

Relaciones entre hipótesis y diagnósticos en evaluaciones psicológicas de niños y adolescentes: un estudio empírico

Relações entre hipóteses e diagnósticos em avaliações psicológicas de crianças e adolescentes: um estudo empírico

Relationships between hypotheses and diagnoses in psychological assessments of children and adolescents: an empirical study

Recibido: 03/08/2020

Aprobado: 23/12/2020

Publicado: 27/01/2021

Denise Balem Yates¹

Mônia Aparecida da Silva²

Kaena Garcia Henz³

Daiane Silva de Souza⁴

Renata Gruner⁵

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira⁶

Esta es una investigación documental, de análisis y correlacional, desarrollada entre los años 2013 a 2014 en el Centro de Evaluación Psicológica de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), RS, Brasil, con el objetivo de examinar la relación entre las hipótesis diagnósticas iniciales y el diagnóstico final de niños y adolescentes que se sometieron a evaluación psicológica. Se utilizaron informes psicológicos y el Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL6/18), y dos jueces independientes codificaron las demandas y conclusiones descritas en los informes según las categorías psicopatológicas descritas en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Los resultados mostraron que hay poca concordancia entre los métodos semiestructurado (informe) y estandarizado (Child Behavior Checklist/6-18) para la formulación de hipótesis diagnósticas iniciales ($Kappa \leq 0,253$). También hay poca concordancia entre las hipótesis diagnósticas iniciales (Child Behavior Checklist/6-18) y las conclusiones diagnósticas (informe) ($Kappa \leq 0,250$). Hubo más concordancia entre la hipótesis inicial (informe) y la conclusión diagnóstica (informe) cuando se trataba de problemas muy específicos, como el trastorno de alimentación ($Kappa = 0,662$) y de sueño-vigilia ($Kappa = 1,000$). Se concluye que los métodos utilizados para el estudio de las quejas presentan ventajas y desventajas, y se esperan asociaciones relativamente bajas o moderadas entre los métodos independientes de evaluación.

Descriptor: Evaluación de síntomas; Diagnóstico; Niño; Adolescente

Esta é uma pesquisa documental, de levantamento e correlacional, desenvolvida entre os anos de 2013 a 2014 no Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como objetivo examinar a relação entre as hipóteses diagnósticas iniciais e o diagnóstico final de crianças e adolescentes que realizaram avaliação psicológica. Foram utilizados os laudos psicológicos e o Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL6/18) e dois juízes independentes codificaram as demandas e conclusões descritas nos laudos de acordo com categorias psicopatológicas descritas na quinta edição do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Os resultados mostraram que há pouca concordância entre os métodos semiestructurado (laudo) e padronizado (Child Behavior Checklist/6-18) para a formulação de hipóteses diagnósticas iniciais ($Kappa \leq 0,253$). Há também pouca concordância entre as hipóteses diagnósticas iniciais (Child Behavior Checklist/6-18) e as conclusões diagnósticas (laudo) ($Kappa \leq 0,250$). Houve maior concordância entre hipótese inicial (laudo) e conclusão diagnóstica (laudo) quando se tratavam de problemas muito específicos, como o transtorno alimentar ($Kappa = 0,662$) e do sono-vigília ($Kappa = 1,000$). Conclui-se que os métodos utilizados para o levantamento das queixas apresentaram vantagens e desvantagens, sendo esperadas associações relativamente baixas ou moderadas entre métodos independentes de avaliação.

Descritores: Avaliação de sintomas; Diagnóstico; Criança; Adolescente.

This is a documentary, survey and correlational research, developed between the years 2013 to 2014 at the Psychological Assessment Center of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), RS, Brazil, with the objective of examining the relationship between the initial diagnostic hypotheses and the diagnosis end of children and adolescents who underwent psychological evaluation. Psychological reports and the Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL6/18) were used, and two independent judges codified the demands and conclusions described in the reports according to psychopathological categories described in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. The results showed that there is little agreement between the semi-structured (report) and standardized (Child Behavior Checklist/6-18) methods for the formulation of initial diagnostic hypotheses ($Kappa \leq 0,253$). There is also little agreement between the initial diagnostic hypotheses (Child Behavior Checklist/6-18) and the diagnostic conclusions (report) ($Kappa \leq 0,250$). There was greater agreement between the initial hypothesis (report) and diagnostic conclusion (report) when dealing with very specific problems, such as eating disorder ($Kappa = 0,662$) and sleep-wake ($Kappa = 1,000$). It is concluded that the methods used to raise complaints presented advantages and disadvantages, with relatively low or moderate associations between independent evaluation methods being expected.

