

COLABORACION ESPECIAL**MÉTODOS DE SCREENING DE TRASTORNOS MENTALES INFANTO-JUVENILES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD (*)****J. L. Pedreira Massa (1), B. Sánchez Gimeno (2)**

(1) Centro de Salud Mental Infantil de Avilés. Area de Psiquiatría, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.

(2) Centro de Salud Mental Adultos I, Gijón.

(*) Trabajo autorizado por la Dirección Regional de Salud Mental de Asturias, como trabajo de investigación de fin del período MIR.

RESUMEN

Se revisan los principales estudios de prevalencia de trastornos mentales en la infancia. Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre métodos de screening para trastornos mentales infanto-juveniles, comparando las diversas escalas y listado de conducta infantil más frecuentemente empleados en estudios epidemiológicos.

Palabras clave: Epidemiología. Salud mental infantil. Atención.

ABSTRACT**Screening Methods for Mental Troubles in Childhood and Youth in Primary Health Care.**

A revision of the principal studies of prevalence of mental disorders in childhood is made. We present a bibliographic research about screening instruments for mental disorders in children and adolescents comparing the child behaviour scales checklists most usually employed in epidemiological surveys.

Key Words: Epidemiology. Child mental health. Primary care of health.

INTRODUCCION

Los estudios epidemiológicos indican que entre un 5-15 % de niños/as en edad escolar presentan trastornos mentales, pero solo un porcentaje pequeño son identificados por su pediatra^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}. Costello¹² deduce que los pediatras no suelen diagnosticar problemas psiquiátricos en los niños/as cuando no existen, por lo que son muy específicos, pero su nivel para identificarlos puede que no sea muy alto, por lo que su sensibilidad es baja.

La prevalencia de los trastornos psico-sociales en la población infantil no es muy bien conocida, entre otras razones por la inexistencia de instrumentos estandarizados debida a dificultades de muy diversa índole (constante proceso evolutivo, dependencia del

contexto, etc.) que midan las desviaciones de la norma y que posean una significación pronóstica. Hay toda una línea de investigación sobre acontecimientos vitales (life events) estresantes en la infancia y adolescencia y su posible relación con problemas de salud física y psíquica, así como de desarrollo de instrumentos de medida de estos cambios^{13,14,15,16,17,18}. Jonhson¹⁹, al revisar la literatura al respecto, sugiere la existencia de una relación significativa entre haber experimentado un cúmulo de cambios vitales (en especial los negativos) y tener problemas de salud y de ajuste social, siendo la magnitud encontrada relativamente pequeña, lo que sugiere que las mediciones del estrés vital por sí mismas no son especialmente predictivas y que la naturaleza de esta relación no es clara ni unidireccional.

Hemos llevado a cabo una amplia revisión bibliográfica sobre métodos de screening para trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, comparando las diversas

Correspondencia
J. L. Pedreira Massa
Centro de Salud Mental de Avilés.
Consejería de Sanidad.
C/ Hermanos Espolita, s/n, 33400-Avilés (Asturias).

escalas y listados de conducta infantil mas frecuentemente empleados en estudios epidemiológicos, en muchos de ellos existen datos parciales y, en ocasiones, contradictorios que abren muchos interrogantes:

- 1.— ¿Cuál es la eficacia del screening del Pediatra de Atención Primaria en relación a los problemas psiquiátricos de los niños/as y cuántos casos “pierde”?
- 2.— ¿Están los pediatras igualmente seguros de los diagnósticos en todos los tipos de trastornos psiquiátricos o son más sensibles a unos que a otros?
- 3.— ¿Los niños/as derivados están siendo los “apropiados”?
- 4.— ¿Los niños/as que recibe la Atención Pediátrica son representativos de todos los niños/as en cuanto a la prevalencia y tipo de los trastornos psiquiátricos?
- 5.— Los especialistas de Salud Mental Infantil ¿son utilizados con la frecuencia que requiere la índole de los trastornos detectados?
- 6.— Los niños/as que han recibido tratamiento en servicios especializados ¿mejoran más que los atendidos por los Pediatras o que los ingresados en un Hospital Psiquiátrico?
- 7.— Los niños/as con problemas mentales ¿acuden más a otros dispositivos de Salud General?

Revisión General de los principales estudios de prevalencia de trastornos mentales en la infancia

Achenbach ¹³ defiende las visiones taxométricas multiaxiales en la clínica y en su aplicación epidemiológica, aduciendo que:

- 1.º Pueden ayudar al clínico a hacer formulaciones de casos de forma más segura, reduciendo la sobrecarga informativa, las predisposiciones

subjetivas y las categorías inapropiadas.

