

J. L. Pedreira Massa

## Principios introductorios a la metodología de investigación en psiquiatría de la infancia y la adolescencia

Unidad de Salud Mental Infantil del Area Sanitaria de Avilés  
Profesor Asociado del Area de Psiquiatría  
Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo

**Correspondencia:**

J. L. Pedreira Massa  
Unidad Salud Mental Infantil  
Polígono la Magdalena  
Hermanos Espolita, s/n  
33400 Avilés (Asturias)

## *Research and methodological aspects in child and adolescence psychiatry and mental health*

### **VI. LA CUARTA FASE DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN** (*ejecución/trabajo de campo e informe final*)

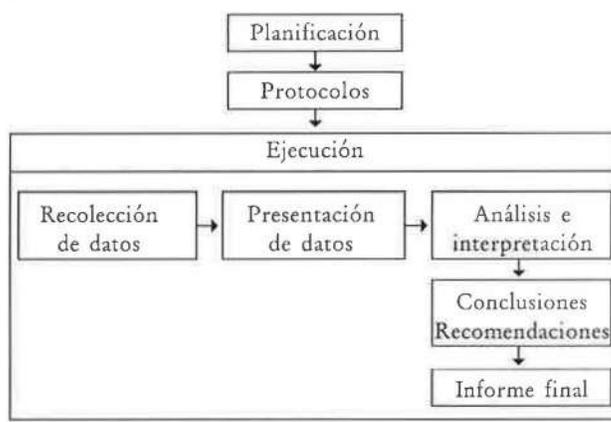
#### **INTRODUCCIÓN**

En este apartado, nos interesa plantear la última fase del proceso de investigación que tiene la importancia de representar la ejecución del proyecto y la presentación, de cara al exterior, de los resultados obtenidos.

#### **EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Tras la planificación del proyecto y la elaboración/selección de los protocolos de investigación, es la hora de llevar a la práctica el trabajo de investigación. La ejecución viene marcada por el trabajo de campo (recolección de los datos) y el trabajo de tabulación de los datos obtenidos (tratamiento estadístico y análisis e interpretación de los datos), que se complementa con la obtención de conclusiones y, en su caso, planteamiento de recomendaciones que termina con la redacción del informe final (tabla 10).

Tabla 10 Proceso de investigación IV



#### **Tabulación y análisis de los datos**

##### *Tabulación de los datos*

Tabular no es una tarea fácil por ser un proceso lento y, en no pocas ocasiones, tedioso. Precisa múltiples comprobaciones (tanto al azar como de forma sistematizada) para evitar errores que comprometerían los resultados finales.

1. Entre los *mecanismos* para la tabulación dos son los más significativos y utilizados:

a. Manual: Es el método clásico y que ha sido descrito con anterioridad, es el conocido como *tabla de doble entrada* y que sistematiza la información recogida en base a dos ejes fundamentales: los sujetos (numerados de forma ordinal y correlativa) y las variables evaluadas con una forma específica de agrupar sus características. De esta forma, se puede ver si el sujeto X ha puntuado en la variable Y, simplemente trazando las correspondientes líneas y ver dónde se cruzan. A pesar de todos los avances acontecidos, se sigue utilizando: como entrenamiento, como sistematización y como comprobante y forma de guardar los datos.

b. Ordenador: Consiste en realizar una base de datos y trabajar con ella, de tal suerte que se permita la introducción de nueva información a medida que sea preciso. Hoy en día casi desde cualquier modelo de PC y con múltiples programas comercializados se pueden realizar estas bases de datos.

2. *Tipos de tabulación*: Puede ser el sistema binario (presencia/ausencia) de una variable o condición o de posibilidades múltiples (para cada variable o condición pueden darse varias respuestas, a cada una de las cuales se le asigna un número diferente). Por la forma de tabular puede ser alfa-numérico (combina letras y números) o numérico nada más.

3. *Cruce de variables*: Precisamente porque las investigaciones en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia presentan relaciones multicausales y responden a la ley de los sistemas complejos, en casi todas las ocasiones es preciso investigar la relación existente entre dos o más variables, lo que determina una cuidadosa elección de las variables que se quieren estudiar para establecer la relación existente entre ellas (cruce de variables). El cruce de variables debe responder a criterios de posibilidad real para que las variables seleccionadas puedan tener algún tipo de relación, de coherencia de criterio en la selección y de rigor metodológico en la investigación. Hay una serie de variables clásicas para cruzar, p. ej. sexo y edad con motivo de la demanda; otras podrían ser más discutibles, p. ej. mejoría clínica con un solo tipo de intervención terapéutica; otros cruces son francamente inconsistentes,

p. ej. delirios y color de los ojos; para colmo de curiosidad en ocasiones este último tipo de cruces podría resultar hasta con significación estadística, lo que no significa que deba interpretarse como relación causal.

