



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**

**“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

**CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**Título de tesis:**

**Estudio de validez y confiabilidad de la escala de irritabilidad: ARI (Affective Reactive Index) en adolescentes con psicopatología**

**Presenta:**

Dr. Andrés Rodríguez Delgado

**Tutores:**

Teórico: Dr. Francisco Rafael de la Peña Olvera

Metodológico: Dr. Lino Palacios Cruz

México, D.F. Diciembre de 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

<b>I.</b>	<b>Marco teórico.....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>Justificación.....</b>	<b>11</b>
<b>III.</b>	<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>12</b>
<b>IV.</b>	<b>Pregunta de investigación.....</b>	<b>13</b>
<b>V.</b>	<b>Hipótesis.....</b>	<b>13</b>
<b>VI.</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>13</b>
<b>VII.</b>	<b>Material y método.....</b>	<b>14</b>
<b>VIII.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>21</b>
<b>IX.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>28</b>
<b>X.</b>	<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>33</b>
<b>XI.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>39</b>

*Cualquiera puede enojarse, eso es algo sencillo;  
pero enojarse con la persona adecuada, con la intensidad exacta,  
en el momento oportuno, con el propósito justo y de forma correcta;  
eso no está en la capacidad de cualquiera, eso no es sencillo.*

*- Aristóteles (320 A.C.)*

## I. MARCO TEÓRICO

La irritabilidad apropiada al desarrollo es aquella ira y conducta relacionada que se experimenta ante la frustración dentro de un contexto esperable <sup>(1)</sup>. Con frecuencia se presentan diversos periodos de irritabilidad entre los niños sin psicopatología diagnosticable, particularmente durante algunas fases específicas del desarrollo humano <sup>(3)</sup>. Sin embargo, su presencia ante un umbral bajo de tolerancia a la frustración, aparición en un contexto inesperado, de manera intensa o crónica representa una condición nosológica psiquiátrica, siendo así, uno de los síntomas más comúnmente reportados en niños y adolescentes, a través de un amplio rango de condiciones psiquiátricas. De hecho, en los últimos 10 años, ha surgido extensa evidencia de que los niños y jóvenes que presentan irritabilidad, ira y/o pataletas severas tienen diferentes correlatos y respuesta a tratamiento, que los diferencian de otros con el mismo diagnóstico <sup>(16)</sup>.

Aunque el término de irritabilidad como tal, no está definido en los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales IV y 5 (DSM IV y 5 por sus siglas en inglés), se le puede conceptualizar como una propensión a reaccionar con ira, mal humor o rabietas de manera desproporcionada a la situación, y se encuentra como una característica de los criterios diagnósticos de diversos trastornos como el Trastorno Negativista Desafiante (TND), Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y Trastorno Distímico (TDi) en niños y adolescentes; y tanto en jóvenes como en adultos, en los criterios diagnósticos del Trastorno Bipolar (TB), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) y Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Siendo de esta manera la irritabilidad, enlistada como un síntoma de diversos trastornos, aunque las investigaciones en su medición han sido limitadas hasta el momento <sup>(2, 6, 45, 46)</sup>.

La prevalencia exacta de la irritabilidad es desconocida sin embargo, evidencia indirecta sugiere que puede ser bastante común en este grupo etario. El constructo de labilidad emocional, definido como la diátesis a reaccionar ante estímulos triviales con una respuesta emocional intensa de duración variable y

operacionalizado a través de la presencia de cambios extremos en el ánimo en la dirección de 3 importantes dominios: ira, tristeza y alegría, fue utilizado recientemente en un estudio comunitario en el Reino Unido (RU) y fue observado con una prevalencia de 6% en jóvenes de entre 8 y 19 años de edad. En dicho estudio se observó que la labilidad emocional se encuentra asociada a la presencia de un amplio rango de psicopatología, es decir, que existe una asociación entre labilidad emocional y trastornos externalizados “puros” y con trastornos internalizados “puros”, siendo esta asociación más fuerte con ambos tipos comórbidos y además, dicha relación aparentemente no es una simple consecuencia del incremento de la severidad al encontrarse ambos grupos de trastornos comórbidos, como se demuestra después de la realización de un ajuste del efecto de la severidad conjunta, lo cual a la vez, apunta hacia la posibilidad de que la labilidad emocional represente un factor de riesgo tanto para trastornos externalizados como para internalizados (4). De hecho, en las primeras versiones de la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud (CIE, por las siglas en inglés de International Classification of Diseases and Related Health Problems) así como en las del DSM, los síntomas de irritabilidad fueron incluidos como parte del TND y debido a ello, este trastorno puede ser conceptualizado como un trastorno de la regulación emocional. (33, 47)

Desde una perspectiva del desarrollo, los trastornos mentales han sido considerados como el resultado de diferentes trayectorias maladaptativas. Aproximadamente el 80% de los trastornos mentales en adultos vienen desde la infancia o la adolescencia (2). En ocasiones, un trastorno es observado en diferentes estadios del desarrollo (continuidad homotípica) sin embargo, en otras ocasiones el fenotipo clínico se presenta diferente, dependiendo del momento del desarrollo en el que se diagnostica el trastorno (continuidad heterotípica) (7).

En relación con ello, diversos estudios retrospectivos han mostrado que hasta en el 50% de los casos, el TB comienzan durante la adolescencia(2). Durante los últimos 25 años se ha observado un incremento en el diagnóstico del TB pediátrico en los Estados Unidos de América (EUA) con prevalencias que ascienden desde 5 veces en poblaciones hospitalarias hasta 40 veces en

pacientes ambulatorios <sup>(19)</sup>. A pesar de ello, la prevalencia absoluta del TB pediátrico en poblaciones comunitarias pediátricas se mantiene relativamente baja ( $\leq 1\%$ ) y además, este incremento en la prevalencia no se ha observado en países diferentes de Estados Unidos de Norteamérica (EUA), por lo que el incremento en el diagnóstico ha sido atribuido a cambios en las convenciones diagnósticas, ya que clínicos e investigadores han adoptado la creencia de que la manía en la niñez puede presentarse como una irritabilidad crónica y severa, más que como la clásica y episódica presentación de síntomas de manía <sup>(20, 21)</sup>.

Para facilitar la investigación y clarificar las fronteras diagnósticas en el TB pediátrico, *Leibenluft y colaboradores (2003)* introdujeron un constructo denominado como Desregulación Severa del Ánimo (SMD, por las siglas en inglés de Severe Mood Dysregulation) el cual puede ser visto como un subtipo específico del denominado “fenotipo ampliado” del TB pediátrico. La SMD se define como una condición caracterizada por un estado de ánimo anormal de base, en el cual puede aparecer irritabilidad, ira y/o tristeza, notable para otros y presente la mayor parte del tiempo; en adición con datos de hiperactivación (3 ó más de los siguientes: insomnio, inquietud, distractibilidad, pensamientos acelerados o fuga de ideas, discurso acelerado e intrusividad) e incremento de la reactividad a estímulos negativos (por ejemplo: explosiones verbales, conductuales o rabietas) al menos 3 veces por semana. Dichos síntomas deben estar presentes antes de los 12 años de edad, persistir al menos un año (sin ningún periodo de más de 2 meses sin su presencia) y causar deterioro significativo en al menos 2 de 3 contextos (por ejemplo: casa, escuela, pares) <sup>(8)</sup>. El establecimiento de este constructo se realizó con la intención de compararlo con la presentación clásica de la irritabilidad, es decir, con la presentación episódica de síntomas de manía, lo cual ha sido denominado como “fenotipo estrecho”; y para determinar si se trata de diferentes síndromes o más bien, de diferentes manifestaciones de un mismo trastorno <sup>(9)</sup>.

Los estudios realizados han mostrado que los constructos de irritabilidad episódica (característica del TB) y crónica (característica del SMD) son separables y permanecen estables en el tiempo. De hecho, la correlación de la irritabilidad

episódica entre la adolescencia temprana y tardía es de 0.79, mientras que la correlación de la irritabilidad crónica es de 0.56. Sin embargo, la correlación entre la irritabilidad episódica y crónica es mucho menor, de 0.34 en la adolescencia temprana y de 0.26 en la adolescencia tardía. Debido a ello, la irritabilidad crónica y la episódica rara vez se traslapan, aunque son estables a través del tiempo cada una de ellas. Además, tienen diferentes asociaciones con la edad, por un lado, la irritabilidad episódica tiene una asociación lineal, mientras que la irritabilidad crónica presenta una trayectoria curvilínea con un pico en la adolescencia media. Así mismo, existen diferentes asociaciones longitudinales entre ambas, ya que la irritabilidad episódica en la adolescencia temprana está asociada con el TAG, con la Fobia Específica y los episodios de manía en la adolescencia media, y solo con manía en la adultez temprana. La irritabilidad crónica en la adolescencia temprana, por otro lado, se asocia con trastornos del comportamiento perturbador y en la adolescencia tardía con el TDM (3,14).

En otros estudios, en los que se comparan ambos constructos se han observado niveles de deterioro similar en niños con SMD y TB, basándose en la Escala de Evaluación Global de Niños (C-GAS, siglas en inglés de Children's Global Assessment Scale; DSA  $47.4 \pm 9$ ; TB  $51.1 \pm 10$ , ambos indicadores de deterioro moderado) (12). Se ha observado que los niños con SMD tienen una menor edad de inicio de los síntomas, mayores tasas de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y TND que niños con TB y son con mayor frecuencia varones. En contraste con ello, en el TB pediátrico se observa igualdad entre ambos géneros, mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas e intentos suicidas que aquellos con SMD (10). Así mismo, se ha observado que niños con irritabilidad episódica presentan con mayor frecuencia antecedentes heredo-familiares de TB, episodios psicóticos y de depresión mayor en comparación con aquellos con irritabilidad crónica (11).

Se han realizado análisis longitudinales con la intención evaluar si los niños con SMD desarrollarán episodios de manía, observándose que la irritabilidad crónica en jóvenes no predice la aparición de TB ni trastornos de personalidad, pero si predice la aparición de TDM, TAG y TDi en el seguimiento a 20 años (6).

Así mismo, estudios longitudinales prospectivos en pre escolares han evidenciado que la irritabilidad crónica predice la aparición de TDM, TND y deterioro en el funcionamiento, así como la asociación con TDM y trastornos de ansiedad en los padres. Por otro lado, se ha observado que solo en el 1.2% de los jóvenes que cumplen con los criterios del SMD presentarán un episodio de manía, hipomanía o estado mixto en estudios de seguimiento a 2 años, lo cual representa una probabilidad 50 veces menor comparado con los jóvenes con diagnóstico de TB, es decir, con el fenotipo estrecho de irritabilidad <sup>(13)</sup>. A pesar de estas diferencias entre el TB y el SMD, diversas investigaciones han mostrado que en ambos casos existe una asociación con deficiencias en identificación de estados emocionales de otros a través de pistas no verbales como la expresión facial y prosodia y además, presentan mayores niveles de miedo ante estímulos neutros <sup>(22, 23, 24)</sup>. De igual manera, comparado con controles sanos, los jóvenes con irritabilidad tanto episódica como crónica, muestran mayor estrés psicológico y conductual en respuesta a la frustración o la retroalimentación negativa, aunque los jóvenes con SMD muestran mayor activación y afecto negativo que los jóvenes con TB <sup>(25)</sup>.

A pesar de que gran parte de la investigación en cuanto a la irritabilidad que se presenta en niños y adolescentes se ha realizado utilizando los constructos antes comentados, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) decidió no incluir al SMD como una nueva categoría y en lugar de ello, agregó una nueva categoría denominada como Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional (TDRE). El desarrollo de este trastorno ha sido controversial, en parte debido a que no existe suficiente información publicada que utilice los criterios diagnósticos de este constructo, ya que el respaldo científico del TDRE está dado principalmente por los estudios que se han realizado utilizando el constructo de SMD, con el cual tiene similitudes aunque no es igual <sup>(15, 46)</sup>. El TDRE tiene 2 síntomas criterio cardinales: rabietas severas y ánimo irritable crónico. Así mismo, tiene criterios de frecuencia (al menos 3 rabietas por semana), duración (al menos 12 meses sin que haya más de 3 meses consecutivos sin que se cumplan los criterios), de persistencia (ánimo irritable o mal humor la mayor parte del día, casi diario), edad mínima (6 años), edad de presentación (antes de

los 10 años) y contexto (presente en varios escenarios). Finalmente, el TDRE tiene un relativamente complejo criterio diagnóstico de exclusión, en el cual se establece la necesidad de realizar solamente el diagnóstico de TDRE, ante la presencia de los criterios del TND comórbidos <sup>(46)</sup>. Ya que los criterios diagnósticos del TDRE se traslapan con los de otros trastornos psiquiátricos, se han realizado estudios en muestras representativas de pre escolares y jóvenes de 9 a 17 años de edad, mediante la evaluación con instrumentos como el CAPA (por las siglas en inglés de Child and Adolescent Psychiatric Assessment) y el PAPA (por las siglas en inglés de Preschool Age Psychiatric Assessment). En ellos se ha observado una prevalencia a 3 meses de entre 0.8 y 3.3%, sin observarse alguna diferencia en cuanto al género. Así mismo, se ha observado la co-ocurrencia con todos los trastornos psiquiátricos comunes, aunque en menor medida con los trastornos de ansiedad y TDAH. En ese sentido, el nivel más alto de co-ocurrencia ha sido observado con los trastornos depresivos (OR=9.9-23.5) y el TND (OR=52.9-103.0). Dichos estudios también han evidenciado que la probabilidad de que el TDRE se presente solo es altamente variable, entre el 8% y el 38%, y la probabilidad de que se presente comórbidamente tanto con un trastorno externalizado como con uno internalizado varía de un 32% a un 68%. Además, se ha observado que los jóvenes con TDRE experimentan altos niveles de deterioro social así como tasas elevadas de suspensión escolar reciente, con mayor frecuencia provienen de familias con bajo nivel socioeconómico y en el seguimiento a 3 meses, del 45% al 61% tienen altas tasas de uso de servicios (salud mental, medicina general, servicio social, servicios de justicia juvenil) <sup>(18)</sup>. Aunque el grupo de trabajo en la Clasificación de Trastornos Mentales y Conductuales en Niños y Adolescentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la inclusión de una versión modificada del TDRE dentro de la CIE-11, la falta de evidencia sólida que respalde al constructo, condujo al rechazo de dicha propuesta <sup>(34)</sup>.

