

La evaluación del comportamiento infantil: características y procedimientos

Luis VALERO AGUAYO
Universidad de Málaga

Resumen

Se realiza una revisión de las características específicas de la evaluación del comportamiento infantil, así como los procedimientos conductuales más útiles, incluyendo las pruebas existentes en castellano. Se destacan aspectos como la adaptación del proceso al niño, la evaluación del contexto donde ocurren los problemas, la necesidad de criterios evolutivos, la relatividad de las fuentes de información en cada caso, y una crítica a la utilización casi en exclusiva de entrevistas y cuestionarios en la evaluación. Se aboga por una evaluación multimétodo con datos procedentes también de múltiples fuentes.

Palabras clave: evaluación infantil, trastornos del comportamiento, técnicas de evaluación, evaluación conductual.

Abstract

A revision of the specific characteristics of children's behavioural problems is made. The most useful behavioral procedures, including those published in Spanish, have also been included. Topics such as the adaptation of the assessment procedure to the child, context evaluation, the need to consider developmental criteria and the relativity of information sources are analyzed. The exclusive use of interviews, inventories and checklists is criticized. A multi-method assessment framework with data from different sources is defended.

Key words: child assessment, behavioural problems, assessment techniques, behavioral assessment.

La evaluación infantil podría considerarse una sub-especialidad en las tareas de la evaluación psicológica. Tiene unas características peculiares por su objeto de estudio –un niño en desarrollo continuo– y por las fuentes de información disponibles –en su mayoría adultos–. Ha generado una gran variedad de técnicas específicas, que intentaremos reflejar en este artículo, y que en su mayor parte constituyen adaptaciones e la evaluación en adultos. Esta amplitud se ha reflejado en áreas concretas, de manera fundamental: (1) la evaluación de los repertorios académicos, niveles escolares y comportamientos necesarios para el entorno educativo; (2) la evaluación del retraso en el desarrollo, centrado en la delimitación de los déficits específicos en áreas como conducta motora, autonomía personal, lenguaje o interacciones sociales; y (3) la evaluación de problemas de comportamiento, trastornos emocionales y otras alteraciones psicopatológicas en relación con las interacciones del niño con su familia, la escuela, o el grupo social.

Nos centraremos en esta revisión en el proceso de evaluación de problemas de comportamiento y trastornos psicopatológicos, así como en las técnicas específicas más

utilizadas con un objetivo diagnóstico y/o prescriptivo, citando las adaptaciones y traducciones de instrumentos en castellano. Estaremos haciendo aquí referencia continua a los procedimientos aplicados en el concepto más clásico de «psicología clínica infantil», en concreto a las formas de evaluación aplicables al contexto clínico, bien sea en situaciones de trabajo públicas o privadas, de carácter individual o institucional. Aunque no dejaremos de lado algunos aspectos comunes con la evaluación del retraso o de los repertorios escolares, para los que remitimos al lector a manuales y textos exhaustivos en castellano (Espinosa *et al.*, 1981; Fernández-Ballesteros, 1992; Luciano, 1989, 1996; Martorell, 1992; Silva, 1981; Silva & Moro, 1994).

Concepto

El abordaje de los problemas infantiles se ha considerado durante largos años como una copia de los procedimientos aplicados a los adultos. A pesar del inicio de la evaluación psicológica infantil con Binet y sus tests de inteligencia, o el inicio de la psicología clínica infantil con Witmer en Norteamérica, los niños han sido tratados

—también desde un punto de vista psicológico— como adultos en miniatura (Walker & Roberts, 1988). La evaluación conductual y la terapia de conducta no han sido menos, y también han considerado al niño como una persona sujeta a las mismas leyes de comportamiento que los demás, donde los niveles de desarrollo y la historia evolutiva no eran relevantes para la evaluación o la planificación del tratamiento.

Desde los años 70 esta perspectiva comienza a cambiar y se reconocen las características y demandas específicas de la población infantil. Se comienzan a evaluar los patrones de conducta (adaptativos o no) que aparecen en cada etapa de desarrollo, y se planifican los tratamientos teniendo en cuenta el desarrollo progresivo de competencias individuales y sociales típicos de cada edad.

A menudo la práctica de la evaluación infantil se ha interesado en la clasificación y el diagnóstico, y sólo después de los años 80 se ha considerado la necesidad de la evaluación para la planificación y verificación de los resultados del tratamiento (Shapiro & Kratochwill, 1988). Los mayores avances de la evaluación conductual han ocurrido en el desarrollo de medidas específicas en la valoración de resultados de los tratamientos aplicados en los trastornos del comportamiento infantil. La evaluación conductual ha ofrecido un amplio rango de sistemas de medición para probar la eficacia de estos programas de tratamiento. Así, algunas técnicas como la observación directa, los registros fisiológicos, los autoregistros y la metodología de caso único han mostrado qué tratamientos son más efectivos con qué trastornos, y qué componentes de los programas son los realmente activos dentro de un sistema completo de tratamiento (Kazdin, 1980).

La evaluación conductual se considera un proceso que genera y trata de probar hipótesis sobre la naturaleza de los problemas, la causa probable de esos problemas y la valoración de los programas de tratamiento que tratan de resolverlos. La evaluación debe ser un proceso donde el clínico recoge informaciones y toma decisiones sobre los factores que cree controlan un problema y la forma de solucionarlo. En los manuales de Fernández-Ballesteros (1981, 1992, 1994) pueden encontrarse una descripción detallada de las etapas del proceso de evaluación y la consideración de la evaluación como un proceso de toma de decisiones con una validación experimental.

Esta concepción conductual agrupa una variedad de técnicas y métodos de evaluación, que son valoradas de forma diferente en función de las concepciones teóricas sobre el comportamiento que se adopten inicialmente. Desde una perspectiva del análisis funcional aplicado, la evaluación implica como técnica fundamental la observación directa de conductas en el contexto natural o en situaciones análogas; mientras que en una perspectiva cognitiva-conductual los estados internos y los procesos cognitivos del individuo se consideran el foco prioritario de la evaluación, por lo que las medidas fundamentales

se basarán en autoinformes (o medidas referenciales de esos procesos). Este conjunto de técnicas se presentan en un grado continuo respecto a la relación entre el hecho evaluado y la medida obtenida de ese hecho.

Así, se utilizan desde los procedimientos más indirectos como la entrevista, el autoinforme o las escalas de puntuación por otros, hasta los procedimientos más directos como los autoregistros, la observación en situaciones análogas, la observación en contextos naturales y las medidas electro-mecánicas (Shapiro & Kratochwill, 1988).

Se busca la descripción completa de la conducta actual, la especificación de las variables del organismo y los factores ambientales que producen y mantienen esa conducta, junto con la identificación de las condiciones que permitirían alterarla. Se evita la calificación del niño, se trata de evaluar su comportamiento y no al individuo como tal. Así, por ejemplo, se evita calificar al niño de «agresivo», «hiperkinético» o «depresivo», porque se le han observado conductas agresivas hacia los demás, se muestra con una actividad constante que molesta a otros, o bien afirma sentirse triste y solo. En su lugar, se califican y definen sus comportamientos, sin inferir entidades intrapsíquicas de agresividad, hiperactividad o depresión, y sin utilizar esas definiciones para explicar circularmente el comportamiento actual del niño. La descripción de la conducta del niño y las condiciones que lo mantienen se realiza en el análisis funcional, al delimitar la función que cumple esa conducta en su entorno; en otras palabras, cuáles son las condiciones del organismo y del ambiente bajo las que ocurre esa conducta. Por ejemplo, en un niño que muestra conductas agresivas consigo mismo, autolesiones, no basta con un diagnóstico de «retraso mental», «alteración emocional», o «impulsos autodestructivos», sino que es preciso averiguar las condiciones, antecedentes y consecuentes, del organismo y del ambiente que están propiciando esas autolesiones. En muchos casos el niño responde a cambios ambientales antecedentes muy sutiles, o bien se mantienen por la rápida atención que propician en los demás, lo que junto a deficiencias orgánicas o sensoriales, pueden explicar funcionalmente el comportamiento alterado de ese niño (Ollendick & Cerny, 1981).

Las medidas conductuales son las variables dependientes para la posterior intervención clínica, y en una situación aplicada la evaluación ha de elegir cuáles son las variables dependientes que identifica, que serán registradas para seguir el proceso de tratamiento, y que servirán para valorar los resultados. El clínico ha de fijarse en qué hace o dice el niño, o bien en lo que deja de hacer en un momento dado. El modelo conductual, aún teniendo en cuenta diferencias conceptuales, reconoce que el niño se desarrolla en una complejidad ambiental y una amplia variedad de eventos psicológicos, biológicos y sociales-económicos. Todos ellos pueden ser, en un momento dado, condiciones que determinen la aparición o mantenimiento de una conducta alterada. Silva y Moro (1994) resumen en

una serie de puntos los cambios más significativos ocurridos en la evaluación conductual en temas infantiles en los últimos años:

1. Aumento del interés en aspectos diagnósticos y clasificatorios, aceptando la elaboración psicométrica de los instrumentos.
2. Consideración de la evaluación conductual como un proceso de toma de decisiones.
3. Mayor preocupación por la evaluación preventiva ante problemas familiares y sociales cada vez más frecuentes.
4. Énfasis en las relaciones entre cognición, afecto y conducta en los niños evaluados.
5. Ampliación de las aplicaciones al área de psicología de la salud.
6. Convergencia conceptual y metodológica con modelos más contextuales o de sistemas.
7. Mayor reconocimiento de modelos teóricos basados en datos empíricos.
8. Introducción de los avances tecnológicos en la recogida y tratamiento de la información.

