

## **Diez referencias destacadas de: *Actualizaciones en Psicología de la Salud Infanto-Juvenil***

**J.F. Lozano, M. Gómez de Terreros y M.C. Núñez**

***Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla***

Recibido: 24 de septiembre de 2010

Aceptado: 4 de octubre de 2010

### **INTRODUCCIÓN**

La Psicología de la Salud Infanto-Juvenil o Psicología Pediátrica, basándose en la definición actual de la propia web de la División 54 de la Asociación Psicológica Americana (APA en adelante), es parte de un campo integrado de ciencia y práctica en la cual los principios de la Psicología son aplicados dentro del contexto de la salud pediátrica. La disciplina tiene como objetivo promover la salud y el desarrollo de niños, adolescentes, y sus familias mediante el empleo de métodos basados en la evidencia. Las áreas de experiencia dentro del campo incluyen, pero no están limitadas: factores psicosociales, del desarrollo y contextuales que contribuyen a la etiología, curso y resultado de condiciones pediátricas médicas; evaluación y tratamiento de los fenómenos conductuales y emocionales concomitantes de la enfermedad, daño y trastornos del desarrollo; prevención de enfermedad y daño; promoción de salud y de comportamientos relacionados con la salud; educación, entrenamiento y formación de psicólogos y proveedores de asistencia médica; la mejora de sistemas de entrega de asistencia médica y defensa de la política pública que sirva para cubrir las necesidades de niños, adolescentes y sus familias (American Psychological Association, 2010).

La distinción entre las denominaciones Psicología Pediátrica o de la Salud Infanto-Juvenil no es demasiado relevante a nuestro juicio; quizá en los países anglosajones se utiliza más la primera y en el resto, la segunda, si bien esto parece estar cambiando desde el momento en que la propia APA ha incluido a la Sociedad de Psicología Pediátrica como una más de sus divisiones; también se puede encontrar una mayor utilización de la primera denominación en ambientes clínicos y de la segunda en entornos universitarios.

Lo que sí nos parece relevante es defender la existencia de este área de conocimiento ajustada a las edades infantil y juvenil, debido a que las enfermedades de los niños son distintas a las de los adultos y porque los cambios evolutivos en las reacciones emocionales y cognitivas a la salud y la enfermedad, necesitan del desarrollo de una Psicología de la Salud infantil distinta de la adulta. Aun habiendo algunos solapamientos temáticos, se necesita una aproximación metodológica distinta en aspectos como los tipos de enfermedades que afectan a la infancia, las diferencias en las respuestas cognitivas y emocionales a la enfermedad y la mayor implicación que la familia cobra en estas edades (Eiser y Main, 2001).

A nuestro juicio, desde la formación en Psicología Clínica estamos en disposición de cubrir los objetivos mencionados en la definición anterior, aunque también se han realizado aproximaciones desde la Psicología Social o la Evolutiva. Por ejemplo, los niños y adolescentes enfermos pueden ser diagnosticados con cualquiera de las categorías de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales, aunque hay unas categorías que cumplen más frecuentemente, como *Factores psicológicos que afectan al estado físico, trastornos facticios, incumplimiento terapéutico*, etc., que son categorías que no se diagnostican tan frecuentemente en Psicopatología Infantil, por lo que como profesionales de la salud infantil habremos de prestar especial atención a ciertas variables de funcionamiento como el ajuste psicosocial, funcionamiento familiar o el funcionamiento relacionado con la enfermedad. Pensamos por tanto, que para la identificación, evaluación y tratamiento de estos y otros problemas, la formación en Psicopatología Infantil en particular y Clínica en general, es la idónea para que la actuación en el ámbito de la salud y de la enfermedad infanto-juvenil, sea exitosa, desde el modelo biopsicosocial.

En este artículo, hemos llevado a cabo una recopilación de las diez referencias que consideramos más relevantes de este área de conocimiento. Para ello, hemos seguido dos vías: el conocimiento y experiencia de los autores en la materia, docentes e investigadores durante largo tiempo. Se presentan, así, las cuatro primeras referencias, que son el artículo fundacional de la disciplina de Wright (1967) y los

---

Dirección de contacto:  
José Francisco Lozano Oyola  
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.  
Universidad de Sevilla.  
C/ Camilo José Cela, s/n, 41018. Sevilla.  
Email: [flozano@us.es](mailto:flozano@us.es)  
Tlf: 9545578 04

tres manuales que aparecen posteriormente comentados. La segunda vía de recopilación viene determinada por la búsqueda bibliográfica llevada a cabo a través de las dos bases de datos que creemos más importantes en temas de salud actualmente: Scopus y Journal Citations Reports. En cada una de ellas, existe la opción de seleccionar las referencias más citadas, introduciendo unas palabras claves, este caso [(Pediatric Psychology or Health Psychology) and (child\* or adolesc\*)]. Producto de esta segunda vía, el artículo de Holmbeck (1997) es claramente el más citado (más del doble que el siguiente) y es el primero que se analiza. Las referencias restantes suponen una combinación entre ser muy citadas y ser relevantes para este artículo en tanto que abordan temas transversales de la disciplina.