- 2.º Las múltiples facetas del funcionamiento de los niños/as requieren procedimientos múltiples de valoración que no necesariamente tienen que converger en una sola categoría para cada niño/a.
- 3.º Cada eje ilumina diferentes facetas del funcionamiento, en vez de ser colapsadas en un solo constructo categorial.
- 4.º Los métodos taxométricos multiaxiales pueden clasificar objetivamente según perfiles-tipo, puntuados por procedimientos de valoración estandarizados en sus propios ejes.
- 5.º El uso de instrumentos estandarizados comunes puede acercar la práctica clínica, la investigación y los estudios epidemiológicos.
- 6.º Las valoraciones taxométricas multiaxiales pueden ser repetidas para evaluar los cambios en el desarrollo y el efecto de las intervenciones.
- 7.º El enfoque taxométrico multiaxial puede desarrollar la investigación, completando otros procedimientos taxométricos de evaluación clínica, y verificar las relaciones en un sistema de clasificación con los diferentes ejes y las correlaciones existentes con los perfiles-tipo, etc.

La epidemiología de trastornos psiquiátricos infantiles no se puede ejecutar sin instrumentos que midan conductas y comportamientos o líneas-base, para poder hacer juicios acerca de la conducta estudiada. Pero, por otra parte, los métodos epidemiológicos para el estudio de la distribución normal de tipos de comportamientos son fundamentales para construir e interpretar test.

Aunque el número de publicaciones de epidemiología psiquiátrica infantil ha aumentado en los últimos diez años, existen

pocas experiencias de investigación que intenten replicar y refinar las técnicas existentes en poblaciones diferentes de aquellas para las que las técnicas fueron inicialmente construidas. Earls²⁰ resalta la importancia de los factores transculturales en la replicabilidad de los resultados, sobre todo para la evaluación de los trastornos de conducta en los niños/as.

En la actualidad, la mayoría de los estudios epidemiológicos se realizan en doble fase, método introducido por Rutter²¹. Consiste en procedimientos de screening, en su mayoría cuestionarios de autoaplicación, pasados a población general en la primera fase; en la segunda fase se desarrolla una investigación más intensa sobre los casos detectados con problemas de algún tipo en la primera fase. Para no perder casos es importante que en la segunda fase se estudie una muestra que no haya sido seleccionada por la presentación de trastornos en el screening, de esta manera se aborda el estudio de los falsos negativos^{22, 23}.

Los estudios en población sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia no solo aportan datos sobre la distribución de problemas de salud mental en la infancia y de los factores que se asocian a ellos, sino que sirven como líneas base para futuras investigaciones, generar nuevas preguntas e hipótesis.

Los diferentes estudios difieren tanto en la definición de caso psiquiátrico en la infancia, como en los métodos que utilizan, por lo que es difícil comparar las diversas tasas obtenidas entre sí. Por esta razón, nos hacemos eco de una reciente revisión de Jablensky²⁴ en la que concluye que existen tres tipos de problemas que bloquean el progreso de la epidemiología psiquiátrica: ausencia de un lenguaje común para la definición de casos, criterios diagnósticos y clasificación de datos; ausencia de instrumentos estandarizados, fiables y ampliamente aceptados, y, por último, la ausencia de técnicas analíticas comunes y de vías uniformes para la presentación de los datos. Hacia la solución de esos

tres grupos de problemas se orientan las nuevas investigaciones en este campo, impulso importante es la creación de la Sección de Clasificación, Diagnóstico, Evaluación y Nomenclatura en el seno de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), presidida por la prestigiosa personalidad científica del Prof. Mezzich.

Escalas y listados de evaluación de la conducta infantil

Existen numerosas escalas y listados que están siendo utilizados para investigaciones sobre psicopatología infantil. Los items de que constan oscilan entre 10 y 600 que puntúan entre 1 y 33 subescalas. Los items fluctúan entre la valoración de comportamientos altamente específicos y cualidades abstractas de funcionamiento personal o social, o constructos muy específicos (por ejemplo nivel de actividad) o categorías psicopatológicas muy extensas (por ejemplo comportamientos externalizantes). Varían en su calidad, en el tipo de investigación desarrollada sobre sus cualidades psicométricas y en los objetivos para los que se han diseñado.

Cairns & Green²⁵ han descrito los fundamentos que subyacen en el uso de escalas de comportamiento:

- 1.— El informante comparte con el investigador un entendimiento común acerca del atributo o comportamiento objeto de la investigación.
- 2.— El informante comparte un saber sobre qué comportamientos del niño/a representan el atributo que se describe en la escala.
- 3.— El informante es capaz de extraer de las actividades cotidianas del niño/a, aquellos comportamientos más relevantes para el atributo que se pretende medir.
- 4.— El informante y el investigador comparten similar punto de referencia

conceptual para calificar en la escala la intensidad del comportamiento.

La validez o fiabilidad de estas escalas puede estar comprometida por numerosos problemas de orden conceptual o práctico en su construcción, uso e interpretación^{26,27,28,29}. Por ejemplo puntuar una conducta solo si se da en el momento actual o no; también influyen en las puntuaciones que se realizan las características del informante en cuanto a su inteligencia, educación, etc. Otra fuente de variaciones proviene de la manera en que la escala ha sido construida, la especificidad del enunciado de las preguntas, el período de tiempo sobre el que se han de recoger las observaciones, etc. Otro problema es la decisión de qué otro tipo de medidas se utilizarán para valorar la validez del constructo de la escala, por ejemplo las medidas de observación. Muchas escalas utilizan el análisis factorial para desarrollar subescalas que puedan reflejar dimensiones parciales de la psicopatología infantil, pero estos nuevos factores pueden o no representar dimensiones reales del comportamiento infantil.