Características de la evaluación infantil

En el momento de abordar la evaluación de un niño/a el clínico debería tener en cuenta unas especiales características al manejar esta actuación profesional. Una de las características iniciales es la persona que realiza la demanda y acude al profesional. *Son los padres o los maestros quienes determinan la necesidad de intervención*, o al menos la existencia de algún problema en el niño. Los niños pueden sentirse mal tener grandes problemas para afrontar las demandas de los adultos, pero raramente acuden para que se les ayude. Por el contrario, es más habitual que los padres lleven al niño por problemas nimios, o bien problemas cuyo referente inmediato es la propia relación familiar alterada, problemas de pareja o problemas personales de alguno de los padres. Según Nietzel, Bernstein y Milich (1994) algunos de los factores implicados en esa demanda pueden ser los niveles de tolerancia de los padres (p.ej., aquellos que perciben el problema como algo permanente y que no pueden manejar acuden más al psicólogo), o la existencia de problemas psicológicos en alguno de los padres (p.ej., trastornos depresivos en las madres que tienden a considerar de mayor gravedad los problemas de sus hijos). Algunos ejemplos de problemas bajo la demanda de los padres, que no llegan a considerarse como «verdaderos problemas», son problemas de lectura o escritura en niños de 5 años, hacerse pis en la cama a los 3-4 años, la masturbación en distintas edades, o problemas de apariencia física y actitudes contestatarias en preadolescentes. Si, como es habitual, el adolescente no está de acuerdo con la decisión de los padres para buscar ayuda profesional, es difícil establecer una buena relación

terapéutica, ni conseguir cooperación alguna por su parte. Incluso, algunos padres utilizan la visita al psicólogo como una forma de castigo, exponiendo al niño ante otros para contar los problemas y molestias que produce en la familia.

El clínico no debería asumir automáticamente que si el niño ha sido llevado a consulta por sus padres, tendrá seguramente alteraciones y necesitará tratamiento psicológico. Por tanto, en su evaluación el clínico deberá tener en cuenta no sólo el motivo de demanda, sino que deberá contrastar la información con otros familiares y el propio niño, y también evaluar el ajuste matrimonial o posibles problemas de los padres.

Una segunda característica en la evaluación infantil son los casos que, por diversas circunstancias, no son llevados al psicólogo, y que podrían recibir ayuda de una atención profesional. Se trata de *una función de «screening», filtraje o detección de problemas* por parte del psicólogo evaluador. De forma especial resulta importante en casos de retraso en el desarrollo, cuando se pueden detectar precozmente aquellos niños con serios riesgos de tener problemas de mayor envergadura posteriormente. Esta función exige comparaciones normativas, pero también el reconocimiento de ciertos indicadores médicos y socio-económicos que podrían predecir trastornos en la adolescencia o madurez. En estos casos interesa poner en marcha programas de atención temprana o programas preventivos que eviten realmente esos problemas en edades superiores. Aquí los cuestionarios de indicadores socio-económicos, los formatos estructurados de historias clínicas, y las escalas de valoración con patrones normativos, podrían ser los instrumentos más útiles.

Una tercera característica diferencial son *los cambios conductuales y sociales que ocurren en diferentes edades*, lo que obligaría a una evaluación y planificación del tratamiento atendiendo a *esos* patrones evolutivos y culturales. Hay siempre una referencia normativa obligada en la evaluación infantil, pues los comportamientos que son considerados «normales» en una edad se tratan como desadaptativos unos años después, y de hecho muchos trastornos del comportamiento infantil (p.ej., enuresis, negativismo, rabietas, hiperactividad, agresividad) son vistos como «típicos» de ciertas edades (Campbell, 1989; Furman, 1980). La evaluación infantil implica juicios normativos en cuanto que necesariamente hay comparaciones con los patrones culturales adoptados por los adultos respecto a la población infantil.

La comparación normativa ha de identificar cuáles son los grupos normativos adecuados para comparar. En muchos problemas clínicos hay pruebas con un criterio final de habilidad que se considera el patrón normativo, aunque sea arbitrario o por consenso clínico. Con otros problemas como en el área motora, lenguaje, desarrollo intelectual, resultados académicos, etc., existen normas poblacionales con diferentes edades que pueden orientar

la estimación que haga el clínico con criterios referenciales. Kazdin (1977) ha incluido como un indicador de la extensión de los resultados de un tratamiento los datos de los tests normativos, puesto que si el niño se encuentra en un rango «normal» de puntuaciones en esas pruebas, es decir, si su conducta es comparable a la de otros niños, entonces el programa de tratamiento ha producido cambios clínicamente relevantes.

Otra información normativa importante es la de tipo longitudinal, aquella que pueda indicarnos cómo evoluciona un mismo comportamiento en diferentes edades, y cómo se van haciendo más complejas las habilidades desadaptativas a lo largo del tiempo. Con estos datos es factible realizar programas de prevención, y elegir predictores de comportamientos futuros. En estos casos, las escalas de valoración por otros, las escalas evolutivas y los tests normativos de inteligencia o habilidades específicas, podrían ser de gran utilidad.

Una cuarta característica es *la interacción entre padres e hijos*. Generalmente suele entenderse que los conflictos y problemas de los padres se traducen en interacciones negativas y punitivas con los hijos. Pero también los primeros problemas de los niños, cuando conllevan una reacción inapropiada en los padres, producen problemas en éstos, no pueden controlar la situación, utilizan más procedimientos punitivos, y reaccionan de forma emocional, dando lugar a mayores problemas para sí mismos y sus relaciones con los hijos.

La concepción de Patterson (1976) sobre la naturaleza coercitiva de las interacciones padres-hijos ofrece un ejemplo habitual de esa doble interacción que mantiene muchos de los problemas del comportamiento infantil. Las interacciones padres-hijos son diádicas, de doble dirección, e influyen en ambas partes: el comportamiento alterado del niño influye en los padres, y las reacciones, la tolerancia o la inconsistencia de los padres influyen en los problemas de los hijos. Una práctica habitual de tipo *coercitivo* en las interacciones familiares puede llevar a trastornos de conducta (Patterson, 1982, 1986). Este autor enfatiza la importancia de los controles aversivos o coercitivos en el comportamiento familiar, que podrían explicar tanto la aparición como el mantenimiento de muchos tipos de trastornos de conducta. De manera fundamental, el reforzamiento negativo juega un papel importante en cuanto que un miembro de la familia (el padre o el niño) ve reforzado su comportamiento (p. ej., agredir, gritar, insultar) cuando de ello resulta la eliminación de una estimulación aversiva que está siendo utilizada por otro miembro de la familia (p. ej., molestar, pedir cosas, rabietas). Cuando estas interacciones continúan durante largos periodos de tiempo, se incrementan aún más. La frecuencia e intensidad de esas prácticas coercitivas pueden llegar a extremos insospechados. Además, señala Patterson (1982), el niño observa a sus padres en esas prácticas y tiene las oportunidades para que su agresividad se vea moldeada por el

curso de esas interacciones coercitivas. Para estos objetivos, las técnicas de observación directa por parte del clínico, y el análisis funcional, serían las herramientas idóneas para evaluar estas interacciones.

Otra característica más es *el contexto escolar como parte importante de los problemas infantiles*. La asistencia obligatoria a la escuela y las exigencias de un aprendizaje continuo constituyen una fuente importante de problemas: trastornos del aprendizaje, déficits de atención, hiperactividad, conducta negativista, trastornos de las relaciones sociales con los compañeros, etc. De ahí que gran parte de los datos de la evaluación procedan directamente de la escuela, p. ej., escalas de puntuación de los maestros, observaciones directas en clase, pruebas de rendimiento escolar, o tests de habilidades e inteligencia. En el sistema educativo español, además, hay que contemplar el hecho de que los cursos escolares se agrupan por edades y no por niveles de conocimientos o habilidades. Esta obligatoria «normalización» diferencia de inmediato aquellos niños que están por encima o por debajo de la media del grupo en cualquier actividad académica o social. Este contexto es, sin embargo, el más apropiado para desarrollar programas de prevención de posibles problemas posteriores, y para tratar el inicio de algunos problemas cuando son detectados a tiempo antes de que lleguen a revestir una mayor gravedad. En estos casos, una oportuna intervención del psicólogo en edades preescolares y primer ciclo (problemas de lenguaje, atencionales, habilidades de interacción y juego con otros, etc.) podría ayudar a prevenir muchos problemas de fracaso escolar en edades más avanzadas.

Y una última característica estaría referida a *las dificultades de obtención de datos a partir del propio sujeto implicado*. La inmadurez o las dificultades del desarrollo intelectual son algunas de las dificultades expuestas para la evaluación infantil, cuando se trata de utilizar la información del propio niño. Esto hace que la mayoría de los autores no recomienden el uso de pruebas escritas, cuestionarios y autorregistros antes de los 7-10 años. Por otra parte, también se afirma que los niños no tienen la suficiente flexibilidad o autoconocimiento como para informar sobre sus propios pensamientos o su estado de ánimo, difícilmente discriminan sus emociones y les ponen nombres. Cuando se trata de evaluar problemas emocionales, depresión o ansiedad, se añaden problemas de accesibilidad al niño, es frecuente encontrar niños que se cierran en banda, se quedan completamente callados y se niegan a dar cualquier información personal; en otros casos, incluso ocultan información. Otro proceso habitual en la evaluación infantil es el denominado «efecto Harthowe» que define la adhesión del entrevistado a las preguntas e informaciones que busca el entrevistador, de forma que el niño asiente y habla de aquellos hechos que cree van a agradar al evaluador, contesta también de manera que le agrade al adulto (Barrio, 1990). Un aspecto importante a

tener en cuenta siempre que se entrevista al niño: la información puede ser tan poco fiable como la de los adultos, y menos aún si por alguna razón aparece rechazo hacia el profesional.

Procedimientos normativos

Cuestionarios psicopatológicos

En la evaluación psicopatológica y clasificatoria de los problemas infantiles ha habido una preocupación por crear empíricamente sistemas de clasificación que respondan a los comportamientos reales del niño. Estos sistemas se basan en el análisis estadístico de gran cantidad de datos, elaborando los «síntomas» más probables en cada categoría diagnóstica. Estos datos son extraídos a partir de escalas de puntuación y entrevistas estructuradas con la información procedente de padres, maestros u otras personas. En estas escalas se pregunta a los adultos qué conducta específicas aparecen y, si lo hacen, que indiquen subjetivamente el grado de severidad de esos problemas. El análisis estadístico elabora «factores» o conjuntos de conductas que correlacionan y que empíricamente tienden a presentarse juntas, constituyendo así un «trastorno del comportamiento».

