

CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE UNA ENTREVISTA CONDUCTUAL PARA LA EVALUACIÓN DE TRASTORNOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Discriminative capacity of a behavioral interview for the assessment of disorders in infancy and adolescence.

Antonio Manuel Molina Moreno; Inmaculada Gómez Becerra y Flor Zaldívar Basurto

Universidad de Almería (Spain)
Edificio de Humanidades A
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Ctra. Sacramento s/n La Cañada de San Urbano 04120 Almería (Spain)
Telf.: 950015734; Fax: 950015471
E-mail: amolnam@ual.es

RESUMEN

Capacidad discriminativa de una entrevista conductual para la evaluación de trastornos en la infancia y la adolescencia

En este estudio se analizan las diferencias obtenidas en distintas variables evaluadas (seguimiento de instrucciones, reforzadores potenciales y grado de acceso a los mismos, sistematicidad en las contingencias diferenciales, aspectos positivos del repertorio del niño, mantenimiento de rutina diaria,...) a partir de la aplicación de una guía de entrevista conductual para la evaluación de trastornos en la infancia y la adolescencia. Los sujetos seleccionados pertenecen a dos grupos de población: un grupo compuesto por 43 sujetos sin diagnóstico previo (grupo de comparación) y el otro formado por 26 sujetos que presentan diferentes diagnósticos clínicos (grupo psiquiátrico). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas en ambos grupos. Se enfatiza la adecuación de la entrevista conductual de cara a seleccionar las variables relevantes para el tratamiento de problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia.

Palabras clave: entrevista conductual, capacidad discriminativa, evaluación de trastornos en infancia y adolescencia, validez para el tratamiento.

ABSTRAC

Discriminative capacity of a behavioral interview for the assessment of disorders in infancy and adolescence

This work analyses the differences obtained in the evaluation of different variables (rule following, potential reinforcers and degree of access to those reinforcers, systematic way in the application of differential contingencies, positive aspects in the child's repertoire, maintenance of dairy routines,...) after the application of a behavioral interview for the evaluation of infancy and adolescence disorders. The selected subjects pertained to two groups of population: one group composed of 43 subjects without diagnostic (comparison group) and the other composed of 26 subjects presenting different clinical diagnosticsm (psychiatric group). The results show statistically significative differences in the variables analysed in both samples. It is emphasised the utility of the behavioral interview for selecting the relevant variables for treatment of psychological problems in infancy and adolescence.

Key words: behavioral interview, discriminative capacity, assessment of disorders in infancy and adolescence, treatment validity.

INTRODUCCIÓN

La entrevista es una de las técnicas más utilizadas en la evaluación de una gran variedad de alteraciones psicológicas (Aiken, 1996), aunque su uso no se restringe exclusivamente al ámbito clínico, sino que se ha utilizado como instrumento para la orientación vocacional, la selección de personal, así como para la recopilación de datos en estudios epidemiológicos (Casullo y Márquez; 2003; Sandín, 1994), y tanto para medir la prevalencia de psicopatología en población comunitaria (Rivas, Vázquez y Pérez Alvarez, 1995) como psiquiátrica (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 1998).

Visto el amplio campo de aplicación de la entrevista se podría afirmar que la investigación sobre este instrumento es amplia. De hecho, existen al respecto un gran número y variedad de estudios que han analizado diversos aspectos tanto de la entrevista como instrumento de evaluación como de las variables relativas a la relación entrevistador-entrevistado (véase análisis y revisión en Molina, 2004).

Dada tal evidencia empírica se podría pensar que existen datos contundentes sobre la forma de llevar a cabo una entrevista; sin embargo, aún falta investigación sobre los componentes, procedimientos y estrategias en la aplicación de la misma (Edelstein y Yoman, 1991; Llavona, 1997), aunque existe cierto consenso sobre los peligros a evitar y algunas estrategias a seguir (Silva, 1992).

Por lo que se refiere a la aplicación de la entrevista para la evaluación de trastornos en la infancia y adolescencia, nos podemos remontar a la década de los 60, momento en el que experimentó un desarrollo creciente (Ezpeleta, 1990). La aparición y el desarrollo de este tipo de entrevistas fue paralelo al progreso experimentado en los sistemas de clasificación diagnóstica (DSM, CIE). El objetivo fundamental de este tipo de instrumentos era obtener una información diagnóstica precisa y con adecuadas garantías psicométricas. Este hecho ha influido notoriamente en el desarrollo de múltiples protocolos dirigidos a la evaluación de los trastornos infantiles (para una revisión de las diferentes entrevistas estructuradas y semiestructuradas diagnósticas véase Ezpeleta, 2001). No obstante, a este tipo de entrevistas se les atribuyen las mismas limitaciones que a los sistemas de clasificación de los que se derivan (Gómez, 1999; Maganto, 1995). Uno de los inconvenientes a destacar sería el hecho de que los diagnósticos establecidos presentan una utilidad clínica relativa o, en otras palabras, una escasa validez de tratamiento (Hayes y Follette, 1992; Zaldívar, 1999); aspecto que se ha intentado subsanar con la elaboración de guías o esquemas de entrevista de corte conductual mediante las cuales se pretende recabar información sobre las condiciones contextuales en las que los problemas de comportamiento se generan y se mantienen (Achenbach y Edelbrock, 1988; Capafons y cols., 1986; Gelfand y Hartman, 1989; Goldman, Stein y Guerry; 1983; Holland, 1970; Luciano, 1997; Pelechano, 1980).