A pesar de los problemas que se han descrito, el uso e interpretación de este tipo de escalas tienen también numerosas ventajas: Tienen la capacidad de recoger información de personas que han convivido con el niño/a muchos años en diversas situaciones. Permiten recoger datos muy inusuales que podrían perderse en la observación directa. Son instrumentos baratos y eficientes en cuanto al tiempo que se utiliza en rellenarlas. Pueden tener datos normativos para establecer la desviación estándar de las puntuaciones del niño/a. Existen diversas formas que abarcan una gran variedad de dimensiones de la psicopatología infantil. Incorporan opiniones de personas significativas en el entorno natural del niño/a y que son responsables de su cuidado y tratamiento. Señalan la variación situacional, recogiendo las características más estables del comportamiento infantil. Por último, permiten cuantificar aspectos cualitativos del comportamiento que son de difícil obtención por medio de métodos de observación directa.

Las escalas sirven para diversas funciones (Achenbach & Edelbrock, 1983)³⁰ tales como: investigación epidemiológica, subgrupos de niños/as en grupos más homogéneos, exploración de hipótesis etiológicas de ciertos trastornos, pronóstico de grupos clínicos seguidos a lo largo de intervalos más o menos largos de tiempo. Por estas razones, entre otras, continuarán teniendo un importante papel en la investigación sobre la psicopatología infantil.

Hemos revisado aquellas escalas de utilización más amplia en los trabajos epidemiológicos y, siguiendo a Barkley³¹, las hemos agrupado en tres apartados: escalas para padres, escalas para profesores y escalas de informantes múltiples. Posteriormente hemos agrupado la información de forma significativa respecto a autores, número de ítems, tiempo de cumplimentación, rango de edad, existencia de programa informático, fiabilidad, validez, datos normativos y factores evaluados.

I. ESCALAS PARA PADRES (Tablas 1 y 2)

Las escalas revisadas han sido las siguientes: Conners Parents Rating Scale (CPRS)^{32,33}; Conners Parents Rating Scale Revised (CPRS(R))³⁴; Conners Abbreviated Symptom Questionnaire (ASQ); Child Behaviour Checklist^{30,35,36,37}; Personality Inventory for Children (PIC)³⁸; Louisville Behaviour Checklist (LBCL)³⁹; Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI)⁴⁰ y Werry-Weiss-Peters Activity Rating Scale (WWPARS)⁴¹.

El rango de edad de aplicación de estos instrumentos oscila entre los 2 y los 17 años. El número de ítems de ellas es variable entre los 10 del ASQ y los 600 de una versión del PIC, lo que constituye un dato a considerar a la hora de elegir el instrumento, valorando la complejidad de su uso y el tiempo de cumplimentación. P.e. el ASQ se ha utilizado ampliamente por su simplicidad y poco tiempo de cumplimentación (3-5 min.) para la selección de niños/as hiperactivos en investigación.

TABLA I
Escalas y listados de conducta infantil

Escala	Autores	N.º Items	Tiempo de Cumplimentación	Rangp Edad	Programa Informático	Fiabilidad			Validez					Datos Normativos
						T-R	I	CI	C	P	D	S	Co	
CPRS	Conners	93	10-15	6-14	+	+	—	—	+	+	+	+	+	+
CPRS (R)	Conners	48	5-10	3-17	—	—	+	—	+	—	—	+	—	+
ASQ	Conners	10	3-5	3-17	—	—	+	—	—	+	+	+	—	+
CBCL	Achenbach y Edelbrock	138	15-20	4-16	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PIC	Wirt y Cols	131-600 (4 vers.)	20'-2h	6-16	+	+	+	+	+	—	+	—	+	+
LBCL	Miller	164	30-45	4-17	—	+	—	+	+	—	+	—	+	+
ECBI	Eyberg	36	10	2-12	+	+	+	+	+	—	+	+	+	+
WWPARS	Werry Weiss	22-31	5	No se especifica	—	—	+	—	+	+	+	+	+	+

Leyenda:

Fiabilidad:

- T-R = Test-retest.
- I = Intervaluadores.
- CI = Consistencia interna.

Validez:

- C = Constructo.
- P = Predictiva.
- D = Discriminante.
- S = Sensibilidad.
- Co = Concurrente.