### Análisis de datos

#### *Tipo de los análisis de los datos*

Hay varios caminos para valorar la fiabilidad de las medidas. El más conocido es el método test-retest en el que se da una medida dos veces al mismo informante en un periodo corto de tiempo. Entonces se analizan la correlación entre las dos puntuaciones aportadas por el informante y ésta debe ser alta si el instrumento de medida es fiable. Este método tiene limitaciones ya que descansa en la hipótesis de que no ocurre ningún cambio en la variable medida entre las dos mediciones, y también por los efectos posibles de la primera medición sobre los resultados de la segunda (p. ej. efectos de la memoria, verdaderos cambios inducidos por la medida, etc). Si ocurren cambios en lo que se ha medido, esto podría conducir a una infravaloración de la fiabilidad. Los efectos de la memoria actúan en dirección opuesta, inflando artificialmente los coeficientes correlativos. Se busca que el tiempo ocurrido entre las dos administraciones no sea ni demasiado largo ni demasiado corto (normalmente dos o tres semanas). Pero también, en el caso de investigaciones sobre investigaciones de la infancia, debemos tener en consideración el efecto «cansancio» de las figuras parentales o de otros informantes, lo que representa una importante desventaja que se debe evaluar correctamente.

Otros métodos como «split-half» la correlación ítem-total, la correlación con otra forma alternativa del test, se han utilizado para evitar las limitaciones del método test-retest. Cuando una escala incluye una parte de ítems midiendo el mismo rasgo o constructo, entonces la evaluación de la consistencia interna con el *coeficiente alfa de Cronbach* provee el mejor camino para acceder a la fiabilidad de un instrumento, tal y como atestigua Nunnally y que en nuestra experiencia resulta de elección. El coeficiente alfa refleja el promedio de la correlación inter-ítem del instrumento y se incrementa como una función del número de ítems incluidos en la escala. Una puntuación de 0,75-0,8, o superior, sería deseable y el conocimiento

44 de los coeficientes de fiabilidad se pueden usar para corregir el valor de las asociaciones entre variables por la atenuación debida a la imperfecta fiabilidad de los instrumentos.

Cuando lo que pretendemos medir es un diagnóstico formal psiquiátrico o cualquier otra medida categórica, o cuando la fiabilidad inter-tasas se evalúa para tener dos o más puntuaciones accediendo independientemente al mismo material clínico la fiabilidad, entonces puede ser computada usando estadísticas diferentes, como el coeficiente Kapa u otras medidas de asociación para las variables categóricas. Como regla general, la fiabilidad de un instrumento se considera satisfactoria cuando el índice estadístico que la mide está en el rango de 0,8 a 1 (véase el coeficiente de correlación de Pearson, el coeficiente de correlación intraclass o el coeficiente de Kappa). Las medidas con índices de fiabilidad evaluadas por debajo de 0,7 deben ser miradas con mucha precaución.

La valoración de la validez es más compleja. Las teorías clásicas psicométricas diferencian varios tipos de validez. La validez de criterio es la de más fácil acceso. En ese caso, el investigador tiene que demostrar que el instrumento que se investiga va a aportar una diferenciación satisfactoria entre los sujetos que presentan la condición psicopatológica en estudio de aquellos otros sujetos que no la tienen. Una forma sencilla de hacerlo sería, por ejemplo, comparar las puntuaciones obtenidas por niños/as deprimidos y no deprimidos en una escala de depresión, o también comparar las puntuaciones en psicopatología general obtenidas en un listado de niños/as atendidos en consultas psiquiátricas con las puntuaciones de los controles comunitarios. Estos procedimientos se han utilizado extensamente para demostrar la validez discriminativa de todas las escalas existentes. Una limitación de este procedimiento radica en la validez del otro criterio con el que se compara el instrumento. En los anteriores ejemplos, necesitaríamos tener una buena evaluación independiente de la depresión hecha por un examen clínico y confiar en que la atención de los servicios psiquiátricos es una buena predictora de la psicopatología. Otros tipos de validez (validez de contenido y validez de constructo) pueden ser evaluados con técnicas más sofisticadas, aunque vale la pena conocer que los desarrollos metodológicos más importantes en este área se han llevado a

cabo en los diez últimos años, usando las técnicas «estructural equation modelling tecnicas».

#### *Técnicas estadísticas*

La mayoría de los datos de investigación actualmente se computan para casi todas las aplicaciones en investigación. Muchos «softwares» demuestran que reparten adecuadamente el manejo de datos, datos de entrada y análisis de datos. Los productos de «softwares» más importantes son *SAS*, *BMDP*, *SPSS*, *SIGMA-2* o *SYSTAT*. Como una regla, siempre que se pueda, será aconsejar a los investigadores a que usen el «software» que ya ha sido verificado y usado por otros investigadores de forma satisfactoria, en vez de contar con productos «caseros». Muchos de los software funcionan en ordenadores personales y los equipos de investigadores suelen tener fácil acceso a ellos.

