

FACULTAD DE MEDICINA

SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N.

NAVARRO.

**“Traducción al español, validez y confiabilidad
interevaluador del apartado VIII. (Trastornos del
Espectro Autista) de la entrevista diagnostica
K-SADS-PL en su versión 2009”**

PRESENTA

OMAR NÁFATE LÓPEZ

TUTOR TEÓRICO

DRA. LILIA ALBORES GALLO

TUTOR METODOLÓGICO

DRA. ROSA ELENA ULLOA



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.

Índice Temático

1.Introducción.....	5
2.Antecedentes.....	3
2.1.-Características de la evaluación infantojuvenil.....	3
2.2.-Concepciones Diagnosticas en la evaluación psicopatológica.....	4
2.3.-Instrumentos de Evaluación Infantojuvenil.....	4
2.4.-Instrumentos de evaluación basados en el sistema diagnostico categorial.....	5
3.-Trastornos del Espectro Autista.....	5
3.1.-Clasificacion del DSM-IV y su relación con los Trastornos del Espectro autista	6
3.2.1-Cuestionario para Autismo en niños preescolares (CHAT).....	7
3.2.2.- Cuestionario para Autismo en niños preescolares modificado (CHAT-M).....	9
3.2.3.-Escala de evaluación de Autismo Infantil (CARS).....	10
3.2.4.-Lista de síntomas del niño de 1.5-5 (CBL/1.5-5).....	11
3.2.5.-Entrevista de diagnostico del autismo (ADI)	13
3.2.6 Entrevista de diagnostico del autismo revisado (ADI-R).....	14
3.2.7.-Cedula de Diagnostico del Autismo (ADOS).....	14
3.2.8.-Cedula pre lingüística genérica de observación para el autismo (ADOS_PL).....	15
3.2.9.-Cedula de Observación genérica para el Autismo (ADOS-G).....	15
4.- Justificación.....	17
5.-Planteamiento del problema.....	17
6. Hipótesis.....	18
7. Objetivos.....	18
7.1- Objetivo general.....	18
7.2.- Objetivos secundarios	19
8.- Método.....	19
8.1.-Diseño del estudio	19
8.2.-Población.....	19
8.3.-Criterios de inclusión.....	20
8.4.-Criterios de exclusión..	20
9.- Variables.....	21
9.1.-Definición conceptual de las variables.....	21
9.2.-Definición operacional de las variables.....	22
10.-Descripción de los instrumentos de medición	23
11.- Procedimiento	24
11.1.- Estudio piloto.....	25
11.2- Validación en población mexicana	25
12.-Cronograma de actividades.....	25
13.-Análisis estadístico.....	26
14.-Consideraciones éticas.....	26
15.-Costos del estudio.....	27
16.-Recursos humanos.....	28
17.-Bibliografía.....	28

1.- Introducción

La evaluación clínica del comportamiento en la infancia y la adolescencia se ha cimentado a partir de la evaluación de la población adulta, heredando los mismos problemas y limitaciones. A partir de los años 70's se comenzaron a reconocer las peculiaridades propias del desarrollo infantil, aunque las tareas de evaluación infantil permanecerán durante largo tiempo centradas fundamentalmente en la clasificación y el diagnóstico. Es a partir de los años 80 cuando la evaluación se dirige a la planificación y verificación de los resultados del tratamiento.(1)

2.- Antecedentes

Entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual existen múltiples diferencias. Una de estas diferencias se refiere al modo de conceptualizar la conducta y al tipo de variables explicativas sobre el origen y el mantenimiento del comportamiento problema. Obviamente desde marcos conceptuales distintos se ha de esperar que las técnicas de evaluación generadas sean cualitativamente distintas.

Desde la aproximación tradicional se aboga por la evaluación de constructos de personalidad para averiguar las causas de las conductas alteradas. Desde este punto de vista, la conducta tiene un valor de "síntoma" que reflejaría causas subyacentes. Desde esta perspectiva, la valoración de la psicopatología se ha realizado a partir de una serie de técnicas indirectas de evaluación en las que se englobarían: las técnicas proyectivas, test, técnicas subjetivas, etc. Este tipo de instrumentos se han construido sobre el supuesto de que la conducta es consistente respecto a la variabilidad del contexto.(3)

Por otro lado, la evaluación conductual se considera un proceso en el que el clínico toma decisiones sobre las variables que se suponen relevantes en el mantenimiento del problema,

a partir de las cuales desarrolla el plan de intervención. Las características fundamentales señaladas a la evaluación conductual quedan resumidas en las siguientes:

a) Uso de la observación sistemática; b) Orientada a detectar la naturaleza, desarrollo y valoración del cambio conductual; c) Entiende la conducta como una muestra del repertorio del sujeto; d) Concibe el proceso evaluativo como un proceso continuo en el que se recogen medidas antes, durante y después de la intervención; y e) Interpreta los datos desde un nivel de inferencia mínimo.(4)