Descriptors: Symptom assessment; Diagnosis; Child; Adolescent

1. Psicóloga. Especialista en Neuropsicología. Maestra y Doctora en Psicología. Coordinadora del Centro de Evaluación Psicológica de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ORCID: 0000-0002-0879-9270 E-mail: denise.yates@ufrgs.br

2. Psicóloga. Maestra y Doctorada e Investigadora Posdoctoral en Psicología. Profesora de la Universidade Federal de São João Del Rei, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8840-7547 E-mail: monia@ufsj.edu.br

3. Psicóloga. Especialista en Terapia Sistémica Individual. Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID: 0000-0003-4160-5340 E-mail: kaenagh@gmail.com

4. Psicóloga. Especialista en Terapia Cognitivo-Conductual. Especialista en Psicología Clínica. Maestra en Psicología. Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID: 0000-0003-1715-4172 E-mail: ssouza.daiane@gmail.com

5. Psicóloga. Especialista en Atención Clínica con énfasis en Psicoanálisis. Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID: 0000-0001-6556-9087 E-mail: renatagruner@gmail.com

6. Psicólogo. Maestro, Doctor e Investigador Posdoctoral en Psicología. Profesor de la Universidade de Brasília. ORCID: 0000-0003-2109-4862 E-mail: sergioeduardos.oliveira@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El psicodiagnóstico se define como un procedimiento científico de investigación e intervención clínica, limitado en el tiempo, que emplea técnicas y/o pruebas con el fin de evaluar una o varias características psicológicas, con vistas a un diagnóstico (nosológico o no)¹. En general, son fundamentales ocho procedimientos organizados jerárquicamente en el diagnóstico psicodiagnóstico: 1) determinar los motivos de la evaluación y recoger datos de la historia personal del paciente; 2) definir las hipótesis y los objetivos del proceso de evaluación; 3) estructurar un plan de evaluación; 4) gestionar las estrategias e instrumentos de evaluación; 5) corregir o analizar las estrategias y/o instrumentos; 6) integrar los datos recogidos, relacionándolos con las hipótesis y objetivos; 7) formular las conclusiones; y, 8) comunicar los resultados mediante una entrevista de devolución y un informe psicológico².

La etapa de delimitación de la demanda se considera fundamental en el psicodiagnóstico, ya que orienta la formulación de hipótesis iniciales y la planificación de la evaluación³. Esta cuestión guiará la evaluación y permitirá la construcción de hipótesis que se verificarán durante el proceso. El estudio de la demanda puede realizarse mediante el uso de técnicas estandarizadas o no estandarizadas. Las entrevistas de clasificación y la anamnesis son las principales técnicas no estandarizadas de delimitación de la demanda. Instrumentos de clasificación de problemas de conducta y trastornos mentales son ejemplos de técnicas estandarizadas de estudio de demanda. La interpretación de los resultados de estos instrumentos se realiza comparando la frecuencia y la intensidad de las conductas comunicadas por los pacientes o sus tutores con los datos de las muestras normativas⁴.

Las técnicas no estándar se consideran menos objetivas y están abiertas a la aparición de contenidos inesperados⁵. Su capacidad para captar más informaciones relevantes parece estar relacionada con las habilidades de *rapport* y la experiencia del entrevistador, así como con los conocimientos previos del psicólogo sobre desarrollo humano y psicopatología. Las técnicas estandarizadas, aunque más directivas, tienen como punto positivo la posibilidad de *recordar/explicitar* al entrevistado conductas que él puede haber olvidado de la ocurrencia. Además, proporcionan una comparación con muestras normativas, que permiten inferir la frecuencia de la expresión de una determinada conducta o síntoma.

A partir de la recogida de informaciones sobre la demanda, ya sea mediante instrumentos estandarizados o técnicas no estandarizadas, se formulan hipótesis diagnósticas que se ponen a prueba mediante un plan de evaluación². Las hipótesis iniciales pueden coincidir o no con los hallazgos de la evaluación, debido a los nuevos datos recogidos con otras fuentes de información y según la evolución del caso.

Sin embargo, se defiende en teoría la existencia de una asociación entre los instrumentos de clasificación de problemas de conducta y trastornos mentales y las entrevistas no estandarizadas, así como entre las demandas iniciales y el diagnóstico final. Se discute la importancia de utilizar múltiples métodos de evaluación para comprender la complejidad de un individuo¹.

