

**Escalas DSM del CBCL y YSR
en niños y adolescentes que acuden a
consulta en servicios de salud mental**

MONTSERRAT LACALLE SISTERÉ

TESIS DOCTORAL

Doctorat en Psicopatologia de Nens, Adolescents i Adults

Dirigida por:

Dra. Lourdes Ezpeleta Ascaso

Dr. Josep M. Doménech Massons

Unitat d'Epidemiologia i Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Facultat de Psicologia

Bellaterra, 2009

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

AGRADECIMIENTOS

A Lourdes, por su dirección y, especialmente, por las numerosas oportunidades.

A Josep M., por su guía y orientación en temas estadísticos.

A Roser, por sus explicaciones claras y concisas.

A Nuria, por haberme demostrado tantas veces su confianza.

A Bea, por compartir tantos “momentos tesis”.

A mi familia, porque siempre están.

A mis amigos, por haber compartido tantas sobremesas con “la tesis” y conmigo.

ÍNDICE

Resumen	1
1 Introducción.....	3
1.1. Modelos de diagnóstico y evaluación en psicopatología.....	3
1.2. El modelo médico-categorial	5
1.2.1. La evaluación en el modelo categorial	8
1.3. El modelo psicométrico-dimensional	9
1.3.1. La evaluación en el modelo dimensional	13
1.4. Sistema categorial frente a sistema dimensional	14
1.4.1. Ventajas del sistema categorial	16
1.4.2. Inconvenientes del sistema categorial	16
1.4.3. Ventajas del sistema dimensional	19
1.4.4. Inconvenientes del sistema dimensional	20
1.5. Integración de los dos sistemas taxonómicos	20
1.5.1. Del modelo categorial al modelo dimensional	22
1.5.2. Del modelo dimensional al modelo categorial	24
1.6. El Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA).....	25
1.6.1. Protocolos ASEBA para la edad escolar	27
1.6.1.1. Las Escalas DSM en el CBCL y el YSR.....	37
2 Objetivos del estudio	47
3 Método.....	49
3.1. Participantes	49
3.1.1. Muestra CBCL	49
3.1.2. Muestra YSR	50
3.2. Material.....	53
3.2.1. Child Behavior Checklist (CBCL/6-18).....	53
3.2.2. Youth Self-Report (YSR/11-18)	53
3.2.3. Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV)	54
3.2.4. The Children's Global Assessment Scale (CGAS)	56
3.2.5. Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)	57
3.3. Procedimiento	58
3.3.1. Análisis estadístico	59
4 Resultados	63

4.0. Puntuaciones del CBCL y YSR en las muestras estudiadas.....	63
Muestra CBCL	63
Muestra YSR.....	63
4.1. fiabilidad de las escalas DSM de los cuestionarios CBCL y YSR	64
4.1.1. Consistencia interna	64
4.1.2. Acuerdo entre padres e hijos	65
4.1.2.1. Acuerdo padres-hijos en las Escalas DSM.....	65
4.1.2.2. Acuerdo padres-hijos en los ítems de las Escalas DSM.....	66
4.2. Validez de las Escalas DSM de los cuestionarios CBCL y YSR.....	69
4.2.1. Relación entre las Escalas DSM y los diagnósticos DICA-IV.....	69
4.2.2. Relación entre las Escalas DSM e indicadores cuantitativos de la DICA-IV	72
4.2.2.1. Número de síntomas totales en la DICA-IV	72
4.2.2.2. Número de trastornos psicológicos en la DICA-IV	73
4.2.2.3. Número de síntomas en cada trastorno.....	75
4.2.3. Relación entre las Escalas de Síndromes Empíricos y las Escalas DSM	78
4.2.4. Relación entre las Escalas DSM y deterioro funcional	82
4.2.5. Validez incremental de las Escalas DSM.....	88
4.2.5.1. Validez incremental de las Escalas DSM sobre los diagnósticos DICA-IV en la estimación del CGAS	88
4.2.5.2. Validez incremental de las Escalas DSM sobre las Escalas de Síndromes en la estimación de diagnósticos DICA-IV	92
4.3. Puntos de corte de las escalas DSM	98
4.3.1. Sensibilidad, Especificidad y Valores Predictivos para puntos de corte de las Escalas DSM del CBCL.....	99
4.3.1. Sensibilidad, Especificidad y Valores Predictivos para puntos de corte de las Escalas DSM del YSR	108
5 Discusión	113
5.1. Fiabilidad de las Escalas DSM del CBCL y YSR de Achenbach	113
5.1.1. Consistencia interna de las Escalas DSM.....	113
5.1.2. Acuerdo padres-hijos en las Escalas DSM.....	117
5.1.3. Acuerdo padres-hijos en los ítems de las Escalas DSM.....	119
5.2. Validez de las Escalas DSM del CBCL y YSR de Achenbach.....	121
5.2.1. Las Escalas DSM y los diagnósticos DICA-IV.....	121
5.2.2. Las Escalas DSM y la información cuantitativa obtenida en la DICA-IV	123
5.2.3. Síndromes Empíricos y Escalas DSM.....	128
5.2.4. Las Escalas DSM y el deterioro funcional	132
5.2.5. Validez incremental de las Escalas DSM.....	134
5.3. Puntos de corte de las Escalas DSM del CBCL y YSR	136
5.4. Implicaciones clínicas.....	137
5.4.1. Limitaciones y generalización de los resultados	140
5.5. Implicaciones teóricas	141
5.6. Líneas futuras de investigación: el nuevo DSM.....	142
6 Conclusiones	147
Referencias.....	149

RESUMEN

El Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) es un ejemplo de los esfuerzos realizados para converger los métodos de evaluación categoriales y dimensionales. Los Child Behavior Checklist (CBCL) y Youth Self-Report (YSR) han incluido en su última edición las Escalas DSM, construidas de modo racional a partir de los ítems que forman parte de estos inventarios.

Objetivo: Analizar propiedades psicométricas de las Escalas DSM de los cuestionarios CBCL y YSR de Achenbach.

Método: Una muestra clínica de 420 niños y adolescentes (8-17 años) fue evaluada con los cuestionarios CBCL y YSR, con una entrevista diagnóstica estructurada y con medidas de deterioro funcional para estudiar la fiabilidad y validez de las Escalas DSM.

Resultados: La consistencia interna osciló entre moderada y buena en todas las escalas, excepto en la Escala DSM Problemas de Ansiedad. El acuerdo entre padres e hijos fluctuó como es usual entre valores bajos y moderadamente buenos. Los coeficientes Kappa mostraron una concordancia moderada en los diferentes síntomas. Las Escalas DSM mostraron un buen poder diagnóstico sobre los trastornos DSM-IV y presentaron una relación significativa con medidas de deterioro funcional. Las Escalas DSM del YSR mostraron valores significativos en la validez incremental sobre diagnósticos DICA-IV en la estimación del deterioro funcional.

Discusión: Las Escalas DSM son una aproximación útil desde el modelo dimensional a los trastornos DSM-IV en población clínica española.

INTRODUCCIÓN

1.1. MODELOS DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

Las clasificaciones permiten describir y etiquetar los fenómenos de forma sistemática y exhaustiva. Las taxonomías en psicopatología se han derivado, durante años, a partir de las observaciones de trastornos en la práctica clínica. La influencia del modelo médico en la historia de la evaluación psicológica hizo que muchos psicólogos siguieran el método tradicional de la medicina clínica al intentar describir los trastornos mentales. Así, sus definiciones se basaron en *síntomas*, fenómenos subjetivos experimentados por el paciente como, por ejemplo, la sensación de dolor; y *signos*, fenómenos observados por el clínico, tales como reflejos anormales. Siguiendo este modelo explicativo, cada trastorno psicológico se manifestaría por un conjunto de síntomas y signos (Quay, Donald y Shapiro, 1987).

La importancia de las clasificaciones diagnósticas en psicopatología queda justificada al revisar algunas de sus utilidades y aplicaciones. En el ámbito de la investigación, los criterios diagnósticos operativos de un sistema de clasificación permiten realizar estudios epidemiológicos, evaluar resultados de un tratamiento, hacer investigación genética de los trastornos mentales infantiles o contrastar los resultados obtenidos en diferentes estudios (Doménech y Ezpeleta, 1995). Las clasificaciones facilitan, además, la comunicación entre profesionales y entre los profesionales y sus clientes al proporcionar una nomenclatura a las diferentes descripciones de los problemas psicológicos.

Las primeras clasificaciones diagnósticas en psicopatología surgieron en el ámbito de la psiquiatría de adultos. La psicopatología infantil no se estableció como especialidad independiente hasta 1965, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recogió por primera vez un apartado específico de los trastornos mentales infantiles. A pesar de esta diferenciación, la clasificación de la psicopatología infantil sigue siendo muy dependiente de las descripciones formuladas para los adultos, lejos de tener en cuenta las características que hacen distinta esta disciplina de la psicopatología en adultos. Muchas de las conductas infantiles, susceptibles de ser consideradas como patológicas, son propias de ciertos periodos evolutivos. En consecuencia, una clasificación válida deberá establecer cuándo y en qué grado este tipo de comportamientos deberán ser considerados patológicos o típicamente evolutivos en determinados grupos de edad (López et al., 1995). Estas y otras manifestaciones conductuales pueden variar su expresión en función del contexto que rodea al niño (familiar, escolar o social). Boyce et al., (1998) enfatizan la importancia de las interacciones recíprocas entre el niño en desarrollo y los múltiples contextos sociales y ambientales en los que tiene lugar el desarrollo. Otra característica distintiva

en los trastornos infantiles es la incorporación de las variables familiares y demográficas como factores importantes, en comparación al peso que se les atribuye en la psicopatología adulta.

Estas evidencias demuestran la imposibilidad de extrapolar directamente los modelos diagnósticos de los adultos a la infancia. La infancia representa una población con características propias para la que existen consideraciones distintas, tanto de naturaleza conceptual como metodológica y práctica, con respecto a la clasificación, evaluación y tratamiento (Marsh y Graham, 2001). Hoy por hoy, tanto los clínicos como los investigadores reconocen la importancia de considerar la psicopatología infantil como una disciplina con características propias, diferenciada de la psicopatología en la vida adulta (Molina, 2001).

Desde que surgiera la primera clasificación en psicopatología infantil, distintas perspectivas teóricas han conceptualizado diferentes taxonomías diagnósticas. Al hacerlo, todas ellas se han topado con dificultades. En las primeras clasificaciones hubo un gran peso del modelo médico. En medicina rápidamente pueden identificarse etiologías específicas, adelantar pronósticos, respuestas a tratamientos, y fundar las bases para el diagnóstico diferencial de condiciones relacionadas pero distintas. En psicopatología, en cambio, el proceso es más arduo. Según Quay et al. (1987), cuando un clínico estudia una conducta anormal suele encontrar un amplio abanico de síntomas y relativamente pocos signos. De este modo, la descripción del cuadro se convierte en una tarea mucho más difícil, llena de desacuerdos alrededor de la existencia de unos u otros trastornos, o sobre cuáles deben formar parte o no de la taxonomía. La concepción de la nueva clasificación presenta más dificultades al buscar causas, consecuencias, tratamientos específicos y características para determinar diagnósticos diferenciales.

Tradicionalmente han convivido dos enfoques fundamentales en la psicopatología de la infancia y la adolescencia que, cuatro décadas después, todavía siguen siendo elaborados sin una resolución real sobre qué constituye una taxonomía. El modelo **médico-categorial** emplea criterios para establecer la presencia de trastornos que son resultado del consenso después de discusiones entre grupos de expertos. Así pues, se trata de criterios subjetivos y cualitativos que comportan la concepción de los trastornos mentales como entidades discretas. El modelo **psicométrico-dimensional** se deriva de conceptos psicométricos, utilizando procedimientos cuantitativos para determinar empíricamente qué características tienden a co-ocurrir en las diferentes formas de síndromes. Desde este enfoque, el objetivo final es la cuantificación de la conducta patológica y la valoración del grado de intensidad del problema. Esta dualidad ha dado lugar a dos taxonomías diferentes en los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia: los "síndromes clínicos", originados a través de hipótesis de covariación de síntomas observados en la práctica clínica de los psicólogos (Wakefield, 1999a, 1999b), y los "síndromes empíricos" resultado de la aplicación de técnicas estadísticas, como el análisis factorial, a diferentes grupos de síntomas (Achenbach, 1990, 1991b). En este caso, la palabra síndrome es utilizada sin ninguna implicación etiológica biológica frente a ambiental que pudiera estar determinando la co-ocurrencia de los signos y síntomas observados (López et al., 1995).

Pese al gran auge de los modelos categoriales en la psicopatología de adultos en detrimento de las clasificaciones cuantitativas, en el ámbito infantil los modelos dimensionales son más comunes. Tal y como comentan Krueger, Caspi, Moffit y Silva (1998), este hecho podría justificarse por la importancia que han adquirido los listados

de síntomas informados por los padres y profesores en la evaluación de la psicopatología infantil.

La posibilidad de disponer de criterios diagnósticos explícitos y específicos ha hecho posible la creación del DSM (DSM), utilizado para instrumentalizar numerosas investigaciones y guía en la práctica clínica de los profesionales. A pesar de ser éste un sistema de clasificación categorial, en la preparación de su última edición DSM-IV recibieron especial interés tanto la documentación de apoyo al modelo categorial como los resultados de investigaciones empíricas (Widiger, Frances, Pincus, Davis y First, 1991).

Probablemente los esfuerzos futuros en la investigación de los trastornos mentales deban centrarse en validar los constructos psicopatológicos de las diferentes aproximaciones (Jensen et al, 1996).

En los apartados siguientes se concretarán varias de las características asociadas a las taxonomías categoriales y dimensionales vigentes en la clasificación de los trastornos infantiles, detallando el proceso de evaluación vinculado a cada una de ellas. Si se concibe la evaluación como la identificación de distintas características de un caso, y la taxonomía como el grupo de casos según las características distintivas, queda claro que la evaluación y la taxonomía son interdependientes en muchos sentidos. La evaluación es necesaria para construir las taxonomías que definen las características más importantes, y la evaluación asigna los casos a las taxonomías construidas (Achenbach, 2001).

1.2. EL MODELO MÉDICO-CATEGORIAL

Las taxonomías categoriales realizan una evaluación cualitativa de los trastornos mentales en la que éstos son considerados entidades discretas cualitativamente diferentes de lo que es considerado normal. Una estrategia racional permite clasificar los problemas como presentes o ausentes, dando lugar a una clasificación jerárquica y excluyente.

Las nosologías categoriales para psicopatología han sido construidas por comités de expertos mediante la formulación de conceptos diagnósticos como base de categorías diagnósticas. Estos criterios diagnósticos son generalizados para determinar qué características son necesarias en cada caso para determinar la presencia de un trastorno.

Achenbach y colaboradores (Achenbach, 2001; Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2003b) describen este enfoque con el término “top-down” (ejemplificado en la Figura 1), recogiendo así el carácter deductivo implicado en este tipo de taxonomías.

Las taxonomías categoriales proporcionan una definición del número de síntomas requeridos para emitir un diagnóstico, la duración del trastorno y, en algunos de casos, la edad a partir de la que deben atribuírseles relevancia clínica, criterios iguales para los dos sexos y distintas edades.

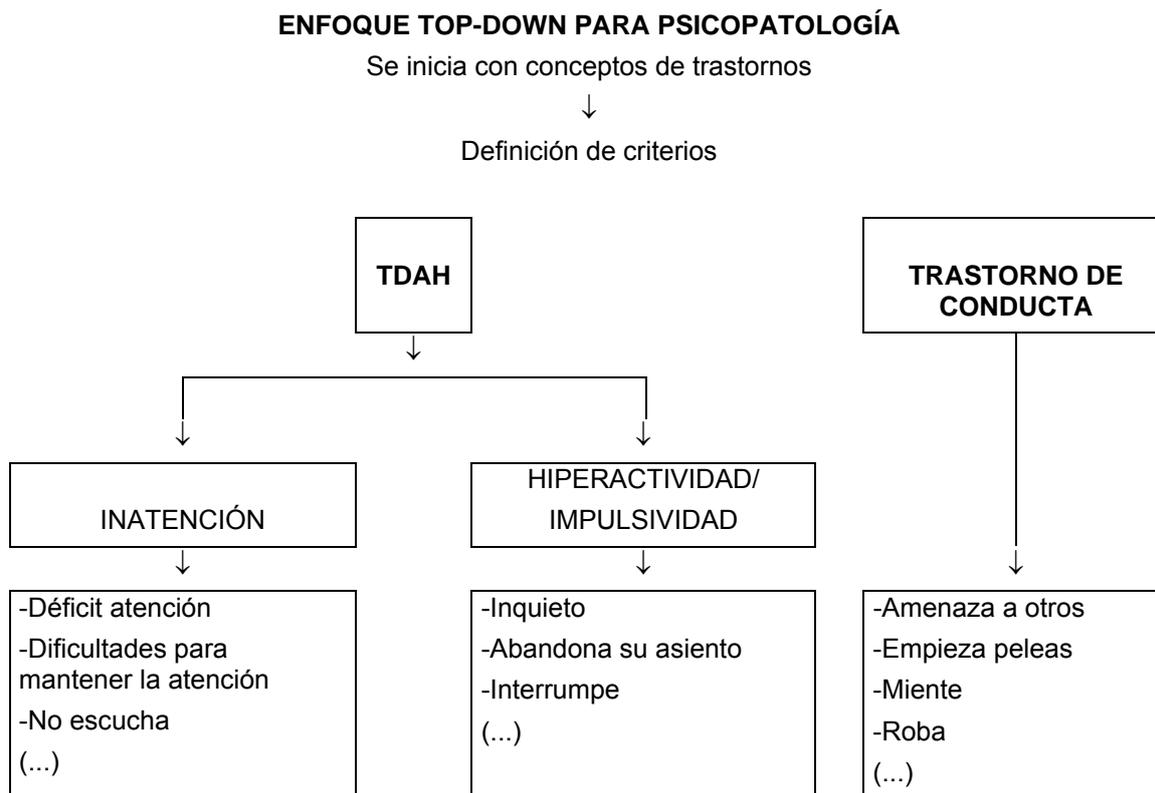


Figura 1. El enfoque “top-down” para evaluación y clasificación en psicopatología (Achenbach, 2001)

Una de las primeras objeciones a los sistemas diagnósticos categoriales aparece ante la posibilidad de que individuos que están presentando reacciones normales ante una dificultad de su entorno sean clasificados como patológicos, a pesar de que la presencia de un trastorno implicaría también una disfunción interna de algunos mecanismos psicológicos o conductuales. Para reducir la posibilidad de falsos positivos los criterios diagnósticos incluyen criterios de deterioro clínico de los que se hablará ampliamente en apartados posteriores. A pesar de estos intentos por solucionar la probabilidad de errores en el diagnóstico, los críticos externos a la psiquiatría siguen asegurando que los criterios categoriales fallan en la distinción de conductas anormales, representando una amenaza de medicalización de los trastornos mentales (Spitzer y Wakefield, 1999).

Los sistemas de clasificación categorial se diferencian entre sí en el número de categorías que incluyen, el énfasis que hacen a unos u otros factores etiológicos, la fenomenología que los caracterizan y/o el curso de los trastornos. Sin embargo, comparten el hecho de presentar descripciones explícitas de los síntomas de cada trastorno, criterios de exclusión y de diagnóstico diferencial (Sala, 2007).

La taxonomía categorial más extendida en psicopatología, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación, es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994, 2000). El DSM se define como un sistema de clasificación *jerárquico* por el hecho de presentar los trastornos organizados en categorías que a su vez se dividen

en otras representando subtipos de un mismo trastorno, y *multiaxial* por evaluar las características individuales en función de las diferentes áreas representadas en el modelo biopsicosocial.

La versión actual DSM-IV-TR (APA, 2000), la han precedido cinco ediciones: DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994). La creación y revisión de cada uno de las versiones ha estado siempre determinada por el interés en garantizar el consenso entre los diferentes profesionales. La psicopatología de la infancia y la adolescencia ha ido aumentando su representación en este sistema diagnóstico. Desde su debut en el DSM-I (1952) mediante una única categoría, *Trastorno de la Personalidad Situacional Transitorio*, a las 43 categorías diagnósticas de trastornos que típicamente se manifiestan en la infancia o la adolescencia que figuran en el DSM-IV-TR (2000). A éstos, cabe sumarles otros trastornos más comunes de la etapa adulta, susceptibles de presentarse también en la infancia o adolescencia. Algunos autores como Marsh y Graham (2001) consideran arbitraria esta división entre trastornos psicológicos y adultos, y abogan por una concepción más continua de la psicopatología, en lugar de la formulación de entidades discretas.

Sea como fuere, no hay duda en que la psicopatología de la infancia y la adolescencia ha ido aumentando su representatividad en las clasificaciones diagnósticas tradicionalmente vinculadas a la vida adulta. El aumento significativo, en el DSM-III, de trastornos aplicables directamente a los niños y adolescentes comportó un incremento de los estudios estadísticos destinados a evaluar las propiedades de los mismos (Quay et al., 1987). Muchos de estos estudios han contribuido a las distintas revisiones del manual.

Otra clasificación diagnóstica categorial ampliamente utilizada es la ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS): la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE). Este sistema diagnóstico clasifica las enfermedades médicas en general, contemplando un sección específica destinada a los Trastornos Mentales y de la Conducta en la que figuran los trastornos psicológicos. Al igual que DSM, su organización es jerárquica y multiaxial, pero se diferencia de éste en el menor número de categorías para explicar la psicopatología y la menor operativización de sus definiciones. Si bien el DSM clasifica trastornos que requieren tratamiento, la CIE contempla cualquier tipo de trastorno.

La versión actual fue publicada en 1992, después de un trabajo conjunto entre la APA (Asociación de Psiquiatría Americana) y la OMS (Organización Mundial de la Salud). En la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud* (WHO, 1992) el diagnóstico de los trastornos psicológicos infantiles distingue tres apartados: el retraso mental, los trastornos del desarrollo, y los trastornos emocionales y del comportamiento con inicio frecuente en la infancia o la adolescencia. A pesar de que las definiciones de los trastornos varían en el DSM, las dos clasificaciones son compatibles en cuanto a códigos y categorías y es habitual en la práctica clínica y de investigación la utilización de ambas conjuntamente (Nathan y Langenbucher, 1999).

El diagnóstico de los trastornos psicológicos en la primera infancia cuenta con la *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (DC: 0-3; Zero to Three, 1994). Se trata de un sistema multiaxial pensado para el diagnóstico en edades tempranas. El eje I contempla los diagnósticos

principales. Los 4 ejes restantes hacen referencia a trastornos de la relación, condiciones y trastornos médicos y evolutivos, estresores psicosociales y nivel de desarrollo emocional-funcional.

A pesar de que el objetivo principal de las taxonomías es “ofrecer un lenguaje común para clínicos e investigadores en la descripción de trastornos” (Rutter y Gould, 1985), el enfoque categorial no alcanza este objetivo al no ofrecer un único sistema de clasificación.

1.2.1. La evaluación en el modelo categorial

Los criterios diagnósticos que figuran en el DSM convierten a esta clasificación en una herramienta sumamente explícita. Sin embargo, el DSM no especifica cómo evaluar la presencia de síntomas y el deterioro que éstos puedan causar en el individuo. Por ello, en la práctica clínica, cada profesional deberá optar por un procedimiento de recogida de información vinculado a la taxonomía pero no especificado en ella.

En la literatura se constatan varios intentos de estandarización de la evaluación de diagnósticos categoriales. Si se pretende ser consistente con el paradigma DSM, la evaluación debería requerir un dictamen dicotómico (sí/no) sobre cada criterio específico, de manera que la información condujera a su vez a la constatación de presencia/ausencia del trastorno evaluado. Este es un proceso metodológicamente difícil cuando en el proceso de evaluación se introducen más de dos fuentes de información que pueden discrepar, cuando la atenuación existente entre test-retets modifica los datos, o cuando la variabilidad atribuible al sexo y la significación clínica de los síntomas varía en cada caso (Achenbach, 2001, Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2003a).

Con la finalidad de recoger información válida y fiable, evitando así algunos de los sesgos mencionados, la estrategia de evaluación que se sigue típicamente para derivar diagnósticos DSM es la entrevista, tanto estandarizada como en sus formas menos estructuradas (del Barrio, 1995). Las entrevistas estructuradas son derivadas inductivamente basándose en la experiencia del clínico y en un proceso iterativo de redefinición gradual de los ítems diagnósticos, criterios y categorías (Jensen et al., 1996). Actualmente, son consideradas el “gold standard” en la evaluación categorial tanto en el ámbito clínico como de investigación (Kendall, Cantwell y Kazdin, 1989). Utilizadas comúnmente para evaluar la presencia/ausencia de síntomas en el ámbito clínico, la investigación en psicopatología también puede beneficiarse de las mediciones precisas de los síntomas presentes en un sujeto, no únicamente de aquellos síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos de un trastorno específico. Tal y como comentan Cerel y Fristad (2001), la riqueza de la información obtenida en una entrevista estructurada es todavía poco usada. A principios de la década de los 80, el estudio de las entrevistas estructuradas pretendía ya alguno de estos objetivos. Entonces, Hodges (1993) enfatizaba la importancia de obtener información de la gravedad y presencia de los síntomas, y proponía además la creación de escalas psicométricas fiables que permitiesen usar las entrevistas estructuradas en su total potencial. A pesar de que las entrevistas estructuradas han sido tradicionalmente utilizadas para elaborar diagnósticos categoriales, estudios recientes sugieren la posibilidad de ser usadas para hacer clasificaciones dimensionales de los trastornos psicológicos (Sala, 2007).

Tabla 1. Entrevistas estructuradas para la evaluación de psicopatología en niños y adolescentes

Instrumento	Autor
<i>Child Assessment Schedule (CAS)</i>	Hodges y Fitch (1979)
<i>Parental Account of Children's Symptoms (PACS)</i>	Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg (1986)
<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)</i>	Ambrosini (2000)
<i>Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)</i>	Angold y Costello (2000)
<i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV)</i>	Reich (2000)
<i>Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)</i>	Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone (2000)
<i>Children's Interview for Psychiatric Síndromes (ChIPS)</i>	Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter (2000)

Las numerosas críticas que han recibido las entrevistas no estructuradas, justificadas por su falta de especificación de las preguntas e interpretación de las respuestas (Ezpeleta, 1996; Fowler y Mangione, 1990), han fomentado un aumento en la utilización de protocolos estructurados. En la Tabla 1 figuran los protocolos de entrevistas estructurados más utilizados en la actualidad. Existen numerosos estudios referidos a la validez y fiabilidad de este tipo de instrumentos. Destaca la baja fiabilidad test-retest, especialmente determinada por el descenso de respuestas afirmativas en la segunda administración de una misma entrevista (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas y Conover, 1985). Otro problema destacable de las entrevistas estructuradas son las dificultades de comprensión por parte de los niños de muchas de las preguntas que se les realizan, especialmente en aquellas que implican la temporalidad de los síntomas (Breton, et al., 1995). El cuestionamiento de los niños como informadores fiables ha suscitado numerosos estudios (Schwab-Stone, Fallon, Briggs y Crowther, 1994). Sin embargo, su importancia como informadores valiosos se ha argumentado también en muchos otros (Ezpeleta, 1990; Hodges, 1993; Zahner, 1991).

Sin duda, las entrevistas estructuradas pueden todavía mejorar cualitativamente y cuantitativamente, tal vez reduciendo su extensa duración, simplificando el uso y mejorando las propiedades psicométricas (Renou, Hergueta, Flament, Mouren-Simeoni y Lecrubier, 2004).

1.3. EL MODELO PSICOMÉTRICO-DIMENSIONAL

Las taxonomías dimensionales clasifican los problemas individuales siguiendo una estrategia empírica, ofreciendo como resultado la cuantificación de las conductas. La teoría subyacente a estos modelos concibe la conducta normal y anormal como parte de un continuo, no como dos fenómenos distintos. La derivación de estas escalas se realiza mediante técnicas estadísticas como el análisis factorial que pretende agrupar diferentes síntomas o comportamientos en dimensiones. Las clasificaciones en psicopatología desde este enfoque permiten también valorar el grado de intensidad del problema.

Las taxonomías dimensionales se construyen desde una tradición muy diferente a la médico-categorial. Los primeros en derivar taxonomías mediante técnicas estadísticas fueron los investigadores dedicados al estudio de la personalidad. Estos profesionales, ante la dificultad de dar coherencia al gran abanico de conductas que describen el comportamiento humano, aplicaron técnicas de análisis factorial con la finalidad de obtener intercorrelaciones entre descriptores que facilitarían el estudio de la personalidad normal (Quay, 1977). Debido a la naturaleza del método utilizado, la taxonomía resultante no ofrece categorías discretas derivadas de la clínica psicopatológica, sino que presenta dimensiones continuas a lo largo de las cuales los individuos varían.

A inicios de 1960, con el objetivo de compensar la poca representación de la psicopatología de la infancia en las primeras nosologías, diversos investigadores iniciaron la descripción de *síndromes* frecuentes en estas edades. Para identificar estos conjuntos de conductas que tienden a co-ocurrir necesitaban recoger las puntuaciones individuales de muestras formadas por un gran número de sujetos. Algunos de estos problemas pueden presentarse a la vez por influencias genéticas, anomalías físicas, aprendizaje, experiencias estresantes u otros factores. Análisis estadísticos multivariados aplicados a los datos recogidos permiten identificar los síndromes que serán definiciones operacionales de constructos taxonómicos. Algunos síndromes pueden reflejar problemas, mientras que otros muestran rasgos, reacciones de estrés o maneras de adaptación a situaciones específicas. Achenbach (2001) ha denominado a este enfoque “Bottom-up”, sintetizando un proceso que parte de los síntomas para construir síndromes diagnósticos (véase Figura 2).

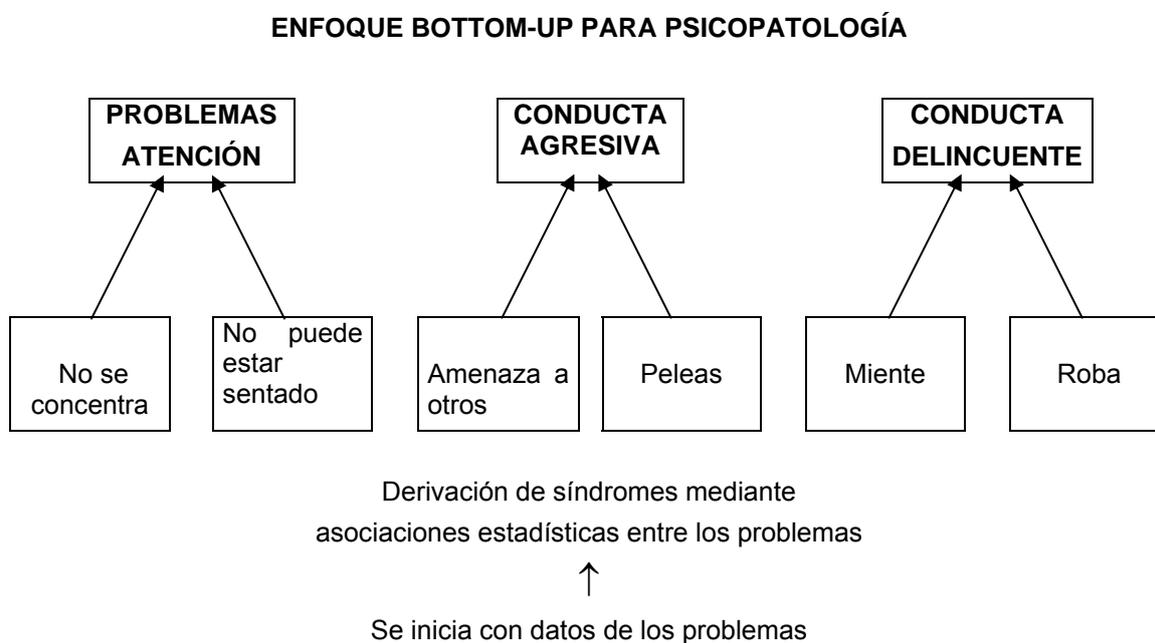


Figura 2. El enfoque “bottom-up” para evaluación y clasificación en psicopatología (Achenbach, 2001)

Algunos de los síndromes derivados mediante análisis factorial pueden tener características comunes con categorías nosológicas. Otros síndromes, en cambio, no guardan ningún parecido con categorías DSM o representan combinaciones de síntomas diferentes a las que realiza el DSM (Achenbach, 1996; Rubio-Stipec et al. 1996). La posible integración entre los dos sistemas de clasificación será abordada ampliamente en apartados posteriores.

A pesar del auge de las taxonomías dimensionales en los últimos años, su uso es todavía limitado debido a que no se dispone de un sistema de referencia “universal” aceptado, a diferencia de lo que ocurre con las taxonomías categoriales que cuentan con estándares como los que representan el DSM y la CIE.

Desde mediados del siglo XX, diversos autores han utilizado el análisis factorial sobre listados de síntomas típicamente observados en psicopatología infantil, con el objetivo de derivar empíricamente síndromes clínicos. Peterson (1961) fue el pionero en esta línea de investigación. Su primer estudio se basó en un listado de 58 conductas desviadas obtenidas a partir de las historias clínicas de más de 400 niños atendidos por problemas conductuales. Tras someter a análisis factorial las respuestas de 831 escolares a estos ítems, Peterson formuló una primera clasificación de los problemas del comportamiento basada en dos grandes categorías: conducta (o agresividad) y personalidad (o retraimiento).

Pocos años después, Achenbach (1966) aplicó el análisis de componentes principales a los síntomas conductuales hallados en las historias clínicas de 300 niños entre 4 y 15 años. Sus análisis demostraban la presencia de seis componentes para los niños y nueve para las niñas, de los cuales cuatro eran similares para los dos sexos: comportamiento agresivo, obsesiones-compulsiones-fobias, quejas somáticas y comportamiento-pensamiento esquizoide. Las 2 escalas específicas para los niños eran problemas sexuales y comportamiento delictivo. En el caso de las niñas aparecían además los factores: comportamiento hiperactivo, comportamiento neurótico y delictivo, obesidad, síntomas depresivos y síntomas ansiosos. En análisis posteriores halló una dimensión bipolar formada por patología interiorizada (problemas relacionados con los estados internos) y patología exteriorizada (problemas por conductas perturbadoras).

A lo largo de cuatro décadas Achenbach y sus colaboradores (Achenbach, 1978; 1985; 1990; 1995; 2001; Achenbach, Conners, Quay y Verhulst, 1989; Achenbach y Dumenci, 2001; Achenbach y Edelbrock, 1978) han trabajado sobre su propuesta inicial hasta presentar las clasificaciones dimensionales que figuran en la Tabla 2.

Desde los años 70, Conners y su equipo han realizado también su propuesta de taxonomía dimensional (Conners, 1973; 1997; Conners, Parker, Sitarenios y Epstein, 1998; Conners, Sitarenios, Parker y Epstein, 1998) Una última aportación a destacar es la realizada por Quay (1977; 1979; 1983; 1986), y su última propuesta realizada a principios de los años 90 (Quay y Peterson, 1993) (véase Tabla 2).

Tabla 2. Taxonomías dimensionales

Autores	Edad	Dimensiones
Achenbach y Rescorla (2000)	1 ½ a 5 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reactividad emocional 2. Ansiedad/ Depresión 3. Quejas somáticas 4. Retraimiento 5. Problemas de atención 6. Comportamiento agresivo
Achenbach y Rescorla (2001)	6 a 18 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad/ depresión 2. Aislamiento 3. Quejas somáticas 4. Problemas sociales 5. Problemas de pensamiento 6. Problemas de atención 7. Conducta romper normas 8. Conducta agresiva
Conners, Parker et al. (1998) Conners, Sitarenios et al. (1998)	3 a 17 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oposicionista 2. Problemas cognitivos/ Desatención 3. Hiperactividad 4. Ansioso/ Tímido 5. Perfeccionismo 6. Problemas sociales 7. Psicossomático
Conners (1997)	12 a 17 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas familiares 2. Problemas emocionales 3. Problemas de conducta 4. Problemas cognitivos/ Desatención 5. Problemas de control del enfado 6. Hiperactividad
Quay y Peterson (1993)	5 a 18 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno de conducta 2. Agresión socializada 3. Problemas de atención – inmadurez 4. Ansiedad-retraimiento, 5. Comportamiento psicótico 6. Exceso de tensión motora

La diversidad en las propuestas taxonómicas dimensionales podría explicarse por las características particulares de las muestras utilizadas, la diversidad de conductas evaluadas y los diferentes métodos de análisis estadísticos empleados. Sin embargo, una revisión exhaustiva de las diferentes propuestas evidencia la presencia de dos dimensiones principales en numerosos estudios: la dimensión de trastornos exteriorizados (hiperactividad, agresividad y delincuencia) y la dimensión de trastornos interiorizados (timidez, ansiedad y depresión) (Achenbach y Edelbrock, 1978, 1983; Achenbach, Verhulst, Baron y Althaus, 1987; Quay, 1986).

Según Achenbach et al. (1989) la replicación de síndromes en diversas investigaciones contribuye a sentar las bases para una taxonomía empírica de los problemas que más comúnmente se presentan en niños y adolescentes.

1.3.1. La evaluación en el modelo dimensional

La estrategia de evaluación típicamente seguida para obtener puntuaciones cuantitativas de los síndromes derivados empíricamente son las *escalas de evaluación* estandarizadas. Este tipo de evaluación permite obtener datos normativos de muestras grandes, sobre los que basar decisiones en cuanto al número de síntomas y gravedad de los mismos para ser considerados desviados, evitando así criterios arbitrarios (Kasius, Ferdinand, van de Berg y Verhulst, 1997).

Con el fin de evaluar la conducta del niño o adolescente en diferentes contextos, los inventarios, cuestionarios y escalas presentan diferentes versiones en función de la fuente de información utilizada: propio niño, padres, maestros u otras personas vinculadas al niño. En la Tabla 3 aparecen algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación dimensional de niños y adolescentes. Son escalas que recogen información de distintos problemas psicopatológicos, se han obviado aquí instrumentos más específicos que evalúan exclusivamente problemas de ansiedad, depresión u otros diagnósticos psicopatológicos.

Con el objetivo de facilitar la lectura de resultados, muchas de estas escalas ofrecen la posibilidad de ver las puntuaciones a los ítems y las escalas generadas a partir de éstos en forma de perfiles. Además, estos instrumentos suelen presentar puntos de corte que permiten diferenciar a los sujetos normales de aquellos que se encuentran en el rango clínico.

Tal y como afirman algunos autores de escalas dimensionales (Achenbach, 1995), esta aproximación metodológica no pretende reemplazar los diagnósticos categoriales, aunque en la práctica clínica algunos profesionales asuman las puntuaciones obtenidas por un sujeto como criterio clínico (Hartman et al., 1999).

Hoy en día, su uso más común en la práctica clínica es como instrumento de cribado en las primeras fases del proceso de evaluación, previo a un diagnóstico más preciso (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1987), o como línea basal de diagnósticos más concretos (Birmaher et al., 1997, Muris, Dreessen, Bögels, Weckx y van Melick, 2004). En este sentido, las escalas normativas derivadas de población general son muy útiles para determinar el perfil de síntomas y conductas que están presentes en la comunidad, distinguiendo así entre casos clínicos y no clínicos (Lucas et al., 2001).

Tabla 3. Instrumentos dimensionales para la evaluación y clasificación de psicopatología en niños y adolescentes

	Instrumento	Autor	Informador
Escala Achenbach (ASEBA)	Child Behavior Checklist 1 ^½ - 5 (CBCL/1 ^½ - 5)	Achenbach y Rescorla (2000)	Padres
	Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)	Achenbach y Rescorla (2000)	Cuidador / profesor
	Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL/6-18)	Achenbach y Rescorla (2001)	Padres
	Teacher's Report Form (TRF)	Achenbach y Rescorla (2001)	Profesores
	Youth Self-Report/11-18 (YSR)	Achenbach y Rescorla (2001)	Niño / adolescente
Escala Conners	Conners' Parent Rating Scales-Revised (CPRS-R)	Conners, Parker et al. (1998)	Padres
	Conners' Teacher Rating Scales-Revised (CTRS-R)	Conners, Sitarenios et al. (1998)	Profesores
	Conners-Wells' Adolescent Self-Report Scale (CASS)	Conners (1997)	Niño / adolescente
Escala Quay	Revised Behavior Problem Checklist (RBPC)	Quay y Peterson (1993)	Padres y Profesores
Escala Reynolds y Kamphaus (BASC)	Parent Rating Scales (PRS)	Reynolds y Kamphaus (2004)	Padres
	Teacher Rating Scales (TRS)	Reynolds y Kamphaus (2004)	Profesores
	Self-Report of Personality (SRP)	Reynolds y Kamphaus (2004)	Niño / adolescente

1.4. SISTEMA CATEGORIAL FRENTE A SISTEMA DIMENSIONAL

Sin duda, existen numerosas diferencias entre las taxonomías categoriales y las dimensionales, algunas referidas a la clasificación final que ofrecen y otras metodológicas como, por ejemplo, el tiempo destinado a la evaluación o el modo de realizarla. Tal y como sustentan Kasius et al. (1997), tal vez la cuestión sea saber qué enfoque tiene más poder en términos de pronóstico a largo plazo, posibilitando la elección de correctas estrategias de tratamiento. También es posible que las ventajas e inconvenientes de cada enfoque no sean implícitas al mismo, sino que varíen en función del trastorno estudiado (determinados trastornos pueden ser mejor descritos mediante dimensiones continuas, mientras que otros pueden ser discontinuos) (Achenbach, 1990).

Sea como fuere, se pueden establecer ciertos criterios para evaluar los sistemas de clasificación, estos son:

- La **operacionalización**, es decir, contar con definiciones claras y precisas de las características que constituyen la categoría o continuo. Esta característica facilita la replicabilidad de la taxonomía.
- La **fiabilidad** que garantiza los mismos resultados en profesionales distintos.

- La **validez** que implica definir categorías claramente diferenciadas.
- La **integridad** referida al modo en que la clasificación reúne todas las características de un trastorno, de manera completa y extensa.
- La **parsimonia**, vinculada también a la fiabilidad, que garantiza su sencillez y fácil utilización.

Numerosos estudios han explorado la relación entre los síndromes derivados de análisis factorial y los diagnósticos categoriales (Brunshaw y Szatmari, 1988; Costello, Edelbrock y Costello, 1985; Edelbrock y Costello, 1988; Jensen, Salzberg, Richters, Watanabe y Roper, 1993; Weinstein, Noam, Grimes, Stone y Schwab-Stone, 1990). En numerosas ocasiones, examinan directamente las relaciones entre las escalas de síndromes del Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001) y diagnósticos estructurados, sugiriendo modestas relaciones entre las dimensiones y los diagnósticos categoriales. A pesar de representar un importante punto de partida, ninguna de estas investigaciones ha concluido la superioridad de un método de evaluación frente a otro. Tal y como comentan Jensen et al. (1996), esta es una cuestión difícil de responder ya que implica decidir cual es el “gold standard” de las medidas de psicopatología justo en el momento en que se pretende evaluar cada una de ellas.

Con el objetivo de salvar esta limitación, Gould, Bird y Jaramillo (1993) correlacionaron las escalas de síndromes del CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983) y diagnósticos categoriales DSM-III, derivados a partir de la DISC 2.1 (Costello, Edelbrock, Kalas, Kessler y Klaric, 1982), con los referentes externos siguientes: uso de servicios de salud mental, percepción de los maestros sobre la necesidad de atención a los niños, historia de repetición de cursos en el colegio, y número de acontecimientos vitales estresantes. Los resultados mostraron que tanto la información de diagnósticos categoriales como dimensionales estaba relacionada con estos validadores externos, obteniendo correlaciones ligeramente superiores en el caso de las escalas dimensionales.

Jensen et al. (1996) encontraron resultados similares al comparar la información del CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983) y la DISC 2.1. (Costello et al., 1982) con la utilización de servicios, la evidencia de deterioro, medidas de psicopatología auto-informadas u obtenidas a través de los padres, y otros factores psicosociales, demográficos y factores de riesgo. Según estos estudios, los dos enfoques ofrecen información similar, pero es importante destacar que en ambos casos se han tratado los datos con procedimientos estadísticos similares tanto para la información categorial como dimensional, es decir, se han recodificado las puntuaciones del CBCL en variables categoriales, y se han construido escalas dimensionales de la DISC (p.ej. número de diagnósticos presentes en cada niño). Este tratamiento de los datos permite la comparación de las dos taxonomías mediante procedimientos estadísticos similares, pero a la vez modifica algunas de las características implícitas en cada sistema. Este es un hecho digno de consideración en la interpretación de los resultados.

Independientemente de la convergencia o no de la información facilitada en cada sistema diagnóstico, cada uno de ellos cuenta con ventajas y limitaciones. Véanse algunas de ellas.

1.4.1. Ventajas del sistema categorial

La taxonomía categorial representada por el DSM es actualmente el sistema diagnóstico más utilizado en psiquiatría y psicopatología (Krueger y Piasecki, 2002). Este hecho favorece la comunicación entre profesionales al ofrecer una nosología común atórica, y facilita también la comunicación entre los profesionales y el cliente. Además, en un solo término, el profesional está resumiendo una gran variedad de información puesto que el DSM contempla para cada uno de los diagnósticos posibles la siguiente información:

- Características diagnósticas
- Subtipos y/o especificaciones
- Síntomas y trastornos asociados
- Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo
- Prevalencia
- Curso
- Patrón familiar
- Diagnóstico diferencial

El DSM es un sistema muy extenso. En su última edición (DSM-IV-TR; APA, 2000) aparecen descritas más de 300 categorías diagnósticas, entre las que se encuentran 43 propias de la infancia o la adolescencia. El trabajo de los clínicos, al describir operacionalmente diferentes diagnósticos, permite identificar nuevos trastornos susceptibles de ser incorporados en nuevas revisiones de manual.

Todas estas ventajas han hecho que el DSM contribuya positivamente tanto en la investigación como en los ámbitos más aplicados de la psicología. Poseer un sistema de clasificación “universal” ha permitido conocer la prevalencia de diversos trastornos en diferentes lugares del mundo. En el ámbito aplicado, conocer el diagnóstico de un sujeto ayuda a tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir (Cantwell, 1996).

A pesar de ser importante la distinción entre enfoque taxonómico y enfoque metodológico para lograr la clasificación, las ventajas o inconvenientes de los sistemas de evaluación utilizados interfieren en la validez final del sistema utilizado. Tal y como se ha comentado anteriormente, el instrumento de evaluación más utilizado en el enfoque categorial son las entrevistas estructuradas, las cuales garantizan la validez de contenido en la evaluación de los trastornos, permitiendo que los hallazgos puedan ser fácilmente interpretados (Gadow et al., 2002).

1.4.2. Inconvenientes del sistema categorial

Contar con un sistema de clasificación con numerosas y extensas categorías diagnósticas conlleva un proceso de creación no exento de polémicas (Quay et al., 1987). Algunos autores han puesto de manifiesto que las categorías diagnósticas destinadas a los niños no cuentan con validez de constructo ni validez discriminante (Koriath, Gualtieri, Van Bourgondien, Quade y Werry, 1985; Werry, Reeves y Elkind, 1987). Si bien es cierto que las observaciones clínicas han sido la base de numerosas categorías diagnósticas, la ausencia de un correcto proceso de validación a posteriori puede dar como resultado multitud de categorías cuya existencia es cuestionable

(Quay et al., 1987). Con el objetivo de mejorar la validez de los constructos DSM se ha incluido, en al menos la mitad de diagnósticos, el criterio de significación clínica, el cual requiere que los síntomas causen “malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento”. Con esta nueva característica, se intenta minimizar los diagnósticos de falsos positivos en situaciones en que la presencia de los síntomas no indica necesariamente patología (Spitzrer y Wakefield, 1999). Este ha sido probablemente el mayor cambio introducido en el DSM-IV (APA, 1994).

A pesar de que la inclusión del criterio de deterioro clínico ha sido provocada por diversos factores, ha tenido un peso importante el aumento de la prevalencia de trastornos informados en la mayoría de los estudios epidemiológicos de enfermedades mentales (the Epidemiologic Catchment Area Study, (Robins y Regier, 1991) y the National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994)). Este aumento de trastornos en la población plantea cuestiones relacionadas con la validez de los criterios diagnósticos, sugiriendo la posibilidad de que muchos sean falsos positivos (Kendler, 1999).

Aún con argumentos empíricos, este cambio está siendo polémico. Regier et al. (1998) consideran que se trata de un criterio demasiado inclusivo. Es probable que este criterio solo sea adecuado para aquellos trastornos en los que la presencia de síntomas no sea condición suficiente para el diagnóstico. De hecho, algunos autores como Wakefield (1992) sustentan que el concepto de “trastorno” implica y requiere un impacto significativo en el funcionamiento del organismo. Por ello, asumen que la disfunción representa un buen “validador” para los verdaderos “trastornos psiquiátricos” (Spitzer y Wakefield, 1999). Otros trastornos, en cambio, no comportan deterioro funcional porque el sujeto asume las disfunciones causadas por la alteración. Aquí se abre un nuevo debate para determinar qué significa que una reacción ante una determinada vivencia es “normal”. Para solucionar esta polémica Kendler (1999) propone que el deterioro funcional asociado a un trastorno pueda ser parte del proceso diagnóstico, pero figurar en un eje separado del diagnóstico clínico. Actualmente, en el Eje V del DSM-IV aparece la *Escalas de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)* que permite valorar el deterioro funcional asociado a la patología, pero su puntuación no es condición sine qua non para el diagnóstico de un trastorno.

Disponer de una taxonomía categorial simplifica la explicación de la psicopatología, pero al hacerlo agrupa sujetos muy heterogéneos entre sí en bastas categorías (Clark, Watson y Reynolds, 1995). A la vez, establecer categorías discretas implica consensuar un límite entre la patología y la normalidad, un límite difícil de establecer que implica la aparición de los trastornos subumbrales (Krueger y Piasecki, 2002). Este término define a las alteraciones que no cumplen todos los criterios implicados en el diagnóstico de un trastorno, pero que causan malestar al sujeto que presenta determinados problemas mentales (Cantwell, 1996; Lewinsohn, Solomon, Seeley y Zeiss, 2000). Los trastornos subumbrales pueden caracterizarse por la presencia de un número menor de síntomas a los requeridos según los criterios diagnósticos o bien a la diferencia en la expresión o gravedad de los mismos. En atención primaria, los pediatras afirman que este tipo de alteraciones son más frecuentes que los trastornos especificados en el DSM-IV y ICD-10 (Magruder y Calderone, 2000).

Otra polémica importante gira entorno a las implicaciones de la **comorbilidad** para entender el desarrollo de la psicopatología y las nosologías. La comorbilidad típicamente observada en la población es resultado de la covariación entre trastornos

(Lilienfeld, 2003; Lilienfeld, Waldman e Israel, 1994). Este fenómeno no aparece únicamente entre categorías diagnósticas, sino que también está presente entre trastornos diagnosticados y trastornos subumbrales (Lewinsohn, Shankman, Gau y Klein, 2004).

Teniendo en cuenta que el modelo categorial pretende describir entidades discretas, esta característica se presenta desde el enfoque dimensional como una limitación del sistema. Los clínicos e investigadores categoriales, conscientes de la existencia de comorbilidad, han variado su concepción de la misma incluyendo, en algunos casos, nuevas categorías como es el “Trastorno mixto de conducta y emociones” en el ICD-10 (Angold, Costello y Erkanli, 1999).

Algunos de los inconvenientes del sistema categorial se derivan del instrumento de evaluación más utilizado en este enfoque: la entrevista estructurada. Se constata, pues, que no únicamente juega un papel importante la validez implicada en la definición del trastorno.

La evaluación diagnóstica con entrevistas estructuradas es lenta, larga y costosa y, por consiguiente, poco práctica para algunas aplicaciones clínicas, aunque los formatos de aplicación informatizada están minimizando algunas de estas limitaciones (Reich, 2000; Shaffer et al., 2000).

La realización de determinadas entrevistas excesivamente largas puede poner a riesgo la fiabilidad del informador. Con el fin de minimizar este sesgo, algunas entrevistas contienen preguntas que formuladas al inicio permiten al evaluador escoger las áreas diagnósticas que deben ser evaluadas, evitando así información redundante o innecesaria (Kaufman et al., 1997). A la vez, evitar la formulación de preguntas extras reduce la tendencia de los sujetos a responder negativamente cuando avanza la entrevista (Lucas, et al., 1999).

Muchos clínicos e investigadores evitan estos inconvenientes realizando pruebas de cribado o cuestionarios al inicio del proceso de evaluación que eviten la recogida de información innecesaria o redundante (Lucas, et al. 2001).

El proceso de evaluación permite realizar el diagnóstico, que a su vez permitirá al clínico realizar una correcta intervención. Pero este no es el único momento en que se evalúa al sujeto. Tras el tratamiento, una nueva evaluación permitirá valorar la efectividad del tratamiento. En este momento los sistemas de clasificación categorial ofrecen poca información por ser poco sensibles al cambio (Boyle et al., 1996).

Ante este panorama, Hartman et al. (2001) sustentan que muchas de estas limitaciones deberán considerarse en la revisión del DSM-IV-TR. En cuanto a la comorbilidad, por ejemplo, tal vez la definición de algunos síntomas deberá ser más específica para evitar que una misma característica forme parte de más de un trastorno. Esta tarea puede resultar difícil ante determinados síntomas complejos en el momento del diagnóstico (Klein, 1999). Es probable que la sutil diferencia entre síntomas de diferentes trastornos no sea fácil traducirla en palabras.

Sin duda, contar con definiciones precisas de los trastornos es imprescindible tanto para la práctica clínica como para la investigación (Jensen et al., 1996).

1.4.3. Ventajas del sistema dimensional

Las variables cualitativas y las variables cuantitativas necesitan diferente tratamiento estadístico. A pesar de ello, en términos de poder predictivo, una escala dimensional siempre presenta una relación más fuerte con una variable independiente que el mismo constructo tratado de manera categorial, puesto que la categorización de los datos implica cierta pérdida de información (este supuesto no es cierto si la característica que se mide es únicamente “categorial”, en este caso no es posible dimensionalizar). Cuando una distinción categorial es impuesta en un fenómeno dimensional, puede perderse información importante y la precisión de la medida y su poder predictivo puede verse minimizado (Millon, 1991; Jensen et al., 1996)

El enfoque dimensional ofrece más información sobre la gravedad del trastorno que el enfoque categorial (Klein y Riso, 1993). Fergusson y Horwood (1995) han estudiado la validez predictiva de métodos dimensionales y categoriales en los trastornos conductuales en la infancia, concretamente en el caso del trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Sus resultados mostraron una mejor eficacia predictiva de las puntuaciones dimensionales, operativizadas a través de la gravedad del trastorno, para predecir el pronóstico al cabo de un año. Estos datos plantean la cuestión de si algunos trastornos pueden ser mejor explicados a través de dimensiones, mientras que otros puedan ser de naturaleza más categorial (Boyle et al. 1996; Fergusson y Horwood, 1995; Jensen et al., 1996).

En suma, el sistema dimensional es más parsimonioso que el categorial ya que utiliza menos dimensiones para explicar el comportamiento normal y anormal de niños y adolescentes. Además, estas dimensiones representan la heterogeneidad presente entre los individuos (Haynes y O'Brien, 1990).