Otras investigaciones se han enfocado en examinar la irritabilidad como parte de la sintomatología observada en el TND sin incorporar síntomas de hiperactivación o posibles elementos de manía como en el caso de SMD. Los

jóvenes con TND pierden el control, argumentan, desafían reglas, deliberadamente molestan a otros y son rencorosos o vengativos, en síntesis, presentan una variedad de síntomas que conduce a una heterogeneidad significativa para el nivel de desarrollo y presentación del trastorno. Al igual que otros trastornos en la infancia, el TND presenta un alta comorbilidad ya que hasta el 92.4 % de los que presentan TND a lo largo de la vida también cumplen criterios para otro trastorno mental <sup>(35, 46)</sup>. Se ha observado que el TND presenta tanto una comorbilidad homotípica como por ejemplo con el TD o el TDAH, así como comorbilidad heterotípica con entidades como el TDM o el TAG <sup>(36)</sup>. Como reflejo de dicha heterogeneidad sintomatológica y de comorbilidad, se ha definido al TND a través de 3 dimensiones: irritable, terca e hiriente, tomando en consideración el predominio de los síntomas-criterio que conforman el diagnóstico de TND. Aunque la evidencia que respalda dicha perspectiva es limitada hasta el momento, las investigaciones han mostrado que la dimensión irritable del TND con mayor frecuencia se encuentra asociada con trastornos emocionales como el TDM y trastornos de ansiedad en comparación con el resto de las dimensiones del TND. Por otro lado, la dimensión de terquedad se asocia con mayor frecuencia con el TDAH y la hiriente con el TD en estudios de seguimiento a 3 años y transversales <sup>(37)</sup>. Estudios longitudinales han evidenciado que la dimensión irritable del TND es estable y además, podría funcionar como un predictor de victimización por pares y rasgo de falta de emociones pro-sociales a la edad de 8, 10 y 13 años <sup>(38)</sup>. Así mismo, las dimensiones de terquedad e hiriente han mostrado evidencia fenotípica y genética que asocia a estas en mayor medida con la delincuencia mientras que la dimensión irritable está más asociada a la depresión <sup>(39)</sup>. Estos hallazgos enfatizan de manera consistente que la dimensión irritable del TND predice un curso heterotípico como lo es la depresión y ansiedad sin embargo, no apoya necesariamente que se deba realizar una escisión del TND en distintos subtipos o trastornos <sup>(40)</sup>.

A pesar de todo lo anterior, la investigación en la irritabilidad sobretudo en jóvenes, se ha obstaculizado por un lado debido a la falta de una adecuada conceptualización y por otro lado, por la falta de instrumentos adecuados para su

medición. Históricamente, la irritabilidad ha sido conceptualizada como un componente de la hostilidad y por tanto, medida a través de auto-reportes y escalas como el inventario de hostilidad de *Buss-Durkee*, sin embargo, este instrumento es bastante largo y por ello poco práctico en la práctica clínica y la investigación, además de que no se enfocaba en el fenómeno de irritabilidad por sí mismo <sup>(29)</sup>. La escala de irritabilidad, depresión y ansiedad, creada por *Snaith, Constantopoulos, Jardine y McGuffin*, es un auto-reporte que permite valorar la irritabilidad asociada a síntomas de ansiedad, depresión y autolesiones, lo cual ha motivado el cuestionamiento de su validez en la evaluación del fenómeno de irritabilidad <sup>(30)</sup>. La escala de irritabilidad de *Born-Steiner* incluye 14 preguntas las cuales se califican a través de una escala tipo Likert, así mismo incluye, 7 reactivos visuales análogos que establecen si el nivel actual de irritabilidad es una desviación de la normalidad y como ha afectado el funcionamiento del sujeto. Sin embargo, esta escala fue desarrollada específicamente para uso en mujeres , y como tal, no ha sido utilizada por investigadores en población en general <sup>(31)</sup>. Además, todas estas escalas fueron diseñadas para usarse en población adulta y por tanto, cuenta con un formato para padres. Investigaciones recientes en niños y adolescentes han utilizado reactivos contenidos en entrevistas diagnósticas, por ejemplo del K-SADS-PL (siglas en inglés de Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children), para determinar la presencia de irritabilidad. Sin embargo, dichas entrevistas cuentan con muy pocos reactivos que hablen sobre irritabilidad y dado que es necesario el entrenamiento de los clínicos e investigadores para su utilización adecuada, se vuelven costosas, además de que su aplicación consumo bastante tiempo <sup>(26)</sup>.

Recientemente *Stringaris y colaboradores (2012)*, desarrollaron el Índice de Reactividad Afectiva (ARI, por las siglas en inglés de Affective Reactive Index) a través la irritabilidad es conceptualizada y operacionalizada de forma breve y sencilla, como una tendencia a ser molestado o presentar labilidad emocional, ira y/o rabietas. Mediante esta escala, es posible valorar la irritabilidad durante los últimos 6 meses, lo cual es considerado como una característica de cronicidad. Específicamente, la escala ARI fue diseñada para examinar en jóvenes y sus

padres 3 aspectos de irritabilidad: a) umbral para reaccionar con enojo, b) frecuencia de afecto/conducta de enojo y c) duración de estos. De esta manera, está diseñada para determinar el estado de ánimo irritable, en lugar de las posibles consecuencias de esta como podrían ser la hostilidad o actos agresivos, ya que estos pueden o no ocurrir en presencia de irritabilidad. Así mismo, la escala está diseñada para obtener información comparable de los jóvenes (a través de un auto-reporte) y de los padres (mediante el reporte de padres), así como para ser: a) breve, b) simple y c) adecuada para su uso como instrumento de tamizaje en la práctica clínica y estudios epidemiológicos. Actualmente la escala ha sido probada y validada utilizando poblaciones clínicas y epidemiológicas en 3 diferentes países <sup>(16)</sup>.

## **II. JUSTIFICACIÓN**

La irritabilidad es uno de los síntomas más comunes y causantes de deterioro, observables en la psiquiatría actual, tanto en adultos como en jóvenes. Su presencia crónica y asociación a explosiones de ira en niños y adolescentes, involucra la necesidad de atención medico-psiquiátrica en servicios de urgencias; y en muchos de los casos, la necesidad de hospitalización, contribuyendo de esta manera en la carga en el uso de servicios médicos y psicosociales. La irritabilidad representa todo un reto en cuanto a dónde y cómo debe ser categorizada dentro los sistemas de clasificación diagnóstica de trastornos mentales. De hecho, la reciente aparición en el DSM-5 del TDRE, entidad caracterizada por la presencia de irritabilidad crónica y rabietas frecuentes, tiene esta intención. Sin embargo, la introducción de esta entidad ha creado diversas inquietudes, ya que las investigaciones que lo respaldan han sido realizadas por unos cuantos grupos de trabajo, y el respaldo científico parte de las investigaciones realizadas en jóvenes con SMD, entidad que no necesariamente representa la presencia de irritabilidad crónica ya que el diagnóstico se justifica también ante la presencia de tristeza y además cuenta con criterios diagnósticos al respecto de datos de hiperactivación, mismo que no son necesarios para el diagnóstico del TDRE. Por tanto, se crea el

cuestionamiento al respecto del grado al cual la información obtenida con estas muestras pueden ser directamente aplicadas al TDRE como se ha hecho hasta el momento.

Aunque resaltan las potenciales consecuencias negativas del hecho de tener una nueva categoría diagnóstica en la infancia y adolescencia, ya que ello podría traer como consecuencia un incremento en el uso de psicofármacos en jóvenes; con todo ello, se abren las puertas a toda una rama de investigación en el campo de la psiquiatría infantil y de la adolescencia que necesita ser más comprendida para mejorar su identificación y optimizar el tratamiento.

La escala ARI, utilizada para la detección y medición de irritabilidad crónica en niños y adolescentes, es uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente con ese fin. Por tanto, y tomando en cuenta la necesidad de contar con un instrumento válido y confiable en México es que se propone el siguientes estudios de culturalización, validez y confiabilidad de la escala ARI en sujetos mexicanos.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los sistemas de clasificación actuales existen diversos trastornos en donde se toma a la irritabilidad como uno de los síntomas clave. Así mismo, existe amplia evidencia reportada en la literatura al respecto de cómo dichos trastornos se asocian a un importante deterioro en el funcionamiento global en los niños y adolescentes que lo padecen, además del impacto que ello conlleva en los sistemas de salud. Tomado en cuenta ello, el interés en la investigación de la irritabilidad crónica ha crecido lo cual ha llevado a su vez a la creación de nuevas categorías diagnósticas, algunas de las cuales han tienen un uso solamente en la investigación como es el caso del DSM, y otras como el TDRE que pretenden ser utilizadas tanto con fines de investigación como clínico. Además, otros categorías existentes han sido reformuladas y sub tipificadas con este fin, como es el caso de TND. De esta manera es evidente la dificultad que existe en poder unificar las

mediciones de un fenómeno tan ampliamente observado en la psicopatología en jóvenes por lo que el contar con un instrumento como el ARI que es breve y confiable en la medición de irritabilidad crónica es de gran importancia. Aunque dicho instrumento cuenta con una validez y confiabilidad buenas, esto solo ha sido realizado en poblaciones de EUA y RE por lo que es importante valorar ello en población mexicana.

#### **IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Será la escala ARI un instrumento con adecuada validez y confiabilidad para la medición de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos con psicopatología?

#### **V. HIPÓTESIS**

La escala ARI será un instrumento con adecuada validez y confiabilidad para la medición de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos con psicopatología como se ha observado en estudios realizados en otros países.

#### **VI. OBJETIVOS**

##### **GENERAL**

Determinar la validez y confiabilidad de la escala ARI en adolescentes mexicanos con psicopatología

##### **ESPECÍFICOS**

a) Determinar la validez de constructo de la escala ARI en la versión de auto-reporte y en la de padre/tutor.

b) Determinar la validez de criterio externo de la escala ARI en la versión de auto-reporte y en la de padre/tutor.

c) Determinar la validez divergente de la escala ARI en la versión de auto-reporte y en la de padre/tutor.

d) Determinar la consistencia interna de la escala ARI en la versión de auto-reporte y en la de padre/tutor.

e) Determinar la confiabilidad temporal de la escala ARI en la versión de auto-reporte y en la de padre/tutor.

f) Determinar la confiabilidad interinformante de la escala ARI.

## **VII. MATERIAL Y MÉTODO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Estudio de proceso, comparativo, homodémico y longitudinal (test retest).

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

a) Pacientes hombres y/o mujeres admitidos para atención y tratamiento en la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM).

b) Edad de 13 a 17 años 11 meses.

c) Pacientes mexicanos.

d) Aceptación voluntaria de la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento/asentimiento informado del adolescente y de uno de los padres/tutor. *Anexo 1al 4*

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes que no sepan leer y/o escribir y que presenten algún grado de discapacidad intelectual.
- b) Pacientes que presenten síntomas psicóticos.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) A solicitud del paciente y/o su padre/tutor.
- b) Llenado incompleto de escalas auto-aplicables.

## PROCEDIMIENTO GENERAL

A todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, durante la cita de primera vez en la Clínica de la Adolescencia del INPRFM, se les proporcionó las escalas ARI versión sujeto, la escala Birlson (DSRS, por las siglas en inglés de Depression Self Rating Scale), el tamizaje de Ansiedad asociado a Trastornos Emocionales para Niños (SCARED, por las siglas en inglés de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) versión sujeto. Así mismo, al padre/tutor (familiar responsable) de estos se les proporcionó las escalas ARI versión padre/tutor y el cuestionario de Swanson, Nolan y Pelham IV (SNAP IV) versión padre/tutor. Todas las escalas auto-aplicables fueron contestadas en presencia de un clínico, quien revisó cada una de ellas con la intención de confirmar el llenado correcto. En caso de que algún sujeto (y/o padre/tutor) dejará sin responder algún reactivo se le regresó el cuestionario para el llenado adecuado. Posterior al llenado de las escalas auto-aplicables y ciego a los resultados de estas, el investigador principal realizó una entrevista a todos los participantes utilizando el suplemento de TDRE y TND del K-SADS-PL.

Para proporcionar por segunda ocasión la escala ARI en ambas versiones, se escogió la cita de confirmación diagnóstica realizada en la Clínica de la Adolescencia, toda vez que esta se realizó una semana después de la cita de primera vez. Además, en dichas citas se realiza una entrevista diagnóstica a través de la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (BPRS-C, por sus siglas en inglés) para establecer el (los) diagnóstico(s), mismos que fueron recabados en cada uno de los sujetos.