Cada método permite una visión parcial o incompleta del fenómeno abordado, y las asociaciones entre los resultados obtenidos a través de diferentes métodos o múltiples informantes suelen ser de baja a moderada intensidad. Los estudios que evalúan la recogida de informaciones con múltiples informantes muestran algunas divergencias entre las percepciones de cada parte, lo que demuestra la importancia de tener en cuenta múltiples contextos en el proceso de evaluación^{6,7}.

La relación entre los diferentes métodos de investigación de la demanda tiene una particularidad especial en el psicodiagnóstico de niños y adolescentes, ya que la búsqueda de atención la realizan los adultos (escuela o tutores), que también serán los encuestados de los

instrumentos de recogida de datos iniciales (entrevistas e instrumentos estandarizados). En este sentido, es importante destacar que las demandas pueden variar según el informante. Las respuestas a un instrumento de clasificación de conductas e indicadores de trastornos mentales pueden ser influenciadas según la calidad de la relación y la cantidad de tiempo que el encuestado dedica al niño o adolescente. Estas variables pueden interferir en la forma de percibir al encuestado y, en consecuencia, en las respuestas sobre su comportamiento⁶.

Son muchas las variables que intervienen en el proceso de delimitación de demandas que subvenciona la formulación de hipótesis y la construcción del plan de evaluación en un psicodiagnóstico. Así, este estudio pretende examinar la relación entre las hipótesis diagnósticas iniciales y el diagnóstico final de niños y adolescentes que han sido sometidos a una evaluación psicológica.

MÉTODO

Esta es una investigación documental, de prospección y correlacional, basada en 100 registros psicológicos de niños y adolescentes que se sometieron a una evaluación psicológica entre 2013 y 2014 en el Centro de Evaluación Psicológica de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Todas las evaluaciones contaban con el *Child Behavior Checklist/6-18* (CBCL/6-18)⁸ completo, archivado junto con el historial, así como con los informes psicológicos. Informes, según la Resolución 06/2019 del Consejo Federal de Psicología¹⁰:

Es el resultado de un proceso de evaluación psicológica, con el fin de subvencionar decisiones relacionadas con el contexto en el que surgió la demanda. Presenta informaciones técnicas y científicas de los fenómenos psicológicos, considerando los condicionamientos históricos y sociales de la persona, grupo o institución atendida.

Esta resolución estipula que el informe debe estructurarse en al menos seis secciones, a saber: 1) identificación; 2) descripción de la demanda; 3) procedimiento; 4) análisis; 5) conclusión; y 6) referencias. Para cumplir los objetivos de este estudio, se analizó las informaciones descritas en las secciones *descripción de la demanda* y *conclusión*. En la sección *descripción de la demanda*, se hace un resumen de las quejas recogidas con los responsables en los dos atendimientos que hacen parte de las dos primeras entrevistas (clasificación y anamnesis). En la sección *conclusión*, se describen los síntomas psicopatológicos o los diagnósticos nosológicos, estos últimos basados en los criterios del DSM-IV-TR¹¹.

A su vez, el *Child Behavior Checklist/6-18* (CBCL/6-18) es una herramienta que responden los responsables de niños y adolescentes de entre 6 y 18 años y forma parte de los cuestionarios del sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*)^{8,12}. En el servicio de evaluación psicológica de la UFRGS, se aplica en la entrevista inicial (clasificación).

Los cuestionarios ASEBA se adaptaron a más de 23 países, en los que los análisis factoriales confirmatorios presentaron resultados de ajuste satisfactorios para el modelo de ocho variables latentes correlacionadas¹³. En Brasil, los cuestionarios del CBCL fueron sometidos a un análisis de su estructura que obtuvieron, en total, resultados de RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*)=0,023, CFI (*Comparative Fix Index*)=0,903 y TLI (*Tucker-Lewis Index*)=0,900. Las cargas factoriales de las escalas variaron de 0,51 para Ansiedad/Depresión a 0,65 para Conducta Agresiva. Las cargas factoriales de los ítems variaron de 0,21 a 0,85. Los resultados de los análisis realizados indicaron que el modelo factorial del CBCL, con ocho escalas-síndromes, puede ser utilizado para la población infantil brasileña¹⁴.

