

MODELOS CLÍNICOS PARA LOS PROBLEMAS CONDUCTUALES, EMOCIONALES Y SOCIALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Thomas M Achenbach & David M Ndetei

Edición: Matías Irrarázaval & Andres Martin

Traductores: Fernanda Prieto-Tagle & María José Martínez



Thomas M Achenbach PhD

Profesor de Psiquiatría y Psicología, Universidad de Vermont, Burlington, Vermont, EEUU.

Conflictos de interés: Presidente del Centro de Investigación sin fines de lucro para Niños, Jóvenes y Familias, que publica el Sistema de Evaluación Basado en la Evidencia de Achenbach (ASEBA, por sus siglas en inglés).

David M Ndetei MD

Profesor de Psiquiatría, Universidad de Nairobi, Nairobi, Kenia.

Conflictos de interés: Director de la Fundación sin fines de lucro para la Salud Mental de África, que promueve el acceso a los servicios de salud mental, el entrenamiento de profesionales, y la investigación en África.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden no estar disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Achenbach TM, Ndetei DM. Modelos clínicos para los problemas conductuales, emocionales y sociales de niños y adolescentes (Irrarázaval M, Martin A, Prieto-Tagle F, Martínez M.J. trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

Este capítulo describe modelos que nos permiten diferenciar entre los distintos tipos de problemas conductuales, emocionales y sociales que afectan a niños. (Para simplificar utilizaremos los términos “niño,” “niños,” e “infancia” para referirnos a niños desde su nacimiento hasta los 18 años de edad). El término “modelo” hace referencia a las nosologías oficiales (clasificación de enfermedades) tales como la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (1992) y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2000). El término “modelo” también engloba nosologías alternativas, tales como la versión revisada de la *Clasificación de Diagnósticos de Salud Mental y Trastornos del Desarrollo de la Infancia* (DC:0-3R; Zero to Three, 2005), además de modelos basados en la evidencia, derivados de datos obtenidos en grandes muestras de niños.

El término “modelo” es ampliamente utilizado para designar conceptualizaciones sistemáticas de las alteraciones psíquicas. Esto implica que una determinada alteración psíquica puede ser conceptualizada (p.ej., modelada) de varias maneras. También implica que, para una misma alteración psíquica, los diferentes modelos pueden ser evaluados en función de su utilidad para propósitos específicos y no en términos de tener que necesariamente elegir entre el modelo correcto y los que no lo son. De este modo, por ejemplo, para problemas de atención, un modelo como el DSM puede utilizar términos y criterios diferentes que un modelo como la CIE, pero ambos pueden ser útiles para propósitos diferentes o en distintos sistemas de atención clínica.

Algunos modelos han sido concebidos para objetivar relaciones entre determinadas alteraciones psíquicas sin tener en cuenta las causas de dichas alteraciones. Otros modelos están diseñados para sí incorporar las causas de las alteraciones psíquicas. En la etapa actual de desarrollo, los modelos clínicos presentados en este capítulo no incluyen causas específicas de los problemas conductuales, emocionales o sociales. (Este capítulo no aborda la discapacidad intelectual, ni tampoco los trastornos en los que los factores causales genéticos o físicos son perfectamente conocidos, como el Síndrome de Down, el Síndrome de Prader Willi, el Síndrome de Williams, y la fenilcetonuria – ver Capítulo C.1.) Aunque factores genéticos y otros factores físicos están implicados en muchos problemas conductuales, emocionales y sociales, la falta de conocimiento sobre las vías causales específicas implica que los modelos clínicos deben centrarse en las características fenotípicas que los profesionales de salud pueden identificar. Para colaborar con los profesionales de la salud en el avance de nuestra comprensión de la etiología, efectos de tratamiento y la evolución de los trastornos, los investigadores deben utilizar modelos fenotípicos similares, para extender su trabajo a los casos que los clínicos atendemos en nuestras consultas diarias.

CIE Y DSM

Debido a que la nosología CIE-11 aún está siendo desarrollada, y la nosología DSM-5 fue presentada recientemente, no podemos ser específicos sobre los formatos, categorías o criterios de estas nosologías. Como consecuencia, basaremos este capítulo en los aspectos de los modelos actuales de la CIE y el DSM, que puede ser que permanezcan en ediciones posteriores.

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

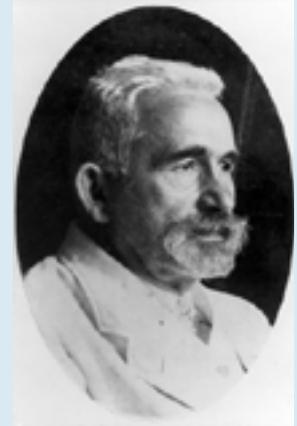
Emil Kraepelin (1856-1926)

El padre putativo de la nosología psiquiátrica

A Emil Kraepelin se le atribuye la construcción de los modelos clínicos de psicopatología, que sentaron las bases para las nosologías psiquiátricas. Durante su formación médica en la Universidad de Leipzig en la década de 1870, Kraepelin se convirtió en un discípulo de Wilhelm Wundt, que es considerado como el fundador de la psicología experimental. Utilizando los métodos experimentales de Wundt para estudiar el funcionamiento psicológico de los pacientes, incluyó características psicológicas en sus modelos clínicos, y escribió su tesis doctoral sobre el lugar de la psicología en psiquiatría.

Kraepelin creía inicialmente que la documentación cuidadosa de los diferentes fenotipos psicopatológicos eventualmente guiaría el descubrimiento de una enfermedad cerebral particular subyacente a cada fenotipo. En 1883, Kraepelin publicó la, muy pequeña, primera edición de su *Compendium der Psychiatrie*, a la que siguieron ocho ediciones, progresivamente más extensas, durante los siguientes 43 años. Entre otros logros, se le atribuye a Kraepelin la ruptura de lo que había sido una categoría única de todas las psicosis, en categorías separadas de trastornos maníaco-depresivos y *dementia praecox* (demencia precoz), más tarde llamada esquizofrenia. En las ediciones posteriores de su *Compendium*, Kraepelin añadió los trastornos psicógenos, además de los trastornos de la personalidad, que consideraba que estaban en el límite entre la enfermedad y las idiosincrasias comunes.

Como se puede ver en una caricatura dibujada por Kraepelin, él no tomaba demasiado en serio los diagnósticos psiquiátricos. Reproducido del *Bierzeitung* (Periódico de la cerveza) de 1896, en esta caricatura se lee (traducido al español) "¡Psiquiatras de Europa! ¡Protejan sus diagnósticos más sagrados!" Kraepelin advertía sobre el riesgo de admirar excesivamente el diagnóstico.



Los modelos CIE y DSM están basados en las opiniones de comités de expertos, que negocian acuerdos sobre las diferentes categorías diagnósticas, así como sobre los criterios que determinarán que personas serán incluidas en los diagnósticos en cada categoría. La experiencia de los expertos es extensa en la práctica clínica, administrativa, salud pública e investigación. Los borradores de las categorías propuestas y sus criterios son ampliamente compartidos para recibir comentarios, y son revisados en base a esos comentarios. También pueden realizarse ensayos de campo para evaluar los criterios. Para las categorías diagnósticas infantiles en el DSM-5—que están mayoritariamente definidas en términos de problemas conductuales, emocionales y sociales (p.ej., problemas de atención, problemas de conducta, problemas negativistas desafiantes, ansiedad, depresión)—los criterios incluyen una lista de síntomas, y un umbral diagnóstico que establece el número de síntomas de la lista que deben estar presentes para poder hacer el diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Se incluyen criterios adicionales, tales como la duración de los síntomas, la edad de inicio y el impacto negativo en el funcionamiento. Los criterios son similares para todas las edades y para ambos géneros. Los criterios también son similares para la información proveniente de diferentes fuentes, como informes, cuestionarios y observaciones clínicas, obtenidas de los padres, educadores y del mismo niño. Si existen inconsistencias o contradicciones entre las diferentes fuentes (p.ej., un educador refiere problemas de atención, pero los padres y el niño no lo hacen), el profesional deberá decidir si puede diagnosticar al niño con el trastorno o no.

