



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina  
Departamento de Psicología Médica,  
Psiquiatría y Salud Mental

9.0  
NUEVE  
DR. BORBÓN

SECRETARIA DE SALUD

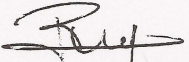
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

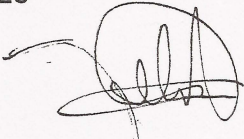
Tesis de Posgrado para obtener la Subespecialidad en Psiquiatría Infantil  
y de la Adolescencia.

Concordancia en los diagnósticos de los trastornos internalizados del Dominic Interactive versión en español (Gaby Interactive) con la K-SADS-PL en pacientes de 6 a 12 años de edad del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Presenta:

DR. MA. CRISTINA VELÁZQUEZ ESQUEDA  
R2 C.E.P.I.A.

  
DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES  
Asesor Metodológico

  
DR. FÉLIX HIGUERA ROMERO  
Asesor Teórico

  
DR. LINO PALACIOS CRUZ  
Asesor Metodológico

México, D.F. 10 de Febrero del 2006.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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:

1.- MARCO TEÓRICO .....	pag. 2-11
Definición del Problema.	
Antecedentes.	
2.- JUSTIFICACIÓN .....	pag. 11
3.- OBJETIVOS .....	pag. 11-12
4.- HIPOTESIS .....	pag. 12
5.- MATERIAL Y MÉTODOS .....	pag. 12 -15
- Diseño del estudio	
- Universo de trabajo	
- Criterios de Selección	
- Instrumentos	
- Procedimiento	
6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	pag. 16
7.- RESULTADOS .....	pag. 16 -17
8.- DISCUSIÓN .....	pag. 17-18
9.- CONCLUSIONES .....	pag. 18
10.- BIBLIOGRAFÍA .....	pag. 19-20

# 1. MARCO TEÓRICO.

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

Cuando en Psiquiatría Infantil se evalúa la salud mental del paciente, es necesario recabar información de diversas fuentes: los padres, los maestros, otros niños y el paciente mismo, a fin de obtener un diagnóstico acertado que lleve a un tratamiento más adecuado y a un mejor pronóstico para el niño (Jensen et al., 1999; Valla et al., 2000).

La entrevista clínica con los padres fue por mucho tiempo la parte esencial en la evaluación psiquiátrica de los pacientes pediátricos, pues podían aportar mayor información acerca del curso del padecimiento, la historia del desarrollo, el comportamiento y las habilidades del niño mejor que ningún otro informante (Edelbrock et al., 1985; Valla et al., 2000). Por otra parte, se asumió por mucho tiempo que los niños, sobre todo los más pequeños, no podían entender o participar en una entrevista de orientación sintomatológica o en la que se requiriera hacer la anamnesis del padecimiento debido a su falta de comprensión de las preguntas y a problemas para expresar sus propias vivencias, lo que les llevaba a dar respuestas erráticas y poco confiables (Edelbrock et al., 1985).

Gracias a la realización de diferentes investigaciones esta visión ha cambiado, y actualmente se sabe que los niños de 6 años de edad son capaces de recordar y ubicar en el tiempo eventos ocurridos en las 7 semanas previas a la valoración clínica, y que los niños de 4 años de edad son capaces de ubicar el día en que ocurrió un evento (Friedman, 1991); de igual manera, se sabe que los preescolares son capaces de etiquetar, comprender y explicar varios estados emocionales, lo que les ha convertido en informantes confiables y válidos de sus propios síntomas (Ialongo et al., 2001; Russell, 1990).

A fin de evitar sesgos en la obtención e interpretación de la información, así como para facilitar la investigación y la homogeneidad en los criterios para definir la presencia o ausencia de algún trastorno mental y/o del comportamiento, se crearon entrevistas diagnósticas -estructuradas y semiestructuradas- que exploran de manera sistemática la psicopatología en los pacientes pediátricos (McClellan y Werry, 2000). Estos instrumentos diagnósticos incrementan la confiabilidad en el diagnóstico, y disminuyen la variabilidad al momento de recabar la información. De estas entrevistas las más estudiadas al momento son: la Diagnostic Interview for Childrens and Adolescents (DICA), la Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) y la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Childrens (K-SADS), contándose con una versión validada en nuestro país de esta última.

A pesar de los esfuerzos para adaptar estos instrumentos al nivel cognitivo y de lenguaje de los pacientes, se ven enfrentados a limitaciones relacionadas con el desarrollo cognitivo en los niños más pequeños, como son una capacidad disminuida para enfocar y mantener la atención, una menor capacidad para entender conceptos abstractos y una menor habilidad verbal (Ernst et al., 1994; Ernst et al., 2000; Rebeck et al., 1997).

Con la mente puesta en la mejor manera de salvar estas limitaciones y basándose en teorías cognitivas que sugieren que la combinación de estímulos visuales y auditivos permite un mejor procesamiento y comprensión de los conceptos vertidos verbalmente (Frostig y Maslow, 1979), se crearon instrumentos con formato visual para evaluar la presencia de trastornos mentales en niños de 6 a 11 años de edad. El uso de dibujos ayuda a los niños durante la evaluación al mejorar su comprensión, estimular su atención y enfocar su interés (Valla et al., 2000), permitiéndoles un reconocimiento más fácil y mejor de sus síntomas, además de resultar más amigables para ellos que el uso de entrevistas que son de un formato completamente verbal (Ernst et al., 2000).

Dentro de estos instrumentos se encuentra el Dominic-R Questionnaire, desarrollado como un instrumento de tamizaje para niños de 6 a 11 años de edad y que evalúa los 7 diagnósticos más prevalentes en psiquiatría infantil de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. Estos diagnósticos son: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno oposicionista y desafiante (TOD), trastorno de conducta (TC), trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno por ansiedad de separación (TAS), trastorno de ansiedad (TA) y fobia simple (FS). Esta versión del instrumento viene impreso y requiere ser administrado por un entrevistador (Valla et al., 1997; McClellan y Werry, 2000; Valla et al., 2000).