De esos productos de «software», el paquete *EPI/Info* es de una gran valía por su amplia difusión alrededor del mundo por el «Center for Disease Control» (CDC), de Atlanta. Este «software» no está registrado pero se puede conseguir por una pequeña cantidad de dinero, que es accesible a la mayoría de los equipos de investigación. Tiene un buen programa de entrada y puede exportar e importar datos en varios formatos. También puede realizar la mayoría de los análisis estadísticos requeridos para la mayor parte de los proyectos de investigación, sobre todo, epidemiológicos e incluye estudios estadísticos sobre factores de riesgo y puede producir gráficos.

No obstante, como orientación ofrecemos un resumen sobre los diferentes niveles medida (nominal, ordinal, de intervalo o de índice) en relación a diferentes posibilidades de investigación en consonancia con las operaciones matemáticas, las propiedades matemáticas y las posibilidades estadísticas más adecuadas para cada tipo de estudios de investigación (tabla 11). Así, p. ej. si pretendemos realizar una investigación acerca de escalas de evaluación de la personalidad, el nivel de medida se corresponde con el de intervalo, las propiedades matemáticas serían: la identidad, magnitud e intervalos iguales; las operaciones matemáticas serían: la adición y sustracción; nos interesan los datos relativos al lugar de las muescas o puntos de corte del instrumento de evaluación, las estadísticas más frecuentemente utilizadas son el test-t y la ANOVA.

Tabla 11 Algunos contenidos de las escalas de medida

	<i>Niveles de media</i>			
	<i>Nominal</i>	<i>Ordinal</i>	<i>Intervalo</i>	<i>Índice (ratio)</i>
Ejemplo	Categorías diagnósticas Afiliación política o religiosa	Clase social Rango	C. I. calculado Escalas de personalidad y actitudes	Peso Talla Tiempo de reacción Número de respuestas
Propiedades matemáticas	Identidad	Identidad Magnitud	Identidad Magnitud Intervalos iguales	Identidad Magnitud Intervalos iguales Punto cero genuino
Operaciones matemáticas	Ninguna	Orden del rango	Adición Sustracción	Adición Sustracción Multiplicación División
Tipo de datos	Nominal	Ordenados	Lugar de las muescas	Lugar de las muescas
Estadísticas usadas más frecuentemente	Chi-cuadrado	Test del Signo Test Mann-Whitney	Tes-t ANOVA*	Test-t ANOVA*

\* Análisis de la varianza con programa de computadores: SPSS, BMDP, SAS, Minitab

En el momento actual, se están desarrollando nuevos modelos estadísticos para mediciones cualitativas, tal cual es el caso de la psicopatología del desarrollo, basadas en los modelos de regresión logística. Este procedimiento comporta toda una forma de analizar los resultados de gran relevancia y novedad.

### REDACCIÓN DEL PROTOCOLO E INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN

Representa el último escalón del diseño metodológico de la investigación, tiene la gran importancia de ser lo que sale hacia el exterior del trabajo realizado. En este apartado solamente nos vamos a referir a los aspectos generales, pues en uno posterior desarrollaremos las diferentes posibilidades con los formatos más adecuados. No obstante, el protocolo puede ser considerado como la presentación y/o solicitud de ayuda, para el inicio de la investigación y el informe final, como la presentación de los resultados obtenidos en el desarrollo de dicha investigación.

### Protocolo de la investigación

Las partes principales de un protocolo de investigación difieren del estamento convocante, pero en España se han unificado bastante (tanto el FISS, como los programas I+D o los de formación a la investigación suelen tener formatos parecidos). Las partes fundamentales son las siguientes:

#### Componentes introductorios

1. Título: No es tan sencillo de poner, a ello se ha referido con profusión ECO: directo, preciso, conciso y descriptivo. No debe dejar lugar a dudas, pero tampoco debe ser un tratado. El equilibrio no es fácil de obtener.
2. Contenido: Se refiere a los apartados de resumen estructurado con sus palabras clave fundamental para luego realizar el rastreo bibliográfico y para que nuestra investigación aparezca en los archivos bibliográficos; la presentación o prólogo y el índice del protocolo. También debe aparecer la descripción del director del proyecto de la investigación, los integrantes del

46

equipo de investigadores, los currícula profesionales y los datos identificatorios del centro de investigación.

#### *Componentes principales*

1. Introducción: Consta de dos partes fundamentales: interés del tema e interés social del proyecto.
2. Problema: consiste en la definición del problema que se pretende investigar de forma clara, concisa y sencilla.
3. Objetivos: con la clásica división de objetivo general y objetivos específicos.
4. Marco teórico: el de referencia del proyecto.
5. Hipótesis: respondiendo a las características expresadas en otro apartado del presente trabajo.
6. Variables: definición, lo más precisa posible, del tipo de variables que se pretenden evaluar en la investigación. Sobre todo, la forma con la que se pretende neutralizar las variables extrañas.
7. Diseño metodológico: lo expuesto con anterioridad nos posibilita abordar los diferentes contenidos de este apartado.