Las escalas de dimensiones a partir de las cuales se derivan síndromes psicopatológicos son comúnmente utilizadas tanto en la práctica clínica como en investigación. Su fácil administración, bajo coste y la rapidez con que proporcionan información han influido en la difusión de su uso. Además, su administración no requiere un entrenamiento por parte del evaluador tan exhaustivo como en el caso de las entrevistas estructuradas (Silva et al., 2005).

La interpretación de los resultados es también sencilla. En general ofrecen un índice de desviación o puntos de corte en relación a la población de referencia (Gadow et al., 2002). Frecuentemente, estos puntos de corte o valores de referencia en función de los objetivos previos del profesional: predicción, prevención o tratamiento.

Los instrumentos dimensionales como el CBCL (Achenbach y Rescorla, 2000, 2001) pueden utilizarse en la práctica clínica como primera aproximación diagnóstica o medida de cribado (Arend, Lavigne, Rosenbaum, Binns, y Christoffel, 1996). Pueden ayudar también en la valoración del tratamiento, ya sea farmacológico o conductual, al ofrecer medidas repetidas de las conductas problema que presenta el sujeto (Rubio-Stipeck et al., 1996; Mattison, Gadow, Sprafkin, Nolan, y Schneider, 2003; Silva, et al., 2005).

Por todas estas características, numerosos autores defienden los sistemas de clasificación dimensionales (Haynes y O'Brien, 1990; Clark, 1993; Costa y Widiger, 1994).

1.4.4. Inconvenientes del sistema dimensional

Existe todavía desacuerdo entre los profesionales en la naturaleza y el número de dimensiones necesarias para una adecuada descripción de la conducta humana (Quay et al., 1987; Millon, 1991). Este sigue siendo uno de los principales inconvenientes para la generalización de este sistema taxonómico. Hasta el momento, los instrumentos de evaluación ofrecen dimensiones no idénticas e ítems y síntomas diferentes. Tal y como comentan Hartman et al. (1999), la validez de las dimensiones propuestas es todavía tema de discusión. Los sistemas dimensionales de que se dispone son poco extensos para describir la gran diversidad de comportamientos anormales.

Otro inconveniente reside en la dificultad de descubrimiento de nuevos trastornos mediante esta aproximación teórica. La derivación de síndromes empíricos requiere muestras normativas grandes en las que ciertas condiciones patológicas pueden ser poco prevalentes (Cantwell, 1996).

Desde el punto de vista de la evaluación, la principal desventaja de las escalas dimensionales es la dificultad para extrapolar información a los diagnósticos clínicos (Gadow et al., 2002). Por otro lado, cada instrumento debe contar con distintas formas para informadores diferentes, mientras que los criterios DSM son únicos para todos los contextos y fuentes de información (Silva et al., 2005).

1.5. INTEGRACIÓN DE LOS DOS SISTEMAS TAXONÓMICOS

El enfoque clínico-categorial y el enfoque psicométrico-dimensional no son mutuamente excluyentes ni incompatibles en su utilización clínica y de investigación. Como se ha visto, cada uno de ellos cuenta con ventajas propias del modelo teórico y metodológico en el que se han originado. Es probable que el paso de los años ayude a integrar los conceptos, métodos y hallazgos de los dos enfoques, contribuyendo así al desarrollo de la psicopatología (Cantwell, 1996; Clark et al., 1995; Kamphaus y Frick, 1996; Waldman, Lilienfield y Lahey, 1995).

En las dos últimas décadas, numerosas investigaciones han estudiado la relación entre estos dos sistemas diagnósticos (Biederman et al., 1993; Derks, Hudziak, Dolan, Ferdinand y Boomsma, 2006; Fergusson y Horwood, 1995; Gould et al., 1993; Jensen et al., 1996; Jensen, Salzberg et al., 1993; Kazdin y Heidish, 1984; Keenan y Wakschlag, 2000; Weinstein et al., 1990; Weinstein, Stone, Noam, Grimes y Schwab-Stones, 1989). Gran parte de estos estudios han centrado su interés en la relación entre los diagnósticos categoriales, evaluados a partir de entrevistas estructuradas, y escalas dimensionales derivadas empíricamente, en muchas ocasiones las escalas de síndromes del Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991b; Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach y Rescorla, 2000, 2001).

Uno de los primeros estudios fue publicado por Edelbrock y Costello (1988). En una muestra de 270 niños clínicos con edades entre los 6 y 16 años, exploraron la relación entre los diagnósticos DSM-III, derivados de una de las primeras versiones de la entrevista para padres *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) y las escalas previas al CBCL de 1991 (Achenbach y Edelbrock, 1983). En los resultados relataban importantes coincidencias entre las puntuaciones en las escalas del CBCL y los diagnósticos en la DISC.

Años más tarde, Arend et al. (1996) replicaron el mismo estudio en una muestra de 510 preescolares no atendidos en servicios específicos de salud mental. Las correlaciones entre los diagnósticos DSM y las escalas CBCL 1^{1/2}-5 años fueron similares a las halladas por Edelbrock y Costello (1988). Los autores afirmaban que el CBCL era una buena aproximación para determinados diagnósticos DSM, pero apuntaban también, la importancia de combinar las puntuaciones cuantitativas de las escalas con información obtenida mediante una entrevista.

Otros autores, en cambio, atribuían esta escasa diferenciación entre los dos modelos a un efecto del elevado nivel de comorbilidad intrínseco a la psicopatología de la infancia y la adolescencia. Steingard, Biederman, Douyle y Sprich-Buckminster (1992) observaron que los sujetos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad obtenían puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas del CBCL. De forma parecida, Biederman et al. (1993) encontraron que los sujetos que presentaban comorbilidad entre el diagnóstico DSM-III-R de TDAH, y al menos otro diagnóstico DSM-III-R, tenían puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas CBCL.

Kassius et al. (1997) realizaron también un estudio similar al de Arend et al. (1996) en el que obtuvieron resultados parecidos, pero conclusiones distintas. A partir de una muestra de 231 niños y adolescentes que asistían a servicios ambulatorios de salud mental, comprobaron la convergencia de puntuaciones CBCL y diagnósticos derivados de la DISC para padres. Sus resultados mostraban convergencia entre los dos enfoques, pero no hasta el punto que uno pudiera sustituir al otro. A raíz de los datos, Kasius et al. (1997) concluían que tal vez la opción más interesante era una combinación de las dos aproximaciones, ya que un enfoque podía aportar información no contemplada por el otro. Esta fue sin duda una de las primeras sugerencias hacia la consecución de la integración de los modelos categoriales y dimensionales.

Para Jensen y Watanabe (1999) es importante encontrar puntos en común entre el enfoque categorial y dimensional que permitan evaluar la psicopatología de manera más eficaz. Este cambio metodológico implicaría una redefinición de la psicopatología necesaria para entender su curso. Según estos autores, la nueva perspectiva permitiría la identificación temprana de niños que muestran síntomas subclínicos (según el enfoque categorial), pero puntúan por encima de un punto de corte considerado clínico en una escala empírica y se encuentran a riesgo de presentar un deterioro más importante en un futuro. Para alcanzar este objetivo, es posible utilizar dos métodos de evaluación distintos, o un único procedimiento que permita derivar distintos tipos de información. Esta integración en la metodología de evaluación de los dos modelos implica desarrollar escalas dimensionales a partir de entrevistas estructuradas; o bien, establecer puntos de corte en escalas de síndromes clínicos, semejantes a los diagnósticos categoriales, que permitan dicotomizar la información.

La integración de los modelos categorial y empírico a través de la evaluación es probablemente la posibilidad más factible de reconciliar dos aproximaciones que parten de concepciones teóricas opuestas. La descripción de los elementos que configuran la taxonomía dimensional se define a través de la covariación de características, sin embargo, en las clasificaciones categoriales existen diagnósticos definidos por un único signo o síntoma o elementos que correlacionan poco entre sí.

1.5.1. Del modelo categorial al modelo dimensional

Desde inicios de los años 90, ha aparecido un nuevo debate alrededor de cuál es el método óptimo para evaluar psicopatología en los niños y adolescentes. A pesar de ello, hay autores que no estudian la superioridad de un método frente a otro, sino que abogan por una combinación de enfoques que incorpore información diagnóstica con medidas dimensionales de gravedad o deterioro, originando lo que ellos consideran un método superior para identificar condiciones diagnósticas (aportación del enfoque categorial) clínicamente significativas (aportación del enfoque dimensional) que justificarían la intervención (Bird et al, 1990; Cohen, Velez, Kohn, Schwab-Stone y Johnson, 1987; Weissman, Warner y Fendrich, 1990).

Sin embargo, pocos son los intentos que se han llevado a cabo para desarrollar escalas dimensionales a partir de entrevistas estructuradas que se puedan utilizar de manera estandarizada en clínica e investigación (Cerel y Fristad, 2001; Sala, 2007). A pesar de ello, numerosos estudios incluyen en sus análisis de datos la derivación de índices dimensionales a partir de instrumentos diagnósticos típicamente categoriales como, por ejemplo: número total de síntomas presentes una entrevista estructurada, número de síntomas en cada trastorno o número de trastornos diagnosticados (Gould et al., 1993; Jensen et al., 1996).

Cerel y Fristad (2001) han construido indicadores de este tipo estudiando, además, su validez convergente y discriminante con otras medidas de psicopatología infantil. Estas autoras han derivado dos escalas dimensionales a partir de la entrevista estructurada *Diagnostic Interview for Children and Adolescent-Revised* (DICA-R, versión según criterios DSM-III-R; Reich y Welner, 1988; Welner, Reich, Herjanic, Jung y Amado, 1987). Éstas son:

- *DICA-SUM*, recoge la suma de todos los síntomas presentes en el sujeto según la entrevista.
- *Conducta, Ansiedad, Humor y Otros* (Behavior, Anxiety, Mood and Other-BAMO), proporciona una puntuación global a partir de la suma de porcentajes de síntomas detectados en cada trastorno. Es decir, divide el número de síntomas presentes en el sujeto por el total de síntomas posibles para cada trastorno.

La validez convergente y discriminante de cada una de estas escalas es estudiada en una muestra de 610 niños con edades comprendidas entre los 5 y 18 años. Las dos escalas muestran correlaciones elevadas con otros instrumentos de evaluación psicopatológica aplicados a los niños y sus padres, y una correlación moderada con la información proporcionada por los maestros. Así pues, estos dos indicadores numéricos pueden diferenciar distintos grupos de sujetos, a pesar de ser escalas con características diferentes. Mientras que DICA-SUM es una escala más fácil de calcular que BAMO, proporciona, en cambio, menos información de las manifestaciones clínicas presentes.

Estos primeros resultados llevan a Cerel y Fristad (2001) a afirmar que otros instrumentos de los que evalúan categorías diagnósticas podrían también ser adaptados a escalas dimensionales, teniendo en cuenta el interés que esta información puede tener en la práctica clínica.

Lucas et al. (2001) han partido de la *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.3)* para construir escalas cuantitativas de diagnósticos específicos para padres e hijos. Mediante ellas pretendían identificar sujetos con una alta probabilidad de cumplir los criterios diagnósticos y aquellos que necesitaran una evaluación más precisa para obtener un diagnóstico específico. La muestra original de 1286 niños de edades comprendidas entre los 9 y 17 años, permitió derivar la *DISC Predictive Scale (DPS)*, un instrumento que permite discriminar niños sanos de aquellos que pueden presentar algún trastorno. Según los investigadores, una de las principales utilidades de esta escala debería ser su uso como cribado.

Unos años antes, Rubio-Stipec et al. (1996) habían también derivado escalas de síntomas a partir de la DISC 2.3. Mediante análisis factorial, obtuvieron 4 escalas: depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, negativismo desafiante y trastorno de conducta. Estas medidas dimensionales presentaban una alta fiabilidad test-retest, buena consistencia interna y fuerte relación con los diagnósticos categoriales. La principal diferencia con las dimensiones de la *DISC Predictive Scale (DPS)* radica en el número de ítems necesario para evaluar cada trastorno, menor en la *DISC Predictive Scale (DPS)*, sin que ello signifique un detrimento en las propiedades psicométricas.

Silva et al. (2005) han elaborado una escala cuantitativa en función de los criterios DSM-IV para los Trastornos por Conducta Perturbadora: déficit de atención, negativismo desafiante y trastorno de conducta. Cada uno de los criterios diagnósticos de estos trastornos forman parte de escala correspondiente, dando lugar a la Rating Scale for Disruptive Behavior Disorders (RS-DBD). Los resultados de aplicar esta escala a una muestra de 84 niños de 5 a 17 años, demuestran que es un buen indicador de gravedad del trastorno, pero no permite establecer el diagnóstico.

En un estudio reciente, Sala, Granero y Ezpeleta (2006) obtuvieron dimensiones a partir de la *Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA-IV; Reich, 2000)*. En una muestra de 512 niños de 8 a 17 años, partiendo de la información facilitada por los padres y sus hijos, el análisis de componentes principales presenta dos dimensiones; trastornos exteriorizados y trastornos interiorizados. Al considerar únicamente los datos de los adolescentes las dimensiones son tres: problemas de atención, trastornos interiorizados y comportamiento antisocial. Todas las escalas factoriales mostraron una buena consistencia interna y validez concurrente con otros criterios como el CGAS (Shaffer et al., 1983) y el CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001).

Lahey et al. (2008) han utilizado también el análisis factorial sobre síntomas DSM-IV derivados de entrevistas estructuradas. Los datos obtenidos en una muestra de 4049 niños / adolescentes y sus cuidadores han permitido generar dimensiones estables de psicopatología en los dos sexos y en diferentes edades, ligeramente diferenciadas en los rangos de edad superiores y en niños. La organización jerárquica de las escalas observada en otros estudios se repite en este caso. El mayor porcentaje de variabilidad queda explicado por las agrupaciones de trastornos interiorizados y trastornos exteriorizados, mientras que otras escala de banda estrecha definen categorías diagnósticas.

1.5.2. Del modelo dimensional al modelo categorial

Diversos estudios han tenido como objetivo evaluar diagnósticos DSM con escalas que puntúen los diferentes síntomas en ellos presentes. Estos instrumentos pueden recoger el grado en que un niño manifiesta cada síntoma, a través de la información facilitada por diferentes fuentes. Los baremos para interpretar las puntuaciones pueden variar en función de la edad y el sexo, sin embargo, es más difícil el consenso de un punto de corte a partir del cuál la puntuación garantice un diagnóstico según criterios DSM. DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid (1998) han elaborado mediante este procedimiento la *ADHD Rating Scale* para la evaluación de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. A pesar de ofrecer información de la gravedad del trastorno, no existen puntos de corte consensuados que permitan establecer una correspondencia con la presencia de un trastorno según criterios DSM.

Con el objetivo también de evaluar los síntomas conductuales, cognitivos y afectivos de trastornos DSM-IV, Gadow y Sprafkin (1999) han creado el *Youth's Inventory-4 (YI-4)*, con versiones auto-informadas o para padres o maestros. La escala presenta una buena validez de contenido ya que cada ítem corresponde a un síntoma DSM-IV, validez de constructo y validez discriminante. Asimismo, se ha observado también una consistencia interna satisfactoria y buena fiabilidad test-retest, obteniendo valores comparables a otras medidas auto-informadas en entrevistas o escalas. Según los autores, el YI-4 se puede utilizar para evaluar la gravedad del trastorno o bien como guión en entrevistas para jóvenes (Gadow et al., 2002).

Mattison et al. (2003) han estudiado las propiedades psicométricas de una escala para profesores basada en criterios DSM-IV para diferentes trastornos. Se trata de la versión para profesores de la *Child Symptom Inventory-4 (CSI-4T)*; Gadow y Sprafkin, 1994, 2002). Según la información obtenida de 15 profesores de educación especial para niños con problemas emocionales y/o conductuales, las escalas presentan valores de consistencia interna entre altos y muy altos, fiabilidad test-retest buena y un acuerdo entre evaluadores en general moderado. Las escalas mostraron también validez convergente y divergente, estudiada a través de las comparaciones con diagnósticos DSM y el inventario *Teacher's Report Form (TRF)*; Achenbach, 1991c). Tal y como señalan los mismos autores, es importante enfatizar que las puntuaciones del CSI-4T no son equivalentes con los diagnósticos establecidos en el DSM-IV, ya que el cuestionario no está basado en todos los criterios diagnósticos (p.ej. edad de inicio, duración de los síntomas, deterioro social o académico, etc.). Por este motivo, los resultados del CSI-4T son orientativos pero no definitorios.

Además de estos intentos de integración de métodos de evaluación dimensional a clasificaciones categoriales, otros estudios han comparado puntuaciones de escalas dimensionales con la información obtenida en entrevistas estructuradas, informando de diferentes grados de acuerdo entre la información proporcionada por los dos métodos, lo cual indica una difícil integración de ambos sistemas (Curry y Iardi, 2000; Gould et al., 1993; Morgan y Cauce, 1999; Weinstein et al., 1990).

Achenbach y su equipo, en un intento de integrar las taxonomías empíricas y categoriales, han construido recientemente las Escalas DSM a partir de los mismos ítems que forman sus cuestionarios estandarizados para diferentes edades e informadores, todos ellos modelados sobre el *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1983). La inclusión de estas escalas permite que un mismo instrumento pueda ofrecer información de diagnósticos categoriales y de síndromes derivados empíricamente. Estas escalas son el objeto de este estudio.

1.6. EL ACHENBACH SYSTEM OF EMPIRICALLY BASED ASSESSMENT (ASEBA)

La propuesta de Achenbach, conocida por las siglas ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), ofrece una evaluación rápida y efectiva del funcionamiento adaptativo y no adaptativo en diferentes rangos de edad. Los protocolos están formados no sólo por aspectos patológicos, sino también por competencias y otros aspectos positivos adaptativos, permitiendo así un mejor conocimiento de la persona evaluada. Las respuestas solicitadas suelen ser “objetivas”, refiriéndose un buen número de ellas a acontecimientos observables, hecho que favorece la fiabilidad de la información obtenida (Achenbach y Rescorla, 2001).

Existen diferentes escalas en función de la edad del sujeto evaluado para ser contestadas por diversas fuentes (véase Tabla 4). Los autores recomiendan realizar la evaluación a partir de múltiples informadores, dado que el comportamiento observado es susceptible de variar en función del contexto y de la interacción.

A pesar de no ser difícil su administración y corrección, Achenbach y Rescorla (2001) enfatizan la importancia de que los instrumentos de evaluación psicológica sean utilizados por personas debidamente cualificadas.

Además de las escalas que figuran en la Tabla 4, el sistema ASEBA ofrece también la posibilidad de completar la evaluación a través de la entrevista y la observación. La *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents /6-18* (SCICA; McConaughy y Achenbach, 2001), diseñada para niños de 6 a 18 años, permite obtener información de áreas importantes, como son: actividades, escuela, amigos, relaciones familiares, fantasías, auto-percepciones y sentimientos. La corrección de la entrevista presenta síndromes derivados empíricamente, escalas de total de problemas, problemas exteriorizados, problemas interiorizados y las mismas Escalas DSM que forman parte del CBCL, YSR y TRF (la información facilitada por estas escalas se describe detalladamente en los siguientes capítulos).

La *Direct Observation Forms /5-14* (DOF; McConaughy, 2005) permite evaluar la conducta del niño en el ambiente en que aparece: clase, grupos de actividades y tiempo libre. La observación puede ser realizada por profesores o profesionales (en activo o en periodo de formación) entrenados para ello, los cuales describen mediante narraciones y puntuaciones la conducta problema del niño en intervalos de 10 minutos. La información recogida puede ser traducida en síndromes empíricos, total de problemas, problemas exteriorizados y problemas interiorizados.

Tabla 4. Protocolos ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2000, 2001, 2003)

EIDADES	INFORMANTES		
	Autoinforme	Padres	Maestros y cuidadores
1 ^{1/2} -5 años		Child Behavior Checklist (CBCL)	Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)
6-18 años	Youth Self-Report (YSR/11-18)	Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)	Teacher's Report Form (TRF/6-18)
		Adulto Significativo	
18-59 años	Adult Self-Report (ASR)	Adult Behavior Checklist (ABCL)	
> 60	Older Adult Self-Report (OASR)	Older Adult Behavior Checklist (OABCL)	

El *Test Observation Form /2-18* (TOF; McConaughy y Achenbach, 2004) ofrece al profesional la oportunidad de evaluar la conducta y el afecto, de manera estandarizada, durante la sesión en que se realiza la evaluación. El TOF incluye algunas de las Escalas DSM.

La investigación de ASEBA se ha centrado en la evaluación de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, produciendo más de 6500 publicaciones en todo el mundo. Las formas preescolares y las de adultos, aunque en menor grado, están experimentando también un auge importante (Bérubé y Achenbach, 2001, 2005, 2007). Muchas de estas investigaciones no hubieran sido posibles sin la traducción de los inventarios a otras lenguas distintas a la original. Actualmente, los protocolos ASEBA han sido traducidos a más de 85 idiomas (véase Tabla 5), aunque no todas las formas están disponibles en todas las lenguas.

En los capítulos siguientes aparece la descripción detallada de los protocolos para la edad escolar *Child Behavior Checklist* (CBCL/6-18) y *Youth Self-Report* (YSR/11-18) (Achenbach y Rescorla, 2001) ya que estos constituirán objeto del presente estudio. Para una revisión más detallada de los protocolos ASEBA en otros rangos de edad, el lector puede dirigirse a los manuales de aplicación de estas formas (Achenbach, 1997; Achenbach, Newhouse y Rescorla, 2004; Achenbach y Rescorla, 2000; Achenbach et al., 2003b).

Tabla 5. *Lenguas a las que se han traducido los protocolos ASEBA*

Afaan Omo (Etiopía)	Ga (Ghanian)	Pashuto (Afganistán y Paquistán)
Afrikáans	Georgiano	Polaco
Albanés	Griego	Portugués (Brasil y Portugal)
Alemán	Gujarati (India)	Portugués Criollo
Amárico (Etiopía)	Haitiano Criollo	Punjabi (India)
Armenio	Hebreo	Rumano
Árabe	Hindi	Ruso
Lenguaje por señas Australiano	Holandés	Sami (Laponés Noruego)
Bahasa (Indonesia)	Húngaro	Sepedi (Sudáfrica)
Bahasa (Malasia)	Italiano	Serbocroata
Bangla (Bangladesh)	Iraní (Farsi, Persa)	Sinhala (Sri Lanka)
Bengali	Islandés	Somalí
Bosnio	Japonés	Samoano
Brasileño Portugués	Kannada (India)	Sotho (Sudáfrica)
Búlgaro	Kiembu (Kenia)	Sueco
Camboyano	Kiswahili	Suahili
Canadiense Quebecois	Kosovar	Tágalo (Filipinas)
Catalán (España)	Laosiano	Tailandés
Checo	Latino Americano Español	Tamil (India)
Chino	Lenguaje por señas americano	Telugu (India)
Coreano	Lenguaje por señas británico	Tibetano
Croata	Letón	Turco
Danés	Lituano	Ucraniano
Esloveno	Malayalam (India)	Urdu (India/Paquistán)
Español (Castellano y Latino)	Maltés	Vietnamita
Estonio	Marathi (India)	Visayan (Filipinas)
Finlandés	Nepalí	Xhosa (Sudáfrica)
Flamenco	Noruego	Zulú
Francés (Canadiense y parisino)	Papiamento-Curacao	

1.6.1. Protocolos ASEBA para la edad escolar

Las escalas escolares de ASEBA ofrecen información de las competencias y manifestaciones psicopatológicas en la infancia y la adolescencia. El CBCL y YSR son formas paralelas de un mismo instrumento que facilitan la comparación sistemática de diferentes fuentes de información en relación al comportamiento del niño. Estas dos escalas, junto a la TRF diseñada para ser contestada por maestros, justifican el adjetivo de multiaxial a este modelo de evaluación. El diagnóstico final debe considerar la información proporcionada por 5 ejes: familia, educadores y resultados académicos, información objetiva sobre el funcionamiento, información a cerca de la integridad del sistema neuropsicológico e información relativa a las características de la personalidad, autoconcepto y comportamiento del sujeto (Achenbach y Rescorla, 2001).

Estos instrumentos se pueden utilizar con la finalidad de (Achenbach, 2001; Osa, 2004; Rescorla, 2005):

- Obtener una línea base del funcionamiento del niño, la cual puede indicar la necesidad de intervención
- Identificar problemas
- Determinar qué conducta debe evaluarse más detalladamente
- Seleccionar sujetos con un problema particular o determinados niveles de desviación en relación a la norma
- Identificar objetivos específicos de la intervención

- Evaluar los efectos de distintos tratamientos o intervenciones
- Realizar un seguimiento en el tiempo, siendo un indicador de la evolución a largo plazo

El CBCL/6-18 (Achenbach y Rescorla, 2001) ha sido modelado sobre versiones anteriores de esta misma prueba (Achenbach, 1991b; Achenbach y Edelbrock, 1983), para ser contestado por los padres u otros cuidadores del niño que puedan observar su comportamiento en un contexto familiar. Consta de 120 ítems que evalúan problemas conductuales, emocionales y sociales mediante una escala de 3 puntos (0-No es cierto, 1-Algunas veces cierto, 2-Cierto muy a menudo). Asimismo, el protocolo también recoge información demográfica, posibles enfermedades y/o discapacidades del niño, preocupaciones, aspectos positivos y la evaluación de sus competencias en las áreas social, escolar y en otras actividades. La información recogida se refiere a los últimos 6 meses.

El YSR/11-18 (Achenbach y Rescorla, 2001) está también precedido por versiones anteriores (Achenbach, 1991b; Achenbach y Edelbrock, 1987). El rango de edad para su aplicación es más restrictivo, de 11 a 18 años. Mediante esta escala, el niño o adolescente contesta a los mismos ítems que forman parte del CBCL (105 ítems procedentes del CBCL y 14 ítems de deseabilidad social). En el instrumento figura también un apartado para la información demográfica y la evaluación de 2 de las 3 escalas de competencias que aparecen en el CBCL: competencias en el área social y en el área de actividades.

En uno de los últimos trabajos, los autores proponen incluir en el autoinforme nuevas escalas bajo el nombre de problemas obsesivo-compulsivos, problemas por estrés post-traumático, tempo cognitivo lento (no incluida en el YSR) y cualidades positivas (escala compuesta por los 14 ítems de deseabilidad social del YSR) (Achenbach y Rescorla, 2007; Achenbach et al., 2008). Estos síndromes no cuentan todavía con estudios psicométricos.

Por tratarse de una prueba de evaluación elaborada desde el enfoque psicométrico-dimensional, los diferentes ítems han sido sometidos a análisis de componentes principales a fin de identificar grupos de problemas que tienden a co-existir. Los ocho síndromes resultantes son: ansiedad / depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva. Análisis factoriales de segundo orden sobre los ocho síndromes ponen de manifiesto dos agrupaciones que diferencian entre trastornos interiorizados y trastornos exteriorizados, tal y como puede observarse en la Figura 3.

Estos síndromes son “cross-informant”, es decir, son comunes a las 3 versiones aplicables a la edad escolar utilizando diferentes fuentes de información. Para su interpretación, los autores han derivado de una muestra normal percentiles y puntuaciones tipo T que ayudan a establecer los límites entre la normalidad, las conductas límites y la patología. La baremación de las pruebas está en función del sexo en las versiones para padres e hijos, y también de la edad en el caso del CBCL.

Existen en la literatura numerosas publicaciones que han estudiado las propiedades psicométricas de los protocolos ASEBA en cada una de sus versiones desde la publicación del primer protocolo de evaluación en 1978 (Achenbach, 1978).

Por lo que refiere a la fiabilidad, todas las escalas de síndromes han presentado valores alfa altos al ser aplicados en muestras americanas, apoyando así su consistencia interna. Estudios realizados en otras sociedades presentan valores similares (Ivanova, Dobrean et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bathiche et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bilenberg et al., 2007). La fiabilidad test-retest ha sido muy alta en las investigaciones realizadas por los propios autores, siendo ligeramente inferiores en el YSR. Estudios recientes en otros contextos culturales sustentan los mismos resultados, a pesar de encontrar valores ligeramente inferiores (Leung et al., 2006). Las correlaciones observadas al estudiar el acuerdo entre informadores concuerdan con los datos observados en estudios similares en que se utiliza como fuente de información a niños y adolescentes y sus padres (Achenbach y Rescorla, 2001).

Numerosos estudios han demostrado la presencia de asociaciones importantes entre los diagnósticos DSM y las puntuaciones en las escalas de síndromes derivadas empíricamente (Arend et al., 1996; Edelbrock y Costello, 1988; Kasius et al., 1997; Kazdin y Heidish, 1984; Keenan y Wakschlag, 2000).

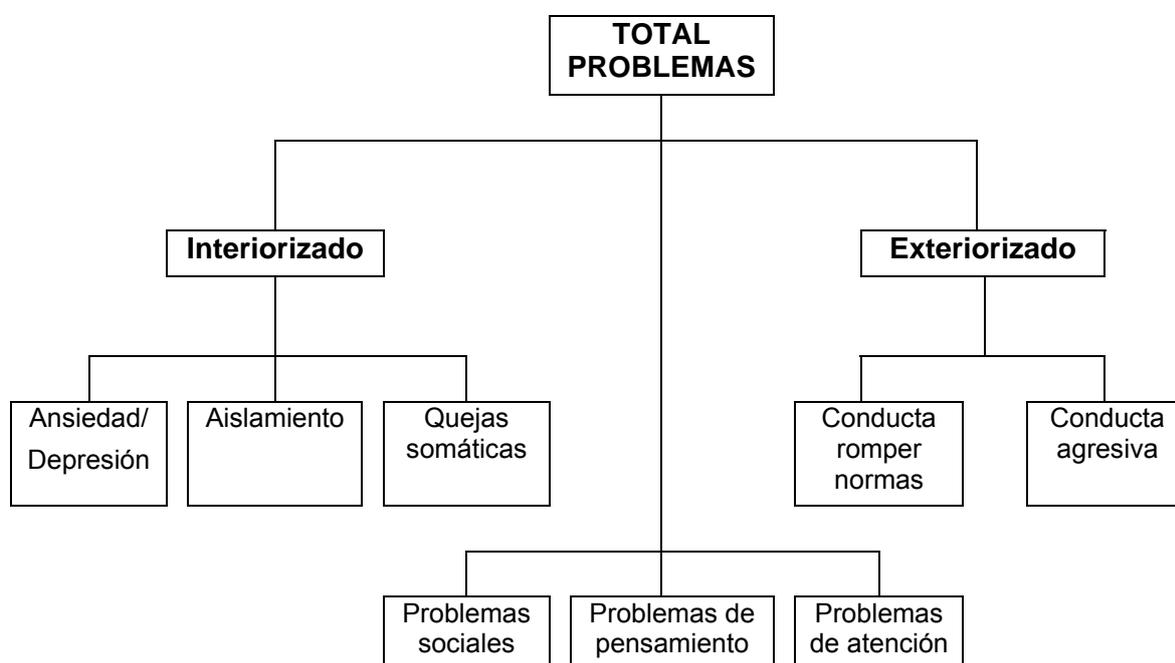


Figura 3. Síndromes Empíricos basados en las escalas administradas a múltiples informadores

La validez de contenido de las escalas de competencias y las escalas de síndromes empíricos está fundamentada por cuatro décadas de investigación, en la que los resultados de los distintos estudios han contribuido con su feedback a la mejora en cada una de sus versiones. Todos los ítems han demostrado su poder discriminante ante niños que asisten a servicios de salud mental y niños que no solicitan atención, en diversas sociedades (Achenbach y Rescorla, 2001; Bilenberg, 1999; Fombonne, 1992; Montenegro, 1983; Verhulst, Prince, Vervuurt-Poot y de Jong, 1989).

Estudios mediante regresiones múltiples, análisis de covarianzas, odds ratios y otros tipos de análisis presentan puntuaciones significativamente más elevadas para muestras clínicas que para muestras procedentes de la población general. Estas evidencias a favor de la validez de criterio se han observado en las muestras de baremación utilizadas por los autores (Achenbach, 1991b; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007), y de modo similar en otros contextos culturales (Bilenberg, 1999; Helstelä, Sourander y Bergroth, 2001; Kazdin y Heidish, 1984; Montenegro, 1983; Rey y Morris-Yates, 1992; Schmeck et al., 2001; Seneratna, Perera y Fonseca, 2008; Verhulst, Akkerhuis y Althaus, 1985; Verhulst et al., 1989). Estos resultados sugieren las directrices para establecer puntos de corte en las diferentes escalas (Achenbach y Rescorla, 2001).

La validez de constructo ha sido sustentada por la relación entre las escalas de síndromes con otras medidas análogas. Uno de los indicadores más utilizados han sido los criterios DSM por el hecho de ser la nosología más extendida (Achenbach y Rescorla, 2001; Derks et al., 2006; Kasius et al., 1997; Krol, de Bruyn, van Aarle y van de Bercken, 2001; Morgan y Cauce, 1999; Van Lang, Ferdinand, Oldehinkel, Ormel y Verhulst, 2005). En la interpretación de los diferentes resultados, debe contemplarse que la intensidad de las relaciones entre las escalas dimensionales y los diagnósticos categoriales varía en función de determinados factores como: los procedimientos utilizados para realizar el diagnóstico, las características de la muestra estudiada, la orientación del clínico y su entrenamiento y los métodos de análisis utilizados (Achenbach y Rescorla, 2001). El estudio de la relación con otros instrumentos dimensionales, como las *Conners' Rating Scales-Revised* (Conners, 1997) y la *Behavior Assessment System for Children* (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992) han aportado también evidencia a la validez de constructo (Achenbach y Rescorla, 2001).

Recientemente, ha sido constatada la presencia de los 8 síndromes empíricos propuestos por ASEBA en diferentes sociedades (Ivanova, Dobrean et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bathiche et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bilenberg et al., 2007). Para ello, se ha contado con datos del CBCL recogidos en 30 sociedades distintas, YSRs de 23 y TRFs de 20 contextos culturales (véase Tabla 6). En el caso del CBCL, han sido analizados los datos de 58051 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 6 y 18 años. Todos ellos contestaron la versión del CBCL de 1991, exceptuando los provenientes de Irán, Lituania y Rumania que contestaron la de 2001. En los análisis factoriales se utilizaron los 96 ítems comunes a ambas versiones, asignando cada ítem a un único factor. El modelo resultante convergió en las 30 sociedades. En 24 de ellas, los 96 ítems estudiados presentaron valores significativos en los factores predecidos. La muestra procedente de Etiopía fue la que obtuvo un peor ajuste (Ivanova, Dobrean et al., 2007).

El análisis factorial confirmatorio de los síndromes del YSR se realizó sobre 30243 jóvenes de entre 11 y 18 años. La mayoría de participantes contestaron la

versión del YSR de 1991, mientras que los jóvenes de Irán, Lituania y Rumania respondieron el YSR de 2001. En los análisis se incluyeron 89 ítems tras excluir de los iniciales 105 ítems de problemas: 6 ítems incorporados en la versión de 2001, 9 ítems sin relevancia en ningún síndrome, y un ítem abierto para valorar la presencia de problemas físicos. El modelo de 8 síndromes se ajustó a los datos obtenidos en los diferentes contextos culturales. En 19 sociedades, los 89 ítems pesaron significativamente en los factores esperados. El tamaño permitió realizar análisis en función del sexo en 16 submuestras, y en función de la edad (11-14 y 15-18 años) en 14 sociedades. El análisis factorial confirmatorio correlación también con los 8 síndromes (Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bilenberg et al., 2007).

Tabla 6. Muestras utilizadas para análisis multiculturales de los síndromes empíricos obtenidos en el CBCL, YSR y TRF (Ivanova, Dobrean et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bathiche et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bilenberg et al., 2007)

CBCL			YSR			TRF		
Sociedad	Referencia	N	Sociedad	Referencia	N	Sociedad	Referencia	N
Alemania	Döpfner et al. (1997)	2477	Alemania	Döpfner et al. (1997)	1793	-	-	-
Australia	Sawyer et al. (2000)	3243	Australia	Sawyer et al. (2001)	1275	Australia	Zubrick et al. (1997)	1697
Bélgica	Hellinckx et al. (1994)	1102	-	-	-	-	-	-
China	Liu et al. (1999)	4858	-	-	-	China	Liu et al. (2000)	4857
Dinamarca	Bilenberg (1999)	628	Dinamarca	Bilenberg (1999)	389	Dinamarca	Bilenberg (1999)	599
-	-	-	España	Abad et al. (2002)	1337	-	-	-
Etiopía	Mulatu (1997)	677	Etiopía	Mulatu (1997)	674	-	-	-
Finlandia	Weintraub (2004)	2093	Finlandia	Weintraub (2004)	827	Finlandia	Weintraub (2004)	1695
Francia	Fombonne y Vermeersch (1997)	2133	-	-	-	Francia	Fombonne y Vermeersch (1997)	493
Grecia	Roussos et al. (1999)	1220	Grecia	Roussos et al. (2001)	1435	Grecia	Roussos et al. (1999)	1179
Hong Kong	Leung et al. (2006)	2276	Hong Kong	Leung et al. (2006)	1593	Hong Kong	Leung et al. (2006)	1993
Irán	Minaei (2005)	1424	Irán	Minaei (2005)	815	Irán	Minaei (2005)	1025
Islandia	Hannesdottir y Einarsdottir (1995)	817	Islandia	Hannesdottir y Einarsdottir (1995)	579	-	-	-
Israel	Zilber et al. (1994)	1172	Israel	Zilber et al. (1994)	614	-	-	-
Italia	Frigerio et al. (2004)	1254	-	-	-	Italia	Frigerio et al. (2004)	1022
Jamaica	Lambert y Lyubansky (1999)	776	Jamaica	Lambert et al. (1998)	468	Jamaica	Lambert y Lyubansky (1999)	615
Japón	Itani et al. (2001)	4720	Japón	Kuramoto et al. (2002)	2542	Japón	Kanbayashi (2000)	2559
Korea	Oh et al. (1997)	3472	Korea	Oh et al. (1997)	3211	-	-	-
-	-	-	-	-	-	Libano	Bathiche (2005)	1504
Lituania	Zukauskiene et al. (2003)	3443	Lituania	Zukauskiene et al. (2003)	2622	Lituania	Zukauskiene y Kajokiene (2004)	2601
Noruega	Novik (1999)	949	Noruega	Novik (1999)	434	-	-	-
Paises Bajos	Verhulst et al. (1996)	1932	Paises Bajos	Verhulst et al. (1997)	1097	Paises Bajos	Verhulst, Van der Ende, Ferdinand y Kasius (1997)	1239
Polonia	Wolanczyk (2003)	3019	Polonia	Wolanczyk (2003)	2176	Polonia	Wolanczyk (2003)	2133
Portugal	Fonseca et al. (1995)	1375	-	-	-	Portugal	Fonseca et al. (1995)	1373
Puerto Rico	Achenbach et al. (1990)	635	Puerto Rico	Achenbach et al. (1990)	301	Puerto Rico	Achenbach et al. (1990)	565
Rumanía	Domuta (2004)	1077	Rumanía	Domuta (2004)	502	Rumanía	Domuta (2004)	922
Rusia	Hellinckx et al. (2000)	1998	-	-	-	-	-	-
Suecia	Larsson y Frisk (1999)	1354	Suecia	Broberg et al. (2001)	2248	-	-	-
Suiza	Steinhausen et al. (1997)	2073	Suiza	Steinhausen et al. (1997)	1144	-	-	-
Tailandia	Weisz et al. (1993), Weisz et al. (1987)	768	-	-	-	Tailandia	Weisz et al. (1989)	359
Taiwán	Yang et al. (2000)	854	-	-	-	-	-	-
-	-	-	Turquia	Erol y Simsek (1997)	216	Turquia	Erol y Simsek (1997)	1600
TOTAL:		58051	TOTAL:		30243	TOTAL:		30030

La generalización de los síndromes del TRF se comprobó sobre la información de 30030 estudiantes de 6 a 15 años. Se excluyeron los jóvenes de más de 15 años, dado que en muchos países la edad de escolarización obligatoria finaliza a los 16 años. Irán, Lituania y Rumania utilizaron la versión de 2001 del inventario, mientras que las 17 sociedades restantes aplicaron la de 1991. Para los análisis se utilizaron 109 ítems, después de eliminar 3 ítems que difieren en las dos versiones y 2 ítems abiertos. La estructura de 7 síndromes y el modelo jerárquico propuesto en los problemas de atención se ajustó a los modelos estudiados separadamente en las 20 sociedades (Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bathiche et al., 2007).

Estos trabajos demuestran la generalización de los síndromes empíricos de ASEBA a diferentes contextos culturales que difieren en lengua, religión, étnia, política, educación, sistema de salud mental y prácticas educativas. Disponer de una taxonomía transcultural puede facilitar el progreso de la clínica y la investigación a nivel internacional. A pesar de ello, tal y como comentan los propios autores, estos resultados no implican la existencia de un modelo de psicopatología infantil universal y exhaustivo. En diferentes regiones del mundo pueden ser relevantes otros problemas no evaluados en el CBCL, YSR y TRF (Ivanova, Dobrean et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bathiche et al., 2007, Ivanova, Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bilenberg et al., 2007).

Estudios genéticos, bioquímicos, así como estudios de predicción de pronóstico a largo plazo sustentan también la validez de las escalas de síndromes (Arsenault et al., 2003; Hanna, Yuwiler y Coates, 1995; Hofstra, van der Ende y Verhulst, 2002).

Tras comprobar que la estructura factorial del CBCL, YSR y TRF se confirma en entornos culturales distintos (Achenbach y Rescorla, 2006b), Achenbach y Rescorla (2007) proponen la utilización de normas multiculturales. Desde 2007, es posible utilizar puntuaciones multiculturales en 37 sociedades (véase Tabla 7). Estas normas suponen la utilización de diferentes baremos derivados de muestras normativas en diferentes sociedades: **Grupo 1**, para las sociedades en que la prevalencia de problemas es relativamente baja, **Grupo 2**, para prevalencias medianas y **Grupo 3**, en caso de prevalencias elevadas. Para aquellas sociedades en las que no se dispone de normas multiculturales se sugiere la utilización de las normas estándar ASEBA, que consideran el Grupo 2, o la elección del grupo cultural que el clínico considere relevante para el caso. En aquellos niños en los que pueda ser aplicado más de un baremo (p.ej. refugiados o inmigrantes) es posible visualizar las puntuaciones valoradas en diferentes grupos normativos (véase Figura 4. Comparación Multicultural de puntuaciones en diferentes Sociedades).

Tabla 7. Sociedades incluidas en las puntuaciones multiculturales
(Achenbach y Rescorla, 2007)

Sociedad	CBCL/6-18	TRF	YSR	YSR-PQ ²
Normas estándar ASEBA ¹	2	2	2	2
Alemania	1	NA	1	2
Algeria	2	2	2	2
Australia	3	NA	NA	NA
Bélgica	2	NA	NA	NA
China	1	1	NA	NA
Corea del Sur	2	NA	2	1
Croacia	2	2	2	3
Dinamarca	2	2	2	2
EEUU	2	2	2	3
España	NA	NA	3	2
Etiopía	3	NA	2	1
Finlandia	2	1	1	2
Francia	2	2	NA	NA
Grecia	2	2	3	3
Hong Kong	2	2	3	1
India (Telegu)	NA	NA	3	3
Irán	2	2	2	2
Islandia	1	NA	2	2
Israel	2	NA	2	2
Italia	2	2	3	2
Jamaica	2	3	2	2
Japón	1	1	2	1
Líbano	NA	2	NA	NA
Lituania	2	2	2	2
Noruega	1	NA	1	3
Países Bajos	2	2	2	2
Polonia	2	2	2	2
Portugal	3	2	NA	NA
Puerto Rico	3	3	2	2
Rumanía	2	2	2	2
Rusia	2	NA	NA	NA
Singapur	2	1	NA	NA
Suecia	1	NA	2	2
Suiza	2	NA	2	2
Tailandia	2	3	NA	NA
Taiwán	2	2	NA	NA
Turquía	2	3	2	2

NA = Muestra normativa no disponible

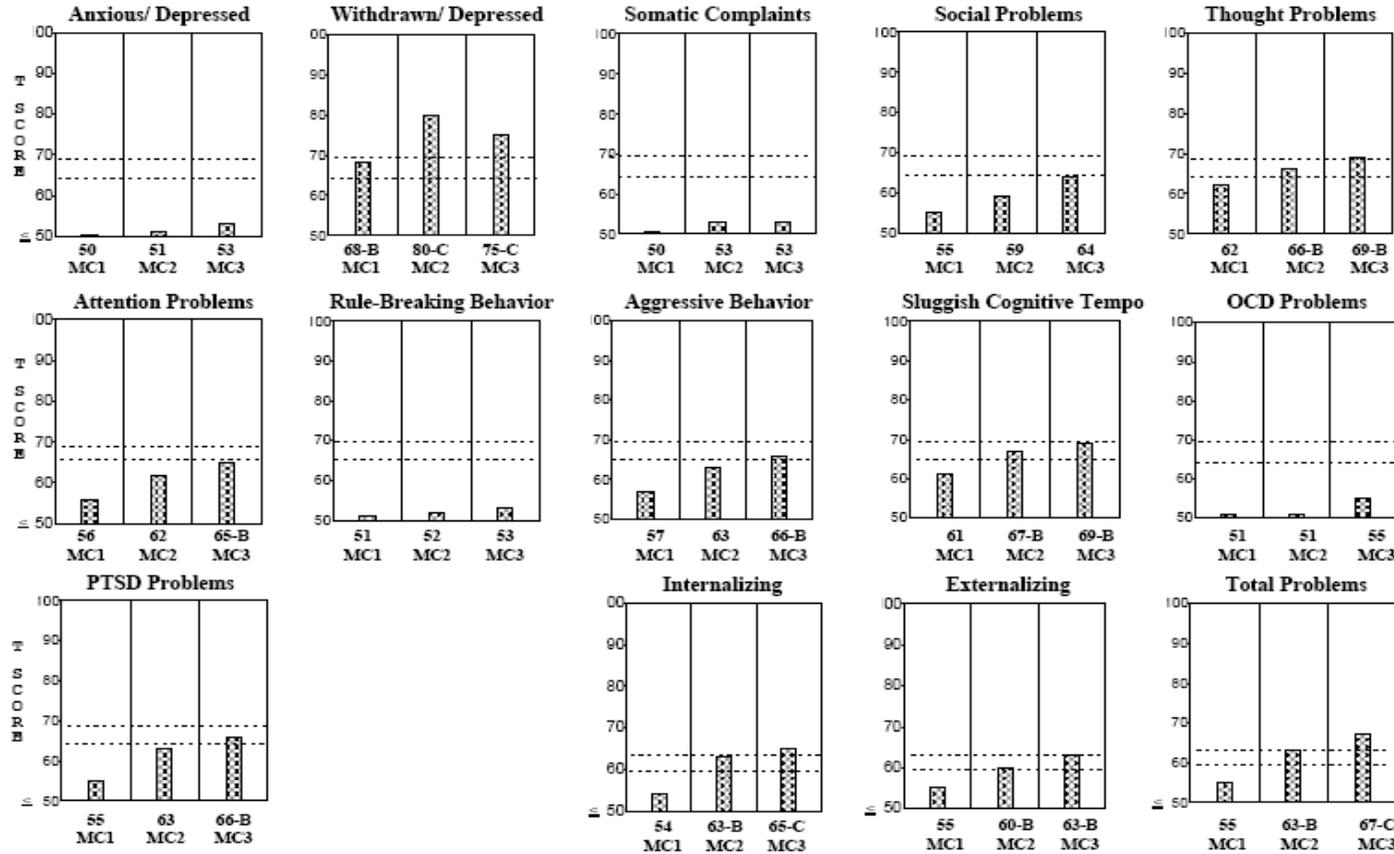
¹Normas estándar ASEBA: baremos a utilizar en caso de no disponer normas para la sociedad estudiada

²PQ: Escala de Cualidades Positivas

Multicultural Comparison of T-Scores for Different Societies - CBCL/6-18 Scales

ID: 200105
 Name: Catherine A. Holcomb
 Gender: Female
 Birth Date: 06/16/89

Code	Society	Form Code, Society, Form Information				Relationship	Date
		Eval ID	Age	Informant Name			
MC1	Algeria	002	11	J. Holcomb	Biological Mother	12/04/00	
MC2	United States						
MC3	China						



Depending on your choice of societies, the displayed T scores may be identical or different. For more information on the use of multicultural normative groups for assigning T scores, please refer to the *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*, (Chapter 5), available for purchase from www.aseba.org.

Legend :
 B = Borderline clinical range
 C = Clinical range
 nc = not calculated due to insufficient data
 Broken lines = borderline clinical range

Copyright 2007 T.M. Achenbach
 ASEBA, University of Vermont

Figura 4. Comparación Multicultural de puntuaciones en diferentes Sociedades

Actualmente, no existen baremos en la población española para todos los protocolos ASEBA. Del Barrio y Cerezo (1990a) intentaron establecer baremos en nuestro país para una de las primeras versiones del CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983), pero su iniciativa no ha tenido continuidad. En su estudio, partiendo de los datos obtenidos en una muestra de 225 niños varones procedentes de centros públicos de asistencia psicológica y psiquiátrica, establecieron baremos para dos rangos de edad: de 6 a 7 años y de 8 a 11 años. La comparación de estos datos con una muestra análoga de 289 niños procedentes de la población general constató una capacidad de discriminación alta del CBCL entre grupos de niños, probando así la validez criterial de la prueba Del Barrio y Cerezo (1990b).

Las propiedades psicométricas de algunos de los instrumentos (especialmente del YSR) han sido estudiadas en diversas investigaciones. La fiabilidad test-retest del YSR ha sido sustentada por diversos estudios realizados en nuestro país (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992b). La consistencia interna ha sido también estudiada obteniendo resultados satisfactorios (Lemos et al., 1992b; Abad, 1998). Abad, Forn, Amador y Martorell (2000) han estudiado la validez y fiabilidad del YSR a partir de la versión española de Lemos en una muestra de 342 adolescentes de Barcelona. Como prueba de contraste se ha utilizado el Cuestionario de Análisis Clínico de Krug (CAQ; Krug, 1994). Sus resultados indican que, en el YSR, la consistencia interna es más homogénea y elevada para los síndromes de internalización y externalización que para los de banda estrecha.

Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992a) después de replicar la estructura factorial del YSR (Achenbach, 1991b) en una muestra de 1564 adolescentes españoles procedentes de la población general, han derivado los siguientes síndromes centrales: ansiedad / depresión, quejas somáticas, conducta delictiva, problemas de pensamiento, conducta agresiva, problema de relación y conductas de búsqueda de atención. A pesar de que Achenbach utilizara una muestra clínica para derivar los síndromes y las diferencias socioculturales entre la población americana y la española, las escalas resultantes son similares en ambas muestras. La diferenciación entre síndromes interiorizados y exteriorizados es también semejante en los dos casos.

También en esta investigación, a fin de evaluar la validez de los síndromes empíricos, se ha estudiado la relación entre el YSR y otros constructos psicológicos evaluados en el EPQ-J (Eysenck y Eysenck, 1978). Según los autores, el YSR destaca por ser un procedimiento taxonómico válido y útil (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992c).

En la última publicación de este equipo (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002) han abordado de nuevo el estudio de la estructura factorial del YSR en una muestra de 2833 adolescentes, mayor a la utilizada en 1992. En esta ocasión el análisis en componentes principales ha resultado en los siguientes síndromes: depresión, agresividad verbal, conducta delictiva, problemas de pensamiento, quejas somáticas, problemas de relación social (aislamiento), búsqueda de atención y conducta fóbico-ansiosa. Recientemente, Sandoval, Lemos y Vallejo (2006) han presentado puntos de corte en nuestro país para estos síndromes y para las escalas de competencias, diferenciados para cada sexo.

Sardinero, Pedreira y Muñiz (1997) en una investigación realizada en una muestra de 235 niños y niñas de edades comprendidas entre los 6 y 11 años que consultaban en Servicios de Atención Primaria Pediátrica, aseguran que el CBCL es

una escala válida y fiable, susceptible de ser utilizada como cribado. Sus hallazgos sustentan una alta especificidad de la prueba a costa de una baja sensibilidad.

Las formas escolares de ASEBA han sido también utilizadas para la realización de estudios epidemiológicos en nuestro país (Abad, Forns y Gómez, 2002; Esparó, Canals, Torrente, Fernández, 2004; Fuentes, Fernández y Bernedo, 2004; García, 2004; Lemos et al., 1992b; Tizón et al., 2004; Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas, 2006, 2007).

Para una revisión más exhaustiva de los numerosos estudios realizados con los protocolos ASEBA el lector puede dirigirse a Bérubé y Achenbach (2001, 2005, 2007, 2008).

1.6.1.1. Las Escalas DSM en el CBCL y el YSR

Los protocolos de Achenbach ofrecen descripciones estandarizadas del funcionamiento, derivadas de análisis estadísticos que reflejan patrones de co-ocurrencia entre distintos síntomas. Así pues, la información que facilitan no corresponde, en principio, a un diagnóstico formal como, por ejemplo, el DSM. En un intento de aproximar el modelo dimensional y el categorial en una única estrategia de evaluación, la última versión de las formas escolares de ASEBA incorpora como novedad las Escalas DSM (Achenbach y Rescorla, 2001).

Las Escalas DSM son fruto de una elaboración “Top-down”, es decir, partiendo de la formulación de categorías diagnósticas propuestas por el DSM, se han seleccionado los ítems que podían evaluar cada trastorno. Para ello, 22 profesionales expertos en el ámbito de la salud mental infantil procedentes de 16 culturas diferentes, juzgaron el grado en que cada ítem del CBCL, YSR y TRF era consistente (poco consistente, algo consistente y muy consistente) con las categorías DSM. Inicialmente, Achenbach y Rescorla (2001) destacaron las siguientes categorías diagnósticas susceptibles de ser evaluados con sus formas escolares: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tipo hiperactivo impulsivo e inatento; personalidad evitativa; trastorno de conducta, distimia, trastorno de ansiedad generalizada; depresión mayor; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno negativista desafiante, trastorno por ansiedad de separación; trastorno por somatización; trastorno somatomorfo; y fobias específicas. Más adelante, teniendo presentes los resultados obtenidos en las investigaciones de edades más tempranas (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2001) y considerando las similitudes entre criterios diagnósticos de determinados trastornos, combinaron las categorías diagnósticas en las siguientes: distimia y depresión mayor como parte de una única categoría llamada trastornos afectivos; trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por ansiedad de separación y fobias específicas contemplado en trastornos de ansiedad; y somatización y trastornos somatomorfos como parte de la categoría trastornos somáticos.

Los ítems considerados muy consistentes por al menos 14 de los 22 expertos se incluyeron en las Escalas DSM. El trastorno obsesivo-compulsivo y la personalidad evitativa fueron excluidos de las escalas definitivas por definirse mediante pocos ítems (3 y 4, respectivamente). Las Escalas DSM fruto de este proceso de construcción racional son: problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos, problemas de atención / hiperactividad, problemas por oposición desafiante y problemas de conducta. En la Tabla 8 se pueden observar las diferentes Escalas DSM y los ítems que forman parte de cada una de ellas.

La puntuación directa de cada Escala DSM se obtiene mediante la suma de puntuaciones 0-1-2 otorgadas a cada ítem, del mismo modo que en los síndromes empíricos. Estas puntuaciones se convierten, asimismo, en puntuaciones T en función del sexo y la edad en el caso del CBCL (6-11 y 12-18). Los perfiles resultantes de la corrección de la escala presentan, al igual que los perfiles basados en los síndromes empíricos, dos líneas que delimitan el rango normal del límite y patológico (véase Figura 5. *Perfil CBCL de las Escalas DSM para niños de 6 a 11 años*).