Se ha desarrollado una nueva versión de este instrumento de tamizaje, basado ahora en criterios del DSM-IV, y que puede ser administrado a través de un programa de computadora: el Dominic Interactive Questionnaire, aplicable a niños de 6 a 11 años de edad, y que evalúa los siguientes diagnósticos: TDAH, TOD, TC, TDM, TAS, trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y fobias específicas (FE). Esta versión consta de un programa de computadora con imágenes, movimiento y sonido, fácil de aplicar, y que da como resultado de su administración las tendencias hacia un trastorno mental en particular. Además, se cuenta con una versión en idioma español (Valla et al., 2000; Valla et al., 2002).

El instrumento cambia de nombre según el idioma y tipo étnico de la versión: Dominic en inglés y francés, con tipo étnico anglosajón y asiático; Terry en inglés y francés, con tipo étnico afroamericano; y Gaby en español, con tipo étnico latino.

Ambas versiones de este instrumento de tamizaje han sido poco estudiadas, contándose para el Dominic-R con una validación realizada en la ciudad de Montreal en Canadá (Valla et al., 1994; Valla et al., 1997), y la validación de una versión para niños afro-americanos –el Terry Questionnaire– realizada en las ciudades de St. Louis, Missouri y Forth Worth, Texas, en los Estados Unidos (Bidaut-Russell et al., 1998); así como un estudio de confiabilidad test-retest de sus reactivos para depresión y ansiedad (Murphy et al., 2000). Mientras que para el Dominic Interactive solo se cuenta con un estudio multicéntrico de validación realizado en ciudades del este y sur-oeste de Francia (Valla et al., 2002).

Ni en el caso del Dominic-R, ni en el caso del Dominic Interactive se cuenta con un estudio que correlacione los resultados de la aplicación de dichos cuestionarios - recordando que ambos son instrumentos estructurados de tamizaje-, con los resultados que se pudieran obtener de aplicar a la misma población una entrevista semiestructurada de diagnóstico.

El presente estudio tiene como propósito determinar el grado de concordancia para los trastornos ternalizados en niños de 6 a 12 años entre el instrumento Dominic en su versión en español y con tipo étnico latino –Gaby Interactive- y una entrevista clínica diagnóstica semi estructurada –K-SADS-PL. Se empleará el Gaby Interactive por ser la versión en español más actualizada del instrumento, ya que emplea los criterios diagnósticos del DSM-IV.

## ANTECEDENTES

El concepto y el reconocimiento de lo que es o de lo que comprende la infancia y el lugar que ocupa dentro de la sociedad ha ido cambiando con el transcurrir del tiempo y las diversas concepciones filosóficas, económicas y de convivencia que la sociedad tiene de sí misma y de su núcleo básico: la familia, pasando el niño de ser un ente sin comprensión moral y una carga para sus padres a un trabajador más; para luego convertirse en representación de la pureza y depositario de las esperanzas de la humanidad, pero básicamente sin derechos; y más tarde en una persona a la que se reconocen derechos y necesidades específicas de su condición de desarrollo (Carandell, 1986).

Algo parecido ha ocurrido con la infancia en las disciplinas de salud mental, donde se conceptualizaba a los niños como seres felices y libres de preocupaciones por el hecho de ser niños, para reconocer posteriormente que los niños y adolescentes podían experimentar alteraciones emocionales, pero a la luz de teorías del desarrollo psicológico, se negaba que tuvieran la capacidad para comprenderlas (Edelbrock et al., 1985). Después de varias décadas de debate, se llegó al consenso de que los niños podían tener y sufrir trastornos mentales de manera similar, que no igual, a los adultos, permaneciendo en duda su capacidad para expresarlos de manera coherente en una evaluación clínica (Ialongo et al., 2001).

Tomando en cuenta esta concepción de los niños como informantes poco confiables al momento de proporcionar datos sobre su propio estado –sobre todo los más pequeños-, no resulta sorprendente que la entrevista con los padres fuera por mucho tiempo la piedra angular de la evaluación del estado mental de un niño, y que sus percepciones fueran cruciales al momento del diagnóstico, tratamiento y ajuste a largo plazo del paciente. (Edelbrock et al., 1985). De hecho, hasta antes de la década de los 1960's los cuestionarios y entrevistas dirigidas a los padres y maestros, y la observación de la conducta de los niños eran la práctica común en psiquiatría infantil (Angold y Costello, 2002). Además de que los padres eran considerados como los mejores informantes acerca de la evolución del padecimiento, la historia del desarrollo psicomotor, las conductas y respuesta al tratamiento por parte del paciente (Valla et al., 2000).

Los argumentos que cuestionaban la habilidad del niño como informante, apuntaban a restricciones impuestas por el desarrollo en la habilidad de comprender, recordar y etiquetar estados emocionales y conductas por parte del niño, sobre todo hasta antes de los 6 años de edad e inclusive hasta los 8 años de edad (Ialongo et al., 2001).

La realización de estudios sobre las capacidades cognitivas de los niños en relación a sus respuestas ante la evaluación clínica vino a cambiar este punto de vista, confiriendo a los niños el reconocimiento de informantes de sí mismos válidos y confiables (Russell, 1990).

Se sabe ahora que los niños son confiables al reportar eventos del pasado, y que esta confiabilidad disminuye al disminuir la edad. Así, los niños de 6 años son capaces de localizar por día, día de la semana, mes y estación del año eventos ocurridos 7 semanas antes de la entrevista clínica, y son capaces de recordar información sobre un evento a los 15 minutos de ocurrido. Mientras que los niños de 4 años son capaces de recordar el momento del día en que ocurrió un evento, con problemas para ubicarlo por día de la semana, mes y estación del año, pero pueden diferenciar cual de dos eventos es más reciente entre uno ocurrido hace 7 semanas y otro ocurrido hace una semana (Friedman, 1991).

Respecto a la habilidad para etiquetar y comprender estados emocionales, se sabe que los niños en edad preescolar pueden entender las causas y consecuencias de un amplio abanico de emociones, como la ira, la angustia, el miedo, la felicidad y la sorpresa, siendo capaces de explicar sus causas y consecuencias, y que esta habilidad se incrementa con la edad (Russell, 1990).

El proceso por el cual se aceptó la capacidad del niño para reconocer y expresar sus estados internos se dio casi al mismo tiempo que el desarrollo de una manera diferente al juicio clínico para evaluar a los pacientes (Angold y Costello, 2002). Se trataban de evitar los sesgos por parte de los evaluadores en el momento de coleccionar e interpretar la información, así como de dar homogeneidad a los criterios para definir la presencia o ausencia de un trastorno mental y/o del comportamiento (McClellan y Werry, 2000), y facilitar la investigación y estudio de la psicopatología infantil tanto a nivel clínico como epidemiológico. Así fue como se inició la creación de entrevistas clínicas estructuradas y semi estructuradas hacia fines de la década de los 1960's.