TABLA 2
Factores evaluados en escalas para padres

<i>FACTORES EVALUADOS</i>		<i>C P R S</i>	<i>C P R S R</i>	<i>A S Q</i>	<i>C B C L</i>	<i>P I C</i>	<i>L B C L</i>	<i>E C B I</i>	<i>W W P A R S</i>
INTERNALIZANTES	Agresividad				+		+		
	Miedo	+					+		+
	Ansiedad	+	+						
	Desorganización	+							
	Inmadurez	+			+		+		
	Obsesivo	+			+				
	Depresión				+				
	Esquizoide				+				
	Indisciplina					+			
	Autocontrol					+			
Desar. Cognit.					+				
PSICOSOMATICOS	Psicosomático	+	+		+	+			
EXTERNALIZANTES	Probl. Conducta	+	+					+	
	Conducta oposicionista							+	
	Hiperactividad	+	+		+		+		
	Antisocial	+			+		+		
	Retraimiento social				+	+	+		
	Problemas sexuales				+				
	Prob. aprend.	+	+				+		
	Televisión								+
	Dormición								+
	Comida								+
Juego								+	

El CBCL, PIC y LBCL son los que tienen un mayor número de ítems, siendo el CBCL el que por su contenido y la escala 0-2 es lo suficientemente amplio para captar trastornos psicopatológicos y el instrumento que en la actualidad se utiliza en estudios de screening en la primera fase de investigación en métodos de doble fase. Las otras dos escalas, PIC y LBCL, poseen una valoración +/— y no aportan una valoración sobre frecuencia o intensidad de los problemas de comportamiento, por lo que ambos son preferidos por los clínicos para los procesos de evaluación individual más que estudios epidemiológicos.

El CPRS y su versión revisada valoran los trastornos de conducta externalizante, más que los trastornos internalizantes, siendo un buen instrumento para la valoración del

primer tipo de trastornos. El ECBI y WWPARS son escalas cortas y de fácil cumplimentación, diseñadas para investigación de problemas de comportamiento y nivel de actividad, respectivamente, así como la evaluación de programas de entrenamiento a padres y de programas de tratamiento farmacológico.

El CBCL de Achenbach, el CPRS de Conners, PIC, LBCL y ECBI poseen programa informático, lo que simplifica enormemente el tratamiento estadístico de los datos obtenidos en la investigación. En cuanto a la construcción de las escalas, estudios de fiabilidad y validez, son el CBCL y el PIC los dos instrumentos que tienen más estudios que señalan su buena estandarización. Todas las escalas revisadas poseen datos normativos para su uso.

II. ESCALAS PARA PROFESORES (Tablas 3 y 4)

Han sido revisadas las siguientes escalas: Conners Teacher Rating Scale (CTRS)⁴², Conners Teacher Rating Scale Revised (CTRS-R)³⁴, Conners Abbreviated Symptom Questionnaire (ASQ); Iowa Conners Teacher Rating Scale (ICTRS)⁴³, Child Behaviour Checklist-Teacher Report Form (CBCL-TRF)^{30,44}, School Behaviour Checklist (SBC)⁴⁵, Attention Deficit Disorders Comprehensive Teacher Rating Scale (ADD-H-ACTeRS)⁴⁶.

El rango de edad para su aplicación oscila entre los 3 y los 17 años. Encontramos que estas escalas para profesores ofrecen una reducción en el número de ítems y en el tiempo de cumplimentación, con excepción del TRF y SBC, especializándose en la detección rápida de niños/as con problemas de hiperactividad (CTRS, ASQ9, hiperactividad versus agresividad (ICTRS) y trastornos por déficit atencionales (ADD-H-ACTeRS), siendo válidas para el seguimiento de niños/as tras la aplicación de tratamientos farmacológicos y/o conductuales. Tanto el TRF como el SBC poseen un mayor número de ítems y abarcan un amplio espectro de la psicopatología infantil, poseen varias versiones según la edad de los niños/as a evaluar.

Poseen programa informático el CTRS de Conners y el CBCL-TRF de Achenbach. Todas las escalas presentan datos contrastados sobre fiabilidad, test-retest y validez de constructo. Todas ellas, con excepción del ICTRS, poseen datos normativos.

III. ESCALAS DE INFORMACION MULTIPLE (Tablas 5 y 6)

Este tipo de escalas puede ser completado tanto por padres como por profesores, personal médico y personas diversas que estén en contacto con los niños/as. Las que hemos revisado son las siguientes: Behaviour Problem Checklist (BPC)⁴⁷; Revised

Behaviour Problem Checklist (RBPC)⁴⁸; Preschool Behaviour Questionnaire (PBQ)⁴⁹; Self-Control Rating Scale (SCRS)⁵⁰; Fear Survey Schedule (FSS)⁵¹; Preschool Behaviour Checklist (PBC)⁵².

Dos de ellas, el PBQ y PBC, se han desarrollado para la detección y prevención de posibles trastornos en épocas tempranas con un rango de edad entre los 3 y 6 años. Por el contrario en otras el rango de edad es más amplio y oscila entre los 5 y 18 años.

Encontramos entre ellas gran variación en los factores evaluados, siendo algunas muy específicas; SCRS y FSS, para la evaluación del autocontrol y miedos y otras que evalúan una amplia gama psicopatológica, como el BPC y RBPC. Todas, a excepción del FSS, poseen datos sobre fiabilidad, test-retest, validez de constructos y datos normativos. Carecen de programas informáticos todas ellas, menos la PBC que sí que lo posee.

