada centro un día para realizar la aplicación de los test: SCARED, CASI-N, CDI e IME. Los inventarios SCARED y CASI-N se aplicaron en todos los colegios (1004 escolares), mientras que el CDI se aplicó en los colegios Pedro Antonio de Alarcón (322 escolares) y Doña Leonor del Álamo (153 escolares), resultando en un total de 475 escolares; y el IME se aplicó en los colegios Fuente de la Villa (74 escolares), Maestro Rokmán Baillo (47 escolares), Marqués de Vallejo (139 escolares) y Lagomar (269 escolares), resultando en un total de 529 escolares.

Con el fin de no perturbar la dinámica de las clases se programó un calendario de aplicación en el que se especificaba la fecha, el horario y el aula donde se completarían los cuestionarios. Del mismo modo, con motivo de evitar que los escolares se pusieran nerviosos y para mantener la familiaridad durante la aplicación de los cuestionarios, en cada uno de los centros se acordó que el profesor correspondiente a cada aula fuera la persona que estuviera presente y aplicando los test. Asimismo, para asegurar la heterogeneidad del proceso de aplicación de los test se instruyó a los profesores de las aulas que antes de comenzar informaran a los escolares que dicha actividad no era un examen, por lo que no habían respuestas correctas o incorrectas; y que el objetivo de esta actividad era conocer cómo se sienten los niños de su edad, por lo que su colaboración y sinceridad en las respuestas serían de gran ayuda.

Todos los cuestionarios se administraron a primera hora de la mañana para evitar que los niños estuvieran cansados o poco motivados para responder los distintos cuestionarios. La aplicación se realizó simultáneamente, en todas las aulas donde se

impartían las clases, de forma colectiva y dirigidas por el profesor. Para los cursos de 3° y 4° se recomendó que el profesor de cada clase fuera leyendo las preguntas en alto con el fin de marcar un ritmo de respuesta que permitiese que todos los niños pudieran finalizar el cuestionario al mismo tiempo. En los cursos de 5° y 6° los cuestionarios fueron respondidos de forma colectiva en el aula donde regularmente se impartían las clases. Las pruebas fueron administradas en una sesión de 60 minutos.

Si bien estos resultados no se incluyen en la presente tesis, cabe mencionar que para obtener el punto de vista de los padres en relación con los mismos aspectos evaluados por los niños, una vez completada la aplicación de los instrumentos mencionados anteriormente, se entregó a cada niño dos cuestionarios para sus padres, el *Separation Anxiety Assessment Scale for Parents* (SAAS-P) y el Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia para Padres (CASI-P), y una carta con las instrucciones de los test. De esta manera se cumplió con el requisito de considerar más de un informante a fin de poder comparar y contrastar a posteriori la información obtenida. Se propuso dar cinco días para que los padres tuvieran tiempo suficiente para completar los instrumentos correspondientes. Luego, los profesores se responsabilizaron de recopilar directamente los instrumentos aplicados a los padres y al cabo de diez días las investigadoras recogieron los mismos para introducir los datos correspondientes en el sistema.

Una vez llevada a cabo la aplicación de los instrumentos en cada centro escolar y a los padres se dejó pasar un periodo de tres semanas para luego realizar el retest en el Colegio Lagomar. Durante esta fase se repitió el mismo proceso de aplicación de los cuestionarios a los mismos niños en las mismas aulas, así como a sus padres.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de marzo a junio del 2010, una vez finalizada la recogida de datos, se procedió a codificar las respuestas de los participantes y crear la base de datos para su posterior análisis. Una vez obtenidos los resultados de los test aplicados, se elaboró y entregó un informe de éstos a cada colegio y por otro lado, una carta a los padre de los niños identificados con alta sintomatología en alguno de los trastorno interiorizados.

9.4. DISEÑO

La presente es una investigación no experimental, de diseño transversal descriptivo analítico. De este modo, se observan, describen, analizan e interrelacionan las variables sociodemográficas y las variables evaluadas a través de los test en un solo momento.

9.5. ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis estadísticos se llevan a cabo con los siguientes paquetes estadísticos: SPSS para Windows (versión 21), R (R Core Team, 2015), Psych (Revelle, 2015), semTools (semTools Contributors, 2015) y LAVAAN (Rosseel, 2012).

Primeramente se analizan las características sociodemográficas de la muestra, determinando los estadísticos descriptivos correspondientes. Para las variables cuantitativas se calcula la media, desviación típica, valores mínimos y máximos; y para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes.

En cuanto a la distribución de los puntajes se realiza la prueba de Kolmogorov-Smirnov para rechazar o no el supuesto de normalidad. Para determinar las propiedades psicométricas de los test aplicados se realizaron diferentes análisis. En la Tabla 9.4 se presenta la definición de todas las variables.

SCARED: La puntuación total se determinó al utilizar los 41 ítems pertenecientes a las subescalas de: Pánico o Síntomas Somáticos, Ansiedad Generalizada, Ansiedad de Separación, Fobia Social y Fobia Escolar.

CASI-N: La puntuación total se determinó utilizando los 20 ítems de la última versión (2014) pertenecientes a las subescalas de: Preocupación frente a la Separación, Angustia frente a la Separación, Oposición frente a la Separación y Calma frente a la Separación.

CDI: La puntuación total se determinó utilizando los 27 ítems que conforman las subescalas de Disforia y Autoestima.

IME Pre-A: La puntuación total se determinó utilizando los 25 ítems que conforman las subescalas de Miedo al fracaso escolar y al castigo, Miedo al malestar físico, Miedo a la evaluación social y escolar, Ansiedad Anticipatoria y por separación.

Tabla 9.4. Definición de las variables del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Subescala de Pánico o Síntomas Somáticos (TP) (13 ítems)	Ítems del SCARED que miden los síntomas somáticos que pueda experimentar un escolar en situaciones de miedo excesivo.	Sumatoria de los ítems: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 y 38.
Subescala de Ansiedad Generalizada (TAG) (9 ítems)	Ítems del SCARED que miden los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de ansiedad generalizada.	Sumatoria de los ítems: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, y 37.
Subescala de Ansiedad por Separación (TAS) (8 ítems)	Ítems del SCARED que miden los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de ansiedad por separación.	Sumatoria de los ítems: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 y 31.
Subescala de Fobia Social (TFS) (7 ítems)	Ítems del SCARED que miden los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de fobia social.	Sumatoria de los ítems: 3, 10, 26, 32, 39, 40 y 41.
Subescala de Fobia Escolar (TFE) (4 ítems)	Ítems del SCARED que miden los síntomas relacionados al rechazo escolar.	Sumatoria de los ítems: 2, 11, 17 y 36.
SCARED total	Puntuaciones de las subescalas que miden los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos de ansiedad.	Sumatoria de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41.
Subescala Preocupación frente a la Separación (PFS) (5 ítems)	Ítems del CASI-N que miden los componentes cognitivos que se presentan en el escolar ante la separación.	Sumatoria de los ítems: 10, 13, 16, 18 y 20.

Tabla 9.4. Definición de las variables del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Subescala de Angustia frente a la Separación (AFS) (5 ítems)	Ítems del CASI-N que miden los componentes psicofisiológicos que identifica el escolar ante la separación.	Sumatoria de los ítems: 6, 7, 11, 14 y 17.
Subescala de Oposición frente a la Separación (OFS) (5 ítems)	Ítems del CASI-N que evalúa las conductas que realiza el escolar ante la separación.	Sumatoria de los ítems: 1, 2, 4, 5 y 9.
Subescala de Calma frente a la Separación (CFS) (5 ítems)	Ítems del CASI-N que miden los componentes positivos, como la confianza y tranquilidad ante la separación.	Sumatoria de los ítems: 3, 8, 12, 15 y 19.
CASI-N total. (20 ítems)	Puntuaciones del CASI-N que mide la ansiedad que pueden presentar los escolares al momento de separarse de sus figuras significativas.	Sumatoria de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20.
Subescala de Disforia (16 ítems)	Ítems del CDI que miden los síntomas relacionados al estado de ánimo del escolar y sus relaciones interpersonales.	Sumatoria de los ítems: 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27.
Subescala de Autoestima Negativa (11 ítems)	Ítems del CDI que miden la percepción que tiene de sí mismo el escolar, de sus características y su percepción de autoeficacia.	Sumatoria de los ítems: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24, y 26.
CDI Total (27 ítems)	Puntuaciones del CDI que miden los síntomas relativos a la depresión infantil.	Sumatoria de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26 y 27.

Tabla 9.4. Definición de las variables del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Subescala de Miedo al Fracaso Escolar. (8 ítems)	Ítems del IME PRE-A que miden el miedo relacionado al contexto del colegio, como situaciones de examen o ser enviado a dirección.	Sumatoria de los ítems: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.
Subescala de Miedo al Malestar Físico. (6 ítems)	Ítems del IME PRE-A que miden el miedo a sufrir dolor derivado de la activación excesiva del sistema vegetativo, como náuseas o dolor de estómago.	Sumatoria de los ítems: 20, 21, 22, 23, 24 y 25.
Subescala de Miedo a la Evaluación social y escolar. (6 ítems)	Ítems del IME PRE-A que miden temores de carácter social y escolar relacionados con la ejecución pública de distintas tareas.	Sumatoria de los ítems: 6, 7, 8, 9, 10 y 11.
Subescala de Miedo a Ansiedad Anticipatoria y por Separación (5 ítems)	Ítems del IME PRE-A que miden los niveles de ansiedad que experimentan los niños cuando asisten al colegio o se separan de sus padres.	Sumatoria de los ítems: 1, 2, 3, 4 y 5.
IME Pre-A total. (25 ítems)	Ítems del IME PRE-A que miden los miedos relacionados al contexto escolar-académico.	Sumatoria de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24 y 25.

Para determinar la validez de constructo del SCARED y del CASI-N, se utiliza el procedimiento del análisis factorial exploratorio (AFE) y posteriormente el análisis factorial confirmatorio (AFC) con cada uno de los test, contrastando los resultados con las soluciones factoriales que ofrece la literatura científica.

Para profundizar en el estudio del comportamiento de los instrumentos se realiza el análisis de la invarianza, considerando los diferentes niveles de invarianza que existen en

un instrumento dependiendo de qué características permanezcan invariantes. Estos niveles se describen desde un nivel básico de invarianza configuracional hasta un nivel de invarianza estricta, en los que cada nivel engloba el anterior (Vandenberg y Lance, 2000). De este modo se analizan los siguientes niveles en cada instrumento objeto de esta tesis:

- Invarianza configuracional: la estructura factorial permanece igual entre los grupos.
- Invarianza métrica o débil: tanto la estructura como los pesos factoriales de los ítems para cada factor permanecen iguales para ambos grupos.
- Invarianza escalar o fuerte: tanto la estructura como los pesos factoriales y orígenes son iguales.
- Invarianza estricta: tanto la estructura como los pesos factoriales, orígenes y medias de grupos son iguales.

La fiabilidad del instrumento se evalúa a través del índice de consistencia interna alfa de Cronbach y del índice omega de McDonald, considerado este último como más apropiado en las condiciones presentes de este estudio (véase la revisión de índices en Zinbarg et al., 2005). El alfa de Cronbach se calcula para la escala total del SCARED y para cada una de sus subescalas y para la escala total del CASI-N y para cada una de sus subescalas. Se utiliza el método de correlación ítem-escala, para establecer la consistencia interna de los ítems en su relación con el SCARED total y las subescalas y con el CASI-N y sus subescalas, respectivamente, evaluando en cada caso la variación del alfa de Cronbach si se eliminara cada ítem. La estabilidad temporal se calcula con correlaciones de las puntuaciones obtenidas en el test y en el retest.

A través del coeficiente de correlación de Pearson se establece la relación existente entre las puntuaciones del SCARED y el CASI-N con las puntuaciones del CDI y del IME Pre-A, instrumentos que han demostrado validez al momento de medir sintomatología asociada a trastornos internalizados.

10. Resultados

En este capítulo se plasman los datos derivados de los análisis estadísticos seleccionados y realizados en base a los objetivos de la presente investigación. Al igual que en apartados anteriores, para una mayor claridad en la exposición de estos, se ha realizado una división de la información en dos secciones: Estudio I y II, en las que se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las propiedades psicométricas de cada instrumento, respectivamente.

10.1. ESTUDIO I: SCARED

10.1.1. Distribución de Puntuaciones

A continuación se presentan los análisis descriptivos para cada una de las subescalas. En la Tabla 10.1 se pueden observar los valores obtenidos de media, mediana, desviación típica, asimetría y su error típico, y curtosis y su error típico.

Tabla 10.1. Estadísticos descriptivos del SCARED

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DT</i>	Asimetría	E.T. de asimetría	Curtosis	E.T. de curtosis
TP	6,16	5	4,72	1,064	0,077	0,968	0,154
TAG	5,73	5	3,51	0,530	0,077	-0,184	0,154
TAS	5,75	5	3,34	0,425	0,077	-0,352	0,154
TFS	6,05	6	3,34	0,166	0,077	-0,627	0,154
TFE	1,05	0	1,44	1,828	0,077	4,025	0,154
TOTAL	24,77	24	12,70	0,619	0,077	0,522	0,154

A través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) se contrasta la hipótesis que alude a si las distribuciones de datos para cada subescala y el total es normal y se realizan los histogramas correspondientes a fin de ver de manera clara y detallada el comportamiento de los datos. Se plasma la curva normal como referencia en cada gráfico (véanse los Gráficos del 10.1 al 10.5). De este modo, al examinar los resultados de la prueba de K-S (véase la Tabla 10.2), los datos de cada subescala no parecen distribuirse de forma normal ya que todas las pruebas de K-S resultaron significativas.