Criterios diagnósticos dimensionales del DSM

Durante la preparación del DSM-5, la Asociación Americana de Psiquiatría solicitó a un grupo de trabajo, que considerara la posibilidad de criterios diagnósticos “dimensionales” (p.ej., cuantitativos). Ese grupo de trabajo ha publicado una gran cantidad de estudios que respaldan los criterios dimensionales en muchos diagnósticos en niños y adultos (Helzer et al, 2008). Sin embargo, no está claro si los criterios del DSM-5 serán dimensionales, ni cómo podrían serlo. Una posibilidad es que los criterios para los diagnósticos clínicos se mantengan con el formato de *sí-versus-no* de las ediciones anteriores, pero que se incluyan criterios diagnósticos para la investigación que incorporen aspectos dimensionales.

Criterios diagnósticos para la investigación del CIE-10

La CIE-10 *Clasificación de los Trastornos Mentales y Conductuales: Criterios Diagnósticos para la Investigación* (Organización Mundial de la Salud, 1993) agregó criterios de investigación a los criterios publicados previamente para el diagnóstico clínico (Organización Mundial de la Salud, 1992). Los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se asemejan a los criterios del DSM-5, en que especifican los síntomas y otras características que deben ser evaluadas en formato *sí versus no*. Una vez que los profesionales evalúan la presencia o ausencia de cada criterio, deben decidir si el niño puede ser diagnosticado o no del trastorno en cuestión.

Diferencias entre los criterios diagnósticos clínicos de la CIE-10 y el DSM

Los criterios diagnósticos clínicos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) difieren de los criterios del DSM-V en que carecen de declaraciones explícitas de los síntomas específicos, otras características y reglas de decisión para hacer juicios *sí versus no*, para decidir si un niño presenta un determinado

La CIE-10 difiere del DSM-5 en que la CIE-10 no establece enunciados explícitos de síntomas específicos, otras características relacionadas, ni indicaciones para decidir si un niño califica o no para un diagnóstico particular.

diagnóstico. La CIE-10 y el DSM-5 también difieren significativamente en sus descripciones de las categorías diagnósticas, y en algunas de las categorías en sí mismas. Por ejemplo, la CIE-10 incluye entre sus categorías diagnósticas el trastorno de rivalidad entre hermanos, el trastorno de conducta hiperkinética, y el trastorno de vinculación de la infancia desinhibido, que carecen de sus homólogos en el DSM-V.

Además, la CIE-10 y el DSM-5 difieren en sus subdivisiones para ciertas categorías diagnósticas. Por ejemplo, el DSM-5 divide la categoría para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en los subtipos “de predominio inatento”, “de predominio hiperactivo-impulsivo”, y “de tipo combinado”. En contraste, la categoría de la CIE-10 que más se asemeja al TDAH es denominado “trastorno hiperkinético”, que no está subdividido en categorías como las del DSM-5. Sin embargo, la CIE-10 subdivide el trastorno de conducta en el “trastorno de conducta limitado al contexto familiar”, “trastorno de conducta en niños no socializados” y “trastorno de conducta en niños socializados”. Aunque el DSM-5 enumera los códigos de la CIE-10 correspondientes a las categorías diagnósticas del DSM, no se debe esperar mucha concordancia entre ellos.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA PARA LA PRIMERA INFANCIA

La *Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y los Trastornos en el Desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana* (DC:0-3) fue publicada por primera vez en 1994, seguida por una edición revisada (DC:0-3R) en el 2005 (Zero to Three, 1994, 2005). Una de las justificaciones para esta clasificación fue responder al “fracaso del sistema DSM en dar (1) suficiente cobertura a los trastornos de la primera infancia que necesitan atención clínica, o (2) suficiente importancia a las características evolutivas de los trastornos de inicio temprano” (Zero to Three, 2005, p 4). Al igual que el DSM y la CIE, el DC:0-3 fue desarrollada basándose en el consenso de expertos.

Ejes del DC:0-3R

El DC:0-3R incluye los siguientes cinco ejes:

- I. Trastornos clínicos
- II. Clasificación de las relaciones
- III. Enfermedades médicas y trastornos del desarrollo
- IV. Estresores psicosociales
- V. Funcionamiento emocional y social.

Algunos de los trastornos clínicos del Eje I, como el *trastorno por estrés postraumático*, el *trastorno de ansiedad por separación*, y el *trastorno de ansiedad generalizada*, tienen sus homólogos en el DSM-5. Sin embargo, como están diseñados para niños entre 0 y 3 años, los criterios del DC:0-3R difieren de los del DSM-5, y son ilustrados con casos clínicos de 0 a 3 años de edad. Los demás trastornos del DC:0-3R no tienen homólogos claros en el DSM-5. Entre estos se incluyen el *trastorno por privación/maltrato*, que “ocurre en el contexto de privación o maltrato” (p 17); la *reacción de duelo prolongada*; el *trastorno mixto de la expresividad emocional*, “caracterizado por una dificultad constante del niño para expresar un rango e intensidad de emociones adecuado a su nivel de desarrollo,



Haga clic en la imagen para acceder a la página web del DSM-5, que entrega detalles sobre los cambios realizados en su clasificación y su fundamento.

El DC:0-3 ha sido desarrollado como una respuesta al problema de que el sistema DSM no tiene una cobertura suficiente de los trastornos de la primera infancia y de sus aspectos evolutivos.

durante al menos 2 semanas” (p 27); y la *hipersensibilidad* frente a los estímulos sensoriales. También establece la categoría diagnóstica de *trastorno multisistémico del desarrollo* para los niños menores de 2 años que presentan problemas similares a los descritos en el trastorno generalizado del desarrollo del DSM-5.

El Eje II del DC:0-3R, *Clasificación de las relaciones* no tiene un equivalente en el DSM-5, pero se considera especialmente importante en los niños pequeños. Como guía para describir las relaciones, el DC:0-3R proporciona una escala de 100 puntos, la *Escala de Evaluación Global de la Relación entre los Padres y el Niño* (EEG-RPN, por sus siglas en inglés), por medio de la cual los profesionales de la salud evalúan las relaciones entre padres e hijos. Puntuaciones entre 81 y 100 indican una *relación adaptada*, puntuaciones entre 41 y 80 indican la presencia de *alteraciones en la relación*, y entre 0 y 40 indican una *relación totalmente alterada*. El DC:0-3R también proporciona una *Escala de Problemas en la Relación*, donde los profesionales pueden valorar las siguientes características de la relación entre el niño y los padres: sobreprotectora, descuidada, ansiosa/tensa, colérica/hostil, con violencia verbal, violencia física, y abuso sexual. Para cada una de estas características, los profesionales deben indicar si no existe evidencia, si existe alguna evidencia que requiere investigación adicional, o si existe evidencia considerable en base a la valoración de la calidad de la interacción, el tono afectivo, y el involucramiento psicológico.

El Eje V del DC:0-3R, *Funcionamiento Emocional y Social* podría ser considerado como un análogo al Eje V del DSM-IV, Evaluación del Funcionamiento. Sin embargo, el Eje V del DSM-IV se evalúa con una escala única de 100 puntos para la valoración del funcionamiento psicológico, social y laboral. En contraste, el Eje V del DC:0-3R consta de una calificación de un máximo de 6 puntos para cada una de las siguientes dimensiones de funcionamiento emocional y social (p. 62):

- Atención y regulación
- Establecimiento de relaciones/reciprocidad
- Intención comunicativa bidireccional
- Gestos complejos y resolución de problemas
- Uso de símbolos para expresar pensamientos y sentimientos
- Razonamiento lógico/pensamiento abstracto.

El Eje III del DC:0-3R, *Enfermedades Médicas y Trastornos del Desarrollo* y el Eje IV, *Estresores Psicosociales* son aproximadamente análogos al Eje III Enfermedades Médicas y al Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales del DSM-IV, aunque el contenido y los casos clínicos de los ejes del DC:0-3R son específicos para niños de 0 a 3 años de edad.

El DC:0-3R ciertamente aborda muchos más aspectos relevantes del funcionamiento y de los problemas de los niños de esa edad, que la CIE o el DSM. Sin embargo, el uso adecuado de los cinco ejes del DC:0-3R requiere entrenamiento, así como una interacción extensa con cada niño y con sus cuidadores primarios en distintas situaciones. Es necesario investigar más para determinar cómo se debe entrenar a los profesionales para que puedan utilizar el DC:0-3R de forma fiable, válida y útil.