Algunos autores señalan que una adecuada evaluación, debido a los diversos factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta, debería incluir múltiples métodos (evaluación multimétodo) (entrevista, observación directa, cuestionarios, etc.), administrados a distintas personas (padres, maestros, propio niño, etc.) y referidos a distintos contextos (casa, colegio, etc.), así como incluir una evaluación tanto familiar como extra familiar. No obstante, no queda justificado claramente el hecho de llevar a cabo una evaluación multimétodo, entre otras razones por los escasos apoyos empíricos de esta evaluación. Además se debería tener en cuenta que en muchas ocasiones la evaluación multimétodo supone: a) un costo personal y profesional a la hora de integrar la información recogida; b) numerosas exigencias y requisitos para la familia; y c) el establecimiento de diversos diagnósticos con los efectos estigmatizantes que ello conlleva y que se han recogido ampliamente en la literatura (4,5)

Asimismo, la cantidad de datos recogidos mediante este tipo de evaluación no está necesariamente relacionada con la calidad de la información. En general, desde un punto de vista conductual-funcional, se aboga por un proceso de evaluación mínimamente intrusivo en el que se aboga por la valoración previa de la utilización de múltiples instrumentos, de múltiples fuentes, etc. en el primer contacto de la evaluación, especialmente respecto al uso de evaluaciones fisiológicas y neuropsicológicas. En relación con esta última evaluación podemos indicar que no todos los problemas psicosociales que presentan los niños necesitan una evaluación neurofisiológica o fisiológica, debido al coste personal y material que ello conlleva y a la escasa utilidad de cara al tratamiento.

No obstante, podríamos indicar algunas razones sobre la importancia de este tipo de evaluación.

2.1.- Concepciones diagnosticas en la evaluación psicopatológica

Dos grandes concepciones diagnosticas se han elaborado para la evaluación clínica infantil. Por un lado, estarían los sistemas de clasificación categorial en los que se enmarcaría las distintas versiones del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su última versión DSM-IV (APA, 1994), la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales elaborada por la OMS en su versión más actual ICD-10 y el sistema de clasificación GAP (Group for Advancement of Psychiatric) centrado en los aspectos evolutivos. Por otro lado, se enmarcaría el sistema de clasificación dimensiona lo estadístico como el sistema de Achenbach (1978) y Quay (1986).

Los procedimientos para la elaboración de los sistemas anteriores son distintos. Los sistemas categoriales se basan en el consenso de expertos, en la revisión de la literatura y en algunos datos comorbidos para establecer los criterios de inclusión y exclusión que determinan la pertenencia de un sujeto a una categoría. En cambio, los sistemas dimensionales se han focalizado en crear sistemas de clasificación de forma empírica para lo cual realizan análisis estadísticos (factorial) de numerosos datos agrupando los síntomas que con mayor probabilidad pertenecen a cada categoría.(9)

El sistema DSM-IV establece el diagnostico en base a un sistema multiaxial compuesto de cinco ejes, con objeto de incorporar distintos puntos de vista en el diagnóstico de un trastorno.

En el eje I se incluyen los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. En este eje se agrupan los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. El eje II contempla los trastornos de la personalidad y el retraso mental.

En el eje III se incluyen las enfermedades médicas, el eje IV evalúa el estrés psicosocial y el eje V valora el nivel de adaptación en el último año. Por otro lado, los sistemas dimensionales han establecido tres grandes dimensiones a la hora de agrupar los problemas infanto-juveniles: 1) Trastornos Externalizados 2) Trastornos Internalizados; y 3) Trastornos mixtos

Para la obtención de los grupos de trastornos anteriores se han utilizado diferentes instrumentos como la Child Behavior Checklist, el Teacher Report Form y el Youth Self-Report (10)

2.2.- Instrumentos de evaluación clínica infanto-juvenil

Los instrumentos desarrollados para la evaluación clínica infantil son numerosos. Los clínicos utilizan entrevistas con los padres, test, escalas, etc. y según la problemática (problemas afectivos) entrevistas con el propio niño. Otros profesionales utilizan observaciones realizadas por los padres o el propio niño, y otros una combinación de elementos. La selección de instrumentos para evaluar la conducta en la infancia depende de la naturaleza del objetivo de la evaluación, de las características del sujeto (edad, sexo, habilidades cognitivas,...), de la fuente de envío, del contexto, del medio sociocultural y del propósito de la evaluación. Distintos autores señalan que la elección de un instrumento u otro depende fundamentalmente de la formación conceptual del terapeuta, y otras veces del tiempo disponible. (11)