Tabla 10.2. Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov del SCARED

	TP	TAG	TAS	TFS	TFE	SCARED TOTAL
Z	4,514*	3,359*	3,188*	2,213*	8,575*	1,886*

*= p< 0,01

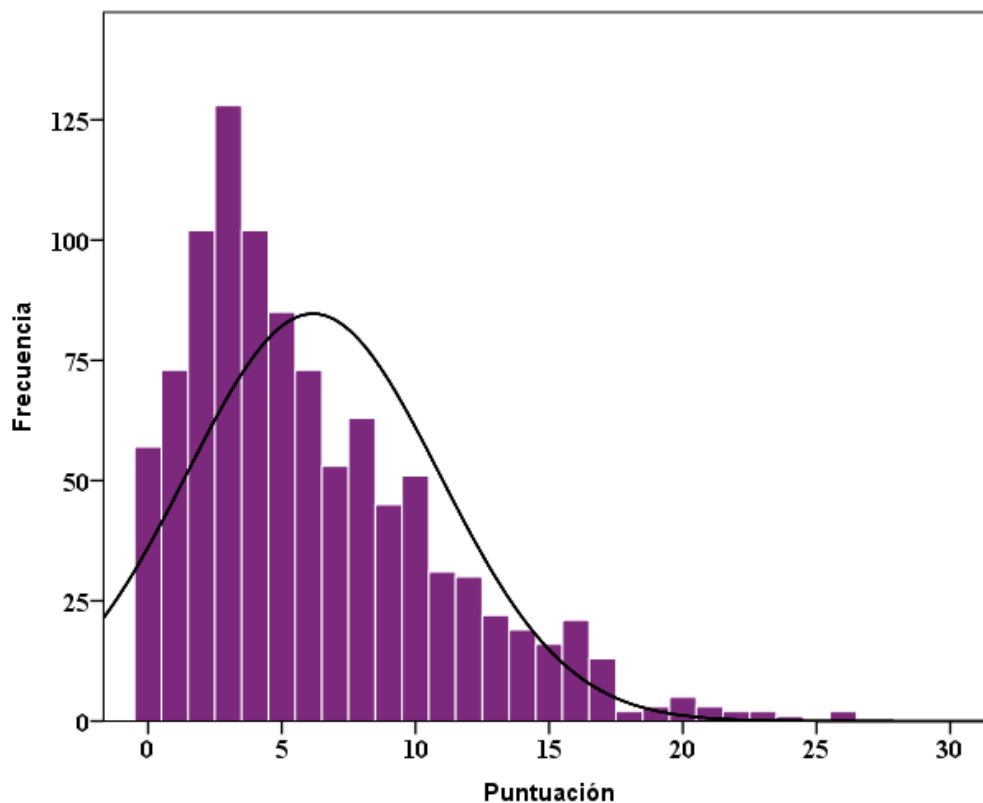


Gráfico 10.1. Distribución de puntuaciones en la subescala de TP del SCARED

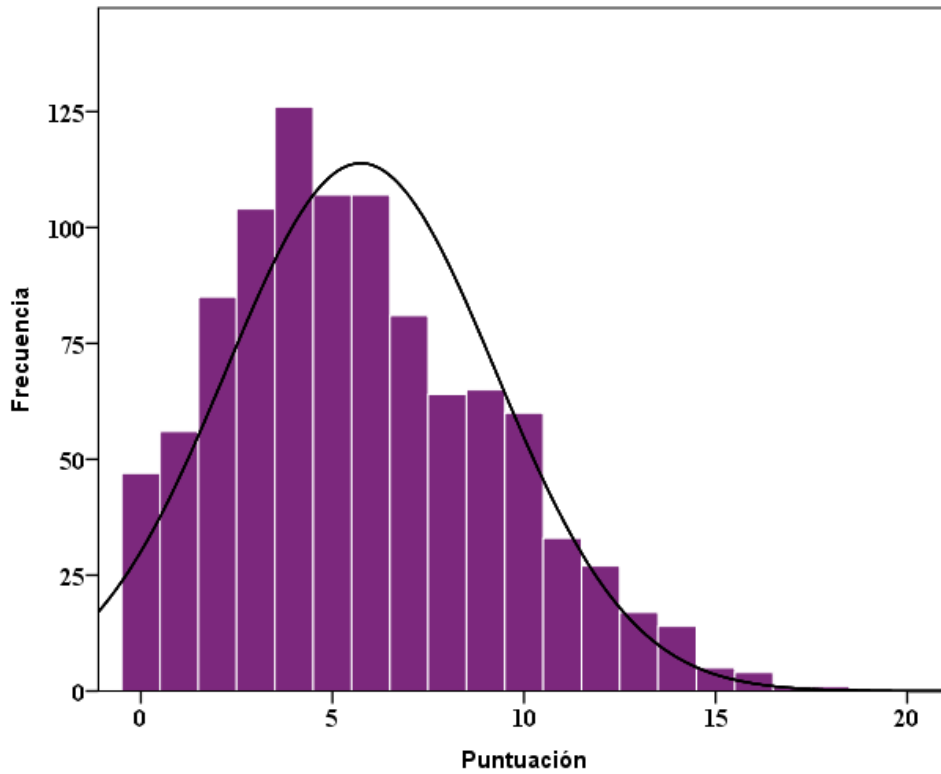


Gráfico 10.2. Distribución de puntuaciones en la subescala de TAG del SCARED

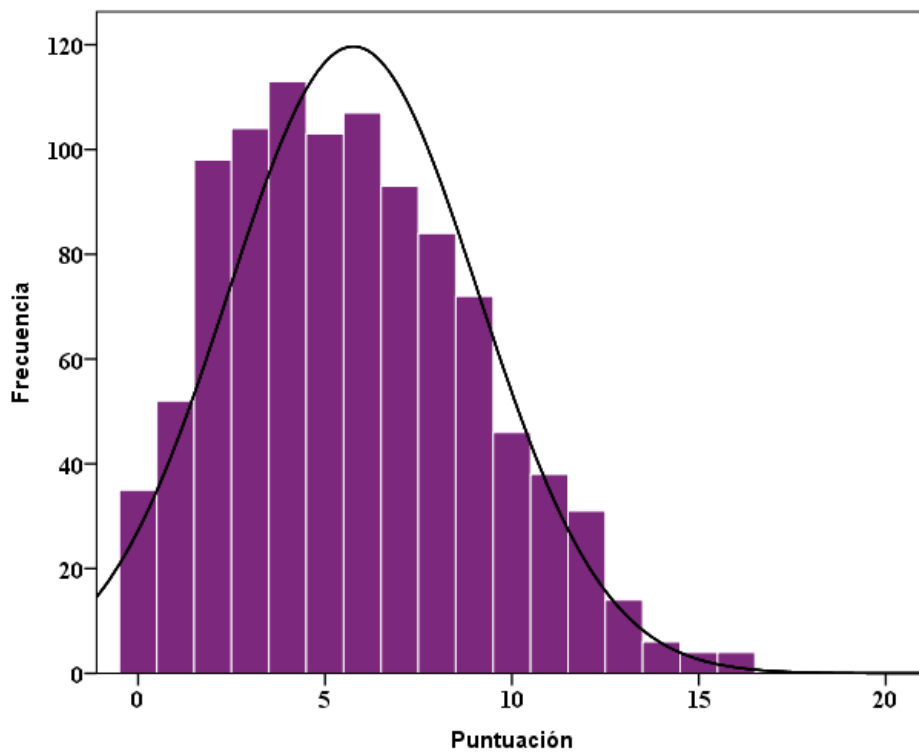


Gráfico 10.3. Distribución de puntuaciones en la subescala de TAS del SCARED

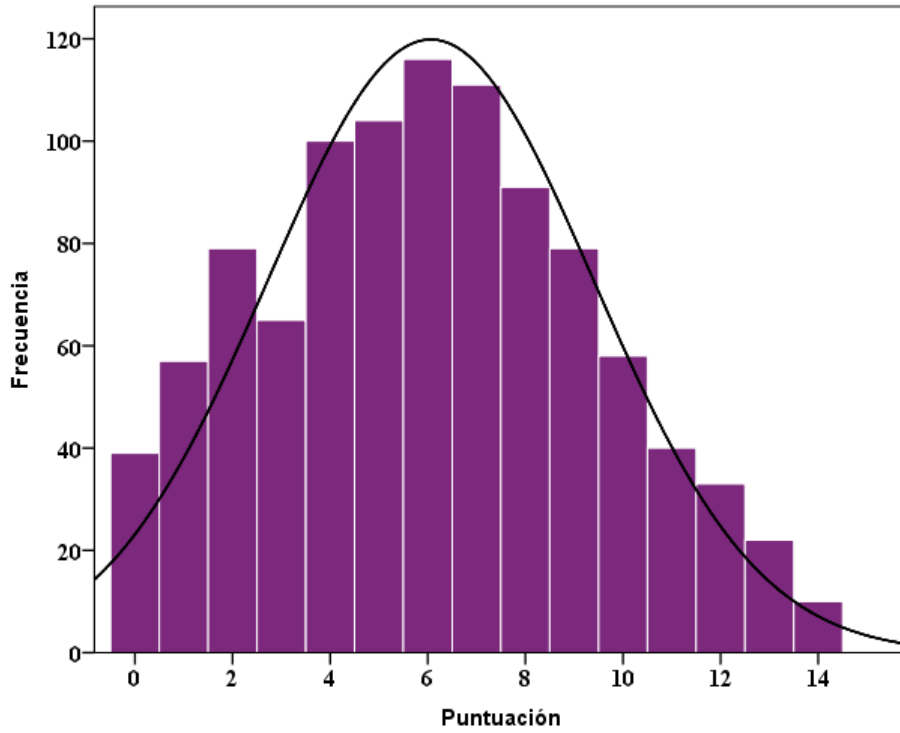


Gráfico 10.4. Distribución de puntuaciones en la subescala de TFS del SCARED

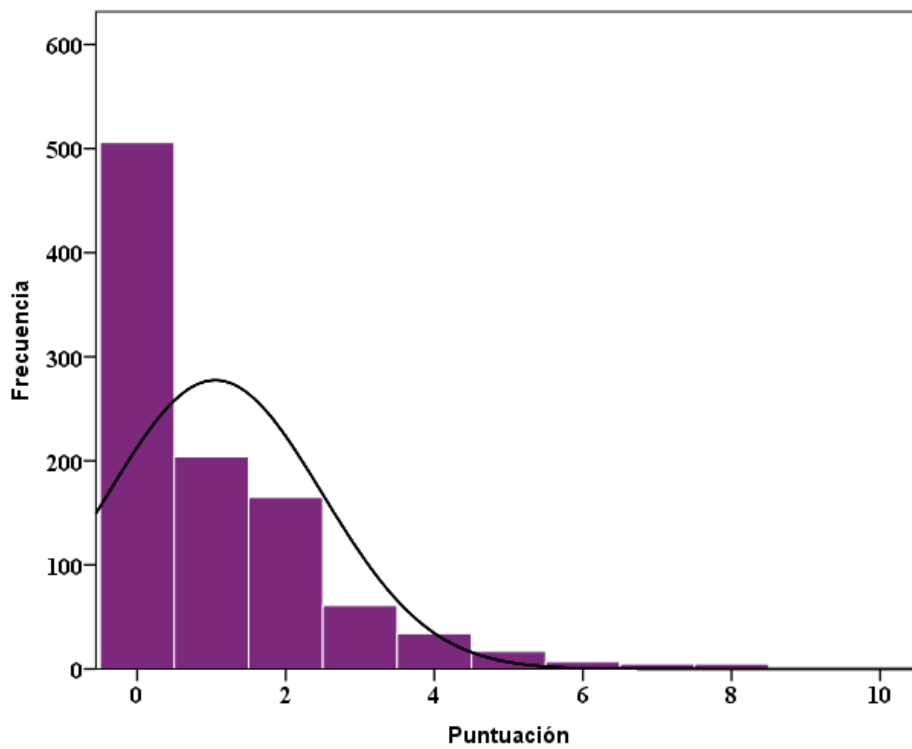


Gráfico 10.5. Distribución de puntuaciones en la subescala de TFE del SCARED

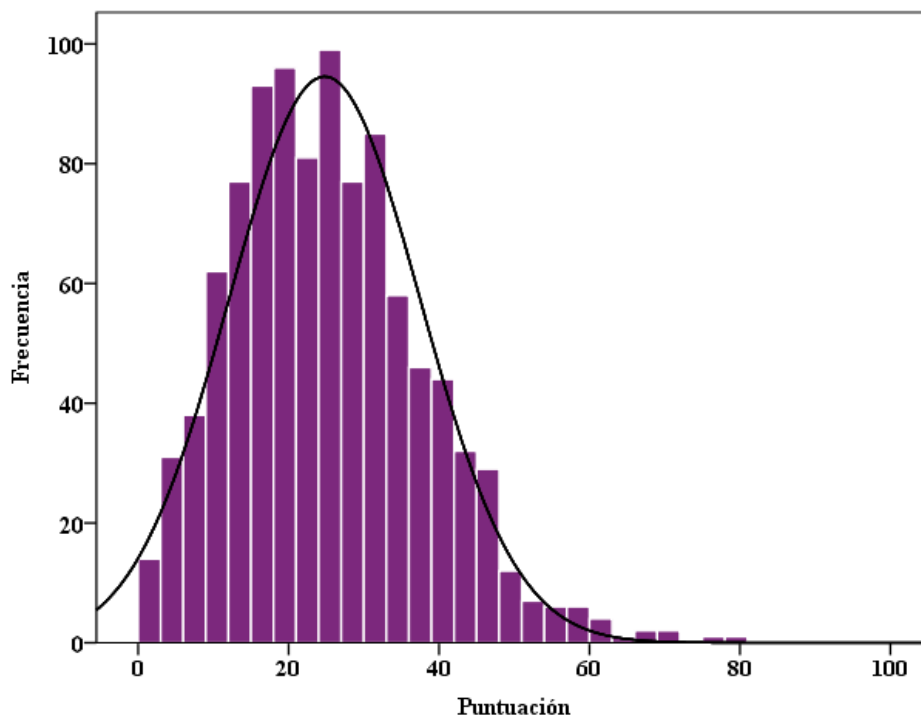


Gráfico 10.6. Distribución de puntuaciones de la escala total del SCARED

Como bien señalan Pardo y Ruiz (2005), la prueba de K-S es muy sensible a pequeñas desviaciones de la normalidad cuando las muestras son muy grandes, como es el caso del presente estudio ($N = 1004$). Aunque se ha propuesto comprobar la normalidad de la distribución de una variable a partir del cociente entre la asimetría y su error típico o a partir del cociente entre la curtosis y su error típico, interpretándose ambos cocientes como una puntuación z distribuida aproximadamente con media 0 y desviación típica y, por tanto, sugiriéndose que cuando dichos cocientes obtienen valores mayores que 1,96 en valor absoluto se podría afirmar, con una $p < 0,05$, que la distribución se aleja de la distribución normal (Pardo y Ruiz, 2005), dichos cocientes también son muy sensibles a pequeñas desviaciones de la normalidad cuando las muestras son muy grandes, ya que los errores típicos de la asimetría y de la curtosis dependen del tamaño de la muestra (a mayor tamaño de la muestra, menor error típico), de manera que con muestras grandes la mayoría de las variables aparecerán como no normales (Leech, Barret y Morgan, 2005). Por tanto, cuando los tamaños de las muestras son grandes, se ha propuesto una guía más simple para evaluar la normalidad de la distribución de una variable y que consiste en considerar que si la asimetría obtiene un valor en el rango de ± 1 (Harlow, 2014; Leech et al., 2005;

Osborne, 2013) y la curtosis obtiene un valor en el rango de ± 1 (Osborne, 2013) o de ± 2 (Harlow, 2014), entonces la distribución de los valores de una variable puede considerarse aproximadamente normal.

En el caso de las subescalas y de la escala total del SCARED, las distribuciones de las puntuaciones de todas ellas obtuvieron índices de asimetría y de curtosis en el rango de ± 1 (véase la Tabla 10.1), excepto en el caso de la subescala de Trastorno de Pánico (TP) que obtuvo un índice de asimetría de 1,06 y de la subescala de Trastorno de Fobia Escolar (TFE) que obtuvo un índice de asimetría de 1,83 y de curtosis de 4,05, por lo que, salvo estas dos subescalas, el resto de subescalas y la escala total del SCARED parecían mostrar puntuaciones que se distribuían de manera aproximadamente normal. De hecho, esta normalidad también quedaba reflejada en los gráficos de las distribuciones de esas subescalas y de la escala total del SCARED (compárense los Gráficos 10.2, 10.3, 10.4 y 10.6, en el que las distribuciones de las puntuaciones de las subescalas TAG, TAS, TFS y de la escala total, respectivamente, se aproximan mucho a una curva normal, frente a los Gráficos 10.1 y 10.5 de, respectivamente, las subescalas TP y TFE, en el que las distribuciones se alejan notablemente de la curva normal).

En la Tabla 10.3 se recogen, en función de la edad y el sexo de los niños y adolescentes, las medias y desviaciones típicas en la escala total y en las diferentes subescalas del SCARED que se obtuvieron en la muestra de participantes de este estudio. En la Tabla 10.3 se aprecia que la media más alta de la escala total del SCARED se presenta en las chicas de 8 años ($M = 29,56$) valor que va descendiendo conforme aumenta la edad. En cambio en los chicos se observa un pico a los 9 años ($M = 27,22$). Así mismo, se puede observar que las chicas de 8 años puntúan más alto en todas las subescalas a excepción de la variable que mide los síntomas asociados a la ansiedad generalizada (TAG), en la que los chicos de 9 años presentan una media de 6,06.

10.1.2. Validez de Constructo

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Al tener como objetivo encontrar la mejor estructura factorial del SCARED y obtener evidencia sobre la validez de constructo, se decidió empezar una vía exploratoria para identificar si los datos presentaban una estructura diferente a la planteada

inicialmente según lo revisado en la literatura científica previa. Los análisis se realizan en R (R Core Team, 2015) utilizando el paquete Psych (Revelle, 2015). El análisis paralelo es una técnica que permite decidir el número de factores a extraer (Horn, 1965), por lo que se aplicó este método.

Tabla 10.3. Estadística descriptiva de la escala total y de las subescalas del SCARED según la edad y el sexo

		SCARED Total		TP		TAG		TAS		FS		FE		
Sexo	Edad	N	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
	8	73	29,56	14,21	7,48	5,33	5,89	3,78	7,56	3,42	7,27	3,48	1,36	1,48
	9	116	26,31	14,25	6,27	4,95	5,89	4,00	6,65	3,59	6,36	3,39	1,15	1,51
Chicas	10	125	25,36	11,89	6,26	4,51	5,64	3,18	6,27	3,31	6,14	2,94	1,05	1,54
	11	98	24,27	11,80	5,82	4,04	5,88	3,45	5,23	3,10	6,57	3,64	0,77	1,33
	12	41	21,71	12,68	5,66	5,02	5,24	3,64	4,93	3,28	4,98	3,20	0,90	1,18
Total		453	25,71	13,08	6,31	4,73	5,76	3,59	6,23	3,44	6,37	3,36	1,05	1,46
	8	90	24,79	12,42	6,24	4,76	5,48	3,51	6,22	3,42	5,78	3,15	1,07	1,33
	9	140	27,22	13,26	7,20	5,21	6,06	3,53	6,09	3,34	6,58	3,31	1,29	1,78
Chicos	10	136	25,04	12,11	6,25	4,64	5,93	3,54	5,74	2,99	6,17	3,30	0,96	1,33
	11	105	21,03	11,64	5,23	4,45	5,62	3,50	4,30	2,97	4,87	3,23	1,02	1,26
	12	80	19,63	9,88	4,59	3,75	5,16	3,05	3,93	2,58	5,11	3,21	0,84	1,22
Total		551	24,00	12,35	6,05	4,73	5,72	3,46	5,37	3,22	5,81	3,31	1,05	1,43

Nota: M: Media; D.T.: Desviación Típica

El análisis paralelo propuso 8 factores a extraer; al ver estos resultados y con el fin de obtener diferente evidencia empírica de la estructura propuesta por el análisis paralelo, mayor información y los pesos factoriales, se realizó un AFE. Se utilizó ULS (*Unweighted Least Squares*) como estimador, ya que es adecuado para ítems ordinales y se impuso una rotación tipo oblimin para que los factores pudieran estar relacionados. Los pesos factoriales obtenidos se muestran en la Tabla 10.4 en la que se puede observar que algunos factores sólo presentan dos ítems, por lo que este procedimiento no aportó demasiada información ni evidencia empírica acerca de una estructura factorial concreta.

Tabla 10.4. Pesos factoriales en el análisis factorial exploratorio (AFE) del SCARED

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
1. Cuando me siento asustado, me cuesta respirar.	0,447							
6. Cuando estoy asustado, siento como si me desmayara.	0,662							
12. Cuando estoy asustado siento como si me fuera a volver loco.	0,423							
15. Cuando estoy asustado, siento como si las cosas no fueran reales.	0,323							
18. Cuando estoy asustado mi corazón late muy rápido.	0,294							
22. Cuando estoy asustado sudo mucho.	0,407							
24. Me asusto mucho cuando no hay razón para ello.	0,179							
27. Cuando estoy asustado siento como si me fuera a asfixiar.	0,767							
30. Me da miedo tener ataques de pánico o de ansiedad.	0,399							
34. Cuando estoy asustado siento como si fuera a vomitar.	0,610							
38. Cuando estoy asustado me siento mareado.	0,733							
3. No me gusta estar con gente que no conozco bien.		0,302						

Tabla 10.4. Pesos factoriales en el análisis factorial exploratorio (AFE) del SCARED

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
10. Me siento nervioso con gente que no conozco bien.		0,408						
26. Es duro para mí hablar con gente que no conozco bien.		0,668						
32. Me siento tímido con gente que no conozco bien.		0,716						
39. Me siento nervioso cuando estoy con otros niños o adultos y tengo que hacer algo mientras ellos me miran		0,468						
40. Me siento nervioso cuando voy a fiestas, bailes o cualquier sitio donde habrá gente que no conozco bien.		0,477						
41. Soy tímido.		0,664						
05. Me preocupa gustar a otras personas.			0,434					
14. Me preocupa ser tan bueno como los otros niños.			0,603					
21. Me preocupa que las cosas me salgan bien.			0,788					
33. Me preocupa lo que pueda suceder en el futuro.			0,247					
35. Me preocupa cómo de bien hago las cosas.			0,668					
04. Me asusto si duermo lejos de mi casa.				0,639				

Tabla 10.4. Pesos factoriales en el análisis factorial exploratorio (AFE) del SCARED

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
28. La gente me dice que me preocupo demasiado.							0,287	
02. Me entra dolor de cabeza cuando estoy en el colegio.								0,482
11. Tengo dolores de estómago en el colegio.								0,551

Nota. Solo se presentan los pesos factoriales iguales o mayores que 0,30.

La información obtenida sobre los autovalores es, en cambio, muy reveladora (véase la Tabla 10.5), ya que se obtiene un primer factor que presenta un autovalor muy superior a los siguientes, explicando el 10% de la varianza. Se observa así, que en las subescalas se cumple la estructura de unidimensionalidad básica propuesta por Lord (Lord, 1980). Según esta regla, si el primer factor presenta un autovalor aproximadamente 5 veces superior al siguiente, se puede considerar la unidimensionalidad básica. Este hecho alentó a probar un modelo bifactor (Reise, 2012; Reise et al., 2013) en el que hubiera un factor de gran carga y unos factores auxiliares de menor carga como propuesta de estructura. Se presentarán posteriormente los resultados asociados a este modelo.

Tabla 10.5. Autovalores resultantes del análisis factorial exploratorio (AFE) del SCARED

	Autovalor	% de varianza
Factor 1	11,264	10
Factor 2	1,599	7
Factor 3	1,257	6
Factor 4	0,853	6
Factor 5	0,827	6
Factor 6	0,583	5
Factor 7	0,558	5
Factor 8	0,344	3

Análisis Factorial Confirmatorio de los modelos (AFC)

Una vez agotada la vía exploratoria se decidió poner a competir los modelos expuestos previamente en la literatura y los obtenidos a través los resultados del AFE. De esta manera se obtuvieron tres modelos a analizar:

1. El modelo de 5 factores propuesto originalmente por los autores (Birmaher et al., 1997)
2. El modelo de 4 factores y uno de 2º orden propuesto en la adaptación española (Vigil-Colet et al., 2009)
3. Un posible modelo bifactor de 5 factores auxiliares.

En la Tabla 10.6, se exponen los índices de ajuste para cada uno de los modelos analizados por AFC: el estadístico ji-cuadrado (χ^2), el *comparative fit index* (CFI), el *Tucker-Lewis index* (TLI) y el *root mean square error of approximation* (RMSEA). Se presentan así, los distintos índices de bondad de ajuste de los modelos del SCARED y los valores aceptables para cada uno de ellos. Para realizar estos análisis, se utilizó el paquete LAVAAN (Rosseel, 2012) del entorno R con el estimador WLSMV (estimador robusto basado en *weighted least squares*).

Tabla 10.6. Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio (AFC) del SCARED

	χ^2	CFI	TLI	RMSEA	P-value RMSEA \leq 0,08
Modelo de 5 factores	2077,2	0,908	0,901	0,042	1
Modelo de 2° orden	2407,6	0,89	0,884	0,045	1
Modelo bifactor	2519,3	0,94	0,933	0,031	1
Valores aceptables		> 0,90	> 0,90	< 0,08	

Como se puede observar, los índices de ajuste son en general buenos, es decir superiores a 0,90 tanto en CFI como en TLI, e inferiores a 0,08 en el RMSEA (Jackson, Gillaspay y Purc-Stephenson, 2009). Los peores índices de ajuste se presentan en el modelo de 2° orden de la adaptación española mientras que los mejores índices apoyan al modelo bifactor como mejor estructura. En este caso, no se pueden comparar modelos de AFC basándonos en los índices de ajuste. Por ello, al tener modelos anidados, se ven las diferencias de ajuste entre modelos con una prueba χ^2 para determinar si las diferencias entre ellos son estadísticamente significativas. De este manera, al comparar el modelo de 5 factores ($\chi^2 = 2077,2$) con el modelo de 2° orden ($\chi^2 = 2407,6$), se obtiene que las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,001$), lo que implica que el modelo de 5 factores presenta una reducción significativa de ji-cuadrado y por lo tanto presenta menor desajuste que el modelo de 2° orden. En cambio, al comparar el modelo de 5 factores ($\chi^2 = 2077,2$) con el modelo bifactor ($\chi^2 = 2519,3$) no se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p=1,000$). Por lo que al aplicar el criterio de parsimonia y siendo un modelo propuesto por los autores, esta investigación se inclina a favor del modelo de 5 factores.