Un ejemplo de esta clasificación es el de Achenbach (1978), elaborado a partir de listados de más de cien comportamientos problemáticos, que agrupa finalmente en: (1) problemas de externalización, aquellas conductas que suelen ser aversivas para los demás y que aparecen en *su* medio ambiente, tales como hiperactividad, agresión o delincuencia; y (2) problemas de internalización, que corresponderían a aquellos problemas en los que el niño sufre o experimenta gran malestar, pero no es evidente o aversivo para otras personas, p. ej., problemas depresivos, ansiedad o algunas reacciones biológicas. Estadísticamente, los niños que muestran problemas de externalización tienden a ser varones, tener un peor rendimiento académico y peor pronóstico que los que muestran internalización. Los primeros son los problemas que habitualmente han recibido una mayor atención profesional, aparecen como más graves, afectan directamente a los padres o maestros que no pueden solventarlos, y son los que más investigación y programas de tratamiento han generado. Los problemas de internalización crean menos trastornos para los padres o maestros, y por tanto apenas son enviados al profesional, que en muchos casos considera, p. ej., los problemas depresivos como inexistentes o meramente circunstanciales en el niño. Además, los estudios de seguimiento de estos problemas de internalización sugieren que no constituyen un riesgo para problemas posteriores más graves.

Una ventaja de estos criterios empíricos de clasificación diagnóstica, es que elaboran criterios probabilísticos de la presencia de problemas en un niño. Se recogen datos de ese niño en diversas escalas de puntuación (p. ej., *Child*

Behavior Checklist, Achenbach & Edelbrock, 1983), y se comparan con la proporción de esos problemas o factores en referencia a la edad y sexo del niño evaluado. De esta forma, se ayuda a decidir al clínico sobre la gravedad del problema, o bien sobre el carácter transitorio o evolutivo de esos trastornos. Las desventajas de estos sistemas siempre provienen de la fuente de datos, es decir, parten de la interpretación subjetiva de padres y maestros, que son los que juzgan y consideran la existencia o no de un problema. Es un sistema referencial que no utiliza datos de observación directa del clínico que evaluar el problema.

Los sistemas clasificatorios de tipo clínico DSM-III-R y DSM-IV (APA, 1987, 1995) e ICD-10 (OMS, 1992) están basados en juicios de expertos clínicos que identifican las categorías diagnósticas y los «síntomas» característicos de cada trastorno. Estos expertos llegan a ese sistema clasificatorio con base en un consenso profesional, según su experiencia con gran cantidad de casos, la revisión de la literatura al respecto, y algunos datos correlacionales entre conductas. Precisamente por esa base consensual, no todos los criterios clínicos están claros, y a menudo dos profesionales llegan a diagnósticos diferentes aunque tengan los mismos protocolos y la misma información de referencia sobre el niño. Por otra parte, ese consenso hace necesarias revisiones continuas del sistema clasificatorio, que utiliza criterios y categorías diferentes en cada nueva edición. Los estudios de fiabilidad de estos sistemas parecen aumentar progresivamente, conforme aumenta su carácter descriptivo, e incluso el DSM-IV (1995) ya no considera la etiología como un criterio para el diagnóstico. Sin embargo, con todo lo normativos que pretenden ser, en ningún caso introducen criterios evolutivos que reflejen las diferencias de desarrollo y comparaciones normativas que tengan en cuenta la edad del niño. Abordaremos algunos de estos cuestionarios en un apartado posterior, en referencia a quién informa sobre ellos.

Tests de habilidades y de inteligencia

En ocasiones resulta necesario evaluar el nivel de habilidades o aptitudes, especialmente las relacionadas con el mundo escolar (escritura, lectura, matemáticas), o se pide diagnosticar el nivel de inteligencia del niño. Los problemas académicos, que no necesariamente se detectan con un el, pueden relacionarse básicamente en los siguientes conjuntos: (a) déficits en los procesos cognitivos básicos, (b) déficits en el aprendizaje de habilidades, (c) conductas que interfieren con el aprendizaje, y (d) conductas que intervienen en el proceso educativo (Evans & Nelson, 1986). Algunos de esos comportamientos covarian, y también pueden aparecer junto a problemas emocionales, o junto a problemas de conducta social más graves. Así, una parte del proceso de la evaluación infantil trata de determinar la importancia de cada problema y si su causa se encuentra en el contexto académico, o bien si

los problemas escolares son producto de otras influencias familiares o sociales.

Según Sanler (1988) esta evaluación con tests podría tener las siguientes utilidades:

1. Proporcionar datos normativos en esas habilidades académicas e intelectuales, que sitúan su repertorio en relación a otros niños de su misma edad y grado académico.
2. Son pruebas con gran fiabilidad y validez. Además constituyen el mejor predictor del comportamiento académico del niño en el futuro.
3. Son importantes para evaluar hasta qué punto están influyendo en esos trastornos otros problemas como déficits intelectuales o madurativos, problemas de memoria, atención, etc. Y también situar en su justo término las expectativas y exigencias académicas de padres y maestros.
4. Algunas de estas pruebas permiten dilucidar déficits en memoria, razonamiento, habilidades visoespaciales, etc., que pueden utilizarse como recomendaciones para la planificación del tratamiento o bien para mejorar las prácticas educativas.
5. Las situaciones de prueba con tests normativos permiten al clínico interactuar con el niño y observar otros aspectos de su comportamiento, tales como el seguimiento de instrucciones, capacidad de atención, tiempo sobre la tarea, flexibilidad para resolver problemas, rapidez de respuesta, y también aspectos como ansiedad, habilidades sociales, conducta emocional, etc.

Sin embargo, también presentan varias dificultades puesto que se trata de situaciones de prueba artificiales que en ocasiones pueden no reflejar el repertorio académico real del niño. La ansiedad ante la prueba o ante la evaluación de un desconocido puede cambiar su forma de comportarse habitualmente. Algunos tests tienen un fuerte componente verbal, que va a sesgar los resultados con niños que tengan graves déficits en este área. Además, no habría que esperar demasiado de una puntuación de CI en la que pueden influir múltiples factores, sería preferible emplear varias pruebas y obtener puntuaciones normativas por áreas o por tareas concretas del aprendizaje escolar.

Los tests normalizados suponen una oportunidad para observar el comportamiento habitual del niño, y se considera una muestra de su comportamiento en otras situaciones similares, especialmente de tipo escolar. Por ejemplo, los tests revelan la forma de resolver problemas por parte del niño, si utiliza una estrategia rápida o impulsiva, o bien procede por ensayo-error; también evidencia las formas de interacción social con los adultos, si hace preguntas, mantiene contacto ocular, actúa sin miedo y sin inhibiciones, etc.; y permite observar otros comportamientos emocionales como lloros, respuestas de ansiedad, tartamudeo, etc.

Otra utilidad de los tests normalizados precisamente es la comparación con una población normativa que permitiría al clínico tomar decisiones sobre la gravedad o no de un problema, y sobre la necesidad de intervención en un momento dado. Por otra parte, se utilizan para medir los resultados de los tratamientos, comparar la efectividad de los programas terapéuticos, y establecer comparaciones entre distintos grupos con características y problemas similares. La evaluación de habilidades intelectuales, del rendimiento académico, del nivel de desarrollo, o de aptitudes viso-espaciales, puede utilizarse para valorar los cambios más generalizados que ocurran tras un tratamiento, que podrían reflejarse en cambios de las puntuaciones globales o bien en subtests específicos (Ollendick & Cerny, 1981).

Thorndike y Hagen (1991) muestran un compendio de técnicas y creación de instrumentos para la evaluación en contextos educativos, fundamentalmente pruebas orientadas al rendimiento académico. En manuales como Anastasi (1988) y Fernández-Ballesteros (1992) puede encontrarse una síntesis de los principales instrumentos para la evaluación de inteligencia, rendimiento académico y aptitudes diferentes. Además las casas comerciales como TEA y MEMPSA ofrecen la mayoría de esos tests normativos y algunas de las escalas mencionadas en castellano.

Información por otros: entrevistas, cuestionarios y escalas

La mayor proporción de los datos recogidos en una evaluación infantil proceden de otras personas, que informan al psicólogo sobre los comportamientos problemáticos y diversas circunstancias anejas. Para ayudar en ese proceso de recogida hay disponible una amplia variedad de instrumentos, muchos de ellos utilizables también por el propio niño. Fundamentalmente se trata de técnicas de «papel y lápiz», en forma de entrevistas estructuradas, cuestionarios, escalas de puntuación, y en otros casos registros de observación.

Entrevistas

Las entrevistas, abiertas o estructuradas, constituyen la herramienta inicial y fundamental para abordar la evaluación. Sin embargo, pueden diferir con quién se realice la entrevista. Según Ollendick y Cerny (1981) la entrevista inicial con el niño y su familia tiene como objetivos: (1) clarificar los motivos de consulta y los problemas actuales, (2) obtener una historia evolutiva y social, (3) evaluar los patrones de interacción familiar que podrían estar relacionados con esos problemas, y (4) determinar los recursos y características familiares que podrían utilizarse para la programación del tratamiento. Siguiendo las recomendaciones de Achenbach (1988), cuando se entrevista a los padres deberían tenerse en cuenta los siguientes objetivos:

1. Establecer la suficiente relación personal o «*rapport*» como para que los padres ofrezcan información confidencial y personal sobre sus relaciones y su hijo. Es importante para el clínico crear un clima de colaboración con los padres que facilite el posterior tratamiento, incluso cuando los padres sean el foco mismo de la intervención terapéutica.
2. Obtener detalles específicos sobre el problema del niño. Se han de obtener ejemplos con respuestas y situaciones específicas, que nos describan las interacciones habituales y diarias de esos problemas.
3. Recoger información sobre el inicio y curso del problema. Cuándo se detectó el problema, o cuándo apareció por primera vez, qué desarrollo ha seguido, durante cuánto tiempo, qué tratamientos han intentado, etc.
4. Recoger información sobre la historia evolutiva y de desarrollo general del niño. Se deben conocer las etapas y períodos críticos del aprendizaje del niño, así como el inicio de la etapa escolar, o acontecimientos claves que hayan ocurrido en su historia, tales como cambios de domicilio o escuela, enfermedades, hospitalizaciones, separación de los padres, muertes de familiares, etc.
5. Explorar aquellos factores familiares que hayan podido aumentar los problemas del niño, entrevistando si es necesario a cada padre por separado. Así, puede ser necesario explorar factores tales como desavenencias conyugales, conflictos familiares, rivalidades entre hermanos, problemas psicológicos en algunos miembros de la familia, etc. También es conveniente incidir sobre los recursos y habilidades de los padres para afrontar esos problemas, y su manera habitual de reaccionar ante ellos.