IV. COMENTARIOS GENERALES COMPARADOS

De la revisión realizada podemos deducir que existen suficientes escalas para valorar los trastornos psicopatológicos más comunes en la infancia y que no se precisaría desarrollar nuevas escalas de tipo general, de banda ancha⁵³. Avance de la investigación vendría dado por la profundización en nuevos estudios de las propiedades y utilidad de las escalas ya existentes, sobre todo de las que están bien desarrolladas y estandarizadas como son el CBCL, RPBC y las escalas de Conners.

Todo lo contrario ocurre cuando queremos valorar aspectos psicopatológicos muy específicos como la ansiedad, depresión, quejas psicósomáticas o habilidades sociales, ya que apenas existen escalas. Aunque se pueden utilizar las subescalas de instrumentos más amplios, sería interesante poder desarrollar escalas más específicas en la línea de las formuladas para autocontrol, hiperactividad y miedos.

TABLA 3
Escalas y listados de conducta infantil. Escalas para profesores

Escala	Autores	N.º de Items	Tiempo de Cumpliment.	Rangp Edad	Programa Informático	Fiabilidad			Validez						Datos Normativos	
						T-R	I	CI	C	P	D	S	Co			
CTRS	Conners	39	5-10	No descrito	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
CTRS-R	Conners	28	5-10	3-17	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+
ASQ	Conners	10	3-5	3-17	-	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+
ICTRS	Millich Loney	10	3-5	No descrito	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-
CBCL-TRF	Achenbach Edelbrock	126	15-20	6-16	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
SEC	Miller	104/96	20	3-13	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ADD-H ACTeRS	Ullman y cols	24	5-10	5-12	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Leyenda:
 Fiabilidad:

T-R = Test-retest.
 I = Intervaluadores.
 CI = Consistencia interna.

Validez:

C = Constructo.
 P = Predictiva.
 D = Discriminante.
 S = Sensibilidad.
 Co = Concurrente.

TABLA 4
Factores evaluados en escalas para profesores

FACTORES EVALUADOS		C T R S	C T R S — R	A S Q	I C T R S	C B C L — T R F	S B C	ADD- H AC- Te- RS
INTERNALIZANTES	Agresividad				+	+	+	
	Emocional	+						
	Sobreindulgencia	+						
	Ansiedad	+				+	+	
	Ensueños/atención	+	+			+		+
	Autopestrucción					+		
	Obses.-compulsivo					+		
EXTERNALIZANTES	Hiperactividad	+	+	+	+	+		+
	+Probl. Conductual	+	+	+				+
	Pasividad	+	+					
	Sociabilidad	+			+	+		
	Popularidad					+		
	Logros escolares					+	+	+
	Probl. sociales							

Existen pocos trabajos valorando la utilidad de las escalas en el seguimiento de niños/as con trastornos de conducta sometidos/as a tratamiento, bien sea farmacológico, conductual, familiar, psicoterapéutico, etc. Las escalas pueden ser de gran utilidad si son capaces de ofrecer subagrupamientos de poblaciones infantiles en categorías más específicas y relacionadas con diferentes pronósticos al inicio del tratamiento (Achenbach & Edelbrock, 1983)³⁰, ya que ésto permitiría a otros investigadores replicar el estudio empleando la misma escala y similares puntos de corte para la clasificación de los sujetos en vez de la utilización de criterios subjetivos.

Es difícil determinar en esta revisión cuál es la "mejor" escala, ya que ésto dependerá de lo que se quiere investigar. Parece que las Child Behaviour Checklist de Achenbach son las más desarrolladas y estandarizadas, permitiendo valorar una amplia gama psicopatológica, pero no serían útiles en estudios altamente específicos en autismo, psicosis infantiles, etc. Tampoco son escalas muy útiles, dada su extensión, para valorar efectos de un tratamiento en una fase aguda, siendo en

este caso útiles escalas más específicas, como el SCRS para la investigación de intervenciones conductuales sobre la impulsividad o la versión revisada de Conners en utilización de drogas psicoestimulantes en niños/as hiperactivos.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Coincidimos con Offord & cols (1986)²⁸ en que los estudios epidemiológicos de Salud Mental con técnicas de screening en la etapa infanto-juvenil plantean varios problemas y que nosotros resumimos de la siguiente forma:

1) Aspectos conceptuales:

¿Merece la pena la realización del estudio? ¿La cuestión que plantea el estudio es importante y el diseño se ajusta para dar respuesta a esa cuestión? ¿Cuál es el estado de conocimientos en ese campo, de tal suerte que el estudio suponga un avance en el mismo? ¿Hay acuerdo en la definición de los trastornos?