Se acudió a una escuela secundaria y preparatoria privada cercana al INPRFM para solicitar la participación de algunos alumnos y de esta manera establecer un grupo control. Se planeaba otorgar sobres cerrados a los alumnos de 2 grupos de clase completos de dicha escuela (uno de secundaria y uno de preparatoria) los cuales contendrían los consentimientos/asentimientos informados para el sujeto control, consentimiento informado para el padre y la escala ARI en ambas versiones. Se programaría una fecha posterior para la recolección de los sobres y realización de una evaluación a través del Mini-International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-KID, por sus siglas en inglés) en aquellos que aceptaran participar y posteriormente, se les proporcionaría nuevamente la ARI en ambas versiones, para finalmente recoger, en una tercer visita programada en la escuela dichas escalas, sin embargo, no fue posible establecer la participación de la institución educativa.

## POBLACIÓN DEL ESTUDIO

En total se solicitó la participación de 101 sujetos que acudieron a la Clínica de la Adolescencia del INPRFM, sin embargo, 18 sujetos no aceptaron participar en el estudio. Por tanto, el grupo clínico consistió en 83 sujetos, los cuales fueron agrupados en 3 diferentes categorías: 1) grupo con psicopatología internalizada y 2) grupo con psicopatología externalizada, dependiendo del diagnóstico principal establecido a través del BPRS; y finalmente un tercer grupo, el grupo con psicopatología mixta, el cual consistió de sujetos en los cuales no fue posible establecer que tipo de psicopatología era más grave y por tanto el diagnóstico

principal. Cabe señalar, en el presente estudio ningún sujeto contó con criterios de eliminación.

## DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

La escala ARI ha sido recomendada por el grupo de trabajo del DSM-5 como la escala de elección en la medición transversal de síntomas de irritabilidad. Dicha escala cuenta con una versión para el sujeto de estudio y otra para el padre o tutor. El ARI es una escala breve que consta de 6 reactivos que evalúan irritabilidad crónica e incluye un reactivo al respecto del deterioro en el funcionamiento debido a esta. Los participantes responden sobre 3 puntos en una escala tipo Likert (0 = no es cierto, 1= algo cierto, 2 = totalmente cierto) al respecto de los últimos 6 meses. La versión para el sujeto (adolescente) y del padre/tutor son similares, y solo cambia la redacción de las preguntas, por ejemplo: “tu conducta o sentimientos” para el caso de la versión del sujeto y “la conducta o sentimientos de su hijo” para el caso del reporte de los padres. La escala ARI ha sido utilizada en EUA y en RU en muestras con adolescentes y ha mostrado una excelente consistencia interna con alfas de Cronbach en rangos de 0.88 a 0.92. Aunque el reporte de los padres han mostrado estabilidad ( $r=0.88$ ) el de pacientes no ( $r= 0.29$ ) sin embargo, esto fue realizado con una muestra pequeña un año después de la medición inicial por lo que la estabilidad longitudinal se ha considerado como prometedora. <sup>(16,26)</sup> *Anexo 5 y 6*

La escala DSRS versión mexicana, diseñada para la cuantificación de la severidad de los síntomas de depresión en niños y adolescentes y también, utilizada para supervisar la respuesta a tratamiento. Dicho instrumento es una escala auto aplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos que pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación de 36. Diez de los reactivos se califican de 0 a 2 (1, 2, 4, 7-9, 11-13,15) y ocho de 2 a 0 (3, 5, 6, 10, 14, 16,17, 18). La utilización de esta escala como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte es de 14 puntos. Tiene una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0.85) por lo que puede ser

utilizada ampliamente en investigaciones clínicas y epidemiológicas para el estudio de la depresión en jóvenes. <sup>(27)</sup> *Anexo 7*

El cuestionario SNAP IV es una escala que consta de dos subescalas: inatención e hiperactividad/impulsividad, cada una de las cuales considera nueve preguntas al respecto de cada dimensión de síntomas, los cuales son los considerados por el DSM IV TR para el diagnóstico de TDAH. Dicha cuestionario permite la valoración de la sintomatología del TDAH del cero al tres de acuerdo con la intensidad de dichos síntomas. El SNAP IV cuenta con dos versiones, una para profesores y otra para padres, y en su versión en español ha mostrado una buena confiabilidad entre encuestadores no entrenados. Así mismo, ha mostrado una mayor estabilidad cuando es utilizada en estudios longitudinales. La validez empírica para la subescala de déficit de atención en esta escala presenta una sensibilidad de 54% y una especificidad de 78%, mientras que para hiperactividad-impulsividad estos valores son de 86 % y 73.5 %, respectivamente. <sup>(28)</sup> *Anexo 8*

El SCARED es un instrumento desarrollado originalmente en inglés que consta de 41 reactivos al respecto de síntomas de ansiedad. Dicha escala se compone de dos versiones, una para jóvenes y otra para el padre. Los estudios de validez del constructo de la versión en inglés han reportado 5 factores: somático/pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. Así mismo, se ha observado que el SCARED cuenta con una buena consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0.74 a 0.93 y coeficientes de correlación intraclase en un rango de 0.70 a 0.90. La validación de dicha escala en idioma Español mostró los mismos cinco factores y una consistencia interna general de 0.90. <sup>(41, 42)</sup> *Anexo 9*

Los suplementos de TDRE y TND de la entrevista diagnóstica para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños de edad escolar, K-SADS-PL, es un instrumento diagnóstico que ofrece ventajas como la disminución de la variabilidad en la recolección de la información y permite que los pacientes y sus padres participen en una evaluación integral de las emociones y la conducta del paciente. Utilizando dicha entrevista es posible codificar el número y la duración

de episodios previos, evaluar alteraciones del funcionamiento relacionadas con diagnósticos específicos y valorar el funcionamiento global del entrevistado por medio de C-GAS (por las siglas en inglés de Children's Global Assessment Scale). También proporciona información de la historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto. Dicha entrevista presenta una fiabilidad interevaluador excelente para la mayor parte de los diagnósticos y por ello funciona como "estándar de oro". <sup>(17)</sup> *Anexo 10 y 11*

El instrumento BPRS-C versión mexicana está compuesta por 25 reactivos, fue desarrollado en la Clínica de la Adolescencia del INPRFM y permite la realización de una entrevista semi estructurada para la evaluación de trastornos de conducta, del control de los impulsos, depresivos, psicóticos, de inatención e hiperactividad, del lenguaje, de ansiedad, de estrés y del sueño. Además, dicha versión tiene cinco reactivos más que la versión original, los cuales evalúan trastornos de la eliminación, hipertimia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de emociones prosociales, además de evaluar abuso psicológico y sexual. La confiabilidad ínter evaluador y test- retest es de  $r=0.824$  y  $r=0.661$ , respectivamente. Dicha entrevista tiene una duración promedio de 30 minutos, siendo necesario el entrenamiento para su aplicación. <sup>(43)</sup> *Anexo 12*

Mini-International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-Kid) es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve que explora, para detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Existen datos publicados sobre su confiabilidad y su validez de acuerdo con el SCID, tiene una sensibilidad y especificidad consideradas de buenas a muy buenas para todos los diagnósticos con excepción del TAG ( $Kappa=0.36$ ), agorafobia (sensibilidad=0.59) y bulimia ( $Kappa=0.53$ ), así como confiabilidad interevaluador y t-retest buenos. Además, fue desarrollada por los mismos autores con la finalidad de contar con un instrumento que fuese más corto y fácil de administrar en comparación con otros aplicables a niños y adolescentes. Utiliza un lenguaje más fácil de entender para este grupo de edad conservando las características esenciales del MINI. <sup>(32)</sup>

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

A cada uno de los pacientes se le ofreció participar voluntariamente con una previa explicación verbal de los procedimientos, objetivos, duración y las posibles ventajas del estudio. Se obtuvo posteriormente el consentimiento/asentimiento informado por escrito de cada uno de ellos y del padre/tutor. La descripción del estudio incluyó la información sobre la confidencialidad del mismo, la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si así se deseara y, el hecho de que la atención médica no cambiaría de aceptar o no participar en la investigación.

Este es un estudio de riesgo mínimo en el que se incluyó la evaluación médico- psiquiátrica y una revaloración una semana después. Por lo anterior, se considera que la participación en el estudio no representó perjuicio alguno para los sujetos. Además, dentro de la investigación se respetó la confidencialidad mediante la asignación de un número de folio para cada participante.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Este estudio se llevó a cabo utilizando pruebas estadísticas con una confianza del 95%. Para la descripción de los datos se utilizaron medidas de tendencia central. La validez de constructo se realizó a través de un análisis factorial utilizando un análisis de componentes principales con rotación varimax. Se estableció la validez de criterio externo a través del contraste de los resultados de la escala ARI y el “estándar de oro” el cual en este caso se trató del suplemento de TDRE y de TND del K-SADS-PL y la validez divergente se estableció contrastando los datos de la escala IRA con los datos obtenidos mediante las escalas DSRS, SNAP IV y SCARED. En ambos casos se realizaron análisis mediante estadísticas de  $X^2$  asintótica de 2 colas con 3 diferentes puntos de corte de la escala ARI. La consistencia interna se estableció mediante la obtención de alfa de Cronbach. Se establecieron  $r$  de Pearson para la confiabilidad temporal mediante la realización de un test retest una semana después de la evaluación inicial y la confiabilidad interinformante se determinó mediante la

contrastación de los datos obtenidos de las escalas aplicadas a los hijos con la de los padres y la obtención de coeficientes kappa.

## VIII. RESULTADOS

### ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

De los 83 sujetos con algún tipo de psicopatología que compusieron la población del estudio, el 48.2 % fueron hombres (n=40) y el resto mujeres (51.8 %, n= 43). La edad media de los participantes fue de 15.4 años (Desviación Estándar [DE]= 1.38). De acuerdo con la distribución por grupo de psicopatología, en el 50.6 % de la población clínica (n=42) se observó como diagnóstico principal algún trastorno internalizado, en el 27.7 % (n=23) psicopatología externalizada y el 21.6 % de los sujetos fueron clasificados en el grupo de psicopatología mixta (n=18). Los sujetos en dichos grupos presentaron las siguientes trastornos: TDM (n= 47, 56.6%), TDAH (n=31, 37.3%), TD (n=7, 8.4%), TAG (n=5, 6%), Trastorno Obsesivo Compulsivo ([TOC], n=3, 3.6%), TEPT (n=1, 1.2%), Bulimia Nervosa ([BN]n=1, 1.2%) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado Tipo 3 (n=1, 1.2%). A pesar de que solo el 2.4% (n=2) de la población presentó TND como diagnóstico principal, la aplicación sistemática del suplemento de TND del K-SADS-PL permitió observar la presencia de este diagnóstico en el 71.1% de los sujetos (n=60). Así mismo, 10.8% de la población (n=9) cumplieron con el diagnóstico de TDRE independientemente del diagnóstico principal o del grupo de psicopatología en el cual se encontraban. Además, se observó que en el 8.4 % (n=7) de los sujetos de la muestra se presentaban ambos trastornos. El promedio de los valores del ARI en la versión sujeto fue de 6.65 y de 6.47 para el caso de la versión de padre/tutor.

## VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Para el análisis factorial solo se consideraron los primeros 6 reactivos de ambas versiones de la escala ARI, excluyendo de esta manera el reactivo al respecto de deterioro en el funcionamiento. Se construyó una matriz de correlaciones mediante la obtención de un coeficiente de correlación policórico a través del método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados. De esta manera, se observó que la solución más adecuada en ambas versiones del ARI es a través de un solo factor y que la varianza explicada mediante este es del 0.79 para el caso de la versión para sujetos y del 0.75 para el caso de la versión padre/tutor. En la *Tabla 1* se muestran los valores de la carga factorial de cada uno de los reactivos del ARI para ambas versiones.

*Tabla 1.* Carga factorial de los primeros 6 reactivos del ARI (n=83).

<b>Reactivos ARI (Irritabilidad Crónica)</b>	<b>Versión Sujetos</b>	<b>Versión Padres</b>
Los demás me irritan fácilmente	0.76	0.81
Pierdo la paciencia frecuentemente	0.80	0.79
Permanezco enojado mucho tiempo	0.74	0.81
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	0.81	0.95
Me enojo frecuentemente	0.88	0.96
Pierdo la paciencia fácilmente	0.75	0.87

## VALIDEZ DE CRITERIO EXTERNO

Para realizar el contraste de los datos obtenidos del K-SADS-PL y de la escala ARI, se establecieron 3 diferentes puntos de corte de esta última utilizando 3 diferentes cuartiles: 25, 50 y 75. A través del cuartil 25, se estableció el punto de

corte en 4 para la versión de sujetos y de 3 para la versión de padre/tutor; utilizando el cuartil 50 los puntos de corte se establecieron en 6 en ambos casos, y mediante el cuartil 75 los puntos de corte fueron establecidos en 8 y 10, respectivamente. En el caso del ARI en la versión para sujetos se observó una correlación estadísticamente significativa con el diagnóstico de TND cuando se utilizaron los puntos de corte en 6 ( $X^2=6.48$ ,  $p=0.01$ ) y 8 ( $X^2=4.96$ ,  $p=0.026$ ). Aunque no se observó correlación con el diagnóstico de TDRE, el análisis mostró una tendencia hacia la significancia estadística entre el ARI versión sujeto con punto de corte en 6 y el TDRE ( $X^2=3.72$ ,  $p=0.054$ ). En el caso del ARI versión padre/tutor, se observó una correlación estadísticamente significativa utilizando los 3 diferentes puntos de corte solamente con el diagnóstico de TND (punto de corte en 3:  $X^2=10.09$ ,  $p=0.001$ ; punto de corte en 6:  $X^2=8.17$ ,  $p=0.004$ ; punto de corte en 10:  $X^2=12.18$ ,  $p<0.001$ ) . En la *Tabla 2* se presentan los valores de dichas correlaciones.