En general, la información recabada mediante las entrevistas diagnósticas, estructuradas y semiestructuradas, se refiere exclusivamente a aspectos formales del comportamiento como son la sintomatología que se presenta en el momento de consulta, la duración, la frecuencia, el nivel de interferencia, etcétera., que sin lugar a dudas son indicadores necesarios aunque no suficientes de una evaluación psicopatológica, ya que no se analiza la naturaleza funcional del trastorno que resulta esencial para el diseño de la intervención (Hayes y Follete, 1992; Luciano, Gómez y Valdivia, 2002; Zaldívar, 1999).

Otro aspecto relevante en la evaluación infanto-juvenil será la fuente consultada para recabar información y sobre qué tipo de trastornos se centrará la evaluación (Ezpeleta, de la Osa, Júdez, Doménech, Navarro y Losilla, 1995). En este sentido, queda claramente constatado en la literatura que los niños y adolescentes proporcionan información más apropiada sobre conductas *internalizantes* (sentimientos, pensamientos) mientras que los padres la proporcionan sobre las conductas *externalizantes* (perturbadoras, etc.) y de hechos relacionados con momentos temporales específicos (McClellan y Werry, 2000). No obstante, la información que proporcionan los padres —referida a conductas externalizantes de los hijos— es la que más contribuye al diagnóstico psicológico del niño o adolescente (Rivas y cols., 1995; Rutter, Tizard y Whitmore, 1970; Verhulst, 1995). Por ello, en este estudio se ha optado por entrevistar exclusivamente a uno de los padres (la madre en la mayoría de los casos).

Por todo ello, planteamos el presente estudio con el objetivo de evaluar la capacidad de detectar diferencias en dos muestras de niños y adolescentes, con características psicológicas diferenciales, a partir del informe de uno de sus padres recabado tras la construcción, aplicación y valoración de un protocolo o guía de entrevista elaborado bajo un prisma conductual (Molina, 2004; Molina, Zaldívar y Gómez, 2004a). Dicho protocolo debe ser entendido como una guía para seleccionar un grupo de variables que, a modo de indicadores iniciales, permitan realizar un análisis conductual más detallado.

Para alcanzar este objetivo se ha llevado a cabo un entrenamiento sistemático de los entrevistadores en la aplicación de dicho protocolo. Un aspecto a destacar, previo al entrenamiento, ha sido la especificación de un guión a partir de modelos descritos por otros autores (Góngora, 2001; Iwata y cols., 1982; Luciano, 1997; Pelechano, 1980; Veltum y Miltenberg, 1989).

MÉTODO

Sujetos

Los datos relativos a la aplicación de la entrevista conductual se han obtenido de dos grupos, uno procedente de población general y el otro de población clínica. El grupo seleccionado de población general estaba compuesto por 43 sujetos (padres) cuyos hijos asistían a un colegio concertado. Este grupo tiene la característica común (criterio de selección) de no haber acudido, hasta el momento de la entrevista, a un servicio de salud mental o clínica privada en demanda de ayuda psicológica para sus hijos y, por tanto, no se había establecido formalmente el diagnóstico de trastorno psicológico alguno. El segundo grupo, compuesto por 26 padres, fue seleccionado de un Centro de Salud Mental, cuya característica común (criterio de selección) es que cada sujeto había sido diagnosticado de al menos un desorden psicológico. En adelante, nos referiremos a los sujetos provenientes del colegio como "grupo de comparación" y a los reclutados del Centro de Salud Mental como "grupo psiquiátrico".

Los hijos de los padres que componen el grupo de comparación se dividen, en función de la edad, en niños (n=26; 60%), que tenían entre 6 y 12 años, de los cuales 18 (72%) eran niños y 8 (28%) eran niñas, y los adolescentes (n=17; 40%) que tenían entre 13 y 18 años, con 13 chicos (76%) y 4 chicas (24%). En este grupo el 84% (n=36) de las entrevistas fueron contestadas por la madre y el 16% (n=7) por el padre. El CI de los sujetos de este grupo, extraído de los informes escolares existentes y obtenido con la prueba WISC-R (Wechsler, 1993), osciló en un rango de 92-115.

Del grupo psiquiátrico los niños entre los 6-12 años suman un total de 15 (57,7%) de los cuales 11 (73.3%) son niños y 4 (26.6%) son niñas. Los adolescentes con edades comprendidas entre los 13-18 años suman un total de 11 (42.3%) de los cuales son chicos 6 (54.5%) y 5 chicas (45.5%). En este grupo el porcentaje de entrevistas contestadas por la madre fue del 84.6% (n=22) y por el padre el 15.4% (n=4). El CI de los sujetos de este grupo, extraído de los informes clínicos y obtenido con la prueba WISC-R (Wechsler, 1993), osciló en un rango de 84-110.