Cartero uniformado con niño en el bolsón (c 1900)

Este cartero posó para una fotografía graciosa con un niño pequeño en su bolsón. Tras la introducción del servicio postal en EEUU en 1913, al menos dos niños fueron enviados por este medio. Con los sellos pegados en su ropa, estos niños viajaron en ferrocarriles y medios de transporte urbano hasta su destino. Después de saber de estos casos, el Director General de Correos promulgó rápidamente un reglamento que prohibía el envío de niños por correo (Museo Nacional de Correos, EEUU)

DIFERENCIAS ENTRE LOS MODELOS NOSOLÓGICOS Y LA EVALUACIÓN CLÍNICA

Las nosologías CIE, DSM, y DC:0-3R tratan de recoger aportaciones de muchos expertos sobre los distintos trastornos. Salvo en el caso del uso de pruebas cognitivas estandarizadas para determinar si los niños cumplen los criterios diagnósticos de discapacidad intelectual o de un trastorno del aprendizaje, las nosologías no especifican procedimientos de evaluación clínica en los que fundamentar los criterios diagnósticos de un determinado trastorno. Por ejemplo, los criterios del DSM-IV para el TDAH necesitan nueve síntomas de inatención (p.ej., “con frecuencia olvida actividades cotidianas”) y nueve síntomas de hiperactividad-impulsividad (p.ej., “con frecuencia habla excesivamente”). Para que un niño cumpla el criterio para el TDAH, el profesional de salud debe decidir si al menos 6 de los 9 criterios de al menos una de las listas “ha persistido durante al menos 6 meses en un grado que produce malestar significativo y no se corresponde con el nivel de desarrollo.” El profesional de salud también debe decidir si algunos de los síntomas causaban malestar antes de que el niño cumpliera 12 años de edad, que los síntomas actualmente produzcan malestar significativo en al menos dos contextos (p.ej., casa y escuela), y que exista evidencia clara de que “los síntomas interfieren en el funcionamiento social, académico o laboral” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000, pp92-93).

Para hacer un diagnóstico en niños, los profesionales deben decidir qué información obtener para establecer la presencia o ausencia de cada criterio, para todos los trastornos que podría presentar el niño, cómo obtener esa información, y de quién. En la mayoría de los casos, los profesionales de salud querrán entrevistar al niño y al menos a uno de los padres. Sin embargo, el tiempo disponible para hacer la entrevista es limitado y raramente es suficiente para evaluar todos los criterios de síntomas potencialmente relevantes. Es posible que para cada síntoma del TDAH que los niños y padres mencionan, no sean capaces de precisar si el síntoma causaba disfunción antes de los 12 años de edad y si actualmente interfería con el funcionamiento en al menos dos contextos.

Si el niño asiste a la escuela, el profesional de salud querrá obtener información de los educadores para hacerse una idea del funcionamiento del niño en la escuela. De hecho, para establecer si el niño cumple los criterios para el TDAH, el profesional de salud necesita saber si al menos 6 de los 9 síntomas de una o ambas listas interfiere significativamente en el contexto escolar. Dado que los educadores a menudo promueven la derivación de los niños a los servicios de salud mental, y que muchos de los problemas de los niños interfieren con el funcionamiento en la escuela, la información que aportan los educadores pueden ser muy valiosa ya que es necesaria para valorar qué síntomas causan impacto en el aula. Los profesionales de salud no suelen tener la oportunidad de entrevistar a los educadores, por lo tanto, para poder obtener información de ellos es necesario utilizar otros métodos.

Independientemente de los métodos de evaluación, la información respecto a los criterios que se requieren para el diagnóstico obtenida de los padres, los educadores y los niños a menudo no coincide (De Los Reyes, 2011). En consecuencia, los profesionales de salud pueden tener dificultades para realizar juicios diagnósticos basándose en informaciones de las distintas fuentes que son contradictorias. Otra dificultad que pueden encontrar los profesionales es que las nosologías no especifican los procedimientos para valorar los problemas conductuales, emocionales y sociales, lo cual, unido a las frecuentes diferencias en las opiniones vertidas por los padres, educadores y niños, dificulta la capacidad de emitir un juicio clínico. Por lo tanto, los profesionales de salud necesitan métodos prácticos para evaluar los problemas de los niños en múltiples contextos, y para lidiar con las discrepancias entre las diferentes fuentes de información.

Entrevistas diagnósticas estandarizadas

Se han desarrollado varias entrevistas diagnósticas estandarizadas (EDEs) para obtener información de los distintos informadores durante la evaluación y determinar si se cumplen los criterios diagnósticos. Varias EDEs tienen distintas versiones para ser administradas a los niños y sus padres, aunque a menudo los diagnósticos realizados en base a las entrevistas con los niños y con los padres no coinciden.

Entre las EDEs disponibles para el diagnóstico en niños, la *Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños* (DISC, por sus siglas en inglés; Shaffer et al, 2000) es probablemente la más utilizada. La DISC es sumamente estructurada. Esto significa que las preguntas están orientadas a obtener respuestas afirmativas o negativas, para ver si se cumple o no cada criterio diagnóstico del DSM. Dado que las respuestas sí/no del informador son la base para determinar si cada criterio está

presente o no, las EDEs sumamente estructuradas, como la DISC, son denominadas “entrevistas basadas en el informador”. No es necesario tener habilidades clínicas ni criterio clínico para administrar la DISC. Sin embargo, es necesaria una formación intensiva en cómo hacer las preguntas, registrar las respuestas, y como responder flexiblemente cuando no es posible codificar las respuestas como sí/no. La DISC incluye miles de preguntas para poder cubrir todos los criterios diagnósticos, su impacto negativo, la ocurrencia en múltiples contextos, la duración y la edad de inicio, entre otros, para todos los diagnósticos relevantes en niños. Existe la opción de omitir preguntas sobre algunos diagnósticos si se cree que el niño no va a cumplir los criterios para esos diagnósticos. Sin embargo, la administración de la DISC generalmente lleva al menos una hora por cada informador (p.ej., cada uno de los padres y el niño) y puede necesitar varias horas en niños que presentan muchos problemas.

Además de las EDEs basadas en el informador, como la DISC, existe un segundo tipo de EDEs, las “basadas en el entrevistador”. Estas EDEs deben ser administradas por un profesional formado clínicamente, que pueda formular las preguntas semiestructuradas de la EDE de una forma adecuada a cada entrevistado. Los entrevistadores también deben ser entrenados para evaluar si las respuestas de los entrevistados son indicativas de si el niño cumple o no los criterios para cada diagnóstico. La EDE basada en el entrevistador más utilizada es la *Entrevista Semiestructurada para la Evaluación de los Trastornos del Ánimo y la Esquizofrenia en Niños* (K-SADS, por sus siglas en inglés; Kaufman et al, 1997).

Un tercer tipo de EDE combina aspectos de las entrevistas basadas en el informador y de las basadas en el entrevistador. Un ejemplo es la *Evaluación del Desarrollo y el Bienestar* (DAWBA, por sus siglas en inglés; Goodman et al, 2000). La DAWBA incluye entrevistas estructuradas que son administradas a niños de 11 a 16 años de edad y a sus padres. Las entrevistas de la DAWBA incluyen algunas preguntas abiertas, para clarificar respuestas a preguntas cerradas dadas por los entrevistados. También se utiliza un cuestionario breve para obtener información de los educadores. La información obtenida de los padres, los educadores y los niños, es integrada por medio de un programa informatizado que genera los probables diagnósticos. Evaluadores con experiencia clínica revisan los resultados obtenidos y deciden si aceptan o rechazan los diagnósticos generados por el programa informático.