Es importante destacar que una puntuación en el rango clínico de una Escala DSM no equivale a la presencia de un diagnóstico DSM por las siguientes razones (Achenbach y Rescorla, 2001):

- Los ítems del CBCL, YSR y TRF que forman parte de las diferentes Escalas DSM no equivalen exactamente a los criterios que figuran en cada trastorno DSM.
- Los ítems de las diferentes Escalas DSM no aportan información de la edad de inicio del trastorno o duración de la psicopatología, información necesaria para el diagnóstico de trastornos DSM.
- La evaluación de las Escalas DSM se realiza de manera cuantitativa (0-1-2), ofreciendo como resultado información dimensional, no de presencia/ausencia de problemas como ocurre en el caso de los trastornos DSM.
- El DSM establece los mismos criterios diagnósticos para los dos sexos, distintas edades e indistintamente de la fuente de información consultada. Las Escalas DSM, en cambio, establecen distintos baremos en función de la edad, sexo y fuente de información.

Tabla 8. Ítems del CBCL/6-18, TRF y YSR evaluados como muy consistentes con las categorías DSM-IV (Achenbach et al., 2001)

ESCALAS DSM					
Problemas Afectivos	Problemas de Ansiedad	Problemas Somáticos	Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	Problemas por Oposición Desafiante	Problemas de Conducta
5.No disfruta	11.Dependiente	56a.Dolores o molestias	4.No termina ^l	3.Discute	15.Cruel con animales ^c
14.Llora	29.Miedos	56b.Dolor de cabeza	8.No se concentra ^l	15.Desafia ^{b, d}	16.Agresivo
18.Autolisis	30.Miedo a la escuela	56c.Nauseas	10.Hiperactivo ^{H-I}	22.Desobedece en casa ^c	21.Rompe cosas de otros
24.No come bien ^c	45.Ansioso	56d.Problemas ojos	15.Inquieto ^{H-I}	23.Desobedece en la escuela	26.No culpable
35.Complejo inferioridad	50.Ansioso / miedoso	56e.Problemas piel	22.Dificultad con la autoridad ^{b, d, l}	86.Tozudo	28.Se salta normas
52.Se siente culpable	112.Se preocupa	56f.Dolor estómago	24.Molesta a otros ^{b, d, H-I}	95.Rabietas	37.Peleas
54.Se cansa		56g.Vómitos	41.Impulsivo ^{H-I}		39.Amigos conflictivos
60.Apático ^{b, d}			53.Habla sin tener la palabra ^{b, d, H-I}		43.Mentiroso
76.Duerme menos que otros niños ^c			67.Interrumpe en clase ^{b, d, H-I}		57.Agresión física
77.Duerme más que otros niños ^c			78.Desatento ^l		67.Fugas de casa ^c
91.Se quiere matar			93.Habla demasiado ^{H-I}		72.Prende fuegos ^c
100.No duerme bien ^c			100.No termina las tareas ^{b, d, l}		73.Se comporta irresponsablemente ^{b, c}
102.Poco activo			104.Muy ruidoso		81.Roba en casa ^c
103.Triste					82.Roba fuera de casa
					90.Grosero/tacos
					97.Amenaza a otros
					101.Hace novillos
					106.Vandalismo ^c

^a Aparecen en la tabla los ítems con la numeración que figura en el CBCL/6-18, TRF y YSR

^b No figura en el CBCL

^c No figura en el TRF

^d No figura en el YSR

^{H-I} Sub-escala Hiperactividad-Impulsividad del TRF

^l Sub-escala Inatención del TRF

CBCL/6-18 - DSM-Oriented Scales for Boys 6-11

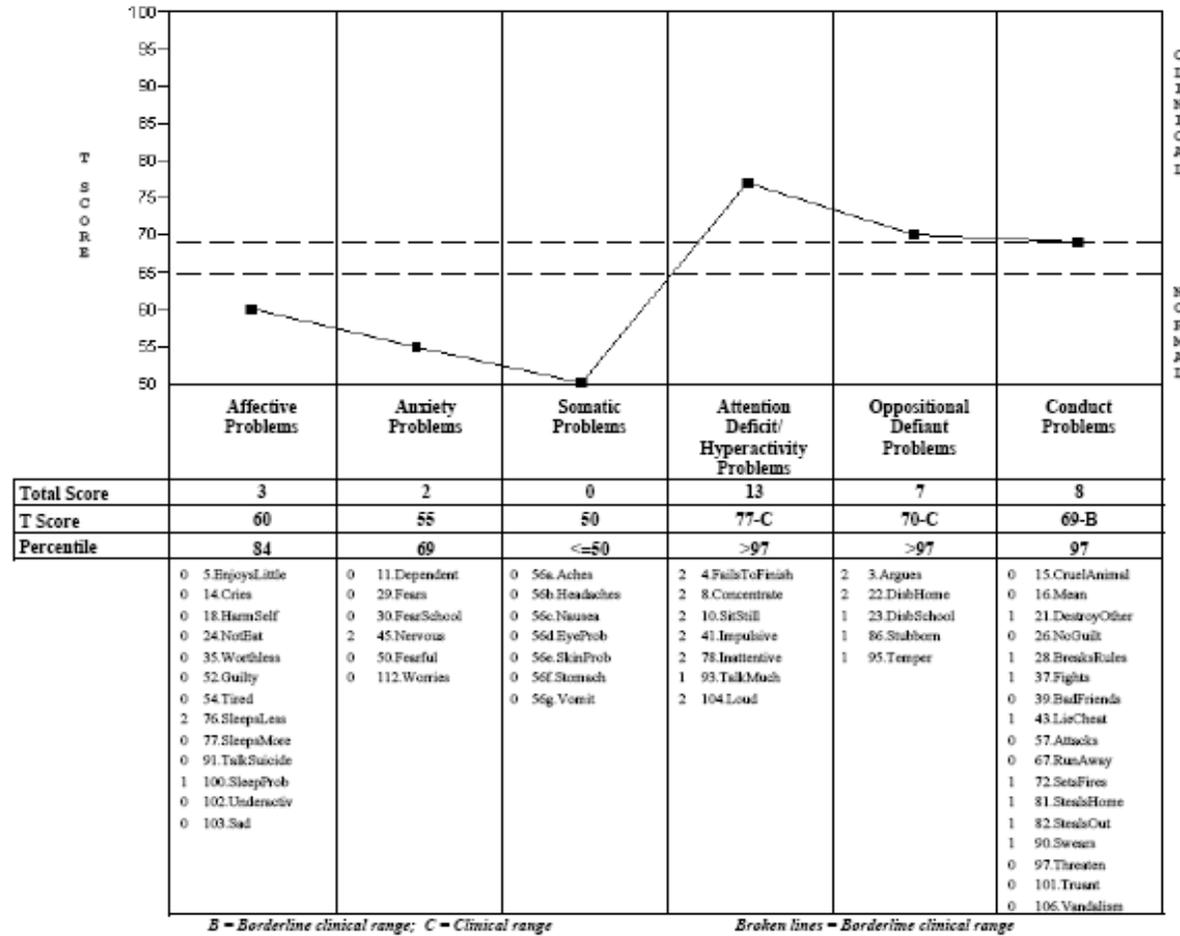
ID: 0001-1
Name: Jac - -

Gender: Male
Age: 8

Date Filled: 04/02/2001
Birth Date: 10/15/1992

Clinician:
Agency:

Informant: Carme
Relationship: Biological Mother



Copyright 2001
T.M. Achenbach

Figura 5. Perfil CBCL de las Escalas DSM para niños de 6 a 11 años

A pesar de la no equivalencia diagnóstica, las Escalas DSM pueden sugerir la presencia de un diagnóstico específico que debe considerarse en cada caso. Se trata de dimensiones que ofrecen la posibilidad de cuantificar y normalizar, de manera estandarizada, problemas que aparecen en el DSM. Obtener puntuaciones altas en múltiples Escalas DSM puede sugerir la presencia de comorbilidad y facilitar el estudio de relaciones entre diferentes tipos de problemas que se asocian menos comúnmente. A la vez, el estudio de la asociación entre las Escalas DSM y los síndromes empíricos propuestos por el mismo instrumento puede facilitar la detección de aquellos niños y adolescentes que no cumplen los criterios para ser diagnosticados de determinados trastornos, pero sí pueden necesitar ayuda para solucionar sus problemas. La cuantificación de trastornos tradicionalmente diagnosticados de manera categorial facilita la evaluación de la gravedad. Además su utilización permite evaluar intervenciones, aún cuando el diagnóstico DSM continúa presente (Achenbach, 2001, Rescorla, 2005).

Es posible realizar la comparación entre las Escalas DSM y las escalas de síndromes derivadas empíricamente de la misma prueba, teniendo en cuenta que todas parten del mismo banco de ítems y están normalizadas con la misma muestra normativa. Los puntos de corte en todas las escalas permiten categorizar a las conductas o emociones como normales, límite o clínicas (Achenbach y Rescorla, 2001).

El estudio de las propiedades psicométricas de las Escalas DSM ha sido llevado a cabo, principalmente, por el mismo equipo que las ha ideado. En cuanto a la fiabilidad, las Escalas DSM presentan una buena consistencia interna, con valores alfa que oscilan de 0.72 a 0.91 en el CBCL, y de 0.67 a 0.83 en el YSR. Los valores de fiabilidad test-retest observados son ligeramente inferiores a los obtenidos en las escalas empíricas. Las correlaciones en las Escalas DSM entre diferentes informadores son significativas, exceptuando el valor observado fruto de la correlación entre la información del adolescente y su profesor en la escala de quejas somáticas (0.05). El acuerdo entre padres e hijos en las diferentes Escalas DSM oscila entre 0.39 y 0.48. Se ha observado la tendencia a que las madres puntúen más alto que los padres, tanto en las dimensiones de síndromes como en las Escalas DSM (Achenbach y Rescorla, 2001).

La validez de criterio de las Escalas DSM es buena, observándose una ligera disminución en el caso del YRS respecto al CBCL, de igual modo que ocurre al estudiar la validez de los síndromes empíricos. La validez de constructo de las Escalas DSM se sustenta también a través de las correlaciones entre moderadas y altas con otras medidas de psicopatología (Véase Tabla 9. Estudio psicométrico de las Escalas DSM del CBCL y YSR).

Tabla 9. Estudio psicométrico de las Escalas DSM del CBCL y YSR
(Achenbach y Rescorla, 2001)

	FIABILIDAD					VALIDEZ	
	Consistencia Interna		Fiabilidad Test-Retest ¹		Acuerdo entre informadores	DSM-IV Checklist ^b	Diagnóstico ^c
	Valores Alfa		<i>r</i>		<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
	CBCL	YSR	CBCL	YSR	CBCL x YSR	CBCL	CBCL
Escalas DSM							
Problemas Afectivos	0.82	0.81	0.84	0.80	0.48	0.63	0.39
Problemas de Ansiedad	0.72	0.67	0.80	0.68	0.39	0.43	0.45
Problemas Somáticos	0.75	0.75	0.90	0.69	0.39	-	-
Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	0.84	0.77	0.93	0.86	0.46	0.80	0.60
Problemas por Oposición Desafiante	0.86	0.70	0.85	0.85	0.48	0.60	0.47
Problemas de Conducta	0.91	0.83	0.93	0.82	0.46	0.61	0.34

¹ Media del intervalo test-retest = 8 días

^b CBCL vs DSM-IV Checklist (Hudziak, 1998) administrada en formato entrevista

^c CBCL vs diagnósticos basados en evaluaciones clínicas

Hasta el momento, pocos han sido los que han pretendido estudiar las Escalas DSM (véase Tabla 10. Estudios sobre las propiedades psicométricas de las Escalas DSM de ASEBA). La mayor parte de las investigaciones han utilizado muestras clínicas. Mientras que la mayoría analizan las características de las 6 Escalas DSM, otras tan solo lo hacen de algunas de ellas, como es el caso de Ferdinand (2008) y Van Lang et al. (2005) que estudian únicamente las propiedades de las Escalas DSM Problemas Ansiedad y Problemas Afectivos; o Aebi, Metzke y Steinhausen (2009) y Dingle et al. (2009) que estudian solo ésta última escala. Estos cuatro trabajos demuestran el poder predictivo de la Escala DSM Problemas Afectivos, a pesar de que Dingle et al. (2009) sustentan que la información aportada por ésta no es mayor que la facilitada por el síndrome ansiedad/depresión o la puntuación en síntomas interiorizados del mismo inventario. En cuanto a la Escala DSM Problemas de Ansiedad se sugiere la necesidad de revisión para obtener resultados más óptimos.

Kendall et al. (2007), tras estudiar la Escala DSM Problemas Afectivos del CBCL y TRF, proponen una nueva escala que añade a los 6 ítems iniciales síntomas psicosomáticos, vergüenza, perfeccionismo, timidez, obsesiones, miedo a hacer algo malo y presencia de tics. La nueva escala aumentaría el poder predictivo en los trastornos de ansiedad. Este equipo no es el primero en proponer escalas basadas en criterios DSM a partir del CBCL. Connor-Smith y Compas (2003) y Lengua, Sadowski, Friedrich y Fisher (2001) han formulado escalas orientadas en el DSM a partir de los ítems del CBCL y YSR.

Tabla 10. Estudios sobre las propiedades psicométricas de las Escalas DSM de ASEBA

Autor/es	Estudio	Muestra	Informadores
Van Lang et al. (2005)	Estudio de la validez de las Escalas DSM Problemas Ansiedad y Problemas Afectivos del YSR	N=2186 (10 a 12 años) Muestra no clínica	Adolescentes
Da Silva (2006)	Estudio del perfil patológico de jóvenes juzgados por delincuencia y la utilidad predictiva de las Escalas DSM del YSR	N=162 chicos (12 a 18 años) Muestra clínica	Adolescentes
Krol, de Bruyn, Coolen y van Aarle (2006)	Estudio del poder predictivo de las Escalas DSM del CBCL sobre diagnósticos DSM	N=44 (6 a 17 años) Muestra clínica	Padres
Vreugdenhill, van de Brink, Ferdinand, Wouters y Doreleijers (2006)	Estudio del poder predictivo de las Escalas DSM del YSR sobre diagnósticos DSM	N=196 (12 a 18 años) Muestra clínica	Adolescentes
Albores et al. (2007)	Estudios de las propiedades psicométricas del CBCL y desarrollo de una versión mejicana fiable y válida.	N=611 (6 a 18 años) Muestra clínica y no clínica	Padres
Ferdinand (2007)	Selección de ítems del YSR que pueden predecir trastornos de ansiedad en adolescentes. Estudia la validez de la Escala DSM Problemas Afectivos	N=183 (11 a 18 años) Muestra clínica	Adolescentes
Kendall et al. (2007)	Evaluación de la utilidad de las escalas de ansiedad del CBCL y TRF	N=257 (9 a 13 años) Muestra clínica y no clínica	Madres y profesores
Bender, Auciello, Morrison, MacAllister y Zaroff (2008)	Análisis de la validez convergente y utilidad clínica del CBCL	N=60 (6 a 17 años) Muestra de niños epilépticos	Padres
Ferdinand (2008)	Estudio de la validez de las Escalas DSM Problemas Ansiedad y Problemas Afectivos del CBCL y del YSR	N=255 padres (hijos 6 a 18 años) N=150 (11 a 18 años) Muestra clínica	Padres e hijos
Aebi et al. (2009)	Estudio del poder predictivo de la Escala DSM Problemas Afectivos	N=140 M. Clínica N=140 M. no clínica (11 a 17 años)	Adolescentes
Dingle et al. (2009)	Estudio del poder predictivo de la Escala DSM Problemas Afectivos	N=2431 Estudio longitudinal (14 años 1ª eval.) (21 años 2ª eval.) Muestra clínica	Adolescentes
Nakamura, Ebesutani, Bernstein y Chorpita (2009)	Estudio de las propiedades psicométricas de las Escalas DSM del CBCL	N=673 (4 a 19 años) ¹ Muestra clínica	Padres

¹ El rango de edad desciende hasta los 4 años debido a que utilizaron, en 555 casos, la versión anterior CBCL/4-18, que incluía esta edad.

Si bien la mayor parte de los estudios demuestran la utilidad como cribado de las Escalas DSM (Albores et al., 2007; Bender et al., 2008; Krol et al., 2006); Da Silva (2006) cuestiona la eficacia de la Escala DSM Trastorno de Conducta, y Vreugdenhill et al. (2006) concluyen que ni las escalas empíricas ni las Escalas DSM del YSR se pueden utilizar como cribado de trastornos DSM evaluados mediante la DISC 2.3. Estas conclusiones fueron derivadas de los datos obtenidos en una muestra de 196 chicos encarcelados de los cuales, un 59% habían sido detenidos por agresiones a otras personas, un 20% por robo y, en menor medida, por agresiones sexuales y atentados contra la propiedad privada.

El trabajo de Nakamura y colaboradores ha sido publicado este año 2009. Sus hallazgos sustentan la fiabilidad y validez de las Escalas DSM del CBCL, las cuales aportarían información suplementaria a considerar en la formulación de diagnósticos clínicos. Este es, hasta el momento, el estudio de las propiedades psicométricas de las Escalas DSM más reciente y extenso.

Algunos trabajos no han focalizado su interés en el estudio de la fiabilidad y validez de las Escalas DSM, pero sí han incluido estas dimensiones DSM como instrumentos de evaluación en sus investigaciones (véase Tabla 11. Investigaciones en las que se incluyen las Escalas DSM de ASEBA). Van Lang, Ferdinand, Ormel y Verhulst (2006) fueron los primeros en utilizar las Escalas DSM Problemas Afectivos y DSM Problemas Ansiedad. Su objetivo era distinguir entre aquellos adolescentes con un mayor número de síntomas de ansiedad o depresión. Spatola et al. (2007) utilizan en su investigación todas las Escalas DSM para profundizar en la importancia de los factores de riesgo genéticos y ambientales en trastornos evaluados mediante las Escalas DSM. En una línea similar, Nobile et al. (2009) también han estudiado la interacción de estos factores asociados a la presencia de trastornos del estado de ánimo, utilizando la escala DSM Problemas Afectivos. Más recientemente, Boots y Wareham (2009) han estudiado la comorbilidad de varios problemas de salud mental y la conducta delictiva/ violenta en jóvenes evaluando la presencia de psicopatología mediante 5 de las 6 Escalas DSM (exceptuando DSM-Pr.Conducta).

Una revisión de las publicaciones aparecidas los últimos dos años en las que se utiliza algunas de las formas escolares de ASEBA, muestra la no utilización de las Escalas DSM al elaborar la información recogida por los diferentes instrumentos ASEBA (Ashford, van Lier, Timmermans, Cuijpers y Koot, 2008; Dedrick, Tan y Marfo, 2008; Odgers et al., 2009; Pettit, Olino, Roberts, Seeley y Lewinsohn, 2008; Roth et al., 2008; Thiels y Pätel, 2008; van Meurs, Reef., Verhulst y van der Ende, 2009; Vermunt et al. 2008; Zhou et al., 2008).

Tabla 11. Investigaciones en las que se incluyen las Escalas DSM de ASEBA

Autor/es	Estudio	Muestra	Informadores
Van Lang et al. (2006)	Estudio de la comorbilidad entre síntomas depresivos y de ansiedad	N=2029 (10 a 12 años) Muestra no clínica	Adolescentes
Spatola et al. (2007)	Estudiar las contribuciones genéticas y ambientales en las variaciones individuales observadas en las Escalas DSM del CBCL	N=398 gemelos (8 a 17 años) Muestra no clínica	Padres
Boots y Wareham (2009)	Estudio de la comorbilidad entre varios problemas de salud mental. Utiliza las Escalas DSM para la evaluación.	N=1694 (7 a 19 años) Muestra clínica	Padres e hijos
Nobile et al. (2009)	Estudio de la interacción de factores genéticos y ambientales en problemas afectivos	N=607 (10 a 14 años) Muestra no clínica	Padres

Cabe destacar que algunas de las publicaciones han utilizado versiones anteriores al año 2001 en las que la descripción de las Escalas DSM todavía no estaba incluida (Anselmi et al., 2008; Goethals, Willigenburg, Buitelaar y Van Marle, 2008; Meyer et al., 2008; Najman et al., 2008; Öjmyr-Joelsson, Christensson, Frenckner, Nisell y Lindholm, 2008; Sontag, Graber, Brooks-Gunn y Warren, 2008; Steinhausen, Müller y Metzke, 2008; Tepper et al., 2008; Vassi et al., 2008; Zhao, Sherrill, Goodwin y Quan, 2008). Entre ellos se encuentran van der Vegt, van der Ende, Ferdinand, Verhulst y Tiemeier (2009), un grupo de investigadores que, a pesar de haber estudiado las propiedades psicométricas de algunas Escalas DSM, no las consideran en su última publicación por tratarse de un estudio de seguimiento en el que la evaluación inicial mediante el CBCL se realizó con una versión anterior.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general es estudiar la validez y fiabilidad de las Escalas DSM de los cuestionarios CBCL y YSR de Achenbach en una muestra clínica de niños españoles. Los objetivos específicos son:

A. Estudiar la fiabilidad de las Escalas DSM

A.1. Consistencia interna (Alfa de Cronbach)

A.2. Estudiar el acuerdo entre padres e hijos en las escalas

B. Estudiar la validez:

B.1. Relación entre las Escalas DSM y los diagnósticos DICA-IV

B.2. Relación entre las Escalas DSM e indicadores cuantitativos obtenidos en la DICA-IV

B.2.1. Número de síntomas totales

B.2.2. Número de trastornos DICA-IV

B.2.3. Número de síntomas en cada trastorno DICA-IV

B.3. Relación entre las Escalas de síndromes empíricos el CBCL y YSR y las Escalas DSM

B.4. Relación entre las Escalas DSM y las dificultades en el funcionamiento

B.5. Validez incremental de las Escalas DSM

B.5.1. Validez incremental de las Escalas DSM sobre diagnósticos DICA-IV en la estimación del CGAS

B.5.2. Validez incremental de las Escalas DSM sobre las Escalas de Síndromes en la estimación de diagnósticos DICA-IV

C. Estudiar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para diferentes puntos de corte de las Escalas DSM atendiendo a los diagnósticos categoriales DSM-IV (DICA-IV).

MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

3.1.1. Muestra CBCL

La muestra estuvo compuesta por 420 niños y adolescentes que acudían consecutivamente a los servicios ambulatorios de salud mental de diversos centros de asistencia primaria de la red pública de la provincia de Barcelona. Todos los niños se hallaban en las primeras fases de la evaluación en el momento de participar en el estudio. La recogida de información formaba parte del proceso diagnóstico ordinario. Los niños con deficiencia mental, trastornos generalizados del desarrollo o enfermedades crónicas graves (fibrosis quística, cáncer, insuficiencia renal crónica, etc.) se excluyeron del estudio.

El intervalo de edad estudiado comprendía de los 8 a los 17 años. La Tabla 12 sintetiza las características de la muestra.

Tabla 12. Descripción de los participantes

		TOTAL MUESTRA CBCL (N=420)	TOTAL MUESTRA YSR (N=108)
Sexo	<i>Masculino</i>	231 (55%)	52 (48.1%)
	<i>Femenino</i>	189 (45%)	56 (51.9%)
Edad	<i>Media (DE)</i>	13.34 (2.37)	13.92 (1.82)
Etnia	<i>Caucásica</i>	412 (98.1%)	104 (96.3%)
	<i>Otras</i>	8 (1.9%)	4 (3.7%)
Nivel Socioeconómico¹	<i>Alto</i>	5 (1.2%)	3 (2.8%)
	<i>Medio-Alto</i>	53 (12.9%)	21 (19.8%)
	<i>Medio</i>	74 (18%)	17 (16%)
	<i>Medio-bajo</i>	168 (40.9%)	39 (36.8%)
	<i>Bajo</i>	111 (27%)	26 (24.5%)

¹Hollingshead (1975)

La Tabla 13 presenta la prevalencia de los distintos trastornos evaluados con la entrevista diagnóstica, así como la distribución por sexo en cada uno de ellos. Destacan con una mayor prevalencia el trastorno negativista desafiante y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad seguido del trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica y el trastorno depresivo mayor. El 91.4% de los niños y adolescentes presentaban como mínimo un trastorno DSM, siendo la media de número de trastornos psicológicos de cada niño de 2.8 (DE=1.83). El 26% cumplía los criterios diagnósticos de 2 trastornos y el 17.9% cumplía de 3.

3.1.2. Muestra YSR

En la Tabla 12 se describe la composición de la muestra de niños que contestaron el YSR.

La Tabla 14 presenta la prevalencia de los trastornos DSM-IV evaluados en la entrevista DICA-IV, así como la distribución por sexo en cada uno de ellos. El trastorno con mayor prevalencia es el trastorno negativista desafiante. Le siguen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno depresivo mayor, la fobia específica y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En la agrupación de grandes grupos diagnósticos, los trastornos de conducta y los trastornos de ansiedad son las categorías diagnósticas con un porcentaje más alto de casos.

El número medio de síntomas psicopatológicos es de 26.13 (DE=12.82). El 91.7% de los niños y adolescentes presentaban como mínimo un trastorno DSM, siendo la media de número de trastornos psicológicos de cada niño de 3.05 (DE=2). El 21.3% cumplía los criterios diagnósticos de 2 trastornos, el 18.5% cumplía de 3.

Tabla 13. Prevalencia de Trastornos DSM-IV en la muestra CBCL a partir de la información combinada de padres e hijos

	TOTAL	Distribución por sexo	
	(N=420)	Niños (N=231)	Niñas (N=189)
Trastornos de Conducta	267 (63.6%)	172 (64.4%)	95 (35.6%)
• Tr. por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	161 (38.4%)	129 (80.1%)	32 (19.9%)
• Trastorno negativista desafiante	209 (49.8%)	127 (60.8%)	82 (39.2%)
• Trastorno disocial	68 (16.2%)	46 (67.6%)	22 (32.4%)
Dependencia-abuso de alcohol-drogas	31 (7.4%)	13 (41.9%)	18 (58.1%)
Dependencia-abuso de tabaco	9 (2.7%)	2 (22.2%)	7 (77.8%)
Trastornos del estado de ánimo	123 (29.3%)	41 (33.3%)	82 (66.7%)
• Trastorno depresivo mayor	115 (27.4%)	38 (33%)	77 (67%)
• Manía-hipomanía	2 (0.5%)	1 (50%)	1 (50%)
• Trastorno distímico	11 (2.6%)	4 (36.4%)	7 (63.6%)
Trastornos de ansiedad	224 (53.3%)	105 (46.9%)	119 (53.1%)
• Trastorno de ansiedad de separación	40 (9.5%)	26 (65%)	14 (35%)
• Agorafobia	3 (4.1%)	0 (0%)	3 (100%)
• Trastorno por angustia	9 (2.1%)	2 (22.2%)	7 (77.8%)
• Trastorno de ansiedad generalizada	128 (30.5%)	53 (41.4%)	75 (58.6%)
• Fobia específica	118 (28.1%)	61 (51.7%)	57 (48.3%)
• Fobia social	64 (15.2%)	28 (43.8%)	36 (56.3%)
• Trastorno obsesivo-compulsivo	36 (8.6%)	17 (47.2%)	19 (52.8%)
• Trastorno por estrés post-traumático	8 (1.9%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	107 (25.5%)	33 (30.8%)	74 (69.2%)
• Anorexia nerviosa	20 (4.8%)	1 (5%)	19 (95%)
• Bulimia nerviosa	10 (2.4%)	0 (0%)	10 (100%)
• Tr. Cond. Alimentaria no Especificado (TCANE)	90 (21.4%)	33 (36.7%)	57 (63.3%)
Trastornos de la Eliminación	52 (12.4%)	34 (65.4%)	18 (34.6%)
• Enuresis	46 (11%)	29 (63%)	17 (37%)
• Encopresis	10 (2.4%)	9 (90%)	1 (10%)
Trastornos de tics	39 (9.3%)	29 (74.4%)	10 (25.6%)
• Trastorno de la Tourette	8 (1.9%)	6 (75%)	2 (25%)
• Trastorno de Tics Motores o Vocales Crónicos	11 (2.6%)	5 (45.5%)	6 (54.5%)
• Trastornos de tics transitorios	21 (5%)	18 (85.7%)	3 (14.3%)
Otros trastornos			
• Trastorno de somatización	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Psicosis y esquizofrenia	20 (4.8%)	10 (50%)	10 (50%)

Tabla 14. Prevalencia de Trastornos DSM-IV en la muestra YSR a partir de la información combinada de padres e hijos

	TOTAL	Distribución por sexo	
	(N=108)	Niños (N=52)	Niñas (N=56)
Trastornos de Conducta	66 (61.1%)	34 (51.5%)	32 (48.5%)
• Tr, por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	27 (25.2%)	19 (70.4%)	8 (29.6%)
• Trastorno negativista desafiante	59 (54.6%)	30 (50.8%)	29 (49.2%)
• Trastorno disocial	17 (15.7%)	10 (58.8%)	7 (41.2%)
Dependencia-abuso de alcohol-drogas	11 (10.2%)	3 (27.3%)	8 (72.7%)
Dependencia-abuso de tabaco	7 (7.5%)	0 (0%)	7 (100%)
Trastornos del estado de ánimo	42 (38.9%)	17 (40.5%)	25 (59.5%)
• Trastorno depresivo mayor	36 (33.3%)	12 (33.3%)	24 (66.7%)
• Manía-hipomanía	1 (1%)	1 (100%)	0 (0%)
• Trastorno distímico	6 (5.6%)	4 (66.7%)	2 (33.3%)
Trastornos de ansiedad	62 (57.4%)	23 (37.1%)	39 (62.9%)
• Trastorno de ansiedad de separación	4 (3.7%)	2 (50%)	2 (50%)
• Agorafobia	2 (3.1%)	0 (0%)	2 (100%)
• Trastorno por angustia	6 (5.6%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)
• Trastorno de ansiedad generalizada	38 (35.2%)	15 (39.5%)	23 (60.5%)
• Fobia específica	33 (30.6%)	9 (27.3%)	24 (72.7%)
• Fobia social	17 (15.7%)	6 (35.3%)	11 (64.7%)
• Trastorno obsesivo-compulsivo	7 (6.5%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)
• Trastorno por estrés post-traumático	3 (2.8%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	53 (49.1%)	19 (35.8%)	34 (64.2%)
• Anorexia nerviosa	2 (1.9%)	0 (0%)	2 (100%)
• Bulimia nerviosa	4 (3.7%)	0 (0%)	4 (100%)
• Tr. Cond. Alimentaria no Especificado (TCANE)	48 (44.4%)	19 (39.6%)	29 (60.4%)
Trastornos de la Eliminación	14 (13%)	8 (57.1%)	6 (42.9%)
• Enuresis	13 (12%)	7 (53.8%)	6 (46.2%)
• Encopresis	1 (0.9%)	1 (100%)	0 (0%)
Trastornos de tics	11 (10.2%)	8 (72.7%)	3 (27.3%)
• Trastorno de la Tourette	1 (0.9%)	1 (100%)	0 (0%)
• Trastorno de Tics Motores o Vocales Crónicos	2 (1.9%)	2 (100%)	0 (0%)
• Trastornos de tics transitorios	8 (7.4%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)
Otros trastornos			
• Trastorno de somatización	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Psicosis y esquizofrenia	3 (2.8%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)

3.2. MATERIAL

3.2.1. Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)

El “*Child Behavior Checklist*” (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001) evalúa la presencia de psicopatología en el niño en los últimos 6 meses (ver Tabla 15). Este instrumento recoge también información demográfica, competencias del niño / adolescente, posibles enfermedades y/o discapacidades, preocupaciones hacia el niño y aspectos positivos de éste. El inventario está compuesto por 120 ítems, con 3 alternativas de respuesta, referidos a problemas de conducta que pueden presentar los niños y los adolescentes entre 6 y 18 años. La valoración del apartado de problemas de conducta permite obtener puntuaciones en 8 escalas de banda estrecha también llamados síndromes empíricos (aislamiento, ansiedad / depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva), y 2 escalas de banda ancha (trastornos interiorizados y trastornos exteriorizados) además de la puntuación total.

El instrumento se puede utilizar a la vez, tal y como se explica en la introducción, para obtener información que pueda integrarse en sistemas diagnósticos formales. Las escalas DSM permiten orientar un posible diagnóstico clínico según los criterios establecidos en el DSM-IV.

El CBCL ofrece también un perfil de competencias sociales, escolares y en actividades.

Las características psicométricas del inventario se han comentado en la introducción de este trabajo.

3.2.2. Youth Self-Report (YSR/11-18)

Reproduciendo la misma estructura que el CBCL, el “*Youth Self-Report*” (YSR; Achenbach y Rescorla, 2001) permite evaluar competencias, funcionamiento adaptativo y problemas conductuales, emocionales y sociales a partir de la información que facilita el propio niño. El autoinforme consta de 105 ítems referidos a posibles problemas y 14 ítems de deseabilidad social.

El YSR/11-18, como forma paralela al CBCL, facilita la comparación sistemática de diversas fuentes de información al ofrecer los resultados de las correcciones agrupados en las mismas escalas: perfiles de síndromes empíricos (aislamiento, ansiedad / depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva) y Escalas DSM.

Los perfiles de competencias hacen referencia en este inventario a las competencias sociales y en actividades.

Como se ha comentado en la introducción, numerosas investigaciones avalan las propiedades psicométricas de este autoinforme.

Tabla 15. Síntesis del material utilizado

Instrumento	Autor	Informador	Área evaluada
Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)	Achenbach y Rescorla (2001)	Padre o madre	-Psicopatología
Youth Self-Report (YSR/11-18)	Achenbach y Rescorla (2001)	Niño	-Psicopatología
Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV)	Reich (2000)	Padre / madre y niño	-Psicopatología
Children's Global Assessment Scale (CGAS)	Shaffer et al. (1983)	Entrevistador	-Funcionamiento global del niño
Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)	Hodges (1995b)	Entrevistador	-Funcionamiento del niño en diferentes áreas

3.2.3. Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV)

La “*Diagnostic Interview for Children and Adolescents*” (DICA-IV; Reich, 2000) es una entrevista diagnóstica semiestructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV (APA; 1994), adaptada al castellano y computerizada (*Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes – EDNA-IV*; Granero y Ezpeleta, 1997a, 1997b, 1997c). Se organiza en síndromes diagnósticos, cubriendo la mayor parte de la psicopatología que más comúnmente se presenta en niños y adolescentes. Por tratarse de un protocolo pautado, la información obtenida a lo largo de la entrevista permite realizar una evaluación sistemática de diversos trastornos, evaluando no únicamente la presencia o ausencia de síntomas, sino también el inicio, el final del trastorno y la valoración del grado de malestar o interferencia que éste puede ocasionar en el ámbito familiar, escolar y/o social del niño. En la Tabla 13 se sintetizan los trastornos evaluados en esta entrevista (Reich, Leacock y Shanfeld; 1997a).

Existen distintas versiones de la DICA-IV, muy similares en estructura y contenido en función de la edad y del informador: la DICA-C para niños de 8 a 12 años, una versión casi idéntica para adolescentes de 13 a 17 años, DICA-A; y una única versión para padres, DICA-P. La entrevista puede ser aplicada tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. En cualquier caso, su utilización requiere estar entrenado en el uso del instrumento y poseer conocimientos de psicopatología del desarrollo.

Las propiedades psicométricas de la versión española de la DICA-R (Reich, Shayka y Taibleson, 1991) han sido ampliamente estudiadas.

La DICA presenta alta fiabilidad entre entrevistadores (de la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro y Losilla, 1996a), así como buena fiabilidad test-retest en pacientes psiquiátricos externos (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997).

En un estudio realizado por Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla (1995) sobre la concordancia diagnóstica entre padres e hijos se observó un acuerdo en general bajo que aumentaba con la edad de los niños evaluados. Los hijos informaban de más síntomas que sus padres, en especial por lo que a problemas

interiorizados se refiere, mientras que los padres explicaban más problemas de conductas perturbadoras. En el mismo sentido, Reich (2000) halló valores de fiabilidad test-retest menores en niños que en adolescentes, así como mayor concordancia en trastornos exteriorizados que interiorizados.

De la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro y Losilla (1996b) han estudiado la validez convergente de la entrevista concluyendo que la información facilitada por la DICA se relaciona significativamente con la del CBCL (Achenbach; 1991b), instrumento considerado cómo válido. Los diagnósticos derivados de la entrevista concuerdan a un nivel entre bajo a moderado con los derivados por el clínico, obteniendo el mejor acuerdo si se derivan los diagnósticos a partir de la información de los padres y de los niños (Ezpeleta, de la Osa, Júdez et al., 1997). A su vez, la información de la DICA permite discriminar entre grupos de niños pediátricos/escolares y niños sometidos a atención psiquiátrica (de la Osa et al., 1996b; Reich, 2000).

Los autores de estas investigaciones concluyen que en la evaluación de la psicopatología de niños y adolescentes es necesaria la información de padres e hijos ya que los datos obtenidos de cada uno de ellos son complementarios. Por este motivo, en el presente trabajo se valora la presencia o ausencia de los distintos trastornos que figuran en la entrevista a partir de la información obtenida del padre / madre y del niño, para obtener un indicador de presencia/ausencia de los distintos trastornos.

La entrevista DICA permite obtener información psicopatológica de síntomas que el niño haya podido presentar a lo largo de su vida. En este estudio, se han utilizado indicadores que valoran la presencia de trastornos en el momento de la consulta (actuales), y en los últimos 6 meses dado que este es también el periodo temporal que evalúan tanto el CBCL como el YSR. Para ello, se utilizó la información separadamente de padres e hijos, y se combinó también la información de padres e hijos cuando se dispuso de las 2 fuentes. Si los padres y/o el niño informaban del síntoma éste se consideraba presente.

Para poder relacionar los cuestionarios CBCL con la entrevista diagnóstica, los diagnósticos DSM-IV estudiados han sido: Trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno de Ansiedad de separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta Disocial. El diagnóstico de Trastorno por Somatización ha sido también objeto de estudio, pero ninguno de los niños evaluados ha cumplido los criterios para ser diagnosticado. Por este motivo, y en su lugar, algunos análisis se han realizado utilizando la información de uno de sus criterios diagnósticos: la historia de múltiples síntomas físicos. Es importante destacar que el diagnóstico DSM-IV de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, a partir exclusivamente de la información del propio niño, no ha podido ser calculado dado que no se incluyeron las preguntas de este trastorno de la versión de la DICA para niños y adolescentes.

La información de presencia de determinados trastornos, así como los síntomas que forman parte de ellos, se han utilizado a la vez para crear grandes categorías diagnósticas que se especifican en la Tabla 16.

Tabla 16. Agrupación de Trastornos en Grandes Categorías Diagnósticas

Trastornos del Estado de Ánimo	Trastorno Depresivo Mayor Distimia
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Ansiedad de Separación Trastorno de Ansiedad Generalizada Fobia específica Fobia Social
Trastornos de Conducta Perturbadora	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Trastorno Negativista Desafiante Trastorno de Conducta Disocial

Partiendo de la información separada de padres e hijos, y también de la información combinada de ambos obtenida en la DICA-IV, se crearon 3 indicadores cuantitativos del nivel de psicopatología presentado por el niño:

Número de síntomas presentes: Variable recuento del número de síntomas totales presentes según información de la DICA-IV.

Número de trastornos presentes: Variable recuento del número de trastornos que presenta cada sujeto entre todos los evaluados en la DICA-IV.

Número de síntomas en cada trastorno: Variable recuento del número de síntomas presentes en el niño en cada uno de los trastornos y grandes categorías diagnósticas que figuran en la Tabla 16. Agrupación de Trastornos en Grandes Categorías Diagnósticas.

3.2.4. The Children's Global Assessment Scale (CGAS)

La "Children's Global Assessment Scale" (CGAS; Shaffer et al. 1983) ofrece la posibilidad de obtener un indicador del nivel de funcionamiento global del niño o adolescente, información que se incluye en el Eje V del manual diagnóstico DSM-IV. Esta valoración global complementa la información obtenida en la recogida de datos referentes a síndromes específicos, y permite considerar la importancia de la sintomatología más allá de la presencia/ausencia de un síndrome determinado, teniendo en cuenta su efecto en el funcionamiento. Tal y como señalan Shaffer et al., (1983), a pesar de que una valoración global unidimensional no puede suplantar la información detallada que proporcionan las escalas multidimensionales, si puede sintetizar diferentes aspectos del funcionamiento social y psiquiátrico del paciente en un único índice de gravedad del trastorno.

El CGAS es una adaptación de The Global Assessment Scale (GAS) desarrollada por Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen (1976). La escala está diseñada para reflejar el nivel más bajo de funcionamiento del niño o adolescente (entre 4 y 16 años) en un periodo de tiempo específico. Los valores posibles se incluyen en el rango de 1 a 100; en el que 1 representa el deterioro funcional más grave y 100 una situación óptima, indicando una adaptación normal todas aquellas puntuaciones situadas por encima de 70. A fin de facilitar el uso de la escala, el instrumento proporciona descriptores de conducta orientativos que representan conductas y situaciones vitales características de niños y adolescentes (Shaffer et al., 1983).

Los datos obtenidos en diversos estudios demuestran que el CGAS es un instrumento válido y fiable, sensible a las diferencias en el nivel de deterioro funcional y correlaciona con otras medidas de deterioro (Bird, Canino, Rubio-Stiper y Ribera, 1987; Shaffer et al., 1983). Ezpeleta, Granero y de la Osa (1999) estudiaron las propiedades psicométricas de la escala en muestras españolas y concluyeron que el CGAS es un instrumento fiable, en el tiempo y entre evaluadores, y válido, ya que diferencia sujetos con y sin psicopatología.

En este estudio, para la evaluación del deterioro funcional mediante el CGAS se ha considerado el último año.

3.2.5. Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)

La “*Child and Adolescent Functional Assessment Scale*” (CAFAS; Hodges, 1995b) evalúa el grado de deterioro funcional en niños y adolescentes secundario a la presencia de problemas emocionales, conductuales, psiquiátricos, psicológicos o de abuso de sustancias (Hodges, 1995a). Este instrumento comprende 8 escalas referentes al niño / adolescente y 2 escalas destinadas a evaluar el ambiente que rodea a éste. Las 8 áreas psicosociales evaluadas a partir de la información proporcionada por el niño y/o el padre / madre son: *Ejecución de roles* que recoge información del desempeño de roles relevantes en la *Escuela / trabajo*, en *Casa* y en la *Comunidad*. *Conducta hacia los demás* que refleja la adecuación de la conducta del niño hacia las otras personas en sus interacciones diarias. *Humor / emociones* muestra posibles dificultades en la modulación de su vida emocional y *Conducta de Autolisis* alerta de la presencia tanto de conductas como de verbalizaciones al respecto. El posible consumo de alcohol o otras drogas se contempla en *Uso de sustancias*, y *Cognición* evalúa la habilidad en procesos cognitivos.

La CAFAS presenta al evaluador una serie de conductas, descritas en los diversos ítems, que reflejan diferentes niveles de deterioro funcional. Entre ellos, y después de una evaluación clínica, debe escoger la descripción más desfavorable en cada área aplicable al sujeto evaluado, durante el periodo de tiempo especificado previamente. De este modo, decide qué nivel de gravedad refleja el posible deterioro del niño.

Cada escala se divide en 4 niveles de gravedad: 30, deterioro grave o incapacidad; 20, deterioro moderado; 10, deterioro medio o malestar; y 0, deterioro mínimo o inexistente. No es posible asignar puntuaciones intermedias a las referidas.

La CAFAS se completa después de haber hecho una exploración clínica, basada en la información obtenida de informadores relevantes en la vida del niño,

como son el mismo, sus padres, cuidadores u otros profesionales implicados en su atención. Es aplicable a edades comprendidas entre los 7 y 17 años.

Diversos estudios avalan las propiedades psicométricas de este instrumento. Los estudios de fiabilidad realizados muestran una consistencia interna satisfactoria (Hodges y Wong, 1996), fiabilidad test-retest (Pernice, Gust y Hodges, 1997), y fiabilidad entre entrevistadores (Hodges y Wong, 1996).

La validez de la CAFAS ha sido estudiada en diversos contextos. Hodges y Wong (1996) demostraron su validez de criterio y observaron que los niños hospitalizados obtenían una puntuación significativamente superior en la CAFAS que aquellos niños que recibían tratamiento ambulatorio. Los mismos autores han encontrado evidencias que muestran la validez predictiva de la escala (Hodges y Wong, 1997) y su sensibilidad al cambio (Hodges y Wong, 1996; Hodges, Doucette-Gates y Liao, 1999).

Ezpeleta, Granero, de la Osa, Doménech y Bonillo (2006) han estudiado la fiabilidad y validez de la CAFAS en población española. Sus resultados muestran una buena fiabilidad entre-entrevistadores; un acuerdo entre padres e hijos que oscila entre bajo y moderado; así como una correlación moderada con otras medidas de funcionamiento y de psicopatología.

Para estudiar la relación de las Escalas DSM del CBCL y el YSR y las dificultades en el funcionamiento se utilizaron los siguientes indicadores, combinando la información de los entrevistadores de los padres y los hijos.

Deterioro funcional (CAFAS)-Indicador cuantitativo: Puntuación en cada una de las 8 áreas psicosociales evaluadas a partir de la información proporcionada por el niño y/o el padre /madre, y puntuación total para las 8 escalas.

Deterioro funcional (CAFAS)-Indicador cualitativo: Se obtuvo un indicador cualitativo de presencia /ausencia de deterioro funcional en cada una de las áreas psicosociales (0 frente a 10-30).

En la evaluación del deterioro funcional, el CGAS facilita una valoración global unidimensional; mientras que la CAFAS proporciona una evaluación en áreas psicosociales específicas. Esta diferenciación permite valorar la repercusión de los síntomas psicopatológicos en el niño y en su entorno.

3.3. PROCEDIMIENTO

Tras obtener el consentimiento informado por escrito de los padres, así como el consentimiento oral por parte de los niños / adolescentes para participar en el estudio, dos evaluadores diferentes entrevistaban al padre y al niño simultáneamente. Los entrevistadores habían sido entrenados previamente en el uso de la versión informatizada de la DICA-IV, y en la evaluación mediante el CGAS y la CAFAS. Asimismo, todos ellos tenían experiencia clínica y conocimientos de desarrollo infantil y psicopatología.

En primer lugar se obtenía la información que recoge la DICA-IV, una entrevista que en la muestra estudiada tuvo una media de 80 minutos de duración para cada informador. Después de realizar la entrevista, el evaluador asignaba la puntuación de deterioro perteneciente al CGAS y la CAFAS.

Una vez realizadas las entrevistas, padres e hijos respondían los cuestionarios CBCL y YSR en formato papel. Éstos los contestaban en sus casas y los retornaban posteriormente al centro. El YSR fue retornado por el 30.2% de los niños de más de 10 años. Tal y como hemos comentado anteriormente, esta diferencia ha sido la que ha originado una submuestra de 108 casos.

3.3.1. Análisis estadístico

La fiabilidad de las escalas DSM del CBCL y YSR se ha estudiado, en primer lugar, mediante el coeficiente de fiabilidad de consistencia interna Alfa de Cronbach. Este índice puede obtener valores comprendidos entre 0 y 1. En la Tabla 17 figuran los criterios seguidos para valorar esta propiedad.

Tabla 17. Criterios para valorar la Consistencia Interna
Martínez Arias (1996)

Alfa de Cronbach	Consistencia Interna
0.60-0.70	Aceptable
0.70-0.80	Moderada
0.80-0.90	Buena
0.90-1.00	Excelente

La concordancia entre padres e hijos en las escalas DSM se ha estimado mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Entre los diferentes índices del CCI se han utilizado los siguientes:

El $CCI_{\text{Consistencia}}$ que cuantifica el grado de consistencia sin considerar las diferencias de tipo aditivo como discrepancias.

El CCI_{Acuerdo} que cuantifica el acuerdo absoluto contemplando cualquier diferencia entre medidas como una discordancia, independientemente de que sea constante o proporcional.

El CCI puede presentar valores que oscilan entre 0 (ausencia de concordancia) y 1 (concordancia absoluta). La interpretación de los valores obtenidos se ha realizado siguiendo las categorías propuestas por Fleiss (1986) (ver Tabla 18).

La concordancia entre las respuestas del padre y el hijo a los diferentes ítems del CBCL y YSR, respectivamente, se ha determinado con el índice kappa ponderado (Cohen, 1960). Este coeficiente permite, en el caso de respuestas categóricas que contienen información ordinal, incorporar discordancias de diferente gravedad.

El coeficiente kappa comprende valores entre -1 (signo de una discordancia sistemática) y 1 (muestra de una concordancia sistemática). En el caso que la concordancia entre las respuestas sea la misma que la que se obtendría por azar, la kappa presenta un valor igual a 0 (ver Tabla 18).

Tabla 18. Criterios para valorar el CCI (Fleiss, 1986)
y el índice Kappa (Fleiss, 1981)

CCI / Kappa	Concordancia
< 0.40	Baja
0.41-0.75	Regular/buena
> 0.75	Muy buena

Los síntomas psicológicos informados en la DICA se han considerado:

- Separadamente para padres e hijos
- De manera combinada, de modo que, si los padres y/o el niño informaban del síntoma éste se consideraba presente

La información de la DICA se ha considerado mediante dos estrategias distintas con el objetivo de dar respuesta a consideraciones prácticas y metodológicas. En la **práctica clínica**, es habitual realizar diagnósticos teniendo en cuenta múltiples fuentes de información (preferentemente los niños y sus padres), considerando que un síntoma está presente si el padre o el hijo informan de su existencia (Faraone, Althoff, Hudziak, Monuteaux y Biederman, 2005; Piacentini, 1993). Las fuentes utilizadas para derivar el diagnóstico categorial pueden repercutir directamente en la prevalencia observada de determinados trastornos.

Desde un punto de vista **metodológico**, en cambio, para comprobar la convergencia entre dos sistemas es importante que la información comparada provenga del mismo informador (Kassius et al., 1997). La comparación, por ejemplo, de las puntuaciones de los padres en el CBCL con los diagnósticos derivados de la entrevista DICA a partir de la información de los hijos puede reflejar tanto discrepancias entre dos tipos de evaluación, como divergencias entre fuentes de información. Mantener la misma fuente de información, variando la estrategia de recogida de datos, permitirá estudiar la varianza atribuible al método utilizado.

La relación entre las Escalas DSM del CBCL y del YSR y los diagnósticos obtenidos a partir de la información de la DICA-IV se ha analizado mediante el cálculo de Curvas ROC, las cuales ofrecen una medida de la capacidad diagnóstica global para todos los posibles puntos de corte de las diferentes escalas. A partir del cálculo de este indicador es posible estimar el área bajo la curva ROC (simbolizada por las iniciales AUC, del inglés "area under curve"). Este valor puede utilizarse como medida de exactitud global siguiendo los siguientes criterios:

AUC = 1 indica una prueba diagnóstica perfecta

AUC = 0.5 indica una prueba sin poder diagnóstico

La relación entre las escalas DSM del CBCL y del YSR y estos tres indicadores se ha evaluado mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Este índice oscila entre -1 (asociación lineal perfecta negativa) y +1 (asociación lineal perfecta positiva). Un valor igual a 0 indica ausencia de asociación lineal.

Se ha obtenido también el coeficiente de determinación R^2 , que expresa la proporción de la variación total explicada por cada Escala DSM del CBCL y YSR. Este coeficiente toma valores entre 1 (ajuste perfecto) y 0 (ajuste nulo). Para valorar la importancia de la asociación se han señalado en **negrita** las asociaciones que comparten más del 25% de variabilidad y en *cursiva* las que comparten más del 10%.

La relación entre las Escalas DSM del CBCL y del YSR y las escalas de síndromes empíricos de los mismos inventarios se han evaluado también mediante el coeficiente de correlación de Pearson. El coeficiente R^2 se ha calculado para estudiar la importancia de la asociación.

La relación de las Escalas DSM del CBCL y el YSR y el deterioro funcional evaluado en el CGAS y la CAFAS (indicador cuantitativo) se ha evaluado mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

La relación de las escalas DSM del CBCL y el YSR y las dificultades en el funcionamiento evaluadas en la CAFAS como presentes /ausentes (indicador cualitativo) se ha estudiado mediante el cálculo de Curvas ROC y su AUC.

La validez incremental de las Escalas DSM sobre los diagnósticos DICA-IV en la estimación del CGAS se ha realizado a través del cálculo de regresiones lineales. La variable independiente en el modelo inicial ha sido el trastrono DSM-IV, incluyendo en segundo lugar la Escala DSM para medir lo que añade esta escala. Se ha utilizado como indicador de este tipo de validez el incremento en el coeficiente R^2 . Este mismo índice se ha utilizado para el estudio de la validez incremental de las Escalas DSM sobre las Escalas de Síndromes, del mismo inventario, en la estimación de diagnósticos DICA-IV. En este caso, la relación entre estas tres variables se ha estudiado mediante el cálculo de regresiones logísticas. La variable independiente en el modelo inicial ha sido la puntuación obtenida en el Síndrome Empírico, incluyendo en un segundo paso la información de la Escala DSM para medir lo que añade esta escala.

Por último, para estudiar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para diferentes puntos de corte de las Escalas DSM se ha realizado el cálculo de curvas ROC, en función de diagnósticos categoriales DSM-IV (DICA-IV). Las Curvas ROC permiten estimar el área bajo la curva (AUC) utilizado como indicador de la exactitud global. Así mismo, se ha calculado también el Índice de Youden (Sensibilidad + Especificidad - 1) (Youden, 1950). El valor máximo de este índice indica el punto de corte óptimo cuando el coste de un falso positivo es el mismo que el de un falso negativo, y la Escala DSM se aplica a una población con una prevalencia de trastornos del 50%. El estudio de los diferentes puntos de corte de las Escalas DSM se ha realizado mediante la Macro IROC para SPSS. Roc Analysis (Doménech y Granero, 2009).

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0 (SPSS, 2006).

RESULTADOS

4.0. PUNTUACIONES DEL CBCL Y YSR EN LAS MUESTRAS ESTUDIADAS

Muestra CBCL

Las medias de las puntuaciones en cada una de las Escalas DSM del CBCL figuran en la Tabla 19. Asimismo, aparece también el rango de valores observados en cada Escala DSM. La Escala DSM-Pr.Afectivos y la Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad presentan las puntuaciones directas más elevadas. La mayor variabilidad en las puntuaciones se observa en la Escala DSM-Pr.Conducta y Escala DSM-Pr.Afectivos.

Muestra YSR

Entre las Escalas DSM del CBCL, destacan por obtener una puntuación elevada la Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad y la Escala DSM-Pr.Afectivos. La mayor variabilidad en las puntuaciones entre sujetos se observa en la Escala DSM-Pr.Conducta y DSM-Pr.Afectivos.

En las puntuaciones a las Escalas DSM del YSR destaca la media elevada de la Escala DSM-Pr.Afectivos, escala que también presenta una mayor variabilidad entre las puntuaciones de los distintos sujetos. Le siguen con puntuaciones también altas la Escala DSM-Pr.Conducta y la Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad.