Entrevistadores

El personal evaluador seleccionado para llevar a cabo las entrevistas estaba compuesto por seis psicólogos que fueron entrenados en la aplicación de la entrevista teniendo en cuenta las siguientes directrices: a) familiarización con los aspectos fundamentales para la evaluación conductual de un trastorno; b) elaboración de un esquema para la evaluación conductual del trastorno psicológico; c) revisión de los procedimientos generales de entrevista; d) revisión de los trastornos psicológicos más comunes en la infancia y adolescencia; e) aplicación de la entrevista mediante simulaciones; f) observación en vídeo y registro de las distintas variables incluidas en el protocolo; y g) práctica de entrevista en vídeo supervisada. Se consideró que los entrevistadores habían concluido satisfactoriamente el entrenamiento cuando la fiabilidad (nº acuerdos/nº acuerdos+nº desacuerdos) entre observadores en tres entrevistas consecutivas fuese igual o superior a 0.90. Los entrevistadores desconocían cualquier tipo de información relativa a la investigación.

Instrumentos y variables

El instrumento utilizado en este estudio fue una entrevista conductual¹ elaborada a tal efecto (Molina, 2004; Molina y cols., 2004a). En relación a las variables medidas se seleccionaron algunas preguntas de las incluidas en los siguientes apartados del protocolo cuya definición establecemos a continuación:

- *Identificación y descripción del problema.* Se pide a los padres que describan lo más detalladamente posible el/los problema/s de comportamiento que más le preocupan de su hijo.
- *Número de sujetos con ausencia, uno o más trastornos.* Se establecen cuatro categorías en función del número de trastornos descritos por el padre/madre (ausencia, un trastorno, dos trastornos, tres trastornos o más), asignación que lleva a cabo el evaluador (no los padres).

- *Comienzo.* Se averigua si los padres recuerdan la edad que tenía su hijo cuando detectaron los problemas de comportamiento descritos en la sesión. Se establecen tres categorías (desde siempre, menos de un año, más de un año).
- *Tratamientos previos.* Se solicita a los padres que informen sobre los tratamientos llevados a cabo para solucionar el comportamiento problema de su hijo, los resultados alcanzados y si en el momento de la consulta se está llevando a cabo algún tratamiento ya sea médico o psicológico.
- *Frecuencia semanal de los problemas.* Se pide a los padres que estimen la frecuencia del problema mediante dos categorías (a diario, a veces).
- *Adaptación escolar.* Se pide a los padres que indiquen el grado de adaptación del niño al colegio en base a tres categorías (adaptación deficitaria, normal o buena).
- *Rendimiento académico.* Se solicita a los padres que informen sobre el rendimiento académico general del niño a tres niveles (deficitario, normal o bueno).
- *Relación con la familia.* Se pide a los padres que valoren la relación familiar a tres niveles (deficitaria, normal o buena).
- *Relación con los amigos.* Se solicita a los padres que valoren la relación del niño con sus amigos como deficitaria, normal o buena.
- *Seguimiento de instrucciones.* Los padres informan sobre el cumplimiento del niño a sus peticiones (casi nunca, a veces o casi siempre).
- *Potenciales reforzadores o control de los mismos por parte de los padres.* Los padres indican el grado de control que tienen sobre los reforzadores del niño (casi nunca, a veces o casi siempre).
- *Sistematicidad en los castigos.* Los padres informan sobre la sistematicidad en la aplicación de los castigos ante un comportamiento inadecuado del niño (casi siempre, a veces o casi nunca).
- *Repertorio positivo del niño.* Los padres mencionan aspectos positivos del comportamiento del niño (describen/no describen).
- *Mantenimiento de una rutina diaria.* Los padres informan sobre la existencia, o no, de una organización en las distintas tareas de casa y el mantenimiento de las mismas por parte de los hijos.
- *Acuerdo en estilo educativo.* Los padres señalan el acuerdo, o desacuerdo, en los criterios o normas de funcionamiento del niño en casa.
- *Creencias de los padres.* Se recoge información sobre el tipo de atribuciones que realizan los padres respecto a las razones y/o causas del comportamiento problema del niño (relativas a la personalidad, al aprendizaje, genéticas o una combinación de las anteriores).

Procedimiento

Las fases o pasos llevados a cabo en este estudio fueron los siguientes:

1) *Elaboración de la entrevista conductual.* A partir de los esquemas generales de entrevista conductual (Capafons y cols., 1986; Góngora, 2001; Iwata et al., 1982; Luciano, 1997; Miltenberger y Fuqua, 1985; Pelechano, 1980; entre otros) se confeccionó un guión de entrevista en el que se recomendaba que, las sugerencias de preguntas que componían cada área a evaluar no fuesen realizadas de manera literal, ya que simplemente pretendían facilitar la tarea evaluativa del entrevistador sirviendo como ejemplos. Con ello, se perseguía elaborar un guión de entrevista flexible para evaluar las áreas relevantes en un problema de comportamiento, dando al mismo tiempo libertad al entrevistador para que decidiera el orden y tipo de preguntas que creía oportunos en cada momento de la entrevista y para cada caso.