2.3.-Instrumentos de evaluación basados en el sistema diagnóstico categorial

Dentro del marco categorial es la entrevista, en sus distintas modalidades (estructurada, semiestructurada) el método más común de evaluación. La entrevistas se realiza a los padres y a los propios niños; pueden ser llevadas a cabo por profesionales clínicos o por personas legas que previamente han sido entrenadas independientemente de su orientación teórica. Al margen del tipo de entrevista que se vaya a utilizar es importante que desde el

primer contacto se establezca una adecuada relación terapéutica con los padres para que ofrezcan información confidencial y personal sobre sus relaciones familiares. (12)

Los padres durante la entrevista pueden exagerar o minimizar los problemas de comportamiento de su hijo dependiendo de cómo perciban la gravedad y el grado de control sobre los problemas de comportamiento del niño. Durante la entrevista inicial es fundamental determinar cuáles son las expectativas y las creencias de los padres sobre el desarrollo y comportamiento problema del niño, así como la influencia de los mismos en la relación familiar. Estos aspectos se deberían tratar y discutir con ellos de una manera clara y natural.(12)

Se defiende que el clínico adopte una posición de colaboración más que de superioridad, haciendo uso de un lenguaje comprensible, libre de tecnicismos. En caso de que el clínico opte por una modalidad de entrevista poco estructurada, se recomienda que utilice preguntas abiertas que paulatinamente vayan cerrándose y que preste una especial atención a la forma en la que se interroga a los padres, evitando cualquier comentario que pueda generarles sentimientos de culpabilidad. (13,14)

Las entrevistas estructuradas han permitido establecer el diagnóstico categorial de una forma precisa, aunque también se han utilizado como: instrumento de *screening* para maximizar la intervención del clínico, instrumento de investigación clínica y como herramienta de apoyo en contextos de salud mental a la hora de enseñar a los clínicos noveles a establecer diagnósticos precisos(15)

Dentro de las entrevistas basadas en criterios categoriales podemos señalar dos modalidades en función del grado de estructuración: a) las entrevistas estructuradas (DICA, DISC y CAS) y b) las entrevistas semiestructuradas (ISC, K-SADS). (13,17)

2.4 .Instrumentos de evaluación basados en el sistema dimensional

Desde esta perspectiva se conceptualiza el comportamiento inadecuado o perturbador como un continuo, en el que se clasifican los distintos problemas de comportamiento en función de su intensidad. Los instrumentos desarrollados desde este marco agrupan: inventarios, escalas y cuestionarios, que son aplicados a los padres, maestros o al propio niño o a otros adultos que conozcan al niño. Cada uno de ellos responde a formatos distintos. Así, los cuestionarios están constituidos por reactivos en forma de preguntas (abiertas o cerradas) a las que el sujeto debe responder. Los inventarios (checklist) son reactivos que están formulados en forma de listado y recogen las respuestas en forma dicotómica. (18)

(presente /ausente, si/no; adecuado/no adecuado; etc.). Las escalas (rating scale) recogen las respuestas a un grupo de reactivos en base al grado de apreciación (nada....mucho; 0...5; etc.). En general, este tipo de instrumentos son fáciles de aplicar, son económicos y requieren poca formación por parte del entrevistador. Se suelen utilizar antes y después de la intervención a fin de evaluar los cambios experimentados.(19)

A continuación vamos a describir algunos de los instrumentos elaborados a partir del análisis factorial y el análisis de cluster, principal técnicas estadísticas empleadas en su construcción. Este listado no pretende ser exhaustivo por lo que se recomienda consultar para una revisión más detallada los siguientes trabajos.(20)

3.- Trastornos del espectro autista (TEA)

La investigación científica desarrollada en otros países sobre Los Trastornos del espectro autista (TEA) ha sido muy productiva desde finales de los años sesenta, gracias fundamentalmente al cambio en la conceptualización teórica del trastorno (que dejó de considerarse una forma de ‘psicosis infantil’ y pasó a interpretarse como un ‘trastorno del desarrollo’) y al empleo sistemático de métodos de investigación experimental por parte de grupos influyentes de investigadores en el ámbito anglosajón (que se alejaron así del enfoque psicodinámico dominante en las décadas de 1940 y 1950).

Los estudios sobre autismo han incorporado los cambios teóricos y metodológicos producidos en el último medio siglo en el ámbito de la psicología científica y la neurociencia clínica y básica, y han conseguido incidir de manera significativa en la propia

formulación de los modelos explicativos del desarrollo ‘típico’ o ‘normal’ de algunas funciones psicológicas (p. ej., las competencias intersubjetivas y mentales).