*Tabla 2.* Validez de Criterio Externo de la escala ARI: Correlación del ARI con el suplemento de TND y TDRE del K-SADS-PL utilizando diferentes puntos de corte.

<b>ARI</b>	<b>K-SADS-PL TND</b>	<b>K-SADS-PL TDRE</b>
<b>Versión Sujeto</b>	$X^2$	$X^2$
Corte 4	2.23 $p=0.135$	1.88 $p=0.177$
Corte 6	<b>6.48</b> <b><math>p=0.01</math></b>	3.72 $p=0.054$
Corte 8	<b>4.96</b> <b><math>p=0.026</math></b>	0.40 $p=0.53$
<b>Versión Padre/Tutor</b>		
Corte 3	<b>10.09</b> <b><math>p=0.001</math></b>	0.05 $p=0.822$
Corte 6	<b>8.17</b> <b><math>p=0.004</math></b>	0.15 $p=0.701$
Corte 10	<b>12.18</b> <b><math>p&lt;0.001</math></b>	0.24 $p=0.623$

## VALIDEZ DIVERGENTE

La comparación entre de los datos obtenidos de las escalas DSRS, SCARED y las subescalas de inatención e hiperactividad/impulsividad del SNAP IV con los datos de ambas versiones de la ARI fueron realizadas utilizando los 3 diferentes puntos de corte establecidos para esta última. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la versión para sujetos de la ARI y la escala DSRS (depresión) utilizando un punto de corte en 4 ( $X^2=9.37$ ,  $p=0.002$ ) y con la escala SCARED (ansiedad) utilizando los puntos de corte en 6 ( $X^2=13.08$ ,  $p<0.001$ ) y 8 ( $X^2=6.81$ ,  $p=0.009$ ). En el caso del ARI versión padre/tutor, se observó una correlación estadísticamente significativa utilizando los puntos de corte de 3 ( $X^2=5.47$ ,  $p=0.017$ ) y 6 ( $X^2=6.25$ ,  $p=0.012$ ) con el resultado positivo del SCARED. En la *Tabla 3* se presentan los datos de dichas correlaciones.

*Tabla 3.* Validez Divergente de la escala ARI: Correlación de las escalas: DSRS, SNAP IV y SCARED con el ARI utilizando diferentes puntos de corte.

ARI	DSRS	HIPERACTIVIDAD/ INATENCIÓN		SCARED
		IMPULSIVIDAD		
<b>Versión Sujetos</b>	$X^2$	$X^2$	$X^2$	$X^2$
Corte 4	<b>9.37</b> <b>p=0.002</b>	0.233 p=0.629	0.263 p=0.608	4.11 p=0.43
Corte 6	3.21 p=0.073	0.938 p=0.333	0.056 p=0.813	<b>13.08</b> <b>p&lt;0.001</b>
Corte 8	3.82 p=0.051	2.025 p=0.155	1.35 p=0.245	<b>6.81</b> <b>p=0.009</b>
<b>Versión Padre/Tutor</b>				
Corte 3	0.05 p=0.812	1.439 p=0.230	1.469 p=0.225	<b>5.47</b> <b>p=0.017</b>
Corte 6	3.21 p=0.073	1.056 p=0.304	0.630 p=0.427	<b>6.25</b> <b>p=0.012</b>
Corte 10	1.94 p=0.164	1.204 p=0.273	2.733 p=0.098	1.97 p=0.16

## CONSISTENCIA INTERNA

Se observó que la escala ARI presenta una máxima varianza con un valor de alfa de Cronbach para el caso de la versión de sujetos del 0.918 y para la versión de padre/tutor del 0.904. Además, se realizó un análisis suprimiendo en cada caso uno de los reactivos del ARI, el cual mostró que la supresión de alguno de los reactivos no mejoraba la consistencia interna de la escala como un todo.

## CONFIABILIDAD TEMPORAL

Se obtuvo la información de 65 de las 83 diadas iniciales (78.3% de la muestra total). Los datos obtenidos del test retest permitió la obtención de un coeficiente de correlación de Pearson a través del cual se observó una correlación positiva entre todos los reactivos de la escala ARI. De todos los reactivos de la escala, el reactivo 3 (“Permanezco enojado mucho tiempo”) y el 4 (“Estoy enojado la mayor parte del tiempo”) de ambas versiones, presentaron las correlaciones más altas. En la *Tabla 4* se muestran las correlaciones entre los reactivos del ARI en ambas versiones.

*Tabla 4.* Confiabilidad Temporal de la escala ARI: Correlaciones entre los reactivos del ARI (test-retest) en ambas versiones.

<b>ARI reactivos</b>	<b>Versión Sujetos r</b>	<b>Versión Padres r</b>
Los demás me irritan fácilmente	0.49	0.36
Pierdo la paciencia frecuentemente	0.48	0.38
Permanezco enojado mucho tiempo	0.67	0.44
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	0.66	0.53
Me enojo frecuentemente	0.43	0.41
Pierdo la paciencia fácilmente	0.42	0.35
En general mi irritabilidad me causa problemas	0.55	0.41

## CONFIABILIDAD INTERINFORMANTE

Utilizando los datos obtenidos de ambas versiones del ARI y a través de la obtención del coeficiente kappa ( $K$ ) se estudió la confiabilidad interinformante de la escala. A excepción del reactivo 3 (“Permanezco enojado mucho tiempo”), el cual mostró una tendencia hacia la significancia estadística ( $K= 0.150$ ,  $p=0.059$ ), el resto de los reactivos mostraron una correlación estadísticamente significativa entre ambas versiones (Ver *Tabla 5*).

*Tabla 5.* Confiabilidad interinformante de la escala ARI: Valores de coeficiente kappa para cada reactivo del ARI.

<b>ARI reactivos (Versión sujeto vs padre/tutor)</b>	<b>Valor <math>K</math></b>
Los demás me irritan fácilmente	<b>0.261, <math>p=0.002</math></b>
Pierdo la paciencia frecuentemente	<b>0.257, <math>p=0.002</math></b>
Permanezco enojado mucho tiempo	0.150, $p=0.059$
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	<b>0.318, <math>p&lt;0.001</math></b>
Me enojo frecuentemente	<b>0.302, <math>p&lt;0.001</math></b>
Pierdo la paciencia fácilmente	<b>0.190, <math>p=0.018</math></b>
En general mi irritabilidad me causa problemas	<b>0.234, <math>p=0.001</math></b>

## PRUEBA DIAGNÓSTICA

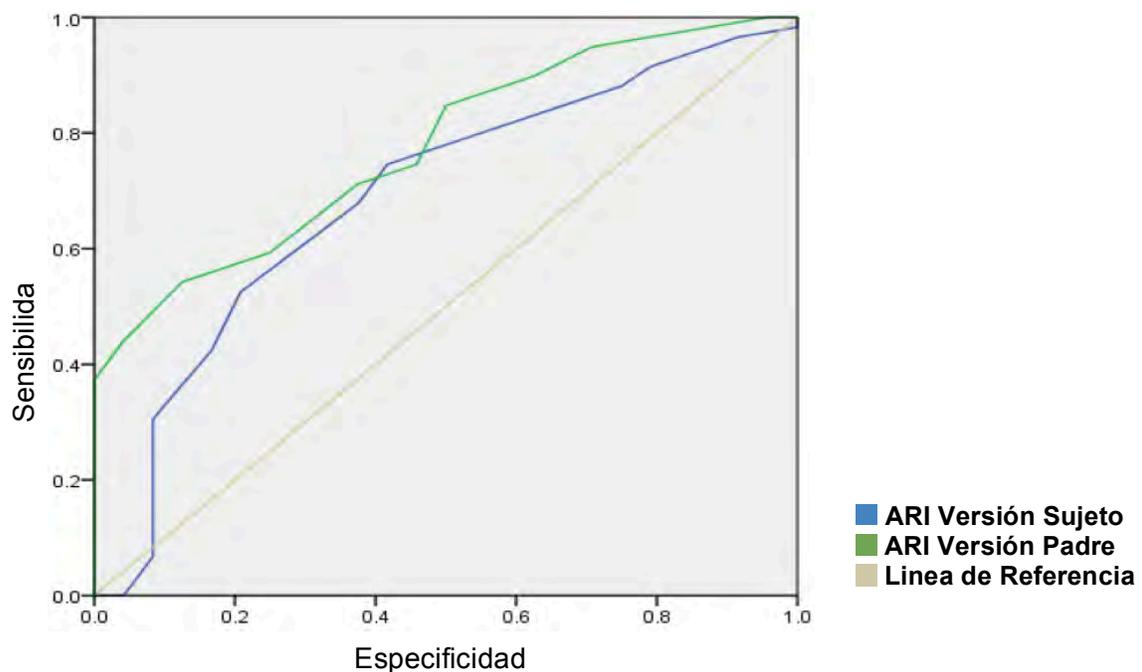
La obtención de una curva ROC (Siglas en inglés de Característica Operativa del Receptor, ver *Figura 1*) permitió establecer los diferentes puntos de corte para la escala ARI como instrumento de detección del TND. Dicho análisis mostró que en ambas versiones de dicha escala, el mayor equilibrio entre

sensibilidad y especificidad se presenta al utilizar los puntos de corte entre 2.5 y 3.5.

*Tabla 6.* Prueba diagnóstica de la escala ARI para la detección de TND: sensibilidad y especificidad de la ARI utilizando diferentes puntos de corte.

ARI	Positivo si $\geq$	Sensibilidad	Especificidad
<b>Versión Sujeto</b>			
	2.5	0.915	0.792
	3.5	0.881	0.75
	4.5	0.746	0.417
	5.5	0.678	0.375
<b>Versión Padre/Tutor</b>			
	2.5	0.898	0.625
	3.5	0.847	0.50
	4.5	0.746	0.458
	5.5	0.712	0.375

*Figura 1.* Curva ROC de la escala ARI



## IX. DISCUSIÓN

Este trabajo reporta las propiedades psicométricas de ambas versiones de la escala ARI. Ya que en el recientemente publicado DSM-5 se ha recomendado a la escala ARI como el instrumento de elección para la medición transversal de los síntomas de irritabilidad crónica en niños y adolescentes<sup>(46, 26)</sup>, es imperativo que más información al respecto de las propiedades psicométricas de esta escala sean investigadas y estén disponibles para clínicos e investigadores.

Los resultados muestran que la escala ARI es un instrumento con adecuada validez y confiabilidad para el estudio de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos con psicopatología. Las propiedades de dicha escala fueron probadas originalmente en dos grupos clínicos, uno compuesto por 106 sujetos en EUA y otro consistente de 34 sujetos en el RU. Ya que nuestra investigación fue realizada a través de una muestra de proporciones semejantes (n= 83) también en sujetos con algún tipo de psicopatología consideramos que los resultados obtenidos son comparables con los obtenidos por *Stringaris y colaboradores (2012)*.

En este estudio la edad promedio fue de 15.4 años, considerablemente mayor a la edad promedio reportada en las poblaciones consideradas por *Stringaris y colaboradores (2012)* (12.9 y 11.7 años), lo cual probablemente se deba a los criterios de inclusión que utilizamos en esta investigación, los cuales eran más estrictos dada la población clínica del INPRF. Una investigación reciente, conducida por *Mulroney y colaboradores (2013)* con el objetivo de establecer las propiedades de la escala ARI en la población australiana reportó un promedio de edad de 15.47 años, lo cual es prácticamente igual al observado en nuestro estudio sin embargo, dicha investigación fue realizada solamente en población de la comunidad y por tanto, solo algunos resultados son comparables a los obtenidos en nuestra investigación. Por ejemplo, al igual que los de *Stringaris y colaboradores (2012)*, nuestros hallazgos indican que los primeros 6 reactivos de la escala ARI, en ambas versiones, se ajustan adecuadamente al constructo de irritabilidad crónica, lo cual difiere de lo observado por *Mulroney y colaboradores*

(2013) quienes observaron que solamente la versión para padre/tutor de la ARI se ajusta a un solo factor. Para Mulraney y su grupo de trabajo, la ausencia de ajuste de los reactivos de la ARI en la versión para sujetos podría estar en relación a cierta confusión que se presenta entre reactivos que hablan de frecuencia con aquellos que miden el umbral al cual se presenta la irritabilidad<sup>(23)</sup>; sin embargo, es posible que la redacción en español de la escala ARI permita una mejor conceptualización del constructo y que ello haya contribuido con nuestros hallazgos. Por otro lado, en nuestra investigación se prefirió la utilización de un análisis de componentes principales con rotación varimax sobre algún otra técnica estadística como el análisis exploratorio, como fue el caso de las investigaciones realizadas en EUA, RU y Australia, lo cual se basó en la postura actual de varios autores e investigadores, quienes han argumentado que entre ambos tipos de análisis casi no existe diferencia e incluso que el análisis de componentes principales es preferible <sup>(44)</sup>.