**Wright, L. (1967). The pediatric psychologist. A role model. *American Psychologist*, 22, 323-325.**

Logan Wright (1967) publicó en sólo tres páginas el que se considera el artículo fundacional de la disciplina, titulado “El psicólogo pediátrico: un modelo a imitar”. En este artículo, el autor recogió la propuesta realizada dos años antes por J. Kagan (1965) en la que se sugería un “matrimonio” entre la Psicología y la Pediatría. Fue la primera ocasión en que se acuñó el término Psicología Pediátrica y fue definida en su campo de actuación como una disciplina que trata primordialmente con niños en un escenario médico de naturaleza no psiquiátrica (Wright, 1967). Esto lo hacía para proponer una ampliación del habitual trabajo de los profesionales de la Psicología que, en relación con niños y adolescentes, lo solían llevar a cabo para evaluar y tratar trastornos psicopatológicos concretos desde la Psicología Clínica. Sugirió por ello, que la formación de estos profesionales de la Psicología Pediátrica, debía ser en Psicología del desarrollo y clínica infantiles.

Otra característica reseñable del trabajo de Wright fue que detalló algunas de las áreas que a su juicio debían tener una especial atención por parte de la Psicología Pediátrica. Así en el área de la evaluación psicológica, se les pedía a estos profesionales una mayor evaluación del desarrollo cognitivo en comparación con lo que ocurre en los entornos psiquiátricos; en el área de la crianza de los niños, se debía estar capacitado para responder a las dificultades de tipo conductual, afectivo o interpersonal que pudieran presentarse; este profesional debía interesarse por el área de la personalidad normal, de la salud mental positiva y de la prevención de los problemas emocionales y también debería utilizar métodos temporal y económicamente eficientes, dado que la cantidad de profesionales de la salud mental no es muy alta en comparación con los de la así considerada salud “física”.

Otras aportaciones del artículo hacían referencia a aclarar el papel del psicólogo pediátrico y a valorar la formación que debiera tener, postulándose que debería hacerse a través de programas de entrenamiento clínicos afiliados, de residencias (similar al PIR de nuestro país) y de postgrados en las universidades. Temas y aportaciones todas ellas, como comprobaremos en las próximas referencias analizadas, de plena actualidad en la disciplina.

**Roberts, M.C. y Steele, R.G. (Eds.) (2009). *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guildford Press.**

Es la cuarta edición del Handbook of Pediatric Psychology (Roberts y Steele, 2009) cuya primera edición apareció en 1988 (Routh, 1988). Se trata del manual de la Sociedad de Psicología Pediátrica estadounidense y los autores de los capítulos son en su mayoría miembros destacados de dicha Sociedad. Esta nueva versión consta de 808 páginas y ofrece una versión actualizada y aumentada de temas vistos en ediciones anteriores y otros novedosos.

La primera parte trata cuestiones profesionales y entre otras, podemos encontrar una introducción histórica sobre la disciplina y su desarrollo en Estados Unidos, profundizándose en la historia de la revista oficial (*Journal of Pediatric Psychology*) y en la formación necesaria para los psicólogos pediátricos; los temas éticos, segundo capítulo, muestra algunos dilemas que podemos tener en nuestra práctica, como los tratamientos online o el consentimiento informado; el tercero ilustra el desarrollo profesional en la Psicología Pediátrica y cómo se lleva a cabo en la actualidad la formación de los mismos; el siguiente trata sobre el diseño de investigaciones en Psicología Pediátrica y el último de esta primera parte, sobre los servicios psicológicos en los seguros privados de salud estadounidenses.

La segunda parte, con 10 capítulos, aborda temas transversales actuales comenzando con el que afecta a la diversidad cultural y su relación con las enfermedades; el siguiente capítulo desarrolla cómo conseguir una práctica basada en la evidencia, para aplicar los mejores tratamientos disponibles; la interconsulta pediátrica es el siguiente capítulo y es la forma más activa de colaboración entre los psicólogos pediátricos y los especialistas pediátricos; el capítulo de la adherencia a los regímenes de tratamiento pediátricos se divide en tres partes: definición y medida, factores asociados a una adecuada adherencia y una revisión sobre las intervenciones para mejorarlas; en el capítulo sobre el dolor se hace un recorrido por las variables que influyen en la experiencia del mismo en los niños, su evaluación y en las aproximaciones para tratarlo que han mostrado ser eficaces; el siguiente versa sobre el necesario manejo del dolor durante los procedimientos médicos; en el siguiente capítulo se hace una reflexión crítica a los fármacos más prescritos en diferentes trastornos psicopatológicos y en distintas enfermedades crónicas; el capítulo 13 del manual resulta novedoso, proponiendo una categoría diagnóstica denominada estrés traumático médico pediátrico (ETMP) referida a las “*respuestas psicológicas y fisiológicas de los niños y sus familias al dolor, el daño, las enfermedades graves, los procedimientos médicos y a las experiencias de tratamiento invasivos o atemorizantes*” (Kazak, Schneider y Kassam-Adams, 2009, p. 205); el 14 describe el papel que debemos jugar en los cuidados paliativos, el final de la vida y la pérdida por la muerte de un niño; el último de los capítulos de esta parte versa sobre las aplicaciones de la salud “electrónica” (e-Health), esto es, el uso de las tecnologías de comunicación emergentes e interactivas que mejoran la salud y el cuidado como las PDAs, Inter-

net o la realidad virtual.

La tercera parte del manual, que con 21 capítulos es la más extensa, habla directamente de enfermedades crónicas específicas, de algunos trastornos psicopatológicos infantiles y del trasplante de órganos. No podemos comentar cada capítulo por separado, dada la extensión de este trabajo.