En un principio las entrevistas eran solamente una extensión natural de la práctica clínica, nada más que una guía para el evaluador, y solo los especialistas las aplicaban, pues se suponía que solo ellos tenían el entrenamiento y experiencia necesarios para decidir sobre la presencia o ausencia de sintomatología (Angold y Costello, 2002). Las primeras en ser desarrolladas fueron la Present State Examination por Wing en 1974 y la Reynard por Guze et al. en 1969, ambas para adultos; y la Isle of Wight Interview por Graham y Rutter en 1968 para niños.

Durante la década de los 1980's se empezó a prestar atención a la concordancia entre la información proporcionada por el paciente y por otros informantes -ya fueran los padres, los maestros u otra persona significativa-, cobrando importancia la validez de los instrumentos que se estaban desarrollando, pues se observaron variaciones entre los datos provenientes de los pacientes respecto a los que provenían de los demás informantes (Angold y Costello, 2002; McClellan y Werry, 2000). Actualmente se sabe que puede esperarse cierto nivel de falta de concordancia entre los diversos informantes, y que para incrementar la validez es necesario contar con datos clínicos procedentes de diferentes fuentes (Jensen et al., 1999), y que esta falta de concordancia no invalida necesariamente la información de ninguna de ellas.

Las herramientas diagnósticas más empleadas por clínicos e investigadores son:

1. los cuestionarios que son llenados por pacientes, padres y otras personas significativas, como los maestros. Pueden abarcar amplios dominios de la psicopatología, como la Child Behavior Checklist; o enfocarse en síntomas o

padecimientos muy específicos, como la Connors Parent Rating Scale (McClellan y Werry, 2000).

2. las entrevistas diagnósticas, que recaban información del niño y/o sus padres sobre diferentes aspectos de la funcionalidad y de la salud mental del paciente, con preguntas específicas acerca de criterios para síntomas de diferentes trastornos psiquiátricos. Usualmente son administradas por clínicos, investigadores y/o entrevistadores entrenados (McClellan y Werry, 2000).

Las entrevistas diagnósticas se describen de acuerdo a su grado de estructuración en altamente estructuradas, donde el entrevistador realiza las preguntas usando palabras específicas y no toma decisiones ni realiza interpretaciones acerca de la presencia de la sintomatología; y semi estructuradas, donde el entrevistador usa sus propias palabras y puede incorporar otras fuentes de información para evaluar los síntomas, con un formato más flexible (Angold y Costello, 2002; McClellan y Werry, 2000).

Una forma de clasificación que se ha propuesto es aquella que divide a las entrevistas diagnósticas de la siguiente manera:

1. las basadas en el entrevistado, donde el entrevistador sigue un guión y no interpreta las respuestas del sujeto, entre las que se encuentran la Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), la Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS) y la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). Suelen emplearse en estudios epidemiológicos, pueden ser aplicadas por personas sin entrenamiento clínico (Angold y Costello, 2002; McClellan y Werry, 2000).

2. las basadas en el entrevistador, donde éste sirve como herramienta para guiar las preguntas, incluyendo la definición de los síntomas y los patrones de los trastornos que usa para decidir si el síntoma está presente o no, entre las que se encuentran la Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA), la Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA) y la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) (Ambrosini, 2000). Para la administración de estos instrumentos se requiere entrenamiento, ya que se necesita cierto grado de interpretación clínica para obtener los diagnósticos (Angold y Costello, 2002; McClellan y Werry, 2000).

Estas entrevistas tienen una alta validez diagnóstica, permiten la valoración de la eficacia del tratamiento, el reconocimiento de patrones epidemiológicos de la psicopatología y de la continuidad y validez de los síndromes psiquiátricos que se presentan en niños y adolescentes (Ambrosini, 2000).

Existen dos versiones de la K-SADS: la K-SADS-P (estado presente); y la K-SADS-E (epidemiológica). La K-SADS-P original creada en 1978 por Puig-Antich y W. Chambers era una entrevista semi estructurada, desarrollada como una extensión de la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) para adultos, que tenía poca compatibilidad con el DSM-III por lo que se llevaron a cabo revisiones en las que se buscaba dicha compatibilidad. Así, vieron la luz la K-SADS-P II y de inmediato la K-SADS-P III en 1983 desarrolladas por los mismos autores. Ambrosini completó esta revisión, y publicó en 1984 la K-SADS-P IIIR, totalmente compatible con el DSM-III. En 1988 fue actualizada con los criterios del DSM-III-R. En 1992 se le incluyeron los 24 reactivos de la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). En 1996, se volvió a actualizar a la K-SADS para hacerla compatible con los criterios del DSM-III-R/IV, y



añadiéndosele la Clinical Global Impresión Scale, creándose la K-SADS-PIVR (Ambrosini, 2000; Angold y Costello, 2002).

En 1994 se publicó la K-SADS-PL, que evalúa los diagnósticos actuales y a lo largo de la vida. Incluye un tamizaje de 82 síntomas en 20 diferentes áreas diagnósticas. Se aplica en sujetos de 6 a 18 años de edad, tomándose la información tanto del sujeto como de uno de sus padres. Incluye una lista de criterios diagnósticos del DSM-III-R/IV. En su última versión publicada en 1996, cubre los siguientes diagnósticos: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de comportamiento, trastornos de alimentación, trastornos psicóticos, trastornos por tics; abuso de sustancias; enuresis; encopresis. Su aplicación toma alrededor de 2 horas y media, y requiere de un entrenamiento previo para los entrevistadores (Ambrosini, 2000).

Su confiabilidad interevaluador en vivo, en test-retest, cinta de video o cinta de audio y de los formatos de entrevista es para el estado actual de 0.63 a 0.90, dependiendo del diagnóstico, siendo mayores para trastornos afectivos, ansiosos y para trastorno oposicionista y desafiante. Mientras que para toda la vida es de 0.60 a 1, dependiendo del diagnóstico, siendo mayor para los mismos trastornos.