La herramienta está compuesta por 138 elementos que investigan aspectos de las competencias sociales (escalas 'Actividad', 'Escuela' y 'Social') y problemas de conducta de niños

y adolescentes. Los elementos de problemas de conducta se distribuyen en el CBCL en ocho escalas-síndromes que corresponden a diferentes problemas de conducta del niño⁸.

Estos mismos elementos conforman otras tres grandes escalas: Problemas Internalizantes (escalas-síndromes de Ansiedad/Depresión, Retracción/Depresión, Quejas Somáticas), Problemas Externalizantes (escalas-síndromes de Conducta Oposicionista y Conducta Agresiva) y Conducta Total (incluye elementos de todos los síndromes). Además, los 138 elementos pueden clasificarse en categorías según los criterios del DSM-IV¹⁵, lo que da lugar a seis escalas más. En todas las escalas del CBCL, la puntuación del niño o adolescente se clasifica como *Clínico*, *Limítrofe* o *No Clínico*, según la muestra normativa de pares⁸.

El proceso de codificación de los datos fue realizado por un grupo de evaluadores compuesto por cuatro psicólogos (uno con maestría y tres con doctorado completo) y tres estudiantes de pregrado en Psicología del 8º semestre en adelante. Inicialmente, se construyeron categorías y definiciones operativas de cada una de ellas para la codificación de las secciones *descripción de la demanda* e *conclusión* de los informes. Las categorías se basaron en el DSM-5¹⁶: (A) Problemas de Neurodesarrollo; (B) Problemas Psicóticos; (C) Problemas de Estado de Ánimo; (D) Problemas de Ansiedad; (E) Problemas de Alimentación; (F) Problemas de Eliminación; (G) Problemas de Sueño-Vigilia; (H) Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos; (I) Problemas de Personalidad y (J) Problemas Somatomorfos. Una vez construidas las categorías, se llevó a cabo una formación para el grupo de evaluadores, seguida de un estudio piloto en el que diez informes fueron analizados de forma independiente por siete evaluadores.

La sección *descripción de la demanda* se codificó de la siguiente manera: cada evaluador, al leer el texto que describe los motivos de la evaluación, indicó las hipótesis diagnósticas iniciales que podrían explicar las quejas descritas. Así, tras la lectura, cada evaluador registró la ausencia (registrando un cero "0") o la presencia (registrando uno "1") para cada una de las 10 categorías. Por ejemplo, un evaluador debería codificar "1" para Problemas de Neurodesarrollo y "0" para las demás categorías teniendo en cuenta la siguiente descripción: *el paciente presenta dificultades en la escuela, con bajas calificaciones, baja capacidad de lectura y escritura y comportamiento inquieto*. Esto se debe a que las quejas podrían conducir a la formulación de hipótesis como Discapacidad Intelectual, el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) o el Trastorno Específico del Aprendizaje.

La codificación de la sección *conclusión* se hizo de forma similar, sin embargo los códigos fueron: cero "0" para cuando la categoría no se describió en las conclusiones; uno "1" para cuando se dio el diagnóstico nosológico para la categoría indicada; y dos "2" para cuando se describieron síntomas psicopatológicos típicos de la categoría, aunque no se hizo ninguna conclusión diagnóstica. Por ejemplo, la siguiente descripción ilustrativa de una conclusión debería codificarse con "1" para los Problemas de Neurodesarrollo, "2" para los Problemas Somatomorfos y "0" para las demás categorías: *los síntomas del paciente son típicos de un Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad... Además, se han observado importantes quejas de dolores de cabeza y de estómago, que suelen aparecer antes del horario de irse a la escuela*.

En este estudio se intentó responder a algunas preguntas específicas: 1) *¿Cuáles son las hipótesis iniciales y las conclusiones diagnósticas más comunes en los niños y adolescentes que han realizado evaluaciones psicológicas?* 1.1) *¿Existen diferencias entre los sexos en relación con la frecuencia de las hipótesis iniciales y los diagnósticos?* 2) *¿Se corresponden los métodos semiestructurados y estandarizados de delineación de hipótesis?* 3) *¿Existe una correspondencia entre las hipótesis diagnósticas iniciales, formuladas con métodos semiestructurados y estandarizados, y los diagnósticos finales?*

Para la clasificación de la clase socioeconómica de los encuestados, se utilizó la clasificación de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación de 2013⁹.

Los desacuerdos de categorización entre los informes se discutieron en grupo y generaron una nueva formación, para lo cual se creó un breve manual escrito, al que los evaluadores consultaron en caso de duda. Tras el estudio piloto, cada uno de los demás informes fue evaluado siempre por dos evaluadores (jueces) y los desacuerdos fueron resueltos por un tercer juez independiente.