#### *Componentes complementarios*

1. Referencias: tanto del equipo investigador como del protocolo que se presenta.
2. Bibliografía: en la mayoría de los protocolos de investigación se sugiere que sea una bibliografía comentada y sólo la básica.
3. Anexos: aquellos documentos que vayan a servir de base para el trabajo de investigación, así como aquellas otras documentaciones que se crean pertinentes.

#### **Informe final**

El trabajo ha llegado a su fin, debe ser conocido por diversos estamentos: académicos, científicos y administrativos. Por lo tanto el informe debe contemplar la difusión a estos tres niveles y respetar las características que le son propias a cada uno. No obstante, los contenidos básicos son los siguientes:

#### *Presentación de los datos*

Son los clásicos resultados, tal y como los hemos obtenido de la investigación.

#### *Análisis de los datos*

Tras los resultados, se analizan en base a los procedimientos empleados.

#### *Interpretación de los datos*

Tanto la que realiza el equipo de investigación, como la que se puede obtener por la comparación con otros resultados de investigaciones similares. Es el clásico apartado de discusión y comentarios.

#### *Conclusiones*

De forma clara y estructurada, en relación a la hipótesis y a los objetivos de la investigación.

#### *Recomendaciones*

Si de la investigación se derivan algunas consideraciones prácticas, se realizan las recomendaciones pertinentes para los diferentes niveles que competan.

## **VII. LAS ÁREAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

### **INTRODUCCIÓN**

La investigación en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia es un terreno que tiene escasas décadas de desarrollo, pero que tiene ante sí un futuro esperanzador. La investigación es una tarea de equipo, por ello la correcta relación entre el personal asistencial y el investigador representa un paso previo fundamental.

El reto de la metodología científica aplicada a la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia debe intentar dar respuesta a dos aspectos fundamentales: la posibilidad de comprobar los resultados y la generalización de esos resultados. Estos principios están en un debate permanente, dado que la cuantificación de las variables investigadas resulta claramente insatisfactorio y la utilización de la estadística se encuentre con limitaciones muy evidentes.

A todo lo anterior se debe añadir algunas circunstancias de especial significación en el momento actual: la importancia del desarrollo (somático, psicológico y social) de la infancia y la adolescencia; la

dependencia íntima y prolongada del contexto de los niños/as y adolescentes; el avance de los proyectos GENOMA humano y de las técnicas de diagnóstico por imagen, etc, son sólo algunas de las dificultades añadidas a la investigación en Psiquiatría General.

## **CAMPOS BÁSICOS DE INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

### **Epidemiología**

Debe reunir las siguientes características:

1. Tender a integrar los estudios de campo con las labores asistenciales.
2. Se debe partir de la existencia de dispositivos asistenciales adecuados para atender a los problemas psíquicos de la infancia y la adolescencia.
3. Se debe tener en cuenta la dificultad de la nosología psiquiátrica en la infancia y la adolescencia y, además, la consecuencia de las dificultades de las tabulaciones estadísticas.
4. La creciente importancia de los sistemas de registro acumulativos de casos psiquiátricos, aplicados a la atención de la infancia y la adolescencia (RACP-IJ), con las siguientes características:
  - a. Recogida sistemática y unificada de datos.
  - b. Territorio definido.
  - c. Implicar en la recogida de datos a la totalidad de los servicios existentes en ese territorio.
  - d. Un RACP-IJ evita la duplicidad de casos.
  - e. Supone la existencia de un feed-back informativo entre el sistema de registro y los servicios asistenciales.
  - f. El RACP-IJ debe asegurar la confidencialidad.
  - g. No debe ser sólo para temas puntuales.
  - h. Debe tener continuidad en el tiempo.
  - i. Se deben establecer unos objetivos claros con los datos que se quieren registrar.
  - j. Se debe realizar un periodo de tiempo de ajuste experimental.
  - k. Se debe delimitar un procedimiento para todo el proceso de registro.
  - l. El RACP-IJ posibilita la creación de un «capital» de investigación.

5. Se debe articular una metodología de evaluación que sea coherente con:
  - a. Los objetivos que se establezcan.
  - b. La evaluación debe incluir no solo la técnica cuantitativa, sino que se debe tender a incluir una comprensión cualitativa de los datos recogidos.
  - c. Será capaz de definir indicadores que cumplan las condiciones de objetividad, fiabilidad y manejabilidad.

47

### **Investigación en el desarrollo y evolución de la infancia y la adolescencia**

La descripción, interpretación y explicación del desarrollo de la infancia y la adolescencia ha sido, creemos que aún hoy debe ser, una línea abierta de investigación y profundización en los conocimientos con vista a:

1. Establecer una aproximación al desarrollo normal en nuestro contexto social.
2. Comparar el desarrollo normal con el desarrollo en otros niño/as con déficits sensoriales (p. ej. sorderas, cegueras, PCI, etc).
3. Definir los factores de riesgo y situaciones que pueden originar interferencias en el desarrollo infantil (p. ej. hospitalizaciones precoces, afecciones crónicas, institucionalización, abandonos, adopciones, fertilizaciones in vitro, malos tratos, etc).
4. Acercarnos a una visión diferente de la clínica infanto-juvenil y de los procesos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia.