Tabla 19. Descripción de Puntuaciones Directas observadas en la muestra CBCL en las Escalas DSM

Escalas DSM CBCL	Media	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles			
					25	50	75	90
Pr. Afectivos	5.4	3.7	0	19	3	5	7	11
Pr. Ansiedad	3.5	2.2	0	11	2	3	5	7
Pr. Somáticos	2.1	2.2	0	12	0	2	3	5
Pr. Atención/Hiperactividad	5.3	3.2	0	14	3	5	7	10
Pr. Oposición Desafiante	4.9	2.5	0	10	3	5	7	8
Pr. Conducta	4.6	4.3	0	21	1	3	6.7	11

Tabla 20. Descripción de Puntuaciones Directas observadas en la muestra YSR en las Escalas DSM

Escalas DSM CBCL	Media	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles			
					25	50	75	90
Pr. Afectivos	5.7	4.3	0	19	3	5	7.5	12.8
Pr. Ansiedad	3.7	2.1	0	9	2	3	5	7
Pr. Somáticos	2.9	2.8	0	12	0.5	2	4	6.8
Pr. Atención/Hiperactividad	6.1	3.2	0	13	4	6	8	11
Pr. Oposición Desafiante	4.9	2.5	0	10	3	5	7	8
Pr. Conducta	4.8	4.8	0	20	1	4	7	11.4

Escalas DSM YSR	Media	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles			
					25	50	75	90
Pr. Afectivos	6.9	5.2	0	20	2.2	6	10	15
Pr. Ansiedad	4.1	2.3	0	9	2	4	6	7
Pr. Somáticos	2.3	2.2	0	8	1	2	4	6
Pr. Atención/Hiperactividad	6.1	3	0	14	4	6	8	10
Pr. Oposición Desafiante	4.1	2.2	0	10	2	4	5.7	7
Pr. Conducta	6.7	4	0	24	4	6	8.7	13

4.1. FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DSM DE LOS CUESTIONARIOS CBCL Y YSR

4.1.1. Consistencia interna

La Tabla 21 presenta los valores de los coeficientes Alfa de Cronbach en las diferentes Escalas DSM. Todas las escalas mostraron una consistencia interna entre moderada y buena, a excepción de la Escala DSM-Pr.Ansiedad que, tanto en el CBCL como en el YSR, presentó valores ligeramente inferiores a 0.60, punto a partir del cual se considera una consistencia aceptable.

Las Escalas DSM del CBCL que destacan por presentar valores más elevados de consistencia interna son la Escala DSM-Pr.Conducta y la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante. En el caso del YSR, destaca con una consistencia interna buena la Escala DSM-Pr.Afectivos. A ésta, le siguen con una consistencia moderada la Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad y la Escala DSM-Pr.Conducta.

Tabla 21. Alfa de Cronbach de las Escalas DSM del CBCL y YSR

Escalas DSM	CBCL			YSR		
	Muestra Española ¹	Nº ítems	Estudio Achenbach ³	Muestra Española ²	Nº ítems	Estudio Achenbach ⁴
Pr. Afectivos	0.72	13	0.82	0.86	13	0.81
Pr. Ansiedad	0.59	6	0.72	0.58	6	0.67
Pr. Somáticos	0.70	8	0.75	0.75	8	0.75
Pr. Atención/Hiperactividad	0.72	7	0.84	0.77	7	0.77
Pr. Oposición Desafiante	0.78	5	0.86	0.72	5	0.70
Pr. Conducta	0.82	17	0.91	0.77	17	0.83

¹Muestra CBCL (n=420)³Muestra CBCL pobl. general+clínica (n=3210)²Muestra YSR (n=108)⁴Muestra YSR pobl. general+clínica (n=1938)

Síntesis

CBCL	Consistencia entre moderada y buena Escala menos consistente DSM-Pr.Ansiedad (consistencia aceptable)
YSR	Consistencia entre moderada y buena Escala menos consistente DSM-Pr.Ansiedad (consistencia aceptable)

4.1.2. Acuerdo entre padres e hijos

4.1.2.1. Acuerdo padres-hijos en las Escalas DSM

El ICC de acuerdo absoluto entre padres e hijos en las Escalas DSM ha fluctuado entre valores bajos y moderadamente buenos (véase Tabla 22). Las Escalas DSM con menor grado de acuerdo han sido la Escala DSM-Pr.Conducta y la Escala DSM-Pr.Ansiedad. La Escala DSM-Pr.Somáticos y la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante han obtenido valores próximos a 0.40, valor a partir del cual se considera una concordancia regular/buena. Las escalas que han obtenido niveles de acuerdo más elevados han sido DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad.

Tabla 22. Acuerdo padres-hijos en las Escalas DSM (N=108)

Escalas DSM	Coeficientes de correlación intraclase	
	Acuerdo Absoluto CCI _A (IC 95%)	Consistencia CCI _C (IC 95%)
Pr. Afectivos	0.42 (0.19 a 0.60)	0.44 (0.21 a 0.62)
Pr. Ansiedad	0.29 (0.05 a 0.50)	0.29 (0.05 a 0.50)
Pr. Somáticos	0.38 (0.15 a 0.58)	0.39 (0.15 a 0.58)
Pr. Atención/Hiperactividad	0.43 (0.21 a 0.62)	0.43 (0.21 a 0.61)
Pr. Oposición Desafiante	0.39 (0.15 a 0.58)	0.43 (0.20 a 0.61)
Pr. Conducta	0.24 (0.00 a 0.45)	0.25 (0.01 a 0.47)

Con el objetivo de obtener una medida de acuerdo sin considerar las diferencias de tipo constante como discrepancias se ha calculado el $CCI_{Consistencia}$. Tal y como se observa en la Tabla 22, los valores de este indicador son similares a los obtenidos mediante el $CCI_{Acuerdo}$. Destacar el incremento de 0.04 en el $CCI_{Consistencia}$ de la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante que implican que un acuerdo absoluto bajo se traduzca en una Consistencia regular/buena.

Síntesis

Acuerdo padres-hijos en las Escalas DSM entre bajo y moderadamente bueno

- Acuerdo bajo en DSM-Pr.Conducta y DSM-Pr.Ansiedad
- Acuerdo regular/bueno en DSM-Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Oposición desafiante

4.1.2.2. Acuerdo padres-hijos en los ítems de las Escalas DSM

La concordancia observada entre las respuestas de los padres y de los hijos en las Escalas DSM ha sido en general entre moderada y pobre (véase Tabla 23). Los valores Kappa más altos se distribuyen de manera irregular en las diferentes escalas.

De los 13 ítems que forman la Escala DSM-Pr.Afectivos, 4 obtienen puntuaciones superiores a 0.40 (concordancia moderada) y son: 14.Llora, 18.Autolisis, 35.Complejo de inferioridad y 52.Se siente culpable. Con una concordancia casi moderada (valores entre 0.30 y 0.40) figuran 24.No come bien, 54.Se cansa, 100.No duerme bien y 103.Triste. Si se observa el porcentaje de acuerdo entre padres e hijos en los ítems de esta escala se encuentran valores comprendidos entre 75.4% y 94.3%.

En la Escala DSM-Pr.Ansiedad destaca como ítem más fiable el 30.Miedo a la escuela. El resto de ítems presentan una concordancia pobre y un porcentaje de acuerdo entre 78% y 85.7%, a pesar de ser significativos los valores referentes a 11.Dependiente, 29.Miedos 45.Ansioso.

En la Escala DSM-Pr.Somáticos, tres ítems presentan un nivel de concordancia moderado: 56e.Problemas piel, 56f.Dolor estómago y 56g.Vómitos. El resto de ítems de esta escala presentan un nivel de acuerdo bajo, entre los que destaca el obtenido por el ítem 56a.Dolores o molestias.

La concordancia observada en los ítems que forman parte de la Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad es en general superior a la observada en otras escalas, mostrando en la mayoría de los casos concordancias significativas, a pesar de que ninguna de ellas presenta un valor superior a 0.76. El ítem más fiable de esta escala es 104.Muy ruidoso. Con concordancias pobres, pero con valores superiores a 0.30 encontramos 4.No termina, 8.No se concentra y 10.Hiperactivo. En esta escala el porcentaje de acuerdo en los ítems ha oscilado entre 77.1 y 87.3.

La mayor concordancia entre padres e hijos en la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante aparece en el ítem 22.Desobedece en casa, mostrando un nivel de acuerdo moderado. El segundo ítem con un mejor resultado es el 23.Desobedece en la escuela con una concordancia de 0.34.

De los 17 resultados kappa que aparecen en la Escala DSM-Pr.Conducta, 39.Amigos conflictivos, 67.Fugas de casa y 81.Roba en casa presentan una concordancia moderada. En ellos el porcentaje de acuerdo se sitúa entre el 91.3% y 97.5%. En esta escala es donde se observan las concordancias más bajas en los ítems: 15.Cruel con animales y 106.Vandalismo, coincidiendo también con los porcentajes de acuerdo más bajos.

La media de valores Kappa observados en cada Escalas DSM va de 0.24 para la Escala DSM-Pr.Conducta a 0.34 para la Escala DSM-Pr.Somáticos.

Tabla 23. Acuerdo padres-hijos en los ítems de las Escalas DSM (N=108)

Escalas DSM		% ACUERDO	KAPPA	IC 95% KAPPA
Problemas Afectivos	5.No disfruta	75.4	0.06	-0.19 0.32
	14.Llora	86.5	0.44***	0.26 0.62
	18.Autolisis	94.3	0.48***	0.22 0.74
	24.No come bien	82.1	0.34**	0.14 0.55
	35.Complejo inferioridad	84.7	0.44***	0.23 0.66
	52.Se siente culpable	89.1	0.42***	0.18 0.67
	54.Se cansa	83.1	0.35**	0.15 0.54
	76.Duerme menos que otros	83.9	0.14	-0.03 0.32
	77.Duerme más que otros	82.7	0.10	-0.18 0.38
	91.Se quiere matar	88.4	0.10	-0.10 0.31
	100.No duerme bien	86.4	0.31*	0.04 0.58
	102.Poco activo	84.2	0.19	-0.09 0.47
	103.Triste	86.4	0.32*	0.11 0.52
Problemas de Ansiedad	11.Dependiente	81.8	0.25*	0.02 0.48
	29.Miedos	78.0	0.29*	0.01 0.57
	30.Miedo a la escuela	90.3	0.51***	0.26 0.76
	45.Ansioso	85.7	0.29*	0.10 0.48
	50.Ansioso / miedoso	81.7	0.16	-0.09 0.42
	112.Se preocupa	82.5	0.19	-0.03 0.42

Continúa

Escalas DSM		% ACUERDO	KAPPA	IC 95% KAPPA
Problemas Somáticos	56a. Dolores o molestias	81.9	-0.06	-0.24 0.12
	56b. Dolor de cabeza	83.9	0.35**	0.10 0.60
	56c. Nauseas	88.7	0.36***	0.16 0.57
	56d. Problemas ojos	90.3	0.22	-0.07 0.51
	56e. Problemas piel	94.6	0.61***	0.36 0.86
	56f. Dolor estómago	86.1	0.40**	0.14 0.66
	56g. Vómitos	92.7	0.41***	0.10 0.73
Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	4. No termina	87.1	0.34**	0.11 0.57
	8. No se concentra	82.8	0.31*	0.07 0.55
	10. Hiperactivo	79.8	0.31*	0.06 0.55
	41. Impulsivo	80.9	0.23	-0.005 0.46
	78. Desatento	82.3	0.27*	-0.005 0.54
	93. Habla demasiado	77.1	0.29**	0.09 0.50
	104. Muy ruidoso	87.3	0.46***	0.23 0.68
Problemas por Oposición Desafiante	3. Discute	77.0	0.22*	0.004 0.43
	22. Desobedece en casa	85.3	0.42***	0.25 0.59
	23. Desobedece en la escuela	82.1	0.34**	0.14 0.55
	86. Tozudo	82.6	0.18	-0.05 0.41
	95. Rabietas	80.6	0.16	-0.08 0.40
Problemas de Conducta	15. Cruel con animales	52.9	0.01	-0.02 0.04
	16. Agresivo	88.9	0.08	-0.14 0.31
	21. Rompe cosas de otros	92.9	0.33**	0.04 0.62
	26. No culpable	74.6	0.13	-0.08 0.34
	28. Se salta normas	76.6	0.12	-0.08 0.32
	37. Peleas	89.5	0.12	-0.28 0.53
	39. Amigos conflictivos	91.3	0.44***	0.23 0.64
	43. Mentiroso	85.4	0.25*	0.01 0.50
	57. Agresión física	95.0	0.20	-0.12 0.51
	67. Fugas de casa	97.5	0.54***	0.25 0.84
	72. Prende fuegos	94.3	0.30*	-0.04 0.64
	81. Roba en casa	96.6	0.58***	0.26 0.91
	82. Roba fuera de casa	96.9	0.39**	0.03 0.76
	90. Grosero / tacos	84.3	0.32**	0.09 0.56
	97. Amenaza a otros	91.5	0.09	-0.21 0.39
101. Hace novillos	90.5	0.24	-0.16 0.64	
106. Vandalismo	44.9	-0.02	-0.04 0.01	

* $0.05 \geq p > 0.01$; ** $0.01 \geq p > 0.001$; *** $p \leq 0.001$

Síntesis

Acuerdo padres-hijo en los ítems de las Escalas DSM entre moderado y bajo

- Acuerdo moderadamente bueno en ítems de DSM-Pr.Afectivos
- Acuerdo bajo en ítems de DSM-Pr.Ansiedad (excepto del ítem 30) y DSM-Pr.Oposición Desafiante
- Acuerdo moderado en los ítems DSM-Pr.Somáticos
- Acuerdo pobre y moderado en los ítems DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad y DSM-Pr.Conducta

4.2. VALIDEZ DE LAS ESCALAS DSM DE LOS CUESTIONARIOS CBCL Y YSR

4.2.1. Relación entre las Escalas DSM y los diagnósticos DICA-IV

En la Tabla 24 se presentan los valores obtenidos en las curvas ROC para evaluar la relación entre las Escalas DSM y los diagnósticos DSM-IV según la información recogida en la DICA-IV. Las AUC fueron en general muy buenas, superando en numerosas ocasiones el valor 0.70, muestra del buen poder diagnóstico de las Escalas DSM.

Diagnósticos DICA-IV mediante información combinada padres-hijos:

Las Escalas DSM CBCL presentan una convergencia muy elevada con los diagnósticos DICA-IV. Los mejores resultados corresponden a las Escalas DSM relacionadas con Tr. de la Conducta Perturbadora: DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta. La Escala DSM-Pr.Afectivos presenta una convergencia elevada con el Tr.Ansiedad de Separación y Fobia Específica, y ligeramente inferior con la Fobia social, Tr.Ansiedad Generalizada y Trastornos de Ansiedad en general (AUCs 0.61, 0.64 y 0.65, respectivamente).

Entre las Escalas YSR, la Escala DSM-Pr.Afectivos presenta una excelente capacidad diagnóstica del Trastorno Depresivo Mayor y Trastornos del Estado de Ánimo. Otras Escalas DSM del YSR destacan también por una elevada capacidad diagnóstica. La Escala DSM-Pr.Conducta puede predecir el diagnóstico de Trastorno de Conducta Disocial, la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante tiene capacidad diagnóstica sobre el Trastorno Negativista Desafiante y las dos escalas, aunque en menor grado, predicen la presencia de Trastornos de la Conducta perturbadora en general. La Escala DSM-Pr.Ansiedad presenta una buena capacidad diagnóstica de Trastornos de Ansiedad en general y Trastornos de Ansiedad Generalizada en particular.

Diagnósticos DICA-IV mediante información separada padres-hijos:

Las Escalas DSM CBCL presentan una elevada capacidad diagnóstica sobre los trastornos evaluados por la DICA-IV. Las AUCs de la Escala DSM-Pr.Ansiedad son ligeramente inferiores a los presentados por otras Escalas DSM, pero aceptables (AUCs entre 0.62 y 0.70).

En el YSR, la Escala DSM-Pr.Afectivos tiene una excelente capacidad diagnóstica del Trastorno Depresivo Mayor u otros trastornos del Estado de Ánimo, pero disminuye su asociación con la Distimia (AUC=0.55). La Escala DSM-Pr.Ansiedad presenta también valores dispares. La convergencia de esta Escala DSM es elevada con los diagnósticos de Tr.Ansiedad Generalizada, Fobia Social y Trastornos de Ansiedad en general, pero disminuye con la Fobia específica (AUC=0.55) y Tr.Ansiedad de Separación (AUC=0.34). Las Escalas DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta presentan las AUCs más elevadas al relacionarlas con diagnósticos DICA-IV.

Merece una atención especial la Escala DSM-Pr.Somáticos del CBCL que, a pesar de no poder ser estudiada su capacidad predictiva por ausencia de casos diagnosticados en la muestra inicial, presenta una elevada predicción sobre uno de los criterios diagnósticos del trastorno: historia de múltiples síntomas físicos.

Síntesis

Convergencia muy elevada entre Escalas DSM y diagnósticos DICA-IV

CBCL Información combinada padres-hijos:

Buen poder diagnóstico DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta sobre diagnósticos DICA-IV

Información separada padres:

Buen poder diagnóstico DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta sobre diagnósticos DICA-IV

YSR Información combinada padres-hijos:

Buen poder diagnóstico DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta sobre diagnósticos DICA-IV

Información separada hijos:

Buen poder diagnóstico DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta sobre diagnósticos DICA-IV

Tabla 24. Cálculo de curvas ROC para evaluar la relación entre las Escalas DSM del CBCL y YSR y los diagnósticos DSM-IV evaluados en la DICA-IV

Escalas DSM	Trastornos DSM-IV	CBCL			YSR		
		AUC	IC 95% (AUC)		AUC	IC 95% (AUC)	
Problemas Afectivos	Trastornos del estado de ánimo	0.66¹	0.61	0.72	0.78	0.69	0.87
		0.72 ²	0.66	0.78	0.76	0.66	0.86
	Trastorno depresivo mayor	0.66	0.60	0.72	0.83	0.75	0.92
		0.72	0.65	0.79	0.81	0.73	0.90
	Distimia	0.69	0.58	0.81	0.43	0.20	0.67
		0.70	0.59	0.80	0.55	0.35	0.74
Problemas de Ansiedad	Trastornos de ansiedad	0.65	0.60	0.70	0.70	0.60	0.80
		0.67	0.62	0.72	0.68	0.58	0.78
	Tr. Ansiedad de separación	0.71	0.63	0.80	0.35	0.04	0.66
		0.68	0.58	0.77	0.34	0.18	0.51
	Tr. Ansiedad generalizada	0.64	0.59	0.70	0.72	0.62	0.82
		0.70	0.63	0.77	0.70	0.59	0.81
	Fobia específica	0.72	0.67	0.78	0.59	0.47	0.71
		0.65	0.57	0.72	0.55	0.40	0.69
	Fobia social	0.61	0.53	0.68	0.59	0.44	0.75
		0.62	0.54	0.71	0.70	0.57	0.84
Problemas Somáticos	Trastorno por somatización	-	-	-	-	-	-
	Historia múltiples sínt.físicos	0.85	0.79	0.92	0.49	0.26	0.71
		0.88	0.81	0.96	0.35	0.23	0.48
Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	Trastornos de conducta perturbadora	0.77	0.73	0.82	0.64	0.53	0.74
		0.77	0.72	0.81	0.71	0.61	0.82
	Tr. déficit de atención con hiperactividad	0.76	0.71	0.80	0.64	0.52	0.75
		0.80	0.75	0.85	-	-	-
Problemas por Oposición Desafiante	Trastornos de conducta perturbadora	0.80	0.75	0.84	0.70	0.59	0.79
		0.82	0.78	0.86	0.76	0.67	0.85
	Tr. Negativista desafiante	0.83	0.79	0.87	0.73	0.64	0.83
		0.84	0.80	0.88	0.79	0.70	0.88
Problemas de Conducta	Trastornos de conducta perturbadora	0.79	0.74	0.83	0.64	0.53	0.74
		0.79	0.75	0.83	0.75	0.65	0.85
	Tr. Conducta -Disocial	0.78	0.72	0.84	0.76	0.63	0.89
		0.85	0.78	0.92	0.80	0.68	0.93

¹ Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

² Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (CBCL-DICA-P; YSR-DICA-C o DICA-A)

4.2.2. Relación entre las Escalas DSM e indicadores cuantitativos de la DICA-IV

4.2.2.1. Número de síntomas totales en la DICA-IV

La Tabla 25 presenta la relación entre las Escalas DSM y el número de síntomas totales psicopatológicos evaluados en la DICA-IV. Existe una relación lineal positiva entre las puntuaciones obtenidas en las Escalas DSM y los síntomas presentes. Todas las correlaciones han sido significativas.

Diagnósticos DICA-IV mediante información combinada padres-hijos:

La Escala DSM-Pr.Conducta presenta una asociación lineal positiva buena con el número de síntomas detectados con la entrevista DICA-IV. Otras escalas que explican porcentajes de variabilidad similares, aunque inferiores, son la Escala DSM-Pr.Afectivos y la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante. Las Escalas DSM-Pr.Somáticos y DSM-Pr.Ansiedad son las que contribuyen en menor grado a la detección de todos los síntomas presentes.

Los coeficientes de correlación entre las Escalas YSR y el número de síntomas en la DICA-IV han presentado valores buenos (0.30-0.40) y muy buenos (0.40-0.80). Las Escalas que presentan una mayor asociación lineal positiva con el número de síntomas son DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad. El resto de Escalas DSM que forman parte del YSR explican entre un 13.5% y un 15.7% de la variabilidad observada en el número de síntomas presentes en el niño.

Diagnósticos DICA-IV mediante información separada padres-hijos:

Cuando se considera la información separada de padres e hijos en la DICA-IV, las Escalas CBCL que obtienen coeficientes de correlación más elevados con el número de síntomas totales son DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad. La Escala DSM-Pr.Afectivos presenta una buena convergencia con la cuantificación de síntomas de la DICA. El resto de Escalas DSM presentan asociaciones más bajas.

Entre las Escalas DSM YSR, destaca relación positiva lineal entre la Escala DSM-Pr.Afectivos y el número de síntomas totales en la DICA-IV (41% de variabilidad en común). Las Escalas DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos presentan también coeficientes de correlación con valores muy buenos. Las Escalas DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta presentan una convergencia buena con el número de síntomas presentes en la DICA-IV.

Tabla 25. Relación entre las Escalas DSM y el número de síntomas psicopatológicos DICA-IV (Correlaciones de Pearson)

	Número Síntomas Psicopatológicos					
	Escalas DSM CBCL			Escalas DSM YSR		
	r	R ²	p	r	R ²	p
Pr. Afectivos	0.39¹	0.15	<.0005	0.49	0.24	<.0005
	0.35 ²	0.12	<.0005	0.64	0.41	<.0005
Pr. Ansiedad	0.24	0.06	<.0005	0.40	0.16	<.0005
	0.41	0.17	<.0005	0.50	0.25	<.0005
Pr. Somáticos	0.20	0.04	<.0005	0.38	0.15	<.0005
	0.20	0.04	<.0005	0.44	0.19	<.0005
Pr. Atención/Hiperactividad	0.34	0.11	<.0005	0.45	0.20	<.0005
	0.37	0.14	<.0005	0.34	0.12	<.0005
Pr. Oposición Desafiante	0.35	0.12	<.0005	0.37	0.13	<.0005
	0.24	0.06	<.0005	0.30	0.09	0.002
Pr. Conducta	0.41	0.17	<.0005	0.37	0.14	<.0005
	0.28	0.08	<.0005	0.34	0.12	<.0005

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (CBCL-DICA-P; YSR-DICA-C o DICA-A)

Síntesis

Convergencia Escalas DSM y número de síntomas totales en la DICA-IV

CBCL Información combinada padres-hijos:

Correlaciones positivas moderadas en las Escalas DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Oposición Desafiante y Escalas DSM-Pr.Conducta.

Información separada padres:

Asociación lineal positiva moderada en DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad.

YSR Información combinada padres-hijos:

Relación lineal positiva moderada entre las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad.

Asociación lineal buena en el resto de Escalas DSM.

Información separada hijos:

Convergencia moderada en las Escalas DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos.

Coefficientes de correlación buenos en el resto de Escalas DSM.

4.2.2.2. Número de trastornos psicológicos en la DICA-IV

Las correlaciones entre las Escalas DSM y el número de trastornos en la entrevista DICA-IV fueron significativas pero débiles (Véase Tabla 26).

Diagnósticos DICA-IV mediante información combinada padres-hijos:

Las Escalas DSM del CBCL se asocian a nivel bajo pero significativo con el número de trastornos de la DICA-IV. Las asociaciones más altas son en DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad. Las correlaciones explicaron entre el 4 y el 13% de la variabilidad.

En el caso del YSR, las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad son las que presentan una asociación significativa mayor con el número de trastornos que presenta el niño. Las Escalas DSM del YSR restantes explican únicamente entre el 5% y el 8% de la variabilidad.

Diagnósticos DICA-IV mediante información separada padres-hijos:

Al considerar la información individual de padres e hijos, las Escalas DSM del CBCL se asocian a nivel bajo pero significativo con el número de trastornos psicológicos de la DICA-IV. Se observan correlaciones moderadas en las Escalas DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Afectivos. La variabilidad explicada por las Escalas DSM osciló entre el 2 y 11%.

Las Escalas DSM del YSR se asocian con niveles buenos y muy buenos con el número de trastornos de la DICA-IV. Las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad presentan una muy buena relación lineal positiva, explicando el 32 y 24% de la variabilidad, respectivamente. El resto de correlaciones explicaron entre el 10 y el 12% de la variabilidad.

Tabla 26. Relación entre las Escalas DSM y el Número de Trastornos Psicológicos DICA-IV (Correlaciones de Pearson)

	Número Trastornos Psicológicos					
	Escalas DSM CBCL			Escalas DSM YSR		
	r	R ²	p	r	R ²	p
Pr. Afectivos	0.35¹	0.12	<.0005	0.47	0.22	<.0005
	0.27 ²	0.07	<.0005	0.57	0.32	<.0005
Pr. Ansiedad	0.37	0.13	<.0005	0.40	0.16	<.0005
	0.33	0.11	<.0005	0.49	0.24	<.0005
Pr. Somáticos	0.22	0.05	<.0005	0.26	0.07	0.007
	0.16	0.03	0.001	0.31	0.10	0.001
Pr. Atención/Hiperactividad	0.23	0.05	<.0005	0.28	0.08	0.003
	0.14	0.02	0.004	0.34	0.12	<.0005
Pr. Oposición Desafiante	0.20	0.04	<.0005	0.22	0.05	0.019
	0.18	0.03	<.0005	0.34	0.12	<.0005
Pr. Conducta	0.27	0.07	<.0005	0.23	0.05	0.017
	0.25	0.06	<.0005	0.32	0.10	0.001

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (CBCL-DICA-P; YSR-DICA-C o DICA-A)

Síntesis

Asociación Escalas DSM y número de trastornos psicológicos en la DICA-IV

CBCL	<p><u>Información combinada padres-hijos:</u> Correlaciones bajas, pero significativas. Asociación lineal positiva buena en las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad.</p> <p><u>Información separada padres:</u> Correlaciones bajas, pero significativas. Asociación lineal moderada en las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad.</p>
YSR	<p><u>Información combinada padres-hijos:</u> Mayor asociación lineal positiva en las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad.</p> <p><u>Información separada hijos:</u> Correlaciones buenas y muy buenas. Asociaciones más elevadas en Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad.</p>

4.2.2.3. Número de síntomas en cada trastorno

En la Tabla 27 se muestran las correlaciones entre el número de síntomas en cada trastorno y las Escalas DSM. El estudio de la relación entre las Escalas DSM y el número de síntomas presentes en los Tr.Estado Ánimo, Tr.Ansiedad y Tr.Conducta Perturbadora, muestra correlaciones moderadas, buenas y muy buenas. Las asociaciones con diagnósticos más específicos disminuyen en algunos casos. En general, las correlaciones alcanzaron la significación estadística en la mayoría de los casos.

Diagnósticos DICA-IV mediante información combinada padres-hijos:

Las correlaciones entre el número de síntomas en cada trastorno y las Escalas DSM CBCL han sido en todos los casos positivas y significativas. Las correlaciones más elevadas se observan en los Tr.Conducta Perturbadora. La Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante explica sobre el Tr.Negativista Desafiante el porcentaje de variabilidad más elevada (43%). La Escala DSM-Pr.Conducta presenta también una elevada correlación con el número de síntomas del Tr.Conducta Disocial, y la DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad relacionada con el número de síntomas en el TDAH. Utilizar un indicador global del número total de síntomas en Tr.Conducta Perturbadora disminuye el poder predictivo de las Escalas DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta. La Escala DSM-Pr.Ansiedad es la menos relacionada con el número de síntomas en cada trastorno. La asociación más débil es la observada entre esta escala y el número de síntomas en el Tr.Ansiedad de Separación. El número de síntomas de Fobia Social está también poco relacionado con esta escala. Los mayores valores de variabilidad se explican sobre la Fobia Específica. El poder predictivo de la Escala DSM-Pr.Ansiedad aumenta si se contabilizan el número de síntomas presentes en todos los Tr.Ansiedad evaluados. La variabilidad explicada por las Escalas DSM CBCL respecto al número de síntomas en cada trastorno se sitúa entre el 4.1 y 43%.

Las correlaciones entre las Escalas DSM YSR y el número de síntomas en diferentes trastornos fueron significativas, a excepción de algunas de las obtenidas en DSM-Pr.Ansiedad. La Escala DSM-Pr.Afectivos presentó una muy buena asociación con el número de síntomas en el Tr.Depresivo Mayor y Tr.Estado Ánimo en general. El poder predictivo de esta Escala DSM disminuye en el caso de asociarse al número de

síntomas en la Distimia. Las Escalas DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta se asocian con correlaciones buenas y muy buenas con sus trastornos homólogos en el DSM-IV. Esta relación se mantiene entre DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad y el cómputo total de síntomas en los diferentes Tr.Conducta Perturbadora, pero disminuye ligeramente en las otras dos escalas. La variabilidad explicada por las Escalas DSM YSR se sitúa entre el 0.1 y 28%.

Diagnósticos DICA-IV mediante información separada padres-hijos:

Al utilizar la información exclusiva del padre en la DICA-IV, las Escalas CBCL que se asocian en mayor grado con el número de síntomas en cada trastorno son DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Conducta. En esta última escala, el valor de la correlación disminuye de forma importante al considerar el número de síntomas en los Tr.Conducta Perturbadora en general y no el diagnóstico específico de Tr.Conducta Disocial. En la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante ocurre el fenómeno opuesto, presenta una correlación buena con los Tr.Conducta Perturbadora en general, y muy baja con el número de síntomas en el Tr.Negativista Desafiante en particular. La variabilidad explicada por estas Escalas DSM oscila entre 1 y 34%.

Entre las Escalas del YSR, la DSM-Pr.Afectivos ha presentado correlaciones muy buenas, explicando un porcentaje de variabilidad similar del número de síntomas en el Tr.Depresivo Mayor y Tr.Estado Ánimo. Este porcentaje disminuye en la predicción sobre los síntomas de la Distimia. Otras escalas que presentan correlaciones entre buenas y muy buenas son DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta al relacionarlas con el número de síntomas Tr.Conducta Perturbadora. Esta última presenta también una buena asociación con el número de síntomas en el Tr.Conducta Disocial. Las correlaciones entre la Escala DSM-Pr.Ansiedad y el número de síntomas en los diferentes Tr.Ansiedad fue baja. En general, esta escala explicó poca de la variabilidad observada en la cuantificación de síntomas en los diferentes trastornos. La variabilidad explicada por las Escalas DSM YSR se sitúa entre el 0.1 y 38% en caso de considerar la información del hijo en la DICA-IV.

Tabla 27. Relación entre las Escalas DSM del CBCL y YSR y Número de Síntomas en cada Trastorno (Correlaciones de Pearson)

Escalas DSM CBCL	Trastornos DSM-IV	CBCL			YSR		
		r	R ²	p	r	R ²	p
Problemas Afectivos	Trastornos del estado del ánimo	0.38 ¹	0.15	<.0005	0.53	0.28	<.0005
		0.45 ²	0.20	<.0005	0.61	0.37	<.0005
	Trastorno depresivo mayor	0.38	0.14	<.0005	0.53	0.28	<.0005
		0.43	0.18	<.0005	0.62	0.38	<.0005
	Distimia	0.27	0.07	<.0005	0.31	0.10	0.001
		0.30	0.09	<.0005	0.28	0.08	0.003
Problemas de Ansiedad	Trastornos de ansiedad	0.34	0.12	<.0005	0.27	0.07	0.005
		0.38	0.14	<.0005	0.34	0.12	<.0005
	Tr. Ansiedad de separación	0.20	0.04	<.0005	-0.04	0.00	0.712
		0.25	0.06	<.0005	0.01	0.00	0.939
	Tr. Ansiedad generalizada	0.25	0.06	<.0005	0.36	0.13	<.0005
		0.29	0.08	<.0005	0.32	0.10	0.001
	Fobia específica	0.33	0.11	<.0005	0.19	0.04	0.044
		0.35	0.12	<.0005	0.26	0.07	0.005
	Fobia social	0.21	0.04	<.0005	0.13	0.02	0.170
		0.21	0.04	<.0005	0.25	0.06	0.008
Problemas Somáticos	Trastorno por somatización	-	-	-	-	-	-
	Historia múltiples sínt.físicos	0.31	0.09	<.0005	0.11	0.01	0.272
		0.17	0.03	0.001	-0.04	0.002	0.645
Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	Trastornos de conducta perturbadora	0.56	0.31	<.0005	0.39	0.15	<.0005
		0.59	0.35	<.0005	0.33	0.11	<.0005
	Tr. Déficit de atención con hiperactividad	0.54	0.29	<.0005	0.39	0.15	<.0005
		0.59	0.35	<.0005	-	-	-
Problemas por Oposición Desafiante	Trastornos de conducta perturbadora	0.44	0.20	<.0005	0.31	0.10	0.001
		0.37	0.14	<.0005	0.43	0.18	<.0005
	Tr. Negativista desafiante	0.65	0.43	<.0005	0.45	0.21	<.0005
		0.10	0.01	0.039	0.19	0.04	0.043
Problemas de Conducta	Trastornos de conducta perturbadora	0.37	0.14	<.0005	0.23	0.05	0.016
		0.33	0.11	<.0005	0.46	0.21	<.0005
	Tr. Conducta-Disocial	0.61	0.37	<.0005	0.35	0.12	<.0005
		0.58	0.34	<.0005	0.46	0.21	<.0005

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (CBCL-DICA-P; YSR-DICA-C o DICA-A)

Síntesis

Asociaciones de moderadas a muy buenas entre Escalas DSM y número de síntomas en cada trastorno DICA-IV

CBCL Información combinada padres-hijos:

Correlaciones muy buenas entre DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta y número de síntomas en trastornos homólogos DSM-IV

Las asociaciones más débiles se observan en la Escala DSM-Pr.Ansiedad

Información separada padres:

Asociación muy buena en DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Conducta.

YSR Información combinada padres-hijos:

Convergencia muy buena entre Escala DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Oposición Desafiante y número síntomas en Tr. relacionados

Asociaciones no significativas entre DSM-Pr.Ansiedad y determinados Tr. DICA-IV

Información separada hijos:

Correlaciones muy buenas entre DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Conducta

Convergencia buena entre DSM-Pr.Oposición Desafiante y síntomas en Tr.Conducta Perturbadora, pero baja con Tr.Negativista Desafiante

Asociaciones débiles en DSM-Pr.Afectivos

4.2.3. Relación entre las Escalas de Síndromes Empíricos y las Escalas DSM

Las correlaciones entre las Escalas DSM y Escalas de Síndromes Empíricos de un mismo cuestionario fueron, en general, significativas (Tablas 28 y 29).

En el CBCL, las correlaciones más elevadas aparecen entre DSM-Pr.Somáticos y Quejas somáticas, entre DSM-Pr.Oposición Desafiante y Conducta Agresiva, y entre DSM-Pr.Conducta y Conducta de Romper Normas. Estas Escalas DSM se asocian un 84.27%, 81.54% y un 78.68% con las escalas de síndromes comentadas. Aunque en menor grado, presentan también una importante asociación las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad con Ansiedad/Depresión. La Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad presenta un 64.16% de variabilidad común con Problemas de Atención. Otra asociación importante es la que se observa entre DSM-Pr.Conducta y Conducta Agresiva (63.35% de asociación).

Las Escalas DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos presentan una asociación lineal positiva con la puntuación en síntomas interiorizados, explicando entre el 37.70% y el 67.57% de la variabilidad en esta puntuación. La puntuación en síntomas exteriorizados correlaciona de manera excelente con DSM-Pr.Conducta y DSM-Pr.Oposición Desafiante (82.45 y 74.82% de variabilidad común, respectivamente). Con un valor ligeramente inferior se relacionó la DSM-Pr.Déficit Atención/ Hiperactividad (35.88%). Todas las Escalas DSM correlacionaron significativamente con la puntuación total obtenida en el CBCL.

En la matriz de correlaciones entre las diferentes escalas del YSR destacan las asociaciones excelentes ente DSM-Pr.Somáticos y Quejas somáticas (85.19% de variabilidad común), entre DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad y Pr.Atención (83.53%), entre DSM-Pr.Oposición Desafiante y Conducta Agresiva (77.09%). La Escala DSM-Pr.Afectivos se asocia positivamente, con valores muy buenos y

excelentes, con todas las Escalas de Síndromes, explicando entre un 34.46% y un 76.74% de la variabilidad observada en cada una de ellas. Destaca especialmente la asociación que muestra con Ansiedad / Depresión y Aislamiento. Aunque con valores ligeramente inferiores, DSM-Pr.Ansiedad también muestra una importante relación con todas las Escalas Empíricas (explica entre un 22.09% y un 72.76% de la variabilidad común). Entre ellas, destaca la excelente correlación con Ansiedad / Depresión.

Las Escalas DSM YSR DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos presentan una mayor asociación con la puntuación en síntomas interiorizados (77.09%, 64.64% y 47.20%, respectivamente, de variabilidad en común). Aunque con valores inferiores, cabe destacar la asociación entre la DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad (20.43%), DSM-Pr.Oposición Desafiante (16.08%) y DSM-Pr.Conducta (22.56%) con esta puntuación. Estas tres Escalas DSM presentan correlaciones muy buenas y excelentes con la puntuación en síntomas exteriorizados. La Escala DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad presentan también asociaciones altas, aunque ligeramente inferiores, con esta puntuación. Las correlaciones entre las Escalas DSM y la puntuación total en el YSR explican entre el 31.14% y el 70.56% de la variabilidad hallada en esta puntuación.

Tabla 28. Correlación (*r* de Pearson) entre las Escalas DSM y Escalas Empíricas del CBCL en diferentes estudios^{1,2}

Escalas DSM CBCL	Escalas de Síndromes CBCL										
	Ansiedad/ Depresión	Aislamiento/ Depresión	Quejas somáticas	Problemas sociales	Problemas pensam.	Problemas atención	Conducta romper normas	Conducta agresiva	Punt. Interiorizado	Punt. Exteriorizado	Punt total
Pr. Afectivos	0.72*** 0.65	0.56*** 0.67	0.56*** 0.49	0.49*** 0.55	0.55*** 0.55	0.32*** 0.48	0.37*** 0.40	0.34*** 0.52	0.82*** 0.71	0.38*** 0.48	0.70*** 0.66
Pr. Ansiedad	0.81*** 0.79	0.26*** 0.44	0.35*** 0.35	0.53*** 0.53	0.47*** 0.45	0.34 0.37	0.12* 0.27	0.28*** 0.41	0.67*** 0.68	0.24*** 0.39	0.58*** 0.58
Pr. Somáticos	0.34*** 0.27	0.16** 0.25	0.92*** 0.90	0.19*** 0.26	0.34*** 0.25	0.08 0.22	0.17*** 0.19	0.13** 0.25	0.61*** 0.52	0.18*** 0.25	0.40*** 0.38
Pr. Atención/Hiperactiv.	0.29*** 0.38	0.04 0.30	0.13** 0.30	0.49*** 0.57	0.39*** 0.48	0.80*** 0.88	0.41*** 0.54	0.65*** 0.68	0.23*** 0.42	0.60*** 0.63	0.66*** 0.71
Pr. Negativismo	0.26*** 0.38	0.19*** 0.30	0.11* 0.29	0.41*** 0.48	0.31*** 0.41	0.55*** 0.55	0.61*** 0.62	0.90*** 0.88	0.26*** 0.43	0.86*** 0.80	0.70*** 0.70
Pr. Conducta	0.21*** 0.32	0.24*** 0.34	0.14** 0.29	0.39*** 0.51	0.34*** 0.38	0.48*** 0.58	0.89*** 0.90	0.80*** 0.76	0.27*** 0.39	0.91*** 0.78	0.71*** 0.67

¹ En negrita los coeficientes de Pearson observados en el presente estudio (N=420)

² Coeficientes de Pearson observados en el estudio de Achenbach y Rescorla (2001) (N=1753)

*** La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Tabla 29. Correlación (*r* de Pearson) entre las Escalas DSM y Escalas Empíricas del YSR en diferentes estudios^{1,2}

Escalas DSM YSR	Escalas de Síndromes YSR										
	Ansiedad/ Depresión	Aislamiento/ Depresión	Quejas somáticas	Problemas sociales	Problemas pensam.	Problemas atención	Conducta romper normas	Conducta agresiva	Punt. Interiorizado	Punt. Exteriorizado	Punt total
Pr. Afectivos	0.88*** 0.76	0.76*** 0.71	0.63*** 0.57	0.60*** 0.63	0.67*** 0.67	0.59*** 0.53	0.61*** 0.39	0.63*** 0.50	0.88*** 0.75	0.66*** 0.50	0.84*** 0.72
Pr. Ansiedad	0.85*** 0.83	0.64*** 0.52	0.54*** 0.41	0.62*** 0.60	0.63*** 0.56	0.50*** 0.48	0.47*** 0.25	0.53*** 0.43	0.80*** 0.70	0.53*** 0.41	0.76*** 0.65
Pr. Somáticos	0.51*** 0.32	0.45*** 0.31	0.92*** 0.91	0.38*** 0.31	0.48*** 0.37	0.35*** 0.24	0.30** 0.18	0.31*** 0.34	0.69*** 0.58	0.32*** 0.32	0.56*** 0.48
Pr. Atención/Hiperactiv.	0.50*** 0.38	0.26** 0.22	0.38*** 0.31	0.47*** 0.43	0.50*** 0.42	0.91*** 0.81	0.61*** 0.37	0.72*** 0.56	0.45*** 0.39	0.71*** 0.56	0.73*** 0.64
Pr. Negativismo	0.43*** 0.31	0.30** 0.26	0.26** 0.30	0.39*** 0.36	0.50*** 0.34	0.60*** 0.40	0.68*** 0.58	0.88*** 0.81	0.40*** 0.37	0.84*** 0.74	0.69*** 0.60
Pr. Conducta	0.50*** 0.33	0.38*** 0.34	0.32*** 0.33	0.45*** 0.39	0.57*** 0.37	0.59*** 0.43	0.85*** 0.87	0.79*** 0.76	0.47*** 0.41	0.87*** 0.79	0.76*** 0.63

¹ En negrita los coeficientes de Pearson observados en el presente estudio (N=108)

² Coeficientes de Pearson observados en el estudio de Achenbach y Rescorla (2001) (N=1057)

*** La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Síntesis

Cada Escala DSM correlaciona a un nivel más alto con las Escala Empírica teóricamente más relacionada

CBCL	<p>Correlaciones excelentes entre:</p> <p>DSM-Pr.Ansiedad – Ansiedad/Depresión</p> <p>DSM-Pr.Somáticos – Quejas Somáticas</p> <p>DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad – Pr.Atención</p> <p>DSM-Pr.Oposición Desafiante – Conducta Agresiva</p> <p>DSM-Pr.Conducta – Conducta Romper Normas</p> <p>Asociación lineal positiva mayor entre DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos y Puntuación en Síntomas Interiorizados</p> <p>Asociación lineal positiva mayor entre DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta y Puntuación en Síntomas Exteriorizados</p>
YSR	<p>Correlaciones excelentes entre:</p> <p>DSM-Pr.Ansiedad – Ansiedad/Depresión</p> <p>DSM-Pr.Somáticos – Quejas Somáticas</p> <p>DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad – Pr.Atención</p> <p>DSM-Pr.Oposición Desafiante – Conducta Agresiva</p> <p>DSM-Pr.Conducta – Conducta Romper Normas y Conducta Agresiva</p> <p>Asociación lineal positiva mayor entre DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos y Puntuación en Síntomas Interiorizados</p> <p>Asociación lineal positiva mayor entre DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta y Puntuación en Síntomas Exteriorizados</p>

4.2.4. Relación entre las Escalas DSM y deterioro funcional

Deterioro funcional evaluado mediante CGAS:

Las correlaciones entre las Escalas DSM CBCL y las dificultades en el funcionamiento evaluadas mediante el CGAS fueron débiles pero significativas (véase Tabla 30). El aumento de la puntuación en las Escalas DSM corresponde en todos los casos a un mayor deterioro. Entre ellas, DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Conducta son las que mostraron un mayor poder predictivo. Las Escalas DSM CBCL explicaron entre un 1.51 y 7.56% de la variabilidad del CGAS.

En el YSR, las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad presentaron correlaciones muy buenas con el deterioro funcional evaluado mediante el CGAS (véase Tabla 31). Aunque con menor intensidad, el resto de Escalas DSM presentan también una relación lineal negativa significativa con este indicador. Las Escalas DSM YSR explicaron entre el 6.2% y el 22.75% de la variabilidad del CGAS.

Tabla 30. Relación entre las Escalas DSM del CBCL y las Dificultades en el funcionamiento (Correlaciones de Pearson)

Escalas DSM CBCL	CGAS	CAFAS								
		COLEGIO	HOGAR	COMUNIDAD	CONduc. CON OTROS	HUMOR EMOCIÓN	HUMOR AUTOLISIS	SUSTANCIAS	COGNICIÓN	CAFAS TOT8
Pr. Afectivos	-0.27***	0.15**	0.16***	0.09	0.16***	<i>0.34***</i>	0.31***	0.20***	0.16***	0.36***
Pr. Ansiedad	-0.20***	0.07	-0.01	0.01	0.19***	0.25***	0.14**	-0.03	0.14**	0.15**
Pr. Somáticos	-0.14**	0.05	0.06	0.04	0.01	0.29***	0.16***	0.10*	0.17***	0.20***
Pr. Atención/Hiperactiv.	-0.12*	<i>0.37***</i>	<i>0.35***</i>	0.15**	0.31***	-0.09	-0.19***	0.02	-0.02	0.27***
Pr. Negativismo	-0.23***	<i>0.33***</i>	0.56***	0.24***	<i>0.41***</i>	-0.08	-0.04	0.12*	-0.02	<i>0.39***</i>
Pr. Conducta	-0.27***	<i>0.36***</i>	0.53***	<i>0.40***</i>	<i>0.42***</i>	-0.03	0.00	0.28***	-0.01	0.50***

*** La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

En cursiva $R^2 > 10\%$

En negrita $R^2 > 25\%$

Tabla 31. Relación entre las Escalas DSM del YSR y las Dificultades en el funcionamiento (Correlaciones de Pearson)

Escalas DSM YSR	CGAS	CAFAS								CAFAS TOT8
		COLEGIO	HOGAR	COMUNIDAD	CONduc. CON OTROS	HUMOR EMOCIÓN	HUMOR AUTOLISIS	SUSTANCIAS	COGNICIÓN	
Pr. Afectivos	-0.48***	0.22*	0.26**	0.33***	0.35***	0.48***	0.38***	0.35***	0.32***	0.62***
Pr. Ansiedad	-0.45***	0.15	0.16	0.29**	0.33***	0.42***	0.25*	0.27**	0.36***	0.47***
Pr. Somáticos	-0.25**	0.22*	0.31***	0.22*	0.27**	0.45***	0.43***	0.27**	0.26**	0.53***
Pr. Atención/Hiperactiv.	-0.31***	0.41***	0.31***	0.28**	0.31**	0.22*	0.12	0.23*	0.24*	0.48***
Pr. Negativismo	-0.28**	0.41***	0.48***	0.36***	0.49***	0.13	0.19	0.35***	0.15	0.56***
Pr. Conducta	-0.29**	0.36***	0.28**	0.44***	0.41***	0.17	0.18	0.38***	0.08	0.49***

*** La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

En cursiva $R^2 > 10\%$

En negrita $R^2 > 25\%$

Deterioro funcional evaluado mediante CAFAS:

El aumento de puntuación en las Escalas DSM se asocia en todos los casos con un incremento del deterioro funcional.

La asociación entre las Escalas DSM CBCL y la puntuación total CAFAS fue muy buena en DSM-Pr.Conducta, y buena en DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Afectivos. El resto de Escalas presentaron correlaciones bajas pero significativas. El estudio de la relación en diferentes ámbitos de funcionamiento presenta asociaciones lineales positivas muy buenas entre DSM-Pr.Oposición Desafiante y la Escala DSM-Pr.Conducta y el deterioro funcional en el hogar. Estas escalas explican un 31.14% y un 27.98% del deterioro. Con valores ligeramente inferiores, estas dos escalas se asocian también con deterioro en la escuela, comunidad y conducta hacia los demás (valores comprendidos entre el 10.75% y el 17.98%). Todas estas relaciones han sido estadísticamente significativas.

Las correlaciones entre las Escalas DSM YSR y la puntuación total CAFAS fueron muy buenas y significativas. La variabilidad de la puntuación total CAFAS explicada por las Escalas DSM YSR osciló entre un 22.28% y un 38.32%. En las áreas de funcionamiento, la asociación osciló entre el 0.66% (DSM-Pr.Conducta y área cognitiva) y 24.70% (DSM-Pr.Oposición Desafiante y ejecución de roles). La Escala DSM-Pr.Afectivos presentó correlaciones buenas con conducta hacia los demás, conducta de autolisis, uso de sustancias y cogniciones; y muy buena con humor-emoción. La Escala DSM-Pr.Ansiedad mostró también una buena asociación con tres de estas áreas: conducta hacia los demás, humor-emociones y cogniciones. Las Escalas DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta presentan una buena asociación lineal positiva con el deterioro funcional en el colegio, comunidad, conducta con otros y uso de sustancias. Además, DSM-Pr.Oposición Desafiante se relaciona también con el deterioro funcional en el hogar. La Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad explica el 17.22% del deterioro en la escuela.

La relación entre las Escalas DSM y las dificultades en el funcionamiento evaluadas como presentes/ausentes figuran en la Tabla 32. Entre las Escalas DSM CBCL, las AUC más elevadas aparecen en DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta. Estas tres escalas predicen especialmente el deterioro funcional en el hogar. Además, DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad predice el deterioro en la escuela, DSM-Pr.Oposición Desafiante discrimina aquellos niños que tienen dificultades en su conducta hacia los otros y DSM-Pr.Conducta detecta deterioro funcional en la comunidad. Por último, destacar la buena capacidad para discriminar el deterioro funcional que ha presentado la Escala DSM-Pr.Afectivos respecto a las alteraciones en el área de humor-emociones.

Tabla 32. Poder predictivo de las Escala DSM CBCL y YSR sobre el deterioro funcional (CAFAS) (Curvas ROC)

Escalas DSM		CBCL			YSR		
		AUC	IC 95% (AUC)		AUC	IC 95% (AUC)	
	Deterioro CAFAS						
Pr. Afectivos	Colegio	0.54	0.47	0.61	0.54	0.38	0.70
	Hogar	0.61	0.55	0.67	0.54	0.40	0.68
	Comunidad	0.59	0.53	0.66	0.65	0.53	0.77
	Conducta con otros	0.64	0.58	0.70	0.63	0.51	0.75
	Humor-Emociones	0.71	0.64	0.77	0.70	0.56	0.84
	Conducta Autolisis	0.67	0.61	0.73	0.63	0.53	0.74
	Consumo sustancias	0.63	0.56	0.69	0.68	0.56	0.80
	Cognición	0.59	0.53	0.66	0.68	0.56	0.80
Pr. Ansiedad	Colegio	0.52	0.45	0.59	0.53	0.36	0.71
	Hogar	0.51	0.45	0.57	0.48	0.33	0.62
	Comunidad	0.49	0.43	0.56	0.59	0.47	0.72
	Conducta con otros	0.60	0.54	0.66	0.59	0.47	0.71
	Humor-Emociones	0.68	0.61	0.75	0.67	0.56	0.79
	Conducta Autolisis	0.59	0.53	0.66	0.57	0.46	0.68
	Consumo sustancias	0.45	0.38	0.51	0.65	0.53	0.77
	Cognición	0.57	0.50	0.64	0.70	0.59	0.81
Pr. Somáticos	Colegio	0.52	0.45	0.59	0.53	0.38	0.68
	Hogar	0.54	0.48	0.60	0.60	0.47	0.73
	Comunidad	0.52	0.45	0.59	0.61	0.49	0.73
	Conducta con otros	0.50	0.44	0.56	0.61	0.49	0.72
	Humor-Emociones	0.68	0.61	0.74	0.72	0.59	0.86
	Conducta Autolisis	0.61	0.55	0.67	0.70	0.60	0.80
	Consumo sustancias	0.59	0.52	0.66	0.63	0.50	0.75
	Cognición	0.58	0.52	0.65	0.67	0.56	0.79
Pr. Atención/Hiperactiv.	Colegio	0.74	0.69	0.80	0.77	0.64	0.89
	Hogar	0.74	0.69	0.79	0.70	0.57	0.82
	Comunidad	0.61	0.55	0.67	0.66	0.56	0.77
	Conducta con otros	0.68	0.63	0.74	0.65	0.53	0.77
	Humor-Emociones	0.44	0.37	0.51	0.40	0.22	0.58
	Conducta Autolisis	0.39	0.32	0.45	0.53	0.41	0.64
	Consumo sustancias	0.51	0.44	0.57	0.66	0.55	0.77
	Cognición	0.44	0.38	0.51	0.64	0.52	0.75

Continúa

Escalas DSM		CBCL			YSR		
		AUC	IC 95% (AUC)		AUC	IC 95% (AUC)	
Pr. Negativismo	Deterioro CAFAS						
	Colegio	0.66	0.60	0.72	0.69	0.55	0.82
	Hogar	0.83	0.79	0.87	0.78	0.65	0.90
	Comunidad	0.68	0.62	0.74	0.68	0.57	0.79
	Conducta con otros	0.71	0.66	0.77	0.73	0.62	0.85
	Humor-Emociones	0.45	0.38	0.53	0.38	0.19	0.57
	Conducta Autolisis	0.50	0.44	0.57	0.58	0.47	0.69
	Consumo sustancias	0.58	0.51	0.64	0.71	0.59	0.82
Cognición	0.45	0.39	0.52	0.53	0.41	0.66	
Pr. Conducta	Colegio	0.67	0.61	0.73	0.74	0.60	0.88
	Hogar	0.79	0.74	0.83	0.67	0.54	0.80
	Comunidad	0.75	0.69	0.81	0.79	0.69	0.88
	Conducta con otros	0.69	0.64	0.75	0.64	0.52	0.75
	Humor-Emociones	0.43	0.36	0.51	0.56	0.40	0.73
	Conducta Autolisis	0.50	0.43	0.56	0.61	0.49	0.72
	Consumo sustancias	0.67	0.61	0.74	0.77	0.67	0.87
	Cognición	0.48	0.41	0.55	0.48	0.36	0.60

Las Escalas DSM YSR con una buena capacidad predictiva sobre el deterioro funcional en el colegio son DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta. Las dos primeras predicen también satisfactoriamente el deterioro en el hogar. El consumo de sustancias se asocia a las Escalas DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta. Esta última predice también el deterioro funcional en la comunidad. Las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Somáticos se relacionan con el deterioro en humor/emociones, y DSM-Pr.Ansiedad con la alteración en las cogniciones.