La cuarta parte versa sobre la salud pública y podemos encontrar diferentes temas: el capítulo 38 analiza las disparidades raciales y étnicas en el acceso a los distintos cuidados de salud; el 39 trata el tema de la prevención de daños intencionados y qué hacer para disminuir la ocurrencia de los accidentes mortales en la infancia; el siguiente analiza la promoción de la salud en niños y adolescentes (integrando el modelo biopsicosocial y aproximaciones ecológicas o ambientales); el último de los capítulos de esta parte relaciona la Psicología Pediátrica y la Atención Primaria (se examina la reducción de costos que dicha interrelación conllevaría al sistema de salud).

La quinta parte del manual tiene cinco capítulos, comenzando con una breve visión general de los sistemas en la investigación y práctica de la Psicología Pediátrica (partiendo del modelo socioecológico de sistemas); en el siguiente, se muestra cómo desde el modelo socioecológico se organizan los factores familiares y contextuales relacionados con la salud; en otro capítulo, se muestran las perspectivas sobre las relaciones con iguales de niños con enfermedades crónicas (centrándose en el funcionamiento social); en otro capítulo se habla de los colegios y la reintegración/integración a los mismos de los pacientes (cuando han pasado por fases especialmente agudas de determinadas enfermedades); el último, tiene como contenido las interacciones familiares con el sistema de cuidado de salud (partiendo del asma como ejemplo).

La sexta parte, temas emergentes, consta de cinco capítulos. En el primero, se exponen los avances genéticos que permiten predecir el inicio de determinadas enfermedades infantiles y las consecuencias psicosociales derivadas de ello; en el segundo se explica cómo pueden trasladarse los hallazgos de la neurociencia al tratamiento de determinados trastornos, centrándose en los del espectro autista y en el trastorno hiperactivo; otro capítulo describe cómo algunas enfermedades alérgicas (distintas del asma) tienen consecuencias biopsicosociales sobre la calidad de vida del niño y su familia; otro capítulo novedoso es el de la "Psicología Positiva", en el que los autores analizan algunas de las variables que están empezando a ser estudiadas, como la calidad de vida relacionada con la salud y el denominado crecimiento postraumático; en el último capítulo se analizan las colaboraciones clínicas, investigadora y organizacional que se pueden llevar a cabo desde la Psicología Pediátrica con otras disciplinas.

**Gómez de Terreros, I., García Rodríguez, F. y Gómez de Terreros Guardiola, M. (2002). *Atención integral a la infancia con patología crónica*. Granada: Editorial Alhulia.**

Este extenso volumen en el que participan 84 profesionales de la salud y la educación, es el primer manual de atención a la patología crónica en la infancia que se ha editado en nuestro país. No es

casualidad que se haya hecho en Andalucía y que los autores sean mayoritariamente andaluces y trabajen en esta autonomía, ya que la Pediatría Social, como sección de la Pediatría, ha estado presidida por el profesor Gómez de Terreros durante varios años y ha sido muy impulsada por él mismo, y uno de sus frutos ha sido la colaboración desde hace 30 años de la Unidad de Pediatría Social del Hospital Infantil Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, naciendo el Grupo de Investigación denominado "Pediatría Social y Psicología de la Salud" (CTS-152), siendo la patología crónica en la infancia ha sido una de las líneas de investigación desarrolladas por este grupo.

En el manual se muestra el impacto y las consecuencias que la enfermedad crónica puede tener en la familia, sin dejar de abordar la prevención y el tratamiento de estas patologías y consta de cuatro partes. La primera, de siete capítulos, aborda temas introductorios y generales. Comienza el manual llamando la atención en su primer capítulo sobre la dificultad para definir la patología crónica en la infancia, por cuanto diversos autores establecen límites diferentes de tiempo para considerar la condición de cronicidad. Por ello, tras reflexionar sobre el tema, proponen como más adecuada García, Gallardo, Goya y Vázquez (2002) la definición de la *Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud* (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1997): "es un problema de salud que interfiere con las actividades de la vida cotidiana de los menores, que se mantiene por un periodo superior a los seis meses y que requiere unos recursos específicos y complejos" (p. 32).

El segundo capítulo se dedica a la Bioética en Pediatría. La Bioética es la ética aplicada a la Medicina y está especialmente dirigida a favorecer la salud. Los tres principios en los que se basa la ética médica son: la autonomía, la beneficencia y la justicia. Para más información, puede consultarse un reciente y excelente manual en español al respecto De los Reyes y Sánchez (2010).

Muy ligado al anterior, el tercer capítulo versa sobre la protección jurídica del menor que comienza con una breve introducción histórica acerca de cuáles han sido los derechos de los niños hasta llegar al siglo XX cuando nace la Convención de los Derechos del Niño ratificada por España en 1990. Este capítulo ahonda sobre dicha convención así como sobre la Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor y los derechos de los niños discapacitados, el consentimiento informado en Pediatría y el Defensor del Menor.

El cuarto capítulo trata sobre la "promoción de la salud", situada en el último peldaño de la atención integral de la salud. Como promoción de la salud se entiende el "controlar los factores que influyen en la salud de uno mismo, como ciudadano y como miembro de un colectivo o comunidad concreta" (p. 91). Además de ello, se reflexiona sobre las estrategias para trabajar la calidad de vida.