### **Base orgánica de los procesos psíquicos**

Es un campo de gran interés, sobre todo en aquellos puntos relativos al funcionamiento cerebral, a la aportación de las bases genéticas, a las disfunciones metabólicas, etc.

### **Las pruebas complementarias**

Tanto las de tipo psicológico (p. ej. escalas de evaluación de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, pruebas psicométricas y de personalidad, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, etc), como las técnicas de imagen convencional (p. e. EEG, TAC, potenciales evocados visuales, auditivos y somatoes-

- 48 tésicos, gammagrafías, ultrasonidos, etc) o bien los más modernos (p. ej. RNM, PET, etc), todos pueden aportar valiosas informaciones, pero deben ser utilizados de una forma contextualizada, definir la contextualización es un campo de investigación.

### La psicofarmacología

Definir los criterios clínicos de utilización es de un gran interés, por lo que:

1. Establecer controles precisos, sobre todo la farmacovigilancia de los efectos secundarios y colaterales.
2. Pautar y protocolizar su utilización en el seno de un diseño de la intervención y no como un fin terapéutico en sí mismo.
3. Desaconsejar el uso de productos cuyos principios farmacológicos, su farmacocinética y farmacodinámica no estén lo suficientemente claros.
4. Enfatizar el uso de fármacos sin mezclas de principios activos, por las vías de administración adecuadas a las dosis pertinentes (por kg/peso/día) y con controles periódicos.
5. Debatir el ritmo y la duración de los tratamientos psicofarmacológicos en la infancia y la adolescencia, así como los efectos secundarios.

### Las psicoterapias

La definición indicación y evaluación de las psicoterapias en la infancia y la adolescencia es un punto de especial significación, sobre todo para diferenciar las psicoterapias propiamente dichas de aquellas otras intervenciones que poseen cierto efecto terapéutico, aunque no sean *sensu strictum* una psicoterapia.

### LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Existen dos temas básicos de gran interés en Psicopatología de la infancia y la adolescencia: *las interacciones del ambiente sobre el desarrollo del niño/a y, en segundo lugar, las diferencias individuales que modifican las influencias de los factores ambientales.*

En el primer caso, se estudia cómo afecta el contexto ambiental al curso del desarrollo: qué factores influyen en éste, en qué forma y con qué intensidad, lo que permite especificar: ¿qué propiedades del contexto favorecen los procesos del desarrollo humano? ¿qué contextos son patógenos para el desarrollo y cómo inciden en la expresión de los trastornos? ¿cómo influyen terceras personas (estudio de las relaciones triádicas) actuando como soporte y estímulo de sistemas evolutivos? ¿cómo interactúan diferentes medios sobre el desarrollo, favoreciéndolo o retrasándolo, según sea el tipo de interacción?

En la segunda línea de investigación, se intenta describir, lo más precoz posible, los patrones de reacción diferencial en la infancia y su interacción con el desarrollo, es decir, se trata de investigar sobre: las características de estos patrones, los efectos de ellos sobre el desarrollo del niño/a y sobre el ambiente, la posible perdurabilidad y estabilidad a lo largo de la vida del niño/a y del joven posteriormente y la posible existencia de rasgos patológicos.

De la interacción de ambos puntos surge la tendencia actual a la investigación sobre la multicausalidad de los trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia. Las aplicaciones prácticas que se obtienen serían:

- En el *campo de la prevención primaria*: evitar y modificar las variables patógenas (una vez correctamente identificadas éstas y su forma de interactuar con las restantes variables) y fomentar el desarrollo del sujeto (en este sentido cabe el proyecto investigación-acción iniciado por OMS-Europa sobre la promoción del desarrollo psicosocial desde los servicios de atención primaria y del que formamos parte desde hace varios años).
- En la *prevención secundaria*: la detección de población infantil de alto riesgo psiquiátrico (individuos vulnerables o con varios factores de riesgo: las investigaciones de screening de trastornos en diversos medios precisan de la existencia de servicios asistenciales en ese territorio para dar cobertura a los casos detectados).
- Para la *prevención terciaria* se debe investigar sobre los niveles de intervención posible, es decir, dónde, cómo y con quién hay que actuar, por fin la posible evaluación de la intervención diseñada.