Síntesis

Una mayor puntuación en las Escalas DSM corresponde a un mayor deterioro funcional

CBCL CGAS

Correlaciones modestas pero significativas

CAFAS

Asociación lineal positiva entre las Escalas DSM y la puntuación total CAFAS

Correlación muy buena entre DSM-Pr.Conducta y puntuación total CAFAS

Las Escalas DSM se relacionan con las áreas de deterioro teóricamente esperadas

YSR

CGAS

Correlaciones significativas entre buenas y muy buenas

CAFAS

Correlaciones muy buenas entre las Escalas DSM y la puntuación total CAFAS

Las Escalas DSM se relacionan con las áreas de deterioro teóricamente esperadas

4.2.5. Validez incremental de las Escalas DSM

4.2.5.1. Validez incremental de las Escalas DSM sobre los diagnósticos DICA-IV en la estimación del CGAS

En las Tablas 33 y 34 se muestra la validez incremental de las Escalas DSM calculada sobre los diagnósticos DICA-IV en la estimación del CGAS.

Diagnósticos DICA-IV mediante información combinada padres-hijos:

La mayor variabilidad explicada por las Escalas DSM CBCL sobre los diagnósticos, formulados a partir de la información combinada de padres e hijos, se observa en la Escala DSM-Pr.Afectivos sobre el diagnóstico de Distimia (validez incremental de 7.4%), seguida de DSM-Pr.Ansiedad relacionada con la Fobia Específica (validez incremental de 4.2%). En ambos casos, la variabilidad explicada por los diagnósticos categoriales es casi inexistente (0.2% y 0.1%, respectivamente), por lo que prácticamente toda la variabilidad explicada mediante los dos procedimientos de evaluación es atribuible a las Escalas DSM. De modo similar, DSM-Pr.Ansiedad contribuye significativamente a explicar la presencia de deterioro funcional en los diagnósticos de Tr.Ansiedad Separación (explica el 3.2% de la variación total de 4.4%) y Fobia Social (explica el 3.3% de la variación total de 5%). La Escala DSM-Pr.Conducta explica un porcentaje similar de variabilidad al explicado por la evaluación categorial (4.1%), por lo que supone un incremento del 100% en la variabilidad total explicada del CGAS. Otra Escala DSM que presenta un valor elevado, aunque ligeramente inferior a los comentados, es DSM-Pr.Afectivos (incremento de 3.6% de variabilidad sobre el diagnóstico de Tr.Depresivo Mayor y Distimia en la estimación del CGAS). La variabilidad explicada por las Escalas DSM CBCL ha comprendido valores entre 0.1% y 7.4%.

Las Escalas DSM YSR presentan entre un 5.2% y un 22.9% de validez incremental sobre el CGAS. Los valores de validez incremental más elevados los presentan DSM-Pr.Afectivos (entre un 9.8% y un 22.9%) y DSM-Pr.Ansiedad (entre un 10.9% y un 21.7%). La validez total explicada por DSM-Pr.Afectivos y el diagnóstico de Distimia se justifica únicamente por la aportación de esta Escala DSM. De modo similar, los diagnósticos categoriales de Fobia Específica y Fobia Social explican una parte reducida de la variabilidad del CGAS (1.7% y 4.3%, respectivamente), mientras que la adición de las Escalas DSM-Pr.Ansiedad conlleva un aumento de la variabilidad explicada hasta alcanzar el 20.9% y 23%, respectivamente. Las Escalas DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta han incrementado la variabilidad explicada del CGAS entre un 5.2% y un 9.9%.

Tabla 33. Validez incremental de las Escalas DSM CBCL sobre diagnósticos DICA-IV en la estimación del CGAS

Variable Independiente 1	Variable Independiente 2	Paso 1 (VI 1) Validez Inicial		Paso 2 (VI 2) Validez Incremental		Paso 3 (VI1+VI2) Validez Total	
		R ² (%)	p	ΔR ² (%)	p	R ² (%)	p
Trastornos DSM-IV	Escalas DSM CBCL						
Trastornos del estado del ánimo	Problemas Afectivos	10.4 ¹ 8.2 ²	<.0005 <.0005	3.6 3.4	<.0005 <.0005	14.0 11.6	<.0005 <.0005
Trastorno depresivo mayor		10.7 9.1	<.0005 <.0005	3.6 3.2	<.0005 <.0005	14.3 12.3	<.0005 <.0005
Distimia		0.2 0.0	0.345 0.677	7.4 7.4	<.0005 <.0005	7.6 7.5	<.0005 <.0005
Trastornos de ansiedad	Problemas de Ansiedad	2.6 0.6	0.001 0.118	2.6 3.4	0.001 <.0005	5.1 4.0	0.001 <.0005
Tr. Ansiedad de separación		1.2 1.3	0.026 0.021	3.2 3.1	<.0005 <.0005	4.4 4.4	<.0005 <.0005
Tr. Ansiedad generalizada		5.0 3.1	<.0005 <.0005	2.2 2.3	0.002 0.002	7.2 5.3	<.0005 <.0005
Fobia específica		0.1 0.6	0.632 0.279	4.2 5.8	<.0005 0.001	4.2 6.4	<.0005 0.001
Fobia social		1.7 1.0	0.008 0.041	3.3 3.5	<.0005 <.0005	5.0 4.5	<.0005 <.0005
Trastornos de conducta perturbadora	Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	4.2 5.8	<.0005 <.0005	0.1 0.0	0.479 0.820	4.3 5.8	<.0005 <.0005
Tr. Déficit de atención con hiperactividad		1.2 0.8	0.028 0.075	0.7 0.9	0.081 0.054	1.9 1.6	0.020 0.032
Trastornos de conducta perturbadora	Problemas por Oposición Desafiante	4.2 5.8	<.0005 <.0005	2.4 1.5	0.001 0.009	6.1 7.3	<.0005 <.0005
Tr. Negativista desafiante		7.1 8.3	<.0005 <.0005	1.0 0.6	0.033 0.091	8.1 8.9	<.0005 <.0005
Trastornos de conducta perturbadora	Problemas de Conducta	4.2 5.8	<.0005 <.0005	4.1 3.1	<.0005 <.0005	8.3 8.9	<.0005 <.0005
Tr. Conducta-Disocial		9.2 5.6	<.0005 <.0005	2.5 3.7	0.001 <.0005	11.7 9.3	<.0005 <.0005

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (CBCL-DICA-P)

Tabla 34. Validez incremental de las Escalas DSM YSR sobre diagnósticos DICA-IV en la estimación del CGAS

Variable Independiente 1	Variable Independiente 2	Paso 1 (VI 1) Validez Inicial		Paso 2 (VI 2) Validez Incremental		Paso 3 (VI1+VI2) Validez Total	
		R ² (%)	p	ΔR ² (%)	p	R ² (%)	p
Trastornos DSM-IV	Escalas DSM CBCL						
Trastornos del estado del ánimo	Problemas Afectivos	14.7¹ 10.9 ²	<.0005 <.0005	11.2 14.0	<.0005 <.0005	25.9 24.9	<.0005 <.0005
Trastorno depresivo mayor		15.3 10.4	<.0005 0.001	9.8 13.5	<.0005 <.0005	25.1 23.9	<.0005 <.0005
Distimia		0.0 0.6	0.951 0.409	22.9 22.7	<.0005 <.0005	22.9 23.3	<.0005 <.0005
Trastornos de ansiedad	Problemas de Ansiedad	16.4 12.5	<.0005 <.0005	11.2 12.9	<.0005 <.0005	27.6 25.4	<.0005 <.0005
Tr. Ansiedad de separación		0.6 0.3	0.411 0.584	21.7 21.1	<.0005 <.0005	22.3 21.4	<.0005 <.0005
Tr. Ansiedad generalizada		15.3 13.4	<.0005 <.0005	10.9 12.9	<.0005 <.0005	26.1 26.3	<.0005 <.0005
Fobia específica		1.7 3.4	0.181 0.179	19.2 5.7	<.0005 0.078	20.9 9.0	<.0005 0.085
Fobia social		4.3 5.1	0.032 0.019	18.8 17.0	<.0005 <.0005	23.0 22.1	<.0005 <.0005
Trastornos de conducta perturbadora	Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	0.8 8.0	0.344 0.003	8.8 5.3	0.002 0.013	9.7 13.3	0.005 0.001
Tr. Déficit de atención con hiperactividad		0.0 -	0.871 -	9.9 -	0.001 -	9.9 -	0.004 -
Trastornos de conducta perturbadora	Problemas por Oposición Desafiante	0.8 8.0	0.344 0.003	7.0 3.0	0.006 0.061	7.8 11.0	0.014 0.002
Tr. Negativista desafiante		1.8 8.1	0.160 0.003	6.1 2.9	0.010 0.068	7.9 11.0	0.013 0.002
Trastornos de conducta perturbadora	Problemas de Conducta	0.8 8.0	0.344 0.003	7.7 4.0	0.004 0.032	8.5 12.0	0.009 0.001
Tr. Conducta-Disocial		4.9 2.6	0.022 0.098	5.2 6.2	0.016 0.009	10.0 8.8	0.004 0.008

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (YSR-DICA-C o DICA-A)

Diagnósticos DICA-IV mediante información separada padres-hijos:

La Escala DSM-Pr.Afectivos del CBCL supone un incremento de variabilidad significativo sobre los diagnósticos DICA-IV en la predicción del CGAS. Sobre los Tr.Estado Ánimo y Tr.Depresivo Mayor implica un incremento del 3.4% y 3.2%, respectivamente. Sobre el diagnóstico de Distimia explica un porcentaje mayor de variabilidad (7.4%), explicando prácticamente la totalidad de la variabilidad observada en el CGAS. La Escala DSM-Pr.Ansiedad aumenta la variabilidad explicada del CGAS al sumarse su poder predictivo al diagnóstico de Tr.Ansiedad DICA-IV (incremento de 3.4%). Esta Escala supone también un incremento significativo de la variabilidad sobre el Tr.Ansiedad Separación y Fobia Social (3.1 y 3.5%, respectivamente); y especialmente importante sobre la Fobia Específica al incrementar en 5.8% la variabilidad inicial de 0.6%. La Escala DSM-Pr.Conducta incrementa la validez inicial explicada por el Tr.Conducta-Disocial un 3.7%, y en 3.1% sobre el diagnóstico de Tr.Conducta Perturbadora. Las Escalas DSM CBCL presentan entre el 0.1% y 7.4% de validez incremental sobre el CGAS.

El porcentaje de variabilidad explicada por las Escalas DSM YSR, en la estimación del CGAS, sobre los diagnósticos DICA-IV oscila entre el 2.9% y 22.7%. La Escala DSM-Pr.Afectivos explica porcentajes de variabilidad del CGAS superiores a los explicados diagnósticos DICA-IV; incrementa un 14% la variabilidad inicial aportada por Tr.Estado Ánimo y 13.5% sobre el Tr.Depresivo Mayor. El incremento más notorio se observa sobre la Distimia, explicando el 22.7% de variabilidad final de 23.3%. La variabilidad explicada por DSM-Pr.Ansiedad se encuentra en un rango de 5.7% a 21.7%. El mayor incremento de variabilidad se produce sobre los diagnósticos DICA-IV Tr.Ansiedad Separación y Fobia Social (respectivamente, aumento de 21.1% y 17% en la variabilidad explicada del CGAS). Las Escalas DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta presentan valores de validez incremental ligeramente inferiores a los comentados (entre 2.9% y 6.2%).

Síntesis

Validez incremental de las Escalas DSM elevada sobre Trastornos Interiorizados DICA-IV en la estimación del CGAS

CBCL Información combinada padres-hijos:

Entre las Escalas DSM, destacan los valores de validez incremental (entre 4.2% y 7.4%) de:

DSM-Pr.Afectivos sobre el diagnóstico de Distimia

DSM-Pr.Conducta sobre Tr.Conducta Perturbadora

DSM-Pr.Ansiedad sobre el diagnóstico de Fobia Específica

Información separada padres:

Entre las Escalas DSM, destacan los valores de validez incremental (entre 3.7% y 7.4%) de:

DSM-Pr.Afectivos sobre el diagnóstico de Distimia

DSM-Pr.Ansiedad sobre el diagnóstico de Fobia Específica

DSM-Pr.Conducta sobre Tr.Conducta Disocial

YSR	<p><u>Información combinada padres-hijos:</u> Entre las Escalas DSM, destacan los valores de validez incremental (entre 9.8% y 22.9%) de: DSM-Pr.Afectivos sobre el diagnóstico de Distimia, y en menor grado sobre Tr.Estado Ánimo DSM-Pr.Ansiedad sobre todos los diagnósticos de Ansiedad, y específicamente sobre Tr.Ansiedad Separación, Fobia Específica y Fobia Social</p> <p><u>Información separada hijos:</u> Entre las Escalas DSM, destacan los valores de validez incremental (entre 17% y 22.7%) de: DSM-Pr.Afectivos sobre el diagnóstico de Distimia, y en menor grado sobre Tr.Estado Ánimo y Tr.Depresivo Mayor DSM-Pr.Ansiedad sobre Tr.Ansiedad Separación y Fobia Social</p>
------------	---

4.2.5.2. Validez incremental de las Escalas DSM sobre las Escalas de Síndromes en la estimación de diagnósticos DICA-IV

Diagnósticos DICA-IV mediante información combinada padres-hijos:

La validez incremental de las Escalas DSM CBCL sumada a la validez de las Escalas de Síndromes del mismo inventario en la estimación de diagnósticos DICA-IV figura en la Tabla 35. La Escala DSM CBCL que presenta los valores de validez incremental más elevados son DSM-Pr.Afectivos al estimar la presencia del Tr.Depresivo Mayor a partir del Síndrome Empírico de Aislamiento (incremento de un 8.3% sobre la validez total explicada), y esta misma Escala DSM sobre los Tr.Estado Ánimo DSM-IV (incremento del 8%). En estos dos casos, la Escala DSM contribuye significativamente en la explicación de la presencia de diagnósticos DSM-IV, mientras que el Síndrome Aislamiento no supone niveles de variabilidad tan elevados (4.4% y 4.7%, respectivamente). La misma Escala DSM-Pr.Afectivos presenta valores de validez incremental significativos, pero menores, sobre el Síndrome Ansiedad/Depresión. Otras Escalas DSM CBCL que suponen un aumento significativo en la validez explicada por los Síndromes Empíricos son DSM-Pr.Ansiedad sobre el Síndrome Ansiedad/Depresión al estimar la presencia de Fobia Específica (incremento de 6.9% en la variabilidad total explicada) y DSM-Pr.Conducta sobre el Síndrome Conducta de Romper Normas en la estimación de Tr.Conducta Perturbadora DSM-IV (validez incremental del 7.8%).

En la Tabla 36 aparece la validez incremental de las Escalas DSM YSR sobre las Escalas de Síndromes en la estimación de diagnósticos DICA-IV. Los valores más elevados los presenta la Escala DSM-Pr.Afectivos YSR sobre el Síndrome Empírico Aislamiento al estimar la presencia de Tr.Estado Ánimo y Tr.Depresivo Mayor (validez incremental del 7.1% y 8%, respectivamente). A este valor le sigue la validez incremental de DSM-Pr.Oposición Desafiante al estimar el Tr.Negativista Desafiante a partir de la Escala Empírica Conducta Agresiva (validez incremental del 6.7%); y DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad que incrementa la validez explicada por el Síndrome Problemas de Atención en un 4.6% al estimar los Tr. Conducta Perturbadora y en un 4.3% al estimar el Tr.Déficit de Atención e Hiperactividad DSM-IV. Estos valores no han alcanzado la significación estadística.

Diagnósticos DICA-IV mediante información separada padres-hijos:

La Escala DSM-Pr.Afectivos del CBCL presenta los valores más elevados de validez incremental (véase Tabla 35). Esta Escala DSM, sobre el Síndrome Aislamiento, incrementa un 13.2% de la variabilidad explicada al estimar la presencia de Tr.Estado Ánimo y un 13% al hacerlo sobre el Tr.Depresivo Mayor. Sumada al Síndrome Ansiedad/Depresión supone un aumento del 11.5% de la variabilidad en los Tr.Estado Ánimo y 9.9% en el Tr.Depresivo Mayor. La Escala DSM-Pr.Conducta sobre al Síndrome Conducta de Romper Normas incrementa en 12.3% la variabilidad en la estimación de Tr.Conducta Perturbadora y 5.7% en la predicción de Tr. Conducta-Disocia DSM-IV. Las Escalas DSM CBCL representan entre un 0.2% y 13.2% de validez incremental sobre los Síndromes Empíricos al estimar diagnósticos DICA-IV.

La validez incremental de las Escalas DSM YSR, sobre los Síndromes Empíricos del mismo inventario, en la estimación de diagnósticos DICA-IV ha presentado valores bajos y no significativos (véase Tabla 36). A pesar de no alcanzar la significación estadística, la Escala DSM-Pr.Ansiedad incrementa un 7% la variabilidad explicada en la estimación de Tr.Ansiedad Separación al sumar su poder predictivo al Síndrome Ansiedad/Depresión. La Escala DSM-Pr.Afectivos, sobre el Síndrome Aislamiento, explica el 3.4% de la variabilidad al predecir los Tr.Estado Ánimo y un 2.9% del Tr. Depresivo Mayor DSM-IV.

Tabla 35. Validez incremental de las Escalas DSM CBCL sobre las Escalas de Síndromes en la estimación de diagnósticos DICA-IV

Variable Independiente 1	Variable Independiente 2	Variable Dependiente	Paso 1 (VI 1) Validez Inicial		Paso 2 (VI 2) Validez Incremental		Paso 3 (VI1+VI2) Validez Total	
			R ² (%)	p	ΔR ² (%)	p	R ² (%)	p
Escalas Síndromes Empíricos	Escalas DSM CBCL	Trastornos DSM-IV						
Aislamiento	Problemas Afectivos	Trastornos estado de ánimo	2.9¹ 4.7 ²	0.004 <.0005	8.0 13.2	<.0005 <.0005	10.9 17.9	<.0005 <.0005
Aislamiento	Problemas Afectivos	Trastornos depresivo mayor	2.3 4.4	0.010 0.001	8.3 13.0	<.0005 <.0005	10.6 17.4	<.0005 <.0005
Aislamiento	Problemas Afectivos	Distimia	2.4 2.8	0.143 0.124	2.0 2.2	0.179 0.179	4.4 5.0	0.139 0.124
Ansiedad / Depresión	Problemas Afectivos	Trastornos estado de ánimo	5.9 6.2	<.0005 <.0005	5.9 11.5	<.0005 <.0005	11.8 17.7	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Afectivos	Trastornos depresivo mayor	5.7 7.0	<.0005 <.0005	5.6 9.9	<.0005 <.0005	11.3 16.9	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Afectivos	Distimia	0.4 0.3	0.549 0.598	6.8 6.7	0.017 0.018	7.2 7.0	0.047 0.052
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Trastornos de ansiedad	12.2 10.3	<.0005 <.0005	0.5 3.2	0.191 0.001	12.7 13.5	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Tr. Ansiedad de separación	6.9 6.0	<.0005 0.001	3.6 2.2	0.007 0.044	10.5 8.2	<.0005 0.001
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Tr. Ansiedad generalizada	13.8 13.0	<.0005 <.0005	0.1 0.8	0.652 0.158	13.9 13.8	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Fobia específica	9.7 5.8	<.0005 0.003	6.9 3.6	<.0005 0.018	16.6 9.4	<.0005 0.001
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Fobia social	5.2 5.6	<.0005 0.001	0.0 0.2	0.801 0.585	5.2 5.8	0.002 0.002
Problemas de Atención	Pr. Déficit Atención e Hiperactividad	Tr. Conducta perturbadora	29.2 29.0	<.0005 <.0005	2.4 3.0	0.002 <.0005	31.6 32.0	<.0005 <.0005
Problemas de Atención	Pr. Déficit Atención e Hiperactividad	Tr. Déficit de Atención con hiperactividad	30.7 31.6	<.0005 <.0005	0.9 3.1	0.059 0.001	31.6 34.7	<.0005 <.0005

Continúa

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (CBCL-DICA-P)

Variable Independiente 1	Variable Independiente 2	Variable Dependiente	Paso 1 (VI 1) Validez Inicial		Paso 2 (VI 2) Validez Incremental		Paso 3 (VI1+VI2) Validez Total	
			R ² (%)	p	ΔR ² (%)	p	R ² (%)	p
Escalas Síndromes Empíricos	Escalas DSM CBCL	Trastornos DSM-IV						
Conducta Agresiva	Pr. por Oposición Desafiante	Tr. Conducta perturbadora	35.3 42.6	<.0005 <.0005	0.6 0.5	0.111 0.144	35.9 43.1	<.0005 <.0005
Conducta Agresiva	Pr. por Oposición Desafiante	Tr. Negativista Desafiante	43.8 44.1	<.0005 <.0005	2.0 1.6	0.002 0.007	45.8 45.7	<.0005 <.0005
Conducta Romper Normas	Problemas de Conducta	Tr. Conducta perturbadora	23.6 22.2	<.0005 <.0005	7.8 12.3	<.0005 <.0005	31.4 34.5	<.0005 <.0005
Conducta Romper Normas	Problemas de Conducta	Tr. Conducta-Disocial	18.5 27.1	<.0005 <.0005	4.0 5.7	0.001 0.002	22.5 32.8	<.0005 <.0005

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (CBCL-DICA-P)

Tabla 36. Validez incremental de las Escalas DSM YSR sobre las Escalas de Síndromes en la estimación de diagnósticos DICA-IV

Variable Independiente 1	Variable Independiente 2	Variable Dependiente	Paso 1 (VI 1) Validez Inicial		Paso 2 (VI 2) Validez Incremental		Paso 3 (VI1+VI2) Validez Total	
			R ² (%)	p	ΔR ² (%)	p	R ² (%)	p
Escalas Síndromes Empíricos	Escalas DSM CBCL	Trastornos DSM-IV						
Aislamiento	Problemas Afectivos	Trastornos estado de ánimo	25.2¹ 23.9 ²	<.0005 <.0005	7.1 3.4	0.008 0.083	32.3 27.3	<.0005 <.0005
Aislamiento	Problemas Afectivos	Trastornos depresivo mayor	32.0 32.2	<.0005 <.0005	8.0 2.9	0.004 0.101	40.0 35.1	<.0005 <.0005
Aislamiento	Problemas Afectivos	Distimia	1.4 3.0	0.496 0.314	1.1 0.1	0.543 0.870	2.5 3.1	0.659 0.594
Ansiedad / Depresión	Problemas Afectivos	Trastornos estado de ánimo	25.2 24.7	<.0005 <.0005	4.0 0.3	0.047 0.595	29.2 25.0	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Afectivos	Trastornos depresivo mayor	36.7 34.4	<.0005 <.0005	3.4 0.2	0.060 0.605	40.1 34.6	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Afectivos	Distimia	0.9 0.4	0.564 0.698	0.0 0.5	0.884 0.698	0.9 0.9	0.838 0.860
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Trastornos de ansiedad	19.8 19.5	<.0005 <.0005	0.0 0.2	0.913 0.690	19.8 19.7	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Tr. Ansiedad de separación	2.3 0.1	0.413 0.865	3.0 7.0	0.343 0.193	5.3 7.1	0.456 0.423
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Tr. Ansiedad generalizada	21.9 22.0	<.0005 <.0005	0.3 1.2	0.634 0.328	22.2 23.2	<.0005 <.0005
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Fobia específica	1.4 0.8	0.296 0.496	1.7 0.9	0.260 0.488	3.1 1.7	0.308 0.624
Ansiedad / Depresión	Problemas Ansiedad	Fobia social	5.1 15.9	0.076 0.002	2.4 1.1	0.223 0.409	7.5 17.0	0.099 0.007
Problemas de Atención	Pr. Déficit Atención e Hiperactividad	Tr. Conducta perturbadora	3.8 11.8	0.080 0.002	4.6 2.9	0.053 0.112	8.4 14.7	0.033 0.002
Problemas de Atención	Pr. Déficit Atención e Hiperactividad	Tr. Déficit de Atención con hiperactividad	3.1 -	0.133 -	4.3 -	0.074 -	7.4 -	0.066 -

Continúa

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (YSR-DICA-C o DICA-A)

Variable Independiente 1	Variable Independiente 2	Variable Dependiente	Paso 1 (VI 1) Validez Inicial		Paso 2 (VI 2) Validez Incremental		Paso 3 (VI1+VI2) Validez Total	
			R ² (%)	p	ΔR ² (%)	p	R ² (%)	p
Escalas Síndromes Empíricos	Escalas DSM CBCL	Trastornos DSM-IV						
Conducta Agresiva	Pr. por Oposición Desafiante	Tr. Conducta perturbadora	10.2 21.9	0.004 <.0005	3.4 2.7	0.084 0.113	13.6 24.6	0.004 <.0005
Conducta Agresiva	Pr. por Oposición Desafiante	Tr. Negativista Desafiante	14.0 24.5	0.001 <.0005	6.7 2.9	0.013 0.104	20.7 27.4	<.0005 <.0005
Conducta Romper Normas	Problemas de Conducta	Tr. Conducta perturbadora	9.8 25.7	<.0005 <.0005	0.1 0.0	0.863 0.832	9.9 25.7	0.018 <.0005
Conducta Romper Normas	Problemas de Conducta	Tr. Conducta-Disocial	15.0 13.8	0.002 0.006	2.4 2.4	0.200 0.074	17.4 19.3	0.003 0.004

¹Información de Trastornos DSM-IV a partir de información combinada de padres e hijos en DICA-P y DICA-C o DICA-A

²Información de Trastornos DSM-IV a partir de información separada de padres e hijos (YSR-DICA-C o DICA-A)

Síntesis

Valores bajos de validez incremental de las Escalas DSM en la estimación de diagnósticos DICA-IV a partir de las Escalas de Síndromes

CBCL Las Escalas DSM añaden, en general, poco a las Escalas de Síndromes

Información combinada padres-hijos:

Entre las Escalas DSM, destacan los valores de validez incremental de:

DSM-Pr.Afectivos sobre el Síndrome Aislamiento

DSM-Pr.Afectivos sobre el Síndrome Ansiedad/Depresión

Información separada padres:

Entre las Escalas DSM CBCL, destacan los valores de validez incremental de:

DSM-Pr.Afectivos sobre el Síndrome Aislamiento

DSM-Pr.Afectivos sobre el Síndrome Ansiedad/Depresión

DSM-Pr.Conducta sobre el Síndrome Conducta Romper Normas

YSR Las Escalas DSM no presentan valores significativos

Información combinada padres-hijos:

Entre las Escalas DSM YSR, destacan los valores de validez incremental de:

DSM-Pr.Afectivos sobre el Síndrome Aislamiento

DSM-Pr.Oposición Desafiante sobre Síndrome Conducta Agresiva

DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad que sobre Síndrome Problemas Atención

Información separada hijos:

Entre las Escalas DSM YSR, destacan los valores de validez incremental de:

DSM-Pr.Ansiedad sobre Síndrome Ansiedad/Depresión al estimar, únicamente,

Tr.Ansiedad Separación

DSM-Pr.Afectivos sobre el Síndrome Aislamiento

4.3. PUNTOS DE CORTE DE LAS ESCALAS DSM

Los posibles puntos de corte de las Escalas DSM del CBCL han sido estudiados separadamente en función del sexo y la edad (de 8 a 11 años y de 12 a 17 años), y en función del sexo en las Escalas DSM del YSR (véase Tabla 37).

Tabla 37. Número de casos presentes en cada submuestra

		Edad	
		8-11 años	12-17 años
CBCL	Sexo femenino	N = 30	N = 179
	Sexo masculino	N = 72	N = 179
YSR	Sexo femenino	-	N = 56
	Sexo masculino	-	N = 52

Tabla 38. Relación entre Escalas DSM y diagnósticos categoriales DSM-IV (DICA-IV)

Escalas DSM	Diagnósticos DSM-IV
Problemas Afectivos	Trastornos del Estado de Ánimo
Problemas Ansiedad	Trastornos de Ansiedad
Pr. Atención/Hiperactividad	Trastorno Déficit Atención con Hiperactividad
Pr. Oposición Desafiante	Trastorno Negativista Desafiante
Problemas Conducta	Trastorno de Conducta Disocial

Los diagnósticos de referencia se han establecido a partir de la información combinada padres-hijos obtenida en la DICA-IV, según criterios DSM-IV. En este caso se ha optado por la combinación de las fuentes de información por ser el criterio comúnmente utilizado en la práctica clínica para establecer la presencia de trastornos. Las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad se han relacionado con grandes categorías diagnósticas, mientras que el resto de Escalas DSM han sido estudiadas en función de diagnósticos específicos presentes en el DSM-IV (véase Tabla 38).

El cálculo de los posibles puntos de corte se ha realizado a partir de las puntuaciones directas en cada Escala DSM. Achenbach y Rescorla (2001) recomiendan realizar todo tipo de análisis con estas puntuaciones dado que representan de modo más fidedigno la variabilidad observada en cada Escala DSM. Los análisis se han realizado mediante el cálculo de Curvas ROC, las cuales permiten estimar el área bajo la curva (AUC) utilizado como indicador de la exactitud global. Los valores predictivos de la prueba se han calculado para la prevalencia de los trastornos en la muestra estudiada (véase Tabla 37).

Las Tablas 39 a 44 presentan estimaciones de sensibilidad, especificidad, así como valores predictivos positivos y negativos de las Escalas DSM para distintos puntos de corte. Asimismo, se presenta también el Índice de Youden (1950) que indica el punto de corte óptimo cuando se aplica la prueba en un contexto donde hay un 50% de sujetos con el trastorno y el coste de los falsos positivos es el mismo que el de los falsos negativos. En negrita se destacan los puntos de corte propuestos por Achenbach y Rescorla (2001) en los baremos americanos.

4.3.1. Sensibilidad, Especificidad y Valores Predictivos para puntos de corte de las Escalas DSM del CBCL

En las Tablas 39 a 42 se presentan los diferentes puntos de corte estudiados en las 4 submuestras del CBCL. Estas tablas permiten escoger el punto de corte en función de la sensibilidad y especificidad deseada. Si se desea un cribado que deje escapar pocos casos deberemos escoger un punto de corte al que le corresponda una sensibilidad alta. Esta elección será especialmente interesante en caso de utilizar la prueba en contextos clínicos, a pesar de que dará lugar a muchos falsos positivos.

Tabla 39. Escalas DSM CBCL, edad: 8-11 años, sexo: femenino (n=30)

Escalas DSM CBCL								
Pr.Afectivos								
Area Under Curve: AUC= ,34821 (95% CI: ,18456 to ,54310) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 2,00	100,0	10,7	10,7	1,12	.	7,4	100,0	
>= 3,00	50,0	25,0	-25,0	,67	,50	4,5	87,5	
>= 4,00	50,0	46,4	-3,6	,93	,93	6,3	92,9	
>= 5,00	,0	57,1	-42,9	,00	,57	.	88,9	
>= 6,00	,0	71,4	-28,6	,00	,71	.	90,9	
>= 7,00	,0	78,6	-21,4	,00	,79	.	91,7	
>= 10,00	,0	89,3	-10,7	,00	,89	.	92,6	
>= 11,00	,0	92,9	-7,1	,00	,93	.	92,9	
>= 12,00	,0	96,4	-3,6	,00	,96	.	93,1	
(*)SAMPLE prevalence= 6,67%								
Pr.Ansiedad								
Area Under Curve: AUC= ,55882 (95% CI: ,36691 to ,73868) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	100,0	15,4	15,4	1,18	.	60,7	100,0	
>= 2,00	88,2	30,8	19,0	1,27	2,62	62,5	66,7	
>= 3,00	76,5	30,8	7,2	1,10	1,31	59,1	50,0	
>= 4,00	52,9	61,5	14,5	1,38	1,31	64,3	50,0	
>= 5,00	23,5	69,2	-7,2	,76	,91	50,0	40,9	
>= 6,00	23,5	76,9	,5	1,02	1,01	57,1	43,5	
>= 7,00	5,9	84,6	-9,5	,38	,90	33,3	40,7	
>= 8,00	,0	92,3	-7,7	,00	,92	.	41,4	
(*)SAMPLE prevalence= 56,67%								
Pr.Atención/Hiperactividad								
Area Under Curve: AUC= ,84000 (95% CI: ,66065 to ,94751) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 3,00	100,0	30,0	30,0	1,43	.	41,7	100,0	
>= 5,00	90,0	50,0	40,0	1,80	5,00	47,4	90,9	
>= 6,00	80,0	80,0	60,0	4,00	4,00	66,7	88,9	
>= 7,00	70,0	85,0	55,0	4,67	2,83	70,0	85,0	
>= 8,00	50,0	90,0	40,0	5,00	1,80	71,4	78,3	
>= 9,00	30,0	95,0	25,0	6,00	1,36	75,0	73,1	
>= 10,00	20,0	95,0	15,0	4,00	1,19	66,7	70,4	
>= 12,00	10,0	100,0	10,0	.	1,11	100,0	69,0	
(*)SAMPLE prevalence= 33,33%								

Continúa

Pr.Oposición Desafiante

Area Under Curve: AUC= ,80622 (95% CI: ,62141 to ,92685) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 3,00	100,0	36,8	36,8	1,58	.	47,8	100,0
>= 4,00	90,9	47,4	38,3	1,73	5,21	50,0	90,0
>= 5,00	90,9	63,2	54,1	2,47	6,95	58,8	92,3
>= 6,00	63,6	78,9	42,6	3,02	2,17	63,6	78,9
>= 7,00	54,5	84,2	38,8	3,45	1,85	66,7	76,2
>= 8,00	27,3	89,5	16,7	2,59	1,23	60,0	68,0
>= 9,00	18,2	94,7	12,9	3,45	1,16	66,7	66,7
>= 10,00	9,1	100,0	9,1	.	1,10	100,0	65,5

(*)SAMPLE prevalence=**36,67%**

Pr.Conducta

Area Under Curve: AUC= ,55172 (95% CI: ,36028 to ,73257) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 3,00	100,0	51,7	51,7	2,07	.	6,7	100,0
>= 4,00	,0	58,6	-41,4	,00	,59	.	94,4
>= 5,00	,0	65,5	-34,5	,00	,66	.	95,0
>= 6,00	,0	72,4	-27,6	,00	,72	.	95,5
>= 7,00	,0	79,3	-20,7	,00	,79	.	95,8
>= 8,00	,0	82,8	-17,2	,00	,83	.	96,0
>= 9,00	,0	93,1	-6,9	,00	,93	.	96,4
>= 11,00	,0	96,6	-3,4	,00	,97	.	96,6

(*)SAMPLE prevalence=**3,33%**

Tabla 40. Escalas DSM CBCL, edad: 8-11 años, sexo: masculino (n=72)

Escalas DSM CBCL								
Pr.Afectivos								
Area Under Curve: AUC= ,93199 (95% CI: ,84721 to ,97788) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 7,00	100,0	80,9	80,9	5,23	.	23,5	100,0	
>= 8,00	75,0	89,7	64,7	7,29	3,59	30,0	98,4	
>= 9,00	75,0	92,6	67,6	10,20	3,71	37,5	98,4	
>= 11,00	25,0	95,6	20,6	5,67	1,27	25,0	95,6	
>= 12,00	25,0	97,1	22,1	8,50	1,29	33,3	95,7	
>= 14,00	25,0	98,5	23,5	17,00	1,31	50,0	95,7	
(*)SAMPLE prevalence=5,56%								
Pr.Ansiedad								
Area Under Curve: AUC= ,68047 (95% CI: ,56005 to ,78551) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	96,9	5,0	1,9	1,02	1,60	44,9	66,7	
>= 2,00	87,5	17,5	5,0	1,06	1,40	45,9	63,6	
>= 3,00	81,3	42,5	23,8	1,41	2,27	53,1	73,9	
>= 4,00	68,8	65,0	33,8	1,96	2,08	61,1	72,2	
>= 5,00	53,1	70,0	23,1	1,77	1,49	58,6	65,1	
>= 6,00	37,5	87,5	25,0	3,00	1,40	70,6	63,6	
>= 7,00	25,0	95,0	20,0	5,00	1,27	80,0	61,3	
>= 8,00	12,5	95,0	7,5	2,50	1,09	66,7	57,6	
>= 9,00	6,3	97,5	3,8	2,50	1,04	66,7	56,5	
>= 10,00	3,1	97,5	,6	1,25	1,01	50,0	55,7	
>= 11,00	3,1	100,0	3,1	.	1,03	100,0	56,3	
(*)SAMPLE prevalence=44,44%								
Pr.Atención/Hiperactividad								
Area Under Curve: AUC= ,77737 (95% CI: ,66391 to ,86699) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	95,6	3,7	-,7	,99	,83	62,3	33,3	
>= 2,00	95,6	14,8	10,4	1,12	3,33	65,2	66,7	
>= 3,00	95,6	22,2	17,8	1,23	5,00	67,2	75,0	
>= 4,00	93,3	37,0	30,4	1,48	5,56	71,2	76,9	
>= 5,00	88,9	55,6	44,4	2,00	5,00	76,9	75,0	
>= 6,00	77,8	59,3	37,0	1,91	2,67	76,1	61,5	
>= 7,00	66,7	77,8	44,4	3,00	2,33	83,3	58,3	
>= 8,00	46,7	88,9	35,6	4,20	1,67	87,5	50,0	
>= 9,00	33,3	92,6	25,9	4,50	1,39	88,2	45,5	
>= 10,00	20,0	96,3	16,3	5,40	1,20	90,0	41,9	
>= 11,00	11,1	96,3	7,4	3,00	1,08	83,3	39,4	
>= 12,00	6,7	100,0	6,7	.	1,07	100,0	39,1	
(*)SAMPLE prevalence=62,50%								

Continúa

Pr.Oposición Desafiante

Area Under Curve: AUC= ,85455 (95% CI: ,75164 to ,92658) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 2,00	100,0	22,2	22,2	1,29	.	56,3	100,0
>= 3,00	97,2	38,9	36,1	1,59	14,00	61,4	93,3
>= 4,00	91,7	52,8	44,4	1,94	6,33	66,0	86,4
>= 5,00	88,9	66,7	55,6	2,67	6,00	72,7	85,7
>= 6,00	63,9	86,1	50,0	4,60	2,38	82,1	70,5
>= 7,00	50,0	88,9	38,9	4,50	1,78	81,8	64,0
>= 8,00	41,7	97,2	38,9	15,00	1,67	93,8	62,5
>= 9,00	22,2	100,0	22,2	.	1,29	100,0	56,3

(*)SAMPLE prevalence=50,00%

Pr.Conducta

Area Under Curve: AUC= ,77014 (95% CI: ,65595 to ,86113) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 2,00	100,0	23,3	23,3	1,30	.	20,7	100,0
>= 3,00	83,3	41,7	25,0	1,43	2,50	22,2	92,6
>= 4,00	83,3	58,3	41,7	2,00	3,50	28,6	94,6
>= 5,00	75,0	68,3	43,3	2,37	2,73	32,1	93,2
>= 6,00	66,7	81,7	48,3	3,64	2,45	42,1	92,5
>= 7,00	66,7	83,3	50,0	4,00	2,50	44,4	92,6
>= 8,00	41,7	86,7	28,3	3,13	1,49	38,5	88,1
>= 9,00	33,3	88,3	21,7	2,86	1,33	36,4	86,9
>= 10,00	25,0	91,7	16,7	3,00	1,22	37,5	85,9
>= 11,00	16,7	93,3	10,0	2,50	1,12	33,3	84,8
>= 12,00	16,7	95,0	11,7	3,33	1,14	40,0	85,1
>= 13,00	16,7	96,7	13,3	5,00	1,16	50,0	85,3
>= 14,00	8,3	98,3	6,7	5,00	1,07	50,0	84,3
>= 16,00	,0	98,3	-1,7	,00	,98	.	83,1

(*)SAMPLE prevalence=16,67%

Tabla 41. Escalas DSM CBCL, edad: 12-17 años, sexo: femenino (n=179)

Escalas DSM CBCL								
Pr.Afectivos								
Area Under Curve: AUC= ,61464 (95% CI: ,53428 to ,69064) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	98,8	5,1	3,8	1,04	4,05	51,3	80,0	
>= 2,00	91,3	12,7	3,9	1,04	1,45	51,4	58,8	
>= 3,00	87,5	22,8	10,3	1,13	1,82	53,4	64,3	
>= 4,00	83,8	31,6	15,4	1,23	1,95	55,4	65,8	
>= 5,00	66,3	44,3	10,6	1,19	1,31	54,6	56,5	
>= 6,00	52,5	57,0	9,5	1,22	1,20	55,3	54,2	
>= 7,00	47,5	64,6	12,1	1,34	1,23	57,6	54,8	
>= 8,00	41,3	79,7	21,0	2,04	1,36	67,3	57,3	
>= 9,00	33,8	84,8	18,6	2,22	1,28	69,2	55,8	
>= 10,00	32,5	88,6	21,1	2,85	1,31	74,3	56,5	
>= 11,00	21,3	92,4	13,7	2,80	1,17	73,9	53,7	
>= 12,00	16,3	93,7	9,9	2,57	1,12	72,2	52,5	
>= 13,00	11,3	94,9	6,2	2,22	1,07	69,2	51,4	
>= 15,00	6,3	100,0	6,3	.	1,07	100,0	51,3	
(*)SAMPLE prevalence= 50,31%								
Pr.Ansiedad								
Area Under Curve: AUC= ,64078 (95% CI: ,56098 to ,71523) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	95,1	15,8	10,9	1,13	3,22	66,9	64,3	
>= 2,00	84,3	29,8	14,1	1,20	1,90	68,3	51,5	
>= 3,00	66,7	50,9	17,5	1,36	1,53	70,8	46,0	
>= 4,00	41,2	75,4	16,6	1,68	1,28	75,0	41,7	
>= 5,00	28,4	87,7	16,2	2,32	1,23	80,6	40,7	
>= 6,00	19,6	96,5	16,1	5,59	1,20	90,9	40,1	
>= 7,00	12,7	100,0	12,7	.	1,15	100,0	39,0	
(*)SAMPLE prevalence= 64,15%								
Pr.Atención/Hiperactividad								
Area Under Curve: AUC= ,72760 (95% CI: ,65142 to ,79509) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	95,5	10,9	6,4	1,07	2,41	14,7	93,8	
>= 2,00	95,5	24,8	20,3	1,27	5,46	16,9	97,1	
>= 3,00	81,8	41,6	23,4	1,40	2,29	18,4	93,4	
>= 4,00	77,3	51,8	29,1	1,60	2,28	20,5	93,4	
>= 5,00	59,1	62,8	21,9	1,59	1,53	20,3	90,5	
>= 6,00	54,5	72,3	26,8	1,97	1,59	24,0	90,8	
>= 7,00	54,5	81,0	35,6	2,87	1,78	31,6	91,7	
>= 8,00	54,5	92,0	46,5	6,79	2,02	52,2	92,6	
>= 9,00	31,8	95,6	27,4	7,27	1,40	53,8	89,7	
>= 10,00	18,2	97,1	15,3	6,23	1,19	50,0	88,1	
>= 12,00	13,6	97,8	11,4	6,23	1,13	50,0	87,6	
>= 13,00	4,5	99,3	3,8	6,23	1,04	50,0	86,6	
(*)SAMPLE prevalence= 13,84%								

Continúa

Pr.Oposición Desafiante

Area Under Curve: AUC= ,82194 (95% CI: ,75347 to ,87801) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 2,00	100,0	23,9	23,9	1,31	.	51,4	100,0
>= 3,00	98,6	40,9	39,5	1,67	29,05	57,4	97,3
>= 4,00	85,9	54,5	40,5	1,89	3,87	60,4	82,8
>= 5,00	66,2	76,1	42,3	2,77	2,25	69,1	73,6
>= 6,00	56,3	86,4	42,7	4,13	1,98	76,9	71,0
>= 7,00	46,5	95,5	41,9	10,23	1,78	89,2	68,9
>= 8,00	26,8	98,9	25,6	23,55	1,35	95,0	62,6
>= 9,00	11,3	100,0	11,3	.	1,13	100,0	58,3

(*)SAMPLE prevalence=**44,65%**

Pr.Conducta

Area Under Curve: AUC= ,75845 (95% CI: ,68430 to ,82272) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 1,00	95,2	12,3	7,6	1,09	2,59	14,2	94,4
>= 2,00	95,2	37,7	32,9	1,53	7,91	18,9	98,1
>= 3,00	90,5	47,1	37,6	1,71	4,95	20,7	97,0
>= 4,00	71,4	59,4	30,8	1,76	2,08	21,1	93,2
>= 5,00	61,9	67,4	29,3	1,90	1,77	22,4	92,1
>= 6,00	52,4	77,5	29,9	2,33	1,63	26,2	91,5
>= 7,00	47,6	86,2	33,9	3,46	1,65	34,5	91,5
>= 8,00	47,6	92,0	39,6	5,97	1,76	47,6	92,0
>= 9,00	42,9	93,5	36,3	6,57	1,64	50,0	91,5
>= 10,00	42,9	94,9	37,8	8,45	1,66	56,3	91,6
>= 11,00	38,1	96,4	34,5	10,51	1,56	61,5	91,1
>= 12,00	33,3	97,1	30,4	11,50	1,46	63,6	90,5
>= 13,00	33,3	97,8	31,2	15,33	1,47	70,0	90,6
>= 14,00	23,8	97,8	21,6	10,95	1,28	62,5	89,4
>= 15,00	19,0	99,3	18,3	26,29	1,23	80,0	89,0
>= 17,00	14,3	99,3	13,6	19,71	1,16	75,0	88,4
>= 19,00	9,5	99,3	8,8	13,14	1,10	66,7	87,8
>= 20,00	4,8	100,0	4,8	.	1,05	100,0	87,3

(*)SAMPLE prevalence=**13,21%**

Tabla 42. Escalas DSM CBCL, edad: 12-17 años, sexo: masculino (n=179)

Escalas DSM CBCL								
Pr.Afectivos								
Area Under Curve: AUC= ,66482 (95% CI: ,58574 to ,73762) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		PV-(%)
				LR+	1/LR-	PV+(%)		
>= 1,00	97,3	11,5	8,8	1,10	4,25	25,0	93,3	
>= 2,00	94,6	21,3	15,9	1,20	3,94	26,7	92,9	
>= 3,00	91,9	33,6	25,5	1,38	4,14	29,6	93,2	
>= 4,00	83,8	39,3	23,1	1,38	2,43	29,5	88,9	
>= 5,00	70,3	50,0	20,3	1,41	1,68	29,9	84,7	
>= 6,00	62,2	61,5	23,6	1,61	1,62	32,9	84,3	
>= 7,00	43,2	68,9	12,1	1,39	1,21	29,6	80,0	
>= 8,00	37,8	80,3	18,2	1,92	1,29	36,8	81,0	
>= 9,00	35,1	84,4	19,6	2,26	1,30	40,6	81,1	
>= 10,00	27,0	91,0	18,0	3,00	1,25	47,6	80,4	
>= 11,00	18,9	93,4	12,4	2,89	1,15	46,7	79,2	
>= 12,00	10,8	96,7	7,5	3,30	1,08	50,0	78,1	
>= 13,00	8,1	99,2	7,3	9,89	1,08	75,0	78,1	
>= 14,00	5,4	100,0	5,4	.	1,06	100,0	77,7	
(*)SAMPLE prevalence= 23,27%								
Pr.Ansiedad								
Area Under Curve: AUC= ,71416 (95% CI: ,63723 to ,78292) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		PV-(%)
				LR+	1/LR-	PV+(%)		
>= 1,00	98,6	7,0	5,6	1,06	5,09	47,4	85,7	
>= 2,00	93,2	18,6	11,8	1,14	2,72	49,3	76,2	
>= 3,00	79,5	44,2	23,6	1,42	2,15	54,7	71,7	
>= 4,00	63,0	70,9	33,9	2,17	1,92	64,8	69,3	
>= 5,00	46,6	80,2	26,8	2,36	1,50	66,7	63,9	
>= 6,00	35,6	94,2	29,8	6,13	1,46	83,9	63,3	
>= 7,00	21,9	97,7	19,6	9,42	1,25	88,9	59,6	
>= 8,00	17,8	98,8	16,6	15,32	1,20	92,9	58,6	
>= 9,00	6,8	100,0	6,8	.	1,07	100,0	55,8	
(*)SAMPLE prevalence= 45,91%								
Pr.Atención/Hiperactividad								
Area Under Curve: AUC= ,68806 (95% CI: ,60961 to ,75930) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		PV-(%)
				LR+	1/LR-	PV+(%)		
>= 1,00	98,8	2,7	1,5	1,02	2,27	53,5	66,7	
>= 2,00	98,8	6,8	5,6	1,06	5,68	54,6	83,3	
>= 3,00	90,5	13,5	4,0	1,05	1,42	54,3	55,6	
>= 4,00	85,7	27,0	12,7	1,17	1,89	57,1	62,5	
>= 5,00	78,6	43,2	21,8	1,38	2,02	61,1	64,0	
>= 6,00	65,5	64,9	30,3	1,86	1,88	67,9	62,3	
>= 7,00	58,3	73,0	31,3	2,16	1,75	71,0	60,7	
>= 8,00	44,0	83,8	27,8	2,72	1,50	75,5	56,9	
>= 9,00	33,3	90,5	23,9	3,52	1,36	80,0	54,5	
>= 10,00	21,4	94,6	16,0	3,96	1,20	81,8	51,5	
>= 11,00	15,5	95,9	11,4	3,82	1,14	81,3	50,0	
>= 12,00	8,3	98,6	7,0	6,17	1,08	87,5	48,7	
>= 13,00	2,4	100,0	2,4	.	1,02	100,0	47,4	
(*)SAMPLE prevalence= 53,16%								

Continúa

Pr.Oposición Desafiante

Area Under Curve: AUC= ,83436 (95% CI: ,76728 to ,88853) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 1,00	100,0	1,5	1,5	1,01	.	57,6	100,0
>= 2,00	98,9	7,4	6,3	1,07	6,69	58,8	83,3
>= 3,00	97,8	22,1	19,9	1,25	10,04	62,7	88,2
>= 4,00	92,3	47,1	39,4	1,74	6,12	70,0	82,1
>= 5,00	83,5	73,5	57,0	3,16	4,46	80,9	76,9
>= 6,00	67,0	82,4	49,4	3,80	2,50	83,6	65,1
>= 7,00	45,1	94,1	39,2	7,66	1,71	91,1	56,1
>= 8,00	33,0	97,1	30,0	11,21	1,45	93,8	52,0
>= 9,00	18,7	97,1	15,7	6,35	1,19	89,5	47,1
>= 10,00	6,6	98,5	5,1	4,48	1,05	85,7	44,1

(*)SAMPLE prevalence=57,23%

Pr.Conducta

Area Under Curve: AUC= ,79000 (95% CI: ,71839 to ,85048) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 1,00	97,1	13,6	10,7	1,12	4,62	23,4	94,4
>= 2,00	94,1	28,8	22,9	1,32	4,90	26,4	94,7
>= 3,00	91,2	42,4	33,6	1,58	4,81	30,1	94,6
>= 4,00	82,4	52,8	35,2	1,74	2,99	32,2	91,7
>= 5,00	76,5	63,2	39,7	2,08	2,69	36,1	90,8
>= 6,00	70,6	70,4	41,0	2,38	2,39	39,3	89,8
>= 7,00	70,6	77,6	48,2	3,15	2,64	46,2	90,7
>= 8,00	64,7	82,4	47,1	3,68	2,33	50,0	89,6
>= 9,00	52,9	84,8	37,7	3,48	1,80	48,6	86,9
>= 10,00	52,9	89,6	42,5	5,09	1,90	58,1	87,5
>= 11,00	47,1	92,8	39,9	6,54	1,75	64,0	86,6
>= 12,00	29,4	96,0	25,4	7,35	1,36	66,7	83,3
>= 13,00	23,5	98,4	21,9	14,71	1,29	80,0	82,6
>= 16,00	20,6	98,4	19,0	12,87	1,24	77,8	82,0
>= 17,00	17,6	99,2	16,8	22,06	1,20	85,7	81,6
>= 19,00	11,8	99,2	11,0	14,71	1,12	80,0	80,5
>= 20,00	5,9	99,2	5,1	7,35	1,05	66,7	79,5
>= 21,00	,0	99,2	-,8	,00	,99	.	78,5

(*)SAMPLE prevalence=21,38%

4.3.1. Sensibilidad, Especificidad y Valores Predictivos para puntos de corte de las Escalas DSM del YSR

Las Tablas 43 y 44 presentan los valores del estudio de los diferentes puntos de corte para las Escalas DSM del YSR. En negrita figura el punto de corte propuesto en cada Escala DSM por Achenbach y Rescorla (2001).