El quinto capítulo trata de la familia como cuidadora de salud en los niños con patología crónica y pone de relieve la importancia de los cuidados informales de salud, entendiendo por informales a

aquellos servicios que prestan ayuda o cuidados sin recibir retribución económica a cambio. En el capítulo se detallan las diferentes funciones que la familia lleva a cabo desde este rol, centrándose especialmente en la figura materna, que es quien más frecuentemente lleva la responsabilidad (y sobrecarga) que de ello se deriva.

El sexto capítulo de esta primera parte del libro trata sobre la hospitalización infantil. Resalta la importancia de la experiencia hospitalaria para los niños y se centra en cuáles son actualmente las recomendaciones que deben seguirse a la hora de ingresar a un niño. Termina el capítulo reflexionando acerca de cómo serán los hospitales del S. XXI y mostrando cómo será la estructura hospitalaria, los programas de humanización hospitalaria, la información que se debe dar a los niños, la escuela en el hospital o la continuidad de cuidados que se debe realizar.

El último capítulo de esta primera parte se ha dedicado a la atención integral y es una conclusión de toda esta parte del manual. Consideran los autores que para poder prestarla, hay que conocer son los recursos de los que se dispone. Por ello, se alude tanto a los que se encuentran en la red como a los que ofrecen las administraciones.

La segunda parte del manual se dedica enteramente a las distintas problemáticas neonatológicas.

Las partes tercera y cuarta tratan de aspectos comunes y específicos respectivamente de las patologías crónicas. Entre los comunes se escribe sobre la adherencia al tratamiento, psicofarmacología pediátrica, analgesia y sedación, rehabilitación, los problemas de alimentación y nutrición, las vacunaciones, la evaluación psicológica del niño enfermo crónico, su escolarización y las adaptaciones escolares necesarias. También se aborda la integración social, la dinámica relacional en la familia, la comunicación entre los profesionales y el significado de la muerte para el niño. Por otra parte, los aspectos específicos se refieren a diferentes enfermedades crónicas y varios trastornos psicopatológicos.

**Ortigosa, J.M., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (Coords.) (2003). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.**

Se trata del primer manual (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003) que se publica en España en el que aparece en el título el término "Psicología de la Salud" vinculado a los niños y que consta de 401 páginas. Para los autores, la Psicología de la Salud infantil se interesa por aislar las variables cognitivas, comportamentales y sociales que influyen sobre la salud y la enfermedad de niños y adolescentes, jugando un papel fundamental los padres del paciente, que son también un objetivo fundamental para promocionar la salud, prevenir e intervenir sobre la enfermedad e influir sobre el sistema sanitario, que son los cuatro objetivos de la definición de Matarazzo (1980). En el caso que nos ocupa, y coherentemente con estos presupuestos, estamos ante un manual que se divide en tres partes.

Los fundamentos son los que aparecen en la primera parte, que en su primer capítulo menciona cómo evoluciona cognitivamente en la infancia y

adolescencia el concepto de salud y enfermedad y el de muerte; en el segundo, se trata el estrés y cómo son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños en función de la edad y el modo en que se relacionan con las utilizadas por sus padres, haciéndose posteriormente un resumen de la evolución de las variables de vulnerabilidad infantil al estrés; en el siguiente, se hace un análisis completo de variables que inciden en la adherencia terapéutica, subdividiendo las mismas en variables del paciente, del tratamiento, de la relación médico-paciente, estructurales y de la propia enfermedad y se completa con indicaciones de cómo evaluar y tratar la adherencia; el cuarto capítulo trata sobre la comunicación y la salud, fundamental para lograr la colaboración infantil, aportando qué estrategias de comunicación pueden emplearse y consejos para mejorarlas.

La segunda parte se centra en las intervenciones en distintas enfermedades crónicas. Estos capítulos poseen una estructura similar: tras una breve descripción de dichas enfermedades, se mencionan instrumentos de evaluación de distintas variables importantes en las mismas y estrategias de tratamiento. Asimismo, los dos últimos capítulos versan sobre el maltrato infantil (si bien no se hace referencia a intervención) y la discapacidad física.

La tercera parte del manual lleva el título de "Prevención y promoción de la salud", áreas que en muchas ocasiones, reciben menos atención de lo deseable. Hay siete capítulos: uno de educación para la salud, en que se analizan algunos de los modelos existentes y su aplicación a la infancia y adolescencia; el siguiente es el de atención a las parejas que se someten a un tratamiento de reproducción asistida, aunque sólo se habla de las parejas y no hay mención alguna a los futuros y posibles hijos; el número 14 es sobre la preparación a la hospitalización y a la cirugía, ofreciéndose técnicas para minimizar sus consecuencias negativas, siendo muy útil la tabla que se presenta al final para elegir la mejor intervención; el siguiente es sobre la prevención del abuso de drogas en la adolescencia ejemplificándose con el programa "Saluda al fin de semana"; otro capítulo trata el sida haciéndose un recorrido por las diferentes generaciones de programas relacionados con adolescentes y terminando con la prevención terciaria del sida en los niños; el penúltimo capítulo incluye un tema como es la higiene postural y la prevención de lumbalgias proponiéndose programas específicos para mitigar estas amenazas a la salud; el capítulo final analiza los factores que inciden en la práctica deportiva limitada y se proponen estrategias para aumentar la adherencia a dicha práctica.

**Holmbeck, G.N. (1997). Toward Terminological, Conceptual, and Statistical Clarity in the Study of Mediators and Moderators: Examples From the Child-Clinical and Pediatric Psychology Literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.**

Éste es el artículo más citado en las bases de datos consultadas al introducir el término Pediatric Psychology. Sin embargo, no es un trabajo sencillo de leer para los profesionales que carezcan de formación en metodología de investigación ya que es esta

la temática que se discute en el mismo.