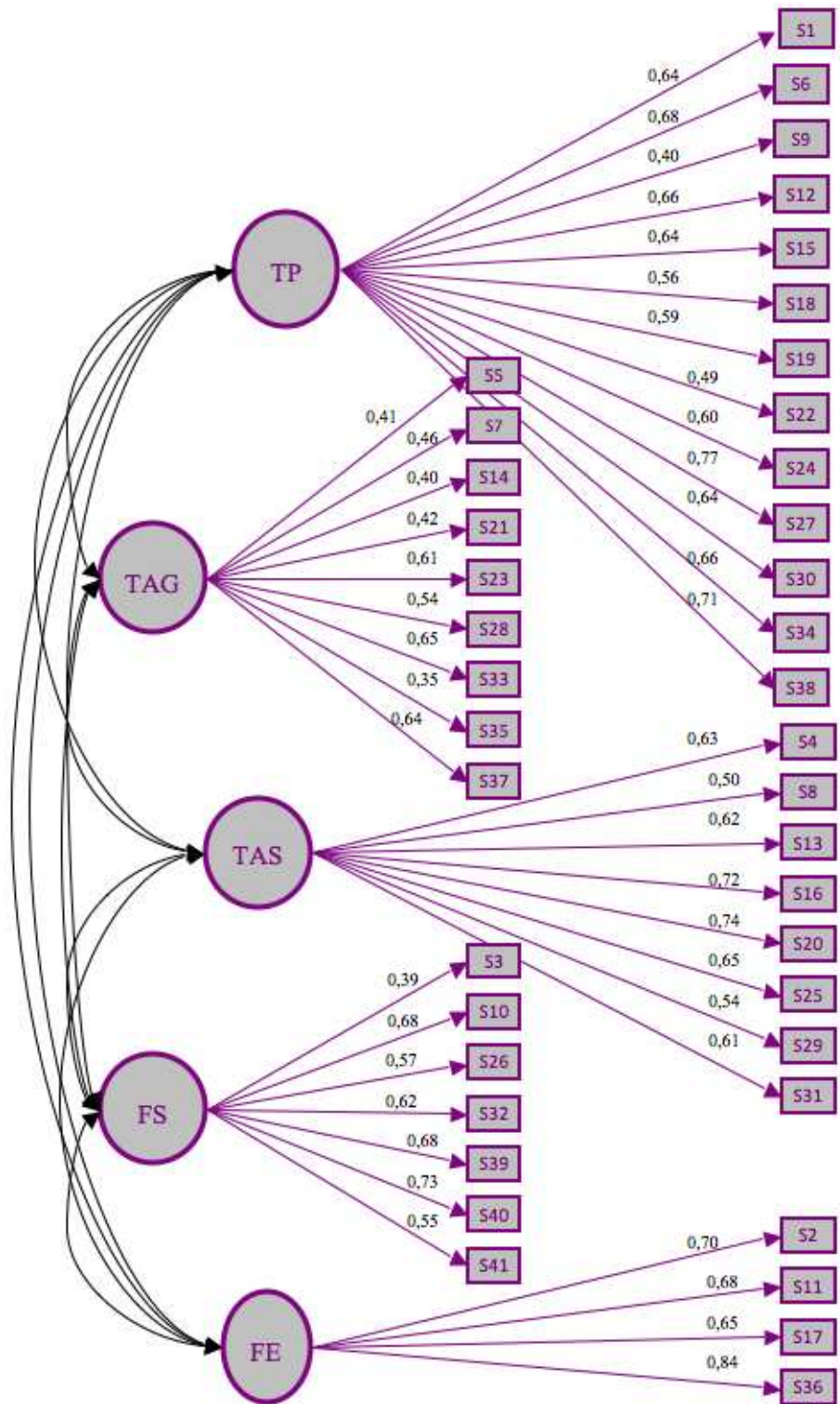


Figura 10.1. Diagrama del análisis factorial confirmatorio (AFC) del SCARED con sus respectivos pesos factoriales

Tabla 10.7 Correlaciones entre los factores y entre estos y la puntuación total del SCARED

	FS	TAG	TAS	FE	SCARED TOTAL
TP	,520**	,540**	,645**	,511**	,854**
FS	-	,545**	,554**	,247**	,775**
TAG		-	,552**	,422**	,802**
TAS			-	,399**	,823**
FE				-	,566**

Nota. ** $p < 0,001$.

La tabla 10.7 contiene las correlaciones entre los factores, las cuales oscilaron entre ,48 (FS-FE) y ,65 (TP-TAS), y entre éstos y la escala total, las cuales oscilaron entre ,56 y ,85. En la figura 10.1 se aprecia la distribución de los ítems en los distintos factores que se obtuvieron a través de la solución factorial del AFC con sus respectivas saturaciones.

10.1.3. Invarianza

Se decidió analizar más en profundidad el comportamiento del instrumento realizando un estudio de invarianza para el sexo. Con este análisis se pretendía estudiar si el instrumento presentaba las mismas características estructurales según las variables de interés. En este caso, se realizó el estudio considerando la variable sexo, de manera que se trataba de analizar si el instrumento presentaba las mismas características estructurales en el grupo de chicos que en el grupo de chicas (véase la Tabla 10.8).

Tabla 10.8. Resultados de las pruebas de invarianza para el sexo del SCARED

	CFI	RMSEA	χ^2	Dif. χ^2 (sig.)
Invarianza configuracional	0,807	0,047	3279,5	
Invarianza métrica o débil	0,807	0,047	3320,2	0,271
Invarianza escalar	0,798	0,048	3433,9	< 0,001
Invarianza estricta	0,798	0,048	3459,6	< 0,001

Se realizaron estas pruebas a cada nivel de invarianza con el paquete semTools (semTools Contributors, 2015) obteniendo los resultados reflejados en la Tabla 10.8. Todos los índices de ajuste CFI obtenidos son inaceptables. En cambio, los índices RMSEA parecen ser aceptables ya que son menores de 0,05, lo que indica presencia de

invarianza. Para poder tomar una decisión se focalizó la atención en las diferencias en χ^2 . Los grupos no presentan diferencias en los pesos factoriales ($p = 0,271$) por lo que se alcanza el nivel de invarianza métrica. En cambio, la prueba χ^2 arrojó diferencias teniendo en cuenta los orígenes ($p < 0,001$), por lo que parece existir invarianza débil en este instrumento al tener en cuenta el sexo de los sujetos.

10.1.4. Fiabilidad del modelo de cinco factores

Con el fin de analizar la fiabilidad del instrumento se calculó el índice Omega de McDonald para cada una de las subescalas del SCARED ya que este índice presenta mejor precisión que otros índices de fiabilidad en las circunstancias presentes (véase la revisión de Zinbarg *et al.*, 2005). También se calculó el índice alfa de Cronbach con el único propósito de comparar los resultados obtenidos en esta muestra con los índices de fiabilidad señalados por otros investigadores.

Tabla 10.9. Índices de fiabilidad del SCARED

	Omega de McDonald (ω)	Alfa de Cronbach (α)
Somatización	0,89	0,81
Ansiedad Generalizada	0,76	0,67
Ansiedad por Separación	0,83	0,70
Fobia Social	0,81	0,73
Fobia Escolar	0,79	0,63
TOTAL		0,89

Como se puede observar en la Tabla 10.9, los valores de omega encontrados para cada una de las subescalas son buenos ya que oscilan entre 0,76-0,89. El SCARED con esta estructura presenta, por lo tanto, una buena fiabilidad. También se puede ver que los valores de alfa son ligeramente inferiores a los de omega (0,63-0,89). El índice alfa de Cronbach parece, por lo tanto, subestimar la fiabilidad del instrumento.

A continuación, se pueden observar los resultados del análisis de los ítems con respecto a las subescalas y al test completo. Se presentan los resultados de medias, varianzas y correlaciones item-subescala, así como del comportamiento del índice alfa de Cronbach si se eliminara cada ítem.

Tabla 10.10. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Pánico/Somático

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
01. Cuando me siento asustado, me cuesta respirar.	5,78	19,214	0,494	0,276	0,792
06. Cuando estoy asustado, siento como si me desmayara.	5,87	19,351	0,514	0,308	0,791
09. La gente me dice que se me ve nervioso.	5,65	20,098	0,279	0,115	0,81
12. Cuando estoy asustado siento como si me fuera a volver loco.	5,95	19,999	0,438	0,219	0,797
15. Cuando estoy asustado, siento como si las cosas no fueran reales.	5,71	19,167	0,465	0,232	0,794
18. Cuando estoy asustado mi corazón late muy rápido.	4,94	19,179	0,389	0,185	0,801
19. Me pongo inestable/ agitado.	5,69	19,724	0,393	0,183	0,800
22. Cuando estoy asustado sudo mucho.	5,66	19,429	0,39	0,172	0,800
24. Me asusto mucho cuando no hay razón para ello.	5,79	19,644	0,419	0,191	0,798
27. Cuando estoy asustado siento como si me fuera a asfixiar.	5,86	18,95	0,595	0,412	0,784
30. Me da miedo tener ataques de pánico o de ansiedad.	5,41	18,302	0,453	0,216	0,796
34. Cuando estoy asustado siento como si fuera a vomitar.	5,92	19,833	0,459	0,278	0,795
38. Cuando estoy asustado me siento mareado.	5,79	18,812	0,561	0,396	0,786

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = Alfa de Cronbach si se elimina ítem

Como se refleja en la Tabla 10.10, las correlaciones de cada ítem varían con respecto a la primera subescala. En cuanto a alfa de Cronbach, se puede apreciar que éste presenta un comportamiento óptimo ya que al eliminar cualquier ítem disminuiría la fiabilidad por consistencia interna de la subescala.

Tabla 10.11. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Ansiedad Generalizada

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
05. Me preocupa gustar a otras personas.	5,24	10,389	0,298	0,124	0,656
07. Soy nervioso.	4,87	10,742	0,209	0,086	0,675
14. Me preocupa ser tan bueno como los otros niños.	5,33	10,361	0,347	0,174	0,645

Tabla 10.11. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Ansiedad Generalizada

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
21. Me preocupa que las cosas me salgan bien.	5,13	9,566	0,426	0,286	0,627
23. Soy un aprensivo.	5,27	10,506	0,324	0,126	0,650
28. La gente me dice que me preocupo demasiado.	5,28	10,458	0,335	0,132	0,648
33. Me preocupa lo que pueda suceder en el futuro.	4,83	9,734	0,41	0,203	0,631
35. Me preocupa cómo de bien hago las cosas.	4,95	9,732	0,391	0,23	0,635
37. Me preocupo por cosas que ya han sucedido.	5	10,091	0,38	0,19	0,638

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = alfa de Cronbach si se elimina ítem

En la Tabla 10.11 se aprecia que las correlaciones de cada ítem siguen siendo variadas con respecto a la segunda subescala. Es por ello, que una vez más se plantea la inconveniencia de realizar cualquier eliminación de ítem, ya que disminuiría la fiabilidad por consistencia interna de la subescala.

Tabla 10.12. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Ansiedad por Separación

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
08. Sigo a mis padres allá a donde vayan.	4,72	7,051	0,351	0,130	0,693
13. Me preocupa dormir solo.	5,06	7,497	0,354	0,169	0,692
16. Tengo pesadillas sobre que algo malo les pasa a mis padres.	4,63	6,529	0,477	0,328	0,661
20. Tengo pesadillas sobre que algo malo me pasa.	4,58	6,437	0,514	0,353	0,651
25. Me da miedo estar solo en casa.	4,85	6,771	0,447	0,231	0,669
29. No me gusta estar lejos de mi familia.	4,31	6,515	0,412	0,197	0,680
31. Me preocupa que algo malo pueda pasarle a mis padres.	3,77	7,048	0,384	0,182	0,685

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = alfa de Cronbach si se elimina ítem

Para la tercera subescala, la Tabla 10.12 refleja la variación de las correlaciones en cada ítem. Al igual que en las subescalas anteriores, la eliminación de ítems disminuiría la fiabilidad por consistencia interna de la subescala.

Tabla 10.13. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Fobia Social

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
03. No me gusta estar con gente que no conozco bien.	4,96	9,143	0,295	0,12	0,739
10. Me siento nervioso con gente que no conozco bien.	5,17	8,427	0,478	0,246	0,696
26. Es duro para mí hablar con gente que no conozco bien.	5,24	8,347	0,503	0,267	0,69
32. Me siento tímido con gente que no conozco bien.	5,07	8,244	0,511	0,296	0,688
39. Me siento nervioso cuando estoy con otros niños o adultos y tengo que hacer algo mientras ellos me miran.	5,35	8,665	0,431	0,201	0,707
40. Me siento nervioso cuando voy a fiestas, bailes o cualquier sitio donde habrá gente que no conozco bien.	5,34	8,534	0,488	0,255	0,695
41. Soy tímido.	5,24	8,598	0,434	0,243	0,707

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = alfa de Cronbach si se elimina ítem

Como se puede observar en la Tabla 10.13 las correlaciones de cada ítem también varían con respecto a la cuarta subescala. Al focalizar la atención en los valores de Alfa, se puede ver que también presenta un comportamiento óptimo ya que cualquier eliminación de ítem disminuiría la fiabilidad por consistencia interna de la subescala. Cabe destacar que en el caso del primer ítem, la disminución sería menos importante.

Las correlaciones de cada ítem siguen siendo variadas en la quinta subescala (véase la Tabla 10.14). La eliminación de ítems también causaría una gran disminución en la fiabilidad por consistencia interna de la subescala.

Tabla 10.14. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Fobia Escolar

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
2. Me entra dolor de cabeza cuando estoy en el colegio.	0,67	1,140	0,473	0,234	0,506
11. Tengo dolores de estómago en el colegio.	0,68	1,219	0,389	0,177	0,578
17. Me preocupa ir al colegio.	0,87	1,400	0,390	0,190	0,571
36. Me da miedo ir al colegio.	0,93	1,512	0,406	0,203	0,570

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = alfa de Cronbach si se elimina ítem

Finalmente, al analizar los resultados obtenidos teniendo en cuenta todo el test, se observa que las correlaciones siguen siendo variadas entre los ítems y la totalidad del test, por lo tanto, se advierte una diferente asociación para los ítems. En cuanto al alfa de Cronbach, la eliminación de ítems no mejoraría sustancialmente el valor del índice, por lo que se mantendrían los valores similares obtenidos previamente (0,89) (véase la Tabla 10.15).

Tabla 10.15 Índices psicométricos de los ítems de la escala total del SCARED

	M - I	V - I	I - T Cor	$\alpha - I$
01. Cuando me siento asustado, me cuesta respirar.	24,39	153,75	0,465	0,896
02. Me entra dolor de cabeza cuando estoy en el colegio.	24,39	155,61	0,375	0,897
03. No me gusta estar con gente que no conozco bien.	23,68	155,98	0,248	0,899
04. Me asusto si duermo lejos de mi casa.	24,34	153,57	0,433	0,896
05. Me preocupa gustar a otras personas.	24,27	155,56	0,289	0,898
06. Cuando estoy asustado, siento como si me desmayara.	24,48	154,59	0,446	0,896
07. Soy nervioso.	23,91	154,41	0,342	0,898
08. Sigo a mis padres allá a donde vayan.	24,18	154,42	0,372	0,897
09. La gente me dice que se me ve nervioso.	24,26	155,73	0,297	0,898
10. Me siento nervioso con gente que no conozco bien.	23,88	152,11	0,460	0,896
11. Tengo dolores de estómago en el colegio.	24,41	155,79	0,359	0,897
12. Cuando estoy asustado siento como si me fuera a volver loco.	24,55	155,44	0,433	0,897
13. Me preocupa dormir solo.	24,52	155,69	0,398	0,897
14. Me preocupa ser tan bueno como los otros niños.	24,37	156,32	0,272	0,898
15. Cuando estoy asustado, siento como si las cosas no fueran reales.	24,32	153,19	0,470	0,896
16. Tengo pesadillas sobre que algo malo les pasa a mis padres.	24,08	151,80	0,502	0,895
17. Me preocupa ir al colegio.	24,59	157,63	0,296	0,898
18. Cuando estoy asustado mi corazón late muy rápido.	23,55	152,86	0,425	0,896

Tabla 10.15 Índices psicométricos de los ítems de la escala total del SCARED

	M - I	V - I	I - T Cor	$\alpha - I$
3319. Me pongo inestable/ agitado.	24,30	153,75	0,461	0,896
20. Tengo pesadillas sobre que algo malo me pasa.	24,03	151,45	0,528	0,895
21. Me preocupa que las cosas me salgan bien.	24,17	154,87	0,294	0,899
22. Cuando estoy asustado sudo mucho.	24,27	154,62	0,361	0,897
23. Soy un aprensivo.	24,31	153,77	0,435	0,896
24. Me asusto mucho cuando no hay razón para ello.	24,4	154,11	0,448	0,896
25. Me da miedo estar solo en casa.	24,31	153,07	0,460	0,896
26. Es duro para mí hablar con gente que no conozco bien.	23,96	154,14	0,354	0,897
27. Cuando estoy asustado siento como si me fuera a asfixiar.	24,46	153,31	0,533	0,895
28. La gente me dice que me preocupo demasiado.	24,32	154,56	0,386	0,897
29. No me gusta estar lejos de mi familia.	23,76	152,70	0,406	0,897
30. Me da miedo tener ataques de pánico o de ansiedad.	24,02	150,52	0,486	0,895
31. Me preocupa que algo malo pueda pasarle a mis padres.	23,22	154,61	0,383	0,897
32. Me siento tímido con gente que no conozco bien.	23,78	153,17	0,396	0,897
33. Me preocupa lo que pueda suceder en el futuro.	23,87	151,45	0,485	0,895
34. Cuando estoy asustado siento como si fuera a vomitar.	24,52	155,23	0,437	0,896
35. Me preocupa cómo de bien hago las cosas.	23,99	155,64	0,256	0,899
36. Me da miedo ir al colegio.	24,65	157,65	0,358	0,898
37. Me preocupo por cosas que ya han sucedido.	24,03	152,45	0,474	0,896

Tabla 10.15 Índices psicométricos de los ítems de la escala total del SCARED

	M - I	V - I	I - T Cor	$\alpha - I$
38. Cuando estoy asustado me siento mareado.	24,40	153,35	0,482	0,896
39. Me siento nervioso cuando estoy con otros niños o adultos y tengo que hacer algo mientras ellos me miran	24,06	152,35	0,457	0,896
40. Me siento nervioso cuando voy a fiestas, bailes o cualquier sitio donde habrá gente que no conozco bien.	24,05	151,98	0,495	0,895
41. Soy tímido.	23,95	154,22	0,346	0,898

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-escala total corregida

$\alpha - I$ = Alfa de Cronbach si se elimina ítem.

10.1.5. Fiabilidad test-retest

En cuanto a la fiabilidad test-retest o de estabilidad temporal, en la Tabla 10.6 se recogen los índices de correlación test-retest para cada subescala y para la escala total. Los valores de fiabilidad oscilaron entre 0,65-0,78, obteniéndose el índice más alto en la escala total del SCARED. En cualquier caso, todos ellos se encuentran en el rango de valores adecuados ($0,65 \leq r < 0,75$) para la fiabilidad test-retest propuestos por Prieto y Muñiz (2000), y en el caso de la escala total en el rango de los valores buenos ($0,75 \leq r < 0,80$).

Tabla 10.16. Fiabilidad Test-Retest del SCARED

	Fiabilidad Test-retest (r)
Somatización	0,70
Ansiedad Generalizada	0,66
Ansiedad por Separación	0,69
Fobia Social	0,65
Fobia Escolar	0,67
TOTAL	0,78

10.1.6. Validez de Convergencia y Discriminante

La validez de convergencia (o convergente) del SCARED se determina mediante la realización de correlaciones de Pearson de sus diferentes subescalas y de su escala total con instrumentos que miden los mismos constructos u otros constructos relacionados previamente en la literatura científica. Se eligieron dos test para ello que miden también problemas o trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: el IME y el propio CASI-N, que es el segundo test analizado en esta tesis (véase la Tabla 10.17).

Por otro lado, se eligió el CDI como un instrumento que podría permitir analizar la validez discriminante del SCARED, puesto que el CDI mide depresión, un constructo diferente al de ansiedad. En este sentido, se realizaron correlaciones de Pearson de las diferentes subescalas y del test total del SCARED con el CDI y sus diferentes subescalas, esperando que dichas correlaciones fueran menores que las obtenidas al correlacionar el SCARED con el IME o el CASI-N (véase la Tabla 10.17).

Tabla 10.17 Correlaciones de las subescalas del SCARED con las subescalas del IME, el CDI y el CASI-N

	TP	TAG	TAS	TFS	TFE	SCARED TOTAL
IME						
Fracaso Escolar	0,19**	0,19**	0,20**	0,23**	n.s.	0,24**
Malestar Físico	0,38**	0,36**	0,36**	0,33**	0,23**	0,45**
Evaluación social y escolar	0,33**	0,28**	0,19**	0,26**	0,28**	0,36**
Ansiedad Anticipatoria y por Separación	0,26**	0,15**	0,25**	0,12**	0,32**	0,28**
Total	0,45**	0,40**	0,39**	0,39**	0,29**	0,52**
CDI						
Disforia	0,45**	0,43**	0,37**	0,32**	0,40**	0,51**
Autoestima	0,45**	0,45**	0,41**	0,38**	0,36**	0,54**
Total	0,50**	0,49**	0,43**	0,38**	0,42**	0,58**
CASI-N						
PFS	0,21**	0,15**	0,18**	0,31**	0,11**	0,26**
AFS	0,46**	0,30**	0,32**	0,49**	0,44**	0,52**
OFS	0,47**	0,33**	0,33**	0,54**	0,28**	0,53**
CFS	0,16**	0,14**	0,10**	0,25**	0,09**	0,20**
Total	0,49**	0,35**	0,35**	0,61**	0,34**	0,57**

**=p<0,001

Nota: n.s. = correlación no significativa. TP= Trastorno de Pánico/Somatización; TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada; TAS= Trastorno de Ansiedad por Separación; TFS= Trastorno por Fobia Social; TFE= Trastorno por Fobia Escolar; PFS= Preocupación frente a la Separación; AFS= Angustia frente a la Separación; OFS= Oposición frente a la separación; CFS= Calma frente a la separación.

No obstante, cabe advertir, antes de comentar los resultados de la Tabla 10.17, que puesto que la depresión infanto-juvenil también se considera un trastorno interiorizado o internalizante, al igual que la ansiedad, es esperable que también exista una cierta convergencia entre las medidas del SCARED y la del CDI, ya que, de hecho, tal y como se explicó en el Capítulo 5, la ansiedad y la depresión son dos constructos muy relacionados y que muestran una alta comorbilidad en niños y adolescentes.