Relación entre las entrevistas diagnósticas estandarizadas y diagnósticos clínicos

Actualmente, las EDEs son ampliamente utilizadas en la investigación de trastornos en niños y adultos. Como consecuencia, muchos de los resultados publicados respecto a la asociación entre diagnósticos y otros aspectos se basan en diagnósticos obtenidos mediante EDEs. Sin embargo, las EDEs se usan raramente en la práctica clínica debido al coste y al tiempo requerido para entrenar a los entrevistadores y para administrarlas. Por lo tanto, debemos preguntarnos si los niños que reciben determinados diagnósticos mediante el uso de las EDEs recibirían los mismos diagnósticos en una evaluación clínica. Para responder a esta pregunta, se realizó un metanálisis de los resultados obtenidos en 38 estudios que valoraban la concordancia entre diagnósticos realizados con las EDEs y mediante evaluación clínica de los mismos pacientes (Rettew et al, 2009). La concordancia estaba expresada en términos del porcentaje de casos que recibían el mismo

diagnóstico con las EDEs y con las evaluaciones clínicas. Se utilizó el coeficiente estadístico *kappa* (Cohen, 1960) para corregir el efecto del azar. Realizado este ajuste, se observó una concordancia promedio del 39%. En otras palabras, las EDEs y las evaluaciones clínicas llegaban al mismo diagnóstico en el 39% de los niños, pero producían diagnósticos diferentes en el 61%. Los porcentajes de concordancia variaban considerablemente entre los diagnósticos: 19% para el trastorno de ansiedad generalizada, 86% para la anorexia nerviosa. Para obtener una muestra suficiente grande para calcular estos porcentajes se combinaron los datos de niños y adultos. Para algunos trastornos, como la anorexia nerviosa, la alta concordancia indica que los resultados de los diagnósticos con EDEs pueden ser aplicados a los diagnósticos clínicos. Sin embargo, la baja concordancia observada en los demás diagnósticos, como el trastorno de ansiedad generalizada, indica que los resultados obtenidos utilizando las EDEs no pueden ser generalizados a los diagnósticos clínicos.

Dado que se utilizaron distintas EDEs para obtener los diagnósticos en los citados estudios, también deberíamos preguntarnos si cada niño recibiría el mismo diagnóstico independientemente de la EDE utilizada. Sorprendentemente, se han publicado pocas investigaciones al respecto. En el probablemente único estudio publicado sobre la concordancia entre diagnósticos infantiles realizados a partir de las EDEs más ampliamente utilizadas, sólo un 3% de los diagnósticos realizados con la entrevista DISC en niños y sus padres coincidía con los diagnósticos realizados con la entrevista K-SADS en los mismos niños y sus padres (Cohen et al, 1987). Por lo tanto, en muchos casos, no podemos esperar que diferentes EDEs lleguen al mismo diagnóstico, ni tampoco que las EDEs lleguen al mismo diagnóstico que la evaluación clínica.

Instrumentos para evaluar los problemas que presentan los niños

Para ayudar a los profesionales de salud a obtener información de los padres, educadores y niños, se han desarrollado una variedad de instrumentos de evaluación estandarizados. Muchos de estos instrumentos están diseñados para ser autoaplicados en personas que pueden leer, pero también pueden ser administrados por otras personas que leen los ítems en voz alta y registran las respuestas del informador en el formulario de respuestas, o por medio de un ordenador (por ejemplo, usando una pantalla táctil). El profesional, al disponer de los resultados de los instrumentos de evaluación completados por una o más de las figuras parentales, puede entonces ajustar el tiempo de la entrevista, siempre escaso, centrándose en las áreas problemáticas reveladas por los resultados y en los temas no abordados por los instrumentos de evaluación. Además, usando instrumentos con versiones paralelas completadas por las figuras parentales, educadores y niños, el profesional puede comparar los resultados e identificar congruencias y discrepancias. De esta forma, puede utilizar las entrevistas y otros medios disponibles para profundizar en los resultados. El uso de instrumentos de evaluación con versiones paralelas completadas por los padres, educadores y niños, permite al profesional obtener y comparar una gran cantidad de información de múltiples informadores, con un bajo coste de tiempo. También existen instrumentos de evaluación que pueden ser completados por las personas que cuidan a diario de los niños, por observadores que evalúan el comportamiento de los niños en contextos grupales como las aulas de las escuelas, y profesionales que llevan a cabo entrevistas clínicas o pruebas estandarizadas de aptitudes (Achenbach, 2009).

Los ítems de algunos instrumentos de evaluación están diseñados para aproximarse a los criterios clínicos incluidos en las nosologías oficiales. Un ejemplo de esto es la *Escala de Evaluación del TDAH* (DuPaul et al, 1998), que contiene 18 elementos similares a los criterios de inatención y a los criterios de hiperactividad-impulsividad del TDAH en el DSM-5. Sin embargo, a diferencia de los criterios del DSM-5, en la Escala de Evaluación del TDAH, cada elemento es calificado como 0 = *Nunca o raramente*, 1 = *Algunas veces*, 2 = *Frecuentemente*, or 3 = *Muy frecuentemente*. Para generar puntuaciones separadas para cada subescala de inatención y de hiperactividad-impulsividad, se suman las puntuaciones de los elementos de cada subescala. Los puntos de corte clínicos se establecieron en base a la distribución de las puntuaciones obtenidas de los padres y educadores de una muestra de niños de EEUU. Por lo tanto, aunque los ítems son similares a los criterios del DSM-5, los evaluadores no necesitan hacer juicios de *si-versus-no* y pueden comparar las puntuaciones obtenidas por el cuestionario con la distribución normativa de puntuaciones y con los correspondientes puntos de corte.

Otros instrumentos de evaluación se centran principalmente en una categoría diagnóstica, como por ejemplo el TDAH, pero también pueden incluir problemas adicionales, como por ejemplo, la *Escala de Evaluación de Conners-Edición Revisada* (Conners Rating Scales-Revised, CRS-R por sus siglas en inglés; Conners, 2001). Aún más, otros instrumentos incluyen ítems más diversos, que forman parte de escalas generadas mediante una combinación de análisis estadísticos y de decisiones de los autores sobre qué ítems se asignan a cada escala en particular. El *Cuestionario de Capacidades y Dificultades* (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ por sus siglas en inglés; Goodman, 1997), por ejemplo, está compuesto de 25 ítems organizados en 5 subescalas generadas por el autor. El *Sistema de Evaluación de la Conducta para Niños-2* (Behavior Assessment System for Children-2, BASC-2 por sus siglas en inglés; Reynolds & Kamphaus, 2004) es un instrumento más extenso y dividido en numerosas subescalas, en base a una combinación de análisis estadísticos y a la decisión de los autores sobre qué ítems se asignan a cada subescala en particular. Todos estos instrumentos de evaluación—la Escala de Evaluación del TDAH, la CRS-R, el SDQ, y el BASC-2—son útiles para obtener puntuaciones por parte de los informadores en una serie de problemas, pero no son más útiles que las EDEs para salvar las diferencias entre la evaluación clínica y los modelos nosológicos.

MODELOS CLÍNICOS DERIVADOS DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALAS A LOS PROBLEMAS DE LOS NIÑOS

Los modelos nosológicos se han construido en gran medida a través de procedimientos “de arriba hacia abajo”. En otras palabras, la construcción de los modelos nosológicos comenzó “en la parte superior”, con categorías diagnósticas propuestas por expertos. Para cada categoría, los expertos determinaron si los problemas del niño encajaban en una determinada categoría. Aunque se han utilizado aportaciones de otros expertos y de estudios de campo para ajustar algunos criterios, las categorías diagnósticas y los criterios no se han derivado de datos obtenidos en muestras reales de niños. Más aún, los criterios diagnósticos son los mismos para niños y niñas, y para todas las edades, fuentes de información y sociedades.

Así como pueden coexistir múltiples modelos nosológicos también pueden coexistir tipos de modelos alternativos y modelos nosológicos. Una alternativa ha incorporado procedimientos “de abajo hacia arriba” para generar modelos clínicos a partir de puntuaciones de una gran cantidad de niños. Esto se ha realizado solicitando a padres, educadores y niños que cuantifiquen una serie de problemas como 0 = *No es cierto*, 1 = *Algo o a veces cierto*, y 2 = *Muy cierto o frecuentemente cierto*, en miles de niños derivados a servicios de salud mental y miles de niños de una muestra de la población (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001). Los ítems fueron reiterativamente seleccionados y depurados basándose en opiniones de profesionales de campos relacionados con la salud mental, de investigadores sobre problemas que presentan los niños derivados a los servicios de salud mental, del análisis de las valoraciones, y de sugerencias proporcionadas por padres, educadores y niños en las sucesivas evaluaciones piloto de los instrumentos. El conjunto final de ítems fue seleccionado en base a su capacidad para discriminar entre niños que habían sido derivados a los servicios de salud mental o de educación especial, y niños demográficamente similares que no habían sido derivados a esos servicios. Los criterios más importantes para decidir que ítems se retenían fueron (a) ser fácilmente comprendidos y calificados por los padres, educadores y/o niños, y (b) que fueran calificados con puntuaciones significativamente más altas en los niños derivados a consulta que en niños demográficamente similares que no habían sido derivados.