A diferencia de la investigación realizada por *Stringaris y colaboradores (2012)*, en donde la población clínica de estudio consistió solamente en sujetos con SMD y TB, el presente estudio se realizó con una población clínica tomada de manera consecutiva en un centro de atención psiquiátrica de tercer nivel y por tanto, el tipo de psicopatología observada fue altamente heterogéneo. Aunque el TND se observó como la condición o diagnóstico principal solo en una pequeña fracción de la muestra (2.4%) este fue altamente prevalente y comórbido (71.1%) tanto con trastornos internalizados como con externalizados, lo cual va en paralelo con diversos reportes de la literatura, en donde se han establecidos tasas que van hasta el 65 %, en poblaciones clínicas de jóvenes <sup>(49)</sup>. De hecho, se observó que casi el 46 % de los sujetos con TDM presentaron comórbidamente TND, lo cual converge con varias líneas de evidencia que sugieren que jóvenes con trastornos internalizados como el TDM, frecuentemente presentan un traslape diagnóstico con el TND, sobretodo en los casos en los que las investigaciones no aíslan el efecto de alguno de los dos trastornos, como fue el caso de este estudio <sup>(48)</sup>.

Por otro lado, los resultados han mostrado que en el 8.4% de los sujetos de la muestra se presentó una co-ocurrencia entre el TND y el TDRE y que por tanto,

el 11.6% de los sujetos con diagnóstico de TND cumplieron también con los criterios diagnósticos de TDRE, independientemente del diagnóstico principal. Dicha estimación es mucho menor a lo observado y reportado con mayor frecuencia en la literatura, ya que se ha estimado que entre el 25% y el 58% de los jóvenes que cumplen con el diagnóstico de TND también cumplen con los criterios diagnósticos de TDRE. Aunque dichos reportes han sido el resultado de estudios en población clínica, las investigaciones que han mostrado las mayores tasas de prevalencia del TDRE y de traslape diagnóstico entre este y el TND han sido conducidas en poblaciones de pre-escolares y escolares lo cual podría representar un factor importante que contribuye a las diferencias observadas con nuestro estudio, ya que se ha sugerido que la tasa de prevalencia del TDRE y por tanto, de traslape diagnóstico es altamente dependiente de la temporalidad de los síntomas criterio, toda vez que los síntomas de este trastorno son más comunes a través de la infancia <sup>(52)</sup>.

A excepción de la versión de auto-reporte de la escala ARI en un punto de corte en 4, se observó que dicha escala permite la identificación del constructo de irritabilidad crónica cuando es visto a través del diagnóstico de TND y no a través del TDRE. Estas observaciones cobran mayor relevancia al considerar que una de las intenciones de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA, por las siglas en inglés de American Psychiatry Association) con la creación del TDRE en el DSM-5 es la investigación y tratamiento de la irritabilidad crónica, y que en la actualidad existe un debate en los grupos de trabajo para la CIE-11 en cuanto a cuál podría ser la postura más adecuada para el estudio de la irritabilidad, es decir, seguir la iniciativa de la APA ante la creación de una nueva categoría diagnóstica o la de considerar al TND como un especificador de irritabilidad crónica en niños y adolescentes<sup>(50)</sup>.

El contraste entre la escala ARI, el DSRS, SCARED y las subescalas del SNAP IV permitieron observar tal como se esperaba, que la irritabilidad crónica presentara cierta relación con el diagnóstico de depresión y ansiedad, y ausencia de ello con los síntomas de TDAH, ya que en ambos la irritabilidad es un síntoma criterio importante. Por tanto, el utilizar la escala ARI con los punto de corte

menores presenta un alta convergencia con el diagnóstico de depresión en el caso de la versión de sujetos y con el diagnóstico de ansiedad en la versión de padre/tutor. En ese sentido, la validación de la escala realizada por *Stringaris y colaboradores (2012)* también mostró una relación consistente entre irritabilidad crónica y problemas emocionales, sugiriendo que la irritabilidad en jóvenes podría actuar como un indicador de dichos trastornos <sup>(16)</sup>. De hecho, algunas investigaciones han mostrado que aunque el ánimo bajo o depresivo solo es el síntoma cardinal más común en jóvenes con depresión, la irritabilidad sola o aunada a dicho síntoma se presenta casi en el 42% de los jóvenes con depresión <sup>(51)</sup>.

Los resultados muestran que la escala ARI tiene una excelente consistencia interna en la valoración de irritabilidad crónica en jóvenes mexicanos (alfa de Cronbach en la versión sujeto de 0.918 y de 0.904 para la versión del padre/tutor). Dichos hallazgos son consistentes con los obtenidos a través de estudios en población norteamericana (0.92 y 0.88, respectivamente), británica (0.89 y 0.90, respectivamente) y australiana (0.85 y 0.80, respectivamente) <sup>(5, 26)</sup>.

A diferencia del estudio de *Stringaris y colaboradores (2012)* en donde solo se administró por segunda ocasión la escala ARI a una fracción muy pequeña de la muestra tomada en EUA (19 de 214 en la versión de padre/tutor y 11 de 194 en la versión de sujetos), el seguimiento de los participantes de este estudio fue alto, ya que más de  $\frac{3}{4}$  partes de la muestra inicial respondió por segunda ocasión la escala ARI. Además, dicho seguimiento se realizó en EUA un año después, lo cual no permitió establecer la confiabilidad temporal. Los resultados del test- retest en el presente estudio permiten establecer que la escala ARI presenta una adecuada confiabilidad temporal, ya que se observó una correlación positiva entre todos los reactivos de la escala, en ambas versiones, aunque en ninguno de los caso se observó una correlación perfecta.

Finalmente, la correlación que se observó entre los reactivos del auto-reporte y del reporte del padre/tutor del ARI, sugiere que existe cierto grado de acuerdo entre ambas versiones de la escala en la evaluación de la irritabilidad crónica que

se presenta en el sujeto. Aunque la mayoría de dichas correlaciones fueron significativas y solo en una de ellas (reactivo 3 “permanezco enojado mucho tiempo”) se observó una tendencia, dichas correlaciones presentaron coeficientes kappa de pobres a débiles, lo cual posiblemente este relacionado al hecho de que la medición e identificación de síntomas internalizados como lo es la irritabilidad, es pobremente identificado por observadores externos como lo son los padres.

### LIMITACIONES

La ausencia de información procedente de un grupo control que permitiera contrastar los datos obtenidos del grupo con psicopatología representa la mayor limitación en este estudio, ya que al no contar con dicha información no fue posible establecer las propiedades de la escala ARI como prueba de tamizaje.

### CONCLUSIÓN

A través de este estudio se puede observar que la escala ARI presenta una adecuada validez y confiabilidad en la medición de irritabilidad crónica en jóvenes mexicanos con psicopatología como se ha observado en otros países. Los resultados de este estudio muestran que la ARI cuenta con un gran potencial para ser utilizada en un contexto clínico y/o de investigación en la valoración de irritabilidad crónica.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leibenluft, E., et al. (2011). Severe mood dysregulation, irritability , and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *The American Journal of Psychiatry*; 168, 129-142.
2. Krieger, V., et al. (2013). Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and opportunities. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 35, 32-39
3. Leibenluft, E., et al. (2006). Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *The Journal of child and adolescents psychopharmacology*; 16, 456-466.
4. Stringaris, A., et al. (2009). Mood lability and psychopathology in youth. *Psychological Medicine*; 39, 1237-1245.
5. Stringaris, A., et al. (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 53, 1109–1117.
6. Stringaris, A., et al. (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20 year prospective community based study. *The American Journal of Psychiatry*; 166, 1048-1054.
7. Kim-Cohen, J., et al. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of Psychiatry*; 60, 709-717.
8. Leibenluft, E., et al. (2003). Defining Clinical Phenotypes of Juvenile Mania. *The American Journal of Psychiatry*; 160, 430–437
9. Brotman, M., et al. (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry*; 60, 991-997.

10. Dickstein, D., et al. (2005). Comorbid anxiety in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *The Journal of Children and Adolescents Psychopharmacology*; 15, 534-548.
11. Bhangoo, R., et al. (2003). Clinical correlates of episodicity in juvenile mania. *The Journal of Children and Adolescents Psychopharmacology*; 13, 507-514.
12. Brotman, M., et al. (2007). Parental diagnoses in youth with narrow phenotype bipolar disorder or severe mood dysregulation. *The American Journal of Psychiatry*; 164, 1238-1241.
13. Stringaris, A., et al. (2010). Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *The American Academia of Children and Adolescents Psychiatry*; 49, 397-405.
14. Leibenluft, E., et al. (2003). Irritability in pediatric mania and other childhood psychopathology. *Annals of the New York Academy of Sciences*; 108, 201-218.
15. Axelson, D. et al. (2013). Taking disruptive mood dysregulation disorder out for a test Drive. *The American Journal of Psychiatry*; 2, 136-139.
16. Stringaris, A., et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 11, 1109–1117.
17. Ulloa, R.E., et al. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*; 34, 36-40.
18. Copeland, E., et al. (2013). Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *The American Journal of Psychiatry*; 170, 173–179.

19. Blander, J., Carlson, G., et al. (2007). Increased Rates of Bipolar Disorder Diagnoses Among U.S. Child, Adolescent, and Adult Inpatients: 1996-2004. *Biological Psychiatry*; 62, 107-114.
20. Parens, E., Johnston, J., et al. (2010). Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*; 4, 1-14.
21. Leibenluft, E., Rich, B., et al. (2011). Pediatric Bipolar Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*; 4, 163-187.
22. Guyer, A., et al. (2007). Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 48, 863-871.
23. Deveney, C., et al. (2012). Neural recruitment during failed motor inhibition differentiates youths with bipolar disorder and severe mood Dysregulation. *Biological Psychology*; 89, 148-155.
24. Brotman, M., et al. (2010). Amygdala activation during emotion processing of neutral faces in children with severe mood dysregulation versus ADHD or Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*; 167, 61-69.
25. Rich, B., et al. (2007). Different psychophysiological and behavioral responses elicited by frustration in pediatric bipolar disorder and severe mood dysregulation. *American Journal of Psychiatry*; 164, 309-317.
26. Mulraney, M., et al. (2013). Psychometric Properties of the Affective Reactivity Index in Australian Adults and Adolescents. *American Psychological Association*; 4, 1-8.
27. de la Peña, F., Lara, M.C., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F., Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la escala de Birluson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental (Suplemento)*; 19, 17-26.

28. Grañana, N., Richaudeau, A., Robles, C., O'Flaherty, M., Scotti, M.E., Sixto, L. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Rev Panam Salud*; 5, 344–349.
29. Buss, A., Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343–349.
30. Born, L., Steiner, M. (1999). Irritability: The forgotten dimension of female-specific mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*; 2, 153–167.
31. Born, L., Koren, G., Lin, E., Steiner, M. (2008). A new, female-specific irritability rating scale. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*; 33, 344–354.
32. Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, I., Sheehan, K. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*; 12, 224–231.
33. Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., Balbuena, L. (2014). Oppositional defiant disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal Attentional Disorders*; DOI: 10.1177/10870547113520221.
34. Leibenluft, E., Uher, R., Rutter, M. (2012). Disruptive mood dysregulation with dysphoria disorder: A proposal for ICD-11. *World Psychiatry*; 11, 77-81.
35. Nock, M., Kazdin, K., Hirpi, E. & Kessler, R. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 48, 703-713.
36. Burke, J.D., Loeber, R., Lahey, B.B., Ralhouz, P.J. (2005). Development transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 46, 1200-1210.
37. Stringaris A., Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 2009(50): 216-223.

38. Barker ED., Salekin RT. Irritable oppositional defiance and callous unemotional traits: is the association partially explained by peer victimization? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 2012(53): 1167-1175.
39. Stringaris, A., Zavos, H., Leibenluft, E., Maughan, B., Eley, T. (2012). Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetics links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry*; 169, 47-54.
40. Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E., Domenech, J.M. (2012). Dimensions of oppositional defiant disorder in 3 years old pre schoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 53, 1128-1138.
41. Lopez, J. (2005). Validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad (SCARED) para Niños y Adolescentes en Población Abierta. Tesis de subespecialidad en psiquiatría de adolescentes. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
42. de la Peña, F.R., Gómez, C., Heinze, G., & Palacios-Cruz, L. (2014). Adversidad social y trastornos psiquiátricos: Estudio comparativo entre estudiantes de secundarias públicas y privadas. *Salud mental*, 37(6), 483-489.
43. Palacios-Cruz, L., Arias-Caballero, A., Ulloa, R. E., González-Reyna, N., Mayer-Villa, P., Fera, M., ... & Benjet, C. (2014). Adversidad psicosocial, psicopatología y funcionamiento en hermanos adolescentes en alto riesgo (HAR) con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 37(6), 467-476.
44. Costello, A.B., Osborne, J.W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 2-9.
45. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.) (DSM IV) Washington, DC: American Psychiatric Association.

46. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
47. World Health Organization. ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization; Geneva: 1992.
48. Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C., & Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1214-1224.
49. Fraire, M. G., & Ollendick, T. H. (2013). Anxiety and oppositional defiant disorder: A transdiagnostic conceptualization. *Clinical psychology review*, 33(2), 229-240.
50. Lochman, J. E., Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Garralda, M. E. & de la Peña F. (2015). An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11, *World Psychiatry*, 14(1), 30-33.
51. Stringaris, A., Maughan, B., Copeland, W. S., Costello, E. J., & Angold, A. (2013). Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 831-840.
52. Axelson, D. (2013). Taking disruptive mood dysregulation disorder out for a test drive. *American Journal of Psychiatry*.