Observando las correlaciones de la Tabla 10.17 se puede apreciar que las correlaciones entre el SCARED total y las puntuaciones totales y de las subescalas de los otros instrumentos que miden ansiedad (IME y CASI-N) son todas ellas estadísticamente significativas, oscilando entre 0,20 y 0,57, y salvo esa correlación de 0,20 con la escala de Calma frente a la separación (CFS), todas las demás correlaciones están en el rango de valores adecuados, pero con algunas carencias ($0,25 \leq r < 0,40$), de valores adecuados ($0,40 \leq r < 0,50$) o, incluso, de valores buenos ($0,50 \leq r < 0,60$) para la validez convergente según los estándares de Prieto y Muñiz (2000).

En cuanto a las correlaciones entre las subescalas del SCARED y las puntuaciones totales y de las subescalas de los otros instrumentos que miden ansiedad (IME y CASI-N), todas ellas también fueron estadísticamente significativas (véase la Tabla 10.17), aunque con valores más bajos en algunos casos. Por ejemplo, las correlaciones más débiles se presentan, en general, entre la subescala de Fobia Escolar del SCARED y las subescalas del CASI-N y del IME. Este último patrón de resultados, el que se refiere a la correlación de la subescala de Fobia Escolar del SCARED con el IME es sorprendente porque dado el objetivo de ambos instrumentos deberían presentar si cabe correlaciones más altas que con el resto de subescalas del SCARED. Algo parecido sucedió con la subescala de Trastorno de Ansiedad de Separación del SCARED, de la cual se esperaría que tuviera correlaciones más altas con el CASI-N que el resto de subescalas de la SCARED, pero, como puede observarse en la Tabla 10.17 esto no fue así en general.

Por último, en la Tabla 10.17 también se puede apreciar que todas las subescalas del SCARED así como su escala total mostraron correlaciones estadísticamente significativas con las medidas del CDI, oscilando las mismas entre 0,32 y 0,58, de manera que fueron muy parecidas a las que mostraron con las medidas del CASI-N o del IME, e incluso ligeramente superiores a las que mostraron con el IME.

10.2. ESTUDIO II: CASI-N

10.2.1. Distribución de puntuaciones

A continuación se presentan los análisis descriptivos realizados para cada una de las subescalas y la escala total del CASI_N. En la Tabla 10.18 se pueden observar los valores obtenidos de media, mediana, desviación típica, asimetría y su error típico, y curtosis y su error típico.

Tabla 10.18. Estadísticos descriptivos del CASI-N

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DT</i>	Asimetría	E.T. de asimetría	Curtosis	E.T. de curtosis
PFS	18,63	18	4,59	-0,337	0,077	-0,345	0,155
AFS	7,13	6	3,39	2,325	0,077	6,357	0,154
OFS	11,16	10	4,67	0,719	0,077	-0,097	0,154
CFS	15,86	16	4,55	-0,333	0,078	-0,210	0,155
CASI-N TOTAL	52,79	52	11,13	0,400	0,078	0,674	0,156

Los resultados obtenidos al realizar una prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para estudiar la distribución de los datos para cada subescala e identificar así si éstos se distribuyen de manera normal se reflejan en la Tabla 10.19. A su vez, se crea un histograma para cada subescala para representar el comportamiento de los datos y se plasma la curva normal como referencia en cada gráfico (véanse los Gráficos del 10.7 al 10.11). Al analizar los resultados de la prueba, los datos de cada subescala no parecen distribuirse de forma normal ya que todos los resultados de la prueba K-S son estadísticamente significativos.

Tabla 10.19. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para el CASI-N

	PFS	AFS	OFS	CFS	CASI-N TOTAL
Z	3*	8,388*	3,563*	2,292*	1,658*

*= p<,001

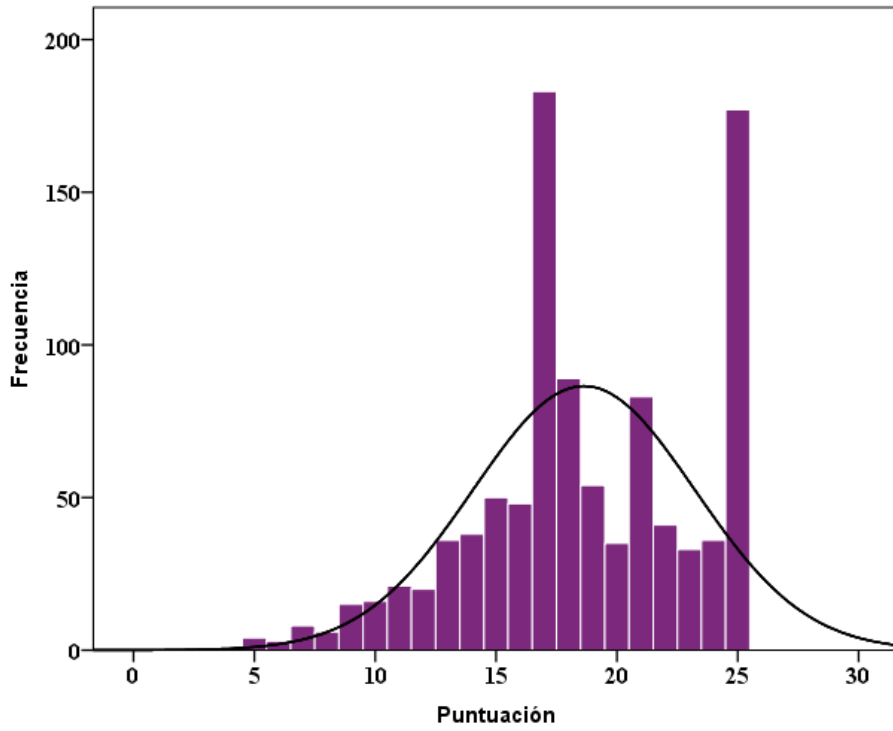


Gráfico 10.7 Distribución de puntuaciones de la PFS del CASI-N.

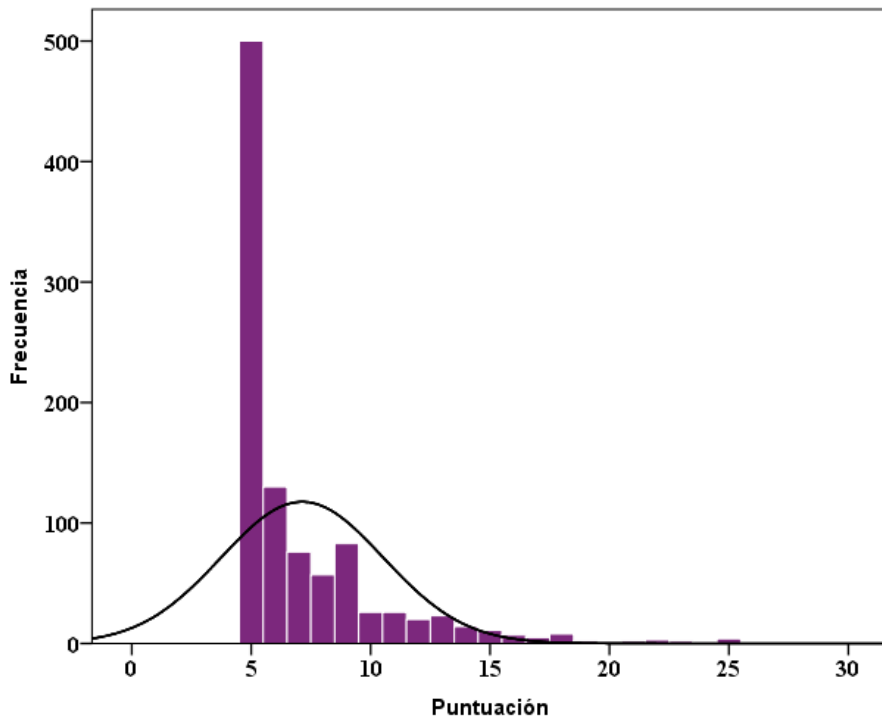


Gráfico 10.8 Distribución de puntuaciones de la AFS del CASI-N.

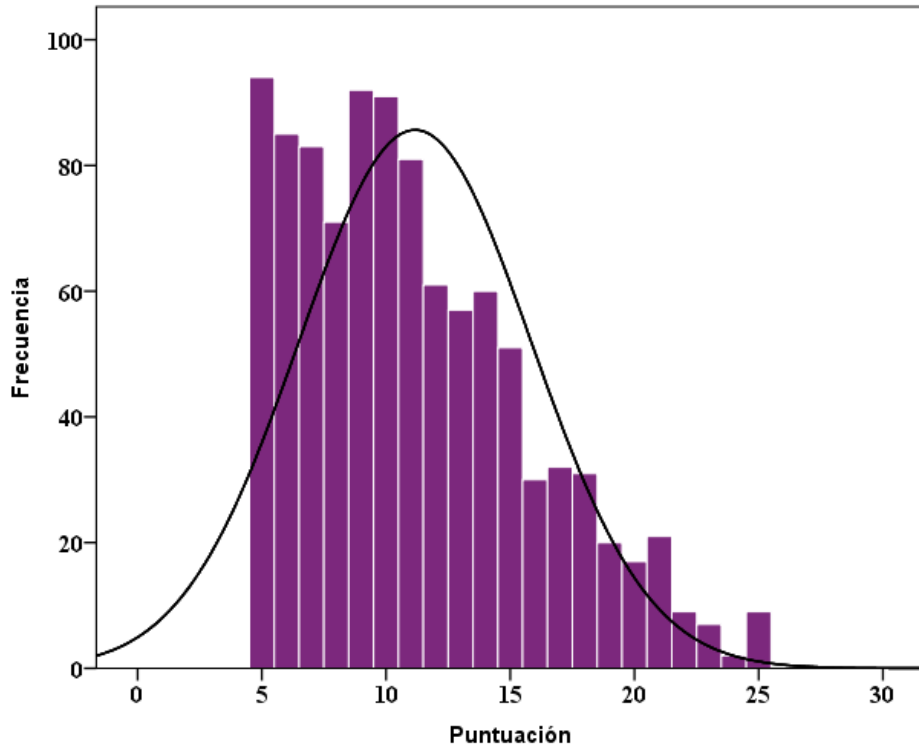


Gráfico 10.9 Distribución de puntuaciones de la OFS del CASI-N

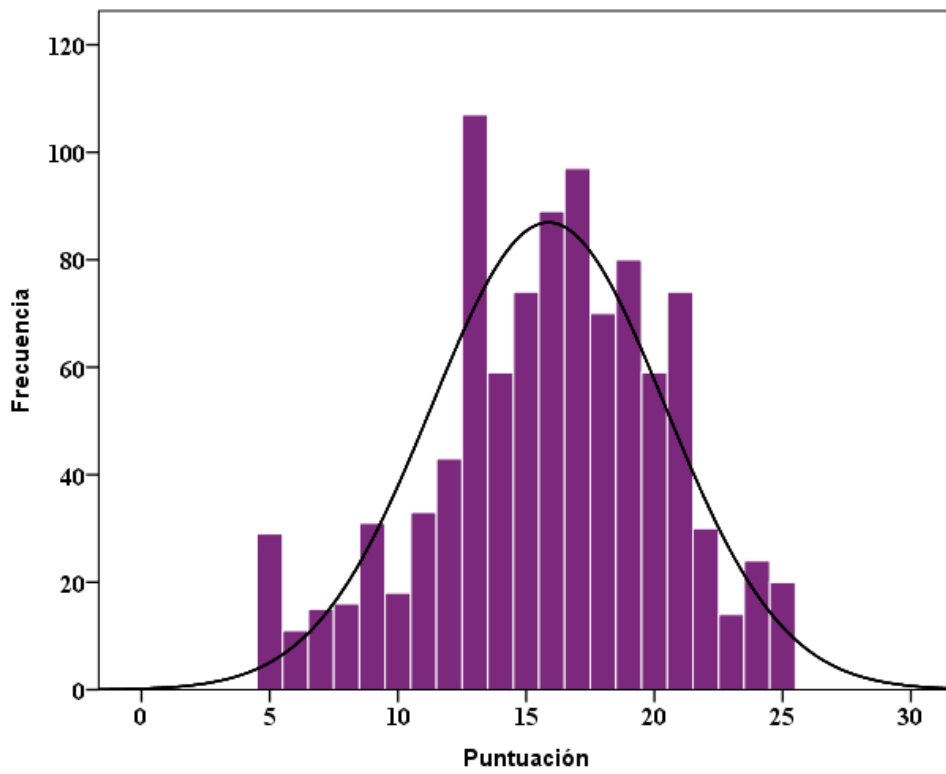


Gráfico 10.10 Distribución de puntuaciones de la CFS del CASI-N.

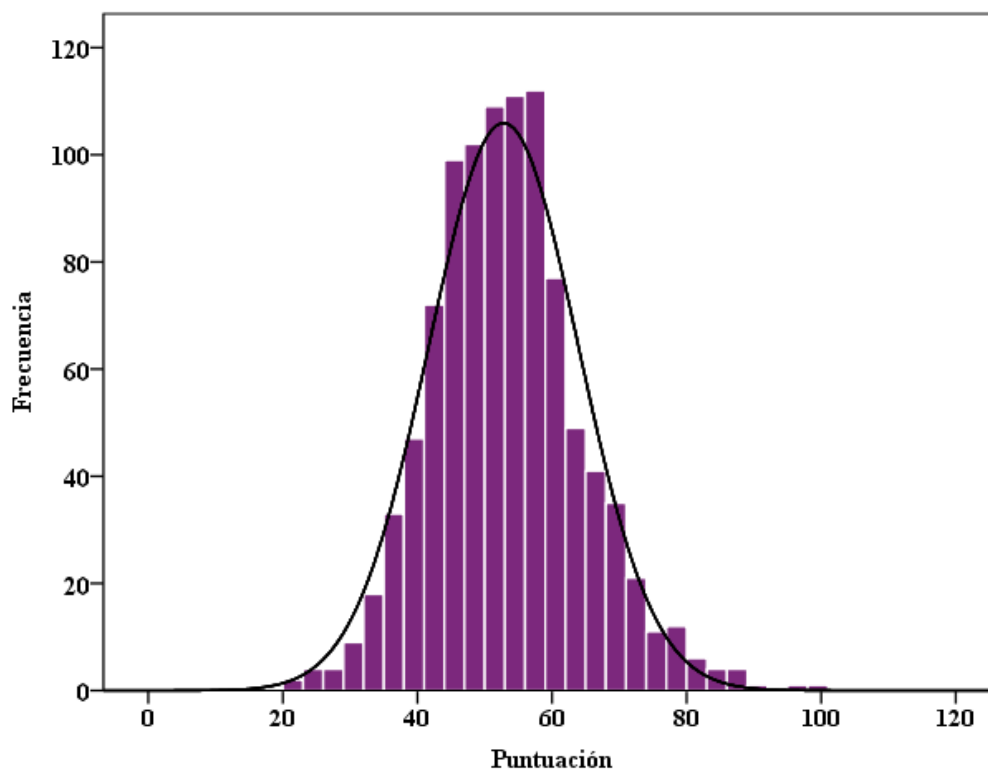


Gráfico 10.11 Distribución de puntuación total del CASI-N

Tal y como se comentó respecto al SCARED, la prueba de K-S es muy sensible a pequeñas desviaciones de la normalidad cuando las muestras son muy grandes, como es el caso del presente estudio ($N = 1004$), por lo que para comprobar la normalidad de las distribuciones de las puntuaciones del CASI-N sería mejor fijarse en los valores de asimetría y curtosis obtenidos y que se recogen en la Tabla 10.18. En el caso de las subescalas y de la escala total del CASI-N, las distribuciones de las puntuaciones de todas ellas obtuvieron índices de asimetría y de curtosis en el rango de ± 1 salvo por la subescala de Angustia frente a la separación (AFS), la cual obtuvo un índice de asimetría de 2,32 y de curtosis de 6,36, por lo que, salvo esta subescala, el resto de subescalas y la escala total del CASI-N parecían mostrar puntuaciones que se distribuían de manera aproximadamente normal. De hecho, esta normalidad también quedaba reflejada en los gráficos de las distribuciones de esas subescalas y de la escala total del CASI-N (compárense los Gráficos 10.7, 10.9, 10.10 y 10.11, en el que las distribuciones de las puntuaciones de las subescalas PFS, OFS, CFS y de la escala total, respectivamente, se

aproximan mucho a una curva normal, frente al Gráfico 10.8 de la subescala AFS, en el que la distribución se aleja notablemente de la curva normal).

En la Tabla 10.20 se recogen, en función de la edad y el sexo de los niños y adolescentes, las medias y desviaciones típicas en la escala total y en las diferentes subescalas del CASI-N que se obtuvieron en la muestra de participantes de este estudio. Los autores de CASI-N señalan que el instrumento está dirigido a niños cuyas edades fluctúen entre 8 y 11 años, sin embargo en este estudio se ha decidido incluir a los escolares de 12 años que estuviesen cursando 6° de primaria por primera vez. De este modo en la Tabla 10.20 se observa que las puntuaciones de las chicas de 8 años son las más altas, siendo superiores a las de los chicos en todos los casos. En los chicos las puntuaciones más altas se observan a la edad de 9 años.

Tabla 10.20. Estadística descriptiva de la escala total y de las subescalas del CASI-N según la edad y el sexo

Sexo	Edad	N	CASI-N Total		PFS		AFS		OFS		CFS	
			M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Chicas	8	73	58,62	10,54	19,16	4,06	9,18	4,78	13,60	5,05	16,67	3,97
	9	116	56,04	13,05	19,30	4,81	7,74	3,88	12,36	5,06	16,70	4,91
	10	125	54,74	10,39	19,34	4,62	7,16	3,47	11,65	4,52	16,60	4,05
	11	97	50,47	9,21	18,49	4,07	6,63	2,85	9,99	3,78	15,40	4,52
	12	41	49,73	11,46	18,53	4,73	5,85	1,84	9,61	4,36	15,71	5,33
Total		451	54,35	11,37	19,05	4,48	7,40	3,71	11,60	4,76	16,30	4,51
Chicos	8	90	52,70	9,93	18,52	4,09	7,11	2,77	11,43	4,62	15,77	4,42
	9	140	54,27	11,97	18,17	5,14	8,21	4,21	11,85	5,06	15,95	4,77
	10	133	53,09	9,93	19,05	4,60	6,59	2,70	11,51	4,36	15,75	4,38
	11	104	48,51	10,48	18,00	4,70	6,23	2,31	9,61	4,30	14,97	4,66
	12	79	46,50	8,54	17,33	4,33	5,83	1,65	8,65	3,17	14,72	4,52
Total		545	51,50	10,76	18,29	4,66	6,91	3,10	10,81	4,58	15,50	4,57

Nota: M: Media; D.T.: Desviación Típica

10.2.2. Validez Factorial

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Al igual que en el estudio anterior, se tiene como objetivo encontrar la mejor estructura factorial del CASI-N y a su vez, obtener evidencia sobre la validez de constructo. Se comienzan los análisis asumiendo una vía exploratoria para verificar si los datos presentan una estructura diferente a la planteada en un principio por la literatura previa. Del mismo modo, los análisis se realizan a través de R (R Core Team, 2015), utilizando el paquete Psych (Revelle, 2015).

El primer paso hacia este objetivo consiste en realizar un análisis paralelo, descrito con anterioridad. El análisis paralelo aconsejó extraer 5 factores. Al igual que en el Estudio I y con el fin de obtener diferente evidencia empírica de la estructura propuesta por el análisis paralelo, mayor información y los pesos factoriales, se realiza un AFE. El procedimiento ULS fue utilizado como estimador por las razones expuestas anteriormente y se impone una rotación tipo oblimin para que los factores pudiesen estar relacionados.

En la Tabla 10.21 se reflejan los pesos factoriales obtenidos con este análisis. Si bien la estructura arrojada por el procedimiento se asemeja a la propuesta por los autores del CASI-N, se aprecia que 1 de los 5 factores está compuesto únicamente por dos ítems. De este modo, si los dos ítems del factor 3 se incorporaran al 2º factor, la estructura quedaría exactamente igual a la comentada originalmente en la literatura. Este hecho incita a inclinarse hacia la estructura propuesta por Méndez et. al (2014).