Tabla 43. Escalas DSM YSR, edad: 11-17 años, sexo: femenino (n=56)

Escalas DSM CBCL

Pr.Afectivos

Area Under Curve: AUC= ,90968 (95% CI: ,80248 to ,96977) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 3,00	100,0	29,0	29,0	1,41	.	53,2	100,0
>= 4,00	96,0	35,5	31,5	1,49	8,87	54,5	91,7
>= 5,00	96,0	51,6	47,6	1,98	12,90	61,5	94,1
>= 6,00	96,0	54,8	50,8	2,13	13,71	63,2	94,4
>= 7,00	96,0	71,0	67,0	3,31	17,74	72,7	95,7
>= 8,00	88,0	80,6	68,6	4,55	6,72	78,6	89,3
>= 9,00	88,0	87,1	75,1	6,82	7,26	84,6	90,0
>= 10,00	72,0	90,3	62,3	7,44	3,23	85,7	80,0
>= 11,00	56,0	93,5	49,5	8,68	2,13	87,5	72,5
>= 12,00	48,0	93,5	41,5	7,44	1,80	85,7	69,0
>= 13,00	44,0	96,8	40,8	13,64	1,73	91,7	68,2
>= 14,00	40,0	96,8	36,8	12,40	1,61	90,9	66,7
>= 15,00	28,0	96,8	24,8	8,68	1,34	87,5	62,5
>= 17,00	24,0	100,0	24,0	.	1,32	100,0	62,0

(*)SAMPLE prevalence=**44,64%**

Pr.Ansiedad

Area Under Curve: AUC= ,61916 (95% CI: ,47959 to ,74566) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 1,00	97,4	,0	-2,6	,97	.	69,1	.
>= 2,00	92,3	17,6	10,0	1,12	2,29	72,0	50,0
>= 3,00	76,9	35,3	12,2	1,19	1,53	73,2	40,0
>= 4,00	64,1	58,8	22,9	1,56	1,64	78,1	41,7
>= 5,00	56,4	64,7	21,1	1,60	1,48	78,6	39,3
>= 6,00	35,9	76,5	12,4	1,53	1,19	77,8	34,2
>= 7,00	17,9	88,2	6,2	1,53	1,08	77,8	31,9
>= 8,00	7,7	100,0	7,7	.	1,08	100,0	32,1

(*)SAMPLE prevalence=**69,64%**

Continúa

Pr.Atención/Hiperactividad

Area Under Curve: AUC= ,57813 (95% CI: ,43874 to ,70895) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 3,00	100,0	10,4	10,4	1,12	.	15,7	100,0
>= 4,00	87,5	16,7	4,2	1,05	1,33	14,9	88,9
>= 5,00	75,0	29,2	4,2	1,06	1,17	15,0	87,5
>= 6,00	62,5	41,7	4,2	1,07	1,11	15,2	87,0
>= 7,00	50,0	62,5	12,5	1,33	1,25	18,2	88,2
>= 8,00	37,5	77,1	14,6	1,64	1,23	21,4	88,1
>= 9,00	37,5	81,3	18,8	2,00	1,30	25,0	88,6
>= 10,00	12,5	87,5	,0	1,00	1,00	14,3	85,7
>= 11,00	12,5	91,7	4,2	1,50	1,05	20,0	86,3
>= 12,00	12,5	97,9	10,4	6,00	1,12	50,0	87,0
>= 13,00	12,5	100,0	12,5	.	1,14	100,0	87,3

(*)SAMPLE prevalence=**14,29%**

Pr.Oposición Desafiante

Area Under Curve: AUC= ,79949 (95% CI: ,67106 to ,89458) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 1,00	96,6	,0	-3,4	,97	.	50,9	.
>= 2,00	96,6	25,9	22,5	1,30	7,52	58,3	87,5
>= 3,00	86,2	48,1	34,4	1,66	3,49	64,1	76,5
>= 4,00	82,8	70,4	53,1	2,79	4,08	75,0	79,2
>= 5,00	69,0	77,8	46,7	3,10	2,51	76,9	70,0
>= 6,00	44,8	92,6	37,4	6,05	1,68	86,7	61,0
>= 7,00	27,6	96,3	23,9	7,45	1,33	88,9	55,3
>= 8,00	17,2	96,3	13,5	4,66	1,16	83,3	52,0
>= 10,00	6,9	100,0	6,9	.	1,07	100,0	50,0

(*)SAMPLE prevalence=**51,79%**

Pr.Conducta

Area Under Curve: AUC= ,72886 (95% CI: ,59346 to ,83901) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 2,00	100,0	2,0	2,0	1,02	.	12,7	100,0
>= 3,00	85,7	8,2	-6,1	,93	,57	11,8	80,0
>= 4,00	85,7	22,4	8,2	1,11	1,57	13,6	91,7
>= 5,00	85,7	36,7	22,4	1,35	2,57	16,2	94,7
>= 6,00	85,7	55,1	40,8	1,91	3,86	21,4	96,4
>= 7,00	71,4	75,5	46,9	2,92	2,64	29,4	94,9
>= 8,00	57,1	79,6	36,7	2,80	1,86	28,6	92,9
>= 9,00	57,1	81,6	38,8	3,11	1,90	30,8	93,0
>= 10,00	42,9	83,7	26,5	2,63	1,46	27,3	91,1
>= 11,00	28,6	83,7	12,2	1,75	1,17	20,0	89,1
>= 12,00	28,6	89,8	18,4	2,80	1,26	28,6	89,8
>= 13,00	28,6	91,8	20,4	3,50	1,29	33,3	90,0
>= 14,00	28,6	95,9	24,5	7,00	1,34	50,0	90,4
>= 16,00	14,3	95,9	10,2	3,50	1,12	33,3	88,7
>= 19,00	14,3	100,0	14,3	.	1,17	100,0	89,1

(*)SAMPLE prevalence=**12,50%**

Tabla 44. Escalas DSM YSR, edad: 11-17 años, sexo: masculino (n=52)

Escalas DSM CBCL								
Pr.Afectivos								
Area Under Curve: AUC= ,62269 (95% CI: ,47752 to ,75336) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	94,1	11,4	5,5	1,06	1,94	34,0	80,0	
>= 2,00	82,4	25,7	8,1	1,11	1,46	35,0	75,0	
>= 3,00	70,6	37,1	7,7	1,12	1,26	35,3	72,2	
>= 4,00	64,7	54,3	19,0	1,42	1,54	40,7	76,0	
>= 5,00	64,7	57,1	21,8	1,51	1,62	42,3	76,9	
>= 7,00	58,8	71,4	30,3	2,06	1,73	50,0	78,1	
>= 8,00	41,2	80,0	21,2	2,06	1,36	50,0	73,7	
>= 9,00	35,3	80,0	15,3	1,76	1,24	46,2	71,8	
>= 10,00	29,4	82,9	12,3	1,72	1,17	45,5	70,7	
>= 11,00	29,4	88,6	18,0	2,57	1,25	55,6	72,1	
>= 12,00	17,6	88,6	6,2	1,54	1,08	42,9	68,9	
>= 13,00	5,9	91,4	-2,7	,69	,97	25,0	66,7	
>= 15,00	5,9	94,3	,2	1,03	1,00	33,3	67,3	
>= 19,00	5,9	97,1	3,0	2,06	1,03	50,0	68,0	
>= 20,00	,0	97,1	-2,9	,00	,97	.	66,7	
(*)SAMPLE prevalence= 32,69%								
Pr.Ansiedad								
Area Under Curve: AUC= ,76537 (95% CI: ,62734 to ,87169) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 1,00	95,7	13,8	9,4	1,11	3,17	46,8	80,0	
>= 2,00	95,7	27,6	23,2	1,32	6,34	51,2	88,9	
>= 3,00	91,3	37,9	29,2	1,47	4,36	53,8	84,6	
>= 4,00	73,9	58,6	32,5	1,79	2,25	58,6	73,9	
>= 5,00	60,9	82,8	43,6	3,53	2,11	73,7	72,7	
>= 6,00	39,1	93,1	32,2	5,67	1,53	81,8	65,9	
>= 7,00	26,1	96,6	22,6	7,57	1,31	85,7	62,2	
>= 8,00	21,7	96,6	18,3	6,30	1,23	83,3	60,9	
>= 9,00	8,7	100,0	8,7	.	1,10	100,0	58,0	
(*)SAMPLE prevalence= 44,23%								
Pr.Atención/Hiperactividad								
Area Under Curve: AUC= ,68257 (95% CI: ,53726 to ,80580) (Exact)								
CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence		
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)	
>= 2,00	100,0	6,3	6,3	1,07	.	38,8	100,0	
>= 3,00	94,7	12,5	7,2	1,08	2,38	39,1	80,0	
>= 4,00	94,7	28,1	22,9	1,32	5,34	43,9	90,0	
>= 5,00	89,5	43,8	33,2	1,59	4,16	48,6	87,5	
>= 6,00	68,4	53,1	21,5	1,46	1,68	46,4	73,9	
>= 7,00	57,9	68,8	26,6	1,85	1,63	52,4	73,3	
>= 8,00	42,1	78,1	20,2	1,92	1,35	53,3	69,4	
>= 9,00	31,6	81,3	12,8	1,68	1,19	50,0	66,7	
>= 10,00	26,3	93,8	20,1	4,21	1,27	71,4	68,2	
>= 11,00	10,5	93,8	4,3	1,68	1,05	50,0	63,8	
>= 12,00	5,3	93,8	-1,0	,84	,99	33,3	62,5	
>= 13,00	,0	93,8	-6,3	,00	,94	.	61,2	
>= 14,00	,0	96,9	-3,1	,00	,97	.	62,0	
(*)SAMPLE prevalence= 37,25%								

Continúa

Pr.Oposición Desafiante

Area Under Curve: AUC= ,65530 (95% CI: ,51064 to ,78159) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 1,00	96,7	4,5	1,2	1,01	1,36	58,0	50,0
>= 2,00	93,3	13,6	7,0	1,08	2,05	59,6	60,0
>= 3,00	83,3	45,5	28,8	1,53	2,73	67,6	66,7
>= 4,00	60,0	54,5	14,5	1,32	1,36	64,3	50,0
>= 5,00	50,0	77,3	27,3	2,20	1,55	75,0	53,1
>= 6,00	30,0	86,4	16,4	2,20	1,23	75,0	47,5
>= 7,00	13,3	90,9	4,2	1,47	1,05	66,7	43,5
>= 8,00	6,7	95,5	2,1	1,47	1,02	66,7	42,9
>= 9,00	3,3	100,0	3,3	.	1,03	100,0	43,1

(*)SAMPLE prevalence=**57,69%**

Pr.Conducta

Area Under Curve: AUC= ,79048 (95% CI: ,65522 to ,89091) (Exact)

CUT-OFF	Se(%)	Sp(%)	Youden J(%)	Likelihood Ratios		Predictive Values* for SAMPLE Prevalence	
				LR+	1/LR-	PV+(%)	PV-(%)
>= 5,00	100,0	33,3	33,3	1,50	.	26,3	100,0
>= 6,00	80,0	42,9	22,9	1,40	2,14	25,0	90,0
>= 7,00	70,0	66,7	36,7	2,10	2,22	33,3	90,3
>= 8,00	70,0	73,8	43,8	2,67	2,46	38,9	91,2
>= 9,00	70,0	83,3	53,3	4,20	2,78	50,0	92,1
>= 10,00	50,0	90,5	40,5	5,25	1,81	55,6	88,4
>= 11,00	50,0	92,9	42,9	7,00	1,86	62,5	88,6
>= 13,00	40,0	97,6	37,6	16,80	1,63	80,0	87,2
>= 14,00	30,0	97,6	27,6	12,60	1,39	75,0	85,4
>= 16,00	10,0	97,6	7,6	4,20	1,08	50,0	82,0
>= 24,00	,0	97,6	-2,4	,00	,98	.	80,4

(*)SAMPLE prevalence=**19,23%**

DISCUSIÓN

Según Verhulst (1995) la utilización del CBCL en una población diferente para la que fue concebido comporta una serie de acciones entre las que destacan: a) traducción y retrotraducción del instrumento, b) utilización del instrumento en equipos de investigación, c) evaluación de sus propiedades psicométricas (fiabilidad, validez y estructura factorial), d) propuesta de normas para poblaciones normales y clínicas y e) evaluación de la generabilidad a otros contextos culturales. Como se ha comentado, existen numerosos estudios, en diferentes culturas, que sustentan las propiedades psicométricas del CBCL y YSR, pero no así de las Escalas DSM, por lo que las tres últimas acciones quedan pendientes de constatar en estas dimensiones. Por estar formadas por los mismos ítems que forman parte de las escalas de síndromes (Achenbach y Rescorla, 2001), se entiende que los pasos a y b se han repetido en numerosas ocasiones.

El objetivo general de este trabajo es, pues, estudiar las propiedades psicométricas de las Escalas DSM de los cuestionarios CBCL y YSR de Achenbach.

En primer lugar, se ha analizado la fiabilidad de las Escalas DSM en los dos inventarios de Achenbach, estudiando la consistencia interna de las escalas y el acuerdo entre padres e hijos al contestar a los ítems que las forman. En segundo lugar, se ha estudiado la validez a través de la relación entre las Escalas DSM y diferentes criterios psicopatológicos como la DICA-IV, los síndromes empíricos propuestos en el mismo inventario y las dificultades en el funcionamiento.

Por último, se han presentado las estimaciones de sensibilidad, especificidad y valores predictivos para distintos puntos de corte de las Escalas DSM en las submuestras estudiadas.

En este capítulo se discuten los resultados más destacados en función de los objetivos iniciales y las implicaciones clínicas y teóricas de los hallazgos.

5.1. FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DSM DEL CBCL Y YSR DE ACHENBACH

5.1.1. Consistencia interna de las Escalas DSM

Todas las Escalas DSM presentan una consistencia interna entre moderada y buena. Los valores observados son ligeramente inferiores a los obtenidos por el autor de las pruebas (véase Tabla 45). Estas diferencias se acentúan en el caso de las Escalas DSM CBCL y disminuyen en las YSR. Estos resultados discrepan de las

aportaciones que sustentan un aumento de los valores Alfa de Cronbach en muestras clínicas respecto a los obtenidos en población general (Döpfner, Berner y Lehmkuhl, 1995; 1997; Döpfner, Berner, Schmeck, Lehmkuhl y Poustka, 1995). Sin embargo, sí se observa la tendencia apuntada por Rubio-Stipec, Bird, Canino y Gould (1990) en las Escalas DSM CBCL, según la cual las escalas con baja prevalencia de problemas muestran menos consistencia interna. Entre las Escalas DSM CBCL, las que presentan los valores más elevados (DSM-Pr.Conducta y DSM-Pr.Oposición Desafiante) son también las que presentan los trastornos más prevalentes en la muestra. En el YSR, sin embargo, no es viable la misma argumentación. La Escala DSM-Pr.Afectivos obtiene el valor Alfa más elevado, pero no representa al trastorno más prevalente en esta muestra.

Al comparar los valores Alfa de Cronbach obtenidos en CBCL y YSR, se observan valores de consistencia interna superiores en las Escalas DSM YSR DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Somáticos y DSM-Pr.Déficit Atención/ Hiperactividad. Esta tendencia se invierte en las Escalas DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta en las que los valores Alfa obtenidos en las escalas del CBCL son superiores. La falta de insight inherente en estos 2 trastornos y las dificultades que ocasionan con el entorno puede justificar que los padres respondan con más consistencia que sus hijos a los ítems de estas escalas.

Los coeficientes Alfa obtenidos en cada Escala DSM CBCL son muy similares a los observados por Albores et al. (2007) en muestras clínicas, con valores comprendidos entre 0.63 (DSM-Pr.Ansiedad) y 0.89 (DSM-Pr.Conducta).

Ferdinand (2008) ofrece únicamente los valores referentes a las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad, diferenciando la consistencia interna de las escalas según si el informador es la madre o el padre. Al comparar sus datos con los del presente estudio, no se observan diferencias importantes en DSM-Pr.Afectivos, pero sí existen discrepancias en la consistencia de la DSM-Pr.Ansiedad, en la que Ferdinand presenta una Alfa de Cronbach de 0.78 en las madres y 0.75 en los padres, mientras que en la muestra española se ha obtenido un valor de 0.59. Una diferencia similar se observa en el coeficiente en esta Escala DSM obtenido por Nakamura et al. (2009).

En cuanto al YSR, los valores Alfa de Cronbach en la Escala DSM-Pr.Ansiedad observados en este estudio y en la investigación de Vreugdenhil et al. (2006) son idénticos, muy similares a los de van Lang et al. (2005) y notoriamente inferiores a los de Ferdinand (2008). En el estudio de van Lang et al. (2005) el valor Alfa en la Escala DSM-Pr.Afectivos es 0.14 inferior al obtenido en la muestra de este estudio, que se aproxima en cambio al presentado por Ferdinand (2008) y Aebi et al. (2009).

Tabla 45. Alfa de Cronbach de las Escalas DSM del CBCL y YSR en diferentes estudios

	Nº ítems	CBCL						YSR					
		Presente estudio	Achenbach y Rescorla (2001)	Albores et al. (2007)	Albores et al. (2007)	Ferdinand (2008)	Nakamura et al. (2009)	Presente estudio	Achenbach y Rescorla (2001)	Van Lang et al. (2005)	Vreugdenhil et al. (2006)	Ferdinand (2008)	Aebi et al. (2009)
		Muestra clínica N=420	Muestra clínica y no clínica N=3210	Muestra clínica N=202	Muestra general N=409	Muestra clínica N=255	Muestra clínica N=118 ²	Muestra clínica N=108	Muestra clínica y general N=1938	Muestra no clínica N=2186	Muestra clínica N=106	Muestra clínica N=150	Muestra clínica y no clínica N=280
Escalas DSM													
Pr. Afectivos	13	0.72	0.82	0.75	0.78	0.69-0.70 ¹	0.81	0.86	0.81	0.72	-	0.84	0.85
Pr. Ansiedad	6	0.59	0.72	0.63	0.69	0.78-0.75 ¹	0.79	0.58	0.67	0.62	0.58	0.73	-
Pr. Somáticos	8	0.70	0.75	0.72	0.69	-	0.71	0.75	0.75	-	-	-	-
Pr. Atención/Hiperactiv.	7	0.72	0.84	0.78	0.81	-	0.85	0.77	0.77	-	-	-	-
Pr. Negativismo	5	0.78	0.86	0.80	0.81	-	0.86	0.72	0.70	-	-	-	-
Pr. Conducta	17	0.82	0.91	0.89	0.85	-	0.89	0.77	0.83	-	0.81	-	-

¹Ferdinand distingue entre madres y padres. El primer valor ha sido calculado a partir de las respuestas de la madre y el segundo del padre

²Nakamura utiliza en su estudio CBCL/4-18 y CBCL/6-18. En esta tabla se incluyen únicamente los valores calculados a partir del CBCL/6-18.

Como se observa en la Tabla 45, la Escala DSM-Pr. Ansiedad presenta una consistencia casi aceptable, a la vez que es la Escala DSM que obtiene resultados más bajos en la mayoría de los estudios, excluyendo los datos que presenta Ferdinand (2008). Esta escala representa una nueva aportación a la información facilitada hasta el momento por los instrumentos ASEBA. Hasta la aparición de las Escalas DSM, las escalas empíricas propuestas por Achenbach (1991b; 1991c) evaluaban los síntomas de ansiedad conjuntamente con la depresión en la escala ansiedad/depresión. Lahey et al. (2004) han observado que la depresión, ansiedad generalizada y la ansiedad social se agrupan en un único factor de ansiedad / tristeza, mientras que la ansiedad de separación se agrupa con las fobias.

La ansiedad es una emoción relativamente frecuente que en ocasiones cuesta diferenciar de la anormalidad. La Escala DSM-Pr. Ansiedad cuenta con 6 ítems (11. Dependiente, 29. Miedos, 30. Miedo a la escuela, 45. Ansioso, 50. Ansioso / miedoso y 112. Se preocupa) para evaluar síntomas que no necesariamente deben presentarse de manera conjunta en el transcurso de un trastorno, a pesar de caracterizarse todos ellos por su carácter ansiógeno. Como comenta Ferdinand (2008), se trata de síntomas muy diversos, representativos de diferentes trastornos de ansiedad. Lahey et al. (2004) sustentan la presencia de dos tipos de ansiedad en psicopatología infantil: la *ansiedad*, que incluiría la ansiedad generalizada, pánico, obsesiones y compulsiones, y los *miedos*, que harían referencia a la presencia de fobia específica, ansiedad de separación y fobia social. Tal vez, la escasa variabilidad de la información que recoge la Escala DSM-Pr. Ansiedad, básicamente miedos y ansiedad, comporta una disminución en la consistencia interna de la escala, que en el caso de la escala empírica ansiedad / depresión presenta valores alrededor de 0.84 (Albores et al., 2007; Achenbach y Rescorla, 2001).

Watson (2005) afirma que los trastornos del humor y ansiedad podrían agruparse en una clase general de “trastornos emocionales” o “afectividad negativa” que, a su vez, puede dividirse en tres subclases: trastornos bipolares (bipolar I, bipolar II y ciclotimia), trastornos por malestar (depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada y trastorno por estrés post-traumático) y trastornos por miedo (trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y fobia específica). En un estudio reciente, Sala (2007) ha hallado dos dimensiones similares a las definidas como trastornos por malestar y trastornos por miedo. Como la autora comenta, los trastornos que forman parte de la primera subclase no son trastornos propios de la infancia ni de la adolescencia, por lo que no hallan réplica en su investigación.

De lo comentado hasta el momento se desprende que la depresión sería diferente de los miedos, pero podría tener aspectos comunes a la ansiedad generalizada y a la fobia social. Chorpita, Albano y Barlow (1998) han sido pioneros en exponer un **Modelo Tripartito** de las emociones negativas en adolescentes. Basados en aportaciones anteriores realizadas por otros autores (Clark y Watson, 1991; Watson, Clark et al., 1995; Watson, Weber et al., 1995) este modelo postula la existencia de tres factores muy correlacionados entre sí que explican los datos de depresión y diversos tipos de ansiedad: miedos, ansiedad y depresión. Más recientemente, Muris, Schmidt, Merckelbach y Schouten (2001) han examinado la estructura de las emociones negativas en una muestra de adolescentes procedentes de la población general. El análisis factorial confirmatorio sustenta la noción de que el miedo, la ansiedad y la depresión son componentes distintos de las emociones negativas. Lahey et al. (2004), tras utilizar pruebas de análisis factorial en una muestra de 1358 niños de 4 a 17 años, comprobaron que las nuevas hipótesis resultantes

diferían de las categorías diagnósticas del DSM-IV. Sus datos sugerían que algunos síntomas de ansiedad eran parte del síndrome depresivo; mientras que la ansiedad de separación, miedos y compulsiones constituyen una dimensión de ansiedad diferenciada. A pesar de estos estudios, la mayoría de las medidas de psicopatología infantil han sido creadas sin tener en cuenta esta teoría (Clark y Watson, 1991), hecho que puede comportar una falta de especificidad de los ítems utilizados, no siendo los más importantes ni indicados para evaluar un determinado problema. De ser así, este hecho estaría relacionado con la disminución de la consistencia interna de las medidas (Lonigan, Carey y Finch, 1994).

Hartman et al. (2001), después de utilizar técnicas de análisis factorial, han comprobado que los indicadores de Tr.Déficit de Atención e Hiperactividad y Tr.Negativista Desafiante tienden a ser más homogéneos y obtienen índices de consistencia interna superiores al Tr.Conducta, Ansiedad Generalizada o Depresión. Los valores obtenidos en el presente estudio no van en el mismo sentido, puesto que la Escala DSM-Pr.Conducta presenta el valor más elevado de los observados en el caso de la información proporcionada por los padres, de igual modo que ocurre en la Escala DSM-Pr.Afectivos cuando la información es reportada por los hijos. Es probable que estas dos escalas representen indicadores más homogéneos, o bien que su mayor consistencia interna se deba al mayor número de ítems de que disponen en comparación con otras escalas.

A pesar de que la consistencia interna de las Escalas DSM ha sido sustancial en la mayoría de estudios, este hecho no garantiza su validez. Como comentan Achenbach y Rescorla (2001), las escalas con una baja consistencia interna puede ser más válidas que aquellas que poseen índices superiores. La justificación de este hecho residiría en la posibilidad de que la escala con menor consistencia estuviera en realidad evaluando síntomas muy diferentes de un mismo trastorno.

5.1.2. Acuerdo padres-hijos en las Escalas DSM

El acuerdo entre padres e hijos en las Escalas DSM ha sido, en general, entre bajo y regularmente bueno.

Hasta el momento, este tipo de fiabilidad entre informadores ha sido poco estudiado en estas Escalas. Los únicos datos disponibles son los presentados por Achenbach y Rescorla (2001). Éstos han estudiado el acuerdo mediante el coeficiente de Pearson, que adopta en las escalas valores comprendidos ente 0.39 para las Escalas DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos, y 0.48 en las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Oposición Desafiante. Estas dos escalas presentan también los valores de acuerdo más elevados en el presente estudio, a la que se suma también DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad. La Escala DSM-Pr.Ansiedad presenta también un acuerdo bajo en la muestra estudiada, en la que se observa el menor acuerdo en DSM-Pr.Conducta. Este desacuerdo podría estar indicando el desconocimiento que presentan algunos padres acerca de ciertos comportamientos antisociales de sus hijos fuera del hogar (Sala, 2007). Según Hodges, Gordon y Lennon (1990) el mejor acuerdo entre padres e hijos se observa en los síntomas conductuales, es moderado para los síntomas depresivos y bajo para los síntomas ansiosos. El decremento en los acuerdos en estas 2 categorías ha sido también observado en el presente estudio.

Achenbach y Rescorla (2001) interpretan las correlaciones significativas de modestas a moderadas entre las puntuaciones de diferentes informadores, señalando que un único informador no puede sustituir a otro en la operacionalización de los constructos.

Esta relación modesta entre la información de los jóvenes y la de sus padres se observa en la mayoría de categorías diagnósticas (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Gadow y Sprafkin, 1999), lo cual es consistente con los hallazgos de numerosos estudios basados en escalas de evaluación (Achenbach, 1991b, 1991c; Jensen, Xenakis, Davis y DeGroot, 1988; Shaffer, Fisher y Dulcan, 1996) y entrevistas estructuradas (Boyle et al., 1993; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover y Kalas et al., 1986; Jensen, Rubio-Stipec et al., 1999; Reich, 2000).

Diversas hipótesis pueden explicar el bajo acuerdo entre las dos fuentes de información. En ocasiones, los adolescentes minimizan sus problemas (Gadow et al., 2002), produciéndose un incremento en los síntomas informados por los padres. A pesar de que muchos trastornos definidos en el DSM no requieren la conciencia de síntomas, estas discrepancias deberán reconducirse en el tratamiento. Sourander, Helstelä y Helenius (1999) estudiaron, en una muestra de 580 adolescentes de 15 y 16 años, el acuerdo entre padres e hijos en el CBCL y YSR, antes de la creación de las Escalas DSM. Los adolescentes informaban significativamente de más problemas que sus padres, a la vez que las chicas reportaban un nivel más elevado de malestar que los varones. Las discrepancias entre la información de los padres y la de los hijos eran mayores en los síntomas interiorizados. Los autores alertaban en su artículo del riesgo de no recibir la ayuda apropiada si, en caso de utilizar los padres como única fuente de información, éstos no notificaban la presencia de determinados síntomas. En general, los padres son mejores informadores de trastornos exteriorizados al comportar conductas observables en sus hijos; y éstos informan de más trastornos interiorizados (Jensen et al., 1996; Lucas et al., 2001; Youngstrom, Findling y Calabrese, 2003). Los niños concuerdan más con sus padres en la evaluación de trastornos exteriorizados que los adolescentes. Además, se han observado diferencias entre niños y adolescentes, siendo éstos últimos informadores más fiables en caso de problemas interiorizados (Edelbrock et al., 1986; Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello y Angold, 2001; Ezpeleta et al., 1995).

El acuerdo entre padres e hijos puede verse también afectado por el hecho de que los padres no ven al niño-adolescente en los diferentes ámbitos en que éste se desenvuelve. Eley, Lichtenstein y Moffitt (2003) apuntan al respecto que el ambiente puede ser un importante determinante en la aparición de determinadas conductas disruptivas. Según ellos, el desarrollo del síndrome de conducta agresiva está influenciado en gran parte por factores genéticos, mientras que la escala de conducta delictiva está más afectada por problemas ambientales.

Las discrepancias podrían explicarse también por el hecho de que padres e hijos valoren diferentes fenotipos. Es decir, es posible que mientras que los niños y los adolescentes estén valorando su estado de humor actual los padres estén valorando tendencias comportamentales de sus hijos basadas en largos períodos de tiempo (Rice, Harold y Thapar, 2002). Otro posible factor es el efecto del recuerdo retrospectivo de los síntomas y el estado mental del informante en el momento de hacer este esfuerzo memorístico (Sala, 2007).

Rescorla et al. (2007b), tras estudiar las diferencias entre informadores en el CBCL y YSR, concluyen que en las 19 sociedades de las que disponen datos se

observa un aumento significativo de las puntuaciones en el YSR. Esta tendencia de los jóvenes a informar de más problemas que sus padres se observa también ligeramente en la muestra estudiada (puntuación total de problemas en CBCL= 28.1 y YSR=30.2).

A raíz de lo expuesto, parece incuestionable que cada informador puede aportar fiabilidad y validez sobre diferentes aspectos, de modo que la presencia de desacuerdos no indicaría necesariamente “errores” en la recogida de información (Arsenault et al., 2003; Hodges, 1993; van der Valk, van den Oord, Verhulst y Boomsma, 2001). El comportamiento de los niños (y de los adultos) varía frecuentemente en función de diferentes ambientes y diferentes interacciones. Es más, dos observadores ante una misma situación pueden percibir aspectos distintos de la misma. Rescorla (2005), al analizar las correlaciones entre puntuaciones obtenidas de diferentes fuentes mediante instrumentos ASEBA en niños y adolescentes entre 1.5 y 19 años, observaron correlaciones alrededor de 0.60 entre pares de informantes de rol similar con respecto a los niños (parejas de padres o de maestros), y de tan solo 0.28 cuando las fuentes representaban roles más dispares (padres frente a profesores, o profesores frente a profesionales de la salud mental) (Achenbach et al., 1987). El bajo acuerdo entre informadores indica que un único informador no puede sustituir a otro. Así pues, obtener datos de múltiples informantes, aceptando el modesto acuerdo que se observa entre ellos, se convierte en un procedimiento esencial en la evaluación de niños y adolescentes (Achenbach et al., 2008).

5.1.3. Acuerdo padres-hijos en los ítems de las Escalas DSM

La comparación de la información obtenida del padre y su hijo se ha podido llevar a cabo gracias a que los ítems del CBCL y del YSR coinciden (ver Tabla 8, pág.39).

Los valores Kappa observados indican, en líneas generales, una concordancia moderada en los diferentes síntomas informados por padres e hijos. Los ítems que presentan un mayor o menor grado de acuerdo se distribuyen en las diferentes Escalas DSM. Este hecho contradice los hallazgos de otras investigaciones en las que se observa una disminución de la fiabilidad relacionada con un aumento de la dificultad para juzgar síntomas que no son observables objetivamente, es decir, en los que el grado de inferencia o complejidad aumenta (Schwab-Stone et al., 1993). En el presente estudio, síntomas no observables como tener complejo de inferioridad o sentirse culpable, vinculados directamente a la vivencia subjetiva del niño-adolescente, han obtenido un grado de acuerdo destacable. De igual modo, conductas directamente observables como el llanto, ser muy ruidoso o desobediente han presentado también elevados niveles de acuerdo.

La Escala DSM-Pr.Afectivos, en la que el acuerdo entre padres e hijos ha sido de los más elevados, presenta también grados de acuerdo en los distintos ítems moderadamente buenos. El ítem en el que se observa un menor grado de acuerdo hace referencia a la anhedonia, seguido de las ideas de suicidio. Como comentábamos anteriormente, otros síntomas subjetivos han presentado buenos niveles de acuerdo. Entre ellos, cabe destacar el acuerdo casi moderado, aunque significativo, obtenido en el ítem 103.Triste, un síntoma que ha mostrado gran poder de discriminación en niños y adolescentes que reciben atención psicológica (Achenbach y Rescorla, 2001; Verhulst et al., 1985).

Valores también aceptables se observan en la Escala DSM-Pr.Ansiedad, a pesar de que la literatura existente sustenta la presencia de correlaciones bajas entre niños y sus padres al informar de síntomas de trastornos de ansiedad (Chorpita et al., 1998). La presencia de preocupaciones y el hecho de ser miedoso no es percibido de igual forma por padres e hijos, mientras que miedos vinculados a estímulos concretos (29.Miedos a determinadas situaciones y 30.Miedos a la escuela) presentan un mayor grado de acuerdo. Es probable que las conductas evitativas que pueden presentar los niños en este tipo de situaciones facilite la detección de los síntomas por parte de sus padres.

En la Escala DSM-Pr.Somáticos se observa una débil tendencia a obtener más concordancia en las respuestas a aquellos ítems que evalúan síntomas observables (56e.Problemas piel, 56f.Dolor estómago y 56g.Vómitos). El resto de ítems de esta escala presentan un nivel de acuerdo casi bajo o bajo, entre los que destaca el obtenido por el ítem 56a.Dolores o molestias ($\kappa=-0.06$). Posiblemente la poca concreción de este síntoma explique en este caso la falta de acuerdo entre padres e hijos.

La media de los valores Kappa observados en la Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad ha sido una de las más elevadas. Todos los valores han sido significativos, exceptuando el obtenido en el síntoma de impulsividad. El resto de síntomas evaluados en esta escala presentan valores aceptables, independiente de si miden conductas observables (104.muy ruidoso o 4.No termina) o aspectos más subjetivos (8.No se concentra).

De los 5 ítems que forman la Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante, han obtenido niveles de acuerdo más elevados los relacionados con la desobediencia y otras formas de oposición a las normas (3.Discutir). Otros ítems que implican una valoración personal, como decidir si es tozudo o presenta rabietas, han presentado acuerdos más bajos.

Por último, en la Escala DSM-Pr.Conducta se observa un mayor grado de acuerdo en aquellas conductas que, según los dos informantes, se dan en menor frecuencia (67.Fugas de casa, 81.Roba en casa, etc.). La puntuación síntoma a síntoma entre los jóvenes y sus padres disminuye su nivel de concordancia si se evalúan conductas cuya presencia está en función del contexto (15.Cruel con los animales, 97.Amenaza a otros o 106.Vandalismo).

La importancia de la información del propio sujeto es evidente (Cantwell, Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1997; Ezpeleta, de la Osa, Júdez et al., 1997; Gadow y Sprafkin, 1999; Herjanic y Reich, 1982; Jensen et al, 1999; Piacentini, 1993; Rubio-Stipec et al., 1994; Schwab-Stone et al., 1996; Shaffer et al., 2000; Weinstein et al., 1990; Weller et al., 2000; Welner et al., 1987). Los jóvenes pueden aportar información muy útil referente a determinados síntomas que no son conocidos por los padres por el hecho de producirse de forma oculta o secreta (por ejemplo, uso de sustancias, trastornos de conducta o trastornos de la conducta alimentaria). Existen también

síntomas subjetivos, no observables por los cuidadores (problemas afectivos y cogniciones) detectados en este estudio, pero susceptibles de no ser detectados en determinadas ocasiones, que aportan información no solo para el diagnóstico, sino también para el diseño del tratamiento (Gadow y Sprafkin, 2002; Gadow et al., 2002). Sin embargo, como se dijo en apartados anteriores y corroboran estos mismos estudios, existen trastornos o síntomas para los que la información de los jóvenes contribuye relativamente poco al resultado diagnóstico (es el caso del Tr.Negativista Desafiante).

La pérdida de acuerdo entre informadores es problemática sobre todo cuando utilizamos un único enfoque diagnóstico (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Herjanic y Reich, 1982), puesto que no suele disponerse de un formato adecuado para comparar los datos. Los instrumentos ASEBA, en cambio, ofrecen la posibilidad de comparar ítem a ítem la información recogida en cada una de sus formas según el informador (en el caso que nos ocupa CBCL y YSR). A pesar de ello, puesto que es imposible eliminar la “varianza de los métodos”, sería deseable comparar el enfoque categorial y cuantitativo (Arend et al., 1996).

5.2. VALIDEZ DE LAS ESCALAS DSM DEL CBCL Y YSR DE ACHENBACH

5.2.1. Las Escalas DSM y los diagnósticos DICA-IV

La convergencia entre las Escalas DSM del CBCL y YSR y los diagnósticos categoriales derivados de la DICA-IV ha sido, para la mayoría de diagnósticos, muy elevada.

Las Escalas DSM CBCL presentan mayor capacidad diagnóstica global sobre los diferentes trastornos DSM-IV estudiados que las Escalas DSM YSR. La generación de diagnósticos DSM-IV a partir del mismo informador que en las Escalas DSM (CBCL frente a DICA-P, YSR frente a DICA-C o DICA-A) implica, en general, un aumento de las AUC observadas. Los valores más elevados se encuentran en las Escalas DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta. Cada una de ellas se presenta como una buena prueba diagnóstica para sus diagnósticos DSM-IV homólogos, así como para predecir el diagnóstico de Tr.Conducta Perturbadora en general. Resulta interesante destacar aquí las aportaciones de Fergusson y Horwood (1995) al examinar la validez predictiva de métodos dimensionales y categoriales en conductas disruptivas en adolescentes. Estos autores evaluaron mediante criterios DSM-III-R la presencia del Tr.Negativista Desafiante, Tr.Conducta y Tr.Déficit de Atención e Hiperactividad en una muestra de 935 adolescentes de 15 años de edad, a la vez que cuantificaron la gravedad del trastorno mediante variables dimensionales. Un año después, al comparar la efectividad predictiva de cada enfoque sobre el posible consumo de sustancias, violencia juvenil y abandono escolar, observaron la relación existente entre la gravedad de los síntomas y la presencia de este tipo de conductas. Así, las medidas dimensionales serían mejores predictores de pronóstico que las clasificaciones conductuales.

Los buenos resultados observados en las Escalas DSM implicadas en los Tr. Conducta Perturbadora van también en el sentido de los estudios anteriormente comentados, según los cuales, los padres informan de más síntomas exteriorizados en sus hijos, convirtiéndose en mejores informadores de este tipo de trastornos (Jensen et al., 1996; Leung et al., 2006; Lucas et al., 2001; Youngstrom et al., 2003). Siguiendo las aportaciones de estas investigaciones, los niños informan mejor de la presencia de síntomas interiorizados. Concretamente, en muestras españolas, se ha observado una mayor validez y fiabilidad de los síndromes interiorizados YSR respecto a los exteriorizados (Abad et al., 2000; Lemos et al., 1992c). En este sentido, las Escalas DSM-Pr. Afectivos presentan una mayor capacidad diagnóstica del Tr. Depresivo Mayor y otros Tr. Estado de Ánimo. En cambio, esta misma escala posee un poder predictivo notoriamente inferior para la Distimia. La explicación a este hecho puede residir en la temporalidad implicada en el diagnóstico de este cuadro. Evaluar la posible presencia de este tipo de trastorno requiere la evaluación de sintomatología en pasado y durante largos periodos temporales, hecho que disminuye ligeramente la fiabilidad de la información. Este posible sesgo de memoria fue observado por Sandberg, Rutter, McGuinness, Pickles y Angold (2001) al comprobar que los niños recordaban con mayor facilidad acontecimientos vitales estresantes relacionados con sus problemas psicológicos cuanto más recientes fueran.

La Escala DSM-Pr. Ansiedad del CBCL predice con una exactitud similar a la Escala DSM YSR, exceptuando la mayor capacidad diagnóstica que presenta la Escala DSM CBCL para la Fobia específica o la Escala DSM YSR para el Tr. Ansiedad Generalizada. El poder predictivo sobre el Tr. Ansiedad de Separación es el que presenta mayores discrepancias respecto a la capacidad diagnóstica de la Escala DSM YSR para el mismo trastorno. En este caso, la conciencia de enfermedad podría estar reduciendo en el número de síntomas informados por los niños-adolescentes en la DICA-IV.

Como se ha comentado en los resultados, la Escala DSM-Pr. Somáticos no ha podido ser relacionada con el Tr. Somatización por ausencia de casos. A pesar de ello, destaca el elevado poder predictivo de DSM-Pr. Somáticos CBCL sobre la historia de múltiples síntomas físicos informados por los padres, lo cual no se observa si la información es facilitada por los hijos. Una vez más, el efecto de la memoria retrospectiva podría explicar estas diferencias.

Los pocos estudios de validez de las Escalas DSM muestran datos dispares.

Aebi et al. (2009) ha comprobado la validez diagnóstica de la DSM-Pr. Afectivos del YSR al estimar el diagnóstico de depresión mayor según criterios ICD-10. En su estudio, mediante el cálculo de curvas ROC, ha observado una AUC de 0.907, un valor muy similar al obtenido por Ferdinand (2008) en muestras clínicas (AUC=0.91), después de realizar entrevistas estructuradas basadas en criterios DSM-IV (ADIS-C/P; Silverman y Albano, 1996). Este último autor ha estudiado, también, la validez de DSM-Pr. Afectivos en el CBCL y DSM-Pr. Ansiedad en CBCL y YSR. En ambos inventarios, las Escalas DSM predicen la presencia o ausencia de los diagnósticos clínicos definidos en el DSM-IV. Aun así, las correspondencias que observan son mayores en el caso de DSM-Pr. Afectivos en relación al diagnóstico DSM de Tr. Depresivo Mayor y Distimia, e inferiores para DSM-Pr. Ansiedad con el Tr. Ansiedad de Separación, Ansiedad Generalizada y Fobias Específicas. Según éste y otros estudios, la Escala DSM-Pr. Ansiedad no es suficientemente válida para ser utilizada como predictor de trastornos DSM (Ferdinand, 2007; Van Lang et al., 2005). Nakamura et al. (2009) sostienen, en cambio, que esta Escala DSM puede no reflejar diagnósticos específicos, pero sí alteraciones de ansiedad en general.

Las Escalas DSM referentes a Tr.Conductas Perturbadoras obtienen mejores resultados (Bender et al., 2008; Vreugdenhill et al., 2006). Inventarios y entrevistas pueden ofrecer datos diferentes, aunque pretendan recoger información similar. Puede que una disminución de la AUC sea por la diferencia de los métodos utilizados en la recogida de información.

Los resultados del presente estudio no apuntan totalmente en la misma dirección que las investigaciones previas. Al generar diagnósticos DSM-IV a partir de la información combinada de padres e hijos, la DSM-Pr.Afectivos posee una buena capacidad sobre el Tr.Depresivo Mayor y Tr.Estado Ánimo, y resultados similares en caso de utilizar exclusivamente la información del niño. La DSM-Pr.Afectivos presenta, además, valores más elevados que los obtenidos por DSM-Pr. Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta.

La Escala DSM-Pr.Afectivos del CBCL presenta, globalmente, valores similares a los observados en la Escala DSM-Pr.Ansiedad del mismo inventario, a diferencia de lo observado en otros estudios. En el caso de estas dos Escalas DSM del YSR, sí se observa un ligero decremento en la capacidad diagnóstica de la Escala DSM-Pr.Ansiedad, tal y como se referencia en la literatura existente. En cualquier caso, como comentan Connor-Smith y Compas (2003), parece lógico pensar que para aumentar la precisión de cualquier medida análoga a los trastornos del humor y ansiedad deberían construirse medidas que consistan en evaluar todos los síntomas DSM-IV.

Krol et al. (2006) sostienen que las Escalas DSM se pueden utilizar como cribado de diagnósticos DSM. Sus conclusiones, no obstante, se sustentan en datos recogidos de una pequeña muestra de 44 niños de 6 a 17 años, procedentes Servicios de Salud Mental. Además, en el estudio se utilizó la versión holandesa del CBCL de 1995, mientras que las Escalas DSM aparecen publicadas en 2001. Con el fin de adaptar los datos de que disponían a las nuevas escalas, los autores trataron como "valores desconocidos" aquellas modificaciones incorporadas en las versión de 2001.

A pesar de la buena capacidad diagnóstica global observada para la mayor parte de Escalas DSM, y las propuestas de algunos autores para mejorar la validez de algunas de ellas (Kendall et al., 2007), es importante recordar la no equivalencia entre los ítems de las Escalas DSM y los criterios DSM (Achenbach y Rescorla, 2000; 2001). Por este motivo, las Escalas DSM no podrán ser nunca una prueba diagnóstica "perfecta" de estos diagnósticos categoriales, a pesar de poder actuar como cribado de algunos de ellos. Probablemente, el hecho de reflejar similitudes en los juicios de expertos procedentes de diferentes ámbitos culturales las convierte en constructos importantes, coincidan o no con precisión con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2003b).

5.2.2. Las Escalas DSM y la información cuantitativa obtenida en la DICA-IV

Se ha observado una relación de moderada a muy buena entre las Escalas DSM y el número de síntomas totales presentes según la DICA-IV. Esta relación es más importante en las Escalas DSM YSR, exceptuado la Escala DSM-Pr.Conducta en que se observa un leve descenso en la variabilidad del número de síntomas explicados. Así pues, las Escalas DSM YSR explican entre el 13% y 24% del número de síntomas observados según los propios adolescentes y sus padres; y entre el 9% y

41% según los síntomas informados únicamente por los adolescentes. En líneas generales, la utilización de la información del joven facilitada en la DICA-IV aumenta la variabilidad explicada por las Escalas DSM referidas a trastornos interiorizados, y disminuye en caso de tratarse de Escalas DSM con características de trastornos exteriorizados.

Las Escalas DSM CBCL explican entre el 4% y 17% de los síntomas totales presentes. La mayor asociación lineal positiva se presenta entre DSM-Pr.Conducta y el número de síntomas detectados en la DICA-IV a partir de la información de padres e hijos combinada. Otras Escalas DSM que explican porcentajes de variabilidad similares son DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Oposición Desafiante. En esta última, el porcentaje de variabilidad explicado sobre el número de síntomas disminuye si se utiliza únicamente la información proporcionada por los padres en la DICA-IV. DSM-Pr.Somáticos y DSM-Pr.Ansiedad son las que contribuyen en menor grado a la detección de todos los síntomas presentes. Esta última, aumenta su poder predictivo si se considera únicamente la información facilitada por el padre. La proporción de variación explicada por cada Escala DSM no parece estar en función del número de ítems que forman cada una de ellas.

Ante estos datos, es necesario considerar que la entrevista DICA-IV evalúa la presencia de trastornos no contemplados en las Escalas DSM, como son: dependencia-abuso de alcohol y drogas, dependencia-abuso de tabaco, Tr.Conducta Alimentaria, Tr.Eliminación, Tr.Tics y cribado de psicosis y esquizofrenia. Este puede ser el motivo de observar un ajuste pobre entre las Escalas DSM y el total de síntomas presentes en el niño-adolescente.

La relación de las Escalas DSM y el número de trastornos psicológicos, presentes según la información de la entrevista DICA-IV es débil. Entre las Escalas DSM del CBCL y del YSR se constata la misma tendencia de asociación observada en el punto anterior. Así, las Escalas DSM YSR han presentado una mayor asociación con el recuento de trastornos psicopatológicos presentes que sus homólogas contestadas por los padres. Las Escalas DSM CBCL explican entre el 4% y el 13% de la variación total observada en el número de trastornos, mientras que las Escalas DSM YSR explican entre el 5% y el 22%. La relación entre las Escalas DSM y los trastornos psicopatológicos presentes según la DICA-IV varía en función del informador en esta última entrevista. Todas las Escalas DSM CBCL disminuyen el grado de asociación en caso de utilizar únicamente la información del padre en la evaluación del número de trastornos. En cambio, las Escalas DSM YSR aumentan la variabilidad explicada en caso de utilizar solo la información proporcionada por el niño o adolescente.

Tanto en el CBCL como en el YSR las Escalas DSM que se asocian en mayor grado con el número de trastornos totales han sido DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad. Estos valores podrían relacionarse con un aumento de la comorbilidad en los trastornos interiorizados.

Las Escalas DSM que explican en mayor grado el número de trastornos totales han sido DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad. Estas dos Escalas DSM son también en las que se estudia su predicción sobre un número mayor de trastornos. La Escala DSM-Pr.Afectivos se relaciona con el Tr.Depresivo Mayor y Distimia; la Escala DSM-

Pr.Ansiedad se relaciona con el Tr.Ansiedad de Separación, Tr.Ansiedad Generalizada, Fobia Específica y Fobia Social.

La Escala DSM-Pr.Somáticos no ha obtenido resultados destacados al relacionarla con el número de síntomas y trastornos según la entrevista DICA-IV. Un estudio de Kasius et al. (1997) apuntaba una mayor relación de este tipo de síntomas con la presencia de trastornos DSM-III-R de múltiples categorías diagnósticas (p.ej. cualquier trastorno de ansiedad, depresión mayor, distimia y TDAH). A pesar de que su estudio se basaba en la convergencia entre el enfoque empírico-cuantitativo del CBCL y el enfoque categórico del DSM, utilizando la escala síndrómica de quejas somáticas y no la Escalas DSM, los resultados pueden ser considerados dado que 7 de los 11 ítems que la configuran el síndrome empírico son comunes a DSM-Pr.Somáticos.

La relación entre las Escalas DSM y el número de síntomas presentes en cada trastorno presenta valores superiores a los comentados hasta el momento. Las Escalas DSM CBCL presentan las correlaciones elevadas especialmente con el número de síntomas en los trastornos exteriorizados evaluados a partir de la información combinada del padre y su hijo: Tr.Negativista Desafiante, Tr.Conducta y Tr.Déficit de Atención e Hiperactividad. La agrupación de trastornos en categorías diagnósticas disminuye la fuerza de la relación con las Escalas DSM. La Escala DSM-Pr.Oposición Desafiante pasa de explicar un 43% a un 20% de la variabilidad común con el recuento de síntomas, mientras que la Escala DSM-Pr.Conducta presenta un decremento de un 23%. A pesar de que la utilización únicamente de la información del padre obtenida en la DICA-IV disminuye ligeramente la fuerza de las asociaciones entre las Escalas DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta, la variabilidad explicada por cada una de ellas sigue siendo igual o superior a la observada en otras Escalas DSM. Estos datos apuntan, al igual que en otros estudios transculturales se ha demostrado, que el CBCL es un instrumento con mayor capacidad para reconocer problemas de tipo exteriorizado (del Barrio, 1995; Edelbrock y Costello, 1988; Jensen, Koretz et al., 1993; Leung et al., 2006), mientras que su sensibilidad es más limitada al evaluar trastornos afectivos (Jensen, Koretz et al., 1993; Orvaschel, Ambrosini y Rabinovich; 1993). Sin embargo, uno de los estudios más recientes de las Escalas DSM (Nakamura et al., 2009) señala que la Escala DSM-Pr.Afectivos del CBCL correlaciona de manera significativa y positiva con otras medidas cuantitativas como la Revised Children's Anxiety and Depression Scales (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000) o la Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds y Richmond, 1978). Esta tendencia se observa también en el presente trabajo si se estudia la relación entre las Escalas DSM CBCL y la información proporcionada por el propio padre.

La relación entre las Escalas DSM YSR y el número de síntomas en cada trastorno ha sido más moderada. En este inventario, la mayor proporción de variabilidad en los síntomas presentes en cada trastorno es explicada por DSM-Pr.Afectivos al relacionarla con el Tr.Depresivo Mayor. La fuerza de esta asociación aumenta al considerar únicamente la información facilitada por el propio niño en la DICA-IV. Otra relación destacable es la encontrada entre DSM-Pr.Oposición Desafiante y el Tr.Negativista Desafiante. Las otras dos Escalas DSM que evalúan trastornos exteriorizados han presentado correlaciones inferiores con sus trastornos homólogos DSM. Por lo que refiere al Tr.Déficit de Atención e Hiperactividad, las conceptualizaciones más recientes argumentan la presencia de 3 componentes en este constructo psicopatológico: problemas de atención, hiperactividad e impulsividad (Lengua et al., 2001). Las Escalas DSM CBCL y YSR recogen 7 síntomas para evaluar

estas características, mientras que su escala homóloga del TRF cuenta con 13 (Véase Tabla X. Ítems del CBCL/6-18, TRF y YSR evaluados como muy consistentes con las categorías DSM-IV (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2001). Tal vez, el poder predictivo de esta Escala DSM experimentaría un aumento al incorporar algunos de estos ítems como son: 15.Inquieto, 22.Dificultad con la autoridad, 24.Molesta a otros, 53.Habla sin tener la palabra, y 100.No termina las tareas. El único ítem de la Escala DSM TRF que no debería incluirse en la escala para padres es 67.Interrumpe en clase, pero probablemente si podría figurar en la de niños.

Al igual que en el CBCL, la agrupación de los diagnósticos DSM en categorías más amplias disminuye la variabilidad explicada por cada Escala DSM.

En la literatura existente figuran pocos estudios en los que se aborde la relación de las Escalas DSM con otros indicadores cuantitativos. Achenbach y Rescorla (2001) presentan las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en el CBCL y la suma de síntomas presentes según la DSM-IV Checklist (Hudziak, 1998). Las relaciones más elevadas se observaron entre la Escala DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad del CBCL. El resto de valores mostraban relaciones de intensidad similar entre las Escalas DSM-Pr.Conducta y DSM-Pr.Oposición Desafiante y las categorías homólogas en la DSM-IV Checklist, y DSM-Pr.Afectivos y el Tr.Depresivo Mayor. Según estos datos, a excepción del TDAH, no se observan diferencias destacables entre los trastornos exteriorizados y los interiorizados.

Bender et al. (2008) comparan las puntuaciones del CBCL con las obtenidas en el Behavior Assessment System for Children-Parent Report Scales (BASC-PRS; Reynolds y Kamphaus, 1992) y el Behavior Assessment System for Children-2-Parent Report Scales (BASC-2-PRS; Reynolds y Kamphaus, 2004). Este inventario, construido de modo racional, evalúa constructos similares a los aparecidos en el CBCL. En el estudio de la convergencia entre los dos instrumentos mediante coeficientes de correlación de Pearson, aparece una concordancia significativa y elevada entre la mayoría de las Escalas DSM y las puntuaciones obtenidas en el BASC-PRS (0.58 a 0.73). Las relaciones mayores se encuentran en las Escalas DSM que evalúan conductas exteriorizadas, mientras que las Escalas DSM que evalúan trastornos interiorizados como DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos han mostrado relaciones ligeramente inferiores. Los hallazgos del presente estudio apuntan en la misma dirección, apareciendo en este caso una diferencia mayor entre la variabilidad explicada por los trastornos interiorizados y los exteriorizados.

Numerosos estudios han encontrado relaciones fuertes y específicas entre las escalas empíricas del CBCL y YSR y diagnósticos DSM referentes a trastornos conductuales, mientras que las asociaciones entre estos dos inventarios y diagnósticos de ansiedad y depresión han sido más débiles y menos específicas (Edelbrock y Costello, 1988; Gould et al., 1993; Kassius et al., 1997; Lengua et al., 2001). La menor correspondencia observada en los trastornos de ansiedad y depresión podría justificarse por el hecho de que el síndrome empírico ansiedad / depresión contiene ítems de los dos trastornos, lo cual dificulta la discriminación entre ambos. Con el objetivo de mejorar la predicción del CBCL y YSR en este tipo de diagnósticos, Connor-Smith y Compas (2003) han elaborado medidas análogas a los trastornos del estado de ánimo y ansiedad del DSM-IV mediante la utilización de ítems de estos dos inventarios paralelos a los síntomas DSM-IV. La construcción de estas medidas guarda similitudes a la elaboración de las Escalas DSM.

Entre los pocos estudios que han investigado la validez de las Escalas DSM, algunos han focalizado su interés en las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad, pero únicamente Ferdinand (2007) ha realizado análisis en función de la presencia/ausencia de trastornos DSM-IV. En su estudio concluía que los ítems de la Escala DSM-Pr.Afectivos del YSR no eran óptimos ni suficientes para predecir los diagnósticos DSM-IV de ansiedad, motivo por el que propone la inclusión de nuevos ítems que mejoren la predicción sobre este tipo de diagnósticos, de modo parecido al que realizan Kendall et al. (2007).

Si bien la construcción de las Escalas DSM ha sido racional, los autores de las mismas partían de un banco de ítems limitado: los síntomas que forman el CBCL, YSR y TRF. Habitualmente los sistemas dimensionales son menos extensos que los categoriales, pero tal vez, en estas Escalas DSM deberían incluirse nuevos ítems que reflejaran fielmente otros síntomas criterio de los trastornos DSM, hecho que mejoraría la validez de estas Escalas.

Las personas que responden a un cuestionario o entrevista no son profesionales, por lo que pueden no entender la descripción de determinados síntomas o darles diferentes significados e interpretaciones en momentos distintos. Esta posibilidad justificaría el hecho de que un mismo informador no hubiera respondido con la misma exactitud en el CBCL/YSR y la entrevista DICA-IV, hecho que comportaría una disminución en la intensidad de la relación entre los dos instrumentos. Comparar dos métodos de evaluación distintos conlleva este y otros posibles sesgos. El CBCL y YSR son dos instrumentos autoadministrados, mientras que la DICA-IV es efectuada por un clínico. Este hecho puede conllevar una diferente discriminación de los síntomas por parte del profesional. Además, como comentan Vreugdenhil et al. (2006), los jóvenes pueden minimizar sus problemas al responder a un inventario y ocultar síntomas que, en cambio, pueden ser detectados por un profesional en una entrevista estructurada.

Otro aspecto a tener en cuenta es el orden de evaluación. El CBCL/YSR se han contestado en todos los casos después de haber respondido a la DICA-IV y a pesar de no tratarse de una situación de test-retest en la que se utiliza un mismo instrumento, sí se evalúan síntomas parecidos en ambos casos. Este hecho puede haber comportado un decremento en el número de respuestas positivas. Según la literatura, existe una disminución de respuestas afirmativas en segundas mediciones (Andreasen et al., 1981; Lucas, 1992). Según Robins (1985) otras variables incontroladas que pueden conducir a una disminución de la concordancia son el cambio clínico en el entrevistado, la falta de comprensión por parte del respondiente de la necesidad de contestar dos veces a preguntas similares, el efecto terapéutico de la primera recogida de información y los efectos de la propia entrevista (aburrimiento, fatiga, longitud).