## XI. ANEXOS

### Anexo 1



### **Carta de Asentimiento Informado para sujeto de investigación (adolescente)**

Título del Proyecto: Estudio de validez y confiabilidad de la escala de irritabilidad: ARI (Affective Reactive Index) en adolescentes con psicopatología.

Código del proyecto: \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su asentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información: (todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar)

1. Objetivo: Determinar si la escala ARI es un instrumento confiable para la medición de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos.

2. Procedimiento: Si Ud acepta participar en este estudio se le proporcionará la escala ARI, un instrumento de escrutinio que nos permitirá evaluar la presencia de irritabilidad crónica en jóvenes.

3. Beneficios derivados del estudio: Los resultados de relevancia clínica los conocerá Ud y el padre/tutor. En caso de que el tamizaje orientara a la posibilidad de irritabilidad crónica actual se realizará una serie de evaluaciones confirmatorias las cuales serán sin costo para Ud. Además, Ud estará contribuyendo a incrementar el conocimiento al respecto de la irritabilidad crónica en jóvenes lo cual a su vez, beneficiará a la comunidad de pacientes que lo presentan.

4. Incomodidades: Se le solicitará que conteste nuevamente la escala ARI dentro de una semana.

5. Confidencialidad: Todos los datos clínicos que se obtengan serán mantenidos en total confidencialidad, estos serán codificados por lo que no se utilizará el nombre de ninguno de los participantes. Además, Ud puede retirarse del estudio en el momento que lo desee.

6. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Es importante que haya comprendido la razón por la cual se le invita a participar en esta investigación. De no ser así o en caso de que Ud tenga cualquier pregunta, puede dirigirse con el Dr Andrés Rodríguez Delgado (investigador principal) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, DF. Clínica de la Adolescencia, piso 1. En el consultorio 7, de 08:00 a 17:00 horas o también al teléfono: 4160 5312.

He leído la carta de asentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado

directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución educativa a cual acudo ni con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador principal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2



### Carta de Consentimiento Informado padre/tutor

**Título del Proyecto: Estudio de validez y confiabilidad de la escala de irritabilidad: ARI (Affective Reactive Index) en adolescentes con psicopatología.**

**Código del proyecto:** \_\_\_\_\_

Se le invita a participar a Ud y su hijo (a) en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información: (todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar)

1. **Objetivo:** Determinar si la escala ARI es un instrumento confiable para la medición de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos.
2. **Procedimiento:** Si Ud acepta participar al igual que su hijo(a) en este estudio, se les proporcionarán la escala ARI, un instrumento de escrutinio que nos permitirá evaluar la presencia de irritabilidad crónica en jóvenes.
3. **Beneficios derivados del estudio:** Los resultados de relevancia clínica los conocerá Ud y el padre/tutor. En caso de que el tamizaje orientara a la posibilidad de irritabilidad crónica actual se realizará una serie de evaluaciones confirmatorias las cuales serán sin costo para Ud. Además, Ud estará contribuyendo a incrementar el conocimiento al respecto de la irritabilidad crónica en jóvenes lo cual a su vez, beneficiará a la comunidad de pacientes que lo presentan.
4. **Incomodidades:** Se les solicitará que contesten nuevamente la escala ARI dentro de una semana.
5. **Confidencialidad:** Todos los datos clínicos que se obtengan serán mantenidos en total confidencialidad, estos serán codificados por lo que no se utilizará el nombre de ninguno de los participantes. Además, Ud y su hijo pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen.
6. **La participación en este estudio es totalmente voluntaria.** Es importante que haya comprendido la razón por la cual se les invita a participar en esta investigación. De no ser así o en caso de que Ud tenga cualquier pregunta, puede dirigirse con el Dr Andrés Rodríguez Delgado (investigador principal) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, DF. Clínica de la Adolescencia, piso 1. En el consultorio 7, de 08:00 a 17:00 horas o también al teléfono: 4160 5312.

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE QUE MI HIJO PARTICIPE EN ESTE ESTUDIO**

Entiendo que la participación en este estudio, de mi hijo (a) y mía pueden ser suspendidas en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias para mi hijo(a) ni para mí, en la relación con la institución educativa o el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. La identidad de mi hijo (a) y mía NO será reveladas en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento informado.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador principal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 3



### **Carta de Asentimiento Informado para sujeto control (adolescente)**

**Título del Proyecto: Estudio de validez y confiabilidad de la escala de irritabilidad: ARI (Affective Reactive Index) en adolescentes con psicopatología.**

**Código del proyecto:** \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su asentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información: (todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar)

1. Objetivo: Determinar si la escala ARI es un instrumento confiable para la medición de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos.

2. Procedimiento: Si Ud acepta participar en este estudio se le proporcionará la escala ARI, un instrumento de escrutinio que nos permitirá evaluar la presencia de irritabilidad crónica en jóvenes.

3. Beneficios derivados del estudio: Los resultados de relevancia clínica los conocerá Ud y el padre/tutor. En caso de que el tamizaje orientara a la posibilidad de irritabilidad crónica actual se realizará una serie de evaluaciones confirmatorias las cuales serán sin costo para Ud. Además, Ud estará contribuyendo a incrementar el conocimiento al respecto de la irritabilidad crónica en jóvenes lo cual a su vez, beneficiará a la comunidad de pacientes que lo presentan.

4. Incomodidades: Se le solicitará que conteste nuevamente la escala ARI dentro de una semana.

5. Confidencialidad: Todos los datos clínicos que se obtengan serán mantenidos en total confidencialidad, estos serán codificados por lo que no se utilizará el nombre de ninguno de los participantes. Además, Ud puede retirarse del estudio en el momento que lo desee.

6. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Es importante que haya comprendido la razón por la cual se le invita a participar en esta investigación. De no ser así o en caso de que Ud tenga cualquier pregunta, puede dirigirse con el Dr Andrés Rodríguez Delgado (investigador principal) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, DF. Clínica de la Adolescencia, piso 1. En el consultorio 7, de 08:00 a 17:00 horas o también al teléfono: 4160 5312.

He leído la carta de asentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

## ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución educativa a cual acudo ni con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador principal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Carta de Consentimiento Informado padre/tutor (sujeto control)

**Título del Proyecto: Estudio de culturización, validez y confiabilidad de la escala de irritabilidad: ARI (Affective Reactive Index) en adolescentes con psicopatología.**

**Código del proyecto:** \_\_\_\_\_

Se le invita a participar a Ud y su hijo (a) en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información: (todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar)

1. Objetivo: Determinar si la escala ARI es un instrumento confiable para la medición de irritabilidad crónica en adolescentes mexicanos.

2. Procedimiento: Si Ud acepta participar al igual que su hijo(a) en este estudio, se les proporcionarán la escala ARI, un instrumento de escrutinio que nos permitirá evaluar la presencia de irritabilidad crónica en jóvenes.

3. Beneficios derivados del estudio: Los resultados de relevancia clínica los conocerá Ud y el padre/tutor. En caso de que el tamizaje orientara a la posibilidad de irritabilidad crónica actual se realizará una serie de evaluaciones confirmatorias las cuales serán sin costo para Ud. Además, Ud estará contribuyendo a incrementar el conocimiento al respecto de la irritabilidad crónica en jóvenes lo cual a su vez, beneficiará a la comunidad de pacientes que lo presentan.

4. Incomodidades: Se les solicitará que contesten nuevamente la escala ARI dentro de una semana.

5. Confidencialidad: Todos los datos clínicos que se obtengan serán mantenidos en total confidencialidad, estos serán codificados por lo que no se utilizará el nombre de ninguno de los participantes. Además, Ud y su hijo pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen.

6. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Es importante que haya comprendido la razón por la cual se les invita a participar en esta investigación. De no ser así o en caso de que Ud tenga cualquier pregunta, puede dirigirse con el Dr Andrés Rodríguez Delgado (investigador principal) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan, DF. Clínica de la Adolescencia, piso 1. En el consultorio 7, de 08:00 a 17:00 horas o también al teléfono: 4160 5312.

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE QUE MI HIJO PARTICIPE EN ESTE ESTUDIO**

Entiendo que la participación en este estudio, de mi hijo (a) y mía pueden ser suspendidas en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias para mi hijo(a) ni para mí, en la relación con la institución educativa o el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. La identidad de mi hijo (a) y mía NO será reveladas en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento informado.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador principal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Anexo 5. ARI (Affective Reactive Index )versión sujeto

ARI-S

Nombre:

Edad:

Para cada ítem, por favor, marca en el casillero que corresponda: No es cierto, A veces cierto, Cierto En los *últimos seis meses*, comparando con otros de la misma edad, ¿cuál describe mejor tu comportamiento/sentimientos? Por favor, intenta responder todas las preguntas.

	No es cierto	A veces cierto	Cierto
Los demás me irritan fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierdo la paciencia frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanezco enojado mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me enojo frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierdo la paciencia fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general mi <i>irritabilidad</i> me causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR TU AYUDA

© 2012 Stringaris A (King's College London), Goodman R (King's College London),  
Ferdinando S (King's College London), Razdan V (National Institutes of Health), Muhrer E  
(National Institutes of Health), Leibenluft E (National Institutes of Health), Brotman MA  
(National Institutes of Health).

Anexo 6. ARI (Affective Reactive Index )versión padre/tutor

ARI-P

Nombre:

Edad:

Para cada ítem, por favor, marque en el casillero que corresponda: No es cierto, A veces cierto, Cierto. En los *últimos seis meses*, comparando con otros de la misma edad, ¿cuál describe mejor el comportamiento/sentimientos de su hijo/a? Por favor, intente responder todas las preguntas.

	No es cierto	A veces cierto	Cierto
Los demás lo/la irritan fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierde la paciencia frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanece enojado/a mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está enojado/a la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se enoja frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierde la paciencia fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general su <i>irritabilidad</i> le causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

© 2012 Stringaris A (King's College London), Goodman R (King's College London),  
Ferdinando S (King's College London), Razdan V (National Institutes of Health), Mührer E  
(National Institutes of Health), Leibenhuf E (National Institutes of Health), Brotman MA  
(National Institutes of Health).

Anexo 7. Escala Birlson (Depression Self Rating Scale, DSRS)

**DSRS**

**Instrucciones:** Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mí mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

Anexo 8. Cuestionario de Swanson, Nolan y Pelham versión IV (SNAP IV)

Por cada apartado evalúe de 0-3 de acuerdo con la intensidad que mejor caracterice al niño. Puntúe todos los apartados. Sólomente de un valor (0,1,2 ó 3)

**CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN**

1- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.	
2- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas	
3- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	
4- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo	
5- A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades	
6- A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido	
7- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades	
8- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	
9- A menudo es descuidado en las actividades diarias	

**CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD**

10- A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento	
11- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado	
12- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo	
13- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio	
14- A menudo está en marcha o parece que tenga un motor	
15- A menudo habla excesivamente	
16- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas	
17- A menudo tiene dificultades para guardar su turno	
18- A menudo interrumpe o estorba a otros	

Anexo 9. Tamizaje de Ansiedad asociado a Trastornos Emocionales para Niños (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED*)

INSTRUCCIONES: Por favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con una **X** que tanto se aplica en tu caso: nunca, algunas veces o siempre, en **las últimas dos semanas**. NO hay respuestas buenas o malas.

		NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1	Cuando tengo miedo no respiro bien			
2	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza			
3	Me molesta estar con personas que no conozco			
4	Cuando duermo en una casa que no es la mía, siento miedo			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a las personas			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar			
7	Soy nervioso (a)			
8	Sigo a mis papás a donde ellos van			
9	Las personas me dicen que me veo nervioso (a)			
10	Me pongo nervioso (a) cuando estoy con personas que no conozco			
11	Cuando estoy en la escuela me duele la panza			
12	Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco (a)			
13	Me siento preocupado (a) cuando duermo solo (a)			
14	Me preocupo de ser tan bueno (a) como los otros niños (por ejemplo: en la escuela)			
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales			
16	En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papas			
17	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela			
18	Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido			
19	Tiemblo			
20	En las noches sueño que me va a pasar algo malo			
21	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas			
22	Cuando tengo miedo, sudo mucho			
23	Me preocupo mucho			
24	Me preocupo sin motivo			
25	Estar solo (a) en casa me da miedo			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco			
27	Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar			
28	Las personas me dicen que me preocupo mucho			
29	No me gusta estar lejos de mi familia			
30	Tengo miedo de tener ataques de pánico			
31	Me preocupa pensar que algo malo les pase a mis papás			
32	Me da pena estar con personas que no conozco			
33	Me preocupa qué pasará conmigo cuando sea grande			
34	Cuando tengo miedo, me dan ganas de vomitar			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien			
36	Me da miedo ir a la escuela			
37	Me preocupo por las cosas que pasaron			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado (a)			
39	Me pongo nervioso (a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar)			
40	Me pongo nervioso (a) cuando voy a fiestas, bailes o alguna parte donde hay personas que conozco			
41	Soy tímido (a)			

Anexo 10. Suplemento TND del K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children).