Como se desprende de los trabajos publicados en las revistas de mayor impacto científico y en algunos monográficos recientes en el momento actual existe un claro consenso internacional acerca de las condiciones generales requeridas para una investigación de calidad sobre los TEA. Dichas condiciones se derivan del reconocimiento de la extraordinaria complejidad funcional de estos trastornos, y subrayan la necesidad de abordar su estudio científico.(21)

En el ámbito de la investigación básica, las líneas prioritarias incluyen: Investigación del funcionamiento neuropsicológico de las personas con TEA desde una perspectiva ontogenética (estudios sobre capacidades y déficit intersubjetivos y mentales, lenguaje y comunicación, procesos de simbolización, imaginación y ficción, déficit y capacidades de función ejecutiva, mecanismos y estilos de procesamiento de la información, y su curso temporal). Análisis de los patrones de inicio y evolución temprana del trastorno (estudios retrospectivos sobre el primer año y medio de la vida, análisis de grabaciones familiares de niños posteriormente diagnosticados de autismo, seguimiento temprano de niños considerados como de alto riesgo).Diferenciación de subgrupos y subtipos en el espectro (mediante estudios multidimensionales que combinen variables conductuales, neuropsicológicas, evolutivas, médicas y de respuesta al tratamiento).Investigación sobre las bases neurobiológicas y fisiopatológicas de los TEA (alteraciones cito arquitectónicas cerebrales especialmente frontales, cerebelosas y límbicas– alteracionesneuroquímicas – aumento serotoninérgico, exceso de neuropéptidos, alteraciones dopaminérgicas–, posibles factores precipitantes del trastorno –toxinas, virus, procesos infecciosos, sucesos mediados inmunológicamente y otros).Genética del autismo (estudio de cromosomas 7 y 15, entre otros, y patrones de agregación familiar).Estudio de los trastornos comórbidos más frecuentemente asociados al autismo (epilepsia, trastorno obsesivo-compulsivo y otros), y de otras condiciones y trastornos relacionados (síndromes genéticos, trastornos del desarrollo del lenguaje, retraso mental, etc.).(23,24)

Estudios sobre factores de riesgo ambiental (específicamente exposiciones a metales pesados y compuestos orgánicos persistentes).(25,26)

En el ámbito de la investigación aplicada, los documentos de consenso internacional destacan la prioridad de proyectos dirigidos a: Identificar marcadores biológicos e indicadores tempranos que permitan adelantar la detección e intervención. Homogeneizar los actuales procedimientos diagnósticos y desarrollar herramientas adaptadas para la evaluación del funcionamiento cognitivo y neuropsicológico, y del nivel de discapacidad, de las personas afectadas. Identificar las áreas prioritarias de intervención psicológica y evaluar empíricamente la eficacia de los actuales tratamientos (conductuales, educativos, psicológicos y farmacológicos). Desarrollar diseños de intervención clínica, educativa y comunitaria basados en los resultados de la investigación, desde la valoración y delimitación de las necesidades particulares de los distintos individuos afectados. (27,28)

3.1.-Clasificación del DSM IV-TR y su relación con los Trastornos del espectro autista.

El autismo aparece clasificado por primera vez en el DSM-II (APA, 1968) como una reacción psicótica de la infancia; posteriormente en el DSM-III (APA, 1980) recibe el nombre de autismo infantil agrupado bajo una nueva categoría denominada problemas generalizados del desarrollo (TGD), término que denotaba una afección global del desarrollo del niño. (27)

El DSM-III-R (APA, 1987) cambió el nombre de autismo infantil a trastorno autista, por lo que los criterios de diagnóstico se ampliaron y las formas no autistas se agruparon en la categoría denominada «**Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados**» (TGD-NE) . En el DSM-IV (APA, 1994) el autismo permaneció clasificado como un TGD con criterios claros aunque menos restrictivos que motivaron un aumento en la prevalencia de los casos de autismo. En el DSM-III (APA, 1980) aparece una nueva clase de

condiciones llamadas «trastornos profundos del desarrollo de inicio en la infancia con una variante residual y otra atípica». En el DSM-III-R (APA, 1987) el nombre de esta Categoría se cambió por el de Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado cuyos principales criterios de diagnóstico consisten en: dificultades en la interacción social, problemas de comunicación e intereses inusuales y restringidos (triada observada en el autismo), pero con síntomas menos graves y una edad de inicio posterior a la de este trastorno. Posteriormente, en el DSM-IV (APA, 1994) se realizaron cambios importantes en el fraseo con respecto a esta categoría. En vez de requerir «problemas en la interacción social y en las habilidades de comunicación verbal y no verbal, e intereses y actividades estereotipadas» (DSM-III-R, p. 39), el DSM-IV señala que la «categoría debe usarse en cualquiera de los siguientes casos: en un trastorno generalizado grave de la interacción social recíproca, en las habilidades verbales y no verbales de la comunicación además cuando la conducta, los intereses y las actividades estereotipadas están presentes.