La entrevista con los padres puede tener los mismos inconvenientes que otras técnicas referidas por otros. Los padres pueden exagerar o minimizar los problemas según su punto de vista, según su percepción de gravedad o incontrolabilidad de los problemas de su hijo. Los recuerdos y situaciones emocionales al respecto también pueden distorsionar grandemente la información conseguida. Es esencial determinar cuáles son las expectativas de los padres. Sus propias concepciones y creencias sobre los problemas del niño o de la familia han de ser discutidos de una manera natural y clara, dentro de los repertorios y tipos de lenguaje de los padres. La relación clínica no llega a completarse si el evaluador trata de situar el problema en términos técnicos, reconsiderando las afirmaciones de los padres, o haciéndoles reformular las conductas en términos más objetivos (Keefe, Kopel y Gordon, 1978).

Según Goldman, Stein y Guerry (1983) algunos de los detalles de la historia del niño que interesan son las influencias perinatales (si el embarazo fue planificado,

el curso del embarazo, y circunstancias en torno al parto), enfermedades y accidentes anteriores (vacunaciones, hospitalizaciones, tratamientos médicos), circunstancias sociales (estilo de vida de la familia, composición familiar, características socio-económicas, relaciones afectivas e interacciones habituales), el desarrollo evolutivo (primeros pasos, lenguaje, comida, control de esfínteres, autonomía personal, etc.) y desarrollo escolar (inicio y adaptación al contexto escolar, progresión en resultados académicos, cambios de centros, de profesores, etc.)

En las entrevistas realizadas a los maestros se han de considerar también los objetivos educativos y de comportamiento que desearía ese profesor, los problemas generales que aparecen en la misma clase, la organización, y los papeles profesionales dentro del centro escolar. El objetivo final es lograr involucrar a los docentes en el proceso, pero nunca a su pesar, ni mediante órdenes, ni con una relación indirecta a través de los padres. En cualquier caso, las habilidades sociales del entrevistador y sus habilidades de trabajo en equipo son fundamentales para un buen proceso evaluador.

La creación de entrevistas estructuradas y semi-estructuradas para la evaluación infantil está relacionada con los sistemas de clasificación diagnóstica, especialmente DSM-IV (1995), que intentan crear protocolos y formas estandarizadas para registrar y obtener información a partir del propio niño. Puesto que —además de los padres— es el niño quien debe contestar a las preguntas se utilizan sólo con niños mayores, generalmente de 6 años en adelante, y sobre todo con adolescentes entre 15 y 18 años. Muchos de estos instrumentos están basados en otros ya existentes para la evaluación de adultos, y su elección dependerá de los objetivos con que se realice la evaluación, especialmente con criterios diagnósticos y clasificatorios, y las características del niño y problemas que presente.

Ezpeleta (1990) presenta una revisión de las principales entrevistas diagnósticas para niños y adolescentes, todas ellas norteamericanas y entre las que destacan las siguientes:

Diagnostic interview for Children and Adolescents (Herjanic *et al.*, 1975). Es aplicable para niños entre 6 y 17 años, en ella se recoge información de los padres y del propio niño por separado. Su última adaptación sigue los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y se han realizado entrevistas separadas para niños pequeños, mayores y padres (Reich y Welner, 1988). Los ítems se evalúan por la presencia o ausencia de un conjunto de síntomas de cada trastorno, no necesita una preparación clínica especial, y también recoge preguntas abiertas y las observaciones del entrevistador.

Interview Schedule for Children (Kovacs, 1978). Se utiliza para niños entre 8 y 17 años y realiza una revisión de los diferentes síntomas, especialmente en problemas de depresión infantil. Se recoge información general de

la historia y evolución del niño, así como los trastornos mayores de tipo psiquiátrico. Se aplica por separado al niño y a los padres, junto con las impresiones y contraste de información del evaluador. Gran parte de las preguntas son abiertas y dependen de la valoración que realice el clínico de cada síntoma siguiendo una escala de puntuación de severidad. Requiere, pues, formación diagnóstica y psicopatológica, con entrevistadores bien entrenados y con experiencia en los criterios del DSM-III-R (1987) para su aplicación.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Puig-Antich & Chambers, 1978). Es aplicable a niños y adolescentes entre 6 y 18 años. En principio se utilizaba para la evaluación de trastornos afectivos y esquizofrenia, aunque las revisiones posteriores han incorporado otros trastornos. La mayoría de las preguntas son abiertas, se registra la presencia o ausencia de los síntomas y el grado de severidad. Abarca grandes trastornos psiquiátricos como problemas afectivos, ansiosos, de conducta y psicóticos. Requiere clínicos expertos en los criterios diagnósticos y resulta larga y compleja para su utilización. Se aplica al niño y a los padres por separado, y cada ítem ha de ser valorado por el clínico sintetizando las informaciones disponibles.

Child Assessment Schedule (Hodges *et al.*, 1981). La primera versión se utiliza para niños entre 5 y 7 años, con preguntas sencillas y centrados en áreas problemáticas. Las versiones posteriores aumentaron los ítems y se introdujeron preguntas sobre síntomas siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III-R (1987), extendiendo su utilización también a los adolescentes. Las respuestas del niño se codifican como alternativas, abarcando diferentes áreas como déficits atencionales, trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, negativismo, enuresis y encopresis, trastornos afectivos, etc.; se incluye también el comienzo y la frecuencia o duración de esos problemas, así como las observaciones del entrevistador. Presenta una forma paralela para aplicar a los padres y comprobar así la información. Incluye también los criterios diagnósticos y los ítems más representativos de cada trastorno.

Diagnostic Interview Schedule for Children (Costello *et al.*, 1984). Es una entrevista estructurada, siguiendo los criterios diagnósticos psiquiátricos, y para una utilización en investigación clínica y epidemiológica, con niños entre 6 y 18 años. Se pregunta tanto al niño como a los padres sobre la presencia o no de un conjunto de síntomas de cada trastorno, registrando también la edad de comienzo, frecuencia, duración y problemas asociados. Se obtienen puntuaciones comparativas para cada trastorno, y un índice global de la psicopatología del niño.

En castellano, Capafons *et al.* (1986) presentan una entrevista estructurada para recoger información para la anamnesis y el diagnóstico psicopatológico, denominada *Información Diagnóstica General*, para ser contestada

por padres o profesores. Incluye un conjunto de datos de identificación y sociodemográficos sobre las características del niño (entre 8 y 15 años), para entrar después en una serie de cuestiones específicas sobre relaciones familiares, comportamiento de los padres (p. ej., formas de reforzamiento y castigo), habilidades básicas, historia escolar, comportamiento en clase, problemas sociales y de relaciones con otros, etc. Cada ítem se responde en unas alternativas cerradas diferentes, que permiten la cuantificación y utilización epidemiológica. No requiere formación específica y puede completarse durante una entrevista abierta.

También se ha publicado una entrevista estructurada a manera de cuestionario para completar por padres o maestros (*Prediagnóstico Infantil. Cuestionario para padres*; Izquierdo, 1982), para obtener una información específica del niño, su desarrollo evolutivo, la situación problemática actual, las características educativas, familiares y las relaciones sociales habituales. En suma se trata de un historial clínico sistematizado.

Canalda *et al.* (1992) han propuesto –en castellano– escala a utilizar durante la entrevista evolutiva o el historial clínico (*Escala de Acontecimientos Vitales*). Con ella se trata de obtener información sobre los acontecimientos vitales experimentados por el niño, p. ej., cambios en los componentes familiares, separación, cambios de domicilio, de escuela, hospitalizaciones, fallecimientos de familiares, cambios de profesorado, conflictos en la escuela, etc. Es aplicable a niños entre 3 y 12 años, y obtiene una relación por orden de importancia de los posibles acontecimientos importantes que han influido en la problemática actual del niño. En Gelfard y Hartmann (1989) puede encontrarse la traducción de un modelo de *Entrevista inicial con el responsable del niño*, y un Cuestionario de identificación de reforzadores que pueden resultar útiles en esta fase inicial de la evaluación.

El problema de estas entrevistas estructuradas es la fiabilidad de la información obtenida, que generalmente aparece como adecuada en los estudios empíricos sobre diagnósticos realizados con ellas. Esa fiabilidad entre entrevistadores podría verse afectada negativamente por la falta de entrenamiento en el uso del protocolo, por el grado de inferencia requerido, por la existencia de preguntas ramificadas y por la dificultad de puntuar cuando hay respuestas vagas por parte del niño (Ezpeleta, 1990). Otro problema añadido es la falta de concordancia entre la información dada por los padres y la del niño, generalmente los padres perciben una mayor severidad, duración e importancia de los problemas, mientras que los niños informan más sobre sus pensamientos o sentimientos y no tanto sobre conductas abiertas. En todo caso, resultan recomendables como un primer abordaje del problema, pero siempre se recomienda tener varias opiniones y contrastar toda fuente de información antes de llegar a un diagnóstico, si es ése el propósito de la evaluación.