## Suplemento Trastorno Negativista Desafiante

### 1. Se Molesta o Enoja Fácilmente

P N S

**Niño o Adolescente:**

0 0 0 Sin información

*¿Te enojas rápidamente?, ¿La gente te fastidia y hace que te molestes muy seguido? ¿Qué clase de cosas te molestan?*

1 1 1 Ausente

*¿Eres de "mecha corta"? ¿Te enojas demasiado cuando tus padres te dicen que no hagas algo que tu quieres hacer?*

2 2 2

Subumbral: En ocasiones se molesta o enoja fácilmente. Menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

*¿Cómo qué? ¿Qué otras cosas hacen que te enojés? ¿Qué haces cuando te sientes molesto? ¿Con que frecuencia dirías que esto ocurre? ¿Desde hace cuanto tiempo te sucede esto?*

3 3 3

Umbral: Se molesta o enoja con facilidad más seguido que cualquier niño de su edad; al menos una vez a la semana para mayores de 5 años. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

### 2. Enojo o resentimiento

P N S

**Niño o Adolescente:**

0 0 0 Sin información.

*¿Te enojas mucho con tus padres? ¿Con tus maestros? ¿Hermanos? ¿Hermanas? ¿Amigos? ¿Otras personas te han dicho que eres muy enojón? ¿Quién? ¿Con qué frecuencia ocurre esto? ¿Cuándo te hacen enojar eres rencoroso y te cuesta trabajo perdonar? ¿Desde cuándo te sucede esto?*

1 1 1 Ausente.

*¿Eres de "mecha corta"? ¿Te enojas demasiado cuando tus padres te dicen que no hagas algo que tu quieres hacer?*

2 2 2

Subumbral: En ocasiones se enoja o se siente resentido; menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.

*¿Cómo qué? ¿Qué otras cosas hacen que te enojés? ¿Qué haces cuando te sientes molesto? ¿Con que frecuencia dirías que esto ocurre? ¿Desde hace cuanto tiempo te sucede esto?*

3 3 3

Umbral: Se enoja o está resentido al menos una vez a la semana para menores de 5 años. Se enoja más seguido que cualquier niño de su edad; El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**3. Desobedece y/o Desafía activamente normas o autoridades** P N S

Se recomienda evaluar las manifestaciones conductuales conforme a la edad y situaciones ambientales del niño y del adolescente. 0 0 0 Sin información  
1 1 1 Ausente

**Niño o Adolescente:**

*¿Alguna vez has desobedecido las reglas en casa, solo por desobedecerlas? ¿(deliberadamente)? ¿También en la escuela? ¿Qué tan frecuente? ¿Crees que tus padres y/o maestros te piden que hagas cosas que no deberías de hacer? ¿Cómo cuáles? ¿Alguna vez has retado o desafiado a algún maestro o figura de autoridad en la escuela? ¿Por qué?*

2 2 2 Subumbral: Ocasionalmente desafía o se rehúsa propositivamente a cumplir las reglas o a realizar las peticiones de los adultos. Menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.  
3 3 3 Umbral: Frecuentemente desafía o se rehúsa propositivamente a cumplir las reglas o a realizar las peticiones de los adultos. Al menos una vez por semana para mayores de 5 años. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

**4. Molesta gente a propósito.** P N S

**Niño o Adolescente:**

*¿Cuando tu mamá te pide hacer algo, normalmente lo haces? ¿Si ella te pide que guardes un juguete, lo haces o sigues jugando con él y haces como que no la oíste? ¿La gente dice que haces cosas a propósito para molestar? ¿Tus padres? ¿Maestros? ¿Hermanos? ¿De qué cosas se quejan? ¿Piensas que es verdad?*

0 0 0 Sin información  
1 1 1 Ausente  
2 2 2 Subumbral: Ocasionalmente ha hecho cosas para molestar a otras personas. Menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.  
3 3 3 Umbral: En múltiples ocasiones ha hecho cosas deliberadamente para molestar a otras personas. Al menos una vez a la semana para mayores de 5 años. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante 6 meses o más.

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

**Nota:** No califique como positivo si está en el contexto de una broma fraterna

5. Culpa a otros por sus propios errores. P N S

**Niño o Adolescente:**

¿Cuándo haces algo malo, te haces responsable por lo que hiciste? ¿Generalmente es tu culpa o de alguien más?  
 ¿Qué tan seguido te haces responsable por lo que hiciste?  
 ¿Piensas que la mayoría de tus problemas son causados por otras personas o por ti?

- 0 0 0 Sin información.
- 1 1 1 Ausente.
- 2 2 2 Subumbral: En ocasiones culpa a otros por sus propios errores. Niega su responsabilidad con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad. Sucede menos de una vez por semana o durante menos de 6 meses.
- 3 3 3 Umbral: Con frecuencia culpa a otros por sus propios errores más del 50% de las ocasiones. Al menos una vez por semana para menores de 5 años. El comportamiento en niños menores de 5 años debe estar presente casi todos los días. Durante los 6 meses o más.

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

Código: 0=sin información, 1=no, 2=si

Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
<b>6. Duración</b> El clínico deber re-confirmar que todos los síntoma tengan la duración oficial	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>7. Deterioro</b>						
a: Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>8. Evidencia de algún factor precipitante (especifique):</b> _____ _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>9. Gravedad</b> Leve: Los síntomas se limitan a un entorno.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
<b>10. Evidencia del Trastorno Negativista Desafiante</b>						
	<b>Sumario EA</b>			<b>Sumario EMSP</b>		
<b>10a. Criterios del DSM-IV</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:						
1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas						
2. A menudo discute con adultos						
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas						
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas						
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento						
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros						
7. A menudo es colérico y resentido						
8. A menudo es rencoroso o vengativo						
B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.						
C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.						
D. No se cumplen criterios del trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.						
<b>10b. Criterios del DSM-5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.						
<b>Enfado/Irritabilidad</b>						
1. A menudo pierde la calma.						
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.						
3. A menudo está enfadado y resentido.						
<b>Discusiones/actitud desafiante</b>						
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de niños y adolescentes						
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.						
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente						
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.						
<b>Vengativo</b>						
8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.						

B. Este trastorno va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen criterios de DMDD.

**Nota 1:** El Trastorno Oposicionista Desafiante si puede coexistir con el Trastorno de Conducta (Disocial)

**Nota 2:** Considerar que los criterios A se cumplen únicamente si el comportamiento sucede con más frecuencia en niños de su edad

**Nota 3:** Estas manifestaciones debe presentarse al interactuar con al menos una persona diferente a los hermanos. No se debe puntuar positivo si los síntomas ocurren exclusivamente durante un trastorno del estado de ánimo o durante el consumo de alcohol o sustancias.

**Especificadores de gravedad:**

**Leve:** Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

**Moderado:** Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

**Grave:** Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos

0	1	2	0	1	2
0	1	2	0	1	2
0	1	2	0	1	2

**11. Evidencia de Problemas en la relación Padre-Hijo**

Considere este diagnóstico si los síntomas se presentan únicamente en presencia de los padres (no con amigos, profesores, entrenadores u otros familiares) y se trata de síntomas no severos.

**Nota:** Si los padres son consistentes al imponer límites o si los síntomas oposicionistas/desafiantes son muy severos, considere el diagnóstico de Trastorno Oposicionista Desafiante.

No es propiamente criterio de DSM-5

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

Anexo 11. Suplemento TDRE del K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children).

### Suplemento de Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional

<b>1. Los berrinches y rabietas deben ser inconsistentes con el nivel de desarrollo.</b>		P	N	S	
Se recomienda evaluar las manifestaciones conductuales del berrinche conforme a la edad y situaciones ambientales del niño y del adolescente.		0	0	0	Sin información
<b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿Te han dicho que tus berrinches o rabietas son exagerados? ¿Te han dicho que en tus berrinches te comportas como si fueras más chico o tuvieras menos edad?</i>		1	1	1	Ausente: No hace berrinches
<b>Papás:</b> <i>¿Los berrinches y rabietas los manifiesta como si tuviera menor edad?</i>		2	2	2	Subumbral: Las manifestaciones del berrinche son las que expresaría otro niño o adolescente uno o dos años menor.
<b>Nota:</b> El evaluador debe quedar <b>plenamente convencido</b> de que las manifestaciones del berrinche no corresponden a las esperadas para la edad. Ej., Si es un escolar se tira al piso y avienta cosas como si fuera preescolar, en un adolescente puede perder el control y aventar u ofender como si fuera escolar.		3	3	3	Umbral: Las manifestaciones del berrinche son las que expresaría un niño o adolescentes tres o cinco años menor.
					Duración del síntoma: _____
					Pasado: P (___) N (___) S (___)
					Duración del síntoma: _____
<b>2. Duración de berrinches e irritabilidad.</b>		P	N	S	
El niño o el adolescente deben cumplir con un año con los criterios de berrinche e irritabilidad sin que exista un periodo libre de los mismos mayor de 3 meses.		0	0	0	Sin información o incapaz de entender la pregunta.
<b>Niño o Adolescente:</b> <i>¿Cuánto tiempo llevas sintiéndote irritable? ¿Desde hace cuánto presentas enojos? ¿Y berrinches? ¿Los berrinches y/o los enojos te han durado más de un año? ¿Podrías decirme en qué ciclo escolar estabas cuando comenzaron los berrinches? ¿Durante el tiempo que has tenido berrinches y enojos ha habido algún tiempo sin ellos varias semanas o meses seguidos?</i>		1	1	1	Ausente: Berrinches e irritabilidad durante menos de 5 meses consecutivos.
		2	2	2	Subumbral: Berrinches e irritabilidad persistentes entre 6 y 12 meses.
		3	3	3	Umbral: Berrinches e irritabilidad persistentes por doce o más meses sin que existan tres meses consecutivos sin ellos.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**3. Los berrinches y enojo se presentan en varios escenarios.** P N S

Los berrinches y los enojos (mal humor/irritabilidad) se presentan al menos en dos escenarios: escuela, casa o amigos (compañeros de juego) y en al menos en uno son severos.

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente: No se presentan berrinches o enojo o irritabilidad en la casa, la escuela o con los compañeros.

**Niño o Adolescente:**

*¿Los berrinches y el enojo te suceden en la casa, en la escuela, con tus compañeros o amigos? ¿En alguno de estos lugares o circunstancias dónde haces berrinches o te enojas (te muestras irritado, de mal humor) ha sido grave? ¿Los adultos se quejan de los berrinches, los enojos o la irritabilidad en la casa, en la escuela o se quejan los padres de tus compañeros?*

2 2 2 Subumbral: En al menos un escenario (casa, escuela o compañeros) hace berrinches y tiene enojo o irritabilidad persistente.

3 3 3 Umbral: En al menos dos escenarios (casa, escuela o compañeros) hace berrinches y tiene enojo o irritabilidad persistente y crónica, y en al menos uno ha sido grave.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N(\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

#### 4. Edad de inicio de los síntomas

Los síntomas de berrinches y de enojo o irritabilidad crónica, deben de iniciarse antes de los 10 años. P N S

El diagnóstico de DMDD solamente puede establecerse después de los 6 y antes de los 18 años.

*¿A qué edad comenzaron los berrinches y el enojo y la irritabilidad crónica? ¿En qué año de la escuela o ciclo escolar estaban cuando empezaron estas manifestaciones de berrinches y enojo?*

- 0 0 0 Sin información.
- 1 1 1 Ausente
- 2 2 2 Subumbral: Iniciaron antes de los 6 años o después de los 18 años.
- 3 3 3 Umbral: Iniciaron antes de los 10 años, y se establecería el diagnóstico entre los 6 y los 18 años

Duración del síntoma: \_\_\_\_\_

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma: \_\_\_\_\_

#### Evidencia del Trastorno de Desregulación Destructiva del Estado de Ánimo

##### a. Criterios del DSM-5

A. accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. Ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. Ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionados a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, **tres o más veces por semana**.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es **persistentemente irritable o irascible** la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. Ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los criterios A-D han estado presentes durante **12 o más meses**. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un periodo que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A-D.

F. Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los criterios A-E comienzan antes de los 10 años

Sumario EA			Sumario EMSP		
0	1	2	0	1	2

I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco (excepto elevación del estado de ánimo, apropiada al desarrollo, como en un acontecimiento muy positivo o la espera del mismo).

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. Ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés posttraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia], trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente o trastorno bipolar).