Tabla 10.21. Pesos factoriales del análisis factorial exploratorio (AFE) del CASI-N

	F1	F2	F3	F4	F5
10. ¿Te preocupa que a tu madre o a tu padre le pase algo malo?		0,86			
13. ¿Te preocupa que tu madre o tu padre sufra un accidente?		0,86			
16. ¿Te preocupa que te pase algo malo a ti?		0,57			
18. ¿Te preocupa tu salud?			0,76		
20. ¿Estás preocupado por si sufres un accidente?			0,90		
06. ¿Te sientes mal en el colegio porque tu madre o tu padre no está contigo?	0,66				
07. ¿Te duele la barriga cuando te separas de tu madre o de tu padre?	0,33				
11. ¿Te cuesta separarte de tu madre o de tu padre cuando te deja en el colegio?	0,91				
14. ¿Tienes ganas de llorar cuando tu madre o tu padre se despide de ti en el colegio?	0,81				
17. ¿Tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si te da ganas de vomitar o te atragantas?	0,51				
01. ¿Intentas telefonar a tu madre o a tu padre si no está contigo?					0,19
02. ¿Protestas cuando tu madre o tu padre te dice que va a salir?					0,66
04. ¿Intentas convencer a tu madre o a tu padre para que no se vaya de viaje?					0,48
05. ¿Te sientes triste cuando estás separado de tu madre o de tu padre?					0,31
09. ¿Te disgusta que tu madre o tu padre salga por la noche?					0,45

Tabla 10.21. Pesos factoriales del análisis factorial exploratorio (AFE) del CASI-N

	F1	F2	F3	F4	F5
03. ¿Estás tranquilo cuando tu madre o tu padre no está contigo?				0,53	
08. ¿Estás tranquilo aunque no puedas hablar por teléfono con tu madre o tu padre?				0,56	
12. ¿Estás tranquilo cuando se hace de noche y no está tu madre o tu padre?				0,62	
15. ¿Estás tranquilo cuando te vas de viaje sin tu madre o sin tu padre?				0,57	
19. ¿Estás tranquilo cuando estás lejos de casa?				0,36	

Nota. Solo se presentan los pesos factoriales iguales o mayores que 0,30.

Al considerar los autovalores de los factores extraídos (véase la Tabla 10.22), se aprecia que no se encontró un primer factor con un autovalor muy superior al de los demás factores, ni que se estuviera en presencia de unidimensionalidad básica, por lo que el modelo bifactor no se contempló en este estudio.

Tabla 10.22. Autovalores resultantes del análisis factorial exploratorio (AFE) en CASI-N

	Autovalor	% de varianza
Factor 1	5,18	14
Factor 2	1,40	10
Factor 3	0,85	8
Factor 4	0,59	9
Factor 5	0,33	8

Análisis factorial confirmatorio (AFC) de los modelos

Una vez agotada la vía exploratoria, se decidió poner a competir los modelos expuestos previamente en la literatura científica. Al obtener resultados en el AFE similares a la estructura de los autores del test y al estar en presencia de un test de reciente publicación en el que no existe un gran debate sobre su estructura factorial, se decidió poner a prueba la estructura original con un modelo unifactorial. Los dos modelos analizados fueron los siguientes:

- 1) El modelo de 4 factores propuesto originalmente por los autores (Méndez et al., 2014)
- 2) El modelo unifactorial de comparación.

Como se señaló anteriormente, para cada uno de los modelos analizados por AFC en este capítulo se exponen los siguientes índices de ajuste: el estadístico ji-cuadrado (χ^2), el comparative fit index (CFI), el Tucker-Lewis index (TLI) y el root mean square error of approximation (RMSEA). En la tabla 10.21 se presentan los distintos índices de bondad de ajuste de los modelos del CASI-N y los valores aceptables para cada uno de ellos. Para realizar estos análisis, se utilizó también el paquete Lavaan (Rosseel, 2012) del entorno R con el estimador robusto ULSMV.

Tabla 10.23 Índices de ajuste para el modelo de 4 factores y el unifactorial para CASI-N

	χ^2	CFI	TLI	RMSEA	P-value RMSEA ≤ 0,08
Modelo de 4 factores	310,7	0,935	0,925	0,039	1
Modelo de 1 factor	1136,5	0,679	0,642	0,085	< 0,001
Valores aceptables		> 0,90	> 0,90	< 0,08	

Al observar la Tabla 10.23 se puede determinar que los índices de ajuste del modelo original de 4 factores son buenos, superiores a 0,90 tanto en CFI como en TLI, e inferior a 0,08 en el RMSEA (Jackson, Gillaspay y Purc-Stephenson, 2009), mientras que los del modelo unifactorial son inaceptables. Se realizó una prueba χ^2 para valorar las diferencias de ajuste entre modelos y así evaluar si las diferencias de desajuste entre ellos son estadísticamente significativas. De este modo, al comparar el modelo de 4 factores ($\chi^2 = 310.7$) con el modelo unifactorial ($\chi^2 = 1136.5$), se evidencia que las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.001$). Constatándose que el modelo de 4 factores presenta una reducción significativa de ji-cuadrado y por lo tanto presenta menor desajuste que el modelo de un único factor.

Tabla 10.24 Correlación entre los factores del CASI-N y con la escala total.

	AFS	PFS	CFS	CASI-N TOTAL
PFS	,193**	,347**	,231**	,683**
AFS	-	,453**	,279**	,557**
OFS		-	,472**	,791**
CFS			-	,750**

La tabla 10.24 refleja los valores obtenidos al analizar la correlación entre cada subescala y entre éstas y la escala total. La correlación más baja entre factores se observa entre AFS y PFS (0,19) y la más alta entre OFS y CFS (0,47). En la Figura 10.2 se refleja la distribución de los ítems en los distintos factores que se obtuvieron a través de la solución factorial con el AFC con sus respectivas saturaciones.

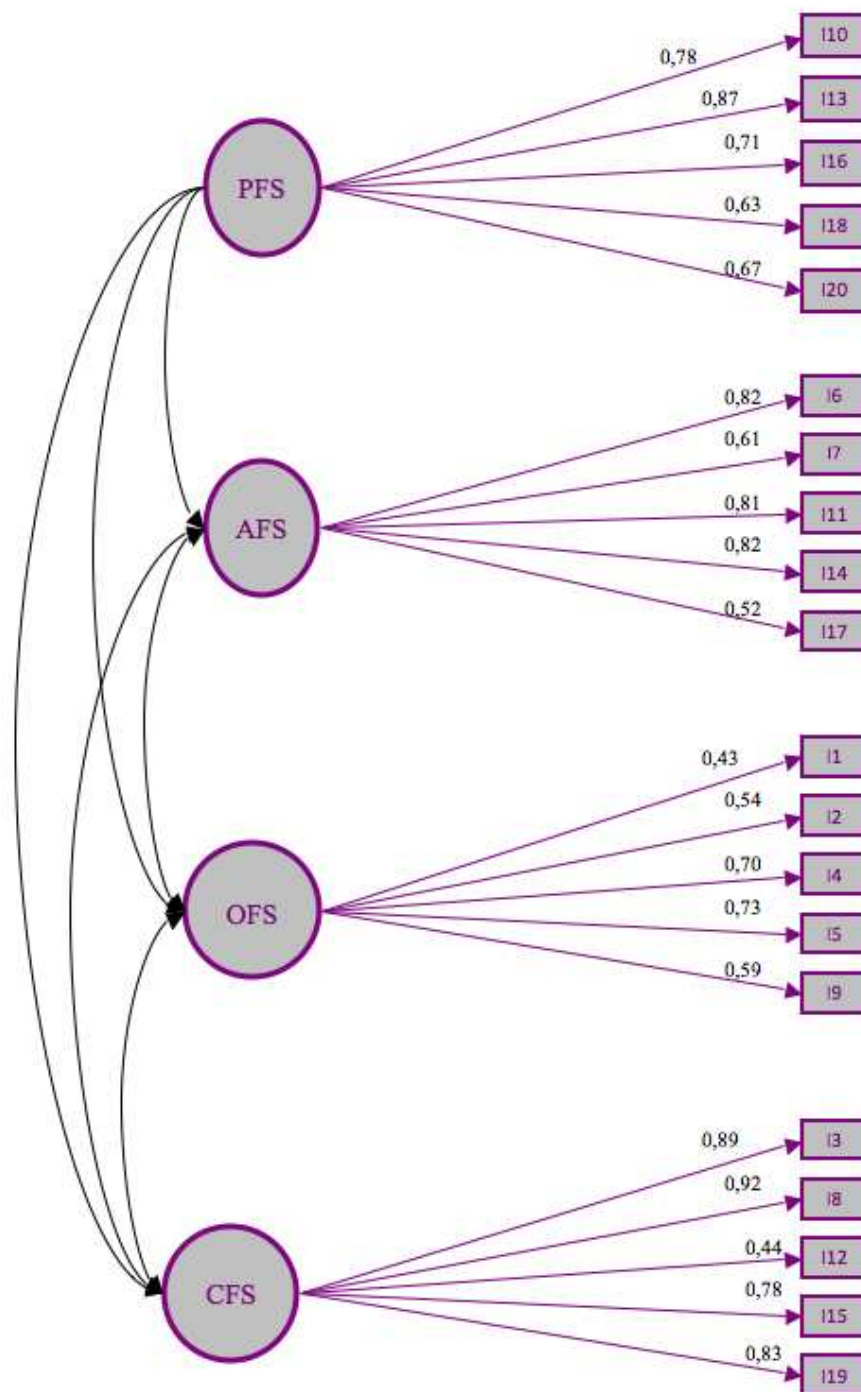


Figura 10.2. Diagrama del análisis factorial confirmatorio (AFC) del CASI-N con sus respectivos pesos factoriales

10.2.3. Invarianza

Tabla 10.25 Resultados de las pruebas de invarianza por sexo en el CASI-N

	CFI	RMSEA	χ^2	Dif. χ^2 (sig.)
Invarianza configuracional	0,819	0,066	1027,5	
Invarianza métrica	0,812	0,065	1068,9	<0,001
Invarianza escalar	0,807	0,065	1105,5	<0,001
Invarianza estricta	0,803	0,065	1126,8	<0,001

Estas pruebas se realizaron para cada nivel de invarianza con el paquete semTools (semTools Contributors, 2015) obteniendo los resultados reflejados en la Tabla 10.25. Se puede apreciar que todos los índices de ajuste CFI y RMSEA calculados son inaceptables, por lo que para poder tomar una decisión se consideraron las diferencias en χ^2 . Los grupos presentaron diferencias en los pesos factoriales ($p < 0.001$) y, por lo tanto, no parecía que existiera invarianza en este instrumento al tener en cuenta el sexo de los sujetos.

10.2.4. Fiabilidad de Consistencia Interna

La fiabilidad de consistencia interna del instrumento se analizó con el índice omega de McDonald para cada una de las subescalas del CASI-N por las razones expuestas anteriormente. También se calculó el índice alfa de Cronbach con el mismo propósito, es decir, comparar los resultados obtenidos en esta muestra con los índices de fiabilidad originalmente encontrados por otros autores.

Tabla 10.26. Índices de fiabilidad del CASI-N

	Omega de McDonald (ω)	Alfa de Cronbach (α)
Preocupación frente la separación	0,77	0,64
Angustia frente a la separación	0,85	0,71
Oposición frente a la separación	0,74	0,66
Calma frente la separación	0,70	0,63
TOTAL		0,73

En la tabla 10.26 se señalan los valores de omega encontrados para cada una de las subescalas, los cuales fueron mayoritariamente buenos ya que oscilaban entre 0,70-0,85. Por lo tanto el CASI-N parece presentar una buena fiabilidad, aunque menor en la última subescala. A su vez, los valores de alfa son ligeramente inferiores a los de omega (0.63-0.73). Al igual que en el estudio anterior, aparentemente, el índice alfa de Cronbach podría estar subestimando la fiabilidad del instrumento.

Para profundizar en el análisis de fiabilidad, se calcularon los índices de consistencia interna de cada uno de los ítems con respecto a las subescalas y el test completo. A continuación se presentan los resultados de medias, varianzas y correlaciones ítem-subescala. Además, se estudiaron las variaciones en el índice alfa de Cronbach si se eliminaba cada ítem.

Tabla 10.27. Índices psicométricos de los ítems de la subescala de Preocupación frente a la Separación

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
10. ¿Te preocupa que a tu madre o a tu padre le pase algo malo?	14,18	16,73	0,347	0,29	0,61
13. ¿Te preocupa que tu madre o tu padre sufra un accidente?	14,03	17,05	0,376	0,31	0,60
16. ¿Te preocupa que te pase algo malo a ti?	14,51	15,076	0,389	0,20	0,59
18. ¿Te preocupa tu salud?	15,73	12,370	0,449	0,36	0,56
20. ¿Estás preocupado por si sufres un accidente?	16,07	12,319	0,46	0,37	0,55

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = Alfa de Cronbach si se elimina ítem

Como se puede ver en la Tabla 10.27, las correlaciones de cada ítem varían con respecto a la primera subescala. En cuanto al alfa, podemos observar que presenta un comportamiento óptimo ya que cualquier eliminación de ítem disminuiría la fiabilidad por consistencia interna de la subescala.

Tabla 10.28. Índices psicométricos de los ítems de la subescala Angustia frente a la Separación

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
06. ¿Te sientes mal en el colegio porque tu madre o tu padre no está contigo?	5,66	7,72	0,52	0,31	0,65
07. ¿Te duele la barriga cuando te separas de tu madre o de tu padre?	5,78	8,83	0,37	0,14	0,70
11. ¿Te cuesta separarte de tu madre o de tu padre cuando te deja en el colegio?	5,71	7,49	0,56	0,36	0,63
14. ¿Tienes ganas de llorar cuando tu madre o tu padre se despide de ti en el colegio?	5,84	8,04	0,56	0,33	0,64
17. ¿Tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si te da ganas de vomitar o te atragantas?	5,53	7,46	0,39	0,16	0,71

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = Alfa de Cronbach si se elimina ítem

En la Tabla 10.28 se aprecia que las correlaciones de cada ítem también varían con respecto a la segunda subescala. Al reparar en los valores de alfa, se puede ver que también presenta un comportamiento óptimo ya que cualquier eliminación de ítem no mejoraría la fiabilidad de la subescala. En el caso del último ítem, su eliminación arrojaría un resultado similar al de la subescala (0.71).

Tabla 10.29. Índices psicométricos de los ítems de la subescala Oposición frente a la Separación

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
01. ¿Intentas telefonar a tu madre o a tu padre si no está contigo?	8,58	15,48	0,322	0,13	0,66
02. ¿Protestas cuando tu madre o tu padre te dice que va a salir?	9,5	16,85	0,40	0,17	0,62
04. ¿Intentas convencer a tu madre o a tu padre para que no se vaya de viaje?	9,11	14,29	0,48	0,24	0,58
05. ¿Te sientes triste cuando estás separado de tu madre o de tu padre?	8,49	14,41	0,47	0,23	0,58
09. ¿Te disgusta que tu madre o tu padre salga por la noche?	8,97	14,87	0,41	0,21	0,61

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = Alfa de Cronbach si se elimina ítem

En la Tabla 10.29 las correlaciones de cada ítem siguen siendo variadas con respecto a la tercera subescala, por lo que se evidencia una vez más que cualquier eliminación de ítem disminuiría la fiabilidad por consistencia interna de la subescala por lo que no convendría eliminar ningún ítem.

Tabla 10.30. Índices psicométricos de los ítems de la subescala Calma frente a la Separación

	M - I	V - I	I - T Cor	R ²	α - I
03. ¿Estás tranquilo cuando tu madre o tu padre no está contigo?	13,10	14,46	0,31	0,17	0,41
08. ¿Estás tranquilo aunque no puedas hablar por teléfono con tu madre o tu padre?	12,90	14,37	0,31	0,17	0,41
12. ¿Estás tranquilo cuando se hace de noche y no está tu madre o tu padre?	12,81	15,00	0,24	0,08	0,46
15. ¿Estás tranquilo cuando te vas de viaje sin tu madre o sin tu padre?	11,83	14,95	0,32	0,17	0,42
19. ¿Estás tranquilo cuando estás lejos de casa?	12,82	15,89	0,18	0,14	0,50

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total de la subescala corregida

R² = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = Alfa de Cronbach si se elimina ítem

Para la cuarta y última subescala vemos en la Tabla 10.30 que las correlaciones de cada ítem siguen siendo variadas. En este caso también la eliminación de ítems disminuiría sustancialmente la fiabilidad por consistencia interna de la subescala.

Tabla 10.31. Índices psicométricos de los ítems de la escala total del CASI-N

	M - I	V - I	I - T Cor	α - I
1. ¿Intentas telefonar a tu madre o a tu padre si no está contigo?	50,2	110,64	0,33	0,72
2. ¿Protestas cuando tu madre o tu padre te dice que va a salir?	51,14	113,82	0,36	0,72
3. ¿Estás tranquilo cuando tu madre o tu padre no está contigo?	50,02	108,30	0,40	0,71
4. ¿Intentas convencer a tu madre o a tu padre para que no se vaya de viaje?	50,74	106,95	0,48	0,70

Tabla 10.31. Índices psicométricos de los ítems de la escala total del CASI-N

	M - I	V - I	I - T Cor	α - I
5. ¿Te sientes triste cuando estás separado de tu madre o de tu padre?	50,12	106,23	0,51	0,70
6. ¿Te sientes mal en el colegio porque tu madre o tu padre no está contigo?	51,31	113,48	0,44	0,71
7. ¿Te duele la barriga cuando te separas de tu madre o de tu padre?	51,44	116,95	0,318	0,72
8. ¿Estás tranquilo aunque no puedas hablar por teléfono con tu madre o tu padre?	49,82	107,85	0,405	0,709
9. ¿Te disgusta que tu madre o tu padre salga por la noche?	50,60	108,89	0,407	0,71
10. ¿Te preocupa que a tu madre o a tu padre le pase algo malo?	48,34	115,89	0,281	0,721
11. ¿Te cuesta separarte de tu madre o de tu padre cuando te deja en el colegio?	51,38	114,49	0,393	0,715
12. ¿Estás tranquilo cuando se hace de noche y no está tu madre o tu padre?	49,75	114,42	0,192	0,730
13. ¿Te preocupa que tu madre o tu padre sufra un accidente?	48,19	116,98	0,274	0,722
14. ¿Tienes ganas de llorar cuando tu madre o tu padre se despide de ti en el colegio?	51,50	116,32	0,359	0,718
15. ¿Estás tranquilo cuando te vas de viaje sin tu madre o sin tu padre?	48,75	120,18	0,046	0,741
16. ¿Te preocupa que te pase algo malo a ti?	48,67	113,73	0,280	0,721
17. ¿Tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si te da ganas de vomitar o te atragantas?	51,18	113,59	0,336	0,717
18. ¿Te preocupa tu salud?	49,91	113,92	0,179	0,733
19. ¿Estás tranquilo cuando estás lejos de casa?	49,74	121,99	-0,021	0,749
20. ¿Estás preocupado por si sufres un accidente?	50,25	111,72	0,245	0,726

M - I = Media total sin el ítem

V - I = Varianza total sin el ítem

I - T Cor = Correlación ítem-total subescala corregida

R^2 = Correlación múltiple al cuadrado.

α - I = Alfa de Cronbach si se elimina ítem

Por último, al considerar el test en su totalidad, se han identificado dos ítems que podrían ser eliminados a fin de mejorar la fiabilidad por consistencia interna: “¿Estás tranquilo cuando te vas de viaje sin tu madre o sin tu padre?” y “¿Estás tranquilo cuando estás lejos de casa?”. Al analizar los datos, se constata que su correlación con el test completo es muy baja, lo que implica que se obtiene una asociación diferente para estos ítems (véase la Tabla 10.31).

10.2.5. Fiabilidad Test-Retest

En cuanto a la fiabilidad test-retest se obtienen los índices de correlación para cada subescala y para la escala total que aparecen en la Tabla 10.32. Como se puede apreciar en esta tabla, los valores de fiabilidad de estabilidad temporal son bastante bajos para la subescalas de Preocupación frente a la separación (0,46) y Calma frente a la separación (0,32), pero, siguiendo los estándares de Prieto y Muñiz (2000), son adecuados, con algunas carencias ($0,55 \leq r < 0,65$) para las subescalas de Angustia frente a la separación y de Oposición frente a la separación, y adecuados para la puntuación total del CASI-N ($0,65 \leq r < 0,75$).

Tabla 10.32. Fiabilidad test-retest del CASI-N

	Fiabilidad test-retest (<i>r</i>)
Preocupación frente a la separación	0,46
Angustia frente a la separación	0,59
Oposición frente a la separación	0,64
Calma frente la separación	0,32
CASI-N TOTAL	0,70

10.2.6. Validez Convergente y Discriminante

La validez de convergencia del CASI-N se establece mediante la realización de correlaciones de Pearson de las diferentes subescalas y del test total del CASI-N con los mismos test que evalúan ansiedad del Estudio I: el IME y, en este caso, el propio SCARED. Por otro lado, la validez discriminante del CASI-N también se estableció mediante el cálculo de correlaciones de Pearson de sus diferentes subescalas y de la escala total con las medidas del CDI. Los resultados de validez convergente del CASI-N con el SCARED ya han sido presentados en el estudio anterior por lo que no se presentan nuevamente en la Tabla 10.33, pero sí se presentan el resto de correlaciones del CASI-N.

Tabla 10.33. Correlaciones del CASI-N con el IME y el CDI

	PFS	AFS	OFS	CFS	CASI-N TOTAL
IME					
Fracaso Escolar	0,117**	n.s.	n.s.	0,107*	0,133**
Malestar Físico	0,216**	0,226**	0,218**	n.s.	0,271**
Evaluación social y escolar	0,162**	0,123**	n.s.	n.s.	0,157**
Ansiedad Anticipatoria y por Separación	0,224**	0,282**	0,105*	n.s.	0,228**
IME TOTAL	0,269**	0,234**	0,193**	n.s.	0,301**
CDI					
Disforia	n.s.	0,333**	0,287**	0,279**	0,328**
Autoestima	0,192**	0,336**	0,316**	0,251**	0,385**
CDI TOTAL	0,120**	0,368**	0,332**	0,291**	0,391**

*= $p < .05$, **= $p < .001$

Nota: n.s. = correlación no significativa. PFS= Preocupación frente a la Separación; AFS= Angustia frente a la Separación; OFS= Oposición frente a la separación; CFS= Calma frente a la separación.