Escalas de puntuación por otros

Las escalas son útiles para tener una visión global de los problemas más habituales del niño, identifican conductas concretas, o bien conjuntos de comportamientos alterados. Sirven también para tener datos cuantitativos para comparar la eficacia posterior de la intervención. Son tipos de informes muy estructurados, que son contestados por aquellos adultos que se relacionan directamente con el niño (padres, familiares, maestros). Requieren contrastar la misma información en distintos allegados, pues en numerosas ocasiones el problema aparece en la casa pero no en la escuela, o a la inversa. Son instrumentos económicos, fáciles de aplicar, requieren poca formación y tiempo por parte del evaluador. Estas escalas pueden ser completadas por los padres antes de comenzar la entrevista de evaluación, pueden llevárselas a casa y traerlas para sesiones posteriores, e incluso pueden ser preguntadas directamente por el profesional durante la entrevista. Pueden utilizarse como puntuaciones normativas cuando las escalas proporcionan este tipo de datos (p. ej., CBCL de Achenbach & Edelbrock, 1983), y permiten también evaluaciones repetidas tras el tratamiento con objeto de valorar los cambios conseguidos.

Se utilizan los nombres de cuestionarios, inventarios o escalas de forma generalizada, aunque se debería limitar el uso de «cuestionarios» como denominación general. Un autoinforme («*self-report*») es un listado de ítems descriptivos o un registro semiestructurado donde el individuo informa sobre su propia conducta, sus circunstancias, sus relaciones, etc., con diferentes formas de respuesta. Un listado de problemas o inventario («*cheeklist*») enumera un conjunto de comportamientos descriptivamente, contestados por otras personas, que obtiene respuestas dicotómicas (sí/no, presencia/ausencia, adecuado/no adecuado). Mientras que una escala («*rating scale*») obtiene una respuesta en una escala de puntuación subjetiva, donde los padres u otros adultos señalan el grado o extensión con que esas conductas serían aplicables a sus hijos (nada... mucho, nunca... siempre, 0... 5).

Una de las más conocidas es *Behavior Problem Checklist* (Quay & Peterson, 1967), consiste en 55 ítems describiendo conductas problemáticas, que se puntúan en una escala de 3 puntos respecto a la severidad del problema. Agrupa factores como problemas de conducta, personalidad, retraimiento, inmadurez, hiperactividad y delincuencia socializada en adolescentes. Parece tener buenos resultados en fiabilidad y validez, aunque se aprecian diferencias de criterios entre padres y maestros, quizás por las diferencias entre los adultos en el momento de calificar los problemas del niño, o bien por las diferencias situacionales de los problemas mismos. Una posible desventaja es que se foca liza en las alteraciones, no incluye conductas prosociales.

Otra escala muy utilizada es *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1978; Achenbach & Edelbrock, 1979).

Registra un conjunto muy diverso de problemas y conductas adaptativas referenciadas por los padres. Tiene varias escalas diferentes para niños y niñas entre 4-5, 6-11 y 12-16 años, con una relación de conductas problemáticas y adaptativas, que son contestadas por padres y/o maestros en una escala de 3 puntos, para reflejar la gravedad y frecuencia de esos comportamientos. Algunos de los ítems son muy específicos (p. ej., mojar la cama, encender fuegos, destruir cosas), mientras que otros son más generales y requieren bastante inferencia por parte de quien contesta (p. ej., sentimientos de desesperanza, actos infantiles, miedo a los propios impulsos). Los factores de la escala ha fundamentado el análisis de los autores en trastornos de internalización (quejas somáticas, depresión o retraimiento social) y trastornos de externalización (hiperactividad, agresión, conductas delincuentes). Las puntuaciones se reflejan en un perfil visual que compara los repertorios del niño con los patrones normativos de edades y sexo. La fiabilidad en distintos índices es aceptable, así como su utilidad clínica para la delimitación de problemas y discriminación de grupos con o sin alteraciones. La información de esta escala resulta útil al especificar problemas que covarían, que podrían ser observados también para la evaluación inicial y para valorar los resultados de la intervención. También se ha afirmado su utilidad para pronosticar formas de tratamiento diferentes según aparezcan problemas externa o internalizantes.

Otro conjunto de escalas son las del grupo de Conners (1969, 1986) que incluyen *Conners Parent Rating Scale*, *Conners Teacher Rating Scale* y *Abbreviated Teacher Questionnaire*. Originalmente se utilizaron para valorar los resultados de terapias farmacológicas y psicológicas sobre diversos tipos de psicopatologías infantiles, y fueron adoptadas oficialmente por instituciones norteamericanas para la evaluación en salud mental infantil. En Romero (1988) puede encontrarse la traducción de varios instrumentos para la evaluación infantil, entre ellos un *Esquema de entrevista estructurada de tipo evolutivo*, y la *Escala de Hiperactividad* de Conners y Wells (1986).

La medición del ambiente social del niño en la escuela es otro de los aspectos evaluados a partir de informaciones de maestros y compañeros. En estos casos, interesa conocer el nivel de relaciones con los compañeros de clase, su lugar en el grupo, las aceptaciones y rechazos por parte del grupo, su posible aislamiento, o la aparición de ansiedad en las interacciones con los compañeros. Aunque no se suelen incluir en las evaluaciones estandarizadas, constituyen una parte importante de las variables implicadas en la mayoría de los problemas infantiles. Muchas habilidades sociales son aprendidas en las primeras relaciones con los compañeros, y en algunos casos unas relaciones alteradas con el grupo (p. ej., alto rechazo o alto aislamiento) pueden predecir la aparición de posteriores trastornos del comportamiento (Cowen *et al.*, 1973). Una de esas escalas es *Pupil Evaluation Inventory* (Weintraub, Prinz & Neale,

1978) para medir conductas desadaptadas, agresión, retraimiento y aceptación por parte de los compañeros en escuelas de primaria.

Hay que interpretar con precaución las escalas de puntuación por otros, pues se ha comprobado que no necesariamente correlacionan los datos si se aplican diferentes formas de escalas relativas al mismo niño. Por ejemplo, no correlacionan las medidas de observación de agresión en la escuela, con la puntuación de agresión informada por los maestros, y las puntuaciones en un inventario de agresión también informado por los maestros (Cospér & Erickson, 1984). También se han encontrado variaciones en las puntuaciones de los informantes en función del grupo normativo de comparación, los compañeros de clase, según la apariencia de los niños, o si se les daba alguna etiqueta diagnóstica (Evans y Nelson, 1986).

En otros problemas concretos puede encontrarse en castellano la *Escala de Depresión para Niños* (Tisher & Lang, 1987) que registra factores tales como comportamientos afectivos, problemas sociales, autoestima, preocupaciones por la enfermedad y la muerte, sentimientos de culpa, etc., todos ellos relacionados con trastornos depresivos. La *Batería de Socialización* (formas 1, 2 y 3) de Silva y Martorell (1987) es un conjunto de escalas para evaluar la conducta social. Cada una de las formas es para contestar por parte de los profesores, padres y niños entre 6-15 años respectivamente. Obtiene una serie de factores positivos de la socialización (p. ej., liderazgo, autocontrol social, jovialidad, sensibilidad social) y otros negativos (p. ej., agresividad, apatía, retraimiento, ansiedad). En los manuales prácticos de Fernández-Ballesteros (1983), Silva (1982) y Valero (1988, 1993) pueden encontrarse numerosos ejemplos de cuestionarios y escalas de puntuación, con traducciones y/o adaptaciones de algunos de los mencionados con anterioridad.

Las escalas e inventarios pueden utilizarse para una evaluación rápida o «*screening*» de niños con potenciales trastornos de conducta, para situar sus repertorios en relación a los patrones normales o psicopatológicos del resto de niños. A partir de estos instrumentos habría que continuar el proceso evaluador para perfilar esos problemas y las variables de las que dependen o deberían utilizarse nunca como únicos instrumentos de la evaluación, puesto que no proporcionan un análisis de las conductas objetivo y de las variables funcionales que las controlan. Además, siempre son datos sujetos a interpretación y pueden estar completamente sesgados por quien informa. Recogen las impresiones generales del informante, más que los problemas de conducta tal como se producen. En muchos casos no describen directamente los comportamientos característicos del problema, sino el malestar o la preocupación de los padres al respecto. Tampoco proporcionan información sobre las variables relevantes que puedan estar manteniendo esos problemas, sino sólo los cuantifican y clasifican con un propósito diagnóstico. Nunca se

deberían utilizar como técnicas exclusivas en el proceso de evaluación, sino en combinación con otras técnicas.

Información del niño: entrevistas, cuestionarios y autorregistros

La entrevista que se realiza con el niño tiene por objetivo fundamental conocer el punto de vista personal y emocional del propio sujeto implicado. Algunos autores otorgan poca fiabilidad a las informaciones provenientes de niños de menos de 10 años, por lo que entonces las entrevistas tendrían un propósito más motivacional y clínico que evaluador. Sin embargo, conforme aumenta la edad del niño aumenta también la fidelidad de la información, y en adolescentes es imprescindible la entrevista individualizada, con y sin los padres. Cuando se entrevista a los niños los objetivos podrían ser los siguientes:

1. Establecer la suficiente confianza o «*rapport*» como para obtener información confidencial. En ocasiones, es importante cambiar malas interpretaciones sobre el objeto de su visita al psicólogo, o intentar eliminar recelos sobre lo que puedan hacerle. De cara al tratamiento es fundamental la colaboración del niño, más aún si es mayor y ya tiene ciertas habilidades de autocontrol y autococimiento.
2. Conocer los sentimientos y la percepción del niño sobre sus problemas. Establecer cuál es su punto de vista, y si considera siquiera que tiene alguna dificultad.
3. Conocer las atribuciones y explicaciones que el niño da de sus problemas, dónde sitúa él la fuente de sus problemas, y cómo explica sus posibles dificultades.
4. Obtener información sobre posibles comportamientos problemáticos de tipo internalizante, especialmente depresión y ansiedad (sentimientos negativos, tristeza, rencor, baja autoestima, etc.), en los que el niño es la principal fuente de información.
5. Observar al niño durante la entrevista, para confirmar o no las impresiones de los padres, el grado de cumplimiento u obediencia de instrucciones, su actividad, el grado de madurez y de lenguaje que expresa en esa situación, etc.