2) *Selección de los grupos.* El grupo de comparación fue seleccionado de un colegio ordinario de la provincia de Granada como se describe a continuación. En primer lugar, tras contactar con el psicólogo del colegio demandando su colaboración, se solicitó el consentimiento al director del mismo para aplicar el protocolo de entrevista a un máximo de 50 padres, cuyos hijos cumplieren los siguientes criterios para su inclusión: a) que mostrasen un rango de competencias curriculares normales, o bien, mostrasen una necesidad de mejora académica en no más de una asignatura; b) que no mostrasen diagnósticos previos o que no se tuviese conocimiento de ello a partir de los informes de los padres y del psicólogo del colegio; c) que tuvieran edades comprendidas entre los 6 y 18 años; y d) que mostrasen un CI > 70. En segundo lugar, se envió una carta, a los 50 padres seleccionados, en la que se les convocaba a una reunión informativa sobre un estudio que se estaba realizando en la Universidad de Almería sobre la incidencia de problemas de comportamiento en población infantil y adolescente. A esta reunión asistieron 47 padres, aunque

finalmente accedieron a ser entrevistados 43. El tiempo invertido en la aplicación de la entrevista osciló en un rango de 65 a 90 minutos.

Los padres del grupo psiquiátrico se reclutaron de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la provincia de Almería previo contacto con el director de la misma. Tras revisar los informes clínicos de los sujetos remitidos en el último mes se seleccionó en un primer momento a un grupo de 50 sujetos teniendo en cuenta los siguientes criterios: a) mostrar un CI>70; b) no mostrar ninguno de los siguientes diagnósticos: retraso mental, problemas de aprendizaje (lectura, escritura) ni alteraciones en la personalidad; d) que la edad de los niños -adolescentes estuviera comprendida entre 6 y 18 años; e) no haber experimentado cambios en la sintomatología principal respecto al diagnóstico inicial; y f) haber descartado deterioro o déficit orgánico. El tiempo invertido en la aplicación de la entrevista osciló en un rango de 80 a 120 minutos.

A fin de favorecer la participación de los padres reclutados en ambos grupos, se propuso que al finalizar la recogida de información se elaboraría un informe psicológico que sería incluido como parte de la información de evaluación recabada en cada centro. Dicha información serviría, en el caso del grupo de comparación, para detectar o descartar cualquier alteración presente o factores de riesgo y en el caso del grupo psiquiátrico permitiría contrastar la importancia de determinadas variables sobre el mantenimiento de la alteración. Prácticamente la mitad de los padres del grupo psiquiátrico se negaron a ser entrevistados aludiendo que no disponían de tiempo, que no deseaban hacer más entrevistas, etc.

3) *Entrenamientos de los entrevistadores* siguiendo las directrices especificadas anteriormente y cuya duración fue de dos meses, a razón de tres horas semanales.

4) *Aplicación y corrección del protocolo.* A lo largo de una semana, del curso escolar 2002-2003, se recabaron las entrevistas relativas a los padres del grupo de comparación. El tiempo invertido en la aplicación de la entrevista en el grupo psiquiátrico fue aproximadamente de un mes ya que se respetaron las fechas en la que los padres tenían que acudir al Centro de salud Mental. En este caso, una vez que el psiquiatra obtenía el consentimiento verbal de los padres se procedía a la entrevista.

Una vez aplicada la entrevista se procedió a su corrección. Para ello, dos evaluadores establecieron diferentes categorías a partir de las descripciones realizadas por los padres sobre el problema de comportamiento más preocupante. De este modo se establecieron las categorías generales representadas en la tabla 1.

Tabla 1. Categorías establecidas por los evaluadores a partir de las descripciones de los padres sobre el comportamiento problema de su hijo.

- Agresividad (física/verbal): pegar o golpear a los hermanos, padres u otras personas; insultar, gritar, romper o tirar objetos.
- Hiperactividad: manifestar falta de atención en diferentes tareas, perder objetos con frecuencia, no permanecer sentado y tranquilo durante un tiempo...
- Desobediencia: negarse a seguir las demandas de los padres u otras personas cercanas al niño.
- Problemas en alimentación: negarse a tomar ciertas comidas, vomitar de forma intencionada tras ingerir una comida, comer a escondidas.
- Problemas en control de esfínteres: con más de 4 años de edad defeca o micciona en contextos inapropiados sin presentar patología orgánica.
- Problemas en autonomía funcional: presenta déficit en habilidades para la comida, vestido, aseo, limpieza, etc.
- Problemas del habla (lenguaje oral): dificultad en pronunciar sílabas, palabras y/o frases.
- Problemas de autoestima: autoverbalizaciones negativas sobre sí mismo ("soy tonto", "no valgo para estudiar", "no hago nada bien",...)
- Timidez: el niño manifiesta conductas como jugar solo, hablar bajo cuando se le pregunta, saludar sólo a los padres y/o hermanos...
- Mentiras: descripciones incorrectas cuando se le pregunta sobre algún aspecto de su conducta pasada.
- Miedos: expresiones de miedo y manifestación corporal (temblor, inmóvil...) sobre salir a la calle, entrar en lugares oscuros, ir al colegio, alejarse de sus padres.
- Ideas delirantes: creencia de ser perseguido por personas extrañas.
- Quejas psicósomáticas: quejas reiteradas que el niño manifiesta sin una base orgánica clara (dolor abdominal, vómitos, temblor de manos...)