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Anexo 12. Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (Brief Psychiatric Rating Scale for Children & Adolescents Reviewed, BPRS-CA-29)

Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes

Versión de la Clínica de Adolescentes 2014, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Expediente No. \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Se requieren 45 minutos para completar la escala. Se recomienda iniciar con una entrevista no estructurada de 10 minutos para saber dónde vive, con quién, a qué se dedica el paciente y el motivo de consulta conjuntamente el menor y el padre. En los siguientes 25 minutos los criterios no evaluados se consignarán propositivamente, con los adolescentes se solicitará al padre salga del consultorio; los últimos 10 minutos se integrará el diagnóstico y se explicara al familiar y paciente. Cada criterio será evaluado en gravedad que se califica de 0 a 3: 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=grave, conforme al mejor estimado clínico. Se evalúa el **episodio actual durante los últimos tres meses.**

No.	Criterios	0	1	2	3
1	<b>Falta de cooperación:</b> Negativista, reservado, evade respuestas, resistencia pronunciada a la entrevista o al manejo (ODD). 0. Ausente: Cooperador, tranquilo. 1. Leve: Ocasionalmente se rehúsa a cumplir normas y expectativas, en un lugar o situación (casa, escuela, deportivo, etc.). 2. Moderado: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en dos lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento. 3. Grave: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en todos los lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento global.				
2	<b>Hostil:</b> Afecto suspicaz, poco tolerante, beligerante, acusa a otros, acciones violentas contra otros (bullying), (CD). 0. Ausente: Cooperador, tranquilo. 1. Leve: Ocasionalmente sarcástico; gritón; cauteloso; pendenciero. Causa ligera disfunción en un lugar o situación. 2. Moderado: Con frecuencia causa deterioro en algunos lugares o situaciones. 3. Grave: Insulta, destructivo. Causa grave deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.				
3	<b>Manipulador:</b> Mentiras, trampas, explota a los demás para obtener ganancias, (CD). 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente se mete en problemas por mentir; a veces hace trampa. 2. Moderado: Frecuentemente miente o manipula a personas que conoce. Causa frecuente deterioro en el funcionamiento de algunos lugares o situaciones. 3. Grave: Constantemente se relaciona con otros con una conducta explotadora y manipuladora; defrauda a extraños con dinero/situaciones. Causa grave deterioro en el funcionamiento diferentes lugares y situaciones.				
4	<b>Explosivo Intermitente:</b> Conductas agresivas de tipo impulsivo, pérdida del control (IED). 0 Ausente: Niega explosiones. 1 Leve: explosiones verbales ocasionales menos de dos veces por semana. 2 Moderado: explosiones verbales o físicas (sin destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) dos veces por semana en el último año. 3 Grave: explosiones verbales o físicas (con destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) todos los días en el último año.				
5	<b>Conductas Disruptivas:</b> Berrinches y afecto irritable crónico (DMDD) 0: Ausente: ocasionalmente; rápidamente desaparece. 1 Leve: Irritabilidad crónica con berrinches verbales ocasionales menos de 3 veces por semana. 2 Moderado: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales ocasionales hasta tres				

	<p>veces por semana en uno o dos escenarios (casa, escuela, amigos) en el último año, es percibido por otros.</p> <p>3 Grave: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales todos los días en más de dos escenarios en el último año, es percibido por otros.</p>				
6	<p><b>Deprimido:</b> Tristeza, llanto, labilidad, desamparo. (Considerar irritabilidad y anhedonia) (MDD).</p> <p>0. Ausente: A veces; rápidamente desaparece.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, excesivos para el evento desencadenante.</p> <p>2. Moderado La mayor parte del tiempo se siente infeliz, sin factor precipitante.</p> <p>3. Grave: Todo el tiempo infeliz/dolor psíquico. Causa grave deterioro en el funcionamiento.</p>				
7	<p><b>Sentimientos de inferioridad:</b> Pobre confianza en sí mismo, sentimientos de culpa, autorreproches, inadecuación, (MDD).</p> <p>0. Ausente: Se siente bien; positivo sobre sí mismo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente no tan bien como otros/Déficits en un área.</p> <p>2. Moderado: Siente que otros son mejores que él. Da respuestas negativas, planas, y no puede pensar en algo bueno acerca de sí mismo.</p> <p>3. Grave: Siempre siente que los otros son mejores. Se siente devaluado, indigno de amor.</p>				
8	<p><b>Autolesiones No suicidas:</b> Daño intencional cortes, golpes, escoriaciones en la superficie del cuerpo, con la intención de disminuir sentimientos negativos, dificultades interpersonales o inducir sentimientos positivos o sensación de alivio, (NSSI).</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Leve: Una autolesión no suicida superficial y sólo en brazos en el último año.</p> <p>2. Moderado: de dos a cinco días con autolesiones superficiales o intermedias en brazos en el último año.</p> <p>3. Grave: cinco o más días con autolesiones profundas en otra parte del cuerpo además de los brazos.</p>				
9	<p><b>Conducta suicida:</b> Ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), intentos suicidas, (MDD)</p> <p>0. Ausente: No del todo</p> <p>1. Leve: Lo piensa cuando está enojado.</p> <p>2. Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio o intento hace más de un mes.</p> <p>3. Grave: Intento suicida en el último mes.</p>				
10	<p><b>Hipertimia:</b> Animo exageradamente elevado, expansivo, irritable, autoestima exagerada, aumento en la actividad intencionada. (Considerar disminución de las horas de sueño) (BD)</p> <p>0. Ausente: A veces, asociado sólo a fiestas.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, anormales percibidos por los demás, sin perder funcionalidad.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del tiempo, con ánimo aumentado claramente diferente del habitual, causa deterioro.</p> <p>3. Grave: Todo el tiempo, deterioro en el funcionamiento.</p>				
11	<p><b>Fantasías peculiares:</b> Ideas o historias inusuales, raras o autísticas. (Debe considerarse el desarrollo conforme a la edad en la evaluación de este reactivo), (Psychotic).</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad.</p> <p>3. Grave: Con frecuencia está absorto por sus fantasías. Tiene dificultad para distinguir la realidad de la fantasía.</p>				
12	<p><b>Ideas delirantes:</b> De control, referencia, celos, persecutorias religiosas, expansivas, sexuales, (Psychotic).</p> <p>0. Ausente: No delirios ni ideas de referencia.</p> <p>1. Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él.</p> <p>2. Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento; desconfiado, suspicacia hacia otros.</p> <p>3. Grave: Desconfiado, suspicaz de cualquier persona o cosa. No puede distinguir las ideas de la realidad.</p>				
13	<p><b>Alucinaciones:</b> Auditivas, visuales, olfatorias, somáticas, etc. (Psychotic).</p> <p>0. Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales.</p> <p>1. Leve: Escucha su nombre; experiencias después de un evento; imaginación vívida/activa.</p> <p>2. Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o en repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico).</p> <p>3. Grave: Experiencias auditivas constantes (voces de comando); visuales (las imágenes están presentes durante la entrevista); u otras experiencias o percepciones.</p>				

14	<p><b>Hiperactividad:</b> Inquietud, cambios frecuentes de postura, levantarse de su asiento, movimientos continuos. (Evaluar Impulsividad), (ADHD).</p> <p>0. Ausente: Ligera inquietud; movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento.</p> <p>1. Leve: Ocasional inquietud; movimiento más notorio; frecuentes cambios de postura; perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento.</p> <p>2. Moderado: Energía excesiva, movimiento constante; no puede estar quieto o sentado; causa disfunción en numerosas circunstancias; busca ayuda para sus conductas.</p> <p>3. Grave: Excitación motora continua; no puede estar quieto; ocasiona gran interferencia en su funcionamiento en la mayoría de las situaciones.</p>				
15	<p><b>Distractibilidad:</b> Pobre concentración, periodos cortos de atención, distracción ante estímulos irrelevantes, (ADD).</p> <p>0. Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente distraído; fácilmente se distrae; capaz de concentrarse prontamente.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración; evade las pruebas mentales; disruptivo; necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro.</p> <p>3. Grave: Constante. Necesita asistencia 1:1 para estar atento.</p>				
16	<p><b>Discurso o lenguaje acelerado:</b> Habla muy fuerte o apresuradamente, habla en exceso.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Perceptible; mayor verbalización que lo normal; la conversación no es forzada.</p> <p>2. Moderado: Muy verborreico o rápido; es difícil mantener la conversación.</p> <p>3. Grave: Habla rápidamente de forma continua y no puede ser interrumpido. La conversación es extremadamente difícil o imposible.</p>				
17	<p><b>Lenguaje poco productivo:</b> Mínimo, discurso escaso, parco, voz baja.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil.</p> <p>2. Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil; al menos <math>\frac{1}{4}</math> ó <math>\frac{1}{2}</math> de la conversación no se comprende o está deteriorada.</p> <p>3. Grave: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación está deteriorada.</p>				
18	<p><b>Retraimiento emocional:</b> Relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con los compañeros, hipoactividad.</p> <p>0. Ausente: No del todo</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente no responde; algunas veces rehúsa la interacción con compañeros.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente no responde; evita la interacción; hipoactivo. Interfiere con las relaciones.</p> <p>3. Grave: Constantemente no se percata de quienes le rodean; expresión facial de preocupación. No responde a las preguntas ni mira al entrevistador.</p>				
19	<p><b>Afecto aplanado:</b> Expresión emocional deficiente o vacía; afecto aplanado.</p> <p>0. Ausente: No del todo, o explicable por ánimo depresivo.</p> <p>1. Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta emocional durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto).</p> <p>2. Moderado: Aplanamiento considerable; con frecuencia no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p> <p>3. Grave: Aplanamiento constante; no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p>				
20	<p><b>Tensión:</b> Nerviosismo, inquietud; movimientos nerviosos de manos y pies. (síntomas somáticos de la ansiedad)</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico.</p> <p>3. Grave: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y/o pies.</p>				
21	<p><b>Ansiedad:</b> Dificultad para separarse de la figura de apego, se "aferra" de ella; preocupación con síntomas de ansiedad, miedos o fobias, así como obsesiones y compulsiones (Síntomas cognitivos de la ansiedad).</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente preocupado (por lo menos 3 veces a la semana) anticipadamente o durante la separación, miedos o fobias. Las preocupaciones parecen excesivas al evento.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día/tiempo se preocupa por lo menos en dos circunstancias de la vida, o por eventos donde anticipa la separación o durante ésta.</p> <p>3. Grave: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.</p>				
22	<p><b>Alteraciones del dormir:</b> Insomnio inicial, despertares intermitentes, reducción del tiempo de sueño, ronquido, conductas anormales (sonambulismo, terrores nocturnos), movimientos anormales (mioclonias, inquietud en las piernas, movimientos periódicos de las extremidades), noctilalia. Evaluar hipersomnia y somnolencia diurna.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal).</p> <p>2. Moderado: Definitivamente tiene dificultad (al menos dos horas de insomnio inicial, algo de</p>				

	insomnio intermedio o terminal, superior a media hora). Sentimiento de sueño no reparador, evidencia leve de ciclo circadiano invertido. 3. Grave: Nunca consigue dormir; se siente exhausto durante el día; severa inversión del ciclo circadiano.				
23	<b>Desorientación:</b> Confusión sobre personas, lugares o cosas. 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado; reacciona fácilmente cuando se le orienta. 2. Moderado: Frecuentemente luce desconcertado, confuso; le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas. 3. Grave: Constantemente confuso; perplejo.				
No.					
24	<b>Alteraciones del habla:</b> Nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente. 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrático; ligera dificultad para comprenderle. 2. Moderado: Frecuentes eventos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión. 3. Grave: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.				
27					
28					
25	<b>Estereotipias:</b> Posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos, (Tics). 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente presenta manierismos, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas 2. Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas. 3. Grave: La mayor parte del tiempo (> 50 %) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.				
29					
26	<b>Problemas de eliminación:</b> Se orina o se defeca sin control, fuera del lugar indicado de día o de noche después de los cinco años. 0. Ausente: controla esfínteres antes de los cinco años y nunca ha perdido el control. 1. Leve: Ocasionalmente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche menos de dos veces a la quincena. 2. Moderado: Frecuentemente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche tres a seis veces a la quincena. 3. Grave: Presenta micciones y/o evacuaciones más de seis veces a la quincena.				
27	<b>Consumo de sustancias psicoactivas. (Evaluar alcohol y drogas)</b> 0. Ausente: Nunca las ha consumido. 1. Leve: Ocasionalmente. Uso recreacional. No cumple criterios de abuso, tolerancia y abstinencia. 2. Moderado: Frecuentemente. Cumple criterios de abuso. 3. Grave: Muy frecuentemente. Cumple criterios de dependencia con tolerancia y abstinencia.				
28	<b>Abuso: Psicológico, físico, sexual y negligencia (omisión o depravación de la satisfacción de las necesidades básicas de acuerdo a la edad), (especificar subrayando cada tipo de abuso)</b> 0. Ausente. 1. Leve: Psicológico: ocasionales observaciones agresivas sin insultos, Física: agresión ocasional que no deja huella física; Sexual: ocasional agresión verbal. 2. Moderado: Psicológico: frecuentes observaciones agresivas sin o con insultos; Física: frecuentemente agresiones que no dejan huella u agresiones ocasionales que sí dejan huella; Sexual: agresiones verbales frecuentes o tocamientos sin llegar a penetración o sexo oral. 3. Grave: Psicológica: continuas agresiones verbales con insultos; Física: continuas agresiones que dejan huella; Sexual: Penetración o sexo oral.				
29	<b>Falta de Emociones Prosociales (CALLO EMOCIONAL):</b> Dos o más características que se presenta por lo menos durante 12 meses y por lo menos en un escenario: Falta de remordimiento o culpa, <i>pareciera tener la sangre fría, no se inmuta ante el dolor ajeno.</i> Falta de empatía, <i>le cuesta trabajo ponerse en los zapatos del otro.</i> Falta de interés en el desempeño, <i>no muestra preocupación acerca del desempeño escolar en el trabajo u otras actividades importantes.</i> Afecto superficial: <i>empalagoso o con cambios bruscos.</i> 0. Ausente 1. Leve: Cuando existen sólo una características y solo genera un problema mínimo. 2. Moderado: Cuando tiene dos o tres características y le provoca problemas significativos en al menos dos área. 3. Grave: Cuando cumple con las cuatro características y le provoca problemas significativos en todas las área del funcionamiento (casa, escuela, amigos).				

Puntuación total: \_\_\_\_\_

Comentarios o notas especiales:

---