Las categorías también se equipararon a las escalas que presenta el CBCL/6-18¹² de la siguiente manera: la categoría (A) Problemas de Neurodesarrollo se correspondió con las escalas Escuela, Problemas de Atención, DSM-IV Problemas TDAH y Ritmo Cognitivo Lento del CBCL/6-18. La categoría (B) Problemas Psicóticos correspondió a la escala de Problemas de Pensamiento del CBCL/6-18. La categoría (C) Problemas de Estado de Ánimo correspondió a las escalas de Problemas Internalizantes, Ansiedad/Depresión, Aislamiento y Depresión, y DSM-IV Problemas Afectivos del CBCL/6-18¹².

La categoría (D) Problemas de Ansiedad correspondió a las Escalas Ansiedad/Depresión, DSM-IV Problemas de Ansiedad, Otros TOC y Otros TEPT del CBCL/6-18. La categoría (H) Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos se correspondió con las escalas Problemas Oposicionistas, Problemas Agresivos, DSM-IV Problemas de Conducta Oposicionista y DSM-IV Problemas de Conducta del CBCL/6-18. La categoría (I) Problemas de Personalidad correspondió a las escalas Problemas Externalizantes, Social y Problemas Sociales del CBCL/6-18. La categoría (J) Problemas Somatomorfos correspondió a la escala DSM-IV Problemas Somáticos del CBCL/6-18. Las categorías (E) Problemas de Alimentación, (F) Problemas de Eliminación y (G) Problemas de Sueño-Vigilia no tienen síntomas correspondientes en el CBCL, pero hubo casos con estas quejas y/o diagnósticos¹².

Todos los análisis se realizaron con el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versión 19.0). Se utilizó la estadística descriptiva para analizar las frecuencias en la presentación de las demandas y conclusiones de los psicodiagnósticos en el grupo investigado. También se utilizó la estadística chi-cuadrado para verificar las diferencias de sexo en estas frecuencias. Se utilizó el coeficiente Kappa para evaluar la concordancia entre un método semiestructurado (informaciones descritas en el informe) y un método estandarizado (CBCL/6-18) de análisis de demandas en el psicodiagnóstico de niños y adolescentes. El mismo tipo de análisis estadístico se utilizó para examinar el tercer objetivo de este estudio, a saber, la concordancia de estos métodos con las conclusiones (diagnósticos nosológicos y síntomas psicopatológicos) presentadas en los informes psicológicos.

El análisis de Kappa tuvo como objetivo evaluar el grado de concordancia de los resultados aplicados al mismo sujeto/fenómeno por diferentes instrumentos, que superan la ocurrencia aleatoria¹⁷. Se calcularon todas las concordancias entre las variables de este estudio (escalas del CBCL/6-18, categorías de demandas y categorías de conclusiones de las evaluaciones), pero sólo los resultados significativos ($p < 0,05$). La interpretación de la magnitud de los coeficientes de concordancia (Kappa) utilizada en este estudio se acuerda como < 0 (pobre), 0-0,20 (débil), 0,21-0,40 (razonable), 0,41-0,60 (moderado), 0,61-0,80 (sustancial), y $\geq 0,81$ (casi completa)¹⁸.

Todos los participantes en este estudio estaban de acuerdo con el uso de los datos obtenidos de su evaluación, y el Término de Consentimiento Libre e Informado fue presentado en la entrevista inicial y debidamente firmado por los responsables de los pacientes. Este proyecto está aprobado y debidamente registrado en la Plataforma Brasil por el Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) n.º 06289912.9.0000.5334.

RESULTADOS

Se evaluaron 100 informes, 70 de los cuales estaban relacionados con el sexo masculino. Los informes utilizados fueron de pacientes de 6 a 17 años ($M=10,52$ y $SD=2,66$), la mayoría asistiendo a la Escuela Primaria I ($n=80$), viviendo en Porto Alegre ($n=80$) y perteneciendo a las clases socioeconómicas de los niveles C1 ($n=33$), C2 ($n=23$) y B1 ($n=21$). Los encuestados del CBCL eran en su mayoría madres ($n=88$), con una edad media de 38,80 años ($SD=7,92$) y con estudios secundarios completos ($n=30$).