En este caso, una mejor comprensión de las preguntas, la discusión entre los miembros de la familia de la entrevista inicial, o el hecho de que el informador muestre más atención hacia las conductas evaluadas después de la primera recogida de información podrían explicar relaciones más débiles entre los dos instrumentos.

Pese a las posibles fuentes de error, los resultados comentados constatan que la psicopatología infantil tiene cualidades dimensionales y, por lo tanto, es necesario también evaluarla a través de la cuantificación (Cantwell y Rutter, 1994; Sala, 2007). Nuevas propuestas dimensionales permitirían superar algunos de los problemas

presentes en las clasificaciones categoriales, como la comorbilidad entre los trastornos DSM y la heterogeneidad dentro de cada categoría (Krueger, Watson y Barlow, 2005; Widiger y Samuel, 2005).

5.2.3. Síndromes Empíricos y Escalas DSM

Las formas escolares de ASEBA incluyen la identificación de 8 síndromes empíricos, derivados a través de análisis factorial (Floyd y Wildmen, 1995), que describen problemas que tienden a co-ocurrir (véase Cap. 1.6.1. Protocolos ASEBA para la edad escolar). La comparación entre las Escalas DSM, construidas racionalmente, y estas escalas empíricas muestran asociaciones importantes entre las siguientes, con valores ligeramente superiores en el YSR respecto al CBCL: Escalas DSM-Pr. Afectivos y DSM-Pr. Ansiedad vs Ansiedad / Depresión, DSM-Pr. Somáticos vs Quejas somáticas, DSM-Pr. Déficit Atención/Hiperactividad vs Problemas de Atención, DSM-Pr. Oposición Desafiante vs Conducta Agresiva, y DSM-Pr. Conducta vs Conducta de Romper Normas.

Como se puede observar en la Tabla 46, muchos de los ítems que forman las Escalas DSM son comunes a las escalas empíricas en las que se observan relaciones más elevadas. La DSM-Pr. Afectivos explica una parte importante de la variabilidad de dos escalas de síndromes: Aislamiento, con la que comparte 3 ítems, y Ansiedad / Depresión, en la que se observan 4 ítems comunes. Tanto en el CBCL como en el YSR, la asociación más elevada se observa con el síndrome Ansiedad / Depresión. La DSM-Pr. Ansiedad, a pesar de no compartir ítems con la dimensión empírica de Aislamiento, presenta una asociación alta en el YSR. El hecho de que los síntomas depresivos se relacionen con un factor de Ansiedad / Depresión, a la vez que las conductas de ansiedad presenten también relación con conductas depresivas sugiere de nuevo la presencia de una disposición a la "Negatividad Afectiva" (King, Ollendick y Gullone, 1991; Krueger, 2002; Stark, Kaslow y Laurent, 1993; Watson y Clark, 1984) comentada en capítulos anteriores (véase Cap. 5.1.1. Consistencia interna de las Escalas DSM), a pesar de que las Escalas DSM separen la depresión y la ansiedad en categorías diagnósticas distintas de modo similar al DSM (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2003b).

Tabla 46. Ítems de las Escalas DSM CBCL y YSR comunes a Escalas Empíricas (señalados en negrita)

DSM- Pr. Afectivos Vs Aislamiento	DSM- Pr. Ansiedad Vs Ansiedad/Depresión	DSM- Pr. Somáticos Vs Quejas somáticas	DSM- Pr. Déficit Atención /hiperactividad Vs Problemas de Atención	DSM- Pr. Oposición Desafiante Vs Conducta Agresiva	DSM- Pr. Conducta Vs Conducta Romper Normas
5.No disfruta 14.Llora 18.Autolisis 24.No come bien 35.Complejo inferioridad <i>42.Preferencia estar solo</i> 52.Se siente culpable 54.Se cansa <i>65.Se nieha a hablar</i> <i>69.Reservado</i> <i>75.Tímido</i> 76.Duerme menos que otros niños 77.Duerme más que otros niños 91.Se quiere matar 100.No duerme bien 102.Poco activo 103.Triste <i>111.Se aísla</i>	<i>14.Llora</i> 11.Dependiente 29.Miedos 30.Miedo a la escuela <i>31.Miedo a hacer algo malo</i> <i>32.Se exige perfección</i> <i>33.Nadie le quiere</i> <i>35.Complejo de inferioridad</i> 45.Ansioso 50.Ansioso / miedoso <i>52.Se siente culpable</i> <i>71.Vergonzoso</i> <i>91.Se quiere matar</i> 112.Se preocupa	<i>47.Pesadillas</i> <i>49.Estreñimiento</i> <i>51.Mareado</i> <i>54.Se cansa</i> 56a.Dolores o molestias 56b.Dolor de cabeza 56c.Nauseas 56d.Problemas ojos 56e.Problemas piel 56f.Dolor estómago 56g.Vómitos	<i>1.Inmaduro</i> 4.No termina 8.No se concentra 10.Hiperactivo <i>13.Estar en las nubes</i> <i>17.Sueña despierto</i> 41.Impulsivo <i>61.Mal rendimiento escolar</i> 78.Desatento <i>80.Mira al vacío</i> 93.Habla demasiado 104.Muy ruidoso	3.Discute <i>16.Agresivo</i> <i>19.Exige atención</i> <i>20.Rompe sus cosas</i> <i>21.Rompe cosas otros</i> 22.Desobedece en casa 23.Desobedece en la escuela <i>37.Peleas</i> <i>57.Agresión física</i> <i>68.Grita mucho</i> 86.Tozudo <i>87.Cambios de humor</i> <i>88.Malhumorado</i> <i>89.Desconfiado</i> <i>94.Se burla de otros</i> 95.Rabietas <i>97.Amenaza a todos</i> <i>104.Muy ruidoso</i>	<i>2.Bebe alcohol</i> 15.Cruel con animales 16.Agresivo 21.Rompe cosas otros 26.No culpable 28.Se salta normas 37.Peleas 39.Amigos conflictivos 43.Mentiroso 57.Agresión física 63.Prefiere amigos <i>mayores</i> 67.Fugas de casa 72.Prende fuegos <i>73.Problemas sexuales</i> 81.Roba en casa 82.Roba fuera de casa 90.Grosero / tacos <i>96.Piensa en sexo</i> 97.Amenaza a otros <i>99.Fuma tabaco</i> 101.Hace novillos <i>105.Alcohol o drogas</i> 106.Vandalismo

En cursiva Ítems pertenecientes exclusivamente a las Escalas Empíricas

Las dimensiones empíricas de Conducta Agresiva y Conducta de Romper Normas reflejan la distinción, constatada en numerosos estudios empíricos, entre agresividad y no-agresividad en los Problemas de Conducta (Achenbach y Edelbrock, 1978; Lahey et al., 1998; Quay, 1979; Tackett, Krueger, Iacono y McGue, 2005; Tackett, Krueger, Sawyer y Graetz, 2003). El DSM, en cambio, contempla los problemas conductuales, con y sin agresividad, en una única categoría denominada Trastorno de Conducta. En el presente estudio, se aprecia una importante asociación entre la DSM-Pr. Conducta y las escalas empíricas de Conducta de Romper Normas y Conducta Agresiva, tanto en el CBCL como en YSR, representando la suma de conductas que presenta el DSM. Obsérvese en la Tabla 46, que de esta Escala DSM, 11 ítems son comunes al síndrome Conducta de Romper Normas y 5 ítems a Conducta Agresiva. A pesar de ello, se observa una asociación mayor entre DSM-Pr. Conducta y el Síndrome Conducta de Romper las Normas, y el síndrome de Conducta Agresiva y DSM-Pr. Oposición Desafiante. Estos resultados apuntarían en el mismo sentido que los hallazgos de Prinzie, Onghena y Hellinckx (2006) según los cuales, las trayectorias en agresividad y problemas de delincuencia están asociadas positivamente, a pesar de poder ser diferenciadas mediante análisis multivariados. Los estudios a favor de la distinción entre Problemas de Conducta y Problemas de Conducta Oposicionista (Frick et al., 1993; Hoge y Andrews, 1992; Lahey et al., 2004; Song, Singh y Singer, 1994), sustentan que los ítems para evaluar cada constructo reflejan distintas características de las acciones antisociales abiertas y encubiertas.

La proporción de variación total explica por cada Escala DSM y la Puntuación Síntomas Interiorizados y Síntomas Exteriorizados sigue un patrón muy similar en el CBCL y YSR. Las Escalas DSM-Pr. Afectivos, DSM-Pr. Ansiedad y DSM-Pr. Somáticos explican en mayor grado la variabilidad observada en la Puntuación en Síntomas Interiorizados. Las Escalas DSM-Pr. Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr. Oposición Desafiante y DSM-Pr. Conducta se asocian en mayor grado a la Puntuación en Síntomas Exteriorizados. Los coeficientes de correlación observados en el YSR son superiores a los del CBCL en las Puntuaciones en Síntomas Interiorizados, mientras que el CBCL presenta valores ligeramente más elevados en la Puntuación en Síntomas Exteriorizados, a excepción de la relación entre la Escala DSM-Pr. Déficit Atención/Hiperactividad y este tipo de síntomas. Estos resultados apuntan en la misma dirección de los estudios comentados anteriormente según los cuales los padres son mejores informadores de síntomas exteriorizados, mientras que los hijos lo son de síntomas interiorizados (Jensen et al., 1996; Lucas et al., 2001; Youngstrom et al., 2003); teniendo en cuenta que en la adolescencia esta tendencia puede invertirse. Por último, destacar que todas las Escalas DSM YSR han presentado asociaciones importantes tanto con las puntuaciones totales en Síntomas Interiorizados, como en Exteriorizados.

La división entre Síntomas Interiorizados y Síntomas Exteriorizados tiene gran interés diagnóstico y clínico (Achenbach y Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991d; 1993; Lemos et al., 1992a). Esta clasificación de los síntomas presentes en la psicopatología infantil y juvenil ha sido contrastada mediante análisis multivariados habiendo recibido nombres diversos como Problemas de Personalidad vs Problemas de Conducta (Peterson, 1961), Inhibición vs agresión (Miller, 1967), o Hipercontrol vs Bajo Control (Achenbach y Edelbrock, 1978). La dimensión interiorizada agruparía síntomas ansiosos, depresivos, somáticos, obsesivos y compulsivos. La dimensión exteriorizada haría referencia a los síntomas del trastorno por déficit de atención, los síntomas agresivos, antisociales y la dependencia de sustancias (Achenbach y Edelbrock, 1978, 1984; Cantwell, 1996; Krueger et al., 1998; Lahey et al., 2004).

Todas las Escalas DSM han explicado una parte importante de la variación de la Puntuación Total de cada inventario, presentando valores más elevados las Escalas DSM YSR.

La relación entre las Escalas de Síndromes y las Escalas DSM ha sido también estudiada por los autores de los inventarios (Achenbach y Rescorla, 2001). En las Tablas 28 y 29 (pág. 80 y 81) se puede observar la comparación entre estos coeficientes de Pearson y los obtenidos en el presente estudio. La asociación entre las dimensiones empíricas y las dimensiones racionales del CBCL presenta valores similares en los dos trabajos, a pesar de observarse valores ligeramente superiores en los coeficientes presentados por Achenbach y Rescorla (2001). Entre ellos, destaca la mayor asociación presente en esta muestra entre la DSM-Pr.Afectivos y los síndromes de Problemas de Atención y Conducta Agresiva; entre DSM-Pr.Ansiedad y las dimensiones de Aislamiento y Conducta de Romper Normas; entre DSM-Pr.Somáticos y el síndrome Problema de Atención; entre DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad con Aislamiento y Quejas Somáticas; y este Síndrome con DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta.

Los coeficientes de Pearson entre las Escalas DSM y Escalas Empíricas del YSR en los dos estudios son también similares, pero en este caso se observan asociaciones mayores en la muestra española. Destaca una proporción mayor de variación total explicada por DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad sobre la Conducta de Romper Normas; DSM-Pr.Somáticos en relación al síndrome de Ansiedad/Depresión; entre DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad y las dimensiones empíricas de Conducta de Romper Normas y Conducta Agresiva; entre DSM-Pr.Oposición Desafiante y los Problemas de Atención; y DSM-Pr.Conducta sobre el síndrome Ansiedad/Depresión y los Problemas de Atención.

La asociación entre las Escalas DSM y la Puntuación en Síntomas Interiorizados y Síntomas Exteriorizados es similar en las dos muestras. Destacan, entre ellas, las asociaciones mayores entre las Escalas CBCL DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta y la Puntuación en Síntomas Interiorizados en la muestra americana. En el YSR, los coeficientes de Pearson observados son más homogéneos, a pesar de las asociaciones más altas presentes en la muestra española. Dingle et al.(2009) han estudiado recientemente la relación entre la DSM-Pr.Afectivos y la puntuación en síntomas interiorizados. El valor que obtienen (0.79) es más cercano al presentado por Achenbach y Rescorla (2001).

Las Escalas de Síndromes y las Escalas DSM representan taxonomías completamente distintas en su creación. Mientras que las primeras han sido construidas de un modo empírico, las Escalas DSM han sido diseñadas desde un punto de vista racional. Esta nueva estrategia de construcción basada en los ítems de los instrumentos ASEBA debería superar algunas de las críticas formuladas a las dimensiones empíricas de esta familia de instrumentos. Según Lengua et al. (2001) algunos de los ítems del CBCL han sido considerados por expertos y métodos de Análisis Factorial Confirmatorio (CFAs) como medidas no válidas de psicopatología. Este es el caso de ítems como 17.Soñar despierto o 42.Preferencia por estar solo; no incluidos en la construcción de las Escalas DSM. Lengua, West y Sandler (1998) sustentan que otros ítems como 86.Tozudo o 104.Muy ruidoso, lejos de medir psicopatología evalúan características infantiles, capaces de discriminar entre

población general y muestras clínicas, pero sin capacidad para medir el constructo pretendidamente evaluado, esto es, el síndrome de Conducta Agresiva. De ser así, cabría plantearse también la inclusión de estos ítems en las Escalas DSM Problemas por Oposición Desafiante y Problemas de Déficit de Atención e Hiperactividad, respectivamente. La inclusión de estos ítems conllevaría un aumento de la puntuación en estas dimensiones que no correspondería a un mayor nivel de psicopatología.

La construcción de dimensiones empíricas mediante análisis factoriales puede dar como resultado una dimensión en la que aparezcan ítems que no definen el constructo, pero correlacionan con él. Además, a pesar de la covariación de los ítems, los factores pueden ser resultado de combinaciones de constructos correlacionados, pero distintos entre ellos (Lengua et al., 2001). La utilización de una estrategia racional en la construcción de las Escalas DSM supera estas limitaciones y otras, como el hecho de que un ítem esté incluido en más de una escala, reduciendo la especificidad de las mismas (Macman et al., 1992). A pesar de que algunos trastornos comparten determinados síntomas, en el campo de la investigación y la práctica clínica es deseable contar con medidas distintas para cada trastorno, evitando solapamientos. Los ítems comunes a diferentes dimensiones limitan la investigación y dificultan la identificación de diferentes etiologías, factores de riesgo u otros aspectos implicados en el desarrollo de diferentes síndromes (Macmann, Barnett y Lopez, 1993; Orvaschel et al., 1993).

5.2.4. Las Escalas DSM y el deterioro funcional

El estudio de la asociación entre las Escalas DSM y el deterioro funcional, evaluado a partir de la información del CGAS, presenta valores más elevados en caso de que el informador sea el propio niño. Destacan, entre las Escalas DSM del YSR, DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad que explican en mayor grado la presencia de deterioro funcional, en comparación a sus escalas homólogas del CBCL. Hay que señalar que este índice recoge las dificultades en el funcionamiento atribuibles a los síntomas psicopatológicos identificados en la DICA. Si el informador, en este caso el niño, informa de un mayor número de síntomas en trastornos interiorizados (como se ha comentado en capítulos anteriores) es probable que el evaluador perciba con mayor precisión la repercusión de éstos en el deterioro.

Entre las Escalas DSM del CBCL destacan, en comparación con sus homólogas del YSR, los bajos índices de relación entre DSM-Pr.Ansiedad y DSM-Pr.Somáticos y el deterioro funcional. Una posible explicación radica en que el tipo de síntomas que incluyen estos trastornos suelen causar poca interferencia en la vida cotidiana de los niños. En particular, los síntomas de los trastornos de ansiedad suelen ser percibidos como poco incapacitantes por parte de los padres, tal vez por su curso breve o por la poca interferencia que ocasiona en la asistencia a la escuela (Foley, Pickles, Maes, Silberg y Eaves, 2004). Argumentos opuestos sostienen que los trastornos de ansiedad pueden causar malestar importante e incapacidad, favorecida por las ausencias escolares, pérdida de oportunidades sociales e imposibilidad para participar en actividades extra-escolares (Jurbergs y Ledley, 2005).

Cabe pensar que las Escalas DSM, además de poder indicar la posible presencia de síndromes psicopatológicos, podrían representar trastornos “sub-umbrales”, definidos a través de la presencia de síntomas psicopatológicos en un número inferior al requerido por el sistema diagnóstico para definir el síndrome, pero

que se acompaña de incapacidad. En el DSM, estos trastornos sub-umbral se codifican en el Eje V y, por supuesto, son trastornos susceptibles de requerir atención psicológica. Angold, Costello, Farmer, Burns, y Erkanli (1999), en un estudio longitudinal realizado con 1015 niños de entre 9 y 13 años, observaron que el deterioro sintomático en ausencia de un diagnóstico clínico podía predecir futuras alteraciones psicológicas. Por este motivo, los autores concluían que los niños y adolescentes que no cumplen los criterios DSM de un trastorno concretamente definido, pero sí presentan síntomas asociados con un deterioro psicosocial, deben ser considerados como si presentaran una alteración psicológica. La ausencia de deterioro funcional, a pesar de la presencia de síntomas, aumenta el riesgo de deterioro posterior, de modo que el tratamiento podría reducir el futuro deterioro.

La asociación entre las Escalas DSM CBCL y DSM YSR y las dificultades en el funcionamiento, evaluadas mediante el CAFAS, presenta también valores más elevados en las Escalas DSM YSR. Todas las Escalas DSM de este inventario presentan relaciones importantes con la puntuación total de la CAFAS. La fuerza de la relación disminuye en todas las Escalas DSM en caso de que el informador sea el padre. En ambos inventarios, las Escalas DSM más asociadas a dificultades en el funcionamiento son DSM-Pr.Afectivos, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta. Pickles et al. (2001), en un estudio realizado con 2800 niños de entre 8 y 16 años comprobaron que los diagnósticos de Depresión, Tr.Conducta y Tr.Negativista (trastornos DSM-IV supuestamente relacionados con estas Escalas DSM) incrementaban el nivel de deterioro uniformemente en función del número de síntomas. Alcanzar el umbral diagnóstico no tenía implicaciones directas sobre el nivel de deterioro esperado. Según Pickles et al. (2001) en la depresión mayor, aquellos que reúnen los síntomas para llegar al umbral diagnóstico están prácticamente siempre deteriorados, a pesar de que éstos pueden ser menores que el número de niños que experimentan deterioro sin haber llegado al umbral diagnóstico. De modo similar, Sala (2007) al construir escalas empíricas a partir de la DICA, observó también una mayor capacidad de predicción sobre el deterioro mediante las dimensiones que agrupaban síntomas de Tr.Conducta y las que reunían síntomas depresivos.

Estos mismos autores constataban la presencia de un deterioro mayor asociado al Tr.Negativista en comparación al Tr.Conducta. Por lo que refiere a las Escalas DSM, esta tendencia se constata en el caso del YSR, pero no en el CBCL.

Otra explicación puede estar relacionada con la posibilidad de que el Tr.Conducta no implique deterioro funcional para el sujeto, pero sí para su entorno, comportando dificultades tanto en el funcionamiento en casa como en la escuela (Tackett et al., 2003). La información recogida en la CAFAS, al evaluar 8 áreas psicosociales distintas, permite corroborar esta hipótesis. En el caso de DSM-Pr.Conducta del YSR se observa una mayor relación en la evaluación del deterioro en el colegio, comunidad y conducta, pero no para el humor / emociones, autolisis y cogniciones. Los padres sí perciben una mayor influencia de este trastorno en el hogar.

Por último, el número de ítems que forman cada una de las Escalas DSM puede también influir. Las variaciones entre las Escalas DSM y la asociación con el deterioro puede verse influenciado por el número de síntomas que se evalúan. La Escala DSM-Pr.Conducta y DSM-Pr.Afectivos son las más extensas, 17 y 13 ítems respectivamente. Esta hipótesis se sustentaría con los resultados del CBCL, pero en menor medida con los del YSR.

Un tercer análisis ha permitido estudiar la relación entre las Escalas DSM y las dificultades en el funcionamiento consideradas como presentes o ausentes. Las asociaciones observadas entre las Escalas DSM y la presencia de deterioro no difieren significativamente entre los informadores (padre-hijo). Las Escalas DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta siguen siendo las más asociadas a la incapacidad funcional. En caso de que el propio niño sea el informador, DSM-Pr.Ansiedad aparece más relacionada con las alteraciones a nivel cognitivo; a la vez que DSM-Pr.Somáticos está más asociada al deterioro en el humor / emociones y la conducta de autolísis.

A pesar de que la capacidad predictiva de las Escalas DSM CBCL y YSR sobre determinados aspectos del deterioro funcional ha sido entre moderada y buena, algunas escalas no muestran asociaciones tan altas como cabría esperar. Como se comentaba al inicio de este apartado, en la evaluación mediante el CGAS y la CAFAS el entrevistador considera la patología general del niño o adolescente como determinante de su deterioro funcional. Así pues, valora la interferencia causada por un número mayor de síntomas que los que forman las Escalas DSM. Este hecho podría explicar por que las asociaciones observadas no son tan importantes como podría suponerse. Por otro lado, como sustentan Simonoff et al. (1997), algunos niños con síntomas suficientes para ser diagnosticados de un trastorno parecen no experimentar deterioro funcional.

5.2.5. Validez incremental de las Escalas DSM

La validez incremental permite determinar la importancia de la contribución de cada técnica de obtención de información en un proceso de evaluación (Hayes, Nelson y Jarrett, 1987; Hunsley, 2002; Johnston y Murray, 2003). El análisis de la regresión lineal ha permitido, en este trabajo, estudiar la validez incremental de las Escalas DSM sobre el índice CGAS, partiendo de la formulación de diagnósticos categoriales, según información obtenida en la DICA-IV.

Las Escalas DSM CBCL que han presentado valores más elevados de validez incremental han sido las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad. Este es un hecho interesante puesto que, la utilización de estas dimensiones podría aportar información relevante referida a los trastornos interiorizados, trastornos en los que los padres acostumbran a informar de manera menos precisa. Estas Escalas DSM CBCL aportan también información relevante en la evaluación del deterioro de trastornos como la Fobia Específica y la Distimia, en relación a la variabilidad explicada por los trastornos DSM-IV.

La validez incremental de las Escalas DSM YSR presenta valores superiores a los observados en las Escalas DSM CBCL. Las Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad son también en esta ocasión las que presentan valores más elevados de validez incremental, superando notoriamente los valores observados en las Escalas DSM CBCL. La utilización exclusivamente de la información del propio niño en la derivación de diagnósticos DICA-IV aumenta la validez incremental de DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad, pero disminuye los índices observados en el resto de Escalas DSM.

En el cálculo de la validez incremental de las Escalas DSM sobre los Síndromes Empíricos en la estimación de diagnósticos DICA-IV, se observan valores más elevados en las Escalas DSM CBCL. La Escala DSM-Pr.Afectivos contribuye significativamente en la estimación de los Tr.Estado Ánimo y el Tr.Depresivo Mayor DSM-IV, a partir de la información del Síndrome Aislamiento o Ansiedad/Depresión. La Escala DSM-Pr.Afectivos parece aportar información importante para detectar la presencia de Fobia Específica según criterios DSM-IV. Esta misma Escala DSM presenta una validez incremental significativa sobre este diagnóstico al estimar el deterioro funcional asociado al trastorno. Estos datos suponen una nueva evidencia a favor de la utilización de la Escalas DSM-Pr.Afectivos y DSM-Pr.Ansiedad en la estimación de trastornos interiorizados. Entre los trastornos exteriorizados, destaca la contribución a la clarificación diagnóstica de DSM-Pr.Conducta sobre los Tr. Conducta Perturbadora DSM-IV.

Las Escalas DSM YSR no contribuyen significativamente sobre los Síndromes Empíricos en la estimación de diagnósticos DICA-IV. A pesar de que los valores de validez incremental de la Escala DSM-Pr.Afectivos, sobre el Síndrome Aislamiento en la estimación de Tr.Estado Ánimo y Tr.Depresivo Mayor DSM-IV (a partir de la información combinada de padres e hijos), son similares a los obtenidos en las Escalas DSM CBCL, en este caso no son significativos. Probablemente, la mayor validez inicial explicada por el Síndrome Aislamiento explicaría esta contribución no significativa sobre el modelo final.

Algunos de los ítems de las Escalas DSM y las Escalas de Síndromes Empíricos son comunes (véase Tabla 46. Ítems de las Escalas DSM CBCL y YSR comunes a Escalas Empíricas, Pág. 130). La Escala DSM-Pr.Afectivos es la que presenta menor similitud con su Síndrome homólogo Aislamiento. Este hecho podría justificar que, tanto en el CBCL como en el YSR, los valores de validez incremental más elevados se hayan observado en esta Escala DSM. Su aportación en la estimación de Trastornos DSM-IV y el deterioro asociado a éstos estaría relacionada con la aportación de nuevos ítems que supone la escala. La correspondencia entre los ítems de DSM-Pr.Déficit Atención/Hiperactividad, DSM-Pr.Oposición Desafiante y DSM-Pr.Conducta con los Síndromes Problemas de Atención, Conducta Agresiva y Conducta de Romper Normas, respectivamente, aumenta hasta el punto de que la Escala DSM no aporta datos relevantes sobre los aportados por cada Síndrome.

Ante estos resultados es posible concluir que, como señalaban Meyer et al. (2001), la utilización de una batería de tests puede maximizar la validez de una evaluación. Estudiar, como se ha realizado en capítulos anteriores, las propiedades psicométricas de las Escalas DSM es necesario, pero no suficiente para determinar el interés de incluir estas dimensiones en la evaluación de trastornos tradicionalmente evaluados desde una óptica categorial. Los datos ahora aportados sostienen el interés de completar una evaluación categorial con indicadores cuantitativos, representando una medida alternativa para un mismo constructo, un hecho relevante para algunos investigadores (Hunsley y Meyer, 2003).

Es importante destacar que la validez incremental de un procedimiento de evaluación está condicionada por las propiedades psicométricas de otros procedimientos de evaluación disponibles para el mismo fin (Haynes, 2001; Meyer et al., 2001). En el caso que nos ocupa, la validez de la DICA-IV como instrumento diagnóstico puede haber disminuido la validez incremental observada en las Escalas

DSM. En cualquier caso, como señalan Johnston y Murray (2003), la validez incremental debería considerarse en el contexto del proceso de evaluación particular, en función de la fase de evaluación, la información disponible y el objetivo final del proceso.

5.3. PUNTOS DE CORTE DE LAS ESCALAS DSM DEL CBCL Y YSR

Una clasificación dimensional es susceptible de ser convertida en categorial mediante el establecimiento de puntos de corte clínicos que diferencien los casos de los no casos. En este trabajo, se ha estudiado la sensibilidad y especificidad de diferentes puntos de corte posibles en las Escalas DSM del CBCL y YSR. Cabe advertir que algunas submuestras han contado con un número reducido de casos, hecho que invita a considerar los valores con cautela. Además, estos resultados, al haber sido calculados mediante puntuaciones obtenidas en una muestra clínica, no podrán ser generalizados como valores de referencia en la población general; así pues, no podrán utilizarse como valores de cribado para identificar niños y adolescentes a riesgo de presentar problemas conductuales o emocionales. Sin embargo, sí tienen interés para el clínico que aplica las pruebas a jóvenes y adolescentes que consultan por la presencia de diversos síntomas. Éste podrá elegir el punto de corte en cada Escala DSM en función del nivel de sensibilidad deseado para cada trastorno.

La división en grupos de edad es imprescindible dado que la mayoría de trastornos psicológicos están sujetos a procesos de maduración (Cicchetti, 1984; Kazdin, 1989, Schonert-Reichl y Offer, 1992). El sexo también juega un papel importante. Los síntomas conductuales y emocionales parecen estar más influenciados por esta variable en la adolescencia, que por la edad del sujeto (Achenbach, 1991d). El incremento en los trastornos emocionales es más notorio en niñas que en niños (Doménech, Subirá y Cuxart, 1996). Parece ser que en éstos decrece la prevalencia de trastornos exteriorizados, mientras que los trastornos interiorizados se mantienen en el mismo nivel (Forehand, Neighbord y Wierson, 1991).

Para establecer puntos de corte en cada Escala DSM se ha utilizado como criterio la presencia de trastornos DSM-IV. Achenbach y Rescorla (2001), en cambio, transforman las puntuaciones directas en Puntuaciones T establecidas a través del cálculo de centiles. En numerosas ocasiones, los puntos de corte propuestos por los autores maximizan la especificidad frente a la sensibilidad. Atendiendo al Índice de Youden, la propuesta de puntos de corte para la muestra estudiada implicaría un descenso de los valores. Esta disminución mejoraría la estimación de la prevalencia de psicopatología. Esta sugerencia es una propuesta aceptada por diversos autores (Chen, Faraone, Biederman y Tsuang, 1994; Schmeck et al., 2001).

Las diferencias en la procedencia de las muestras (población clínica en este estudio y población normal en el trabajo de Achenbach y Rescorla (2001)) y el uso de diferentes procedimientos en la elección de puntos de corte óptimos puede haber sido una fuente de divergencias importantes en las clasificaciones resultantes (Boyle et al., 1996). Heiervang, Goodman y Goodman (2008) enfatizan también factores culturales

como fuentes de posibles diferencias. En un estudio en el que comparaban los resultados obtenidos por niños noruegos y británicos en la escala SDQ, observaron puntuaciones más bajas de los primeros en todas las escalas (emocional, conductual, hiperactividad y relación con los amigos). La prevalencia de trastornos exteriorizados en niños noruegos era la mitad que la observada en los niños británicos, mientras que los trastornos interiorizados mostraban valores similares.

En la literatura existen numerosos estudios que documentan las pérdidas de información asociadas al uso de variables categóricas obtenidas a partir de información dimensional (Kraemer y Thiemann, 1987; Cohen, 1983; Donner y Eliasziw, 1994). Kraemer (2007) afirma que este hecho no es importante si no hay relevancia clínica de la heterogeneidad que presentan los sujetos con o sin trastorno. A pesar de ello, es importante recordar que el CBCL no fue construido originalmente con un propósito de clasificación dicotómico como el que refleja la obtención de puntos de corte, sino que su objetivo principal era implementar un modelo dimensional en la evaluación psicopatológica de los síntomas (Schmeck et al., 2001).

Widiger y Samuel (2005) sostienen que la utilización de dimensiones debería integrarse en la práctica clínica mediante puntos de corte con diferentes propósitos clínicos, aportando un perfil descriptivo más específico e individualizado que posibilite la elección del mejor tratamiento, dado que, en ocasiones, los clínicos pueden tener dificultades para determinar el punto en que un paciente necesita tratamiento de no seguir una clasificación categorial como el DSM (Lopez, Compton, Grant y Breiling, 2007). Watson (2005) afirma que, por ejemplo, trastornos como los de ansiedad y del humor presentan una estructura cuantitativa, la cual no se considera en los diagnósticos categoriales. Según él, una estructura cuantitativa basada en el DSM puede proporcionar más información clínica relevante (gravedad del trastorno o disfunción, coste o cronicidad).

Esta transformación de información dimensional en categorial debería realizarse mediante el cálculo de diferentes puntos de corte en función de la decisión social o clínica específica (Krueger, Markon, Patrick y Iacono, 2005; Watson, 2005; Widiger y Samuel, 2005). El cálculo de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para los diferentes puntos de corte en cada Escala DSM permite al clínico o investigador elegir en cada momento el valor más adecuado.

Puntuar por encima del punto de corte de una escala, a pesar de no presentar ningún diagnóstico categorial, implica estar a mayor riesgo de presentar problemas en la escuela, dificultades de concentración, incapacidades de aprendizaje y uso de servicios de salud mental (Jensen y Watanabe, 1999).

5.4. IMPLICACIONES CLÍNICAS

El DSM, como nosología categorial, domina la literatura en salud mental, la formación de profesionales y la investigación, por lo que es difícil introducir nuevas propuestas en la conceptualización de la psicopatología (Achenbach, 2001). El auge del sistema categorial DSM se fundamenta en su gran utilidad clínica en relación al tratamiento, basado en el modelo médico que mantiene la existencia un tratamiento “óptimo” para un determinado diagnóstico. Su utilidad radica también en el uso hegemónico entre profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, trabajadores

sociales, etc.), facilitando la comunicación y comprensión entre ellos y así la utilidad del sistema (First, 2005). En este escenario, como comenta Sala (2007), establecer la utilidad de los sistemas dimensionales sigue siendo uno de los grandes retos de sus defensores. Síndromes y síntomas ofrecen diferentes respuestas a diferentes cuestiones. Los primeros se presentan como las mejores unidades de análisis cuando el objeto de estudio es la etiología del trastorno, mientras que los síntomas facilitan el estudio de la psicopatología o los mecanismos fisiopatológicos de un síntoma o un cluster de síntomas (Mojtabai y Rieder, 1998).

La aplicación de modelos dimensionales a la investigación y el diagnóstico muestra las aportaciones positivas que este enfoque puede representar tanto en la clínica como en la investigación (Kupfer, 2005). Un caso particular lo ejemplifica la generación de puntos de corte para escalas dimensionales, lo cual permite traducir información cuantitativa en parámetros categoriales. Sin duda, las nuevas propuestas deben incorporar estrategias dimensionales y categoriales. A pesar de la ineludible relación entre evaluación y taxonomía, aportaciones como las Escalas DSM posibilitan una aproximación dimensional a clasificaciones categoriales, mediante pruebas cuantitativas construidas racionalmente (Silva et. al., 2005).

Los datos de fiabilidad y validez de las Escalas DSM presentados en este trabajo tienen implicaciones directas en la práctica clínica de los profesionales dedicados a la psicopatología infantil y juvenil. El CBCL y el YSR son dos instrumentos utilizados en múltiples culturas en la evaluación de psicopatología en edades escolares. Concebidos como instrumentos empíricos que pretenden cuantificar aspectos disfuncionales, ofrecen con la incorporación de las Escalas DSM una aproximación a diagnósticos categoriales, partiendo de una construcción racional. Así, mediante un único instrumento de evaluación, y sin ningún coste de tiempo añadido ni de personal, es posible obtener información importante para la evaluación dimensional y la categorial.

Las Escalas DSM manifiestan su valor como estrategia de cribado, siendo parte de un inventario que ya ha demostrado esta utilidad para los síndromes empíricos que formula (Achenbach y Rescorla, 2001; Arend et al., 1996; Bilenberg, 1999; Fombonne, 1992; Verhulst et al., 1989). En este sentido, su administración podría vincularse a actuaciones de detección precoz en aquellos niños que acuden a consultas de atención primaria con quejas inespecíficas y poco claras.

La construcción racional de las Escalas DSM asegura una mayor correspondencia con el sistema categorial DSM puesto que supera algunos de los inconvenientes de los síndromes formulados empíricamente (Lengua et al., 2001): (1) Elimina los ítems del CBCL que no miden psicopatología, según criterios de expertos y técnicas de análisis factorial confirmatorio que han demostrado su debilidad como medida de psicopatología (p.ej. soñar despierto o preferencia por estar solo) u otras características propias de la infancia pero no necesariamente relacionadas con la psicopatología (Lengua et al., 1998). Si bien estos ítems pueden discriminar a aquellos niños que padecen trastornos, no definen necesariamente el constructo que se pretende evaluar. (2) La construcción empírica puede conllevar la agrupación de síntomas en un mismo síndrome a pesar de no formar parte conceptualmente de él. (3) La construcción racional de las Escalas DSM elimina también la posibilidad de que dos factores sean combinaciones de constructos correlacionados pero distintos, como

sucede en el síndrome ansiedad / depresión. Por último, (4) evita que un ítem esté incluido en más de una escala, reduciendo la especificidad de éstas (Macmann et al., 1992). Si bien es cierto que algunos trastornos comparten determinados síntomas, evitar la superposición de síntomas favorece a la investigación y la clínica (Macmann et al., 1993; Orvaschel, Ambrosini y Rabinovich, 1993).

Las Escalas DSM pueden permitir, también, la detección de niños y adolescentes que presentan síntomas psicológicos, independientemente de que cumplan o no los criterios para ser diagnosticados según el DSM-IV. La presencia de síntomas subumbral debería llevar al clínico a considerar la necesidad de ayuda y de seguimiento de su evolución (Cerel y Fristad, 2001), para prevenir así la aparición de problemas psicológicos mayores y deterioro funcional.

La presencia de relación entre las Escalas DSM y el número de síntomas presentes en cada trastorno pone de manifiesto la posibilidad de utilizar las Escalas DSM en la detección de trastornos subumbral. El término **subumbral** se refiere a aquellos sujetos que, pese a no presentar todos los criterios necesarios para ser diagnosticados de un determinado trastorno, presentan algunos problemas asociados a un grado de malestar considerable (Cantwell, 1996; Lewinsohn et al., 2000). Algunos pediatras sostienen que los trastornos subumbral son más frecuentes en su práctica diaria que los trastornos que figuran en el DSM-IV y la CIE-10 (Costello, 1990). Según Magruder y Calderone (2000) existe una prevalencia entre dos y cuatro veces superior de los trastornos subumbrales sobre los trastornos mentales específicos. Estas disfunciones subumbral se acompañarían, a la vez, de una comorbilidad considerable e incapacidad importante del sujeto, por lo que estos autores sostienen que las disfunciones subumbral representan un riesgo potencial para desarrollar trastornos mentales más graves, recomendando un abordaje terapéutico tanto desde un punto de vista sintomático como preventivo.

Las investigaciones sugieren, además, que los niños que requieren atención psicológica al cumplir los criterios para un diagnóstico, suelen ser subumbrales para otros trastornos (Lewinsohn et al., 2004). Contar con un instrumento dimensional, capaz de cuantificar síntomas de trastornos DSM para los cuales el niño no cumple todos los criterios diagnósticos, puede mejorar la atención a estas formas menores de psicopatología. Mayo y Rodríguez (2005) señalan que los instrumentos dimensionales pueden ser muy útiles para detectar casos subumbral en trastornos de la personalidad.

Helmchen y Linden (2000) comentan las consecuencias negativas de la detección e intervención sobre los trastornos subumbrales. Según ellos, la identificación de este tipo de situaciones disfuncionales puede conllevar la identificación con el rol de enfermo de aquellos que las padecen, la disminución de la capacidad de afrontamiento, sobrecarga del sistema médico y aumento de los costes. Teniendo en cuenta estas consideraciones, es importante estudiar la necesidad o no de tratamiento en estos casos y predecir el riesgo de que evolucionen a trastornos mentales mayores. De todos modos, como comenta Sala (2007), el hecho de que los subumbral presenten dificultades en el funcionamiento diario, hace pensar en la necesidad de establecer una serie de medidas preventivas.

Las Escalas DSM permitirán disponer de información más idiosincrásica, facilitando un indicador de la gravedad del trastorno a considerar en la elección del tratamiento y seguimiento. La evaluación mediante ellas permitiría tratar la comorbilidad entre los trastornos DSM y la heterogeneidad de cada categoría discutida en apartados anteriores (Krueger et al., 2005; Widiger y Samuel, 2005).

5.4.1. Limitaciones y generalización de los resultados

Este trabajo presenta algunas limitaciones. El **tamaño de las muestras** ha sido reducido, en especial el de la muestra YSR. Un mayor número de participantes aseguraría probablemente la representación de algunos trastornos que han presentado una **baja prevalencia**, y permitiría realizar los análisis en submuestras según la **edad** y el **género**. Es probable que estudios realizados en muestras más grandes que permitan análisis separados por edad y género ofrezcan nuevos resultados (Achenbach et al., 2008).

El **sexo de los padres** que contestaban el CBCL tampoco ha sido considerado, a pesar de que existen trabajos que recomiendan considerar esta variable (Conger, Ge, Elder, Lorenz y Simons, 1994; Miller, Cowan, Cowan, Hetherington y Clingempeel, 1993). Rodríguez, Jiménez, Fernández y Godoy (1999) analizaron, en una muestra de 50 padres y 50 madres, el grado de acuerdo al evaluar la conducta de su hijo mediante el CBCL. Según ellos, la percepción de conductas psicopatológicas difería, tanto en los síntomas interiorizados como exteriorizados. Este desacuerdo, independientemente del sexo del hijo, aparecía en mayor grado en los padres de niños de 6 a 11 años, y disminuía entre los padres de los más pequeños (4 y 5 años) y adolescentes (12 a 16 años).

Otras limitaciones provienen del **instrumento** utilizado para derivar los diagnósticos DSM, las categorías diagnósticas particulares y los métodos analíticos (Edelbrock y Costello, 1988; Rey y Morris-Yates, 1992; Gould et al., 1993; Arend et al., 1996; Kassius et al., 1997). En la literatura, numerosos estudios han comparado puntuaciones cuantitativas con diagnósticos derivados de entrevistas estructuradas, las cuales presentan también limitaciones (Arend et al., 1996). Estos instrumentos producen, por ejemplo, elevadas ratios de comorbilidad entre grupos diagnósticos (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987). Con el fin de superar estos inconvenientes, algunos autores proponen la utilización de estimaciones basadas sobre juicios clínicos como alternativa a las entrevistas estructuradas (Lavigne et al., 1994).

El hecho de que la derivación de diagnósticos DSM y la derivación de puntuaciones cuantitativas se haya realizado, en determinados casos, a partir del **mismo informador** puede convertirse en una fuente de error. Si bien no se trata de un re-test en el sentido estricto del término (primero se recogía información con la DICA y posteriormente contestaban CBCL o YSR), si puede aparecer el efecto de atenuación propio del re-test al considerar que se están evaluando conductas similares a las que se ha contestado anteriormente. Este hecho comporta una menor presencia de síntomas informados (Kassius et al., 1997).

Investigaciones futuras deberían realizar **estudios longitudinales** con el fin de estudiar el valor predictivo de las Escalas DSM a lo largo del tiempo sobre trastornos DSM no presentes en el momento de la evaluación.

Los resultados presentados han sido obtenidos a partir de la información facilitada por población patológica, al tratarse de niños y adolescentes que acudían a Servicios de Salud Mental de centros de asistencia primaria. Por lo tanto, es necesario realizar los mismos análisis en una muestra procedente de la población general para poder generalizar los resultados.

5.5. IMPLICACIONES TEÓRICAS

La combinación entre el enfoque dimensional y el categorial que ofrece la última versión de ASEBA permitirá, como sugería Cantwell (1996), atender los retos planteados por la comorbilidad y los trastornos subumbral en el futuro, colaborando a la reconceptualización de la psicopatología. Las Escalas DSM siguen la línea de propuestas anteriores en las que se ha combinado el enfoque empírico y racional en la elaboración de medidas de psicopatología (p.ej. the Behavioral Assessment System for Children, Reynolds y Kamphaus, 1992; Devereux Scales of Mental Disorders, Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1994), y particularmente dan respuesta a las aportaciones de Lengua et al. (2001) que sugerían un refinamiento conceptual o racional de las medidas del CBCL.

Las Escalas DSM ofrecen la oportunidad de “cuantificar” algunos de los trastornos presentes en el DSM-IV. Esta evaluación dimensional de entidades diagnósticas pertenecientes al modelo categorial permite, sin duda, mejorar el conocimiento de los trastornos psicopatológicos (Rubio-Stipec, Walker, Murphy y Fitzmaurice, 2002). Con el fin de aumentar la sensibilidad en la cuantificación de las Escalas DSM, debería considerarse incluir un espectro más amplio de posibles puntuaciones basados en las frecuencias de las conductas. Esta modificación en las respuestas escalares del CBCL (0=no es cierto, 1=algunas veces cierto, 2=frecuentemente cierto) fue propuesta en el pasado para las escalas de síndromes empíricos (Drotar, Stein y Perrin, 1995; Willett, Singer y Martin, 1998; Witt, Heffer y Pfeiffer, 1990).

La utilidad de la “cuantificación de la psicopatología” en la investigación adquiere relevancia, como lo hace también en el ámbito clínico. Como se ha comentado, la comorbilidad se observa con frecuencia en la práctica clínica y, en numerosas ocasiones, los grupos de sujetos que forman parte de una investigación presentan características mucho más homogéneas que los sujetos que se observan en la realidad. La utilización de dimensiones, como las Escalas DSM, podría representar un intento de acercamiento entre la investigación y la práctica clínica. La utilización de dimensiones refleja de forma más fidedigna la patología real, de forma que los resultados tendrían mayor capacidad de generalización (Sala, 2007). Además, como sustenta Achenbach (2009), la “cuantificación” de los criterios diagnósticos permitiría: (a) considerar diferentes umbrales diagnósticos en función del periodo de desarrollo; (b) proponer diferentes umbrales psicopatológicos en función del sexo; (c) variar el umbral diagnóstico en función del informador y (d) otorgar importancia a las diferencias culturales relacionadas con el desarrollo, sexo, y diferencias entre informadores.

Algunas de las razones que impiden la equivalencia entre las Escalas DSM y la evaluación de diagnósticos categoriales DSM es la falta de información referente a la edad de inicio, duración de los síntomas o deterioro funcional ocasionado por éstos. En cuanto a este último aspecto, las Escalas DSM, definidas únicamente por síntomas, emergen como una propuesta válida para estudiar la relación entre determinados síntomas y la incapacidad provocada por éstos. Como comentaba Kendler (1999), el rol de los criterios sintomáticos y el deterioro en la definición de las enfermedades mentales podría diferir entre las categorías diagnósticas, aspecto que

debería clarificarse después de que la última versión del DSM haya incluido el deterioro funcional entre los criterios diagnósticos de diversos trastornos.

Según Jensen et al. (1996) la controversia sobre la “mejor” estrategia de evaluación puede ser artificial. Cada una de ellas aporta información valiosa y no intercambiable. Es difícil que un inventario dimensional recoja la información suficiente para emitir un diagnóstico. La mayoría de ellos no contemplan aspectos fundamentales para el diagnóstico (edad de inicio, duración de los síntomas, etc.), por lo que los instrumentos basados en el modelo categorial siguen siendo necesarios (Hodges, 1993; Wakefield, 1999b; Zuckerman, 1999). Sin duda no se trata de cambiar los sistemas categoriales por los dimensionales, sino de mejorar las conexiones entre las dos aproximaciones (Caron y Rutter, 1991). La utilización de dimensiones en psicopatología no implica descartar el uso de categorías (Maser et al., 2009; Waller y Meehl, 1998).

5.6. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN: EL NUEVO DSM

Existe una cierta confusión y controversia alrededor de los múltiples significados del término *diagnóstico*. En el sentido estricto de la palabra, *diagnóstico* es el “término médico para referirnos a una clasificación” (Guze, 1978). Kraemer (2007) apunta que el DSM hace referencia a “diagnósticos”, descripciones que guían la identificación de trastornos, es decir, de alteraciones con relevancia clínica que presenta un paciente.

Los diagnósticos son un tema crítico tanto para los clínicos como para los investigadores. Las revisiones del *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) y de la *World Health Organization's International Classification of Disease* (ICD) han enfatizado los criterios diagnósticos explícitos. Sin duda, un diagnóstico correcto es el primer paso para una buena intervención. Los servicios de atención psicológica necesitan sistemas explícitos de clasificación para diagnosticar los problemas de sus usuarios y adecuar así las intervenciones.

Como se ha comentado en la introducción, en la última versión del DSM-IV se han introducido criterios de significación clínica para evaluar el deterioro producido por los síntomas en diferentes áreas vitales. Mientras que para algunos la inclusión de este aspecto aumenta la validez de la clasificación (Kendler, 1999), para otros la aplicación genérica del criterio de significación clínica debería ser reconsiderada (Spitzer y Wakefield, 1999). A pesar de que, descripciones más precisas de los trastornos facilitan el avance en la investigación en psicopatología infantil y juvenil (Arend et al., 1996), autores como Maser et al. (2009) sostienen que la inclusión de criterios de deterioro para el diagnóstico puede implicar una elevación del umbral diagnóstico.

Como comentan Lopez, Compton, Grant y Breiling (2007), el DSM no satisface todas las metas planteadas por clínicos e investigadores, puesto que, entre otros aspectos, no formula bases etiológicas de los trastornos. Además, debe considerarse que el juicio de muchos profesionales clínicos puede estar influenciado por sesgos personales, susceptibles de ser reducidos en caso de utilizar escalas estandarizadas (Garb y Pittsburg, 1998).

Los innovadores métodos estadísticos y las nuevas prácticas en investigación apuntan hacia la idea de que la concepción de la psicopatología como presente o ausente no facilita el proceso terapéutico, el cual puede verse favorecido con medidas de frecuencia y gravedad (Kessler, 2002; Krueger, Watson y Barlow, 2005; Saha, Chou y Grant, 2006). Tal vez ha llegado el momento de extender los modelos dimensionales a la psicopatología tradicional. La psicometría moderna puede realizar aportaciones importantes al respecto. Según Cuthbert (2005) los modelos dimensionales ofrecen poderosas vías para organizar nuestro conocimiento psicopatológico, siendo una importante guía para la investigación futura (Maser et al., 2009).

Así pues, después de décadas de enfoques categoriales, los profesionales de la psicología están considerando la integración de nuevos modelos dimensionales a las clasificaciones ya existentes (Drabick, 2009). El proceso de cambio constante del DSM, reflejando el progreso en el conocimiento y su concepción de instrumento inacabado (Kraemer, 2007) puede facilitar esta gran reforma a través de su futura edición: el DSM-V.

La "Agenda de Investigación para el DSM-V" (Kupfer, Firts y Regier, 2002; Narrow, First, Sirovatka y Rieger, 2007) detalla diversos objetivos a alcanzar. Uno de ellos es eliminar las disparidades entre el DSM-IV y la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y Desórdenes Conductuales (OMS, 1992). La revisión de la 11ª edición de la CIE-10 está prevista para 2014. Dos años antes, en 2012, se espera que vea la luz el nuevo DSM-V. La APA, en colaboración con la OMS y el U.S. National Institutes of Health (NIH) iniciaron en 1999 la revisión de los diagnósticos vigentes. La construcción del futuro DSM-V debe incorporar nuevos conocimientos procedentes de las neurociencias básicas y clínicas, la genética, los avances en ciencia cognitiva y conductual, así como explicaciones referentes al desarrollo de los trastornos a lo largo de la vida. Entre estas nuevas aportaciones está presente la discusión dimensional frente a categorial. Como comenta Regier (2007), existe un interés especial entre los nosólogos para valorar los beneficios potenciales de la incorporación de un componente dimensional en la nueva edición del DSM.

Como sustentan Kasius et al. (1997), el hecho de que los enfoques categoriales y dimensionales convivan en la práctica clínica y en la investigación evidencia que ninguno de los dos satisface totalmente las numerosas cuestiones relacionadas con la evaluación y el diagnóstico de la psicopatología en niños y adolescentes. Es posible que algunos trastornos posean propiedades que se puedan entender mejor desde una óptica dimensional, mientras que otros puedan conceptualizarse mejor desde un punto de vista categorial. Por ello, el uso conjunto de ambas estrategias puede aumentar la validez y mitigar las puntos débiles de cada uno de ellos (Cerel y Fristad, 2001; Pickles y Angold, 2003; Rubio-Stipec et al., 2002). Para Kraemer, Noda y O'Hara (2004) el enfoque categorial y el enfoque dimensional son fundamentalmente equivalentes, dependiendo su uso de las circunstancias clínicas y los objetivos de investigación a alcanzar. En este sentido, los enfoques dimensionales serían óptimos para establecer hipótesis, identificar problemas y establecer puntos de corte a través de los que formular la convergencia con sistemas categoriales. Estos autores concluyen que la utilización no correcta de cada enfoque en función de los objetivos planteados puede conllevar errores tanto en la clínica como en la investigación.

First (2005) es uno de los detractores ante la posibilidad de incluir diagnósticos dimensionales en el DSM-V. Según afirma, este cambio puede comportar desacuerdos médicos y crear barreras administrativas y clínicas entre trastornos mentales y condiciones médicas. Por ello, primero deberá demostrarse la utilidad clínica de las medidas dimensionales para que su uso sea aceptado. First (2005) propone dimensionalizar las categorías DSM en función de los siguientes criterios:

-Las dimensiones diagnósticas DSM-V deben corresponder con las categorías diagnósticas establecidas.

-El DSM debe ser útil para los clínicos que, posiblemente, necesitan valorar la presencia/ ausencia de determinadas alteraciones.

-No es recomendable la incorporación de algoritmos matemáticos complicados para derivar diagnósticos dimensionales.

-Los diagnósticos dimensionales, al igual que ocurre con los diagnósticos categoriales, deben mostrar buena fiabilidad y validez.

La integración de los dos sistemas de evaluación y diagnóstico se intuye difícil y ardua. Extender los modelos dimensionales a muchos trastornos definidos tradicionalmente de manera categorial implica poseer evidencia suficiente de que dichas alteraciones pueden ser medidas dimensionalmente, a la vez que esta evidencia debe ser traducida a decisiones clínicas (Lopez et al., 2007). Además, pese a que el valor de incluir elementos dimensionales en el DSM ha sido reconocido durante décadas, no existen propuestas válidas y fiables acerca de cómo realizar este cambio.

Brown y Barlow (2005) proponen la introducción de puntuaciones dimensionales de gravedad a las categorías y criterios diagnósticos existentes. Según ellos, este hecho subsanaría algunas de las limitaciones del enfoque categorial, puesto que, permitiría captar las diferencias individuales en cuanto a la gravedad del cuadro, y permitiría otorgar significación clínica a los trastornos subumbral (Jablensky, 2005). En una línea similar, investigadores de las Universidades de Pisa, Pittsburg y Columbia habían constituido años antes el "Spectrum Project" (Maser y Patterson, 2002), el cual pretendía, entre otros objetivos, trabajar para otorgar significación clínica de las características subumbral. La incorporación de estos aspectos dimensionales de los trastornos permitiría evaluar la respuesta de un paciente ante un determinado tratamiento. La única situación en la que una dimensión puede no añadir calidad al diagnóstico clínico de un trastorno se produce cuando no hay variación clínica entre las personas diagnosticadas como positivas o negativas (Kraemer et al., 2004).

Según Kraemer (2007), el cambio en el DSM no consiste en añadir un diagnóstico dimensional al categorial, sino en mejorar cada uno de ellos mediante elementos cuantitativos. Muchos diagnósticos categoriales pueden convertirse parcialmente en dimensionales mediante el recuento de síntomas que los definen, la duración de los síntomas, la gravedad de éstos, el deterioro, la certeza diagnóstica, el consenso de múltiples diagnosticadores y muchas otras estrategias. En este sentido, Hudziak, Achenbach, Althoff y Pine (2007) proponen un eje cuantitativo a incluir en el futuro DSM.