La entrevista debería recoger el punto de vista del niño, su percepción sobre sus posibles problemas o conflictos, su versión sobre qué y cómo ha llegado al psicólogo, sus expectativas de cambio, su interpretación sobre los acontecimientos que le han ocurrido, etc., Pero también se han de observar sus habilidades adaptativas e interacción con un adulto extraño, su comportamiento verbal en ese contexto, el manejo de la situación, sus reacciones emocionales, etc. Greenspan (1981) da unas categorías

de conducta a observar durante la entrevista con el niño: (1) la integridad física del niño, comportamiento motor y actividad; (2) afecto en general, estado de ánimo, ansiedad, (3) relaciones del niño con el entrevistador; (4) forma en que el niño utiliza su medio ambiente; (5) habilidades verbales y contenido de la conversación del niño; y (6) reacciones subjetivas del entrevistador.

La capacidad de verbalización y de autodescripción del niño es otro repertorio importante, por cuanto puede sesgar o impedir una evaluación adecuada de los comportamientos o variables relevantes. Por ejemplo, las respuestas emocionales, quejas, molestar a los demás, etc., puede ser interpretada por los padres como una forma de llamar la atención, un trastorno emocional, o como una rabieta; y ser producto, sin embargo, de un malestar físico, algún tipo de dolor orgánico que el niño no sabe describir, ni ha aprendido cómo comunicar a los demás. La infancia supone una etapa de continuo aprendizaje, donde las respuestas fisiológicas y las estimulaciones interoceptivas comienzan a ser moldeadas y verbalizadas en repertorios conductuales que comunicamos a los demás (Evans y Nelson, 1986).

Existen pocas entrevistas estructuradas y cuestionarios exclusivos para niños, en su mayoría se utilizan parte de los ítems, o versiones de los mismos, de las escalas desarrolladas para padres y maestros que hemos mencionado anteriormente. Una escala exclusiva para ser contestada por los adolescentes es *Youth Self-Report Form* (Achenbach & Edelbrock, 1983), aplicable con adolescentes entre 11 y 18 años, para evaluar características psicopatológicas y funcionamiento social. En los últimos años han aparecido numerosos cuestionarios específicos para niños o adolescentes dedicados a la evaluación de «variables mediadoras», «constructos personales» e incluso «personalidad». Por ejemplo, *Self-Description Questionnaire* (Marsh, Parkes & Barnes, 1985) para la evaluación del autoconcepto, *Common Belief Inventory for Students* (Hopper & Layne, 1984) para recoger creencias irracionales y pensamientos habituales en adolescentes.

Las técnicas de autoregistro son empleadas a menudo con niños que ya saben leer y escribir, o que tienen suficiente nivel instruccional como para realizar anotaciones simples. En un autorregistro se pide al niño que anote en un papel, cuaderno, almanaque, etc., aquellos acontecimientos que interesan. Los más habituales se obtienen sobre la frecuencia de un determinado comportamiento problemático, o bien del adaptativo que se desea aumentar. También se pueden obtener datos sobre duración, intensidad, eventos antecedentes o consecuentes, sentimientos subjetivos, etc. Pueden aparecer efectos de reactividad —al igual que en los adultos— que afecten a la fiabilidad de esos registros, pero en ocasiones interesa el efecto terapéutico inmediato que pueden tener para aumentar o disminuir conductas (p. ej., control de esfínteres, tiempo de estudio, tareas domésticas). Constituye un procedimiento poco intrusivo, que se puede adaptar a la casa, la escuela,

o cualquier otro contexto, y es el único que nos permitiría obtener información sobre eventos privados, sentimientos, miedos, etc. del propio niño o adolescente. Requieren un diseño individual pues hay que adaptar las necesidades de información para el clínico a las exigencias prácticas del niño y el contexto donde realizará el autorregistro. En este caso no hay formatos estandarizados, sino que la imaginación y experiencia del evaluador puede dar la clave para recoger datos específicos, y en muchos casos, para actuar terapéuticamente a través de esta técnica.

Información del evaluador: observación y registros directos

Puesto que los problemas infantiles habitualmente ocurren en la casa o en la escuela, la observación conductual en esos contextos sería la técnica más adecuada para obtener información directa sobre esos comportamientos problemáticos, y también sobre las variables que puedan estar manteniéndolos en ese contexto natural. Esta observación proporciona la oportunidad al evaluador para confirmar o no las informaciones de padre y maestros. Además, constituye una información muy específica sobre respuestas y variables implicadas en el mundo real del niño, que muestra una visión concreta de las relaciones entre la conducta del niño y la de los padres o maestros. Esta observación puede realizarse también en situaciones estructuradas, de tipo clínico o de laboratorio, para reproducir comportamientos específicos, o poner a prueba hipótesis funcionales. Aunque suponen un mayor esfuerzo para el clínico, con la observación sistemática se pueden obtener informaciones altamente fiables y que permitan un análisis funcional para delimitar un tratamiento posterior. Se deberían utilizar después de realizar las primeras entrevistas y pruebas escritas.

Observación conductual

En un sistema de observación directa, la conducta o conjunto de conductas que se consideran problemáticas —a partir de la información recogida en las entrevistas o cuestionarios iniciales—, se definen operacionalmente, se observan y registran de una manera sistemática. Dependiendo de las características del sistema y del contexto de la observación se utilizan otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros) para registrar esos comportamientos. Esta información es primordial para determinar las condiciones ambientales y sociales (antecedentes y consecuentes) que controlan esas conductas problemáticas; pero también para llevar a cabo la valoración de los resultados del programa de tratamiento, en el que generalmente toman parte.

Los procedimientos de observación necesitan tener unas adecuadas características de fiabilidad y validez, de forma que los datos obtenidos realmente sean significativos y útiles en el proceso de evaluación y planificación

terapéuticos. Algunos consejos para aumentar esa fiabilidad suponen: (1) utilizar sistemas de observación de conductas específicas, donde estén claras las definiciones, los parámetros, situaciones y momentos en que registrar; (2) seleccionar pocas conductas a observar, cuanto más complejas más difícil la observación; (3) al utilizar un sistema de codificación de categorías, que sean descriptivas y excluyentes, y en un número pequeño; (4) crear un periodo de adaptación a la posible reactividad del niño; (5) evitar los sesgos del propio observador, controlando la información y el entrenamiento recibido.

La observación en el contexto natural resulta difícil, necesita tiempo para obtener mediciones fiables, requiere entrenamiento de observadores, e incluso el desplazamiento del propio evaluador a la casa o la escuela. Es una técnica costosa en tiempo y esfuerzo. Además, la presencia de un observador externo siempre supone cierta reactividad, y el comportamiento de la familia no suele ser el habitual. Para eliminar algunos de estos costes, se utiliza la observación en el contexto clínico, donde la observación puede ser más fiable, se pueden utilizar grabaciones, y resulta menos costosa en tiempo y esfuerzo. En ocasiones se utilizan situaciones estandarizadas para la observación. Se trata de procedimientos estructurados para crear situaciones e interacciones que puedan ser comparables al contexto real, pero que puedan someterse a un registro sistemático y a una manipulación de las variables implicadas en esas interacciones. En los casos de observación en contextos simulados se ha encontrado que una variable relevante son las instrucciones dadas por el evaluador y la demanda o motivación puesta en juego en esa situación estructurada.

En una situación simulada (p. ej., en el contexto clínico), la observación recrea un ambiente donde deben aparecer conductas e interacciones específicas, controlando las variables y las condiciones de ocurrencia. Pueden resultar útiles cuando la conducta problemática ocurre con poca frecuencia, cuando no aparece en el contexto natural por problemas de reactividad, o cuando hay grandes dificultades prácticas para realizar la observación en el contexto natural (p. ej., habilidades de interacción con compañeros, agresiones, tics, problemas de lenguaje, ansiedad situacional, etc.). Por otro lado, constituyen la mejor alternativa para probar *a priori* las posibles hipótesis del análisis funcional, ponerlas a prueba manipulando variables en ese contexto artificial, antes de planificar las características definitivas del tratamiento. Se pueden crear las condiciones para maximizar la aparición de comportamientos y estudiar así las variables de las que depende (p.ej., situaciones escolares exigentes, situaciones de juego repetitivo, tareas domésticas específicas). Con estos procedimientos de observación se han encontrado variables relevantes en problemas de miedos, ansiedad, juego, negativismo, agresividad, autolesiones, etc. Una revisión de los estudios realizados con esas «pruebas de comportamiento» y de «observación de análisis funcional» puede

encontrarse en textos como Van Houten y Axelrod (1993), y el número extraordinario de la revista *Journal of Applied Behavior Analysis* de 1994.

El primer sistema de codificación ampliamente estudiado sobre problemas de comportamiento infantil, fue el de Patterson y sus colegas en el *Oregon Research Institute* (Reid, 1978). Fue creado inicialmente para estudiar las interacciones familiares, y aplicado posteriormente en la escuela y en situaciones de laboratorio. Consta de un total de 29 categorías de registro, muchas de ellas con vistas al posible análisis funcional. Permite registrar secuencias de conductas entre el niño y otros adultos. Incluye varias tareas: primero, se registra la tasa de conductas problemáticas en el niño; después se comparan las tasas de conducta apropiadas e inapropiadas del niño en relación a los patrones habituales de otros niños; y en tercer lugar, se intentaba aislar qué comportamientos de los padres, o qué otros factores ambientales, controlaban el inicio de esas respuestas problemáticas. Entre los sistemas de observación en la familia se encuentran el *Dyadic Parent Child Interaction Coding System* (Robinson & Eyberg, 1981), donde se registran las frecuencias de diversas conductas y secuencias de interacciones entre padres e hijos. En castellano está publicado el sistema *SOC-III (Sistema observacional para la evaluación de interacciones familiares, Cerezo et al., 1991)*, que utiliza categorías para registrar interacciones familiares en sesiones de duración limitada, requiere un conocimiento teórico y un entrenamiento por parte de los observadores.