Frecuencia de las hipótesis iniciales y de los diagnósticos finales de los niños y adolescentes

Las frecuencias de las demandas recogidas en los dos primeros atendimientos y en las escalas correspondientes del CBCL/6-18 se presentan en la Tabla 1. Las hipótesis iniciales más frecuentes formuladas a partir de las entrevistas iniciales fueron las categorías *Problemas de Neurodesarrollo*, seguidas de *Problemas de Personalidad* y *Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos*.

En el CBCL, el mayor número de quejas se produjo en la escala *Escuela*, y después en *Problemas Internalizantes* y *Problemas de Atención*. La única diferencia significativa en la frecuencia entre sexos en ambos métodos de recogida fue en *Problemas de Neurodesarrollo* en las escalas correspondientes del CBCL/6-18, en las hipótesis iniciales, los síntomas y los diagnósticos clínicos, con $p<0,05$ en todos los análisis. Las frecuencias de *Problemas de Neurodesarrollo* en ambos métodos (CBCL y clínico) fueron mayores en el sexo masculino.

En cuanto a las conclusiones diagnósticas encontradas en los informes, los diagnósticos nosológicos más frecuentes fueron *Problemas de Neurodesarrollo*, *Problemas de Estado de Ánimo* y *Problemas de Ansiedad* (ver Tabla 2). En las agrupaciones de síntomas psicopatológicos, los más frecuentes fueron los *Problemas de Neurodesarrollo* junto con los *Problemas de Personalidad*, los *Problemas de Ansiedad* y los *Problemas de Estado de Ánimo*. Cuando se evaluaron las diferencias de frecuencias entre los sexos, no hubo resultados estadísticamente significativos.

Tabla 1. Frecuencia de las hipótesis iniciales basadas en el método semiestructurado y mediante el CBCL/6-18* en los años 2013 y 2014 en Porto Alegre.

Categorías	f	Escalas del CBCL/6-18	f
Problemas de Neurodesarrollo	96	Escuela	77
		Problemas de Atención	72
		DSM-IV Problemas TDAH	57
		Ritmo Cognitivo Lento	43
Problemas psicóticos	0	Problemas de Pensamiento	50
Problemas de estado de ánimo	8	Problemas Internalizantes	74
		Ansiedad/Depresión	58
		Aislamiento y Depresión	52
		DSM-IV Problemas Afectivos	58
Problemas de ansiedad	10	Ansiedad/Depresión	58
		DSM-IV Problemas de Ansiedad	68
		Otros TOC	40
		Otros TEPT	63
Problemas de conducta, control de impulsos y disruptivos	13	Problemas Oposicionistas	33
		Problemas de Agresividad	57
		DSM-IV Conducta Oposicionista	47
		DSM-IV Conducta	38
Problemas de personalidad	28	Problemas Externalizantes	64
		Social	43
		Problemas Sociales	62
Problemas somatomorfos	0	DSM-IV Problemas Somáticos	19
Problemas de alimentación	1	-	-
Problemas de eliminación	1	-	-
Problemas de sueño-vigilia	2	-	-

Nota: * $p < 0,05$. Como la muestra total es de 100, las frecuencias se corresponden con los porcentajes.

Tabla 2. Diagnósticos y síntomas destacados descritos en las conclusiones de los informes en 2013 y 2014, en Porto Alegre.

Categorías	Diagnósticos (f)	Síntomas (f)
Problemas de neurodesarrollo	49	35
Problemas psicóticos	0	2
Problemas de estado de ánimo	7	11
Problemas de ansiedad	6	15
Problemas de conducta, control de impulsos y disruptivos	2	3
Problemas de personalidad	1	35
Problemas somatomorfos	0	0
Problemas de alimentación	0	0

Concordancia entre los métodos semiestructurado y estandarizado de formulación de las hipótesis iniciales

Las concordancias estadísticamente significativas entre las hipótesis iniciales considerando los métodos de clasificación semiestructurado (mediante entrevista de anamnesis) y estandarizado (CBCL/6-18) se reportan en la Tabla 3. En general, se observa que las concordancias se produjeron predominantemente por los casos negativos (la media de los valores predictivos positivos - VPP - fue del 33%, mientras que la media de los valores predictivos negativos - VPN - fue del 83%). Se encontraron mayores concordancias (a un nivel razonable) en la categoría Problemas de Personalidad observada en las hipótesis iniciales y las escalas de Aislamiento y Depresión, Problemas Oposicionistas, Problemas Afectivos y de Conducta del CBCL/6-18. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas con un tamaño del efecto bajo entre las categorías de Problemas de Personalidad de las hipótesis iniciales y las escalas previstas en el CBCL/6-18 (Problemas Externalizantes y Problemas Sociales), a excepción de la

Escala Social, de la sección de competencia social, que no presentó asociaciones estadísticamente significativas.