5) *Análisis estadístico de los datos.* Una vez recabados los datos de ambos grupos se procedió al análisis estadístico de los mismos utilizando el programa informático SPSS para Windows 11.0. Se aplicó la prueba estadística χ^2 (?2) para comprobar si las diferencias en los porcentajes obtenidos en cada una de las variables en ambas muestras eran estadísticamente significativas.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestra el número y porcentaje de sujetos incluidos en cada una de las variables medidas en ambos grupos. Asimismo, se muestran los resultados de la prueba estadística χ^2 (?2) para comprobar si las diferencias obtenidas en los porcentajes son significativas.

Tabla 2. Frecuencia, porcentaje de sujetos y resultados de la prueba χ^2 entre el grupo de comparación y psiquiátrico.

	GRUPO DE COMPARACIÓN (n=43)	GRUPO PSIQUIATRICO (n=26)	(?2)
Identificación de problemas	Si: 20 (46.5%) No: 23 (53.5%)	Si: 26 (100%) No: 0	?2=65.46 p<.000*
Tipo de problemas	Agresividad (verbal/física): 11 (55%) Hiperactividad: 4 (20%) Desobediencia: 9 (45%) Problemas en alimentación: 1 (5%) Timidez: 4 (20%) Mentiras: 7 (35%) Miedos: 1 (5%)	Agresividad (verbal/física): 14 (53.8%) Hiperactividad: 5 (15.4%) Desobediencia: 12 (46.1%) Problemas en alimentación: 5 (19.2%) Timidez: 6 (23%) Mentiras: 5 (19.2%) Miedos: 3 (11.5%) Quejas psicósomáticas: 5 (19.2%) Control de esfínteres: 4 (15.3%) Autonomía funcional: 3 (11.5%)	?2=26.653 p<.000*
Número de sujetos con ausencia, uno o más trastornos	Ausencia: 20 (46.5) 1 trastorno: 10 (23.3) 2 trastornos: 10 (23.3%) 3 trastornos o más: 3 (7%)	Ausencia: 0 1 trastorno: 3 (11.5%) 2 trastornos: 12 (46.2%) 3 trastornos o más: 11 (42.3%)	?2=25.907 p<.000*
Comienzo del problema	Menos de 1 año: 4 (9.3%) De 1 a 5 años: 6 (14%) Más de 5 años: 10 (23.5%)	Menos de 1 año: 4 (15.4%) De 1 a 5 años: 19 (73.1%) Más de 5 años: 3 (11.5%)	?2=31.237 p<.000*
Tratamientos previos	Si: 0 No: 43 (100%)	Si: 20 (76.9%) No: 6 (23.1%)	?2=46.578 p<.000*
Frecuencia semanal de los trastornos	A diario: 15 (34.8%) A veces: 5 (11.6%)	A diario: 24 (92.3%) A veces: 2 (7.7%)	?2=24.013 p<.000*
Adaptación escolar	Déficit: 0 (0%) Normal: 26 (60.5%) Buena: 17 (39.5%)	Déficit: 9 (34.6%) Normal: 4 (15.4%) Buena: 13 (50%)	?2=22.866 p<.000*
Rendimiento académico	Déficit: 4 (9.3%) Normal: 17 (39.5%) Buena: 22 (51.2%)	Déficit: 11 (42.30%) Normal: 6 (23.1%) Buena: 9 (34.6%)	?2=10.423 p<.000*
Relación con los padres	Déficit: 0 Normal: 8 (18.6%) Buena: 35 (81.4%)	Déficit: 6 (23.1%) Normal: 10 (38.5%) Buena: 10 (38.5%)	?2=16.952 p<.000*
Relación con los amigos	Déficit: 2 (4.7%) Normal: 11 (25.6%) Buena: 30 (69.8%)	Déficit: 6 (23.1%) Normal: 7 (26.9%) Buena: 13 (50%)	?2=5.772 p<.056
Seguimiento de demandas por sus padres	Casi nunca: 1 (2.3%) A veces: 19 (44.2%) Casi siempre: 23 (53.5%)	Casi nunca: 13 (50%) A veces: 11 (42.3%) Casi siempre: 2 (7.7%)	?2=27.543 p<.000*
Control sobre los reforzadores	Casi nunca: 2 (4.7%) A veces: 39 (90.69%) Casi siempre: 2 (4.65%)	Casi nunca: 10 (38.5%) A veces: 12 (46.2%) Casi siempre: 4 (15.4%)	?2=17.147 p<.000*
Sistematicidad en los castigos	Casi nunca: 2 (4.7%) A veces: 20 (46.5%) Casi siempre: 21 (48.8%)	Casi nunca: 12 (46.2%) A veces: 4 (15.4%) Casi siempre: 10 (38.5%)	?2=18.657 p<.000*
Responsabilidad en casa	No tiene: 8 (18.6%) Si tiene/no lo hace: 4 (9.3%) Si tiene/lo hace: 31 (72.1%)	No tiene: 11 (42.30%) Si tiene/no lo hace: 5 (19.2%) Si tiene/lo hace: 10 (38.5%)	?2=7.615 p<.022*
Mantenimiento de rutina diaria	Si: 42 (97.7%) No: 1 (2.3%)	Si: 12 (46.2%) No: 14 (53.8%)	?2=25.279 p<.000*
Aspectos positivos del repertorio del niño	Si: 36 (83.7%) No: 7 (16.3%)	Si: 14 (53.8%) No: 12 (46.2%)	?2=7.247 p<.007*
Acuerdo en los padres en el estilo educativo	Acuerdo: 30 (69.8%) Desacuerdo: 13 (30.2%)	Acuerdo: 3 (11.5%) Desacuerdo: 23 (88.5%)	?2=22.017 p<.000*
Creencias sobre los trastornos del niño	Personalidad: 22 (51.2%) Aprendizaje: 11 (25.6%) Genético: 1 (2.3%) Combinación: 9 (20.9%)	Personalidad: 10 (38.5%) Aprendizaje: 0 Genético: 0 Combinación: 16 (61.5%)	?2=15.194 p<.002*