El sistema de registro de Forehand *et al.* (1979) fue utilizado inicialmente para comportamientos más específicos, como son el cumplimiento o no de órdenes, pero también permite registrar las secuencias del niño con los padres y otros tipo de comportamientos problemáticos. Otro es el sistema de observación de comportamientos escolares de O'Leary & Wilson (1975) desarrollado para la observación de comportamientos como estar fuera del pupitre, distracciones de la tarea, dar voces, conductas inapropiadas en clase, etc. Este mismo autor (O'Leary *et al.*, 1976) ha empleado un sistema de codificación de conductas hiperactivas, pero sólo con tres códigos, para registrar actividad motora, estar fuera del pupitre y no atender a la tarea. Su objetivo era poder medir los efectos de la terapia conductual en niños hiperkinéticos. Es bastante sencilla, pero su especificidad la hace apropiada para investigaciones, más que para un propósito clínico general. Abikoff *et al.* (1977) desarrollaron un sistema de codificación (con 14 categorías de registro) para observar el comportamiento infantil en la escuela, especialmente conductas inapropiadas, disruptivas e hiperactividad. Tiene buena fiabilidad y parece discriminar entre grupos de niños hiperactivos y «normales» o Sin embargo, requiere un largo entrenamiento de los observadores para obtener alta fiabilidad.

Algunos de estos sistemas se utilizan para evaluar comportamientos problemáticos específicos. Así Kazdin

(1985) ha creado un código formal de *Observación de la conducta deprimida* en niños, registrando un conjunto de comportamientos relacionados tales como el contacto ocular, expresividad facial, latencia de respuesta, movimientos del cuerpo, las manos o la cara, conductas de aislamiento e interacciones sociales. También Kashani (1986) ha publicado una escala observacional de la conducta deprimida en niños preescolares (*General Rating Affective Symptoms in Preschooler*), que evalúa los síntomas habituales como retraimiento, anhedonia, irritabilidad e hiperactividad.

El sistema ORSA (*Observer Rating Scale of Anxiety*) fue desarrollado por Melamed y Siegel (1975) y consistía en 29 categorías de registro de la conducta motora y verbal en niños con problemas de retraimiento y ansiedad. Incluye categorías como «temblor de manos», «tartamudeo», «hablar sobre miedos», etc., registradas en un procedimiento de muestreo de tiempo. El sistema de Strain *et al.* (1976) fue desarrollado para registrar conductas sociales en el aula y analizar las interacciones y los elementos antecedentes que las controlaban. Registra dos clases generales de conducta (motor-gestual y verbal-vocal), puntuando las distintas topografías adecuadas e inadecuadas. También se registra la conducta del profesor, sus ayudas y reforzamiento, distinguiendo entre los episodios que inicia el niño y aquellos que son respuesta a las interacciones de los demás.

También son conocidos los sistemas para la observación en role-playing de las habilidades sociales del niño y adolescente. Por ejemplo, entre los más conocidos se encuentran *Behavioral Assertiveness Test for Children* (BAT-C) de Bernstein *et al.* (1980), desarrollado para evaluar conductas de retraimiento y agresividad en la escuela, con niños entre 8 y 12 años. Y *Behavioral Assertiveness Test for Boys* (BAT-B) de Rearden *et al.* (1979), para evaluar habilidades sociales y conductas asertivas en pre-adolescentes a partir de 10 años. Cada episodio de role-playing consiste en escenas dirigidas a producir conductas asertivas positivas y negativas. Las escenas se graban en video y se registran posteriormente, obteniéndose medidas de las conductas verbales y no-verbales en esas interacciones. Así se evalúan comportamientos específicos como duración de las frases, frecuencia del tono hostil en la conversación, proporción del contacto ocular, número de preguntas realizadas, etc.

En otras situaciones estructuradas para la observación, se pide interaccionar a los padres y al niño en una situación de juego o de tareas educativas. En este contexto se registran sus interacciones, frecuencia de órdenes, cumplimiento de esas órdenes, aparición o no de consecuencias reforzantes, habilidades de los padres para manejar al niño, formas de interacciones coercitivas, etc. Una prueba clave para observar es pedir a los padres que hagan al niño recoger la habitación cuando han terminado el juego, la forma de conseguirlo indica patrones típicos de interacción entre padres e hijos (Matson & Beck, 1985). De

este tipo es el denominado *Compliance Test* de Forehand y McMahon (1981) en que se trata de observar la conducta de desobediencia del niño o adolescente.

A veces es fácil observar al niño en sus interacciones diarias en la escuela o la familia, en otras aparecen graves dificultades prácticas y serias limitaciones de tiempo, y en otras es imposible obtener ese tipo de datos. Los datos obtenidos a partir de observación directa no deben considerarse necesariamente como «mejores» que otras fuentes de información. De forma ideal estos datos deberían complementar, pero no sustituir, los obtenidos con otros procedimientos. Pero tampoco, esos otros instrumentos (tests, cuestionarios, escalas) deberían sustituir a los de observación.

Registros fisiológicos

La evaluación fisiológica en niños ha recibido menos atención que en la población adulta. El coste de los equipos, la necesidad de especialización y mayor formación del evaluador, la intrusión que suponen en el contexto, y la poca utilidad para planificar el tratamiento exclusivamente conductual, han hecho que estas mediciones tengan un lugar secundario en la evaluación infantil.

Sin embargo, junto con Wells (1981) podríamos argumentar las siguientes razones sobre la importancia de este tipo de evaluación. (1) Hay considerable evidencia en la investigación con adultos de que las correlaciones entre la conducta motora, los repertorios verbales y las mediciones fisiológicas son muy bajas, y hay también razones para ver que esa falta de relación entre unas medidas y otras se mantenga también en los niños, por lo que sería imprescindible una evaluación fisiológica independiente de sus correlatos motores o verbales. (2) Muchos trastornos infantiles implican comportamientos fisiológicos (p.ej., asma, dolor de cabeza, rumiación), y su medición podría orientar las formas de tratamiento más adecuadas. (3) Hay evidencia de que algunos trastornos del comportamiento (p. ej., problemas de aprendizaje, trastornos de la atención, hiperactividad) podrían tener en su etiología factores fisiológicos o neurológicos; en estos casos un tratamiento combinado médico y conductual podría tener mejores resultados al incidir sobre varias condiciones simultáneamente.

Conclusiones

Se han revisado los distintos aspectos que caracterizan una evaluación del comportamiento infantil. Cuestiones todas ellas fundamentales, por cuanto la continua referencia adulta, los patrones normativos y evolutivos, o la influencia de las interacciones familiares, son factores a tener en cuenta cuando se inicia la evaluación de un problema infantil. Además, las medidas de los diferentes instrumentos deberían considerarse en el contexto de un proceso de decisión clínico, no como categorías independientes de su función posterior. Se han definido las asunciones básicas de una

evaluación de tipo conductual, el énfasis en los trastornos del comportamiento y las variables relevantes que podrían explicar su mantenimiento actual. Las interacciones del niño con su medio familiar, escolar y social marcan el foco de atención del proceso de evaluación.

Se han revisado los diferentes tipos de instrumentos disponibles, en los que hay una profusión de técnicas basadas en la información de otros, datos indirectos y descripciones verbales de los comportamientos problemáticos, señalando en cada caso las adaptaciones y traducciones que se han realizado al castellano. Habría que tener en cuenta que una escala o un cuestionario sólo mide la apreciación del adulto sobre los comportamientos del niño, requiere juicios de valor, y es habitual encontrar diferentes contestaciones a los mismos ítems cuando informan diferentes adultos. En ocasiones, las escalas adquieren «vida propia» y se utilizan como instrumentos válidos y útiles, incluso para evaluar problemas que no eran los originalmente desarrollados por los autores. Por ejemplo, se crea una escala de hiperactividad para registrar aquellos comportamientos más habituales del niño, se delimita arbitrariamente un «punto de corte» con una utilidad clínica determinada, y luego se utiliza ese criterio como indicativo diagnóstico de que el niño es «hiperactivo». Con el paso del tiempo una medida potencialmente útil puede corromperse y ser utilizada con unas bases conceptuales y prácticas muy diferentes. Un argumento realista es la facilidad de uso de los cuestionarios, tests y escalas, pues requieren poco esfuerzo y poca formación por parte del evaluador. Aunque no haya nada malo en ello, sin embargo, perpetúa unas formas estandarizadas sin que el evaluador analice sus propiedades o su función. Incluso los criterios estandarizados de fiabilidad y validez de los tests no se tienen en cuenta, puesto que se siguen utilizando en la evaluación infantil –también conductual– pruebas y tests que han demostrado su falta de calidad científica (Evans & Nelson, 1986).

Por eso, se ha dado un mayor énfasis a las técnicas basadas en la observación, bien sean en un contexto familiar, escolar, o clínico. Con estos datos se puede realizar un análisis más detallado de las interacciones y los problemas tal cual ocurren, permitiendo al clínico hipotetizar un análisis funcional sobre las variables relevantes de cada ocasión, y haciendo que tome decisiones sobre qué técnicas de tratamiento serán las más adecuadas para ese niño, ese comportamiento y esas variables. La evaluación infantil tiene los mismos problemas de fiabilidad, validez y utilidad que la evaluación de adultos. Sin embargo, las características diferenciales en cuanto a quién refiere el caso, quién suministra la información, el contexto escolar o familiar donde se producen los problemas, y los interrelaciones sociales y familiares que sustentan esos problemas, hacen que la evaluación requiera múltiples métodos y necesite múltiples fuentes de información. Una evaluación sistemática de cualquier problema infantil debería incluir entrevistas, escalas de puntuación por otros, observaciones directas en el contexto

natural y en análogos clínicos, pruebas de ejecución, habilidades e inteligencia, y la evaluación de las relaciones sociales y familiares. Además, con cualquiera de esas técnicas la información debería contrastarse y obtenerse de diferentes fuentes: los padres, maestros, compañeros y el propio niño.