En cuanto a su validación con otros instrumentos, se encontraron con: el Beck Depression Inventory (BDI) un  $\alpha$  de Cronbach de 0.90; con la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) un  $\alpha$  de Cronbach de 0.82; y con el Children's Depression Inventory (CDI) un  $\alpha$  de Cronbach de 0.89 (Ambrosini, 2000).

A pesar de los esfuerzos para la adaptación al nivel cognitivo y de lenguaje de los pacientes, estos instrumentos se ven enfrentados a limitaciones relacionadas con el desarrollo cognitivo como son una capacidad disminuida para enfocar y mantener la atención a lo largo de la entrevista, una menor capacidad para entender conceptos abstractos que lleva a que las palabras y preguntas empleadas resulten confusas, y una menor habilidad verbal que dificulta la obtención de respuestas significativas a los cuestionamientos realizados y la expresión de lo vivenciado internamente (Ernst et al., 1994; Ernst et al., 2000; Rebeck et al., 1997). Estas limitaciones son más aparentes en niños menores de 8 o 9 años, y tienden a ser menos importantes conforme aumenta la edad de los entrevistados.

Buscando la mejor manera de salvar estas limitaciones y basándose en teorías cognitivas que sugieren que la combinación de estímulos visuales y auditivos permite un mejor procesamiento y comprensión de los conceptos vertidos verbalmente (Frostig y Maslow, 1979), se crearon instrumentos con formato visual o pictórico a base de dibujos para evaluar la presencia de trastornos mentales en niños. El uso de dibujos ayuda a los niños durante la evaluación al mejorar su comprensión, estimular su atención y enfocar su interés (Valla et al., 2000), permitiéndoles un reconocimiento mejor y más fácil de sus síntomas, además de resultar más confortables para ellos que el uso de entrevistas que son de un formato completamente verbal (Ernst et al., 2000).

Los instrumentos de formato no verbal en niños tienen actualmente diferentes funciones, como evaluar la presencia de conflictos internos o la estructura de la personalidad como se hace a través de pruebas proyectivas como el Test de Apercepción Temática (TAT) o el Test de Manchas de Tinta de Rorschach; o bien, la

evaluación de las funciones cognitivas como se hace a través del Test de Vocabulario de Peabody y del Test de Matrices Progresivas de Raven (Ernst et al., 2000; Valla et al., 2000).

Además de los ya citados, se han desarrollado herramientas pictóricas estandarizadas para uso psiquiátrico en niños y adolescentes, relativamente nuevas y que evalúan a través de modelos categoriales la presencia o la posibilidad de la presencia de psicopatología -y en un caso el grado de adaptación social-, y de los cuales solo existen 5 instrumentos:

1. la Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children, aplicable a población preescolar para evaluar su competencia social en 4 dominios: cognitivo, físico, aceptación de pares y aceptación por la madre (Harter y Pike, 1984).

2. la Preschool Symptom Self-Report (PRESS), diseñada para facilitar el reporte de los síntomas depresivos a los niños en edad preescolar -entre los 3 y 5 años de edad- y que cuenta con una parte para los padres (Martini et al., 1990).

3. el Levonn, basado en otro instrumento -el Dominic- y que se diseñó para evaluar los síntomas de estrés postraumático en niños que viven en zonas de alto riesgo de violencia y criminalidad (Martínez et al., 1993).

4. el Pictorial Instrument for Children and Adolescents (PICA-III-R) aplicable entre los 5 y los 15 años de edad, que evalúa a través de 137 dibujos la presencia de 5 categorías diagnósticas contenidas en 14 subescalas: trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de comportamiento disruptivo y abuso de sustancias. (Ernst et al., 1994; Ernst et al., 2000).

5. el Dominic Questionnaire -o simplemente Dominic-, aplicable a niños entre los 6 y 11 años de edad y que cuenta con una versión impresa basada en el DSM-III-R (el Dominic-R) y una versión disponible para computadora basada en el DSM-IV (el Dominic Interactive), así como con versiones impresas y para computadora, estas últimas en diferentes idiomas para su aplicación en diferentes grupos étnicos y culturales. Cubre 64 de 66 criterios de 7 trastornos investigados (Valla et al., 1994; Valla et al., 2000; Valla et al., 2002).

La primera versión del Dominic, fue ideada en 1981 como un instrumento corto para tamizaje, con 26 dibujos. Posteriormente se realizó una versión más elaborada basada en los criterios del DSM-III, con 194 dibujos, pero debido a que su aplicación llevaba mucho tiempo, se realizaron una tercera y cuarta versiones con 99 dibujos (Valla et al., 1994), a las que siguió una quinta versión con 89 dibujos, todas basadas en criterios del DSM-III-R (Valla et al., 1996).

La segunda versión tuvo una validación de test-retest a la semana, con confiabilidad de 0.69 a 0.88 (N= 34). Se realizó también una validación concurrente con el K-SADS-E, encontrándose valores de  $\kappa$  de 0.39 a 0.56 (N= 169) (Valla et al., 1996).

A la tercera versión también se le realizó una validación de test-retest a la semana, con correlaciones de 0.59 a 0.74 (N= 104); a esta versión se le realizó también la validación concurrente con el juicio clínico de 3 entrevistadores, encontrándose  $\kappa$  de 0.64 a 0.88 (N= 117), dependiendo del diagnóstico estudiado (Valla et al., 1994).

El Dominic-R en su sexta versión realizada en 1996 es un cuestionario estructurado, basado en los criterios diagnósticos del DSM-III-R, y que valora la presencia de trastornos mentales en niños de 6 a 11 años de edad. Consta de 96 páginas divididas en dos cuadernillos de 49 y 47 páginas respectivamente (Valla et al., 2000).

A través de los dibujos se ilustran una serie de situaciones que corresponden a los síntomas listados en el DSM-III-R a fin de llegar a determinar la presencia de alguno de 7 diagnósticos: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con 16 dibujos, trastorno oposicionista y desafiante (TOD) con 13 dibujos, trastorno de conducta (TC) con 13 dibujos, trastorno depresivo mayor (TDM) con 19 dibujos, trastorno por ansiedad de separación (TAS) con 13 dibujos, trastorno de ansiedad (TA) con 11 dibujos y fobia simple (FS) con 10 dibujos. Su tiempo de aplicación es aproximadamente de 20 minutos. El sexo del personaje en los dibujos es deliberadamente ambiguo para que pueda emplearse el instrumento en valoraciones de niños y niñas. Cada dibujo va acompañado de una pregunta que el entrevistador realiza acerca de lo representado en el dibujo. La respuesta esperada es “sí” o “no” (Valla et al., 1996).