Según Holmbeck (1997), la falta de claridad conceptual, metodológica y estadística en el estudio de los efectos mediadores y moderadores en la literatura especializada en salud mental, es frecuente. Así, los investigadores buscan examinar los factores que median o moderan las asociaciones entre variables predictivas y los resultados observados en variables de ajuste o adaptación. Tanto en Psicología Clínica Infantil como en Psicología Pediátrica, los modelos psicosociales de relación entre predicción y ajuste se han vuelto complejos y los investigadores que trabajan en estas áreas han considerado necesario acogerse a modelos conceptuales que no eludan los efectos mediadores y moderadores de las variables estudiadas.

Ante los hechos descritos, el objetivo del autor de este trabajo es triple:

1. Explicar los términos "moderador" y "mediador", que están ya bien definidos y diferenciados.

Una variable moderadora es una variable cualitativa (por ejemplo, el sexo, la raza, clase social) o cuantitativa que afecta a la dirección o a la fuerza de la relación entre una variable independiente o predictiva y una variable dependiente o criterio. En otras palabras, una variable moderadora es aquella que afecta a la relación entre dos variables.

Un mediador, por otra parte, especifica cómo (o el mecanismo por el cual) un efecto determinado ocurre. De manera más simple, "la variable independiente causa el mediador que entonces provoca el resultado" (Shadish y Sweeney, 1991, p. 883).

2. Revisar y presentar estrategias estadísticas para realizar pruebas sobre efectos mediadores y moderadores. En este trabajo se discuten dos pruebas estadísticas: la regresión múltiple y el modelo de ecuación estructural (SEM). Aunque el SEM es a menudo considerado el método preferido debido a la información que proporciona en el grado de "ajuste" para todo el modelo después de controlar el error de medición (Peyrot, 1996), el uso adecuado de las técnicas de regresión también puede proporcionar datos significativos en relación con las hipótesis planteadas. Por otra parte, para los investigadores que trabajan en el ámbito de la Psicología Pediátrica, donde las muestras a menudo son relativamente pequeñas, la utilización de técnicas de regresión (en contraposición al SEM) puede ser necesaria debido a consideraciones "de potencia".
3. Presentar ejemplos de usos adecuados y no adecuados de estos términos en la literatura especializada en Psicología Clínica Infantil y en Psicología Pediátrica. Aunque para ello hace referencia únicamente a dos trabajos publicados. En esta sección se destacan los distintos tipos de problemas que han comenzado a surgir en la literatura, mientras los investigadores se han ido embarcando en el estudio de efectos moderadores y mediadores: las incoherencias terminológicas, las incoherencias entre términos y conceptos, las incongruencias entre la terminología y los análisis estadísticos, la falta de claridad de los diagramas, y la falta de claridad conceptual

cuando un mediador propuesto representa una "respuesta" a un variable predictiva.

**Special Issue: Evidence-based Assessment in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (9), October 2008.**

El objetivo de esta serie de artículos, que se publica en un volumen especial dedicado a la evaluación basada en la evidencia en Psicología Pediátrica es, según Cohen et al. (2008), la identificación y valoración sistemática de los instrumentos de evaluación mejores y más utilizados que se encuentran a disposición de los profesionales de la salud infanto-juvenil. Ya en 2005, la División 53 de la APA publicó un número especial, acerca de la evaluación -basada en la evidencia- en trastornos de niños y adolescentes (Mash y Hunsley, 2005).

Siete son las áreas de evaluación más importantes que se estudian en este número: calidad de vida, funcionamiento familiar, adaptación psicosocial y psicopatología, adherencia al tratamiento, dolor, estrés y afrontamiento y funcionamiento cognitivo. De ellos, los artículos dedicados a las medidas de funcionamiento familiar (Alderfer et al., 2008) y al estrés y afrontamiento (Blount et al., 2008) se encuentran entre los trabajos más citados en la búsqueda realizada en la base de datos Scopus cuando se selecciona el término *Pediatric Psychology* en el campo de palabras clave.

La revisión que se realiza en el trabajo de Alderfer et al. (2008) proporciona información sobre las medidas de funcionamiento familiar y las considera informaciones valiosas, aunque cree que se debe prestar más atención a las propiedades psicométricas de las medidas sobre las familias cuando se utilizan en la población pediátrica. La mayoría de las medidas de evaluación familiar usadas en Psicología Pediátrica han sido desarrolladas para la población general y se han aplicado en muestras pediátricas sin suficiente investigación sobre su fiabilidad y validez dentro de estas muestras específicas (por ejemplo, se sugiere en el artículo que se tenga especialmente en cuenta la heterogeneidad y diversidad familiares).

También se necesitan investigaciones que informen sobre la validez de las medidas en muestras pediátricas y sería fundamental que aportasen normas para estas muestras. Ocurre en la práctica que algunas familias de niños con afecciones crónicas pueden obtener puntuaciones que se interpretan como "disfuncionales" cuando se utilizan normas desarrolladas en y para la población general; sin embargo, estos patrones de funcionamiento pueden ser adaptativos dentro de estas familias (por ejemplo, la rigidez con respecto a la adherencia a tratamientos complejos).