En la tabla 10.33 se puede observar que si bien existen correlaciones positivas y significativas entre las distintas medidas analizadas, las correlaciones del CASI-N con el IME son en su mayoría bajas o débiles, siendo aceptables, es decir superiores a 0,25, solamente la correlación entre Preocupación frente a la separación y la puntuación total del IME y la correlación entre la puntuación total del CASI-N y la puntuación total del IME.

Curiosamente, las correlaciones del CASI-N con el CDI fueron más altas que con el IME, siendo superiores a 0,25 en 12 de las 15 correlaciones, alcanzando, en el caso de la puntuación total del CASI-N, valores de 0,38 con subescala de autoestima del CDI y de 0,39 con la puntuación total del CDI, mientras que la correlaciones de la subescala de Preocupación frente a la separación con el CDI fueron muy débiles o no significativas.

11. Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue analizar las propiedades psicométricas en una muestra de escolares madrileños de dos instrumentos que evalúan la sintomatología ansiosa en niños y adolescentes y sirven para el cribado de distintos trastornos de ansiedad en esa población: el SCARED y el CASI-N. Ello se logró estudiando la validez factorial, la fiabilidad de consistencia interna, la fiabilidad test-retest, la invarianza de la medida respecto al sexo y la validez convergente y discriminante de cada uno de ellos.

11.1. ESTUDIO I

En el Estudio I se presentan los resultados de la calidad psicométrica del SCARED de 41 ítems. En general los resultados sugieren que las propiedades psicométricas del SCARED son buenas, presentando índices satisfactorios.

En función de los valores de asimetría y curtosis obtenidos (en el rango de ± 1), las puntuaciones del SCARED en la muestra de escolares madrileños del presente estudio se distribuyeron de forma normal para la mayoría de sus subescalas y para la escala total, pero no para las subescalas de Trastorno de Pánico/Somatización ni para la subescala de Trastorno de Fobia Escolar. Estos dos últimos resultados no resultan del todo sorprendentes ya que considerando la naturaleza y el formato de respuesta de 3 puntos de los ítems del SCARED y el pequeño número de ítems de sus subescalas, es difícil apresar toda la gravedad sintomatológica ansiosa y quizás lo que sorprende gratamente es la distribución normal de las puntuaciones en el resto de subescalas del SCARED. Es cierto que las pruebas de Kolmogorov-Smirnov para las medidas del SCARED arrojaron

resultados contrarios a la normalidad, pero dichos resultados no fueron considerados fiables ya que con muestras muy grandes, como es la de la presente investigación, dicha prueba es demasiado sensible a pequeñas desviaciones de la normalidad (Harlow, 2014; Leech et al., 2005; Osborne, 2013; Pardo y Ruiz, 2005).

En lo que respecta a la distribución de las puntuaciones según el sexo, los resultados coinciden con los hallazgos realizados en diversos estudios. De este modo, como se ha replicado con anterioridad, las chicas presentan las puntuaciones más altas, en este estudio representado con una medida máxima de 29,56 a los nueve años. Diversas investigaciones señalan que con la edad la sintomatología relacionada a la ansiedad por separación tiende a disminuir, mientras que la relacionada con la ansiedad generalizadas tiende a cobrar mayor relevancia (Hale et al., 2011; Doval et al., 2011).

En cuanto a la validez factorial del SCARED, con los datos obtenidos en el Estudio I y la aplicación del criterio de parsimonia, esta investigación se inclina, a diferencia de los resultados de Vigil-Colet et al. (2009), por la solución factorial de cinco factores para el SCARED, lo que concuerda con la propuesta original realizada por Birmaher et al. (1999) y por la planteada por Doval et al. (2011).

En cuanto a la validez de convergencia se encontró que el SCARED correlaciona de forma positiva y significativa con el CASI-N y el IME. Considerando que ambos instrumentos evalúan miedos o ansiedad, según los criterios señalados por Prieto y Muñiz (2000), gran parte de las correlaciones que se observan fueron adecuadas ($0,40 \leq r < 0,50$). La correlación más elevada se presentaba entre la subescala de Fobia Social y la escala total del CASI-N ($r = 0,62$). Sin embargo, en contra de lo que cabría esperar, la correlación entre las subescala de Trastorno de Ansiedad de Separación (TAS) del SCARED y la subescala de Ansiedad anticipatoria y por separación del IME ($r = 0,25$) correlacionan según los mismos criterios de manera adecuada, pero con algunas carencias ($0,25 \leq r < 0,40$).

A su vez, y en contra también de lo que se esperaba, la correlación entre la subescala de Trastorno de Ansiedad de Separación del SCARED y el CASI-N, tanto total como sus subescalas, presentan bajos niveles de correlación, de manera que los valores fluctúan

entre 0,10 y 0,35. Méndez et al. (2014) presentaban correlaciones entre estas mismas variables que oscilaban entre 0,32 y 0,62.

Por otro lado, la escala total del SCARED mostró una correlación positiva, significativa y grande con la escala total del CDI, con un $r = 0,58$. Aunque se desearía que esto no fuese así, y que el SCARED fuese un instrumento que discriminara entre los trastornos interiorizados, la correlación entre sus medidas es esperable dado el solapamiento entre las definiciones de ansiedad y depresión existentes (Sanz y Navarro, 2003) y el alto nivel de comorbilidad que se ha encontrado en diversos estudios (Angold y Costello, 1993; Goodyer, Herbert, Secher y Pearson, 1997).

Teniendo en cuenta que la variable sexo ha sido considerada importante en el estudio de la ansiedad infato-juvenil se decidió realizar pruebas de invarianza del instrumento. Los resultados obtenidos respaldan la presencia de invarianza métrica en relación con el sexo, por lo que su aplicación parece adecuada tanto en chicos como en chicas ya que en ambos grupos presenta una estructura parecida.

En el análisis de consistencia interna, utilizando el alfa de Cronbach, se comprobó que el SCARED total presenta un valor de 0,89 indicando que la fiabilidad de la escala es elevada o excelente según los estándares de Prieto y Muñiz (2000). Por tanto, la escala total, al igual que el resto de subescalas cuyos índices alfa de Cronbach oscilan entre 0,63-0,81, tienen valores de consistencia interna ligeramente superiores a los encontrados por Doval et al. (2011) y que oscilaban en un rango entre 0,44 y 0,72 . En comparación con los valores originales (Birmaher et al., 1999), se puede observar que los autores obtienen índices superiores tanto en la escala total (0,91) como en el resto de las subescalas. Al considerar los valores obtenidos en otras muestras con población española (Vigil-Colet et al., 2009; Hale et al., 2013) se aprecia bastante similitud.

Un aspecto en el que todas las investigaciones coinciden es la baja consistencia interna que presenta la subescala de Fobia Escolar, teniendo en la presente investigación un valor de 0,63. Autores como Vigil-Colet et al. (2009) o Wren et al., (2007) han optado por distribuir los ítems correspondientes a esta subescala en otras subescalas, ya sea en la de Ansiedad Generalizada o en la de Ansiedad por Separación. Otros, como Ogliari et al. (2006), los han eliminado dada su baja saturación o peso factorial. Sin embargo, autores

como Doval et al. (2011) señalan que estos valores podrían deberse a que dicha subescala sólo cuenta con cuatro ítems, pero consideran que aún así es relevante complementar el diagnóstico de fobia a la escuela, puesto que generalmente se asocia al fracaso escolar por una parte y a la ansiedad por separación por otra. En esta investigación se puede observar que los ítems que definen esta escala aparecen claramente asociados en términos de contenido tal y como demuestran los resultados del análisis factorial, aunque su alfa de fiabilidad de consistencia interna presente carencias.

Por otro lado, al calcular el índice de fiabilidad ω de McDonald, considerado más preciso para las características de las variables estudiadas, se obtienen valores que oscilan entre 0,76 y 0,89 para cada una de las subescalas. Como se puede apreciar, todos ellos fueron valores superiores a los obtenidos mediante el índice alfa, por lo que este índice parece subestimar los valores de fiabilidad del instrumento. Cabe señalar que al tratarse de un procedimiento basado en pruebas factoriales, a través de ω de McDonald no se obtiene un índice de la escala total, ya que la escala está subdividida en factores.

En relación con la estabilidad temporal se puede señalar que los valores, que oscilan entre 0,65 y 0,78, son en general adecuados según los criterios señalados por Prieto y Muñiz (2000). Cabe señalar que salvo los índices de las subescalas de TAS y TAG, en el resto de las subescalas y en la escala total, los valores obtenidos en esta investigación son superiores a los obtenidos por Doval et al. (2011) y que fluctuaban entre 0,55 y 0,76.

11.2. ESTUDIO II

En el Estudio II se presentan los resultados de la calidad psicométrica del CASI-N. A partir de éstos y considerando los estándares planteados por Prieto y Muñiz (2000), se puede decir que las propiedades psicométricas de este instrumento son adecuadas.

En relación con la distribución de las puntuaciones, tanto la puntuación total del CASI-N como las puntuaciones de todas sus subescalas, salvo las de la subescala de Angustia frente a la Separación, parecen distribuirse de manera razonablemente normal, al menos a tenor de los valores de asimetría y curtosis obtenidos, puesto que, al igual que ocurrió con el SCARED, los resultados contrarios a la normalidad de la prueba de Kolmogorov-Smirnov no fueron considerados fiables ya que con muestras muy grandes,

como es la de la presente investigación, es demasiado sensible a pequeñas desviaciones de la normalidad (Harlow, 2014; Leech et al., 2005; Osborne, 2013; Pardo y Ruiz, 2005).

En lo que respecta a la distribución de las puntuaciones según sexo, al igual que en los resultados obtenidos por Méndez et al. (2014), las chicas puntúan más alto que los chicos, con medias de 54,35 y 51,50, respectivamente. Por otro lado, se corrobora que se da una disminución de la sintomatología asociada a la ansiedad por separación conforme los escolares evaluados son mayores. En el caso de las chicas la media desciende desde $M = 58,62$ a los ocho años a una $M = 49,73$ a los doce años; en el caso de los chicos, desciende de $M = 54,27$ a los nueve años (superior que la media de los chicos de ocho años) a una $M = 46,50$ a los doce años.

Coincidiendo con la estructura factorial plateada por los autores, los resultados de esta investigación dan cuenta de una solución factorial de cuatro factores para el CASI-N. Tres de ellos coinciden con las tres dimensiones que evalúan respectivamente los tres tipos de respuesta frente a la ansiedad, es decir, excesiva y persistente preocupación acerca de la pérdida o el daño a las figuras de apego o a sí mismo/a, angustia recurrente y excesiva en el niño/a al ser separado/a de sus figuras de apego, y resistencia o negativa a aceptar la separación de las figuras de apego (Méndez et al., 2014).

El cuarto factor que se obtiene en el CASI-N está compuesto por cinco ítems que desempeñan una doble función A diferencia de otros instrumentos revisados en la literatura científica que evalúan la sintomatología ansiosa, el CASI-N cuenta con ítems que constituyen una dimensión positiva que da cuenta de la percepción de autoeficacia que presentan los escolares en los momentos en que se encuentran lejos de sus figuras significativas, ya sea estando solos en casa u hospedándose en otros lugares. A su vez, dada la redacción inversa de estos ítems, permiten controlar de alguna manera, los sesgos de respuesta que pudiesen presentarse en los escolares, ya fuesen sesgos de deseabilidad social, aquiescencia, respuesta extrema o indecisión.

En cuanto a la validez de convergencia se encontró que tanto las subescalas como la escala total del CASI-N correlaciona de manera significativa, positiva y débil con la mayorías de las subescalas y escalas totales de los instrumentos de ansiedad utilizados, a excepción de lo ya mencionado con la subescala de Fobia Social del SCARED. Las

correlaciones con el IME y sus respectivas subescalas prácticamente son todas inadecuadas según los criterios señalados por Prieto y Muñiz (2000).

Al momento de analizar los resultados obtenidos en el análisis correlacional de las dimensiones evaluadas por el CASI-N con las del CDI, se hubiese esperado que el factor de CFS (calma frente a la separación) del CASI-N correlacionara negativamente con los factores de disforia y autoestima negativa del CDI así como con su puntuación total, ya que como se mencionó anteriormente, a nivel teórico la cuarta subescala del CASI-N corresponde a un factor positivo que daría cuanta de confianza en si mismo/a y percepción de autoeficacia positiva que pudiese presentar un escolar, sin embargo no fue así y presentó correlaciones positivas significativas de 0,279 (con disforia), 0,251 (con autoestima negativa) y 0,291 (con la puntuación total del CDI). En el estudio realizado por Méndez et al. (2014) solo se presenta el valor de correlación entre el factor de Calma frente a la separación y el CDI total, siendo este significativo y positivo y con un valor (0,27) similar al obtenido en la presente investigación, por lo que parece claro que futuras investigaciones debería analizar en profundidad el contenido de los ítems de esta subescala del CASI-N y la naturaleza del constructo que pretenden medir.

En relación con la fiabilidad, entendida como consistencia interna, los resultados en esta investigación sugieren que el CASI-N muestra unos índices de fiabilidad adecuados según los estándares de Prieto y Muñiz (2000), presentando un alfa de Cronbach igual a 0,73 en la escala total. Cabe destacar que los autores obtienen índices superiores a los encontrados en este estudio para todas las subescalas y la escala total. De este modo el alfa encontrado para la escala total por Mendez et al. (2014) fue de 0,82 y el alfa para las subescalas osciló entre 0,72 y 0,83, mientras que en esta muestra los valores de alfa para las subescalas fluctuaron entre 0,63 y 0,71, es decir, según los estándares de Prieto y Muñoz, entre adecuados con algunas carencias para tres de la subescalas y adecuado para la restante.

Por otro lado, en la presente investigación todos los ítems del CASI-N mostraron índices de consistencia interna adecuados (correlaciones corregidas ítem-total por encima de 0,30). Sólo se identificó que los ítems 15 y 19 prácticamente no tienen relación estadísticamente significativa con la puntuación total del CASI-N, por lo que podrían ser reformulados o eliminados.

Finalmente, al calcular el índice de fiabilidad ω de McDonald se obtienen valores que oscilan entre 0,74 y 0,85 para cada una de las subescalas, valores superiores a los obtenidos mediante el índice alfa, por lo que al igual que en el caso del Estudio I, el índice alfa parece subestimar los valores de fiabilidad del instrumento.

En relación con la fiabilidad de estabilidad temporal, al igual que en términos de la fiabilidad de consistencia interna, los resultados obtenidos en esta investigación son inferiores a los obtenidos por los autores originales del instrumento. De este modo, en esta investigación el índice de fiabilidad test-retest para la escala total es 0,70, considerado adecuado según los criterios de Prieto y Muñiz (2000). En las subescalas, los índices fluctúan entre 0,32 para el factor de Calma frente a la separación (CFS) y 0,64 para el factor de Oposición frente a la separación (OFS), mientras que los índices encontrados por Méndez et al. (2014) oscilan entre 0,66 para CFS y 0,70 para OFS, con una correlación test-retest de 0,83 para la escala total.

11.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En general, los resultados del presente estudio permiten concluir que la versión española del SCARED y el CASI-N tienen buenas propiedades psicométricas en población infanto-juvenil madrileña, pudiendo ser buenos instrumentos para la detección de sintomatología ansiosa en escolares. Sin embargo, esta conclusión general como las conclusiones específicas sobre sus propiedades psicométricas a las que se ha llegado en los epígrafes anteriores deberían considerarse en el contexto de algunas de las limitaciones que tiene la presente investigación y otros aspectos de los propios instrumentos evaluados y de los instrumentos utilizados para su validación.

Schniering, Hudson y Rapee (2000) señalan que existe evidencia que apunta a que los niños menores de 11 años presentan dificultades para responder preguntas complejas, con lo que sugieren que los reactivos de los ítems deberían ser sensibles a esta situación. A su vez se ha comprobado que el hecho de que los niños contesten en los autoinformes dependerá del desarrollo cognitivo que hayan alcanzado en el momento de la evaluación, del desarrollo del lenguaje (comprensivo y expresivo), del nivel comprensivo que tengan de las emociones, del concepto de sí mismo/a, autoconciencia, la percepción de los demás, los niveles de discapacidad social, etc.

Considerando lo anterior, es importante mencionar que si bien en la versión española del SCARED de Vigil-Colet et al. (2009) se señala que se utilizó el método de retrotraducción descrito por Hambleton (2005), al igual que en la versión de Domenech et al. (2002), la traducción o contenido de algunos ítems del SCARED llaman la atención. Así, por ejemplo, la traducción del ítem 19 “*I get shaky*” como “me pongo inestable, agitado” en Vigil-Colet et al. (2009) y como “me siento tembloroso/a” en Domenech et al. (2002), puede que carezca de sentido para un escolar de 8 o 9 años, incluso para uno de 12 años si se considera que además es un reactivo que no hace referencia a ninguna circunstancia específica ni se presenta en un contexto determinado, como sí lo hacen otros ítems del test al señalar “cuando me siento asustado...” o “cuando me asusto...”.

La misma apreciación merece la traducción realizada en el ítem 23 “*I am a worrier*” como “soy un aprensivo” (Vigil-Colet et al., 2009), palabra que difícilmente se encontrará en el léxico de niños de 3°, 4°, 5° o 6° de primaria. De hecho, gran parte de los escolares evaluados preguntó por el significado de esta palabra durante la aplicación del instrumento, sin considerar a aquellos que no se atrevieron a preguntar o a los que les fue indiferente del todo.

En esta misma línea surge la duda en relación con qué entenderán los niños encuestados por “ataques de pánico o ansiedad” (ítem 30).

Estos cuestionamiento no han tenido posibilidad de respuesta en este estudio al no haberse realizado entrevistas individuales y por tanto carecer de una variable criterio.

Otro aspecto que llama la atención es que tanto chicas como chicos puntúan muy cercano a 20, puntuación máxima, en la subescala de Preocupación frente a la separación del CASI-N, lo que hace suponer que puede que el constructo “preocupación” esté generando confusión o siendo interpretado por parte de los escolares en el momento de contestar a dichos reactivos, de una manera distinta al objetivo de los autores. Así, por ejemplo, el ítem “Te preocupa que a tu madre o a tu padre le pase algo malo” podría ser interpretado como “Te importa o importaría que a tu madre o padre le pase o pasara algo malo” o “te afectaría que a tu madre o padre le pasara algo malo”.

En esta línea, Schniering et al. (2000) hacen mención a la investigación realizada por Campbell, Rapee, y Spence (1996) en la que estos autores examinaron la forma en que los niños interpretaban las instrucciones en un autoinforme que evaluaba los niveles de preocupación. Los reactivos fueron redactados de distintas maneras y aplicados a niños de 5 a 16 años y a adultos. Los resultados mostraron que los adultos equiparaban el término preocupación a la frecuencia en que pensaban en determinada situación, separándolo del grado de aversión o rechazo que les causaría si dicha situación ocurriese.

Por el contrario, los niños menores de 10 años de edad equiparaban el término preocupación al nivel de aversión que les causaba determinada situación, considerando la frecuencia de pensamiento como un constructo distinto a preocupación. En niños mayores, los resultados fueron similares a los de los adultos en términos de interpretación de los reactivos, lo que daría cuenta de los cambios que se producen a estas edades en términos de desarrollo, comprensión y manejo de lenguaje.

Por ende, pareciese ser que los escolares interpretan el hecho de preocuparse por una determinada situación como lo mal que los haría sentir un determinado evento en vez de la frecuencia con la que piensan en ello, lo que podría explicar los resultados obtenidos en la subescala de PFS del CASI-N y sería un aspecto a considerar al momento de sopesar los resultados obtenidos tras la aplicación de estos instrumentos.

Por otro lado, el haber utilizado el CDI como instrumento para el estudio de la validez discriminante también ha generado algunos cuestionamientos. Si bien es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar sintomatología depresiva en población infanto-juvenil, no deja de ser un instrumento creado hace más de 35 años, basado en un modelo destinado a la evaluación de adultos, el que a pesar de haber sido estudiado a lo largo de estos años no ha recibido las modificaciones que parecieran necesarias.

De este modo, los hallazgos realizados por Huang y Dong (2014) plantean una solución factorial de 4 factores para el CDI en español, sugiriendo la necesidad de revisar, modificar y renombrar las dimensiones que evalúa el CDI en población española. Llama la atención que este cambio aún no se haya producido, considerando la investigación llevada a cabo por García et al. (2008) a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, comparando las soluciones de tres, cinco y seis factores, en los que sus resultados

muestran que el modelo que mejor reproduce la estructura del CDI es el de 5 o 6 factores, incluyendo: Anhedonia, Afectos negativos, Externalización, Problemas Escolares y Autoestima negativa.