Si bien muchos de los ítems tenían homólogos en los criterios nosológicos, también se observó que otros ítems discriminaban entre niños derivados a consulta y los no derivados, aún cuando los primeros no cumplían con los criterios diagnósticos. También era importante que los ítems fueron redactados de forma que padres, educadores y niños pudieran interpretarlos correctamente, en lugar de redactarlos en términos técnicos, que los padres, educadores y niños no pudieran comprender. Las versiones finales de los instrumentos de evaluación pueden ser rellenas en aproximadamente 15 minutos, e incluyen tanto una evaluación de las competencias como de los problemas. Estos instrumentos incluyen el *Inventario de Conducta para Niños* de 1½ a 5 años, y de 6 a 18 años, *Formulario de Informe Cuidador-Educador* para niños de 1½ a 5 años, el *Formulario de Informe del Educador* de 6 a 18 años, y el *Formulario Autoaplicado para Jóvenes* de 11 a 18 años de edad (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001).

Modelos de síndromes

Una vez desarrollados los instrumentos de evaluación, se analizaron estadísticamente miles de resultados para identificar patrones (p.ej. síndromes) que tendían a ocurrir simultáneamente. Estos síndromes fueron designados con términos que sintetizaban los componentes problemáticos englobados. Para las edades de 6 a 18 años, los síndromes fueron designados como *Ansiedad/Depresión*, *Retraimiento/Depresión*, *Quejas Somáticas* (sin causa médica conocida), *Problemas Sociales*, *Problemas del Pensamiento*, *Problemas de la Atención*, *Conducta Antisocial*, y *Conducta Agresiva*. Para las edades de 1½ a 5 años, se observaron homólogos de muchos de estos síndromes, pero también se identificaron otros síndromes, que se denominaron *Reactividad Emocional* y *Problemas de Sueño*. Las puntuaciones totales de los niños en cada síndrome se calculan sumando las puntuaciones 0-1-2 de cada ítem del síndrome. Para facilitar que los profesionales puedan comparar

Figura A.3.1 Perfil obtenido por Richard en las escalas YSR basadas en el DSM (adaptado de Achenbach & Rescorla, 2007).

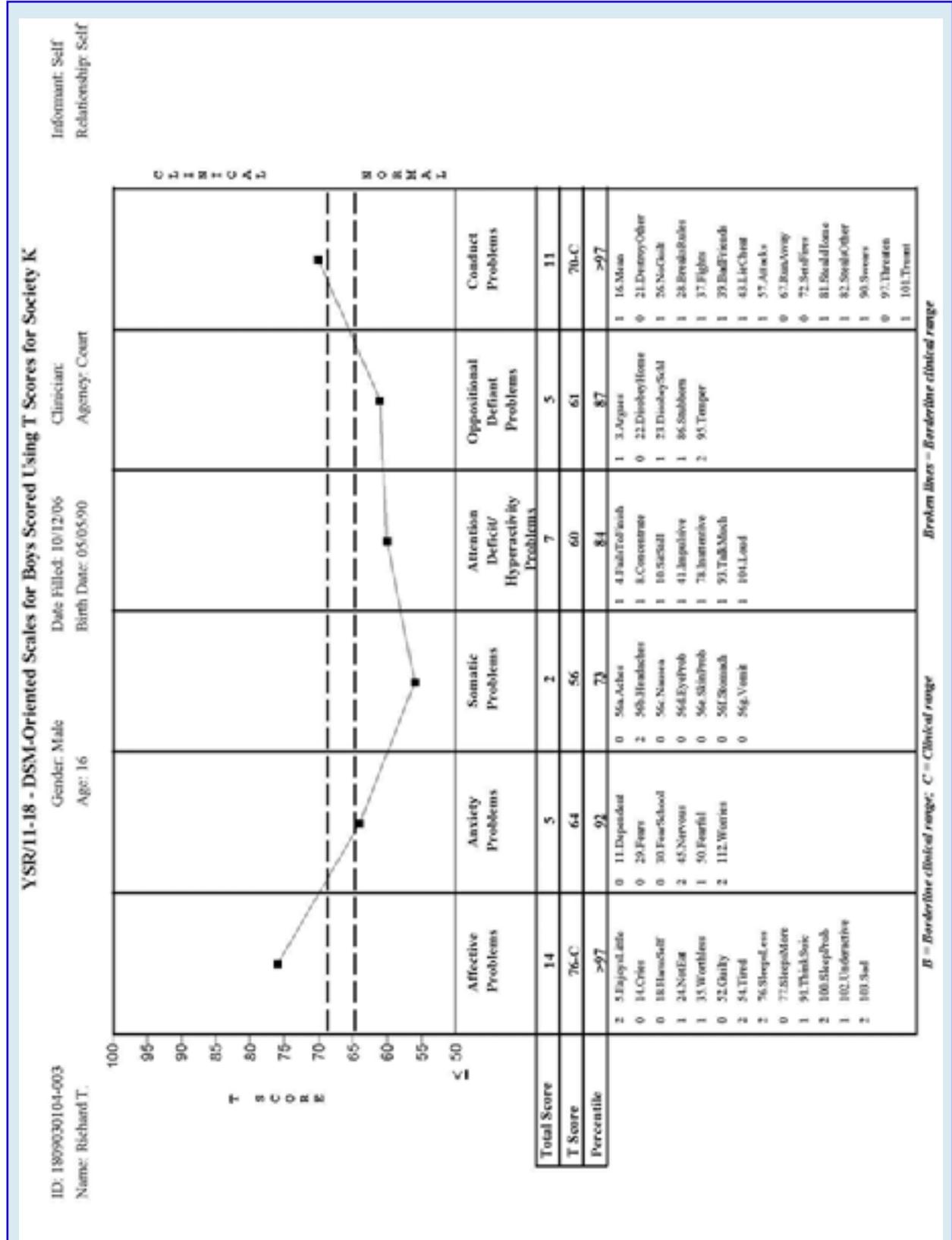
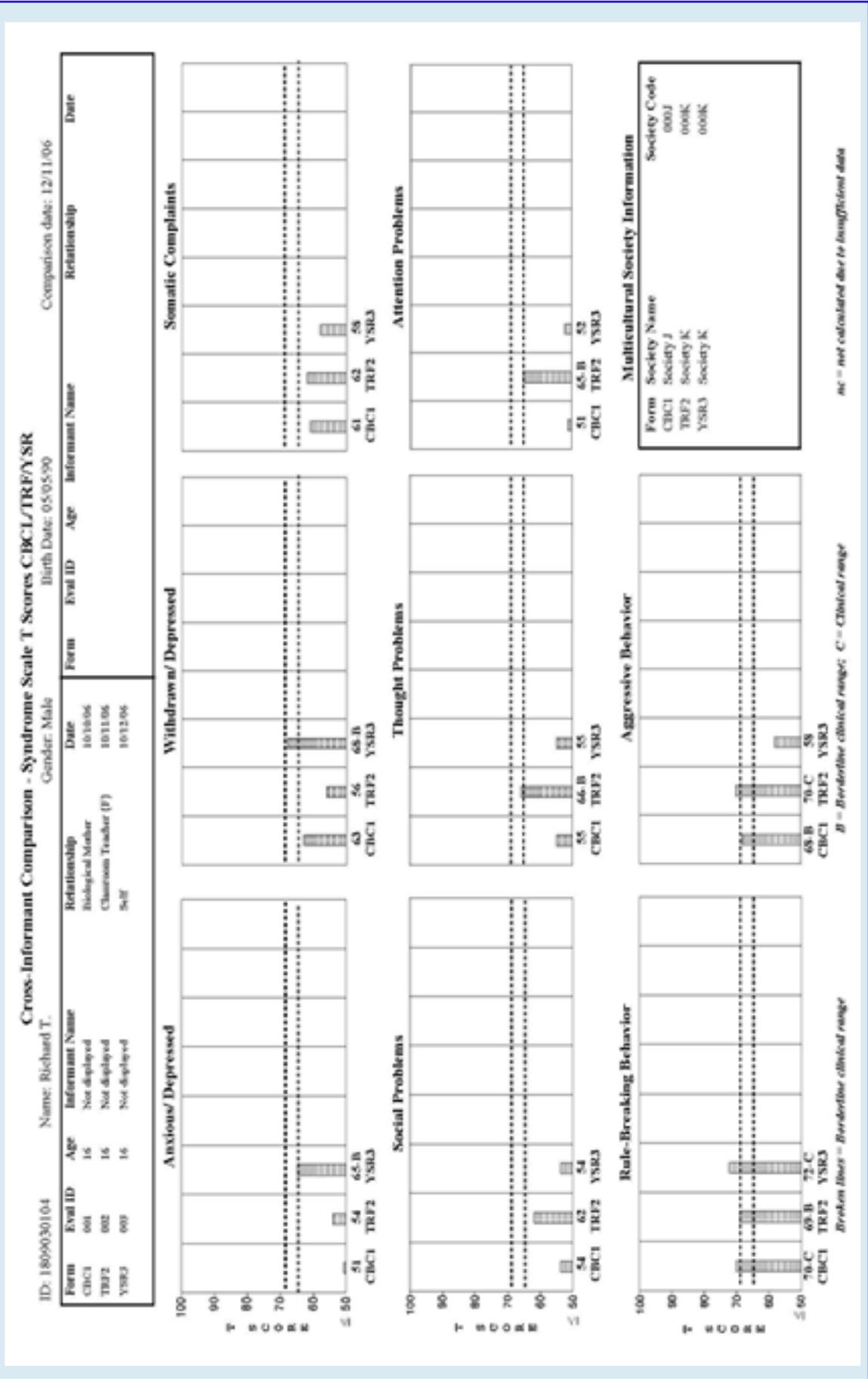