Esta versión cuenta con un estudio llevado a cabo en la ciudad de Montreal en Canadá con una muestra de 569 niños realizándose la validación de test-retest entre los días 7 y 12 de la primera valoración, obteniéndose  $\alpha$  de 0.71 a 0.80 (Valla et al., 1997).

La validación de una versión para niños afro-americanos –el Terry Questionnaire– se llevó a cabo en las ciudades de St. Louis, Missouri y Forth Worth, Texas, en los Estados Unidos, con una muestra de 36 niños, realizándose validación de consistencia interna, obteniéndose un  $\alpha$  de Cronbach de 0.89 (Bidaut-Russell et al, 1998).

Así mismo, se cuenta con un estudio de confiabilidad test-retest de los reactivos para depresión y ansiedad, realizado en Los Angeles, California y St. Louis, Missouri, Estados Unidos aplicado a niños de 6 a 8 años de diversos grupos étnicos, con una muestra de 37 niños, obteniéndose que la validez era mayor para los reactivos de ansiedad (Murphy et al, 2000).

En 1997 se desarrolla una nueva versión de este instrumento de tamizaje, pero basado en criterios del DSM-IV, y que puede ser administrado a través de un programa de computadora: el Dominic Interactive Questionnaire –o simplemente Dominic Interactive–, aplicable a niños de 6 a 11 años de edad, y que evalúa los siguientes diagnósticos: TDAH, TOD, TC, TDM, TAS, trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y fobias específicas (FE). Esta versión consta de un programa de computadora con imágenes, movimiento y sonido, que se aplica en alrededor de 15 minutos, y que como resultado de su administración marca las tendencias hacia un trastorno mental de los 7 que se evalúan (Valla et al., 1997).

Las versiones impresas de un mismo instrumento usualmente muestran propiedades psicométricas similares, por lo que los datos procedentes de las validaciones del Dominic-R pueden tomarse como válidas para el Dominic Interactive (Valla et al., 2000). El uso de instrumentos de computadora minimiza los sesgos por el evaluador o el medio social y refuerza la capacidad para comparar diferentes

poblaciones. La interacción con la computadora puede inducir respuestas más espontáneas y menor número de respuestas socialmente aceptables que la interacción con un entrevistador adulto (Richman et al., 1999).

El Dominic Interactive cuenta con versiones en diferentes idiomas -inglés, francés, y español- así como con versiones que presentan personajes con diferentes tipos étnicos en las ilustraciones –anglosajón, latino, afroamericano y asiático- para facilitar su aplicación en diferentes grupos culturales. De igual manera cuenta también con una versión para su aplicación en adolescentes, esta solamente en inglés (Valla et al., 2000).

El instrumento cambia de nombre según el idioma de la versión: Dominic en inglés y francés, con tipo étnico anglosajón y asiático; Terry en inglés y francés, con tipo étnico afroamericano; y Gaby en español, con tipo étnico latino.

Para el Dominic Interactive solo se cuenta con un estudio multicéntrico realizado en cuatro ciudades del este y sur-oeste de Francia, contando con una muestra de comunidad de 253 niños, y una muestra clínica de 150 pacientes, con edades comprendidas entre los 6 y 12 años. Se encontraron diferencias significativas al estimar las prevalencias entre ambas poblaciones, siendo mayores en la muestra clínica. No se pudo realizar la validación del Dominic Interactive contra el juicio clínico debido a las diferencias en el reclutamiento de las muestras en los diferentes centros clínicos participantes, además de la falta de un instrumento semi estructurado que diera coherencia a las valoraciones clínicas (Valla et al., 2002).

Hasta el momento no hay estudios publicados acerca del Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive), ya sea en su consistencia interna, en su confiabilidad test-retest, en su confiabilidad interevaluador o su grado de concordancia con un instrumento diagnóstico semi estructurado.

Definición de las variables y unidades de medida.

La clasificación, diagnóstico y conceptualización de la psicopatología infantil puede hacerse a través de de dos enfoques:

1. categorial, que identifica grupos de síntomas o síndromes obtenidos por medio de procedimientos estadísticos multivariados, como el análisis factorial o el análisis de conglomerados. En este enfoque se emplean criterios diagnósticos predeterminados para definir la presencia o ausencia de un trastorno específico. En este enfoque se basan los sistemas de clasificación DSM y CIE (Marsh y Graham, 2002; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

2. dimensional, que supone que hay una serie de dimensiones o rasgos de la conducta independientes y que todos los niños los poseen en diferentes grados. Estos grupos de síntomas o síndromes se obtienen a partir de listas de problemas. De esta manera se han identificado dos amplias dimensiones de la psicopatología infantil: los problemas debidos a un bajo control o externalizados y los problemas debidos a un elevado control o internalizados (Marsh y Graham, 2002; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

La dimensión de trastornos externalizados, de exteriorización, de infracontrol, o disocial incluye conductas dirigidas hacia los demás. Algunas de las características

asociadas frecuentemente a este patrón son los problemas de atención, las peleas, las rabietas, la desobediencia, y la destructividad (Marsh y Graham, 2002; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

La dimensión de trastornos internalizados, de interiorización, de sobrecontrol, o ansiedad-retraimiento describe sentimientos o estados que normalmente son considerados como dirigidos hacia el interior. Algunas de las características asociadas a este agrupamiento se describen como ansiedad, timidez, retraimiento y depresión (Marsh y Graham, 2002; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Al hacer coincidir el enfoque dimensional con el categorial, se pueden incluir dentro de los trastornos externalizados al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), al Trastorno Oposicionista y Desafiante (TOD), al Trastorno Disocial (TD) y al Trastorno de Conducta (TC).

Dentro de los trastornos internalizados se pueden incluir al Trastorno Depresivo Mayor (TDM), al Trastorno Bipolar (TB), a la Distimia, al Trastorno de Ansiedad de Separación (TAS), al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y a las Fobias Específicas (FE).