En teoría, se podría diagnosticar a un niño que tiene conducta, intereses y actividades estereotipadas, aunque no manifieste problemas de interacción social como portador de un TGD-NE. (29)

La consecuencia de esta redacción fue el aumento en la prevalencia de esta categoría, por lo que actualmente es el más común de todos los problemas de desarrollo y tiene con una tasa de prevalencia de 70 entre 10000.(28)

El trastorno de Asperger aparece por primera vez en el DSM-IV después de ser incluido en la clasificación del CIE-10 (WHO, 1992) con sus criterios de diagnóstico idénticos a los del autismo, excepto por la omisión de los criterios de edad mínima, así como el retardo del lenguaje y la cognición. Las reglas jerárquicas del DSM-IV establecen que el trastorno por Asperger no debe diagnosticarse si se cumplen los criterios para el trastorno autista. De igual manera, el diagnóstico TGD-NE no debe realizarse si se cumplen criterios para los trastornos de Autismo o Asperger. El resultado es que los niños rara vez reciben el diagnóstico de trastorno de Asperger cuando los criterios se aplican estrictamente, por lo que reciben el diagnóstico de autismo o de trastorno generalizado del desarrollo no especificado.(30)

Esta es la razón de que numerosos autores cuestionen la habilidad del DSM IV para distinguir el trastorno de Asperger. Trastornos generalizados del desarrollo no especificados (TGD-NE) / autismo atípico

Instrumentos de evaluación dentro de los trastornos del Espectro autista.		
Cuestionario	Características de Evaluación	Confiabilidad
<i>Cuestionario para el autismo en niños preescolares (CHAT)</i>	Evalúa el señalamiento proto declarativo, monitoreo de la mirada y juego simbólico	Especificidad (99.9%), sensibilidad (21.3%) y un valor predictivo positivo (58.8%).
<i>Cuestionario para el autismo en niños preescolares modificado (CHAT M).</i>	Discriminación entre el autismo y los problemas del desarrollo	La sensibilidad del estudio fue de 0.87, la especificidad de 0.99 y el poder predictivo positivo de 0.80.
<i>La Escala de evaluación del</i>	El puntaje total permite distinguir	Confiabilidad prueba- re prueba de

<i>Autismo Infantil (The Childhood Autism Rating Scale, CARS).</i>	entre el autismo grave, moderado, leve y no-autista.	0.88 y una consistencia interna de 0.94; la confiabilidad interevaluador fue de 0.88
<i>Lista de síntomas del niño de 1.5-5 (Child Behavior Checklist, CBCL/ 1.5-5)</i>	No es un instrumento específico para autismo, evalúa psicopatología general y comorbilidad.	La consistencia de la escala es muy alta, de .95 y la confiabilidad test-retest fue de .90
<i>Entrevista de Diagnóstico de Autismo (Autism Diagnostic Interview, ADI)</i>	Establece el diagnóstico de autismo.	La consistencia interna de 0.94;
<i>Entrevista de Diagnóstico de Autismo Revisada (Autism Diagnostic Interview—Revised ADI-R)</i>	Reconocida como el estándar de oro para establecer el diagnóstico de autismo en niños y adultos con edades mentales mayores a 18 meses	La confiabilidad interevaluador fue de .83 a .94. Actualmente se cuenta con la versión en español
<i>Cédula de observación genérica para el autismo. (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic ADOS G)</i>	Evalúa la conducta de sujetos con sospecha de autismo dentro de un amplio rango de síntomas a lo largo del desarrollo	La confiabilidad interevaluador fue de .82 a .93, el test-retest fue de .59 a .78. Actualmente se cuenta con la versión en español

4.- JUSTIFICACIÓN

Los estudios sobre autismo han incorporado los cambios teóricos y metodológicos producidos en el último medio siglo en el ámbito de la psicología científica y la neurociencia clínica y básica, y han conseguido incidir de manera significativa en la propia formulación de los modelos explicativos del desarrollo ‘típico’ o ‘normal’ de algunas funciones psicológicas (p. ej., las competencias intersubjetivas y mentales).

La evaluación de los trastornos del espectro autista es una labor difícil para el clínico. En la actualidad los sistemas diagnósticos como el DSM-IV-TR y el CIE-10 evalúan de forma

categoría el espectro autista, enfocándose primordialmente en las descripciones hechas por los manuales diagnósticos. Las reglas jerárquicas del DSM establecen que el Síndrome de Asperger no debe diagnosticarse si se cumplen los criterios para el trastorno autista.

De igual manera, el diagnóstico TGD-NE no debe realizarse si se cumplen criterios para los trastornos de Autismo o Asperger. Numerosos obstáculos se presentan en la evaluación por varios motivos, el más importante es que la mayor parte de los instrumentos que se han diseñado para la identificación del autismo requieren entrenamiento profesional especializado.