Ya la propia OMS recomendaba prioritariamente los siguientes campos de investigación:

- *Descripción de datos que apunten a mejorar la salud mental y del desarrollo psico-social de los niños/as.* Ha iniciado una investigación multinacional (de la que formamos parte integrante), basada en una metodología de investigación acción y dirigida a los tres primeros años de vida y desde los servicios de atención primaria, pero con la supervisión y dirección por parte de los servicios de salud mental infantil.
- *Utilizar criterios de salud y de desarrollo más que de procesos psicopatológicos en sí mismos.* Las tendencias de la investigación en psicopatología del desarrollo se orientan en este sentido y aportan informaciones de gran riqueza y variedad que precisan una comprobación y contrastación mayor con la práctica.
- *Inclusión y valoración del contexto del niño en su desarrollo y forma de enfermar.* Las investigaciones sobre la influencia del contexto en la expresión de la conducta infantil y la modificación o no de los hallazgos de la genética. Las investigaciones etológicas aportan luz, sobre todo con las recientes aportaciones realizadas en el campo de la psicopatología de los lactantes.
- *Prioridad en el estudio de los problemas de salud mental que tienen una prevalencia máxima y se acompañan de una grave disfunción psico-social.* En este sentido los trastornos conductuales y de adaptación, los fracasos escolares, los problemas de adaptación familiar (familias monoparentales, divorcio, muerte de una de las figuras parentales, malos tratos y abusos sexuales en la familia, etc) y las afecciones crónicas que cursan con discapacidades, son campos prioritarios para la mayor parte de grupos de investigadores. Las investigaciones longitudinales y el empleo de instrumentos de medida adecuados para ello (p. ej. los RACP-IJ) son de gran interés.
- *Realización de estudios de epidemiología comparada* entre sectores y condiciones de vida diferente, entre grupos con distintas prevalencias, etc, con el fin de poder detectar factores de riesgo más importantes y con mayor peso den-

tro de grupos homogéneos para poder determinar las características y las diferencias individuales que hacen que existan grupos de niños/as con una evolución normal y otros con problemas de salud mental, en cada uno de esos ambientes. Los trabajos sobre factores de riesgo y factores protectores, así como las investigaciones acerca de la vulnerabilidad son ejemplos demostrativos de gran valor.

- *Evaluación de las intervenciones para poder evaluar su eficacia real en el momento actual.* Los grandes avances acontecidos en los psicofármacos no están totalmente contrastados en las etapas infantiles. Casi ningún grupo defiende, en el momento actual, una forma única de intervención en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, pero las diferencias son importantes a la hora de la evaluación de la intervención, sobre todo con una perspectiva longitudinal. También en las intervenciones en la infancia se inician los estudios de eficacia-eficiencia-efectividad (la farmacoeconomía, el grado de satisfacción con el tratamiento, etc).

49

## RESUMEN DE LAS ÁREAS DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIAS EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

### Psicopatología del desarrollo

*Referente a los patrones de reacción infantil*

1. Determinar los patrones de la reacción infantil, sobre todo los que originan una mayor vulnerabilidad del niño/a frente al ambiente.
2. Determinar los rasgos de personalidad que favorecen o dificultan la adaptación del niño/a a su ambiente.
3. Estudiar y determinar las posibilidades de modificación de estos rasgos a través de la intervención sobre el ambiente.
4. Posible perdurabilidad y estabilidad en edades más avanzadas: estudios longitudinales.
5. Variables individuales que actúan sobre esos patrones (sexo, déficits sensoriales, etc).

- 50 6. Repercusión de las experiencias prenatales sobre estos patrones (p. ej. hasta el momento actual se habían limitado, casi exclusivamente, al papel sobre las deficiencias mentales, en el momento actual se están desarrollando investigaciones sobre la relación entre los estados de ansiedad maternos en la gestación y la posterior presencia de trastornos hiperquinéticos en la infancia).
- b. Influencia de estos grupos e instituciones sobre el desarrollo infantil favoreciéndolo o dificultándolo).
- c. Consideración de los grupos e instituciones como posibles factores de riesgo.

### Temas de investigación en Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia

#### *Papel del ambiente en el proceso de desarrollo de los trastornos mentales en la infancia*

Entre los numerosos trabajos de investigación en salud mental de la infancia y la adolescencia se han descrito ciertos factores de riesgo: prematuridad (con su constelación relacional y de componente orgánico), sufrimiento perinatal, enfermedades somáticas agudas, enfermedades crónicas, separaciones tempranas del medio familiar, retraso en el desarrollo intelectual, disminución del rendimiento escolar, maltrato y abandono, disarmonía en la pareja parental, familias monoparentales, padres menores de edad, figuras parentales con afecciones crónicas o mentales, emigración, patrones de comunicación y/o educación patógenos, bajo nivel socio-económico-cultural, presión escolar, etc. Pero hay que saber si estos factores son sólo de riesgo evolutivo o, en alguna medida, existen factores protectores y qué grado influyen en cada niño/a.

1. Evaluación del ambiente:
  - a. Condiciones que se han de dar en el contexto para que el desarrollo sea óptimo.
  - b. Descripción de contextos patológicos.
2. Relación sujeto/ambiente:
  - a. Investigación sobre la influencia de las interacciones de unas variables con otras (favoreciendo el desarrollo, disminuyendo la influencia de los factores de riesgo o aumentándola).
  - b. Posibilidad de influir en el curso del desarrollo a través de terceras personas.
  - c. Influencia de los rasgos de la personalidad en el contexto.
  - d. Efecto sobre la personalidad de contextos posiblemente patógenos.
3. Análisis institucional:
  - a. Análisis y características de los diferentes grupos psicosociales e instituciones que están en relación con la vida y el desarrollo del niño/a.