## **JUSTIFICACIÓN.**

Cuando en Psiquiatría Infantil se lleva a cabo la evaluación del paciente es necesario recabar la información de la manera más sistemática y completa posible, ajustando la entrevista al nivel de desarrollo cognitivo del menor. Esto se puede lograr con entrevistas semi estructuradas, que tienen las desventajas del tiempo que consumen en su aplicación y la limitada capacidad de atención y la baja comprensión de los reactivos por parte de los pacientes en el formato verbal que emplean dichas entrevistas

Una solución a las anteriores limitantes es el empleo de entrevistas con un formato más amigable con el niño, usando dibujos que ayudan a los niños durante la evaluación al mejorar su comprensión, estimular su atención y enfocar su interés, permitiéndoles un reconocimiento más fácil y mejor de sus síntomas. Además de su tiempo de aplicación que es mucho más breve.

El Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive) cumple con características de tiempo de administración y aplicabilidad a niños, pero no ha sido validado.

Cuando se realice la validación, se espera tener un instrumento más, con tiempo breve de aplicación, confiable, que permita al niño una expresión más fácil de su estado interno.

## **HIPÓTESIS.**

Los diagnósticos de trastornos externalizados obtenidos mediante la aplicación de un instrumento estructurado, el Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive) serán concordantes con los diagnósticos para los mismos trastornos obtenidos mediante la aplicación de una entrevista diagnóstica semiestructurada, la K-SADS-PL.

## **OBJETIVOS.**

Objetivo general.

Conocer la concordancia entre los diagnósticos de los trastornos externalizados obtenidos mediante la administración del Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive), los diagnósticos de los mismos trastornos obtenidos mediante la administración de una entrevista diagnóstica semi estructurada, la K-SADS-PL, en pacientes de 6 a 12 años del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Objetivos específicos.

- conocer la concordancia entre los diagnósticos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad obtenidos mediante la aplicación del Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive) y la K-SADS-PL.
- conocer la concordancia entre los diagnósticos de trastorno oposicionista y desafiante obtenidos mediante la aplicación del Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive) y la K-SADS-PL.
- conocer la concordancia entre los diagnósticos de trastorno de conducta obtenidos mediante la aplicación del Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive) y la K-SADS-PL.

## **MATERIAL Y MÉTODO.**

### **Diseño.**

Se trata de un estudio transversal, a ciego sencillo en población clínica elegida de manera no probabilística.

### **Universo de trabajo.**

Participaron en el estudio aquellos usuarios que acudieron de primera vez al servicio de preconsulta del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", y que cumplieron los criterios de inclusión: con edad comprendida entre los 6 y los 12

años, sexo indistinto, sin tratamiento fármacológico en los 6 meses previos al estudio y que aceptaron participar en el mismo.

Fueron excluidos los sujetos con cuadro psicótico agudo, intoxicación aguda por sustancias, con dificultades para comprender las instrucciones y preguntas de los instrumentos o que no cumplieron con los criterios de inclusión. Se eliminó a los sujetos que no concluyeron las evaluaciones.

Siguiendo la metodología de Feinstein (Feinstein, 1985; Jekel, Elmore y Katz, 1999) se requiere de 10 pacientes por cada uno de los diagnósticos. Considerando que cada paciente puede presentar más de un diagnóstico se captaron 25 pacientes.

## **Instrumentos.**

### a) Dominic Interactive, versión en español (Gaby Interactive).

En 1997 se desarrolla una nueva versión del Dominic-R, el Dominic Interactive Questionnaire –o simplemente Dominic Interactive-, el cual es un instrumento estructurado, computarizado, interactivo, que combina imágenes a color con movimiento y sonido en un formato de juego de video, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, diseñado especialmente para valorar la salud mental de niños de 6 a 11 años de edad. Ilustra 90 situaciones que representan síntomas definidos por criterios del DSM-IV, desplegándolas en pantalla mientras una voz de fondo pregunta al niño si se siente o no, o si le pasa o no como al personaje en la pantalla; el niño contesta sí o no señalando con el cursor sobre las barras marcadas para tal fin. El instrumento se aplica en 15 a 20 minutos (Valla et al., 2000).

Las respuestas son automáticamente analizadas por la computadora, y los resultados se graban en un disco de 3 1/2", y se despliegan en pantalla en una hoja de resultados, donde se ven las tendencias hacia los diagnósticos y el número de reactivos positivos para cada uno: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) hasta 19 reactivos, trastorno oposicionista y desafiante (TOD) hasta 9 reactivos, trastorno de conducta (TC) hasta 14 reactivos, trastorno depresivo mayor (TDM) hasta 20 reactivos, trastorno de ansiedad de separación (TAS) hasta 8 reactivos, trastorno de ansiedad generalizada (TAG) hasta 15 reactivos, y fobias específicas (FE) hasta 9 reactivos, además de las tendencias para trastornos internalizados hasta 52 reactivos y para trastornos externalizados hasta 42 reactivos (Valla et al. 2002).

En cuanto a su validación, este instrumento solo cuenta con un estudio multicéntrico realizado en seis ciudades de Francia. El estudio contó con una muestra de comunidad de 253 niños (niños: 44.3%; niñas 55.7%), con edades comprendidas entre los 6 y 12 años (edad promedio: 9.2 años, SD: 1.8) provenientes de las ciudades y suburbios de Aix-en-Provence y Marseille.; y una muestra clínica de 150 pacientes (niños: 72.7%; niñas 27.3%), con edades entre los 6 y 11 años (edad promedio: 9.1 años; SD: 1.6) procedentes de clínicas psiquiátricas en Paris (N= 55), Bordeaux (N= 17), Strasbourg (N= 37) y Montpellier (N=41). Se encontraron diferencias significativas al estimar las prevalencias para cada diagnóstico entre ambas poblaciones, con  $p \leq 0.01$ . No se pudo realizar la validación del Dominic Interactive contra el juicio clínico debido a las diferencias en el reclutamiento de las muestras en los diferentes centros clínicos participantes, además de la falta de un

instrumento semi estructurado que diera coherencia a las valoraciones clínicas (Valla et al., 2002).

b) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 años). Kiddie SADS present & lifetime version ((K-SADS-PL).