TABLA 5
Escalas y listados de conducta infantil. Escalas de información múltiple

Escala	Autores	N° de Items	Tiempo de Cumpliment.	Rangop Edad	Programa Informático	Fiabilidad			Validez					Datos Normativos	
						T-R	I	CI	C	P	D	S	Co		
BPC	Quay Peterson	55	10-15	No descrito	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
RBPC	Quay Peterson	89	15-20	5-17	—	+	+	+	+	—	+	—	+	+	+
PBQ	Behar Stringfield	30	5-10	3-6	—	+	—	—	+	—	+	—	+	+	+
SCRS	Kendall Wilcox	33	5-10	No descrito	—	+	—	—	+	—	+	+	+	+	+
FSS	Miller	81	15-20	4-18	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—
PBC	Mcguire Richman	21/12	10-15	3-5	+	+	+	+	+	—	+	+	+	+	+

Leyenda:

Fiabilidad:
 T-R = Test-retest.
 I = Intervaluadores.
 CI = Consistencia interna.

Validez:

C = Constructo.
 P = Predictiva.
 D = Discriminante.
 S = Sensibilidad.
 Co = Concurrente.

TABLA 6

Factores evaluados en escalas de información múltiple

FACTORES EVALUADOS		B P C	R B P C	P B Q	S C R S	F S S	P B C
INTERNALIZANTES	Agresividad			+			
	Problemas de personalidad	+					
	Inmadurez	+	+				
	Ansiedad		+	+			
	Auto-control				+		
	Miedos					+	
PSICOSOMÁTICOS	Tensión motora		+				
	Alimentación						+
EXTERNALIZANTES	Problemas de conducta	+	+				+
	Delincuencia social	+	+				
	Atención		+				
	Conducta psicótica		+				
	Hiperactividad			+			+
	Accidentabilidad						+
	Sueño						+
	Juego						+
	Sociabilidad						+
Lenguaje						+	

Este tipo de estudios tienen un doble uso: administrativo y científico. ¿Está claro cómo los resultados obtenidos pueden trasladarse a la política general de servicios asistenciales? Tomando como base la experiencia precedente de estudios de prevalencia en Pediatría General, como los de prevención de la subnormalidad mental, hipertensión arterial, etc se puede concluir que dichos estudios pierden su validez funcional cuando no hay conexión con los servicios asistenciales o éstos no existen para asumir las posibles derivaciones de los casos detectados en la realización de esos estudios. De igual forma es importante delimitar el cómo, cuándo y dónde. El dónde y a quién va dirigido depende del tipo de preguntas que queramos responder. Si se escoge una población demográficamente homogénea, los datos se contestarán, con precisión. Pero difícilmente podrán generali-

zarse a una población más heterogénea. El cómo conlleva tener asegurada la financiación y formación del equipo investigador.

2) Aspectos metodológicos

2.1. Diseño del estudio: Desde los trabajos de RUTTER (1966)^{21, 29} se ha demostrado la importancia epidemiológica del diseño en doble fase: la primera fase detecta los posibles casos en función de la línea de corte establecida con el instrumento de screening elegido; mientras la segunda fase establece la confirmación del caso a través de entrevistas clínicas estructuradas o semi-estructuradas, que hacen eliminar a los falsamente positivos y detecta a los falsos negativos que en ambas situaciones aportó el instrumento de screening elegido con esa línea de corte. Así

- se establece la fiabilidad y validez del instrumento.
- 2.2. Tipificación de los recursos para realizar una cobertura total.
 - 2.3. Elección del procedimiento de muestreo, teniendo en cuenta la población diana, unidad, marco, selección y tamaño de la muestra y las diferentes implicaciones que ello conlleva.
 - 2.4. Instrumentos: Lo primero es seleccionar y definir los conceptos que se pretenden medir y el número de trastornos que se pretende investigar. El siguiente paso consiste en escoger un instrumento de medida satisfactorio y con relevancia, bien aceptado por el usuario, que no sea costoso y que posea suficientes cualidades psicométricas.
 - 2.5. Procedimiento de recolección de los datos. Es fundamental estandarizar procedimientos que incluyan el entrenamiento del entrevistador, monitorización continua de su actuación, posibilidad de nuevos contactos, etc.
 - 2.6. Acceso, explotación y uso de los datos. Delimitar el nivel de responsabilidad y funciones de cada miembro del equipo investigador.

Deducimos que lo que se puede esperar, de forma razonable, de los diferentes estudios epidemiológicos a gran escala es que contesten adecuadamente a unas pocas preguntas, generen hipótesis específicas que puedan ser verificadas en el futuro y aporten datos para la coordinación entre diferentes niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