#### *Diagnóstico de caso/trastorno mental en la infancia y la adolescencia*

Es de una gran relevancia tanto la tipología como la denominación de los trastornos mentales en la infancia.

1. Las clasificaciones uniaxiales pronto se vieron insuficientes para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, entre otras cosas por la cantidad de variables que interactúan en su presentación, tipificación, evolución, reagudización y, en su caso, desaparición. La serie DSM (III, III-R y IV) han sido de una gran ayuda, pero claramente insatisfactorias para la infancia y la adolescencia. Pero ha sido la clasificación de Rutter de tipo multiaxial la que abrió un nuevo panorama, más perfeccionada ha sido la aportada por la escuela francesa de Mises et al. No obstante, la CIE-10 permite multitud de posibilidades, aún por explorar, y ya el propio Rutter ha aportado el eje V utilizando los códigos Z de este sistema de clasificación para la infancia y la adolescencia.
2. No obstante, el sistema de clasificación no deja de ser una parcela pequeña (aunque importante), en este apartado la presentación clínica, las variables que influyen en la evolución de los trastornos, el pronóstico (seguimiento longitudinal) la posible identidad o diferencia con los trastornos mentales de la edad adulta, etc, son solo alguno de los campos de singular relevancia en la investigación psicopatológica acerca del concepto de trastornos mental en la infancia y la adolescencia y del diagnóstico de caso.
3. En esta dimensión cabe señalar la investigación sobre instrumentos de diagnóstico de caso, en este sentido señalar que para el diagnóstico

general ya parece que existen suficientes instrumentos (quizá el más completo sea la serie CBCL de Achenbach), pero para trastornos específicos existen pocos instrumentos fiables y se precisa profundizar en el diseño y validación.

4. Las investigaciones causales, sobre todo los avances derivados de las aportaciones de la genética (Proyecto GENOMA Humano) y sus consecuencias. P. ej. las posibles relaciones, hoy muy confusas y con resultados contradictorios, entre fragilidad del cromosoma X y el autismo infantil, la influencia genética de los trastornos por déficit de atención, etc. Pero, sobre todo, de la diferencia entre carga genética y presencia de un trastorno mental en un sujeto, lo que abre una pregunta ¿el medio ambiente, el contexto de desarrollo de un niño/a, es capaz de modificar los efectos de una carga genética en la presentación de trastornos mentales en la infancia?

#### *Disfunciones sensoriales*

Los niños/as con disfunciones sensoriales son niños/as diferentes pero no anormales, por lo que tienen un perfil evolutivo distinto que debemos investigar, sobre todo para señalar los puntos críticos de la evolución tanto para el aprendizaje como para la adaptación social y la autoestima. Entre las características de especial relevancia cabe señalar: dificultad para percibir, procesar, almacenar, recuperar, emitir y expresar la información, lo que afectará a la totalidad del sistema de interacciones (p. ej. no ver los gestos maternos en el caso de los niños/as ciegos). Es importante investigar acerca de las variables medioambientales que favorecen los procesos de aprendizaje, la intervención familiar más correcta, educación de las otras facetas comunicacionales, etc. No se debe psiquiatrizar el tema, ya que la influencia fundamental se encuentra en la rehabilitación (desarrollo de prótesis adecuadas para cada déficit) y con la atención primaria (detección precoz en los exámenes periódicos de salud) o con la institución escolar (educación y aprendizaje), pero no debemos olvidar el impacto sobre las etapas del desarrollo (p. ej. la adolescencia) y la posible apari-

ción de trastornos de adaptación o de la relación familiar y social. 51

#### *Disfunciones o lesiones cerebrales*

Está demostrado que en estas circunstancias se incrementan las tasas de prevalencia de trastornos mentales, pero hay que profundizar sobre las causas indirectas: falta de estímulo sensorio-motor adecuado, privaciones afectivas, disminución de la autoestima, actitudes negativas de la colectividad y tensiones propias del tratamiento médico (p. ej. recaídas, hospitalizaciones, medicamentos, etc).

#### *Disfunciones cognitivas*

Tanto los derivados del propio deterioro cognitivo como de los derivados de las experiencias repetidas de fracaso escolar (p. ej. reeducaciones, programas de integración, etc).

#### *Disfunciones socio-familiares*

También en este campo hay que poseer una perspectiva del desarrollo del sujeto:

1. Repercusiones en el sujeto infantil de las actitudes de la figura materna hacia el embarazo, así como de las relaciones entre ambas figuras parentales.
2. Adopción: cuándo debe establecerse y con qué procedimiento, lo que implica la detección precoz de los casos de abandono para evitar los efectos secundarios en el desarrollo de la adopción. Hay que empezar a considerar la importancia de la adopción internacional (p. ej. el impacto de otra raza, otra cultura, etc).
3. Familia: El estado de salud mental de los miembros de la pareja parental, de la armonía entre ambos. También es importante conocer cómo disminuir el riesgo modificando otras variables (p. ej. figuras parentales sustitutas adecuadas, etc). La presencia de violencia familiar y malos tratos/abandono/abuso sexual hacia el niño/a.
4. Escuela infantil: Proceso de separación precoz del contexto familiar y su influencia en el desarrollo del niño/a, proceso de sociabilización y estímulo del aprendizaje, etc.