En términos de la muestra de participantes, al ser una muestra incidental o de conveniencia, está compuesta por alumnos pertenecientes a centros educativos de Valdemoro que estuvieron dispuestos a participar en la investigación, sujetos a su vez a la autorización de sus respectivos padres. Ello implica que no se siguieron criterios de selección de muestreo aleatorio respecto a otros centros educativos de Madrid o de otras ciudades españolas, lo que repercute directamente en la representatividad y la posibilidad de generalizar los resultados encontrados.

Futuras investigaciones sobre estos instrumentos deberían tratar de solventar esta limitación utilizando procedimientos de muestreo de escolares más adecuados. Del mismo modo, la replicación de esta investigación en una muestra distinta también podría ayudar a mejorar su validez externa.

Finalmente, cabe destacar que los instrumentos analizados en esta investigación, a diferencia de instrumentos como el FSSC-R, el RCMAS o el STAIC, por mencionar algunos, no están basados en instrumentos desarrollados para adultos, lo que aumenta las probabilidades de que sus autores hayan sido sensibles a las características específicas de niños y adolescentes.

Ello se ve claramente reflejado en que una de las situaciones que abordan los autores del CASI-N es construir un instrumento destinado a un rango etario más acotado, considerando que el desarrollo tanto cognitivo como emocional-afectivo y la propia sintomatología, varía bastante dependiendo de la edad del escolar. A su vez, generan un instrumento con una cantidad de ítems más adecuada a la capacidad de atención y concentración que tienen los niños, pretendiendo evitar que éstos se aburran o fatiguen al momento de ser evaluados, aumentando con ello las probabilidades de obtener respuestas más verídicas y menos azarosas con lo que a su vez podría suponerse que los falsos negativos y positivos descenderían.

12. Conclusiones

La presente tesis pretende generar un aporte en el espacio de reflexión e investigación en relación con los temas que atañen a la evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes y, en general, a la salud mental infanto-juvenil.

Según el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001, la falta de una adecuada salud mental en las primeras etapas de la vida, puede llevar a trastornos mentales con consecuencias a largo plazo.

En un estudio realizado por Costello et al. (2005), se señala que los trastornos de ansiedad y depresión son los trastornos emocionales de mayor prevalencia experimentados en la niñez y la adolescencia. Estos trastornos suelen ocurrir de manera conjunta, ya sea simultáneamente o secuencialmente, y van a estar asociados al deterioro del funcionamiento familiar, académico y social, con el subsecuente riesgo de desarrollar trastornos más graves con posterioridad (O'Neil et al., 2010).

En el 2005, Huang señalaba que los problemas de salud mental y adaptación que aquejaban a los niños se encontraban en un estado de crisis de salud pública. Diez años después, se puede constatar que si bien la preocupación por el bienestar general de los niños ha ido creciendo de un modo exponencial, a la fecha pareciera ser que no ha sido suficiente, considerando que los problemas de sufrimiento y desadaptación que padecen los niños en la actualidad son múltiples, variados y operan en diversos niveles.

Cabe destacar que el 75% de los problemas de salud mental en la edad adulta, tuvo su inicio en la edad escolar o adolescente (Costello, Foley et al., 2006). En un estudio de largo alcance, se encontró que el 80% de adultos con historia de depresión mayor,

trastorno de ansiedad, o adicción a las drogas, presentaron sintomatología de inicio antes de los 20 años (Burke, Burke, Regier y Rae, 1990)

El diagnóstico de síntomas depresivos y/o ansiosos en la población de niños y adolescentes, es un reto para el clínico, dadas las características, en ocasiones atípicas, de estos cuadros en grupo de edad infanto-juvenil. En España, al igual que en muchos otros lugares del mundo, los trastornos psicológicos en niños reciben poca atención desde el sistema sanitario. Los niños y adolescentes con síntomas de ansiedad consultan primero al pediatra y se presentan con miedo o preocupaciones, sin reconocerlos como pensamientos irracionales. Comúnmente tienen quejas somáticas de cefalea, dolor de abdominal, llanto, irritabilidad y enfado, que pueden ser mal interpretados como oposición o desobediencia; cuando en realidad representan la expresión del miedo o ansiedad o el esfuerzo del niño o adolescente por evitar el estímulo que le causa miedo o ansiedad (OMS, 2003)

La mayoría de las personas, incluso muchos médicos, consideran que los síntomas asociados a la ansiedad y la depresión son síntomas exclusivos del adulto y que si éstos se encuentran en un niño o en un adolescente, probablemente serán secundarios a conductas destinadas a llamar la atención o a querer manipular su entorno psicosocial. Existe desconocimiento y desinterés por parte de los profesionales de la salud, padres y profesores, en la identificación temprana de alteraciones mentales y del comportamiento en niños y adolescentes (De Zurbiría Samper, 2007; Murray y Lopez, 2000; ambos citados en Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán y Granados, 2011).

Por otro lado, la saturación de los servicios de salud mental es una realidad tangible que se ve reflejada en el ratio de pacientes atendidos por profesional y en largas listas de espera. En la Comunidad Autónoma de Madrid, los problemas psíquicos con evidente base o consecuencias orgánicas están contemplados en el sistema sanitario, pero aquellos que tienen raíces o consecuencias conductuales tienen una atención muy escasa. Una de las razones por las que ocurre esto es porque los centros no cuentan con el personal necesario para cubrir las necesidades imperantes en éste ámbito. En algunos centros de salud hay asistencia psicológica, pero la demanda es tan grande que la frecuencia de visitas para asistencia psicológica es de una vez al mes.

Esta situación se ve agravada por el hecho de que en la actualidad no existe formación específica ni desde la psiquiatría ni desde la psicología de profesionales

especializados en el ámbito de la salud mental infantil y tampoco existen políticas públicas sobre el fomento de la prevención y la promoción de la salud psicológica infanto-juvenil.

La posibilidad de subsanar esta gran brecha pareciera estar bastante lejos, por lo que se hace necesario otro tipo de intervención preventiva. Es decir una labor preventiva de casos, a través de la búsqueda activa de casos premórbidos o mórbidos, lo que exige una labor de cribado para localizarlos. El contexto que permitiría llevar a cabo esta labor es educativo.

España está vinculada a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud desde 1993 y, desde la Reforma Educativa de 1992, la educación para la salud está integrada como tema transversal en el currículum educativo. Ello ha permitido que se generen condiciones favorables para que el profesorado, junto con la comunidad escolar y la colaboración de profesionales sociosanitarios, puedan abordar la salud en la escuela desde las primeras etapas educativas.

Sin embargo, parece que el desarrollo de la promoción de la salud en la escuela es lento. Según la información disponible en el Ministerio de Educación y Ciencia, el número de centros educativos vinculados a la Red no es muy alto y, debido a que las competencias en educación y salud están transferidas a los gobiernos autonómicos, la situación es muy desigual entre unas comunidades y otras.

Paradójicamente, la Comunidad de Madrid realiza todos los años a partir del 2005, Pruebas de Conocimientos y Destrezas Indispensables (Pruebas CDI) a los alumnos de 6º curso de Educación Primaria y de 3º de Educación Secundaria Obligatoria a fin de evaluar el grado de adquisición de los conocimientos y destrezas que se consideran indispensables para cada una de las etapas. La prueba tiene carácter formativo y orientador para los centros, para los padres y para los alumnos y sirve, además, para orientar a la Administración educativa respecto a la eficacia de sus planes y actuaciones.

Pareciera ser que aún no se ha generado la conciencia a nivel social que permita darle prioridad al desarrollo de habilidades para afrontar las diversas situaciones de la vida, facilitando y fortaleciendo así el desarrollo psicológico normal, lo que a su vez reduciría las probabilidades de psicopatología, fomentando el bienestar global, tanto a nivel individual como social, lo que se proyectaría a medio y largo plazo.

El foco del cambio no debería ser solo la disminución o alivio de la sintomatología; las tendencias actuales en intervención infantil deberían (y muchas ya lo están) estar enfocadas hacia focos de cambio más amplios que posibiliten al niño un mejor funcionamiento en sus contextos de vida (familia, colegio, pares, etc.). Es decir, una aproximación basada en el aprendizaje de estrategias o habilidades en el contexto de la colaboración familiar parece más apropiada que la búsqueda restringida de la baja sintomatología.

Desde la psicología se pueden realizar diversos aportes. Uno de ellos es la psicoeducación y la orientación tanto para padres, abuelos, profesores y cualquier otro adulto que interactúe con niños y/o adolescentes. Desde ahí entregar información respecto al desarrollo normal y perturbado de las distintas etapas de la infancia y adolescencia, entrenar en estilos de socialización adecuados y actitudes que favorezcan el logro de una vinculación sana, todo ello teniendo en cuenta que mientras menor es el niño(a), mayor será su dependencia del mundo de los adultos.

Por otro lado, desde la investigación, generando estudios epidemiológicos que permitan generar cifras a partir de las cuales ajustar el número y tamaño de las acciones. De ahí la importancia de contar con instrumentos de cribado, que como se señalaba anteriormente, permitan realizar evaluaciones en edades tempranas.

En relación con la evaluación, la situación está mejorando, aunque aún existen muchos problemas. La evaluación directa a niños pequeños es difícil ya que a menudo carecen de las habilidades cognitivas y el léxico necesarios para hablar acerca de sus emociones, preocupaciones y miedos. Sin embargo, a diferencia de lo señalado por Bragado et al. (1996), autores como Angold (2005) señalan que cada vez más los padres resultan ser mejores informantes de lo que ocurre con el mundo interno de sus hijos.

De todo ello se desprende que es indispensable la colaboración y el aprendizaje de diversos campos de conocimiento para poder implementar un sistema integrado e interdisciplinario para el trabajo con niños y adolescentes, y en este contexto contar con instrumentos con buenas propiedades psicométricas para identificar la presencia de problemas de ansiedad en niños y adolescentes es un paso necesario.

En este sentido, los resultados de la presente investigación permiten concluir que:

- 1) El SCARED es un instrumento que en la población infanto-juvenil madrileña presenta, en general, adecuadas propiedades psicométricas de distribución normal de sus puntuaciones, validez factorial, invarianza de la medida respecto al sexo, fiabilidad de consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente para medir la sintomatología de ansiedad en general y la sintomatología de ansiedad relacionada específicamente con el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad por separación, la fobia específica y la fobia escolar.
- 2) El CASI-N es un instrumento que presenta, en general, adecuadas propiedades psicométricas de distribución normal de sus puntuaciones, validez factorial, invarianza de la medida respecto al sexo, fiabilidad de consistencia interna y fiabilidad test-retest y validez convergente para medir en la población infanto-juvenil madrileña la sintomatología de ansiedad por separación.
- 3) La validación del SCARED y del CASI-N, como el de cualquier instrumento psicológico, es un proceso sin fin que requiere nuevas investigaciones y, en esta línea, sería deseable que las futuras investigaciones abordaran algunos puntos débiles del SCARED y del CASI-N, en particular su validez discriminante respecto a la depresión, la cual quizás no sea un punto débil en sí mismo, sino tan solo la manifestación de las dificultades teóricas y empíricas que tiene la investigación psicológica para distinguir la depresión y la ansiedad en niños y adolescentes.
- 4) A la espera de esas nuevas investigaciones, la constatación en esta tesis doctoral de las buenas propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N permiten aumentar el arsenal de instrumentos de evaluación y cribado psicopatológicos, en concreto, de evaluación y cribado de la ansiedad, con el que cuentan los psicólogos españoles en el ámbito infanto-juvenil, lo que tiene gran importancia dada la gran relevancia social y clínica que tienen los problemas y trastorno de ansiedad en la infancia y la adolescencia, y dada la necesidad que se tiene de contar con instrumentos fiables y válidos para abordar dichos problemas y trastornos, tanto desde el punto de vista de la práctica clínica como desde el punto de vista de la investigación.

13. Referencias

- Abikoff, H., Gittelman-Klein, R., y Klein, D. F. (1977). Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 772-783.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness Depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358- 372.
- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackerman, N. W. (1956). Psychoanalytic principles in a mental health clinic for the preschool child and his family: a critical appraisal of an experiment in community mental health. *Psychiatry, 19*(1), 63-76.
- Ainsworth, M. D., y Bell, S. M. (1970/1978). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño, vol. 1*. Madrid: Alianza.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana, 2*(1), 37-44.

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Almonte, C., Montt, M., y Correa, A. (2005). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson. (Original en Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. (Traducción española en Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014).
- Anderson, J., Williams, S., McGee, R., y Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Angold, A., & Costello, E. J. (2000). The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 39-48.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/354/1/119.pdf>
- Barkley, R. (1988). Child behavior rating scales and checklist. En M. Rutter, A.H. Tuma y I.S. Lann (eds.) *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. David Fulton Publisher. London.
- Barrett, P. M., Lowry-Webser, H. y Turner, C. (2000). *FRIENDS program for children*. Brisbane: Australian Academic Press.

- Bateson, G. (1979/1993). *Mind and nature: a necessary unity (advances in systems theory, complexity, and the human sciences)*. Cresskill, NJ: Hampton Press. (Trad. en español: *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu).
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clin North Am.*, 32 (3), 483-524
- Bell-Dolan, D. J., Last, C. A., y Strauss, C. C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 759-765
- Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., ... y Wilansky, P. (2015). Preventing child and adolescent anxiety disorders: overview of systematic reviews. *Depression and Anxiety*. doi: 10.1002/da.22400
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P. Parra, J. C., Polo, A., Sueiro, M. J., y Velázquez de Castro, F. (2006). *CUIDA. Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bernstein, B. (2008) Anxiety disorder, separation anxiety and school refusal. *Emedicine*, 1-22. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/9167737>
- Bion, W. R. (2009). *All my sins remembered: another part of a life; and, the other side of genius: family letters*. Karnac Books.

- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sánchez-Lacay, A. y Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Kaufman, J., y Near, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED): Scale constitution and psychometrics character. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Blagg, N. (1987). *School phobia and its treatment*. Londres: Croom Helm.
- Botella, L. (1994). Emociones y construcción del significado: implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. *Revista de Psicoterapia*, 4(16), 39-55.
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 28-34.
- Bouldin, P., y Pratt, C. (1998). Utilizing parent report to investigate young children's fears: a modification of the Fear Survey Schedule for Children–II: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 271-277.
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7(5), 345-374.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Sexta edición revisada*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia. Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Bragado, C., Bersabé, R. M., y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Breton, J., Bergeron, L., Valla, J., et al. (1999). Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375-384.
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Nueva York: Guildford.
- Bulbena, A. (1998). Psicopatología de la afectividad. En, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (Vallejo Ruiloba comp.). Barcelona: Masson.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 511-518.
- Caballo, V. E. (Dir.). (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Cantwell, D.P. y Carlson, G.A.; (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Capafons, J., Sosa, C., Alcantud, F. y Silva, F. (1986). La información diagnóstica general: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2(3), 13-45.
- Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C., y Casado, Y. (2012). “Escala de Ansiedad Infantil de Spence” (Spence Children’s Anxiety Scale,

SCAS): fiabilidad y validez de la versión española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3), 529-545.

Carlson, G.A. (2000). The Challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 61(1) 53-58.

Castaneda, A., McCandless, B., y Palermo, S. (1956): The children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27, 317-326.

Cautela J., Cautela, J., y Esonis, S. (1983). *Forms the behavior analysis with Children*. Champaign, Ill: Research Press.

Cerezo, M. A. (1991). *Interacciones familiares: Un sistema de evaluación observacional*. Madrid: MEPSA.

Cohen, G. J., y The comitee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2002). Helping children and families deal with divorce and separation. *Pediatrics*, 110(6), 1019-1023.

Cole, D. A., Truglio, R., y Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod-multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 110.

Conners, C.K. (1969). A teacher rating scale for use with drug study children. *American Journal of Psychiatric*, 127, 884-888.

Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacological Bulletin*, 24-29.

Costello, A., Edelbrock, C., Dulcan, M., Kalas, R. y Klaric, S. (1984). *Report on the NIMH Diagnostic Interview schedule for Children (DISC-C)*. Washintong, DC: National Institute of Mental Health.

- Costello, E., Egger, H., y Angold, A (2005). The Developmental Epidemiology of Anxiety Disorder: Phenomenology, Prevalence and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631-648.
- Cuevas, M. y Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. En Bermúdez, M. y Bermúdez, A. (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil* (pp. 219-268). Madrid: Biblioteca Nueva.
- De la Osa, N., Ezpeleta, Doménech, J., Navarro, J., y Losilla, J. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8(2), 359-368.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 6(2), 171-209.
- Del Barrio, V. (2001). Children depression in the last quartets of century. *Revista de Historia de la Psicología*, 20(2), 51-61
- Del Barrio, V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *INFOCOP*, 49, 13-19.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M. (2006). *Maternal rearing and depression*. Paper presented at the 26th International Congress of Applied Psychology.
- Doménech, E., y Ezpeleta, L. (1998). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez Sacistrán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (Tomo I; pp. 121-144). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Domènech-Llaberia, E. (2002). *Adaptación al castellano del cuestionario SCARED*. Manuscrito no publicado. Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.
- Doobay, A. (2008). School refusal behavior associated with separation anxiety disorder: a cognitive-behavioral approach to treatment. *Psychology in the Schools*, 45(4), 261-272.

- Doval, E., Martínez, M., y Doménech Llaberia, E. (2011). Evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano del *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) de 41 ítems. *Ansiedad y Estrés*, 17, 199-210.
- Dunn, J. A. (1970). *The School Anxiety Questionnaire: Theory, instrument and summary of results*. Trabajo presentado en la American Psychological Association Convention, Miami, Fl, EEUU.
- Echeburúa, E. (2002). *Trastornos de ansiedad en la infancia* (6ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., y del Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Eisen, A.R. y Schaefer, C.E. (2005). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Esquivel, F., Heredia, M. C., & Gómez-Maqueo, E. L. (2014). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. Kent, UK: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1986). *EPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños (EPQ-J) y Adultos (EPQ-A). Manual, 4ª ed.* (Adaptación española: Seisdedos Cubero, N., y Cordero Pando, A.). Madrid: TEA.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Ford, T., Goodman, R., y Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.

- Fremont, W. (2003). School refusal in children and adolescents. *American Family Physician*, 68(8), 1555-1560.
- Freud, A. (1958). Psychological study of the child. *Adolescence*; 13, 255-278.
- Frias, M., Del Barrio, V., Mestre, D (1991). Children's Depression Inventory (CDI): sus características psicométricas en población extranjeras y española. *Evaluación Psicológica* 7 (3): 377-391
- Fridja, N. H. (1993). Moods, emotion episodes, and emotions. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 381-403). Nueva York: Guildford.
- García, L. F., Aluja, A., & del Barrio, V. (2008). Testing the Hierarchical Structure of the Children's Depression Inventory A Multigroup Analysis. *Assessment*, 15(2), 153-164.
- García-Fernández, J. M., Sánchez, J. P. E., Amorós, M. O., y Carrillo, X. M. (2010). Psychometric properties of the School Fears Survey Scale for preadolescents (SFSS-II). *Psicothema*, 22(3), 502-508.
- Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.
- Gotlib, I.H., y Hammen, C.L. (1996). *Psychological aspects of depression*. New York: Wiley.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. S., y Paivio, S. (2012). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. (7ª impresión). Barcelona: Paidós.

- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 469-496). Nueva York: Guilford.
- Gullone, E., y King, N. (1992). Psychometric evaluation of a revised fear survey schedule for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 987-998.
- Hale, W. W., III, Crocetti, E., Raaijmakers, Q., y Meeus W. (2011). A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 80-90.
- Hale, W. W., III, Raaijmakers, Q. A. W., Muris, P., van Hoof, A., y Meeus, W. H. J. (2009). One factor or two parallel processes? comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1218-1226.
- Hale, W. W., III, Raaijmakers, Q. A. W., García-López, L. J., Espinosa-Fernández, L., Muela, J. A., y Díaz-Castela, M. M. (2013). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders for socially anxious and healthy Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(e25), 1-7.
- Harlow, L. L. (2014). *The essence of multivariate thinking. Basic themes and methods*, 2ª ed. Nueva York: Routledge.
- Hernández Hernández, P. (1991). *Psicología de la educación: corrientes actuales y teorías aplicadas*. México: Trillas.
- Hernández-Avila, M., Garrido, F. M., y Salazar-Martínez, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(5), 436-446.