En un sistema completo debería abordarse una evaluación multimétodo (entrevistas, cuestionarios, observación), con información recogida de múltiples informadores (padres, maestros, compañeros, y el propio niño), y también en relación a múltiples contextos donde puedan ocurrir esos trastornos de conducta (casa, escuela, situaciones de grupo). El coste de una evaluación exhaustiva de este tipo puede sobrepasar las necesidades inmediatas del clínico. Sin embargo, es una de las tareas del profesional equilibrar la solución de los problemas que le plantean junto con la recogida de informaciones fiables, válidas y útiles, que le permitan verificar sus resultados y progresar hacia técnicas más eficaces. Queremos terminar con la idea general de que la evaluación infantil es un proceso en el que el profesional ha de tomar decisiones. Decisiones que no son (ni deben ser) estandarizadas, rápidas y basadas en una única técnica. Son decisiones que han de tener en cuenta las características infantiles, las fuentes de información, el carácter evolutivo de la conducta, el contexto donde se producen los problemas, etc. Además de basarse en un conjunto de procedimientos, escogidos para cada situación de evaluación que se plantee al profesional.

Referencias

- A.P.A. (1987). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- A.P.A. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Abikoff, H., Gittleman-Klein, R., & Klein, D.F. (1977). Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 772-783.
- Achenbach, T.M. (1978). The Child Behavior Profile, I: Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 478-488.
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1979). The Child Behavior Profile, II: Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 223-233.
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1983) *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Barrio, V. del. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment, 6* (2), 171-209.
- Bornstein, M.R., Bellack, A.S., & Hersen, M. (1980). Social skills training for highly aggressive children: Treatment in an inpatient psychiatric settings. *Behavior Modification, 4*, 173-186.

- Canalda, G., Toro, J., Valtés, A., Martínez, E., & Mena, A. (1992). A life events scale for Spanish children (EAVI). *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (3), 171-188.
- Capafons, J.I., Alcantud, F., & Silva, F. (1986). La Información Diagnóstica General: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 2 (3), 13-45.
- Cerezo, M.A., Keesler, T.Y., Dunn, E.S., & Wahler, R.G. (1991). *SOC-III: Sistema observacional para la evaluación de interacciones familiares*. Madrid: MEPSA.
- Conners, C.K., & Wells, K.C. (1986). *Hiperkinetic children: A neuropsychosocial approach*. Beverly Hills: Sage.
- Conners, C.K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 152-156.
- Cosper, M.R., & Erickson, M.T. (1984). Relationship among observed classroom behavior and three types of teacher ratings. *Behavioral Disorders*, 9, 189-195.
- Costello, A., Edelbrock, C., Kalas, R., Dulcan, M.K., & Klaric, S.H. (1984). *Development and testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in a clinic population: Final report*. Washington, DC: NIMH, Center for Epidemiological Studies.
- Espinosa, M.J., Márquez, M.O., & Rubio, V. (1981). Evaluación conductual en el retraso mental. En: R. Fernández-Ballesteros, & J.A.I. Carrobbies (Eds.), *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones* (pp. 671-718). Madrid: Pirámide.
- Evans, I.M., & Nelson, R.O. (1986). Assessment of children. En A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assessment (2nd Ed.)* (pp. 601-630). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 6 (1), 33-64.
- Fernández-Ballesteros, R. (1983). *Cuadernos de prácticas de psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- Fernández-Ballesteros, R., & Carrobbies, J.A.I. (1981). *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica (Tomos I y II)*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Forehand, R., & McMahon, R.J. (1981). *Helping the non-compliant child: A clinician's guide to parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- Forehand, R., Sturgis, E.T., McMahon, R.J., Aguar, D., Green, K., Wells, K.C., & Breiner, J. (1979). Parent behavioral training to modify child non compliance. *Behavior Modification*, 3, 3-25.
- Gelfand, D.M., & Hartmann, D.P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide (original de 1976).
- Goldman, J., Stein, C.L., & Guerry, S. (1983) *Psychological methods of child assessment*. Nueva York: Brunnel/Mazel.
- Greenspan, S.I. (1981). *The clinical interview of the child*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Herjanic, B., & Recich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Hodges, K., Kline, J., Fitch, P., Mcknew, D., & Cytryn, L. (1981). The Child Assessment Schedule: A diagnostic interview for research and clinical use. *JSAS Catalog of Selected Document in Psychology*, 11, 56.
- Hooper, S.R., & Layne, C.C. (1983). The Common Belief Inventory for Students: A measure of rationality in children. *Journal of Personality Assessment*, 47, 85-90.
- Izquierdo, A. (1982). *Prediagnóstico infantil. Cuestionario para padres*. Madrid: TEA.
- Kashani, J.H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 143 (9), 1138-1143.
- Kazdin, A.E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- Kazdin, A.E. (1985). Assessment of over behavior and childhood depression among psychiatrically disturbed child. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (2), 201-210.
- Keefe, F.J., Kopel, S.A., & Gordon, S.B. (1978). *A practical guide to behavioral assessment*. Nueva York: Springer.
- Kovacs, M. (1978). *The interview Schedule for Children (ISC): Form C, and the follow-up form*. Manuscrito no publicado, Universidad de Pittsburg. Referenciado en Shapiro & Kratochwill (1988).
- Luciano, M.C. (1989). *Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conductuales en la infancia*. Granada: Universidad de Granada.
- Luciano, M.C. (1996). *Psicología clínica infantil*. Valencia: Promolibro.
- Marsh, H.W., Parker, J., & Barnes, J. (1985). Multidimensional adolescent self-concepts: Their relationship to age, sex and academic measures. *American Education Research Journal*, 22, 422-444.
- Martorell, M.C. (1992). *Técnicas de evaluación psicológica, Vol. III: Socialización, hiperactividad, autoconcepto y retraso mental en niños y adolescentes*. Valencia: Promolibro.
- Mash, E.J., & Terdal, L.G. (1988). *Behavioral assessment of childhood disorders (2nd Ed.)*. Nueva York: The Guilford Press.
- Matson, J.L., & Beck, S. (1985). Assessment of children in inpatient settings. En M. Hersen, & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment. A practical handbook (2nd Ed.)* (pp. 535-565). Nueva York: Pergamon Press.

- Melamed, B., & Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 511-521.
- Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., & Milich, R. (1994). *Clinical Psychology (4th Ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- O'Leary, K.D., Pelham, W.E., Rosenbaum, A., & Price, G.H. (1976). Behavioral treatment of hyperkinetic children. *Clinical Pediatrics, 15*, 510-515.
- Ollendick, T.H., & Cerny, J.A. (1981). *Behavior therapy with children*. Nueva York: Plenum Press.
- O.M.S. (1992). *El ICD-10 Clasificación de los trastornos mentales y de comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Patterson, G.R. (1976). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41*, 432-444.
- Patterson, G.R., & Bank, L. (1986). Booststrapping your way in the nomological thicket. *Behavioral Assessment, 8*, 49-73.
- Patterson, G.R., Ray, R.S., Shaw, D.A., & Cobb, J.A. (1969). *Manual for coding of family interactions*. Nueva York: Microfiche Publications.
- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 years)- Kiddie-SADS*. Manuscrito no publicado, New York State Psychiatric Institute. Referenciado en Shapiro & Kratochwill (1988).
- Quay, H.C., & Peterson, D.R. (1967). *Manual for the Behavior Problem Checklist*. Champaign, IL: Universidad de Illinois.
- Reardon, R.C., Hersen, M., Bellack, A.S., & Foley, J.M. (1979). Measuring social skills in grade school boys. *Journal of Behavioral Assessment, 1*, 87-105.
- Reich, W., & Welner, Z. (1988). *DICA-R DSM-III-R version*. St. Louis, MI: Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Reid, J.B. (1978). *A social learning approach to family intervention. Vol. II: Observation in home setting*. Eugene, OR: Castalia.
- Robinson, E.A., & Eyberg, S.M. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 2*, 271-280.
- Romero, J.F. (1988). *Trastornos del aprendizaje. Teoría y prácticas de trastornos del lenguaje e hiperactividad*. Málaga: Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga.
- Shapiro, E.S., & Kratochwill, T.R. (1988). *Behavioral Assessment in Schools. Conceptual Foundations and Practical Applications*. Nueva York: The Guilford Press.
- Silva, F. (1981). Evaluación de alteraciones conductuales en niños. En R. Fernández-Balleros, & J.A.I. Carrolles (Eds.), *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. (pp. 637-670). Madrid: Pirámide.
- Silva, F. (1982). *Evaluación conductual: Aplicaciones clínicas y educativas*. Valencia: Psique; 1982.
- Silva, F., & Martorell, C. (1987). *BAS-I,II, III. Bateria de Socialización*. Madrid: TEA.
- Silva, F., & Moro, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes. En R. Fernández-Ballesleros (Ed.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 715-742). Madrid: Pirámide.
- Strain, P.S., Shores, R.E., & Keir, M.M. (1986). An experimental analysis of spilloner effects on the social interaction of behaviorally handicapped preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 9*, 31-40.
- Thorndike, R.L., & Hagen, E.P. (1991). *Medición y evaluación en psicología y educación*. México: Trillas (original de 1970).
- Tisher, M., & Larg, M. (1987). La escala de depresión para niños: revisión y perspectivas. En O.P. Cantwell & G.A. Carlson (Eds.), *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca (original de 1983).
- Van Houten, R., & Axelrod, S. (1993). *Behavior Analysis and Treatment*. Nueva York: Plenum Press.
- Valero, L., & Moreno, B. (1988). *Manual de casos clínicos. EAC-II*. Málaga: Servicio Publicaciones, Universidad de Málaga.
- Valero, L. (1993). *Cuestionarios de prácticas de evaluación*. Málaga: Departamento de Psicología, Universidad de Málaga.
- Walker, C.E., & Roberts, M.C. (1988). *Handbook of Clinical Child Psychology*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Weintraub, S., Prinz, R.J., & Neale, J.M. (1978). Peer evaluation of the competence of children vulnerable to psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 461-473.
- Wells, K.C. (1981). Assessment of children in outpatient settings. En M. Hersen, & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment. A practical handbook*. (pp. 484-533). Nueva York: Pergamon Press.