Debido al impacto de los trastornos del espectro autista en la población general son los más comunes de todos los problemas del desarrollo es importante contar con instrumentos que puedan realizar evaluaciones dentro del ámbito clínico y para fines de investigación.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En población mexicana no se cuenta con instrumentos validados que evalúen de forma categórica y multidimensional los trastornos del espectro autista en la población infantil.

La entrevista diagnóstica K-SADS-PL 2009 TEA (tamizaje y suplemento) otorga al evaluador un escrutinio confiable sobre la psicopatología del niño y del adolescente.

La realización del presente estudio permitirá contar con un instrumento útil que evalúe de forma multidimensional los Trastornos del Espectro Autista.

6.- HIPÓTESIS.

La adaptación de la entrevista diagnóstica K-SADS-PL 2009 TEA (tamizaje y suplemento) en pacientes mexicanos mostrará adecuados resultados de validez y confiabilidad interevaluador.

7.- OBJETIVOS

7.1.- Objetivo General

Determinar la fiabilidad y la validez de la entrevista diagnóstica K-SADS-PL 2009 TEA (tamizaje y suplemento)

7.2.-Objetivos secundarios

1.-Determinar la consistencia interna de la entrevista diagnóstica K-SADS-PL 2009 TEA (tamizaje y suplemento) en pacientes mexicanos

2.-Determinar el criterio externo de la entrevista diagnóstica K-SADS-PL 2009 TEA (tamizaje y suplemento) en pacientes mexicanos

8.- MÉTODO.

8.1.- Diseño del estudio.

Se trata de un estudio específicamente de validez según la clasificación de Feinstein.

8.2.- Población.

Se incluirán 30 sujetos que cumplan con los siguientes criterios:

8.3.- Criterios de inclusión:

1. Sujetos de cualquier género que hayan sido clínicamente diagnosticados con algún trastorno del espectro autista
2. Edades comprendidas entre 6 y 17 años.
3. Cuyos padres acepten participar en el estudio llenando de forma adecuada el consentimiento informado.

8.4.- Criterios de exclusión:

1. Sujetos que tengan comorbilidad con algún trastorno psicótico.
2. Sujetos que no deseen participar en el estudio.
3. Sujetos que tengan alguna enfermedad concomitante crónica:(leucemia, asma, diabetes, etc).
- 4.-Sujetos que sean incapaces de completar la entrevista.

9.- VARIABLES.**9.1.- Definición conceptual de las principales variables del estudio.****Trastornos del espectro autista:**

Todos ellos se caracterizan por dificultades cualitativas de interacción social, con falta de empatía y reciprocidad social, incapacidad para reconocer y responder a gestos y expresiones, dificultades en la comunicación y falta de flexibilidad en razonamientos y comportamientos, con un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Agrupa cinco cuadros clínicos según el DSM-IV-TR.

9.2.- Definición operacional de las variables

Los trastornos del espectro autista serán evaluados como variables nominales (presente o ausente) de acuerdo a la versión del K-SADS- PL versión 2009.

10.- DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

10.1.- Shedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS-PL)

Es una entrevista semi estructurada cuya aplicación requiere una amplia experiencia clínica con un conocimiento exhaustivo de los criterios incluidos en el DSM-III-R. Es aplicable a niños de entre 6 a 17 años y como las anteriores entrevistas consta de una forma paralela para padres. Es una de las entrevistas utilizadas para estudiar los trastornos afectivos y psicóticos en niños y adolescentes.

Contiene preguntas que valoran la psicopatología percibida del niño en el último año. Asimismo se recogen datos sobre el comienzo, la duración, la intensidad y la existencia de algún tipo de tratamiento.

También existen una serie de preguntas relativas a la situación (severidad e impacto psicosocial) en la última semana. El clínico entrevista primero a uno de los padres y a continuación al niño para efectuar a continuación una valoración global a partir de toda la información de la que disponga, incluida la referida al contexto escolar. En adolescentes se

entrevista primero al paciente y después se entrevista a uno de los padres. La duración aproximada de la administración de la entrevista es de 90 minutos, que variará en función del número de preguntas que el clínico estime oportunas realizar para tener una visión completa de los síntomas presentes en el caso.

La entrevista K-SADS-PL tiene ventajas sobre versiones previas, brindando la posibilidad de 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 la escala Children's Global Assessment Scale (C-GAS). También proporciona información de la historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto.