En cuanto al artículo que hace referencia a la evaluación del estrés y de las estrategias de afrontamiento, Blount et al. (2008) destacan cómo éstos son aspectos esenciales a evaluar en prácticamente todas las enfermedades, así como cuando los pacientes infantiles son sometidos a procedimientos médicos que generan miedo o son dolorosos, como las inyecciones, curas, cirugía y hospitalizaciones. El estrés y el afrontamiento se estudian a menudo conjuntamente. El primero se puede definir como un hecho o experiencia que desgasta los recursos de un individuo. El afrontamiento ha sido definido tradicio-

nalmente como los pensamientos y comportamientos que se utilizan para manejar las demandas internas y externas de las situaciones que se evalúan como estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

Por ello, la evaluación del estrés y afrontamiento es esencialmente la evaluación de factores de riesgo y de la capacidad de adaptación o ajuste al cambio, respectivamente. La identificación de estos factores de riesgo y de resiliencia, a través de la investigación en evaluación psicológica, será útil en la medida en que esos factores pueden ser manipulados para conseguir mejores resultados tanto médicos como psicológicos (Blount et al., 2000).

**Drotar, D. (1977). Clinical psychological practice in a pediatric hospital. *Professional Psychology*, February, 72-80.**

En este artículo aborda Drotar las características del ejercicio de la Psicología Clínica en un servicio de hospitalización pediátrica, y las conclusiones que planteó el autor resultan de un enorme interés, habida cuenta de que se trata de los mismos intereses que hoy día persigue la Psicología Pediátrica, y es interesante observar, no obstante, cómo se han producido ciertos cambios o mejoras.

Entre los aspectos que describen el funcionamiento del servicio, uno de los más destacables es que las consultas realizadas por los médicos al servicio de Atención Psicológica seguían un determinado patrón: los médicos en formación fueron los primeros en buscar la consulta psicológica. La aceptación del servicio por parte de la unidad de Pediatría fue un proceso más gradual: fueron los neurólogos y los pediatras generales los que se enfrentaron con más chicos con problemas de desarrollo y, por lo tanto, realizaron más consultas.

Otra de las importantes conclusiones de este estudio es la diferencia existente entre las demandas de asistencia psicológica para pacientes externos y hospitalizados. En ambos casos las demandas más comunes se refieren a la evaluación del desarrollo cognitivo. Sin embargo, entre los pacientes hospitalizados, las demandas por parte de los profesionales de la salud se refieren al ajuste psicológico en enfermedades crónicas, quejas somáticas, crisis emocionales agudas y adaptación infantil. Es preciso tener en cuenta cómo enfermedades hasta el momento consideradas letales, debido a los avances en diagnóstico y tratamiento, se estaban convirtiendo en enfermedades crónicas con consecuencias a largo plazo y gran alcance sobre el ajuste psicológico y familiar. Tales enfermedades requerirían complejas intervenciones que implicarían la comprensión de los mecanismos de adaptación humanos al estrés y la pérdida. Desde la Psicología Pediátrica se pueden anticipar estos problemas y proporcionar el apoyo necesario para los niños gravemente enfermos y sus familias, así como para el personal médico y de enfermería.

Refiere Drotar otra importante área de intervención psicológica: su carácter preventivo, en los trastornos relacionados con la privación provocada por la hospitalización de los bebés cuyas alteraciones emocionales son identificadas en primera instancia por pediatras y enfermeras. Conociendo la reversibilidad de los mismos, esta identificación temprana permite una intervención eficaz en este ámbito.

Quizás sea ésta una de las áreas en las que más ha avanzado la Psicología Pediátrica.

Una crítica que el autor realiza sobre la puesta en práctica de la Psicología de la Salud en la infancia hace referencia al aislamiento y la falta de organización de los hospitales con otros servicios de la comunidad (como servicios de educación, sociales, legales); comunicación que se considera imprescindible sobre todo en casos de abusos y negligencia. Actualmente podemos decir que sus críticas (y estudios) han permitido el avance de nuestra disciplina en lo que antes podía considerarse un ámbito exclusivo de la Medicina. Tanto es así que el mismo Drotar afirma como conclusión a su investigación que las demandas de los servicios psicológicos en los servicios sanitarios se incrementarán (como así ha sucedido).

**Harper, D.C. (1997). Pediatric Psychology: child psychological health in the next century. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4 (2), 181-192.**

En el artículo, el autor aborda la conveniencia de contar con un respaldo administrativo para los psicólogos en el ámbito hospitalario que los refuerce como grupo y la necesidad de que el psicólogo no sea un mero colaborador en el sistema sanitario, sino otro profesional más de la salud con un lugar claro y perfectamente definido en el organigrama hospitalario. Es decir, y tal como el autor lo expresa, los psicólogos, en el futuro, deben ser “más que flor de un día” (“*more than a one-trick pony*”). Uno de los recursos que apunta para conseguirlo es la especialización.

Además, es necesaria la colaboración y la coexistencia con otros profesionales de la sanidad. También pueden los psicólogos funcionar como enlaces entre el marco hospitalario y la escuela, trasladando a la misma las necesidades de los chicos y sus familias. La colaboración con los médicos puede pasar también por la comunicación al paciente de informaciones difíciles, métodos y modelos para tomar decisiones conjuntas, adherencia al tratamiento, intervenciones en dolor y enfermedades crónicas, estrategias de afrontamiento ante las enfermedades crónicas. Y como apuesta de futuro, plantea la necesidad de colaborar con distintas organizaciones, tanto a niveles nacionales como internacionales.