*Nota. χ^2 (?2) es significativa con una p<0.05

Los resultados indican que existen diferencias significativas en todas las variables medidas en ambos grupos (grupo de comparación y psiquiátrico) a excepción de la variable relativa a la relación con los compañeros.

Destacar que el 4.7% de los casos del grupo de comparación informan de que “*casi nunca*” se controlan los reforzadores en el contexto de casa, en el grupo psiquiátrico esta categoría constituye el 38.5% de los casos. Datos similares son obtenidos respecto a la sistematicidad en los castigos, existiendo un 4.7% de los casos del grupo de comparación que “*casi nunca*” aplican castigos al comportamiento inadecuado, frente a un 46.3% de casos del grupo psiquiátrico.

Por otro lado, el porcentaje de sujetos incluidos en la categoría de “adaptación deficitaria en el contexto escolar” ha sido mayor en el grupo psiquiátrico respecto al de comparación, 34.6% y 0% respectivamente. En la misma dirección apuntan los porcentajes sobre la medida del rendimiento académico donde el 42.30% de los sujetos del grupo psiquiátrico muestran déficit escolar frente al 9.3% del grupo de comparación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos obtenidos con la aplicación de la entrevista muestran que las diferencias, entre los dos grupos seleccionados, son estadísticamente significativas en, prácticamente, todas las medidas seleccionadas, excepto en la variable “relación con los compañeros”. Los sujetos del grupo psiquiátrico puntúan más alto en las cuestiones que indican una mayor problemática, mientras que los del grupo de comparación puntúan más alto en los aspectos menos problemáticos.

En primer lugar, la valoración realizada por los padres respecto a la existencia de problemas de comportamiento varía en ambos grupos. Mientras que en el grupo de comparación aproximadamente la mitad de los padres identifican la existencia de algún problema psicológico, en el grupo psiquiátrico el total padres entrevistados informan de la existencia de al menos un problema psicológico. Asimismo, la frecuencia de problemas valorados por los padres en el grupo psiquiátrico aparece en la categoría de “a diario” en un mayor porcentaje que en el grupo de comparación. Esta medida no indica necesariamente que los trastornos del grupo psiquiátrico sean más graves que los del grupo de comparación, dado que dependen de otras variables como la interpretación y las estrategias de afrontamiento de los padres para hacer frente al problema psicológico, el momento de comienzo, etcétera. (Ezpeleta, Granero, De la Osa y Guillamón, 2000). En cualquier caso, ninguno de los padres del grupo de comparación informó haber demandado previamente ayuda psicológica para tratar los problemas psicológicos informados durante la entrevista.

Otro resultado a destacar, por su novedad y precisión de cara al tratamiento, es el relativo a las preguntas sobre: seguimiento a las demandas o instrucciones, el control de reforzadores y la sistematicidad en las contingencias diferenciales. Las respuestas de los padres respecto a estas tres variables indican que existe un mayor número de padres en el grupo psiquiátrico, respecto al grupo de comparación, que informan de que sus hijos eluden en mayor medida el seguimiento de demandas, que no tienen un control de los reforzadores y que no son tan sistemáticos en la aplicación de contingencias diferenciales.