En 1994 se publicó la K-SADS-PL, que evalúa los diagnósticos actuales y a lo largo de la vida. Incluye un tamizaje de 82 síntomas en 20 diferentes áreas diagnósticas así como 5 suplementos para valoración de los trastornos detectados en la sección de tamizaje. Se aplica en sujetos de 6 a 18 años de edad, tomándose la información tanto del sujeto como de uno de sus padres. Incluye una lista de criterios diagnósticos del DSM-III-R/IV. En su última versión publicada en 1996, cubre los siguientes diagnósticos: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de comportamiento, trastornos de alimentación, trastornos psicóticos, trastornos por tics; abuso de sustancias; enuresis; encopresis. Su aplicación toma alrededor de 2 horas y media, y requiere de un entrenamiento previo para los entrevistadores (Ambrosini, 2000).

En caso de niños se entrevista primero al padre y después al niño; en caso de adolescentes se entrevista primero a éstos y después al padre. Esto aplica tanto para la sección de tamizaje como para los suplementos. Se puede complementar al final con la información procedente de otras fuentes, como maestros, escuela, expediente clínico, otros familiares.

Los diagnósticos principales que se evalúan con K-SADS-PL incluyen: depresión mayor, distimia, manía, hipomanía, ciclotimia, bipolar, esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, psicosis reactiva breve, pánico, agorafobia, ansiedad excesiva, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, déficit de atención con hiperactividad, conducta, desafiante oposicionista, enuresis, encopresis, anorexia nervosa, bulimia, tics transitorios, Guilles de la Tourette, tics motores o vocales crónicos, abuso de alcohol, abuso de sustancias, estrés postraumático y trastornos de ajuste (adaptativos).

Su confiabilidad interevaluador en vivo, en test-retest, cinta de video o cinta de audio y de los formatos de entrevista es para el estado actual de 0.63 a 0.90, dependiendo del diagnóstico, siendo mayores para trastornos afectivos, ansiosos y para trastorno oposicionista y desafiante. Mientras que para toda la vida es de 0.60 a 1, dependiendo del diagnóstico, siendo mayor para los mismos trastornos.

En cuanto a su validación con otros instrumentos, se encontraron con: el Beck Depression Inventory (BDI) un  $\alpha$  de Cronbach de 0.90; con la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) un  $\alpha$  de Cronbach de 0.82; y con el Children's Depression Inventory (CDI) un  $\alpha$  de Cronbach de 0.89 (Ambrosini, 2000).

## **PROCEDIMIENTO.**

Se acudió al servicio de Preconsulta del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" durante el mes de Enero 2006 en horario matutino de 08:00 a 12:00hrs, se



captaron a los pacientes de primera vez con edades entre los 6 y 12 años, se habló con el familiar responsable y se le invitó a participar en el estudio aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó el procedimiento y se les solicitó que firmarán el consentimiento informado aunque no sea un estudio invasivo.

Se procedió entonces a la aplicación de los instrumentos clínicos el mismo día y por diferentes entrevistadores en el siguiente orden: K-SADS-PL y el Dominic Interactive. Las entrevistas se llevaron a cabo en los consultorios del área de preconsulta del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Los instrumentos fueron administrados por dos médicos residentes de 2do. de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, quienes tomaron la capacitación para aplicar el K-SADS-PL y siguieron las instrucciones de aplicación del Dominic Interactive.

Todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio concluyeron las evaluaciones, ningún paciente tuvo que ser eliminado por presentar alguno de los criterios de exclusión.

## ANALISIS ESTADÍSTICO

Se determinó la correlación entre los instrumentos a través del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson, tomando los siguientes valores para la interpretación de los resultados de correlación:

< 0.4	mala
0.4 a 0.7	regular
>0.7	buenas

Una vez aplicados los instrumentos, se procedió al vaciado de la información y su procesamiento a través del paquete estadístico SPSS Versión 10. Se calculó el coeficiente de concordancia kappa de Cohen tomando para la interpretación de los valores de K (kappa), los puntos de corte propuestos por Feinstein (1985), Jekel, Elmore y Katz (1999):

Menor a 0	pobre
0.00-0.20	leve
0.21-0.40	regular
0.41-0.60	moderada
0.61-0.80	buenas
0.81-100	excelente

## CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación no implica procedimiento invasivos que generen molestias físicas, emocionales o Psicológicas sin riesgo para los pacientes, perteneciendo al título segundo capítulo 1 del artículo 17 de acuerdo a la ley General de Salud sin embargo por ser menores se edad se les solicitará consentimiento informado.

## RESULTADOS

### ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS.

Se captaron un total de 25 pacientes, de los cuales 21 corresponden al sexo masculino (84%) y 4 al sexo femenino (16%), con una proporción de 4:1, con una edad comprendida entre 6 y 12 años con una media de 8.72, una mediana de 9 y una moda de 7. La escolaridad esta comprendida del 1ro al 6to. Año de primaria, con una media de 3.24, una mediana 3.5 y una moda de 5 (Tabla 1).

El 96% (n=23) de los pacientes vivían con sus padres solamente 2 (4%) pacientes vivían con otros familiares, en el 96% la información fue proporcionada por la madre.

**Tabla 1. Datos demográficos de la muestra (n =25).**

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>
<b>sexo</b>				
masculino	21	84		
femenino	4	16		
<b>edad (años)</b>			8.72	1.86
<b>escolaridad (grados)</b>			3.24	1.56

### FRECUENCIAS.

Los trastornos externalizados se encontraron en el 96% de los pacientes cuando se aplicó la K-SADS-PL, mientras que cuando se aplicó la Dominic Interactive dichos trastornos se encontraron en el 76 % de los pacientes.

Los trastornos externalizados específicos encontrados cuando se aplicó la K-SADS-PL fueron el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) presente en el 56% de los pacientes; el Trastorno Oposicionista y Desafiante (TOD) presente en el 40% de

los pacientes; cuando se aplicó Dominic Interactive el TDAH se presentó en 52% y el TOD en 24% se (Tabla 2)

**Tabla 2. Frecuencia total de trastornos externalizados encontrados con K-SADS-PL.(n=25)**

Diagnóstico	K-SADS-PL				Dominic Interactive			
	No.	%	Fem.	masc	No.	%	Fem.	masc
TDAH	14	56	1	13	13	52	3	10
TOD	10	40	1	9	6	24	1	5

#### CONCORDANCIA Y CORRELACIÓN.

Se encontró una alta correlación para el TDAH no así para el TOD, en cuanto a la concordancia para TDAH el grado de acuerdo (0.96) se considera excelente, sin embargo para TOD solo es buena con índice 0.68. (Tabla 3).