Se traza también en este artículo la eficacia de los tratamientos conductuales en el abordaje de problemas conductuales en niños y jóvenes con trastornos del desarrollo severos. Es quizás aquí donde la Psicología Pediátrica ha realizado un mayor avance y donde la necesidad de comprobar la eficacia impulsa la investigación actualmente.

Otras áreas importantes a desarrollar, serían, por un lado, la intervención en los países en vías de desarrollo (representaría la oportunidad de extender el conocimiento así como explorar los problemas relacionados con la transculturalidad de atención sanitaria psicológica) y, por otro, la necesidad de centrarse en la educación teniendo como objetivo la prevención primaria de los comportamientos de riesgo sobre la salud y que esta educación llegue a los ámbitos de formación, con lo que el sentido preventivo de las ciencias comportamentales alcanzará un

objetivo más amplio.

**Janicke, D.M., Finney, J.W., Riley, A.W. (2001). Children's health care use. A prospective investigation of factors related to care-seeking. *Medical Care*, 39 (9), 990-1001.**

En el artículo se reflexiona sobre qué elementos se relacionan con la búsqueda de atención sanitaria por parte de la población infanto-juvenil, lo que permitirá una mayor eficacia en la misma, ya que se ha comprobado que el uso de los servicios de salud por parte de los niños varía enormemente, con un significativo porcentaje de chicos que hacen un uso extremo de tales servicios (Riley et al., 1993), tanto por exceso como por defecto. Las consecuencias sobre el sistema de salud general son, en el primer caso, un incremento del riesgo de daño iatrogénico en el niño y la tensión en el sistema de salud pública o agotamiento de los recursos del mismo y, en el segundo caso, el incremento del riesgo de salud pública.

Para determinar cuáles serán los mejores predictores de la búsqueda de atención sanitaria que se hace por parte de la población infanto-juvenil, los autores realizaron un estudio prospectivo con diferentes familias durante dos años para reunir datos del uso de los servicios de atención sanitaria y determinar cuáles eran los factores asociados. Así, partiendo de la hipótesis de que, aunque los diferentes estados variables de salud serían los mejores predictores del uso futuro de los servicios de salud, variables psicosociales, maternas y de funcionamiento familiar tendrán también un carácter predictor significativo.

Una vez realizado el estudio, la hipótesis de partida no fue completamente corroborada. Así, se demostró que el uso de la atención sanitaria en el pasado era el mejor predictor del uso de la misma en el futuro; aunque el estado de salud y las variables psicosociales son útiles como predictores, cuando se introduce en el modelo de regresión el uso anterior de los servicios, la influencia del resto de variables se reduce significativamente. No obstante, si no se incluye esta información entre la influencia de los factores psicosociales, tanto del niño como de la madre, la variable que adquiere una mayor relevancia es la preocupación de la madre acerca de la salud de su hijo.

Respecto a las variables psicosociales relativas al niño, la que más peso tiene en el modelo planteado es la salud mental del mismo: los niños con problemas emocionales o de comportamiento exhiben más síntomas físicos y psicológicos, lo que repercute en un peor estado de salud general y de funcionamiento (se eleva el malestar psicológico tanto en el niño como en sus padres y para reducir ese malestar los padres recurren a los servicios sanitarios).

**Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L. y Mastroyannopoulou, K. (2002). Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *Pain*, 99, 157-165.**

Teniendo en cuenta que las revisiones sistemáticas consideran el mejor diseño para investigar la eficacia de una intervención terapéutica (Peñalosa y Candia, 2004), puede considerarse el artículo que comentamos, importante, además, por la exhaustividad de la búsqueda y análisis bibliométrico de artículos publicados sobre las intervenciones psicológicas que se han realizado con niños y adolescentes con dolor crónico.

Existe una clara evidencia de la eficacia de las intervenciones psicológicas en dolor crónico en población adulta y, si nos basamos en los datos obtenidos a partir de recientes investigaciones, un elevado porcentaje de niños que en edad escolar afirma padecer dolor crónico o recurrente durante 3 meses o más. Las terapias psicológicas se están promoviendo como intervenciones potencialmente efectivas para el manejo del dolor severo y sus consecuencias. Por ello, en este estudio se revisan los ensayos clínicos realizados con dichas terapias, desprendiéndose, como tratamientos más utilizados en el tema que nos ocupa, las técnicas de relajación, relajación más biofeedback, terapia cognitivo-conductual e intervención cognitivo conductual en la familia.

Como principal conclusión de este artículo, no existen, tras el análisis realizado, pruebas suficientes para juzgar la eficacia de las terapias psicológicas que permitan mejorar el estado de ánimo, la asistencia a clase o la discapacidad asociados al dolor crónico en niños y adolescentes porque en los estudios analizados no existen datos que permitan valorar otros aspectos negativos asociados al dolor crónico y al margen del mismo, lo que sugiere que la única meta de los distintos tratamientos es el alivio del dolor. Como aspecto positivo, señalan que todos los estudios incluidos en el análisis sistemático aportan datos sobre medidas estandarizadas del dolor, pero adolecen de medidas con instrumentos multidimensionales igualmente estandarizados para valorar el impacto del dolor en la vida de los chicos o en sus familias.

## CONCLUSIONES

Debe entonces quedar claro que en la actualidad los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario no actúan únicamente sobre el niño o adolescente enfermo, no sólo curan o mejoran su salud, sino que deben tratar de conseguir que puedan integrarse en la sociedad en todos los aspectos de la vida, colaborando junto con sus familias y otras entidades sociales, como las asociaciones de padres de niños afectados, para que el objetivo de atención integral pueda llevarse a cabo.