En el estudio de Rivas y cols., (1995) se encontró que el sistema disciplinario establecido por los padres en casa, entendido como el manejo adecuado de premios y castigos, estaba relacionado con ciertas características psicopatológicas informadas por los padres; esto es, existía una mayor proporción de niños que presentaban alteraciones psicológicas en aquellas familias cuyo sistema disciplinario era inadecuado. Los resultados en nuestro estudio muestran que igualmente existen diferencias significativas, en ambos grupos, en los porcentajes obtenidos relativos al control de reforzadores y a la sistematicidad en las contingencias diferenciales (véase tabla 2). Asimismo, el estudio clásico de Capafons y cols., (1986), utilizando una entrevista estructurada para padres, muestra diferencias significativas al comparar las respuestas dadas por los padres de niños de “población normal” respecto a otros de “población psiquiátrica”. Concretamente, los sujetos de la muestra psiquiátrica tendían a obtener menores puntuaciones, que los del grupo de comparación, en las preguntas dirigidas a valorar el acuerdo educativo entre los padres. Asimismo, los padres de la muestra psiquiátrica tendían a castigar con mayor frecuencia el comportamiento inadecuado del niño, sin que esto necesariamente repercutiera en un cambio del mismo.

Las medidas relativas al ámbito escolar como rendimiento y adaptación escolar también han resultado ser indicadores esenciales para diferenciar a los sujetos de ambos grupos de nuestro estudio. Estas variables han sido estudiadas bajo diferentes denominaciones como rendimiento, integración, absentismo, adaptación escolar, etcétera. siendo asociadas con un aumento de la prevalencia de trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes; y de manera similar, tanto la competencia académica (definida como las notas académicas) como la competencia social

(definida como la adaptación escolar o habilidades del niño para relacionarse con sus compañeros) aparecen sistemáticamente disminuidas en niños que muestran diversas alteraciones psicológicas (Aláez y cols., 1998; Rivas y cols., 1995). Este resultado es concordante incluso entre diferentes fuentes de información (padres- maestro-niño) lo que indica la importancia de estas variables sobre el equilibrio emocional de los niños y adolescentes (Rivas y cols., 1995).

Por último, cabe comentar brevemente el resultado de tres cuestiones valoradas en el protocolo que se suponen importantes de cara a la efectividad del tratamiento, y que se obvian frecuentemente en otros instrumentos de evaluación elaborados desde otras perspectivas, como son: que los padres describan aspectos positivos en el repertorio de su hijo, la existencia de acuerdo en el modo en que ambos padres proceden a la hora de educarlo y, finalmente, el tipo de creencias que mantienen sobre los problemas de comportamiento del niño. Así, casi la mitad de los padres del grupo psiquiátrico señalan la ausencia de aspectos positivos en el repertorio de su hijo, mientras que el porcentaje en el grupo de comparación es del 16%. Respecto al acuerdo en el estilo educativo de los padres aparece claramente un mayor porcentaje en los padres del grupo de comparación (69.8%) respecto al psiquiátrico (11.5%). Finalmente, las creencias de los padres respecto a las variables que están a la base de los problemas de comportamiento de su hijo son atribuidas en su mayoría a factores de personalidad, con porcentajes similares en ambos grupos, aunque hay que destacar que en el grupo psiquiátrico no existe ningún caso en el que el problema de comportamiento se atribuya a los factores de aprendizaje, en cambio en el grupo de comparación, los padres atribuyen al aprendizaje un valor relativamente importante (25.6%) como una de las variables responsables de los problemas de comportamiento detectados en su hijo.

No obstante, si bien los resultados alcanzados nos permiten valorar positivamente la capacidad discriminativa del protocolo elaborado para diferenciar sujetos con características psicopatológicas distintas en las variables seleccionadas, la información recabada no permite realizar un análisis funcional detallado. En este sentido, la información recabada sólo permite relacionar ciertas pautas de funcionamiento familiar y creencias de los padres sobre los comportamientos adecuados e inadecuados de su hijo con el mantenimiento de los problemas psicológicos identificados. Por tanto, esta sería la primera fase para generar hipótesis funcionales teniendo en cuenta la relación entre algunas variables relevantes incluidas en el protocolo (seguimiento de instrucciones, control de los reforzadores, sistematicidad en las contingencias diferenciales...) y el mantenimiento de ciertas conductas problema. Dichas variables pueden servir para mostrar la posible relación entre ciertos problemas psicológicos y pautas educativas asistemáticas, incoherentes e inadecuadas por parte de los padres. En cualquier caso, la función de aquellas pautas familiares que aquí se han identificado como "*potencialmente equivalentes a pautas que se consideran de riesgo*" es algo comprobable a nivel empírico, tanto analizando su papel y el efecto que describen contingente a ellas (algo que en el grupo de comparación no tiene sentido porque no existe demanda psicológica). Es decir, la información recabada a partir de la entrevista conductual mostraría su validez para el tratamiento si a continuación se valorase el efecto de dicha intervención teniendo en cuenta las variables medidas que, no siendo suficientes, se asumen necesarias para el cambio terapéutico (Molina, Zaldívar y Gómez, 2004b).