Concordancia de los métodos semiestructurado y estandarizado de formulación de las hipótesis iniciales con el diagnóstico final

No se encontraron concordancias significativas entre la categoría *Problemas de Neurodesarrollo*, según la codificación de la sección *descripción de la demanda* de los informes, y las escalas correspondientes del CBCL/6-18. Sin embargo, los datos mostraron que existe una discordancia que supera las posibilidades esperadas de ocurrencia de esta categoría con la escala de Quejas Somáticas del CBCL/6-18, no previstas inicialmente. No hubo correspondencia entre las categorías Problemas de Sueño-Vigilia y Problemas de Alimentación y las escalas correspondientes del CBCL/6-18, pero se encontraron resultados estadísticamente significativos y débiles para estas categorías con las escalas Quejas Somáticas y DSM-IV Problemas Somáticos del CBCL/6-18, respectivamente.

La clasificación de la categoría Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos mostró un bajo nivel de acuerdo con la clasificación clínica obtenida por el CBCL/6-18 para dos escalas correspondientes, a saber: DSM-IV Problemas de Conducta y Problemas de Agresividad. Los Problemas de Pensamiento del CBCL/6-18 también mostraron una concordancia estadísticamente significativa y débil con esta categoría.

Tabla 3. Concordancias estadísticamente significativas mediante estadística Kappa entre las clasificaciones clínicas por CBCL/6-18 y las hipótesis iniciales formuladas mediante entrevistas semiestructuradas en 2013 y 2014 en Porto Alegre.

CBCL/6-18	Entrevista		Valores Predictivos		Kappa	
	Sí	No	Positivo	Negativo		
Problemas de la personalidad						
Problemas interiorizantes	Sí	25	49	34%	88%	0.141*
	No	3	23			
Problemas externalizantes	Sí	22	42	34%	86%	0.152*
	No	4	25			
Aislamiento y depresión	Sí	21	31	40%	85%	0.253*
	No	7	41			
Problemas Sociales	Sí	22	40	35%	84%	0.168*
	No	6	32			
Problemas opositoristas	Sí	14	19	42%	79%	0.224*
	No	14	53			
DSM-IV Problemas afectivos	Sí	23	35	40%	88%	0.253*
	No	5	37			
DSM-IV Conducta	Sí	17	21	45%	82%	0.284*
	No	11	51			
Problemas de neurodesarrollo						
Quejas somáticas	Sí	22	3	88%	1%	-0.055*
	No	74	1			
Problemas de sueño-vigilia						
Quejas somáticas	Sí	2	23	8%	100%	0.115*
	No	0	75			
Problemas de conducta, control de impulsos y disruptivos						
Problemas de pensamiento	Sí	10	40	20%	94%	0.140*
	No	3	47			
Problemas de agresividad	Sí	11	46	19%	95%	0.130*
	No	2	41			
DSM-IV Problemas de conducta	Sí	9	29	24%	94%	0.197*
	No	4	58			
Problemas de alimentación						
DSM-IV Problemas somáticos	Sí	1	18	5%	100%	0.083*
	No	0	81			

Nota: * $p < 0,0$

Concordancia de los métodos semiestructurado y estandarizado de formulación de las hipótesis iniciales con el diagnóstico final

En este análisis, se examinó si existe o no una correspondencia entre las hipótesis iniciales, formuladas mediante un procedimiento estandarizado, y los diagnósticos finales resultantes de una evaluación psicológica. Las concordancias estadísticamente significativas entre los diagnósticos finales (codificados a partir de la sección *conclusión* de los informes) y las clasificaciones clínicas realizadas a través de las escalas del CBCL/6-18 (al inicio de la evaluación) se presentan en la Tabla 4. De nuevo, hubo una tendencia de concordancia muy influida por los casos negativos (VPP $M=27\%$; VPN $M=82\%$).

No hubo predicción de concordancia entre las escalas del CBCL/6-18 y Problemas de Eliminación y los Problemas de Sueño-Vigilia. Sin embargo, se encontraron resultados estadísticamente significativos de baja magnitud entre los Problemas de Eliminación y las escalas del CBCL/6-18 de Quejas Somáticas y DSM-IV Problemas Somáticos. Además, se observó un nivel de desacuerdo más allá del azar entre la categoría Problemas de eliminación y Escuela. Las calificaciones de la categoría Problemas de Sueño-Vigilia mostraron un grado de concordancia estadísticamente significativo y débil con las Quejas Somáticas del CBCL/6-18.