## REFERENCIAS

Alderfer, M.A., Fiese, B.H., Gold, J.I., Cutuli, J.J., Holmbeck, G.N., Goldbeck, L., Chambers, C.T., Abad, M., Spetter, D. y Patterson, J. (2008). Evidence-based assessment in Pediatric Psychology: Family measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 1046-1061.

American Psychological Association (2010). *Society of Pediatric Psychology*. (Recuperado el 1 de julio de 2010, de <http://www.apa.org/about/division/div54.aspx>).

- Blount, R.L., Bunke, V.L. y Zaff, J.F. (2000). *The integration of basic research, treatment research, and clinical practice in Pediatric Psychology*. In D. Drotar (Ed.), *Handbook of research in Pediatric and Child Clinical Psychology: Practical strategies and methods* (pp. 491–510). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Blount, R.L., Simons, L.E., Devine, K.A., Jaaniste, T., Cohen, L.L., Chambers, C.T., Hayutin, L.G. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 1021-1045.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.
- Cohen, L.L., La Greca, A.M., Blount, R.L., Kazak, A.E., Holmbeck, G.N. y Lemanek, K.L. (2008). Introduction to special issue: evidence-based assessment in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 911–915.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (1997). *Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Cummings, E.M., Davies, P.T. y Simpson, K.S. (1994). Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology, 8*, 141-149.
- De los Reyes, M. y Sánchez, M. (2010). *Bioética y Pediatría*. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha.
- Drotar, D. (1977). Clinical psychological practice in a pediatric hospital. *Profesional Psychology, February*, 72-80.
- Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L. y Mastroiannopoulou, K. (2002). Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *Pain, 99*, 157-165.
- Eiser, C. y Main, N. (2001). *Child Health Psychology*. En D. Johnston y M. Johnston (Eds.), *Health Psychology* (pp. 618-643). Oxford: Pergamon.
- Frick, P.J. (2000). Laboratory and performance-based measures of childhood disorders: Introduction to the special section. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 475–478.
- García, F., Gallardo, V., Goya, P. y Vázquez, J. (2002). *Aspectos históricos, definición y epidemiología de los problemas crónicos de la infancia*. En: I. Gómez de Terreros, F. García Rodríguez y M. Gómez de Terreros. (Eds.). *Atención integral a la infancia con patología crónica* (pp. 31-43). Granada: Editorial Alhulia.
- Harper, D.C. (1997). Pediatric Psychology: child psychological health in the next century. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 4* (2), 181-192.
- Janicke, D.M., Finney, J.W. y Riley, A.W. (2001). Children's health care use. A prospective investigation of factors related to care-seeking. *Medical Care, 39* (9), 990-1001.
- Kagan, J. (1965). The new marriage: Pediatrics and Psychology. *American Journal of Diseases of Children, 110*, 272-278.
- Kazak, A.E., Schneider, S. y Kassam-Adams, N. (2009). *Pediatric medical traumatic stress*. En M.C. Roberts, y R.G. Steele (Eds.) (2009). *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 205-215). New York: The Guilford Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Mash, E.J. y Hunsley, J. (2005). Special section: Developing guidelines for the evidence-based assessment of child and adolescent disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 362–379.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist, 35*, 807-817.
- McPherson, M. (1998). The Maternal and Child Health Bureau's Division of Service with Special Health Care Needs (DSCSHCN). *Pediatrics (ed.esp.)*, 46, 10-14.
- Ortigosa, J.M., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (Coords.). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Peñaloza, B. y Candia R. (2004). ¿Por qué vale la pena randomizar en un estudio de terapia?. *Revista Médica de Chile, 132*, 1007-1014.
- Peyrot, M. (1996). Causal analysis: Theory and application. *Journal of Pediatric Psychology, 21*, 3-24.
- Phares, V., Lopez, E., Fields, S., Kamboukos, D. y Duhig, A. (2005). Are fathers involved in Pediatric Psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 631–643.
- Pless, I.B. y Douglas, J.W.B.B. (1972). Chronic illness in childhood: I. Epidemiological and clinical characteristics. *Pediatrics 47*, 405-412.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E. y Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*, 330–366.
- Riley, A.W., Finney, J.W., Mellits, E.D., Starfield, B., Kidwell, S., Quaskey, S., Cataldo, M.F., Filipp, L. y Shematek, J.P. (1993). Determinants of children's health care use: an investigation of psychological factors. *Medical Care, 31* (9), 767-783.
- Roberts, M.C. y Steele, R.G. (Eds.), (2009). *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Routh, D. (Ed.), (1988). *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Shadish, W.R., y Sweeney, R.B. (1991). Mediators and moderators in meta-analysis: There's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 883-893.
- Spirito, A. (1999). Introduction to special series on empirically supported treatments in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 24*, 87–90.
- Teachman, J., Tedrow, L. y Crowder, K. (2000). The changing demography of America's families. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 1234–1246.
- Thompson, R.J., Kronenberger, W.G., Johnson, D.E. y Whiting, K. (1989). The role of central nervous system functioning and family functioning in behavioral problems of children with mye-



iodysplasia. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 10*, 242-248.

Wright, L. (1967). The pediatric psycholo-

gist. A role model. *American Psychologist, 22*, 323-325.