Nota a pie de página

¹ Se puede solicitar una copia completa del guión de entrevista conductual al primer autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1988). Diagnóstico, taxonomía y evaluación. En T.H. Ollendick y M. Hersen (eds.), *Psicopatología Infantil*, (pp. 99-138). Barcelona: Martínez Roca.
- Aiken, L.R. (1996). Evaluación en base a computadoras y otras tecnologías. En L.R. Aiken, *Test psicológicos y evaluación*, (pp.401-425). México: Prentice Hall.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (1998). Características de la población infanto-juvenil que demanda asistencia psicológica en un centro de salud comunitario (CIS de Hortaleza) I: los padres como informantes. *Clínica y Salud*, 9(3), 563-596.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D., Alcántud, F. y Silva, F. (1986). La información diagnóstica general: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2(3), 13-45.
- Casullo, E. y Márquez, M.O. (2003). *The interview. Encyclopedia of Psychological Assessment*. Londres: Sage.

- Edelstein, B.A. y Yoman, J. (1991). La entrevista conductual. En V. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, (pp. 751-775). Madrid: Siglo XXI.
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica*, 6(1), 33-64.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N. de la, Júdez J., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1995). Diagnostic Interview for Children and Adolescents –DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 153-163.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N. y Guillamón (2000). Predictors of Functional Impairment in Children and Adolescents. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 793-801.
- Gelfand, D.M. y Hartman, D.P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide.
- Goldman, J., Stein, C.L. y Guerry, S. (1983). *Psychological methods of child assessment*. New York: Brunnel/Mazel.
- Gómez, I. (1999). *Psicopatología Infantil*. Proyecto docente no publicado. Universidad de Almería.
- Góngora, M.A. (2001). Un instrumento para evaluar la actuación del terapeuta durante la entrevista clínica. *Psicología Conductual*, 9(2), 405-415.
- Hayes, S.C. y Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification?. *Behavioral Assessment*, 14, 345-365.
- Holland, C.J. (1970). An interview guide for behavioral counseling with parents. *Behavior Therapy*, 1, 70-79.
- Iwata, B.A., Wong, S.E., Riordan, M.M., Dorsey, M.F. y Lau, M.M. (1982). Assessment and training of clinical interviewing skills: analogue analysis and field replication, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 191-203.
- Llavona, L. (1997). La entrevista conductual. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, (pp.71-114). Madrid: Pirámide.
- Luciano, M.C. (1997). *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia* (2ªed.). Valencia, Promolibro.
- Luciano, M.C., Gómez, I. y Valdivia, S. (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde una aproximación conductual-funcional y contextual. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 2(2), 171-196.
- McClellan, J.M. y Werry, J.S. (2000). Research psychiatric diagnostic interviews for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 19-27.
- Maganto, C. (1995). Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En J. Rodríguez (dir.), *Psicopatología del niño y del adolescente*, (pp. 191-282). Sevilla: Manuales Universitarios.
- Miltenberger, R.G y Fuqua, R.W. (1985). Evaluation of a training manual for the acquisition of behavioral assessment interviewing skills. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 18, 323-328.
- Molina, A. (2004). *Análisis comparativo de la entrevista diagnóstica estructurada (ChIPS) y la entrevista funcional en la evaluación infantil y adolescente*. Tesis doctoral: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Almería.
- Molina, A.; Zaldívar, F. y Gómez, I. (2004a). *Capacidad discriminativa de una entrevista conductual-funcional para la evaluación de trastornos en la infancia y la adolescencia*. Málaga: VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica.
- Molina, A.; Zaldívar, F. y Gómez, I. (2004b). *Estudio piloto sobre la validez de tratamiento de dos modalidades de evaluación-intervención de trastornos en la infancia y la adolescencia*. Málaga: VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica.
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplús.
- Rivas, M., Vázquez y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psicothema*, 7(3), 513-526.
- Rutter, M., Tizard, J. Y Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. Londres: Longman.
- Sandín, B. (1994). La entrevista psicológica. En J.F. Morales (dir.), *Metodología y Teoría de la Psicología*, (pp. 81-116). Madrid: UNED.
- Silva, F. (1992). La entrevista. En R. Fernández Ballesteros (ed.), *Introducción a la evaluación psicológica*, vol. 1 (pp. 252-278). Madrid: Pirámide.
- Verhulst, F.C. (1995). La epidemiología en psicopatología infantil: cuestiones generales y estudios de prevalencia. En J. Rodríguez (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*, (pp 79-106). Sevilla: Manuales Universitarios.
- Wechsler, D. (1993). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-R*. Madrid: TEA.

Zaldívar, F. (1999). *Evaluación psicológica: una aproximación conceptual, metodológica e instrumental*. Granada: Némesis.