El estudio de fiabilidad interevaluador que se realizó en México mostro un coeficiente kappa entre 0,64 y 0,89 en población mexicana lo que muestra la utilidad de esta técnica para la evaluación de la fiabilidad interevaluador. Los diagnósticos se codifican como definitivos, probables (cuando se cumple 75 % de los criterios diagnósticos de un padecimiento y hay deterioro funcional) o ausentes. Se compone de las siguientes secciones: entrevista introductoria, entrevista diagnóstica de sondeo o cribaje, suplementos diagnósticos (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros trastornos). Estas características han hecho que el K-SADS-PL se convierta en un instrumento ampliamente utilizado por los clínicos e investigadores.

En el 2009 se publica una versión actualizada siendo la versión actual del K.SADS PL TEA 2009; Dentro del tamizaje contiene 5 reactivos que evalúan 1). Retraso en el desarrollo de habilidades de comunicación. 2) Manierismos motores y conductas estereotipadas y repetitivas. 3).- Adherencia inflexible a rutinas y rituales específicos 4).- Preocupación persistente por las conductas estereotipadas y restrictivas 5).- Deterioro de los comportamientos no verbales.

La versión del suplemento K.SADS PL TEA 2009 contiene 8 ítems los cuales evalúan

1).- La falta de la búsqueda espontánea para compartir placer, intereses o logros con los demás.2).- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas a la edad o nivel de desarrollo.3).- Falta de reciprocidad social o emocional.4).-La preocupación persistente con partes de objetos 5).- Comunicación y déficit social 6).- Nivel de funcionamiento general. 7).-Historia del neurodesarrollo 8).- Deterioro Global.

11.- PROCEDIMIENTO.

La equivalencia lingüística del K-SADS-PL 2009 TEA (tamizaje y suplemento) será evaluada utilizando un procedimiento de traducción y adaptación al español. Se pedirá por escrito el permiso de los autores.

La versión original del cuestionario será traducida del inglés al español por un traductor certificado independiente, quien tendrá desconocimiento del objetivo de la investigación. El resultado de la primera traducción será traducida nuevamente al idioma inglés por un segundo traductor independiente, quien no tendrá ningún conocimiento del objetivo de la investigación. La confiabilidad interevaluador y la validez del instrumento será realizada por tres expertos en salud mental.

11.1.- Estudio piloto.

Realizada la traducción del inglés al español se evaluarán los posibles problemas administrativos con la escala. Se realizarán 12 entrevistas diagnósticas dentro del Hospital Infantil Juan N. Navarro que cumplan con los criterios de inclusión, con la intención de valorar algunos problemas de llenado y se medirá el tiempo de la entrevista. El anonimato será asegurado para los participantes quienes participaran en forma voluntaria.

11.2.- Confiabilidad interevaluador y validez convergente en población mexicana.

Se realizarán entrevistas diagnósticas a 30 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio. Una vez que se verifiquen los criterios de inclusión y exclusión, se explicará el objetivo del estudio a cada uno de los participantes.

Las entrevistas serán audiograbadas y evaluadas por tres clínicos expertos en la entrevista clínica. Aquellos que acepten participar en el estudio se les realizarán las siguientes entrevistas de diagnóstico::

- 1) Entrevista diagnóstica K-SADS-PL TEA 2009 (tamizaje y suplemento) en un lugar adecuado para la entrevista.
- 2) Adi-r
- 3) Ados-G.

12.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo-Abril 2010	Mayo- Septiembre 2010	Octubre Diciembre 2010
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética	X		
Captación de pacientes		X	
Concentración de datos		X	
Análisis de resultados		X	
Elaboración de informe final y entrega de tesis			X

13.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La descripción de las características demográficas de los sujetos se realizará mediante frecuencias para las variables categóricas, con medias y desviaciones estándar para las variables continuas.

Para la evaluación de la fiabilidad de la entrevista diagnóstica K-SADS-PL 2009 TEA (tamizaje y suplemento) se utilizará el coeficiente de correlación interevaluador

La consistencia interna del instrumento se obtendrá mediante el Alpha de Cronbach. Para determinar la validez de criterio externo se utilizará el Test de Pearson evaluando la presencia de autismo entre el K-SADS-PL 2009 TEA , el Adi y el Ados G.

14.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

A todos los participantes se les asegurará su confidencialidad y el anonimato. No se les otorgará ningún incentivo por su participación.

Este estudio no conlleva ningún riesgo para los sujetos, ya que se emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes, es importante señalar que **no se manipulará la conducta del sujeto**. Asimismo, el cuestionario puede ser contestado de forma anónima y a cada registro se le asignará un código numérico.

15.- COSTOS DEL ESTUDIO.

La evaluación de los pacientes no tendrá ningún costo para los participantes. Estos gastos serán absorbidos por el Hospital Infantil Juan N. Navarro.