- Hernandez, J. (1992). Substance abuse among sexually abused adolescents and their families. *Journal of Adolescent Health, 13*, 658-662.
- Herrera, E., Nuñez, A. C., Tobón, S. y Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico, 5*(12) 59-70.
- Hervás, N. (2000). El sistema de apego en la generación de los padres y terapia familiar. *Sistémica, 8*, 89-99. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/354/1/119.pdf>
- Huang, C., y Dong, N. (2014). Dimensionality of the Children's Depression Inventory: meta-analysis of pattern matrices. *Journal of Child and Family Studies, 23*(7), 1182-1192.
- In-Albon, T., Meyer, A. H., y Schneider, S. (2013). Separation anxiety avoidance inventory-child and parent version: psychometric properties and clinical utility in a clinical and school sample. *Child Psychiatry and Human Development, 44*, 689-697.
- Izquierdo, A. (1982). *Prediagnóstico infantil. Cuestionario para padres*. Madrid: TEA.
- Jackson, D. D. (Ed.). (1968). *Communication, family, and marriage: human communication* (Vol. 1). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Jackson, D. L., Gillaspay, J. A., y Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in confirmatory factor analysis: an overview and some recommendations. *Psychological Methods, 14*(1), 6-23.
- Jannoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Free Press.
- Kashani, J. y Schmid L. (1995). Epidemiología y etiología de los trastornos depresivos. En: M. Shaffi y R. Shaffi. *La depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.

- Kaslow, N., Brown, R., y Mee, L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression. A developmental perspective. En W. M. Reynolds, y H.E. Johnston. (Eds.). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Kazdin, A. (1989). Childhood depression. En E.J. Mash y R.A. Terdal: *Treatment of Childhood Disorders*, Nueva York: Guilford Pres.
- Kazdin, A., Esveldt-Dawson, K. y Loar, L. (1983). Correspondence of teacher ratings and direct observations of classroom behavior of psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *11*, 549-564.
- Kearney, C.A. (2006). Confirmatory factor analysis of the School Refusal Assessment Scale-Revised: child and parent versions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *28*, 139-144.
- Kendall, P., y Warman, M. (1996). Anxiety disorders in youth: diagnostic consistency across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*(6), 453-463.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., y Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic Perspective. *Biological Psychiatry*, *49*, 1002-1014.
- King, N. J., Ollendick, T. H., y Tonge, B. J. (1995). *School refusal: assessment and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Klein, D.N. (1997). Longitudinal course of dysthymic disorder. En J. Licinio, . C.L. Bolis, y P. Gold, (Eds.) *Dysthymia*. (pp.9-20). Geneva: World Health Organization.
- Klein, R.G. (2009). Anxiety Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(1-2), 153-162.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Kovacs, M. (1978). *The interview schedule for children (ISC): Form C and the follow-up form*. (Manual no publicado) University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute, Pittsburgh.
- Kovacs, M., (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Multi-Health Systems. New York. U.S.A.
- Lane, C. (2007). *Shyness: How normal behavior became a sickness*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (vol.3, pp. 90-102). Washington: American Psychological Association.
- Lang, M., y Tisher M. (1978). *Children's Depression Scale*. Camberwell, Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research.
- Lang, M., y Tisher, M. (2014). *CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual, 8.ª edición* (Adaptación Española: Seisdedos, N.). Madrid: TEA Ediciones.
- Last, C. G., Strauss, C., y Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 726-730.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Parte I*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Lecannelier, F., Hoffmann, M., y Ascanio, L. (2008). Problemas, proyecciones, y desafíos en la salud mental infantil: necesidad de reformular el rol profesional. *Horizonte de Enfermería*, 19(1), 45-56.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.
- Leech, N. L., Barrett, K. C., y Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics. Use and interpretation. 2ª ed.* Mahwah, NJ: LEA.

- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. y Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J., Seeley, J., y Joiner, T. (2008). Separation Anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(5), 548-555.
- López, C., Alcantara, M., Fernández, V., Castro, M., y López, J. (2010). Características y prevalencia de la ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (*Child Behavior Checklist*). *Anales de Psicología, 26*(2), 325-334.
- Lord, F. M. (1980). *Applications of item response theory to practical testing problems*. Nueva York: Routledge.
- Lucio, E., y Heredia, C. (2014). *Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno.
- Malatesta, C. Z., Grigoryev, P., Lamb, C., Albin, M., y Culver, C. (1986). Emotion socialization and expressive development in preterm and full-term infants. *Child Development, 57*(2), 316-330.
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: attachment and anxiety disorders. En K. Silverman y P. D. A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment and intervention* (pp. 255-272). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marcelli, D. (2007). *Manual de psicopatología del niño* (7ª ed.). Barcelona: Masson.

- Mash, E. y Johnson, C. (1983). Parental perception of child behavior problems, parenting, self-esteem and mother-reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 80-99.
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P., y Conners, C. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Vindel, A., y García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219.
- Masi, G., Mucci, M., y Millepiedi. (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents. *CNS Drugs*, 15(2), 93-104.
- Mayes, R., y Horwitz, A. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A., y Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619
- Méndez, F. X. (2001). *El niño que no sonríe*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (2005). *Miedos y temores en la infancia: ayudar a los niños a superarlos*. (4ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Beléndez, M., y López, J. A. (1996). Consistencia interna y validez convergente del Inventario de Miedos escolares. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-6

- Méndez, F. X., Espada, J. P., Orgilés, M., Hidalgo, M., y García-Fernández, J. M. (2008). Psychometric proprieties and diagnostic ability of the Separation Anxiety Scale for Children (SASC). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 365-372.
- Méndez, F. X., Espada, J. P., Orgilés, M., Llavona, L. M., y García-Fernández, J. M. (2014), Children's Separation Anxiety Scale (CSAS): Psychometric Properties. *PLoS ONE*, 9(7): e103212. doi:10.1371/journal.pone.0103212
- Méndez, F. X., García-Fernández, J. M., y Olivares, J. (1996). Miedos escolares: un estudio empírico en preescolar, E.G.B. y B.U.P. *Ansiedad y Estrés*, 2, 113-118.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M., y Quiles M.J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13). Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/amxndf4650710102/texto.html>
- Méndez, F. X., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación: psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Mineka, S., Watson, D., y Clark, L. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology*, 49(1), 377-412.
- Mises, R. (1990). Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 10, 105-194.
- Molina, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 2(1), 23-40.
- Moreno, I., Blanco, A y Rodríguez, J. (1992). Instrumentos psicométricos de evaluación de miedos infantiles. *Psicothema*, 4(2), 385-396.

- Muris, P., Mayer, B., Barteld, E., Tiernes, S., y Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED-R). Treatment sensitivity in an early intervention trial for the childhood anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 323-336
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A., y Mayer, A. B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress & Coping*, *12*(4), 411-425.
- O'Leary, K. D., y Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- O'Neil, K. A., Podell, J. L., Benjamin, C. L., y Kendall, P. C. (2010). Comorbid depressive disorders in anxiety-disordered Routh: demographic, clinical, and family characteristics. *Child Psychiatry Human Development*, *41*(3), 330-441.
- Ogliari, A., Citterio, A., Zanoni, A., Fagnani, C., Patriarca, V., Cirrincione, R., ... y Battaglia, M. (2006). Genetic and environmental influences on anxiety dimensions in Italian twins evaluated with the SCARED questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(6), 760-777.
- Olantunji, B., Cisler, J., y Tolin, D. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *30*(6), 642-654.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, *21*(6), 685-692. doi: 10.1016/0005-7967(83)90087-6.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, *4*(1), 65-81.

- Olivares, J. (2010). Está más que probada la rentabilidad de la intervención psicológica temprana en la infancia y adolescencia. *INFOCOP*, 49, 7-12. Disponible en: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1862.pdf>.
- OMS (2003). *Meeting on caring of children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions*. Geneve: WHO.
- Osborne, J. W. (2013). *Best practices in data cleaning: a complete guide to everything you need to do before and after collecting your data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ospina-Ospina, F. C., Hineirosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13, 908-920.
- Palmero, F. (2000). Emoción: breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *Revista española de Motivación y Emoción*, (1), 163- 167.
- Pardo, A., y Ruiz, M. A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Madrid: McGraw Hill.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R., y Conger, R. E. (1975). *Families with aggressive children: a social learning approach to family intervention* (Vol. 1). Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Piacente, T. (2009). *Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Consideraciones generales*. Cátedra Fundamentos, Técnica e Instrumentos de Exploración Psicológica 1. Ficha nº 2 (Unidad 2). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: http://www.psico.unlp.edu.ar/catedras/evaluacionpsicologica/material2012/mat_didac_sistem/2-entrevista.pdf
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplús.

- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A., y García-Villamizar, D. (1993). *La depresión infantil en Madrid: un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC.
- Poznanski, E., y Mokros H. (1996). *Children's Depression Rating Scale–Revised (CDRS-R)*. Los Angeles, CA: WPS.
- Prenoveau, J. M., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Griffith, J. W., y Epstein, A. M. (2010). Testing a hierarchical model of anxiety and depression in adolescents: a tri-level model. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 334-344.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-72.
- Puig-Antich, J. (1982). Depresión en la infancia y la adolescencia. En Paykel, E.J. (coord.) 1985. *Manual de trastornos afectivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Puig-Antich y Chambres, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage Children (Kiddie SADS)*. New York State Psychiatric Institute and Yale University School of Medicine.
- Quay, H.C. y Petterson, D.R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. University of Miami (manuscrito no publicado).
- Raheb, C. (2008). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de clasificación: DSM-IV, ICD-10*. Máster en Paidopsiquiatría. Módulo I. Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_ie-10.pdf
- R Core Team (2015). *R: a language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible en: <http://www.R-project.org/>

- Rao, U., y Chen, L. A. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 45-62.
- Regier, D., Narrow, W., Kuhl, E., y Kupfer, D. (2012) (Eds.). *DSM-5: Evolución conceptual*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depresión. *Behavior Therapy*, 7, 787-804.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 59-66.
- Revelle, W. (2015) *psych: procedures for personality and psychological research. Version = 1.5.8*. Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. Disponible en: <http://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Roehling, P. V., y Robin, A. L. (1986). Development and validation of the Family Beliefs Inventory: a measure of unrealistic beliefs among parents and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 693-697.
- Rogers, C. (1982). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: an R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. En M. Rutter, C.E., Izard y P.B. Read (Eds), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guildford.
- Rutter, M., Izard, C., y Read, P. (1986). *Depression in young people, developmental and Clinical perspectives*. New York-Londres: The Guilford Press.

- Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X., y Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76.
- Sahli, G. (2008). El rechazo escolar en el diagnóstico diferencial de los trastornos emocionales. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 25, 33-34.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, F. X., y Olivares, J. (2002). Trastorno de ansiedad, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10(3), 503-521.
- Schniering, C. A., Hudson, J. L., y Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453-478.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Schwartz, J. A., Kaslow, N. J., Seeley, J., y Lewinsohn, P. (2000). Psychological, cognitive, and interpersonal correlates of attributional change in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 188-198.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness. On depresión, development and death*. San Francisco: Freeman.
- semTools Contributors (2015). *semTools: useful tools for structural equation modeling. R package version 0.4-9*. Disponible en:
<http://cran.r-project.org/package=semTools>

- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M., y Schwab-Stone, M. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.
- Shaffi, M., y Shaffi, S., (1995). *Depresión en niños y adolescentes: clínica y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Shaywitz, S. (1982). The Yale neuropsychoeeducational assessment scales. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 360-424.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight”, and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.
- Silove, D., Harris, M., Morgan, A., Boyce, P., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, D., y Wilhelm, K. (1995). Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychological Medicine*, 25(2), 405-411.
- Silva, F. (1995). Cuestiones introductorias. En F. Silva (Ed.), *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Silva, F. y Moro, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes. En R. Fernandez-Ballesteros (dir): *Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Silverman, W., Albano, A., y Sandín, B. (2001). Entrevista clínica ADIS-IV-C: entrevista para el niño. *Madrid: UNED-Klinik*.
- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J., et al. (1997). The Virginia twin study of adolescent behavioral development: Influences of age, sex, and impairment on rates of disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.

- Skinner, H. A., Steinhauer, P. D., y Santa-Barbara, J. (1983). The family assessment measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, 91-105.
- Slade, T., y Watson, D. (2006). The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychological medicine*, 36(11), 1593-1600.
- Sosa, C., Capafons, J., Conesa-Peraleja, M., Martorell, M., Silva, F., y Navarro, A. (1993). Inventario de Miedos [Fears Inventory]. In F. Silva y M. C. Navarro (Eds.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ): Vol. 3*, 99-124. Madrid: MEMPSA.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Sydner, J., Bullard, L., Wagener, A., Leong, P.K., Snyder, J. y Jenkins, M. (2009). Childhood anxiety and depressive symptoms: trajectories, relationship, and association with subsequent depression. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 38 (6), 837-49.
- Thomas, A., y Chess, S. (1997). *Temperamental and development*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Valero, L. (1997). La evaluación del comportamiento infantil: características y procedimientos. *Apuntes de Psicología*, 51, 51-79
- Vandenberg, R. J., y Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: suggestions, practices and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 3, 4-70.
- Verduin, C y Kendall, P. C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*, vol. 32: 290-295

- Vieta, E. (1998). Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. (Vallejo Ruiloba comp.). Barcelona: Masson.
- Vigil-Colet, A., Canals Sans, J., Cosi Muñoz, S., Lorenzo-Seva, U., Joan Ferrando Piera, P., Hernández-Martínez, C., Jané, C., Viñas, F., y Doménech, E. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 313-327.
- Villanueva, C., y Sanz, L. J. (2009). Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(43), 457-469.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C., y Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “Child Depresión Inventory” –CDI–. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227. Disponible en:
http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_4/vol.2no.2/articulo_3.pdf
- Vizcarro, C., León, D., Garcimarin, J., García, J., Llorente, G., Romero, J. y Vargas, J.A. (1986). Aportaciones de una entrevista estructurada (SADS) al acuerdo interjueces en el diagnóstico por medio de los criterios de diagnóstico para la investigación. *Evaluación psicológica/ Psychological Assessment*, 4, 99-114.
- Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2002). *Miedos en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
- Vollebergh, W., Iedema, J., Bijl, R., de Graaf, R., Smit, F., y Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 597-603.

- Weller, E. B., Weller, R. A. (2000). Depression in adolescents, growing pains or true morbidity? *Journal of Affective Disorders*, 61, S9-S13.
- Weller, E., Weller, R., Fristad, M., Teare, M. y Schecter, J. (2000). Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal American Child Adolescent Psychiatric*, 39(1), 76-84.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Winnicott, D. W., y Mazía, F. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Wren, F. J., Berg, E. A., Heiden, L. A., Kinnamon, C. J., Ohlson, L. A., Bridge, J. A., Birmaher, B., y Bernal, M. (2007). Childhood anxiety in a diverse primary care population: parent-child reports, ethnicity and SCARED factor structure. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 332-340.
- Zinbarg, R., y Barlow, D.H. (1996). The structure of anxiety and the DSM-III-R anxiety disorders: a hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193.
- Zinbarg, R., Revelle, W., Yovel, I., y Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's b and McDonald's ω : Their relation with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, 70, 123-133.

14. ANEXO

Tabla 14.1. Items del SCARED original y sus versiones en español

	Birmaher et al. (1997)	Domènech (2002)	Vigil-Colet et al. (2009)
1	When I feel frightened, it is hard to breathe.	Cuando me asusto, me cuesta respirar	Cuando me siento asustado, me cuesta respirar
2	I get headaches when I am at school	Me da dolor de cabeza cuando estoy en la escuela	Me entra dolor de cabeza cuando estoy en el colegio
3	I don't like to be with people I don't know well	No me gusta estar con personas que no conozco mucho	No me gusta estar con gente que no conozco bien
4	I get scared if I sleep away from home	Me coge miedo si duermo fuera de casa	Me asusto si duermo lejos de mi casa
5	I worry about other people liking me	Me preocupa no ser aceptado por otra gente	Me preocupa gustar a otras personas
6	When I get frightened, I feel like passing out.	Cuando me asusto, siento como si me desmayase	Cuando estoy asustado, siento como si me desmayara
7	I am nervous.	Soy nervioso/a	Soy nervioso
8	I follow my mother or father wherever they go.	Sigo a mi madre o padre a todas partes	Sigo a mis padres allá a donde vayan
9	People tell me that I look nervous.	La gente dice que parezco nervioso/a	La gente me dice que se me ve nervioso
10	I feel nervous with people I don't know well.	Me siento nervioso/a al lado de personas	Me siento nervioso con gente que no conozco

Tabla 14.1. Items del SCARED original y sus versiones en español

	Birmaher et al. (1997)	Domènech (2002)	Vigil-Colet et al. (2009)
		que no conozco mucho	bien
11	I get stomachaches at school.	Me da dolor de barriga en el colegio	Tengo dolores de estómago en el colegio
12	When I get frightened. I feel like I am going crazy	Cuando me asusto, siento como si estuviera volviéndome loco/a	Cuando estoy asustado siento como si me fuera a volver loco
13	I worry about sleeping alone.	Me preocupa dormir solo/a	Me preocupa dormir solo
14	I worry about being as good as other kids	Me preocupo por no ser tan bueno/a como los otros niños/as	Me preocupa ser tan bueno como los otros niños
15	When I get frightened. I feel like things are not real.	Cuando me asusto, siento las cosas como si fueran reales	Cuando estoy asustado, siento como si las cosas no fueran reales
16	I have nightmares about something bad happening to my parents.	Tengo pesadillas sobre desgracias que les puedan pasar a mis padres	Tengo pesadillas sobre que algo malo les pasa a mis padres.
17	I worry about going to school.	Ir al colegio me preocupa	Me preocupa ir al colegio.
18	When I get frightened, my heart beats fast.	Cuando me asusto, mi corazón va deprisa	Cuando estoy asustado mi corazón late muy rápido.
19	I get shaky.	Me siento tembloroso/a	Me pongo inestable, agitado.
20	I have nightmares about something bad happening to me.	Tengo pesadillas sobre desgracias que me puedan ocurrir	Tengo pesadillas sobre que algo malo me pasa.

Tabla 14.1. Items del SCARED original y sus versiones en español

	Birmaher et al. (1997)	Domènech (2002)	Vigil-Colet et al. (2009)
21	I worry about things working out for me.	Me preocupo por que las cosas me salgan bien	Me preocupa que las cosas me salgan bien.
22	When I get frightened, I sweat a lot.	Cuando me asusto, sudo mucho	Cuando estoy asustado sudo mucho.
23	I am a worrier.	Me preocupo por todo	Soy un aprensivo.
24	I get really frightened for no reason at all.	Me asusto sin razón	Me asusto mucho cuando no hay razón para ello.
25	I am afraid to be alone in the house.	Tengo miedo de quedarme sólo en casa	Me da miedo estar solo en casa.
26	It is hard for me to talk with people I don't know well.	Me cuesta hablar con personas que no conozco bien	Es duro para mí hablar con gente que no conozco bien.
27	When I get frightened, I feel like I am choking.	Cuando me asusto, siento como si me ahogara	Cuando estoy asustado siento como si me fuera a asfixiar.
28	People tell me that I worry too much.	La gente dice que me preocupo demasiado	La gente me dice que me preocupo demasiado.
29	I don't like to be away from my family.	No me gusta estar lejos de mi familia	No me gusta estar lejos de mi familia.
30	I am afraid of having anxiety (or panic) attacks.	Tengo miedo de tener ataques de pánico	Me da miedo tener ataques de pánico o de ansiedad.
31	I worry that something bad might happen to my	Me preocupa que a mis padres les pueda	Me preocupa que algo malo pueda pasarle a

Tabla 14.1. Items del SCARED original y sus versiones en español

	Birmaher et al. (1997)	Domènech (2002)	Vigil-Colet et al. (2009)
	parents.	pasar alguna desgracia	mis padres.
32	I feel shy with people I don't know well.	Me siento tímido/a con las personas que no conozco	Me siento tímido con gente que no conozco bien.
33	I worry about what is going to happen in the future.	Me preocupo por lo que va a suceder en el futuro	Me preocupa lo que pueda suceder en el futuro.
34	When I get frightened, I feel like throwing up.	Cuando me asusto siento que voy a vomitar	Cuando estoy asustado siento como si fuera a vomitar.
35	I worry about how well I do things.	Me preocupo por cómo hago de bien las cosas	Me preocupa cómo de bien hago las cosas.
36	I am scared to go to school.	Me asusta ir a la escuela	Me da miedo ir al colegio.
37	I worry about things that have already happened.	Me preocupo por cosas que ya han pasado	Me preocupo por cosas que ya han sucedido.
38	When I get frightened, I feel dizzy.	Cuando me asusto, me siento mareado	Cuando estoy asustado me siento mareado.
39	I feel nervous when I am with other children or adults and I have to do something while they watch me (for example: read aloud, speak, play a game, play a sport.)	Me siento nervioso/a cuando estoy con otros niños/as o personas mayores y tengo que hacer algo mientras ellos/as me miran (por ejemplo, leer en voz alta, hablar, jugar, practicar un deporte)	Me siento nervioso cuando estoy con otros niños o adultos y tengo que hacer algo mientras ellos me miran (como por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar a algo, practicar un deporte)

Tabla 14.1. Items del SCARED original y sus versiones en español

	Birmaher et al. (1997)	Domènech (2002)	Vigil-Colet et al. (2009)
40	I feel nervous when I am going to parties, dances, or any place where there will be people that I don't know well	Me pone nervioso/a el ir a fiestas, bailes o cualquier otro lugar en el que haya gente que no conozco	Me siento nervioso cuando voy a fiestas, bailes o cualquier sitio donde habrá gente que no conozco bien.
41	I am shy	Soy tímido/a	Soy tímido.