1. En dispositivos de Atención Pediátrica se identifican la mitad de los niños/as que presentan trastornos mentales y solo la mitad de ellos son derivados a servicios especializados (COSTELLO, 1986)¹².
2. Sobre la base de información de los padres, solo se hubiera podido identificar la mitad de los que presentaban algún tipo de trastorno mental (Costello, 1989)⁵.
3. Los cuestionarios de screening de Salud Mental Infantil permiten detectar posibles casos psiquiátricos en la infancia.
4. Los estudios de prevalencia en Salud Mental Infantil son relativamente recientes, siendo cita obligada como pionero el de Lapouse & Monk (1958).
5. La metodología desarrollada en trabajos generales de Salud Mental en el momento actual tiene sus orígenes en los trabajos de Lewis primero y de Rutter después, desarrollados en la etapa infantil.
6. En los screening para Salud Mental en la infancia existe una dificultad añadida: el proceso evolutivo del sujeto. Por esta razón se han desarrollado instrumentos para informantes múltiples, en diferentes contextos de desarrollo y perfiles, atendiendo a las diversas edades y sexos (Achenbach, 1978, 1984)^{35, 44}.
7. Existen estudios que permiten observar la concordancia entre las opiniones de padres, maestros y niños/as acerca de problemas emocionales o de comportamiento en el niño/a (Verhulst & cols, 1987; Offord & cols, 1989).
8. Existen suficientes instrumentos de screening de tipo general para detectar la mayoría de los trastornos psicopatológicos en la infancia, no vemos la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos sino en profundizar y perfeccionar los ya existentes.
9. Se necesitan más investigaciones para el desarrollo de instrumentos parciales que midan trastornos es-

- pecíficos y más estudios que obtengan su correspondiente validación.
10. Existe, a veces, solapamiento entre escalas de screening y escalas de evaluación clínica en la infancia.
 11. En los estudios en doble fase, la entrevista clínica en la segunda fase aporta datos sobre la respuesta emocional y sobre las relaciones interpersonales sobre las que los padres no suelen informar y son difíciles de captar con el uso en exclusiva del instrumento de screening en la primera fase (Rutter & cols, 1968).

BIBLIOGRAFIA

1. Giel R, Harding TW, Ten Horn GHMM, Ladrado Ignacio L, Srinivasa Murthy R, Sirag AO et al. The detection of childhood mental disorders in primary care in some developing countries. En: Henderson Burrows, editors. Handbook of Social psychiatry. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1988.
2. Prieto Rodríguez A. Salud Mental y Atención Primaria. [Tesis]. Salamanca: Facultad de Medicina. Univ de Salamanca, 1985.
3. Schwartz-Gould M, Wunsch-Hitzig Ma, Dohrenwend B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology: a critical review. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981; 20: 462-467.
4. Verhulst FC. Mental Health in Dutch Children. Sophia Children's Hospital, Rotterdam: Ed Academic Hospital, 1985.
5. Costello EJ. Child Psychiatric Disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Ad Psychiatry* 1989; 28: 851-855.
6. Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerney TK, Burke JD. Mental Health problems among children seen in Pediatric Practice: Prevalence and Management. *Pediatrics* 1984; 73.
7. Jellinek MS, Murphy JM. Screening for Psychosocial disorders in pediatric practice. *AJDC*, 1988; 142: 1153-1157.
8. Starfield B, Gross E, Wood M, Pantell R, Allen C, Gordon IB et al. Psychosocial and Psychosomatic Diagnoses in Primary Care of children. *Pediatrics* 1980; 66: 159-167.
9. Pedreira JL. Análisis de la demanda en Salud Mental Infanto-juvenil en una asistencia territorializada en Asturias [Tesis doctoral]. Barcelona: Ed Servicios Publicaciones Universidad de Sevilla, 1990.
10. Schwager W, Dennie D, Smith M. Franco-Ontarian Children in Sudbury: A mental health study. Sudbury. Ontario: Dep of Sociology Anthropology, Laurentian University, 1982.
11. Mc Ardle J, Brown CH, Aist MB, Harris JC. Prevalence of behavior problems in 6 to 12 year-old girls and boys in a rural community. Dallas: American Academy of Child Psychiatry, 1982.
12. Costello EJ. Primary Care Pediatrics and Child psychopathology. A Review of diagnostic, treatment and referral practices. *Pediatrics* 1986; 78: 1044-1051.
13. Achenbach TM. Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology. Stanford: Sage Publication Inc USA, 1985.
14. Cohen P, O'Connor P, Lewis S et al. Comparison of DISC and K-SADS-P interviews of an epidemiological sample of children *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 662-667.
15. Costello EJ. Developments in Child Psychiatric epidemiology. Utsington: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1989.
16. Feinstein CB, Wolpert EA. Depressive symptomatology in a child psychiatric outpatient population: Correlations with the diagnosis. Dallas: American Academy of Child Psychiatry, 1981.
17. Steinhausen HC. Global assesment of child psychopathology *J Am Acad Child Psychiatry* 1982; 26: 203-206.
18. Velez CN, Johnson J, Cohen P. A longitudinal Analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 861-864.