Figura A.3.2 Comparaciones entre informantes de las puntuaciones de Richard en las escalas de síndrome, en relación a las normas de la Sociedad J para CBCL y las normas de la Sociedad K el TRF y el YSR (adaptado de Achenbach & Rescorla, 2007).



a un niño con respecto a lo esperado en su grupo de pares, las puntuaciones del síndrome se presentan como perfiles, en relación a lo normativo para la edad y género del niño, el informador (padre, educador, el mismo niño), y el país en cuestión (véase más adelante).

Análisis estadísticos adicionales identificaron asociaciones entre subconjuntos de síndromes, denominados *Internalizantes* (ansiedad, depresión, retraimiento, quejas somáticas) y *Externalizantes* (conducta antisocial y agresividad). Las puntuaciones de las subescalas Internalizante y Externalizante se calculan sumando las puntuaciones 0-1-2 de cada uno de los ítems que pertenecen a estas subescalas. También se calcula una puntuación *Total de Problemas*, sumando las puntuaciones 0-1-2 de todos los ítems de todos los problemas del formulario. Las puntuaciones de los problemas Internalizantes, Externalizantes, y Totales, se presentan en un perfil, en relación a lo normativo para la edad y género del niño, el tipo de informante, y el país en cuestión.

Escalas orientadas hacia el DSM

Los ítems de los instrumentos de evaluación fueron seleccionados mediante procedimientos de abajo hacia arriba, comenzando con las puntuaciones obtenidas de los niños; en vez de procedimientos de arriba hacia abajo, comenzando con las categorías diagnósticas. Sin embargo, algunos de los elementos problemáticos de estos instrumentos tienen homólogos en los criterios diagnósticos, y algunos de los síndromes identificados estadísticamente incluían problemas similares a los de ciertos diagnósticos de las clasificaciones empíricas. Por ejemplo, el síndrome de Problemas de Atención incluye muchos ítems análogos a los criterios diagnósticos del TDAH en el DSM. Más aún, se han observado asociaciones significativas entre ciertos diagnósticos y puntuaciones altas en ciertos síndromes (Achenbach & Rescorla, 2001).

Para ayudar a los profesionales a ver las relaciones entre las categorías diagnósticas del DSM y los resultados obtenidos con los instrumentos de evaluación, se solicitó a psiquiatras y psicólogos expertos de muchas culturas identificar los ítems de los instrumentos de evaluación que ellos consideraban que eran muy similares a los criterios diagnósticos del DSM. Los ítems que fueron asignados a una categoría particular por la gran mayoría de los expertos, fueron agrupados en escalas basadas en el DSM que correspondían a las categorías diagnósticas. Para las edades de 6 a 18 años, las escalas basadas en el DSM fueron denominadas: *Problemas Afectivos*, *Problemas de Ansiedad*, *Problemas Somáticos*, *Problemas de Atención e Hiperactividad*, *Problemas Negativistas Desafiantes*, y *Problemas de Conducta*. Para las edades de 1½ a 5 años, según el criterio de los expertos se definieron varias escalas basadas en el DSM análogas a las de 6 a 18 años, y se agregó una escala denominada *Problemas Generalizados del Desarrollo* (Achenbach & Rescorla, 2000). Esta escala identifica a niños con un trastorno del espectro del autismo (Muratori et al, 2011; Sikora et al, 2008). La puntuación de un niño en cada escala basada en el DSM, se calcula sumando las puntuaciones 0-1-2 de cada uno de los ítems que constituyen la escala. Para que los profesionales puedan comparar las puntuaciones de un niño con respecto a lo esperado en su grupo de pares, las puntuaciones de la escala se presentan como perfiles, en relación a lo normativo para la edad y género del niño, el informador y el país en cuestión, como se ilustra en la Figura A.3.1 para las puntuaciones autoaplicadas de Richard, de 16 años de edad (no es su nombre



Haga clic en la imagen para acceder a la página web de ASEBA.

Tabla A.3.1 Idiomas a los cuales han sido traducidos los formularios del Sistema de Evaluación Basado en la Evidencia de Achenbach (ASEBA)^a

Afaan Oromo (Etiopía)	Georgiano	Portugués (Brasil)
Afrikáans	Alemán	Portugués (Portugal)
Albanés (Albania, Kosovo)	Griego	Portugués creole
Lengua de señas americana	Gujarati (India)	Punjabi (India)
Amhárico (Etiopía)	Haitiano creole	Rumano
Árabe	Hebreo	Ruso
Armenio	Hindi	Samoano
Auslan (Lengua de señas australiana)	Húngaro	Sepedi (Sotho del Norte, Sudáfrica)
Bahasa (Indonesia)	Islandés	Serbio
Bahasa (Malasia)	Italiano	Sesotho (Sotho del Sur, Sudáfrica)
Bangla (Bangladesh)	Japonés	Sinhala (Sri Lanka)
Bengalí	Kannada (India)	Eslovaco
Bosnio	Khmer (Cambodia)	Eslovenio
Braille	Kiembu (Kenia)	Somalí
Lengua de señas inglesa	Kiswahili (Kenia)	Español (Castilla)
Búlgaro	Coreano	Español (Latinoamérica)
Catalán (España)	Laosiano	Sueco
Chino	Leton	Tagalog (Filipinas)
Croata	Lituano	Tamil (India)
Checo	Macedonio	Telugu (India)
Danés	Malayo	Thai
Neerlandés (Países Bajos, Flandes)	Malayalam (India)	Tibetano
Estonio	Maltés	Turco
Farsi (Persia, Irán)	Marathi (India)	Ucraniano
Finlandés	Nepalés	Urdu (India, Pakistán)
Francés (Bélgica)	Noruego	Vietnamita
Francés (París)	Papiamento (Curacao)	Visayan (Filipinas)
Francés (Québec)	Pashtu (Afghanistan, Pakistan)	Xhosa (Sudáfrica)
Ga (Ghana)	Polaco	Zulu

^aIdiomas en los cuales al menos un formulario ASEBA ha sido traducido (adaptado de Achenbach & Rescorla, 2012).

real). Por consiguiente, las escalas basadas en el DSM, las escalas de síndromes, y sus respectivos perfiles, proporcionan modelos alternativos para la comprensión y el uso de las valoraciones de los informadores, de los problemas conductuales, emocionales y sociales, a través del mismo instrumento de evaluación.