- 52
5. Escuela: Se precisa un amplio análisis de esta institución de tanta importancia en la vida y desarrollo del niño/a: sociabilización, aprendizaje, los otros (pares y adultos), etc. Sin psiquiatrizar, pero sin minimizar la presencia de trastornos y disfunciones.
  6. Sociedad: Los cambios culturales actuales y su impacto en el desarrollo infantil (p. ej. la violencia, la sexualidad, disminución de horas con las figuras parentales, etc).
  7. Medios de comunicación: TV, video, y PC: su papel en la agresividad, sexualidad, incitación al consumo, nuevos modelos identificatorios, etc. Pero con visión crítica: no solo los efectos negativos, sino también señalar los posibles efectos positivos.
  8. Medio hospitalario: El efecto de la hospitalización bien sea directa (p. ej. causa del proceso que originó el ingreso, precocidad del ingreso, repetición de ingresos, procesos agudos y/o crónicos, etc) o indirecta (p. ej. organización del hospital en cuanto a visitas, ornamentación, actitudes del personal, etc).
  9. Otras instituciones asistenciales y/o terapéuticas para la infancia y la adolescencia: su organización y funcionamiento (p. ej. en ocasiones pueden organizarse en base a los intereses de los profesionales y sus campos de experiencia, pero no se adaptan a las necesidades de los niños/as).
  10. Medio laboral: trabajo precoz, explotación de la infancia, etc.

### **Pruebas diagnósticas**

#### *Picométricas*

Las que existen (tanto para evaluar nivel de desarrollo cognitivo o de personalidad) precisan de un afinamiento mayor y de una actualización a las circunstancias de hoy.

#### *Diagnóstico por imagen*

El avance de estas técnicas es innegable TAC, RNM, PET, etc, son de capital importancia y tienen su indicación precisa.

#### *Diagnóstico neurofisiológico*

El EEG aporta poca información, salvo clínica neurológica previa. Los PE son de especial significación para el diagnóstico diferencial de algunos procesos (p. ej. sordera perceptiva y autismo, ceguera con trastornos histérico o conversivos, etc).

#### *Determinaciones biológicas (bioquímicas, inmunológicas y genéticas)*

Están en pleno desarrollo y los resultados obtenidos son contradictorios, lo que permite decir que una cosa es la detección de un alteración y otra es que esa alteración sea la causa del proceso, por lo que se precisa una investigación multidisciplinaria para evaluar el impacto real de sus resultados.

### **Investigación psicofarmacológica**

Existen pocas investigaciones en esta dirección, sobre todo desde la difusión de los nuevos avances en psicofarmacología que han aparecido en los últimos tiempos. Las dificultades son de diverso tipo, pero hay que prevenir también de su uso indiscriminado por la tendencia a tratar el síntoma del niño/a sin llegar al fondo del problema o bien lo contrario: creer que el psicofármaco es algo nocivo para el niño/a. En muchas ocasiones, el consumo de psicofármacos en la infancia no está directamente prescrito por un psiquiatra infantil, sino por médicos generales, pediatras o psiquiatras generales y, además, existen psiquiatras infantiles que tienen dificultades para integrar diversos tipos de intervenciones terapéuticas ante un mismo problema. Frecuentemente se han expuesto razones de tipo ético para oponerse a la realización de ensayos terapéuticos en niños/as, pero hay que saber que es más peligroso autorizar el uso de un fármaco cuya utilidad en relación a un tipo concreto de indicación no hay sido lo suficientemente contrastada e investigada y cuya posología no tome en consideración las características metabólicas propias del proceso de crecimiento del sujeto humano. Los datos obtenidos del adulto no son directamente extrapolables al niño/a, por lo que se puede decir que en este área nuestra ignorancia es muy superior a nuestros conocimientos. El criterio fundamental para la evaluación terapéutica no ha de ser sólo la eficacia, sino que se debe evaluar la tole-

rancia a la medicación, el grado de aceptación por parte del niño/a y de su familia, la frecuencia de abandonos o incumplimientos de las instrucciones terapéuticas. De forma específica para la evaluación de la eficacia terapéutica en la infancia se podrán utilizar: el marco educativo del niño/a, funcionamiento familiar, relaciones con sus pares, comportamiento en el juego, escalas autoaplicadas, etc.

### **Las psicoterapias**

53

Tres campos fundamentales: el concepto de psicoterapia en la infancia, incluye la diferencia de otras intervenciones que pueden tener un cierto efecto terapéutico. En segundo lugar, las indicaciones clínicas y la técnica a emplear. Por fin, la evaluación a corto, medio y largo plazo y los instrumentos utilizados para esta evaluación.