Los argumentos a favor de la conceptualización, medida y clasificación como síndrome dimensional de trastornos como la depresión no son nuevos (Ruscio y Ruscio, 2000; Slade y Andrews, 2005). Según Andrews et al. (2007) los síntomas de

depresión mayor existen en dimensiones de gravedad o intensidad, persistencia en el tiempo, cambio en el estado habitual, malestar y deterioro. A pesar de ello, las decisiones clínicas siguen siendo en muchos casos dicotómicas, como la necesidad o no de tratamiento. Con el objetivo de introducir aspectos dimensionales en este cuadro, manteniendo los criterios diagnósticos que supuestamente aparecerán en el DSM-V, como lo hicieron en versiones anteriores de este manual, estos autores proponen la utilización de un autoinforme paralelo: "The nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)".

Allardyce, Suppes y Van Os (2007) abogan por la utilización conjunta de modelos dimensionales y categoriales en la psicosis, con la finalidad de aumentar la validez predictiva.

Numerosos investigadores argumentan también la utilidad de incorporar dimensiones temperamentales y de personalidad al nuevo sistema diagnóstico DSM-V, después de que numerosos estudios hayan demostrado el valor potencial de incluir estos aspectos cuantitativos (Brown y Barlow, 2005; Clark, 2005; Livesley, 2005; Paris, 2005; Mervielde, de Clercq, de Fruyt y van Leeuwen, 2005; Widiger y Samuel, 2005; Widiger y Simonsen, 2005).

A esta última propuesta se suma Kupfer (2005), que propone también la creación de modelos jerárquicos para el diagnóstico de trastornos del humor y ansiedad, y modelos de trastornos exteriorizados para adultos.

A pesar de estas aportaciones, la introducción de un elemento dimensional no es consistente en todos los trastornos psiquiátricos descritos en el DSM. Mientras que en determinados casos la gravedad del trastorno puede medirse a través de la frecuencia de la conducta disruptiva, en otros no es posible hacerlo como, por ejemplo, en determinadas formas de psicosis (Lopez et al., 2007).

CONCLUSIONES

El Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) incluye escalas dimensionales empíricas y basadas en los trastornos del DSM. Si bien las primeras han sido objeto de múltiples estudios, hay pocos datos de la calidad de las segundas y ninguno en España. El objetivo de este trabajo era estudiar la fiabilidad y validez de las Escalas DSM. Las conclusiones del estudio son las siguientes:

- Las Escalas DSM del CBCL y YSR presentan una buena consistencia interna, es decir, están formadas por ítems que evalúan un mismo constructo.
- El acuerdo entre padres e hijos en las Escalas DSM y en los ítems concretos oscila entre bajo y moderado. Este nivel de acuerdo “modesto” es característico en la evaluación de la psicopatología en niños y adolescentes e implica que las dos fuentes de información deben ser consideradas en la evaluación diagnóstica.
- Las Escalas DSM son válidas para evaluar dimensionalmente trastornos categoriales DSM en entrevista diagnóstica (DICA-IV). La convergencia entre ambas aproximaciones es muy elevada, especialmente en Tr. Conducta Perturbadora. También se ha encontrado una asociación alta entre las Escalas DSM y el número de síntomas en cada trastorno DICA-IV. Estos resultados deben ser valorados considerando la no equivalencia de las Escalas DSM y los criterios diagnósticos presentes en el DSM-IV e indican la posibilidad de “cuantificar” trastornos definidos categorialmente.
- Las Escalas DSM también han demostrado su validez por su asociación con dificultades en el funcionamiento: a mayor puntuación en las Escalas DSM correspondió mayor deterioro funcional.
- Las Escalas DSM presentan una baja validez incremental con respecto a las Escalas Empíricas para estimar los diagnósticos DICA-IV. Esto indica que no aportan información relevante frente a las Escalas de Síndromes del mismo inventario. La elevada convergencia entre las Escalas DSM y las Escalas Empíricas justifica la utilización únicamente de una de ellas.

- Las Escalas DSM presentan una considerable validez incremental con respecto a los diagnósticos DICA-IV para estimar el deterioro funcional. Esto significa que aportan información relevante en la evaluación del deterioro funcional y que, por tanto, es recomendable su utilización conjunta.

Los resultados aportan datos sobre la calidad de evaluar dimensionalmente los diagnósticos categoriales con las Escalas DSM. Las desventajas de la evaluación con el sistema categorial pueden quedar compensadas por las ventajas de la “cuantificación” de la psicopatología.

REFERENCIAS

- Abad, J. (1998). *Derivació empírica de síndromes de banda ampla i estreta mitjançant l'instrument diagnòstic Youth Self-Report* [Empirical derivation of broad- and narrow-band síndromes using the diagnostic measure Youth Self-Report]. Doctoral Thesis, Department of Methodology of the Behavior Sciences, Faculty of Psychology, University of Barcelona, Spain.
- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12: 1, 49-54.
- Abad, J., Forns, M., Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measure by the YSR: gender and age differences in spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 149-157.
- Achenbach, T.M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80 (No. 615).
- Achenbach, T.M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488.
- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. En M. Lewis y S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Achenbach, T.M. (1991a). "Comorbidity" in child and adolescent psychiatry: categorical and quantitative perspectives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 271-278.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991c). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991d). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy: Applications to clinical research. *Psychological Assessment*, 7:3, Special Issue: Methodological Issues in psychological assessment research, 261-274.
- Achenbach, T.M. (1996). Subtyping ADHD: a request for suggestions about relating empirically based assessment to DSM-IV. *ADHD Report*, 4, 5-9.

- Achenbach, T.M. (1997). *Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 263-271.
- Achenbach, T.M. (2009). Some needed changes in DSM-V: But what about children? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 50-53.
- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C., y Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and futures directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:3, 251-275.
- Achenbach, T.M., Conners, C.K., Quay, H.C., y Verhulst, F.C. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17:3, 299-323.
- Achenbach, T.M. y Dumenci, L. (2001). Advances in empirically based assessment: Revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: Comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fisher (2001). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69:4, 699-702.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2001). Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Retrieved October, 2001, from the World Wide Web: www.ASEBA.org
- Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2003a). Are american children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31:1, 1-11.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2003b). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 32, 328-340.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: a review of analysis of emperical efforts. *Psychological Bulletin*, 85:6, 1275-1301.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 227-256.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional prolems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychologucal Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T.M., Newhouse, P.A. y Rescorla, L. A. (2004). *Manual for the ASEBA Older Adult Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and families.

- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2006b). *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology. Implications for Mental Health Assessment*. New York: Guilford.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T.M., Verhulst, F.C., Baron, G.D. y Althaus, M. (1987). A comparison of síndromes derived from the Child Behavior Checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 437-453.
- Aebi, M., Metzke, C.W. y Steinhausen, H.C. (2009). Prediction of major affective disorders in adolescents by self-report measures. *Journal of Affective Disorders*, 115, 140-149.
- Albores, L., Lara, C., Esperón, C., Cárdenas, J.A., Pérez, A.M. y Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35:6, 393-399.
- Allardyce, J., Suppes, T. y Van Os, J. (2007). Dimensions and the psychosis phenotype. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (S1); S34-S40.
- Ambrosini, P.J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 49-58.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.-Revised Text). Washington, DC: Author.
- Anderson, J.C., Williams, S.M., McGee, R.O. y Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

- Andreasen, N.C., Grove, W.M., Shapiro, R.W., Keller, M.B., Hirschfeld, R.M.A., y McDonald-Scott, P. (1981). Reliability of lifetime diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38, 400-405.
- Andrews, G., Brugha, T., Thase, M.E., Duffy, F.F., Rucci, P. y Slade, T. (2007). Dimensionality and the category of major depressive episode. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 16(S1); S41-S51.
- Angold, A. y Costello, J.E. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 39-48.
- Angold, A., Costello, J.E. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Angold, A., Costello, E.J., Farmer, E., Burns, B.J., y Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38:2, 129-137.
- Anselmi, L., Barros, F.C., Teodoro, M.L.M., Piccinini, C.A., Menezes, A.M.B., Araujo, C.L. y Rhode, L.A. (2008). Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 499-507.
- Arend, R., Lavigne, J.V., Rosenbaum, D., Binns, H.J. y Christoffel, K.K. (1996). Relation between taxonomic and quantitative diagnostic systems in preschool children: emphasis on disruptive disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25:4, 388-397.
- Arsenault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., Rijdsdijk, F.V., Jaffee, S.R., Ablow, J.C. y Measelle, J.R. (2003). Strong genetic effects on cross-situational antisocial behaviour among 5-years-old children according to mothers, teachers, examiner-observers, and twins'self-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 832-848.
- Ashford, J., van Lier, P.A.C., Timmermans, M., Cuijpers, P. y Koot, H.M. (2008). Prenatal smoking and Internalizing and Externalizing problems in children studied from childhood to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 779-787.
- Barrio, V. del. (1995). Evaluación clínica infantil y adolescente. En F. Silva (Ed.). *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Barrio, V. del, Cerezo, M.A. (1990a). *Baremos del Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach en niños españoles (6 a 11 años)*. Barcelona: VIII Congreso Nacional de Psicología de la SEP.
- Barrio, V. del, Cerezo, M.A. (1990b). CBCL-Achenbach. Escala de problemas infantiles en población española. Varones 6-11 años. En II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area, 7. Valencia, Abril.
- Bender, H.A., Auciello, D., Morrison, C.E., MacAllister, W.S. y Zaroff, C.M. (2008). Comparing the convergent validity and clinical utility of the Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Scales and Child Behavior Checklist. *Epilepsy and Behavior*, 13, 237-242.
- Bérubé, R.L. y Achenbach, T.M. (2001). *Bibliography of Published Studies Using ASEBA Instruments: 2001 edition*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

- Bérubé, R.L. y Achenbach, T.M. (2005). Bibliography of Published Studies Using ASEBA Instruments: 2005 edition. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Bérubé, R.L. y Achenbach, T.M. (2007). Bibliography of Published Studies Using ASEBA Instruments: 2007 edition. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Bérubé, R.L. y Achenbach, T.M. (2008). Bibliography of Published Studies Using ASEBA Instruments: 2008 edition. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Doyle, A., Lehmen, B.K., Kraus, I., Perrin, J. y Tsuang, M.T. (1993). Convergence of the Child-Behavior Checklist with Structured Interview-Based Psychiatric Diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34:7, 1241-1251.
- Bilenberg, N. (1999). The Child Behavior Checklist (CBCL) and related material: Standardization and validation in Danish population and clinically based samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 100, 398, 1-52.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M. y Ribera, J.C. (1987). Further measures of the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 44, 821-824.
- Bird, H., Yager, T.J., Staghezza, B., Gould, M.S., Canino, G. y Rubio-Stipec, M.A. (1990). Impairment in the epidemiologic measurement of childhood psychopathology in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 796-803.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y Neer, S.M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometrics characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Boots, D. P. y Wareham, J. (2009). An exploration of DSM-Oriented Scales in the prediction of criminal offending among urban american youths. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 840-859.
- Boyce, W.T.; Frank, E., Jensen, P., Kessler, R.C., Nelson, C.A., Steinberg, L. y The MacArthur Foundation Research Network on Psychopathology and Development (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., Sanford, M., Szatmari, P., Fleming, J.E. y Price-Munn, N. (1993). Evaluation of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents for use in general population samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 663-681.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J.E. y Sanford, M. (1996). Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: Issues, and prospects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1140-1148.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Lepine, S., Houde, L., Gaudet, N. (1995). Do children aged 9 through 11 years understand the DISC, Version 2.5 questions?

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 946-954.
- Brown, T.A., Barlow, D.H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section. *Journal of the Abnormal Psychology*, 114:4, 551-556.
- Brunshaw, J.M. y Szatmari, P. (1988). The agreement between behavior checklist and structured psychiatric interviews for children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 474-481.
- Cantwell, D.P. (1996). Classification of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 3-12.
- Cantwell, D.P., Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.
- Cantwell, D.P., y Rutter, M. (1994). Classification: Conceptual issues and substantive findings. En A.M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (3ª ed., pp.3-21). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Caron, C. y Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues, research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Cerel, J. y Fristad, M.A. (2001). Scaling Structured Interview Data: A Comparison of two methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:3, 341-346.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Chen, W.J., Faraone, S.V., Biederman, J. y Tsuang, M.T. (1994). Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist Scales for attention-deficit/hyperactivity disorder: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1017-1025.
- Chorpita, B.F., Albano, A.M. y Barlow, D.H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 74-85.
- Chorpita, B.F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L.A. y Francis, S.E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behavior Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Clark, L.A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Clark, L.A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505-521.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clark, L.A., Watson, D. y Reynolds, C.R. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.

- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational Psychological Means*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1983). The cost of dichotomization. *Applied Psychological Measurement*, 7, 249-253.
- Cohen, P., Velez, N., Kohn, M., Schwab-Stone, M. y Johnson, J. (1987). Child psychiatric diagnosis by computer algorithm: Theoretical issues and empirical tests. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 26, 631-638.
- Conger, R.D., Ge, X., Elder, G.H.Jr., Lorenz, F.O. y Simons, R. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65, 541-561.
- Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 24-29.
- Conners, C.K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conners, C.K, Parker, J.D.A., Sitarenios, G. y Epstein, J.N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257-268.
- Conners, C.K, Sitarenios, G., Parker, J.D.A. y Epstein, J.N. (1998). Revision and restandardization of the Conners' Teacher Rating Scales (CTRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 279-291.
- Connor-Smith, J.K. y Compas, B.E. (2003). Analogue Measures of DSM-IV Mood and Anxiety Disorders Based on Behavior Checklists. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 25: 1, 37-48.
- Costa, P.T. Jr. y Widiger, T.A. (Eds.). (1994). *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Costello, E.J. (1990). *Sub-threshold psychiatric disorders in pediatric primary care: Implications for functional impairment*. Presented at annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago, IL. October, 1990.
- Costello, E., Edelbrock, C. y Costello, A. (1985). Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Childre: A comparison between psychiatric and pediatric referrals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 579-595.
- Costello, A.J., Edelbrock, C.S., Kalas, R., Kessler, M.K. y Klaric, S.A. (1982). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Bethesda, MD; National Institute of Mental Health.
- Curry, J.F. y Ildardi, S.S. (2000). Validity of the Devereux Scales of Mental Disorders with adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 578-588.
- Cuthbert, B.N. (2005). Dimensional models of psychopathology: research agenda and clinical utility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 565-569.
- Da Silva, A. (2006). Youth Self-Report: Profile patterns of adjudicated adolescent and diagnostic efficiency of clinical scales. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67(2-B), pp. 1200.

- Dedrick, R.F., Tan, T.X. y Marfo, K. (2008). Factor structure of the Child Behavior Checklist/6-18 in a sample of girls adopted from China. *Psychological Assessment, 20*, 70-75.
- Derks, E.M., Hudziak, J.J., Dolan, C.V., Ferdinand, R.F. y Boomsma, D.I. (2006). The relations between DISC-IV DSM diagnoses of ADHD and multi-informant CBCL-AP syndrome scores. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 116-122.
- Dingle, K., Alati, R., Williams, G.M., Najman, J.M., Bor, W. y Clavarino, A. (2009). The ability of YSR DSM-oriented depression scales to predict DSM-IV depression in young adults: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2009.05.013
- Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995), Las clasificaciones en psicopatología inafantil. En J. Rodríguez (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Doménech, J.M. y Granero, R. (2009). Macro !ROC for PASW Statistics. Roc Analysis [computer program]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Available from: <http://www.metodo.uab.cat/macros.htm>.
- Doménech, E., Subirà, S. y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado del ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En: Buendía, J. (Dir.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid. Pirámide.
- Donner, A. y Eliasziw, M. (1994). Statistical implications of the choice between a dichotomous or continuous trait in studies of interobserver agreement. *Biometrics, 50*, 550-555.
- Döpfner, M., Berner, W. y Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und faktorielle validität der Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen stichprobe. *Diagnostica, 41*, 221-244.
- Döpfner, M., Berner, W. y Lehmkuhl, G. (1997). Verhaltensauffälligkeiten von Schülern im Urteil der Lehrer – Reliabilität und faktorielle validität der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 18*, 199-214.
- Döpfner, M., Berner, W., Schmeck, K., Lehmkuhl, G. y Poustka, F. (1995). Internal consistency and validity of the CBCL and the TRF in a German sample – a cross cultural comparison. In J. Sergeant (Ed.), *Eunethydis. European approaches to hyperkinetic disorder* (pp. 51-81). Zürich: Fotorotar.
- Drabick, D. A. G. (2009). Can a developmental psychopathology perspective facilitate a paradigm shift toward a mixed categorical-dimensional classification system? *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 41-49.
- Drotar, D., Stein, R.E. y Perrin, E.C. (1995). Methodological issues in using the Child Behavior Checklist and its related instruments in clinical child psychology research. *Journal of Clinical Psychology, 24*, 184-192.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. y Reid, R. (1998). *ADHD rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford.
- Edelbrock, C. y Costello, A.J. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16:2*, 219-231.

- Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Conover, N.C. y Kalas, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 27, 181-190.
- Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Kalas, R., Conover, N.C. (1985). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Development*, 56, 265-275.
- Eley, T.C., Lichtenstein, P. y Moffitt, T.E. (2003). A longitudinal behavioural genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 15, 383-402.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Esparó, G., Canals, J., Torrente, M., Fernández, J.D. (2004). Psychological problems and associated factors at 6 years of age: Differences between sexes. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 53-62.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1978). *EPQ-J, Cuestionario de personalidad*. Madrid: TEA.
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica*, 6, 33-64.
- Ezpeleta, L. (1996). Entrevistas estructuradas para el diagnóstico psicopatológico en niños y adolescentes. En J.M.G- Alberca y C.G.Prieto (Eds.), *Manual práctico de psicopatología clínica y de la salud* (pp. 95-120). Sevilla: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos.
- Ezpeleta, L., Granero, R. y de la Osa, N. (1999). Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 18-26.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Doménech, J.M. y Bonillo, A. (2006). Assessment of Functional Impairment in Spanish Children. *Applied Psychology: An International Review*, 55:1, 130-143.
- Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E.J. y Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric incapacity in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 901-914.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1995). La Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revisada (DICA-R): Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 153-163.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA-R). *Psicothema*, 9:3, 529-539.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la., Júdez, N., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997). Diagnostic agreement between clinicians and the Diagnostic Interview for Children and Adolescent -DICA-R- in an outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:4, 431-440.
- Faraone, S.V., Althoff, R.R., Hudziak, J.J., Monuteaux, M. y Biederman, J. (2005). The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: a receiver operating characteristic curve analysis. *Bipolar Disorders*, 7, 518-524.

- Ferdinand, R.F. (2007). Predicting anxiety diagnoses with the Youth Self-Report. *Depression and anxiety*, 24, 32-40.
- Ferdinand, R.F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales Anxiety Problems and Affective Problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 126-134.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (1995). Predictive validity of categorically and dimensionally scored measures of disruptive childhood behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 477-485.
- First, M.B. (2005). Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 560-564.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. (2nd Ed.) New York Wiley.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York. Wiley.
- Floyd, F.J. y Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7:3, 286-299.
- Foley, D.L., Pickles, A., Maes, H.M., Silberg, J.L. y Eaves, L.J. (2004). Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1107-1114.
- Fombonne, E. (1992). Parent reports on behaviour and competencies among 6-11 year-old French children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 233-243.
- Forehand, R., Neighbord, B. y Wierson, M. (1991). The transition to adolescence: The role of gender and stress in problem behavior and competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 929-937.
- Fowler, F.J. y Mangione, T.W. (1990). *Standardized survey interviewing. Minimizing interviewer-related error*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M.A.G., Hart, E.L. y Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.
- Fuentes, M.J., Fernández, M. y Bernedo, I.M. (2004). Problemas de conducta, evaluados con el CBCL, en adolescentes adoptados españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 663-691.
- Gadow, K.D. y Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D. y Sprafkin, J. (1999). *Youth's Inventory-4 Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D. y Sprafkin, J. (2002). *Child Symptom Inventory-4 Screening and Norms Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D., Sprafkin, J., Carlson, G.A., Schneider, J.M.A., Nolan, E.E., Mattison, R.E. y Rundberg-Rivera, V. (2002) A DSM-IV-Referenced, Adolescent Self-Report Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41:6, 671-679.
- Garb, H.N. y Pittsburg, V.A. (1998). Studing the clinician: Judgment research and psychological assessment. Washington, Dc, US: American Psychological Association, 333 p.

- García, C. (2004). Anorexia and depression: Depressive Comorbidity in Anorexic adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 40-52.
- Gould, M.S., Bird, H. y Jaramillo, B.S. (1993). Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 287-313.
- Granero, R. y Ezpeleta, L. (1997a). *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes-IV (EDNA-IV)-Forma para padres* [programa de ordenador]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Granero, R. y Ezpeleta, L. (1997b). *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes-IV (EDNA-IV)-Forma para niños* [programa de ordenador]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Granero, R. y Ezpeleta, L. (1997c). *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes-IV (EDNA-IV)-Forma para adolescentes* [programa de ordenador]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Goethals, K., Willigenburg, L., Buitelaar, J. y Van Marle, H. (2008). Behaviour problems in childhood and adolescence in psychotic offenders: an exploratory study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 153-165.
- Guze, S. (1978). Validating criteria for psychiatric diagnosis: the Washington University approach. In: Akiskal, M.S., Webb, W.L., eds. *Psychiatric diagnosis: exploration of biological predictors*. New York: Spectrum, 49-59.
- Hanna, G.L., Yuwiler, A. y Coates, J.K. (1995). Whole blood serotonin and disruptive behaviors in juvenile obsessive-compulsive disorders. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 28-35.
- Hartman, C.A., Hox, J., Auerbach, J., Erol, N., Fomseca, A.C., Mellenbergh, G.J., Novick, T.S., Oosterlaan, J., Roussos, A.C., Shalev, R.S., y Zilber, N. (1999). Syndrome dimensions of the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form: A critical empirical evaluation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:7, 1095-1116.
- Hartman, C.A., Hox, J., Mellenbergh, G.J., Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., McNamee, J., Gadow, K.D., Sprafkin, J., Kelly, K.L., Nolan, E.E., Tannock, R. y Schachar, R. (2001). DSM-IV Internal construct validity: when a taxonomy meets data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42: 6, 817-836.
- Hayes, S.C., Nelson, R.O. y Jarret, R.B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist*, 42,963-974.
- Haynes, S.N. (2001). Introduction to the special section on clinical applications of analogue behavioral observation. *Psychological Assessment*, 13, 3-4.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behaviour therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Heiervang, E., Goodman, A. y Goodman, R. (2008). The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 678-685.
- Helmchen, H. y Linden, M. (2000). Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artefact, and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (Suppl. 1), 1-7.

- Helstelä, L., Sourander, A. y Bergroth, L. (2001). Parent-reported competence and emotional and behavioural problems in Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 337-341.
- Herjanic, B. y Reich, W. (1982). Development of a structured interview for children: Agreement between child and parent on individual symptom. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 307-324.
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34:1, 49-68.
- Hodges, K. (1995a). *CAFAS self-training manual and blank scoring forms*. Ann Arbor, MI: Author.
- Hodges, K. (1995b). *Child and Adolescent Functional Assessment Scale*. Ypsilanti, MI: Eastern Michigan University, Department of Psychology.
- Hodges, K.; Doucette-Gates, A. y Liao, Q. (1999). The Relationship Between the Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) and Indicators of Functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 8:1, 109-122.
- Hodges, K. y Fitch, P. (1979). *Development of a mental status examination interview for children*. Paper presented at the meeting of the Missouri Psychological Association. Kansas City, MO.
- Hodges, K., Gordon, Y. y Lennon, M.P. (1990). Parent-child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children: the child assessment schedule (CAS). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 427-436.
- Hodges, K., y Wong, M.M. (1996). Psychometric characteristics of a multidimensional measure to assess impairment: The Child and Adolescent Functional Assessment Scale. *Journal of Child and Family Studies*, 5:4, 445-467.
- Hodges, K., y Wong, M.M. (1997). Use of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale to predict service utilization and cost. *Journal of Mental Health Administration*, 24:3, 278-290.
- Hofstra, M.B., van der Ende, J. y Verhulst, F.C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Hoge, R.D. y Andrews, D.A. (1992). Assessing conduct problems in the classroom. *Clinical Psychology Review*, 12, 1-20.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four factor index of social status*. Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology.
- Hudziak, J.J. (1998). *DSM-IV Checklist for Childhood Disorders*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Hudziak, J.J., Achenbach, T.M., Althoff, R.R. y Pine, D.S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric research*, 16, S16-S23.
- Hunsley, J. (2002). Psychological testing and psychological assessment: A closer examination. *American Psychologist*, 57, 139-140.
- Hunsley, J. y Meyer, G.J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15, 446-455.

- Ivanova, M.Y., Dobrean, A., Dopfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A.C. et al. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the CBCL in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 405-417.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bathiche, M. et al. (2007). Testing the Teacher's Report Form syndromes in 20 societies. *School Psychology Review*, 36, 468-483.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 729-738.
- Jablensky, A. (2005). Boundaries of mental disorders. *Current opinion in psychiatry*, 18: 6, 653-658.
- Jensen, P.S., Koretz, D., Locke, B.Z., Scheneider, S., Radke-Yarrow, M., Richters, J.E. y Rumsey, J.M. (1993). Child and adolescent psychopathology research: Problems and prospects for the 1990s. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 551-580.
- Jensen, P.S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H., Dulcan, M., Schwab-Stone, M. y Lahey, B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: Are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38; 1569-1579.
- Jensen, P.S., Salzberg, A.D., Richters, J.E., Watanabe, H.K. y Roper, M. (1993). Scales, diagnoses, and child Psychopathology. I. CBCL and DISK relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:2, 397-406.
- Jensen, P.S. y Watanabe, H. (1999). Sherlock Holmes and child psychopathology assessment approaches: the case of the false-positive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 138-146.
- Jensen, P.S., Watanabe, H.K., Richters, J.E., Roper, M., Hibbs, E.D., Salzberg, A.D. y Liu, S. (1996). Scales, diagnoses, and child psychopathology: II. Comparing the CBCL and the DISC against external validators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 151-168.
- Jensen, P.S., Xenakis, S.N., Davis, H. y DeGroot, J. (1988). Child psychopathology rating scales and interrater agreement, II: child and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 451-461.
- Johnston, C. y Murray, C. (2003). Incremental validity in the psychological assesment of children and adolescents. *Psychological Assessment*, 15, 496-507.
- Jurbergs, N. y Ledley, D.R. (2005). Separation anxiety disorder. *Pediatric Annuals*, 34, 108-115.
- Kamphaus, R.W y Frick, P.J. (1996). *Clinical assessment of child and adolescent personality behaviour*. Needham Heights, MA: Simon & Schuster.
- Kassius, M.C., Ferdinand, R.F., van de Berg, H. y Verhulst, F.C. (1997). Association between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38:6. 625-632.

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. y Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kazdin, A.E. (1989). Developmental psychopathology. Current research, issues and directions. *American Psychologist*, 44, 180-187.
- Kazdin, A.E. y Heidish, I.E. (1984). Convergence of clinically derived diagnoses and parent checklists among inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 421-435.
- Keenan, K. y Wakschlag, L.S. (2000). More than the terrible twos: the nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 33-46.
- Kendall, P.C., Cantwell, D.P. y Kazdin, A.E. (1989). Depression in children and adolescents: assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy Research*, 13, 109-146.
- Kendall, P.C., Puliatico, A.C., Barmish, A.J., Choudhury, M.S., Henin, A. y Treadwell, K.S. (2007). Assessing Anxiety with the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form. *Journal of Anxiety Disorders*, 21:8, 1004-1015.
- Kendler, K.S. (1999). Setting boundaries for psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1845-1848.
- Kessler, R.C. (2002). The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness. *Journal of the Health: Issues of Measurement and Dimensionality*, 43:2, 171-188.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- King, N.J., Ollendick, T.H. y Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents: Relations between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 11, 441-459.
- Klein, D.F. (1999). Harmful dysfunction, disorder, disease, illness, and evolution. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 421-429.
- Klein, D.N. y Riso, L.P. (1993). Psychiatric disorders: problems of boundaries and comorbidity. In: *Basic Issues in Psychopathology*, Costello CG, ed. New York: Guilford.
- Koriath, U., Gualtieri, C.T., Van Bougondien, M.E., Quade, D. y Werry, J.S. (1985). Construct validity of clinical diagnosis in pediatric psychiatry: Relationship among measures. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 429-436.
- Kraemer, H.C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1): S8-S15.
- Kraemer, H.C., Noda, A. y O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research*, 38:1, 17-25.

- Kraemer, H.C. y Thiemann, S. (1987). *How many subjectes? Statistical power analysys in research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Krol, N.P., de Bruyn, E.E.J., van Aarle, E.J.M. y van de Bercken, J.H.L. (2001). Computerized screening for DSM classifications using CBCL/YSR extended checklists: a clinical try-out. *Computers in Human Behavior*, 17, 315-337.
- Krol, N.P., de Bruyn, E.E.J., Coolen, J.C. y van Aarle, E.J.M. (2006). From CBCL to DSM: A comparison ot two methods to screen for DSM-IV diagnoses using CBCL data. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35:1, 127-135.
- Krug, S.E. (1994). *Cuestionario de análisis clínico: Manual*. Madrid: Ed. TEA.
- Krueger, R.F. (2002). Psychometric perspectives on comorbidity. In J.E. Helzer y J.J. Hudziak (Eds.), *Defining psychopathology in the 21st century* (pp. 41 - 54). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Krueger, R.F., Caspi, A., Moffit, T.E., y Silva, P.A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal- epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 216-227.
- Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, C.J. y Iacono, W.G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 537-550.
- Krueger, R.F. y Piasecki, T.M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically – informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 485-499.
- Krueger, R.F., Watson, D. y Barlow, D.H. (2005). Introduction to the Special Section: Toward a Dimensionally Based Taxonomy of Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 491-493.
- Kupfer, D.J. (2005). Dimensional models for research and diagnosis: a current dilemma. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 557-559.
- Kupfer, D.J., First, M.B., Regier, D.A. (Eds). (2002) *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lahey, B. B., Applegate, B., Waldman, I., Loft, J.D., Hankin, B.L., Rick, J. (2004). The structure of child and adolescent psychopathology: generating new hypotheses. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 358-385.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H.C., Applegate, B., Shaffer, D., Waldman, I., Hart, E.L., McBurnett, K., Frick, P.J., Jensen, P.S., Dulcan, M.K., Canino, G. y Bird, H.R. (1998). Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:4, 435-442.
- Lahey, B.B., Rathouz, P.J., Van Hulle, C., Urbano, R.C., Krueger, R.F., Applegate, B., Garriock, H.A., Chapman, D.A. y Waldman, I.D. (2008). Testing structural models of DSM.IV symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:2, 187-207.
- Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, D., Sinacore, J., Cicchetti, C., Binns, H.J., Christoffel, K.K., Hayford, J.R. y McGuire, P. (1994). Interrater reliabilityof the DSM-III-R with preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 679-690.

- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., y Menendez, P. (1992a). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18:62, 883-905.
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., y Menendez, P. (1992b). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4:1, 21-48.
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., y Menendez, P. (1992c). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clínica y Salud*, 3:2, 183-194.
- Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14:4, 816-822.
- Lengua, L.J., Sadowski, C.A., Friedrich, W.N. y Fisher, J. (2001). Rationally and Empirically Derived Dimensions of Children's Symptomatology: Expert Ratings and Confirmatory Factor Analyses of the CBCL. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69:4, 683-698.
- Lengua, L.J., West, S.G. y Sandler, I.N. (1998). Temperament as a predictor of symptomatology in children: Addressing contamination of measures. *Child Development*, 69, 164-181.
- Leung, P.W.L., Kwong, S.L., Tang, C.P., Ho, T.P., Hung, S.F., Lee, C.C., Hong, S.L., Chiu, C.M. y Liu, W.S. (2006). Test-retest reliability and criterion validity of the Chinese version of CBCL, TRF, and YSR. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 970-973.
- Lewinsohn, P.M., Shankman, S.A., Gau, J.M. y Klein, D.N. (2004). The prevalence and co-morbidity of Subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine*, 34, 613-622.
- Lewinsohn, P.M., Solomon, A., Seeley, J.R. y Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345-351.
- Lilienfeld, S.O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 285-291.
- Lilienfeld, S.O., Waldman, I.D. e Israel, A.C. (1994). A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology, science and practice*, 1, 71-83.
- Livesley, W.J. (2005). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 131-155.
- Lonigan, C.J., Carey, M.P. y Finch, A.J. (1994). Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity and the utility of self-report. *Journal of Consulting Psychology*, 62, 1000-1008.
- Lopez, M.F., Compton, W.M., Grant, B.F. y Breiling, J.P. (2007). Dimensional approaches in diagnostic classification: a critical appraisal. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, S6-S7.
- López, C., García, C., Murcia, L., Martín, C., Cortegano, M.C., López-Mora, I. y López-García, G. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: Taxonomías empíricas. *Anales de Psicología*, 11:2, 129-141.
- Lucas, C.P. (1992). The order effect: reflections on the validity of multiple test presentations. *Psychological Medicine*, 22, 197-202.

- Lucas, C.P., Fisher, P., Piacentini, J., Zhang, H., Jensen, P.S., Shaffer, D., Dulcan, M., Schwab-Stone, M., Regier, D. y Canino, G. (1999). Features of interview questions associated with attenuation of symptom reports. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 429-437.
- Lucas, C.P., Zhang, H., Fisher, P.W., Shaffer, D., Regier, D.A., Narrow, W.E., Bourdon, K., Dulcan, M.K., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Lahey, B.B. y Friman, P. (2001). The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:4, 443-449.
- Macmann, G.M., Barnett, D.W., Burd, S.A., Jones, T., LeBuffe, P.A., O'Malley, D., Shade, D. y Wright, A. (1992). Construct validity of the Child Behavior Checklist: Effects of item overlap on second-order factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 113-116.
- Macmann, G.M., Barnett, D.W. y Lopez, E.J. (1993). The Child Behavior Checklist /4-18 and related materials: Reliability and validity of syndromal assessment. *School Psychology Review*, 22, 322-333.
- Magruder, K. y Calderone, G. (2000). Public health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, (Supl.1), 14-18.
- Martínez Arias, R. (1996). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Marsh, E.J. y Graham, S.A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V.E. Caballo y M.A. Simón (Eds.). *Manual de psicología infantil y del adolescente* (1ª ed., pp. 29-56). Madrid: Pirámide.
- Maser, J.D. y Patterson, T. (2002). Spectrum and nosology: implications for DSM-IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 855-885.
- Maser, J.D., Norman, S.B., Zisook, S., Everall, I.P., Stein, M.B., Schettler, P.J. et al. (2009). Psychiatric nosology is ready for a paradigm shift in DSM-IV. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 24-40.
- Mattison, R.E., Gadow, K.D., Sprafkin, J., Nolan, E.E. y Schneider, J. (2003). A DSM-IV-Referenced teacher rating scale for use in clinical management. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:4, 442-449.
- Mayo, M.G. y Rodríguez, A. (2005). Diagnóstico dimensional versus categorial en un caso de trastorno de la personalidad. *Archivos de Psiquiatría*, 68 (1), 71-80.
- McConaughy, S.H. (2005). Direct observational assessment during test sessions and child clinical interviews. *School Psychology Review*, 34, 490-506.
- McConaughy, S.H., y Achenbach, T.M. (2001). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (2nd ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- McConaughy, S.H., y Achenbach, T.M. (2004). *Manual for the Test Observation Form for Ages 2-18*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Mervielde, I., de Clercq, B., de Fruyt, F. y van Leeuwen, K. (2005). Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 171-201.
- Meyer, S.E., Carlson, G.A., Youngstrom, E., Ronsaville, D.S., Martínez, P.E., Gold, P.W., Hakak, R. y Radke-Yarrow, M. (2008). Long-term outcomes of youth who

- manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 113, 227-235.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L. y Dies, R.R. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Miller, L. C. (1967). Louisville Behavior Checklist for male, 6-12 years of age. *Psychological Reports*, 21, 885-896.
- Miller, N.B., Cowan, P.A., Cowan, C.P., Hetherington, E.M. y Clingempeel, W.G. (1993). Externalizing in preschoolers and early adolescents: A cross-study replication of a family model. *Developmental Psychology*, 29, 3-18.
- Millon, T. (1991). Classification in psychopathology: rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 49, 377-412.
- Mojtabai, R. y Rieder, R.O. (1998). Limitations of the symptom-oriented approach to psychiatric research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 198-202.
- Molina, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2, 23-40.
- Montenegro, H. (1983). Salud mental del escolar. Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T.Achenbach en niños de 6 a 11 años. Santiago, Chile: Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial.
- Morgan, C.J. y Cauce, A.M. (1999). Predicting DSM-III-R disorders from the youth self-report: Analysis of data from a field study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38:10, 1237-1245.
- Muris, P., Dreessen, L., Bögels, S., Weckx, M. y van Melick, M. (2004). A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:4, 813-820.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. y Schouten, E. (2001). The structure of negative emotions in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 331-337.
- Naglieri, J.A., LeBuffe, P.A. y Pfeiffer, S.I. (1994). *Devereux Scales of Mental Disorders*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Najman, J.M., Heron, M.A., Hayatbakhsh, M.R., Dingle, K., Jamrozik, K., Bor, W., O'Callaghan, M. y Williams, G.M. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 694-700.
- Nakamura, B.J., Ebesutani, C., Bernstein, A. y Chorpita, B.F. (2009). A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 31, 178-189.
- Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, P., Rieger, D.A. (eds). *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007.
- Nathan, P.E. y Langenbucher, J.W. (1999). Psychopathology: Description and Classification. *Annual Review of Psychology*, 50, 79-107.
- Nobile, M., Rusconi, M., Bellina, M., Marino, C., Giorda, R., Carlet, O., Vanzin, L., Molteni, M. y Battaglia, M. (2009). The influence of family structure, the TPH2

- G-703T and the 5-HTTLRP serotonergic genes upon affective problems in children aged 10-14 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 317-325.
- Oggers, C. L., Moffitt, T.E., Tach, L.M., Sampson, R. J., Taylor, A., Matthews, C.L. y Caspi, A. (2009). The Protective Effects of Neighborhood Collective Efficacy on British Children Growing Up in Deprivation: A Developmental Analysis. *Developmental Psychology*, 45,942-957.
- Öjmyr-Joelsson, M., Christensson, K., Frenckner, B., Nisell, M. y Lindholm, T. (2008). Children with high and intermediate imperforate anus: remembering and talking about medical treatment carried out early in life. *Pediatric Surgery International*, 24, 1009-1015.
- Orvaschel, H., Ambrosini, P. y Rabinovich, H. (1993). Diagnostic issues in child assessment. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 26-40). Boston: Allyn y Bacon.
- Osa, N. de la. (2004). CBCL/6-18. Inventario de conducta infantil de Achenbach. En R. Ballesteros (Ed.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Piramide.
- Osa, N. de la., Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996a). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8:2, 359-368.
- Osa, N. de la., Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996b). Validez convergente y discriminante de la Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños y Adolescentes (DICA-R). *Clínica y Salud*, 7, 181-194.
- Paris, J. (2005). Neurobiological dimensional models of personality: A review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *Journal of Personality Disorders*, 19, 156-170.
- Pernice, F., Gust, J. y Hodges, K. (1997). A structures interview for collecting objective clinical data. In C. J. Liberton, K. Kutash, y R. M. Friedman (Eds.) *10th annual research conference proceedings: A system of care for children's mental health: Expanding the research base* (pp. 471-476). Tampa, FL: Research & Training Center for Children's Mental Health.
- Peterson, D.R. (1961). Behavior problems of middle childhood. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 205-209.
- Pettit, J.W., Olino, T.M., Roberts, R.E., Seeley, J.R. y Lewinsohn, P.M. (2008). Intergenerational transmission of internalizing problems: effects of parental and grandparental major depressive disorder on child behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:3, 640-650.
- Piacentini, J.C. (1993). Checklists and rating scales. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 82-97). Boston: Allyn y Bacon.
- Pickles, A. y Angold, A. (2003). Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 15, 3; 529-551.
- Pickles, A., Rowe, R., Simonoff, E., Foley, D., Rutter, M. y Silberg, J. (2001). Child psychiatry symptoms and psychosocial impairment: relationship and pronostic significance. *British Journal of Psychiatry*, 179, 230-235.

- Prinz, P., Onghena, P., y Hellinckx, W. (2006). A cohort-sequential multivariate latent growth curve analysis of normative CBCL aggressive and delinquent problem behavior. *International Journal of Behavioral Development, 30*:5, 444-459.
- Quay, H.C. (1977). Measuring dimensions of deviant behavior: The Behavior Problem Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology, 5*:3, 277-287.
- Quay, H.C. (1979). Classification. In H.C. Quay y J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (2nd ed., pp. 1-34), New York: Wiley.
- Quay, H.C. (1983). A dimensional approach to behavior disorder: The Revised Behavior Problem Checklist. *School Psychology Review, 12*:3, 244-249.
- Quay, H.C. (1986). Classification. En H.C. Quay y J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3ª ed., pp. 1-34). New York: Wiley.
- Quay, H.C., Donald, K.R. y Shapiro, S.K. (1987). Psychopathology of childhood: From description to validation. *Annual Review of Psychology, 38*, 491-532.
- Quay, H.C. y Peterson, D.R. (1993). *The Revised Behavior Problem Checklist: Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Regier, D.A. (2007). Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*(S1); S1-S5.
- Regier, D.A., Kaelber, C.T., Rae, D.S., Farmer, M.E., Knauper, B., Kessler, R.C., Norquist, G.S. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry, 55*, 109-115.
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 59-66.
- Reich, W., Leacock, N. y Shanfeld, K. (1997a). *Diagnostic Interview for Children and Adolescent -IV (DICA-IV)* [Computer software]. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc.
- Reich, W., Shayka, J.J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview for Children and Adolescent-DICA-R*. (L.Ezpeleta trad.). Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Reich, W. y Welner, Z. (1988). *The Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised-Child/Parent Forms*. St Louis: Washington University.
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M.C. y Lecrubier, Y. (2004). Diagnostic structures interviews in child and adolescent's psychiatry. *Encephale, 30*:2, 122-134.
- Rescorla, L.A. (2005). Assessment of Young Children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 11*, 226-237.
- Rescorla, L., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2007b). Behavioural and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders, 15*, 130-142.
- Rey, J.M. y Morris-Yates, A. (1992). Adolescent depression and the child behavior checklist. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 423-427.

- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). Behavior Assessment System for Children (BASC): Manual. Circle Pines, MN: American Guidance.
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). *Behavior Assessment System for Children: second edition manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Reynolds, C.R., Richmond, B.O. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rice, F., Harold, G. y Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 65-79.
- Robins, L.N. (1985). Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Archives of General Psychiatry*, 42, 918-924.
- Robins, L.N., Regier, D.A. (eds): *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. New York, Free Press, 1991.
- Rodríguez, M.C., Jiménez, M.A., Fernández, E. y Godoy, C. (1999). Evaluación de psicopatología en la infancia y adolescencia a través de la percepción de los padres. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 8, 51-66.
- Roth, B., Munsch, S., Meyer, A., Winkler Metzke, C., Isler, E., Steinhausen, H.C. y Schneider, S. (2008). The mental status of overweight children. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 36, 163-176.
- Rubio-Stipec, M., Bird, H., Canino, G. y Gould, M. (1990). The internal consistency and concurrent validity of a spanish translation of the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18: 4, 393-406.
- Rubio-Stipec, M., Canino, G.J., Shrout, P., Dulcan, M., Freeman, D. y Bravo, M. (1994). Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatric epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC.2). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 703-720.
- Rubio-Stipec, M., Shrout, P.E., Canino, G., Bird, H.R., Jensen, P., Dulcan, M., y Schwab-Stone, M. (1996). Empirically, defined symptom scales using the DISC 2.3. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 67-83.
- Rubio-Stipec, M., Walker, A., Murphy, J. y Fitzmaurice, G. (2002). Dimensional measures of psychopathology. The probability of being classified with a psychiatric disorder using empirically derived symptom scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 553-560.
- Ruscio, J. y Ruscio, A.M. (2000). Informating the continuity controversy: a taxometric analysis of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 473-487.
- Rutter, M. y Gould, M. (1985). Classification. In M. Rutter y L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 304-321). London: Blackwell.
- Saha, T.D., Chou, S.P., Grant, B.F. (2006). Toward and alcohol use disorder continuum using item response theory: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36, 931-941.
- Sala, R. (2007). *Escalas empíricas para la EDNA-IV: Una aproximación dimensional para la evaluación de niños y adolescentes*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Sala, R., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2006). Dimensional analysis of a categorical diagnostic interview: the DICA-IV. *Psicothema*, 18, 123-129.

- Sandoval, M., Lemos, S. y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in spanish adolescents: a normative study of the YSR. *Psicothema*, 18:4, 804-809.
- Sandberg, S., Rutter, M., McGuinness, D., Pickles, A. y Angold, A. (2001) Do high-threat life events really provoke the onset of psychiatric disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 523-532.
- Sardinero, E., Pedreira, J.L. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8:3, 447-480.
- Schmeck, K., Poustka, F., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Lehmkuhl, G., Fegert, J.M., Lenz, K., Huss, M. y Lehmkuhl, U. (2001). Discriminant validity of the Child Behaviour Checklist CBCL/4-18 in German samples. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 240-247.
- Schonert-Reichl, K.A. y Offer, D. (1992). Gender differences in adolescent symptoms. In T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol.14, pp.27-60). New York: Plenum.
- Schwab-Stone, M., Fallon, T., Briggs, M. y Crowther, B. (1994). Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years: A test-retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1048-1054.
- Schwab-Stone, M., Fisher, P., Piacentini, J. Shaffer, D., Davies, M., y Briggs, M. (1983). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised (DISC-R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 32, 651-657.
- Schwab-Stone, M., Shaffer, D., Dulcan, M.K., Jensen, P.S., Fisher, P., Bird, H.R., Goodman, S.H., Lahey, B.B., Lichtman, J.H., Canino, G., Rubio-Stipec, M.y Rae, D.S. (1996). Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 878-888.
- Senaratna, B.C., Perera, H. y Fonseca, P. (2008). Sinhala translation of child behaviour checklist: validity and reliability. *The Ceylon medical journal*, 53, 40-44.
- Shaffer, D., Fisher, P. y Dulcan, M.K. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, version 2.3 (DISC-2-3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K. y Schwab-Stone, M.E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. y Aluwahlia, S.A. (1983). Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychology*, 40, 1228-1231.
- Silva, R.R., Alpert, M., Pouget, E., Silva, V., Trosper, S., Reyes, K. y Dummit, S. (2005). A rating scale for disruptive behavior disorders, based on the DSM-IV item pool. *Psychiatric Quarterly*, 76:4, 327-339.

- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J.M., Silberg, J.L., Maes, H.H., Loeber, R., Rutter, M., Hewitt, J.K. y Eaves, L.J. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: influences of age, gender and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 801-808.
- Slade, T. y Andrews, G. (2005). Latent structure of depression in a community sample: a taxometric analysis. *Psychological Medicine*, 35, 489-497.
- Song, L., Singh, J. y Singer, M. (1994). The Youth Self-Report Inventory: A study of its measurement fidelity. *Psychological Assessment*, 6, 236-245.
- Sontag, L.M., Graber, J.A., Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P. (2008). Coping with social stress: implications for psychopathology in Young Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1159-1174.
- Sourander, A., Helstelä, L. y Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 657-663.
- Spatola, C.A.M., Fagnani, C., Pesenti-Gritti, P., Ogliari, A., Stazi, M.A. y Battaglia, M. (2007). A General Population Twin Study of the CBCL/6-18 DSM-Oriented Scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:5, 619-627.
- Spitzer, R.L., Wakefield, J.C. (1999). DSM-IV Diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry*, 156, 1856-1864.
- Stark, K. D., Kaslow, N.J. y Laurent, J. (1993). The assessment of depression in children: Are we assessing depression or the broad-band construct of negative affectivity? *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1, 149-154.
- Steingard, R., Biederman, J., Doyle, A. y Sprich-Buckminster, S. (1992). Psychiatric comorbidity in attention deficit disorder: Impact on the interpretation of Child Behavior Checklist results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 449-461.
- Steinhausen, F.C., Müller, N. y Metzke, C.W. (2008). Frequency, stability and differentiation of self-reported school fear and truancy in a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 17-28.
- Tackett, J.L., Krueger, R.F., Iacono, W.G. y McGue, M. (2005). Symptom-based subfactors of DSM-IV-defined conduct disorder: Evidence for etiologic distinctions. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 483-487.
- Tackett, J.L., Krueger, R.F., Sawyer, M.G. y Graetz, B.W. (2003). Subfactors of DSM-IV conduct disorder: evidence and connections with syndromes from the child behavior checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31:6, 647-654.
- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G. y Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-770.
- Tepper, P., Liu, X., Guo, C., Zhai, J., Liu, T. y Li, C. (2008). Depressive symptoms in Chinese children and adolescents: parent, teacher, and self reports. *Journal of Affective Disorders*, 2, 291-298.
- Thiels, C y Pätel, J. (2008). Survey of disordered eating and behaviour in children and adolescents. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 36, 265-274.

- Tizón, J.L., Artigué, J., Parra, B., Gomá, M., Ferrando, J., Pareja, F., Sorribes, M., Pérez, C. y Parés, A. (2004). La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en atención primaria). *Atención Primaria*, 34, 493-498.
- Van Lang, N.D.J., Ferdinand, R.F., Oldehinkel, A.J., Ormel, J. y Verhulst, F.C. (2005). Concurrent validity of the DSM-IV scales Affective Problems and Anxiety Problems of the Youth Self-Report. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1485-1494.
- Van Lang, N.D.J., Ferdinand, R.F., Ormel, J. y a Verhulst, F.C. (2006). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms of the Youth Self-report in a general population sample of young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 849-860.
- Van Meurs, I., Reef, J., Verhulst, F.C. y van der Ende, J. (2009). Intergenerational Transmission of Child Problem Behaviors: A Longitudinal, Population-Based Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 138-145.
- Van der Valk, J.V., van den Oord, E.J.C.G., Verhulst, F.C. y Boomsma, D.I. (2001). Using parental ratings to study the etiology of 3-year-old twins' problem behaviors: Different views or rater bias? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 921-931.
- Van der Vegt, E.J.M., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., Verhulst, F.C. y Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems adoptees: Evidence for long lasting effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 239-249.
- Vassi, I., Veltsista, A., Lagona, E., Gika, A., Kavadias, G. y Bakoula, C. (2008). The generationa gap in numbers: parent-child disagreement on youth's emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 1008-1013.
- Verhulst, F.C. (1995). Recent developments in the assessment and diagnosis of child psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 203-212.
- Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W. y Althaus, M. (1985). Mental health in Dutch children: (I) A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 72, 323, 1-108.
- Verhulst, F.C., Prince, J., Vervuurt-Poot, C. y de Jong, J.B. (1989). Mental health in Dutch children: (IV) Self-reported problems for ages 11-18. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 80, 356, 1-48.
- Vermunt, L.C., Buysse, C.M., Joosten, K.F., Hazelzet, J.A., Verhulst, F.C. y Utens, E.M. (2008). Behavioural, emotional, and post-traumatic stress problems in children and adolescents, long term after septic shock caused by Neisseria meningitidis. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 251-263.
- Vreugdenhill. C., van de Brink, W., Ferdinand, R., Wouters, L. y Doreleijers, T. (2006). The ability of YSR scales to predict DSM/DISC-C psychiatric disorders among incarcerated male adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15:2, 88-96.
- Wakefield, J.C. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychology*, 47, 373-388.

- Wakefield, J.C. (1999a). Evolutionary versus prototype analysis of the concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 374-399.
- Wakefield, J.C. (1999b). Philosophy of science and the progressiveness of the DSM's theory-neutral nosology: Response to Follette and Houts, part 1. *Behavior Research and Therapy, 37*, 963-999.
- Waldman, I.D., Lilenfeld, S.O. y Lahey, B.B. (1995). Toward construct validity in the childhood disruptive behaviour disorders: Classification and diagnosis in DSM-IV and beyond. *Advances in Clinical Child Psychology, 17*, 323-363.
- Waller, N.G., y Meehl, P.E. (1998). Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua. Newbury Park, CA: Sage.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114:4*, 522-536.
- Watson, D. y Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465-490.
- Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M. y McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology, 1004*, 15-25.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J.S., Clark, L.A., Strauss, M. y McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 1004*, 3-14.
- Weinstein, S.R., Noam, G.G., Grimes, K., Stone, K. y Schwab-Stone, M. (1990). Convergence of DSM-III diagnoses and self-reported symptoms in child and adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 627-634.
- Weinstein, S.R., Stone, K., Noam, G.G., Grimes, K. y Schwab-Stone, M. (1989). Comparison of DISC with clinicians' DSM-III diagnoses in psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 28*, 53-60.
- Weissman, M. M., Warner, V. y Fendrich, F. (1990). Applying impairment criteria to children's psychiatric diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 789-795.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Fristad, M.A., Teare, M. y Schecter, J. (2000). Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal American Child Adolescent Psychiatry, 39*, 76-84.
- Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K.G. y Amado, H. (1987). Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 649-653.
- Werry, J.W., Reeves, J.C., Elkind, G.S. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children. I. A review of research on differentiating characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 133-143.

- Widiger, T.A., Frances, A.J., Pincus, H.A., Davis, W.W. y First, M.B. (1991). Toward an empirical classification for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology, 100*:3, 280-288.
- Widiger, T.A. y Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders-Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology, 114*:4, 494-504.
- Widiger, T.A y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110-130.
- Willet. J.B., Singer, J.D. y Martin, N.C. (1998). The design and analysis of longitudinal studies of development and psychopathology in context: Statistical models and methodological recommendations. *Development and Psychopathology, 10*, 395-426.
- Witt, J.C., Heffer, R.W. y Pfeiffer, J. (1990). Structured rating scales: A review of self-report and informant rating processes, procedures, and issues. En C.R. Reynolds y R.W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (pp. 364-394). New York: Guilford Press.
- World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases and related health problems* (10th revision). Geneva: Author.
- Youden, W.J. (1950). Index for rating diagnostic test. *Cáncer, 3*, 32-35.
- Youngstrom, E.A., Findling, R.L. y Calabrese, J.R. (2003). Who are the co-morbid adolescents? Agreement between psychiatry diagnosis, youth, parent and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*, 231-245.
- Zahner, G.E.P. (1991). The feasibility of conducting structured diagnostic interviews with preadolescents: A community field trial of the DISC. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 659-668.
- Zero to Three (1994). *Diagnostic Classification: 0-3*. Washington, DC: Author.
- Zhao, Q., Sherrill, Goodwin, J.L. y Quan, S.F. (2008). Association between sleep disordered breathing and behavior in school-age children: The Tucson Children's Assessment of Sleep Apnea Study. *Open Epidemiology Journal, 1*, 1-9.
- Zhou, Q., Wang, Y., Deng, X., Eisenberg, N., Wolchik, S.A. y Tein J.Y. (2008). Relations of parenting and temperament to Chinese children's experience of negative life events, coping efficacy, and externalizing problems. *Child Development, 79*, 493-513.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J.C. y Salinas, J.M. (2006). Ansiedad social en una muestra de jóvenes españoles: características demográficas y psicosociales. *Análisis y Modificación de Conducta, 32*, 661-692.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J.C. y Salinas, J.M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema, 19*, 654-660.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.