Comparaciones entre informantes

Debido a que los padres, educadores y niños están al tanto de diferentes aspectos del funcionamiento del niño, a menudo se observan discrepancias entre los problemas referidos por los diferentes informadores. Cuando surgen discrepancias, uno puede verse incitado a concluir que un informador es correcto, mientras que el otro está equivocado. Sin embargo, diferentes informadores pueden proporcionar información útil respecto a cómo es el funcionamiento del niño en diferentes situaciones y con diferentes personas. Las discrepancias entre los distintos informantes también pueden reflejar diferencias en la percepción y evaluación del funcionamiento del niño por parte de cada informador. Es necesario considerar estas diferencias al decidir si un niño necesita servicios de salud mental, qué tipo de servicios, y qué papel tienen en estos los padres, educadores y el propio niño.

Para facilitar que los profesionales puedan detectar semejanzas y discrepancias entre los problemas referidos por los padres, los educadores y el niño, el programa informático presenta paralelamente las puntuaciones 0-1-2 de cada ítem de hasta ocho informadores. La presentación en pantalla de las puntuaciones de cada ítem por informador, permite al profesional identificar rápidamente los problemas respaldados por todos los informadores, los problemas que no fueron referidos por ninguno, y los problemas respaldados por algunos de los informadores. Por ejemplo, si ciertos problemas son avalados sólo por los educadores, esto podría sugerir que estos problemas son específicos del contexto escolar. Por otro lado, si ciertos problemas son respaldados solamente por los padres, esto sugeriría que estos problemas ocurren específicamente en el contexto familiar.

Además de la presentación de todos los resultados, el programa informático también presenta gráficos de barras de las puntuaciones de los distintos síndromes y escalas basadas en el DSM, referidas por cada informador. A modo de ejemplo, la Figura A.3.2 muestra los gráficos de barras de las puntuaciones obtenidas por Richard, de 16 años de edad, en las escalas basadas en el DSM completadas por la madre, el educador, y el mismo Richard. Al observar los gráficos de barras, el profesional puede ver rápidamente si alguna de las puntuaciones está en límite del rango clínico (entre las dos líneas de puntos) o en el rango clínico (por encima de la línea de puntos superior). El profesional también puede ver si existen diferencias importantes entre las puntuaciones obtenidas de los distintos informantes.

Aplicaciones multiculturales

Los modelos CIE, DSM, y DC:0-3R han sido examinados en un número limitado de países. Por tanto, hay mucho que aprender acerca del grado en el que se ajustan los criterios diagnósticos, los umbrales diagnósticos (p.ej. el número de síntomas requeridos para el diagnóstico), y otras características cuando se aplican a niños de aquellos países en los que los modelos nosológicos aún no han sido estudiados. Dado que se realizaron cambios significativos en el DSM-5, y es probable que se produzcan estos mismos cambios en la CIE-11, es de esperar que

*“Existen demasiados diagnósticos y una tasa ridículamente alta de supuesta comorbilidad.”
“El uso de dimensiones podría reducir el alcance de la engañosa supuesta comorbilidad.”*

Sir Michael Rutter (2011, p 655)

los borradores de los nuevos criterios se sometían a pruebas multiculturales antes de que se definan los criterios finales.

Hasta ahora, los modelos clínicos derivados estadísticamente sobre los problemas de niños entre 1½ y 18 años de edad han sido validados en 47 países y se han realizado traducciones de los instrumentos de evaluación a 86 idiomas, enumeradas en la Tabla A.3.1. Los síndromes fueron validados mediante análisis estadístico de puntuaciones obtenidas en decenas de miles de niños, por parte de sus padres, educadores, cuidadores y, en caso de niños entre 11 y 18 años, de los propios niños (Achenbach & Rescorla, 2012). La gran mayoría de los análisis respaldaron los síndromes derivados originalmente de las puntuaciones obtenidas en niños anglófonos de Australia, Jamaica, Reino Unido y los Estados Unidos. Estos hallazgos significan que los patrones de problemas contenidos en las puntuaciones de los padres, educadores y niños, también se observaban en otros países.

Para establecer normas adecuadas para niños de los 47 países, se compararon las distribuciones de las puntuaciones de los Problemas Totales con las muestras de niños de cada uno de los países. En base a estas comparaciones, se identificaron países con puntuaciones relativamente bajas, medias y altas. Para hacer posible que los profesionales pudiesen comparar las puntuaciones de un niño, con respecto a lo esperado para su grupo de pares en su propio país, se desarrollaron normas específicas para los países con puntuaciones bajas, medias y altas. Estos tres conjuntos de normas multiculturales están disponibles en un programa informático que permite obtener las puntuaciones en Problemas Internalizantes, Externalizantes y Totales, en un modelo de síndrome basado en el DSM, mediante normas ajustadas al país en cuestión, así como a la edad, género y tipo de informador.

Clínica pediátrica en Kenia



Un niño keniano de 8 años de edad fue llevado a un servicio de salud por su madre. Aproximadamente 2 años antes, había notado que era muy inquieto y que otros niños se negaban a jugar con él. Se distraía con facilidad y tenía que ser estrechamente supervisado. Las empleadas de hogar contratadas por la madre frecuentemente renunciaban porque no podían aguantarlo. Había sufrido múltiples lesiones, que incluían hematomas, fracturas y quemaduras. Sus educadores se quejaban de que era muy descuidado, tenía una mala caligrafía y no terminaba sus tareas. Respondía impulsivamente cuando no era su turno y molestaba a otros niños en clase. Aunque parecía inteligente, se distraía fácilmente y se peleaba durante el recreo queriendo ser el centro de atención en todas las actividades. Perdía material escolar, necesitando que su madre fuera a la escuela a buscar los objetos perdidos o a asistir a reuniones disciplinarias.

Para obtener datos por medio de una evaluación basada en modelos, se le solicitó a la madre completar la Escala de Evaluación para Padres de Conners (CPRS, por sus siglas en inglés). En base a las elevadas puntuaciones en muchas de las escalas de problemas de la CPRS, la información aportada por la madre, y una breve entrevista con el niño, el pediatra lo derivó al psiquiatra para ser evaluado de forma más completa de lo que podría hacerse a nivel de atención primaria.

Cuando el psiquiatra evaluó al niño, observó que tenía un aspecto aseado, aunque presentaba múltiples moretones en diferentes fases. Las moraduras parecían deberse a caídas y golpes contra objetos, y no provocadas por otras personas; sin embargo, el niño dijo que, debido a su comportamiento en casa, con frecuencia le castigaban, y le pidió al médico que hablara con sus padres sobre esos castigos. El examen del estado mental reveló que

el niño estaba bien orientado en tiempo y espacio, su memoria estaba conservada, y que no había evidencia de alteraciones en la percepción. Sin embargo, se distraía con facilidad y hacía ruidos inapropiados. No podía sentarse quieto, caminaba de un lado a otro de la consulta y hacía preguntas al médico sobre las imágenes en las paredes del despacho. Sus habilidades verbales estaban pobremente desarrolladas y no podía expresar ideas con claridad.

Revisando los resultados del CPRS enviados por el pediatra, el psiquiatra observó puntuaciones elevadas en múltiples escalas, siendo especialmente altas en el índice de TDAH. Aunque el niño claramente necesitaba ayuda en múltiples áreas, el psiquiatra concluyó que las altas puntuaciones para el TDAH aconsejaban iniciar una prueba con medicación para ver si ésta reducía suficientemente los problemas de inatención e hiperactividad para poder ayudarle en los demás problemas.

Al comentar sus conclusiones con la madre del niño, el psiquiatra descubrió que ella ya había oído hablar del TDAH a una amiga que tenía un hijo con problemas similares. Por ello, la madre no se sorprendió por las conclusiones del psiquiatra, y estaba dispuesta a probar con la medicación. Con la autorización de la madre, el psiquiatra también compartió sus conclusiones y su plan de trabajo con la educadora del niño, que también estaba preocupada por su comportamiento. El psiquiatra prescribió 10 mg de metilfenidato en dos dosis diarias y solicitó a la madre y a la educadora completar el CPRS a intervalos mensuales, para evaluar la respuesta al tratamiento y para decidir posibles futuras intervenciones. También se le entregó a la madre información sobre el TDAH y sobre medidas disciplinarias más adecuadas.