**Tabla 3. Concordancia entre K-SADS-PL y Dominic Interactive para los trastornos externalizados específicos.**

Diagnóstico Dominic Interactive	K-SADS-PL		
	Coef.	Sign.	Grado de acuerdo
TDAH	0.923	0.0001	0.96
TOD	0.306	0.137	0.68

#### DISCUSIÓN.

Los resultados del estudio indican que el (96%) de los sujetos estudiados presentaban criterios para los trastornos externalizados para TDAH (56%) y para TOD (40%) siendo mayor a la prevalencia descrita en población general. TSD no se registró ninguno muy probable asociado a la

variable de la edad ya que este suele encontrarse en adolescentes, por lo que este diagnóstico se eliminó.

Los varones constituyeron más de las dos terceras parte de la muestra de pacientes obtenidos (84%) N=25. coincidiendo con lo que se reporta para dichos trastornos, en la que el sexo masculino presenta trastornos de conducta en mayor proporción.

El presente estudio confirma lo reportado en la literatura en cuanto al que el tipo combinado para TDAH más frecuentemente se diagnóstico. Para TOD se encontró que la mayoría de los casos coexiste con el anterior.

Debido a las características de los pacientes propias del trastorno, a menor edad se dificulta la aplicación de ambas escalas, en cuanto al K-SADS-PL y Gaby Interactive permitió detectar sin dificultad para TDAH coincidiendo la información aportada por el padre y el menor. No así para el TOD en el cual para la primera escala el interrogatorio con el padre aportaba los criterios para el diagnóstico y en ambas escalas con el menor observamos dudosa la información muy probablemente asociado a una pobre capacidad de insight, no considerando este asociado a CI subnormal.

El análisis estadístico de la información reporta que el coeficiente de correlación para TDAH (0.923) es bueno, no así para el TOD (0.306) quedando por debajo del coeficiente considerado como malo lo cual corresponde a las dificultades que ocasionan sesgo en la Gaby Interactive.

Aunque el tamaño de la muestra no es lo suficientemente extensa para sensibilidad y especificidad se aplicó como parte del análisis para TDAH 0.93 y 1 respectivamente y en TOD 0.40 y 0.87.

## **CONCLUSIONES**

Las entrevistas semiestructuras permiten detectar con de forma confiable los trastornos externalizados, pero debido al tiempo que requieren para su aplicación es uno de los principales obstáculos para realizarla de forma rutinaria además de que requiere de un entrevistador que tenga conocimientos de psicopatología y de entrenamiento supervisado.

La Gaby-Interactive, como instrumento de tamizaje permite en un primer contacto con el paciente detectar criterios para los trastornos internalizados en particular para TDAH.

El presente estudio por su tamaño de la muestra permite presentar los resultados del análisis estadístico, los cuales sugieren continuar esta línea de investigación para ampliarlo ó realizar comparativo en sujetos sanos.

## Referencias Bibliográficas.

Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 49-58.

Angold A, Costello EJ. Structured interviewing en: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd ed, Lewis M, Ed Baltimore: Williams & Wilkins, p 544-555.

Bidaut-Russell M, Valla JP, Thomas JM, Bergeron L, Lawson E. Reliability of the Terry: a mental health cartoon-like screener for African-American children. *Child Psychiatry & Human Develop* 1998; 28: 249-263.

Carandell JM. *La Literatura Infantil*. 3ª ed. Madrid (España): Printer, Industria Gráfica S.A.; 1986.

Edelbrock C. Age Differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Development* 1985; 56: 265-275.

Ernst M, Cookus BA, Moravec BC. Pictorial Instrument for Children and Adolescents (PICA-III-R). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 94-99.

Ernst M, Godfrey KA, Silva RR, Pouget ER, Welkowitz J. A New Pictorial Instrument for Child and Adolescent Psychiatry: A Pilot Study. *Psychiatry Res* 1994; 51: 87-104.

Friedman WJ. The development of children's memory for past events. *Child Development* 1991; 62: 139-155.

Frostig M, Maslow P. Neuropsychological contributions to education. *J Learn Disabil* 1979; 12: 40-54.

Harter S, Pike R. The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social acceptance for Young Children. *Child Develop* 1984; 55: 1969-1982.

Ialongo NS, Edelsohn G, Kellam SG. A further look of the prognostic power of young children's reports of depressed mood and feelings. *Child Develop* 2001; 72: 736-747.

Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schaw-Stone ME, Lahey BB. Parent and child contribution to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1569-1579.

Marsh EJ, Graham SA. Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En: Caballo VE, Simón MA, editores. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* 2ª ed, Madrid (España): Editorial Pirámide; 2002. p. 29-56.

Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. A symptom self-report measure for preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 594-600.

McClellan JM, Werry JS. Research psychiatric diagnostic interview for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 19-27.

Murphy DA, Cantwell C, Jordan DD, Lee MB, Cooley-Ouille MR, Lahey BB. Test-retest reliability of Dominic anxiety and depression items among young children. *J Psychopathology and Behav Assessment* 2000; 22: 257-270.

Rebok GW, Smith CB, Pascualvaca DM, Anthony BJ, Kellam SG. Developmental changes in attentional performance in urban children from eight to thirteen years. *Child Neuropsychol* 1997; 3: 28-46.

Richman WL, Kiesler S, Weisband S, Drasgow F. A meta-analytic study of desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires and interviews. *J Applied Psychology* 1999; 84: 754-775.

Russell JA. The preschooler's understanding of the causes and consequences of emotions. *Child Develop* 1990; 61: 1872- 1881.

Valla JP, Bergeron L, Berube H, Gaudet N, St-Georges M. A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): development, validity and reliability. *J Abnormal Child Psychology* 1994; 22: 403-423.

Valla JP, Bergeron L, Bidaut-Russell M, St-Georges M, Gaudet N. Reliability of the Dominic-R: a young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli. *J Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38: 717-724.

Valla JP, Bergeron L, Smolla N. The Dominic-R: a pictorial interview for 6-to-11-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 85-93.

Valla JP, Kovess V, Chee CC, Berthiaume C, Vantalon V, Piquet C, Gras-Vincedon A, Alles-Jardel M. A French study of the Dominic Interactive. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 441-448.

Wicks-Nelson R, Israel AC. *Psicopatología del niño y del adolescente* 3ª ed. Madrid (España): Prentice Hall; 1999.