19. Johnson SH. Life Events as stressors in Childhood and Adolescence. Nueva Delhi: Ed Sage Publications, Beverlyhill, 1986.
20. Earls F. Epidemiology and Child Psychiatry: Future prospects. *Comprehens Psychiatri* 1982; 23: 75-84.
21. Rutter M, Staffer D, Shepher M. Attainment and adjustment in two geographical areas: I the prevalence of psychiatric disorders *Br J Psychiatry* 1975; 126: 493-509.
22. Goldberg ID, Huxley P. Mental illness in the Community: The pathway to psychiatric care. Londres: Tavistck, 1980.
23. San Martín H, Martín AC, Carrasco JL. Epidemiología: Teoría, investigación y práctica. Madrid: Diaz de Santos, 1986.
24. Jablensky A. Epydemiologic surveys of mental healts of geographically defined populations of Europe. En: Weissman, Community surveys of psychiatric disorders. JK Myers, CE Ross, editors. New Brunswick: Rutgers M. Press, 1986: 257-313.
25. Cairns RB, Green JA. How to assess personality and social patterns: Observation or ratings? En: RB Cairns, editor. *The analysis of social interactions*. Erlbaum: Hillsdale NJ, 1979.
26. Beichtman JH, Raman S, Carlson J. The development and validation of children's self report rating scale. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24: 413-428.
27. Muñoz PE, Vazquez JL, Rodríguez Insausti F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de DP Goldberg. *Arch Neurobiol* 1979; (2): 139-158.
28. Offord DR, Boyle MH. Problems in setting up and Executing Large-Scale Psychiatric Epidemiological Studies. *Psychiatric Developments* 1986; (3): 257-272.
29. Rutter M, Graham P. The reliability and Validity of the Psychiatric Assesment of the child: I. Interview with the child. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 563-579.
30. Achenbach TM, Edelbrock CS. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile* [tesis doctoral]. Burlington: Department of Psychiatry, Univer Vermont: 1983.
31. Barkley RA. Child Behavior Rating Scales and Checklists. En: *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Rutter M, Tuma AH, Lann IS, editors, Londres: David Fulton Publishers Limited, 1988.
32. Conners CK. Sympton patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. *Child Development* 1970; 41: 667-686.
33. Conners CK. Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacol Bull* 1973; Special Issue, Pharmacotherapy with children: 24-84.
34. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *J Abnormal Psychology* 1978; 6: 221-236.
35. Achenbach TM. The child Behavior profile: I. Boys aged 6-11. *Consulting Psychology* 1978; 46: 478-488.
36. Achenbach TM, Edelbrock CS. The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Consulting Clín Psychology* 1979; 47: 223-233.
37. Cohen NJ, Costello EI, Mc Consughy SH. The relationship between children's internalizing and externalizing sympton patterns and mesures of competence: A study of the concurrent validity of the Achenbach Child Behavior Profile. Dallas: American Academy Child Psychiatry, 1982.
38. Wirt RD, Lachar D, Klinedinst JK, Seat PD. *Multidimensional description of child personality: a manual for the personality Inventory for Children revised*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1984.
39. Miller LC. *Louisville Behavior Checklist Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1984.
40. Eyberg SM, Ross AW. Assessment of child behavior problems: the validation of a new inventory. *Clin Child Psychology* 1978, (7): 113-116.
41. Werry JS, Sprague RL. Methylphenidate in children Effect of dosage. *Aust Nz Psychiatry* 1974 (8): 9-19.
42. Conners CK. A teacher Rating Scale for use in durg studies with children. *Am J Psychiatry* 1969; 126: 884-888.

43. Loney J, Milich RS. Hyperactivity inattention, and aggression in clinical practice. En M. Wolraich DK Routh, editors. *Advances in behavioral pediatrics* (Vol 2) Greenwich: Greenwich JAI Press, 1981.
44. Edelbrock CS, Achenbach TM. The Teacher Version of the Child Behavior Profile: I. Boys Aged 6-11. *Consulting Clin Psychology* 1984; 52: 207-217.
45. Miller LC. *School Behavior Checklist Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1981.
46. Ullmann RK, Sleator EK, Sprague RL. A new rating scale for diagnosis and monitoring of ADD children. *Psychopharmacology Bull* 1984; 20: 160-164.
47. Quay HC. Measuring dimensions of deviant behavior: The behavior problem checklist. *Child Psychol* 1977; 5: 277-287.
48. Quay HC. A dimensional approach to behavior disorder: The Revised Behavior Problem Checklist. *School Psychology Rev* 1983; 12: 244-249.
49. Behar L, Stringfield S. A behavior rating scale for the preschool child. *Developmental Psychology* 1974; 10: 601-610.
50. Kendall PC, Wicox LE. Self-control in children: Development of a rating scale. *Consulting Clin Psychology* 1979; 47: 1020-1029.
51. Miller LC, Barrett CL, Hampe E & Noble H. Factor structure of childhood fears. *Consulting Clin Psychology* 1971; 39: 264-268.
52. Richman N, McGuire J. Screening for behaviour problems in nurseries *Child Psychology Psychiatry* 1986; 27: 7-23.
53. Garrison W, Earls F. *The Child Behavior Checklist as screening instrument in a normal population of young children*. Dallas: American of Child Psychiatry, 1982.