PERSPECTIVA GENERAL DE LOS MODELOS CLÍNICOS

Hemos esbozado varios modelos que permiten diferenciar los distintos tipos de problemas conductuales, emocionales y sociales. En el estado actual de la ciencia de la salud mental, ningún modelo aislado puede ser considerado totalmente correcto. Dependiendo del propósito, cada modelo tienen fortalezas y debilidades. En consecuencia, en el futuro próximo, puede ser útil pensar en modelos múltiples que guíen la recopilación y el uso de datos clínicos para la práctica basada en la evidencia.

Los modelos del CIE y DSM para problemas conductuales, emocionales y sociales de la infancia, forman parte de nosologías que abarcan muchos tipos de problemas a lo largo de todo el ciclo vital. Al igual que modelos para otros grupos etarios, los modelos para problemas infantiles comprenden categorías diagnósticas propuestas por expertos, que especifican los criterios para determinar a qué categoría se ajustan los problemas del niño. Estos criterios requieren los mismos juicios sí-versus-no para todos los niños, independientemente de su

género, edad y contexto cultural, así como también de la información obtenida de diferentes fuentes. Al evaluar el DSM- IV y la CIE-10, el psiquiatra infantil más famoso, Sir Michael Rutter (2011), concluyó que “hay demasiados diagnósticos, y una tasa ridículamente alta de supuesta comorbilidad” (p. 647), y que “el uso de dimensiones podría reducir el alcance de la engañosa supuesta comorbilidad” (p. 655).

Al igual que la CIE y el DSM, el DC:0-3R es una nosología cuyas categorías fueron propuestas por un grupo de expertos, que luego especificaron los criterios para determinar a qué categorías se ajustan los problemas de un niño. Sin embargo, a diferencia de la CIE y el DSM, el DC:0-3R fue diseñado para proporcionar una mejor cobertura de los trastornos de la primera infancia y sus características evolutivas. También a diferencia de la CIE y el DSM, el DC:0-3R proporciona escalas de evaluación para la relación entre los padres y el hijo, las cuales son consideradas especialmente importantes para entender los problemas que presentan los niños pequeños.

El fracaso de la CIE y el DSM de especificar procedimientos para evaluar los problemas conductuales, emocionales y sociales ha impulsado el desarrollo de otras EDEs. Reconociendo la necesidad de obtener información tanto de los padres como del niño, las EDEs diseñadas para el diagnóstico de los niños incluyen entrevistas a los padres. Algunas de las EDEs también incluyen cuestionarios para los educadores. Sin embargo, las diferencias entre los resultados de los cuestionarios administrados a los padres, educadores y niños, hacen difícil establecer conclusiones de tipo sí-no sobre cada criterio diagnóstico.

Dado que las EDEs se utilizan ampliamente para realizar diagnósticos con fines de investigación, muchas publicaciones presentan resultados con diagnósticos realizados con las EDEs. Sin embargo, la extensa formación y gran cantidad de tiempo necesario para su administración, limitan su uso en la práctica clínica. En consecuencia, debemos preguntarnos si los resultados obtenidos en las investigaciones con diagnósticos realizados con las EDEs, pueden ser aplicados a diagnósticos realizados mediante una evaluación clínica. Los metanálisis indican una buena concordancia para ciertos diagnósticos realizados por medio de las EDEs y las evaluaciones clínicas—como la anorexia nerviosa—, pero baja concordancia para otros diagnósticos frecuentes, como el trastorno de ansiedad generalizada. En la totalidad de diagnósticos considerados en los metanálisis, las EDEs y las evaluaciones clínicas arrojaban los mismos diagnósticos en el 39% de los pacientes, y diagnósticos diferentes en el 61% de los casos, después de la corrección por azar.

Además de las EDEs basadas en juicios de sí-versus-no sobre los criterios diagnósticos, se han desarrollado instrumentos para cuantificar los problemas. Algunos incluyen elementos similares a los criterios diagnósticos para una categoría diagnóstica particular, como el TDAH. Otros incluyen elementos más diversos, que se asemejan a los criterios diagnósticos pero que no tienen un homólogo exacto en las categorías diagnósticas.

Otra forma de construir modelos clínicos, es trabajar de abajo hacia arriba, comenzando con puntuaciones de los diversos problemas que pueden

presentar una gran cantidad de niños. Las puntuaciones son entonces analizadas estadísticamente para identificar síndromes definidos por problemas que ocurren simultáneamente. Para su uso en evaluaciones clínicas, las puntuaciones se calculan sumando las puntuaciones de los elementos que constituyen cada síndrome. Para que los profesionales puedan determinar si las puntuaciones están en el rango normal, en el límite del rango clínico, o en el rango clínico, las escalas de los síndromes se representan en forma de perfiles, en relación con las normas para el género y la edad del niño, así como también según el tipo de informante, ya sean los padres, educadores o el propio niño. Para tener en cuenta las diferencias entre los problemas referidos por los niños en diferentes países, se pueden seleccionar normas basadas en datos multiculturales de muchos países. Además, para ayudar al profesional a hacer comparaciones entre informadores, las puntuaciones de cada ítem y escala, de múltiples informadores, puede ser representadas jutas, con las puntuaciones de cada escala y de cada informador estandarizadas según la edad y el género del niño, el tipo de informador, y el grupo cultural.

Los síndromes generados estadísticamente proporcionan modelos de abajo hacia arriba para comprender los problemas que presentan los niños. Sin embargo, también existen instrumentos basados en modelos de arriba hacia abajo, como son las escalas desarrolladas a partir de los criterios del DSM, que reflejan el juicio clínico de expertos de muchas culturas.

NECESIDAD DE UNA EVALUACIÓN BASADA EN MODELOS DE PAÍSES EN DESARROLLO

La necesidad de servicios de salud mental en países en desarrollo o de bajos ingresos es al menos tan importante como en los países desarrollados, pero los países en vías de desarrollo disponen de muchos menos profesionales cualificados en salud mental. La fotografía de la página 18 muestra a uno de los autores de este capítulo en un servicio de salud de un país en vías de desarrollo, donde los niños están esperando ser atendidos por una enfermera – abrumada por la gran cantidad de pacientes. Por lo tanto, hay una necesidad urgente de utilizar instrumentos de evaluación que ayuden al personal sanitario con un exceso de trabajo. Estos instrumentos deberían ser capaces de obtener información fiable de los padres y – si es posible – de educadores y de los mismos niños. Tales instrumentos pueden servir, al menos, para los siguientes propósitos: (a) conocer mejor los trastornos mentales en niños; (b) integrar los datos de estos problemas en los sistemas de información sanitaria; y (c) ayudar a la identificación de los casos que necesitan ser derivados a especialistas. El caso clínico de la página 19 ilustra una evaluación basada en modelos en un país en desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach TM (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2012). *Multicultural Guide for the ASEBA Forms & Profiles for Ages 1½-18* (2nd ed). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision. Washington, DC: Author.
- Cohen J (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46. doi:10.1177/001316446002000104
- Cohen P, O'Connor P, Lewis S et al (1987). Comparison of DISC and K-SADS-P interviews of an epidemiological sample of children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26:662-667. doi:10.1097/00004583-198709000-00009
- Conners CK (2001). *Conners' Rating Scales-Revised Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- De Los Reyes A (2011). More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40:1-9. doi:10.1080/15374416.2011.533405
- DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD et al (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. New York: Guilford.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655. doi:10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x
- Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (Eds) (2008). *Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
- Muratori F, Narzisi A, Tancredi R et al (2011). The CBCL 1.5-5 and the identification of preschoolers with autism in Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20:329-338. doi:10.1017/S204579601100045X
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Tenth Revision of the International Classification of Diseases* (10th ed). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva, Switzerland: Author. Rettew DC, Doyle A, Achenbach TM et al. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18:169-184. doi:10.1002/mpr.289
- Reynolds CR & Kamphaus RW (2004). *Behavior Assessment System for Children* (2nd ed). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Rutter M (2011). Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:647-660. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:28-38. doi:10.1097/00004583-200001000-00014
- Sikora DM, Hall TA, Hartley SL et al (2008). Does parent report of behavior differ across ADOS-G classifications: Analysis of scores from the CBCL and GARS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:440-448. doi:10.1007/s10803-007-0407-z
- Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families (1994; 2005). *Diagnostic Classification 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (1st edition, revised edition). Washington, DC: Author.