16.- RECURSOS HUMANOS

La evaluación clinimétrica será realizada por el autor de esta tesis invitando a participar a 30 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que acepten en forma voluntaria a contestar el inventario durante el periodo comprendido a partir de la autorización del comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

17.- BIBLIORAFÍA.-

1. Jensen P, Roper M, Fisher P, Piacentini J, Canino G, Richters J, et al. Test-retest reliability of the diagnostic interview schedule for children (DISC 2.1). Parent, child, and combined algorithms. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:61-71.
- 2.-Costello EJ, Edelbrock CS, Costello AJ. Validity of the NIMH diagnostic interview schedule for children: a comparison between psychiatric and pediatric referrals. *J Abnorm Child Psychol* 1985;13:579-95.
- 3.- Kovacs M. The interview schedule for children (ISC). *Psychopharmacol Bull* 1985; 21:991-4.
- 4.-Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:837-44.
- 5.-Shaffer D, Sould MS, Brasic J, et al. A children's global assessment scale (C-GAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;1228-31.
- 6.-Kufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
- 7.-Lipschitz DS, Rasmussen AM, Anyan W, Gueorguieva R, Billingslea EM, Cromwell PF, et al. Posttraumatic stress disorder and substance use in inner-city adolescent girls. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:714-21.
- 8.- Ambrosini PJ, Metz C, Prabucki K, Lee JC. Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:723-28.

9.-Polanczyk GV, Eizirik M, Aranovich V, Denardin D, da Silva T, da Conceicao TV, et al. Interrater agreement for the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version of school-age children (K-SADS-E). *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25: 87-90.

10.-Baron-Cohen S, Cox A, Baird, G Swettenham J, Nightingale N, Morgan K, Drew A, Charman T. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br J Psychiatry* 1996;168:158-163.

11.-Charman T, Baird G. Practitioner Review: Diagnosis of autism spectrum, disorder in 2- and 3-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:289-305.

12.-Dilavore PC, Lord C, Rutter M. The pre-linguistic autism diagnostic observation schedule. *J Autism Dev Disord* 1995;25(4):355-379.

13.-Fombonne E. Epidemiology of autistic disorders and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66(10):3-8.

14.-Jacobson J, Mulick J, Green G. Cost-benefit estimates for early intensive behavioral intervention for young children with autism—general model and single state case. *Behav Interventions* 1998;13:201-226.

15.-Jacobson J, Mulick J. System and cost research issues in treatments for people with autistic disorders. *J Autism Dev Disord* 2000;30:585-593.

16.-Jarbrink K, Knapp M. The economic impact of autism in Britain. *Autism* 2001;5(1):7-22.

17.-Klinger L. Performance-based measures in autism: implications for diagnosis, early detection, and identification of cognitive profiles. *J Clin Child Psychol* 2000;29:479-492.

18. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2:217.

19.-E. Ulloa Rosa. 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 Esp Psiquiatr* 2005;33(0):00-00

20.- Chen DT, Miller FG, Rosenstein DL. Ethical aspects of research into the etiology of autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2003; 9: 48-53.

21.-Bristol MM, Cohen DJ, Costello EJ, Denckla M, Eckberg TJ, Kallen R, et al. State of the science in autism: report to the National Institutes of Health. *J Autism Dev Disord* 1996; 26: 121-54.

22.-Bristol MM, McIlvane W, Alexander D. Autism research: current context and future direction. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 1998; 4: 61-4.

23.-Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1980) *Introduction of Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill.(Traducción al castellano en 1982; México: Trillas).

24.- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1976). *Psicología del desarrollo infantil. La etapa básica de la niñez temprana*. Vol. 1. México: Trillas. Capafons, J.I., Sosa, C.D., Alcantud, F. y Silva, F. (1986). La información diagnóstica general: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2, 3, 13-45.

25.-Carr, E.G. y Durand, V.M. (1985). Reducing behavior problemas through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.

- 26.- Castañeda, A., McCandless, M.S. y Palermo, D.S. (1956). The children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27: 317-326.
- 27.- Gómez, I. (1999). *Psicopatología Infantil*. Proyecto docente. Universidad de Almería.
- Gutterman, E.M., O'Brien, J.D. y Young, J.G. (1987).
- 28.-Structured diagnostic interviews for children and adolescents: Current status and future direction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 621-630.
- 29.- Hayes, S.C. y Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification?, *Behavioral Assessment*, 14, 345-365.
- 30.-Hayes, S.C., Wilson, K., Gifford, E. y Follette, W.C. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1152-1168.
- 31.- Herjanic, B. y Herjanic, M., Brown, F. y Heatt, T. (1975). Are children reliable reporters?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 41-48.
- 32.- Albores-Gallo L, Hernández-Guzmán L. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental* 2008; 31:37-44.
- 33.-Mervis C, Klein-Tasman BP. Methodological issues in group-matching designs: α levels for control variable comparisons and measurement characteristics of control and target variables. *J Autism Dev Disord* 2004; 34: 7-17.