Los diagnósticos para la categoría *Problemas de Personalidad* también mostraron concordancias inesperadas, estadísticamente significativas y con efectos de tamaños razonables, con las escalas del CBCL/6-18 de Quejas Somáticas y DSM-IV Problemas Somáticos. El diagnóstico de la categoría Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos también coincidió con las quejas iniciales establecidas por el CBCL/6-18 para las escalas Problemas Oposicionistas y DSM-IV Problemas de Conducta. Con respecto a los diagnósticos de la categoría de Problemas de Neurodesarrollo, se encontró un grado de desacuerdo más allá del azar, estadísticamente significativo, con la escala DSM-IV Problemas de Conducta del CBCL/6-18.

Tabla 4. Concordancias estadísticamente significativas a través de la estadística Kappa entre las clasificaciones clínicas por CBCL/6-18 y los diagnósticos finales descritos en los informes de 2013 y 2014, en Porto Alegre.

CBCL/6-18	Diagnósticos		Valores Predictivos		Kappa	
	Sí	No	Positivo	Negativo		
Problemas de eliminación						
Escuela	Sí	0	77	0%	90%	-0.042*
	No	2	18			
Quejas somáticas	Sí	2	23	8%	100%	0.115*
	No	0	75			
DSM-IV Problemas somáticos	Sí	2	17	11%	100%	0.160*
	No	0	81			
Problemas de sueño-vigilia						
Quejas somáticas	Sí	2	23	8%	100%	0.115*
	No	0	75			
Problemas de personalidad						
Quejas somáticas	Sí	14	11	56%	71%	0.233*
	No	22	53			
DSM-IV Problemas somáticos	Sí	12	7	63%	70%	0.250*
	No	24	57			
Problemas de conducta, control de impulsos y disruptivos						
Problemas oposicionistas	Sí	4	29	12%	99%	0.135*
	No	1	66			
DSM-IV Problemas de conducta	Sí	4	34	11%	98%	0.107*
	No	1	61			
Problemas de neurodesarrollo						
DSM-IV Conducta	Sí	28	10	74%	10%	-0.135*
	No	56	6			

Nota: * $p < 0,05$.

La Tabla 5 presenta los resultados de las estadísticas Kappa al considerar el método semiestructurado de formulación de hipótesis iniciales y el diagnóstico final. La equivalencia entre las hipótesis iniciales y el diagnóstico final derivados del análisis de los informes demostró ser relevante. En promedio, el VPP fue del 70% y el VPN del 81%. Las categorías de Problemas de Neurodesarrollo, Problemas de Estado de Ánimo, Problemas de Ansiedad, Problemas de Sueño-Vigilia, Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos y Problemas de Personalidad mostraron grados razonables de concordancia entre las hipótesis iniciales y los diagnósticos finales.

Inesperadamente, se observó un grado de desacuerdo más allá de la casualidad entre el diagnóstico de Problemas de Neurodesarrollo y las hipótesis iniciales de Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos. También se observó, de forma inesperada, una correspondencia entre el diagnóstico de Problemas de Estado de Ánimo y la hipótesis inicial de Problemas de Eliminación. El diagnóstico de Problemas de Ansiedad también coincidió con la hipótesis inicial de Problemas de Alimentación. El diagnóstico de Problemas de Sueño-Vigilia también coincidió con la hipótesis inicial de Problemas de Ansiedad y Problemas de Alimentación.

Tabla 5. Concordancias significativas mediante la estadística Kappa entre las categorías de demandas recogidas en las hipótesis iniciales y las conclusiones de los informes en 2013 y 2014, en Porto Alegre.

Hipótesis iniciales	Diagnósticos		Valores Predictivos		Kappa	
	Sí	No	Positivo	Negativo		
Problemas de neurodesarrollo						
Problemas de neurodesarrollo	Sí	83	13	86%	75%	0.252*
	No	1	3			
Problemas de cond., c. de impulsos y disruptivos	Sí	8	5	62%	13%	-0.078*
	No	76	11			
Problemas de estado de ánimo						
Problemas de estado de ánimo	Sí	5	3	63%	86%	0.308*
	No	13	79			
Problemas de eliminación	Sí	1	0	100%	83%	0.088*
	No	17	82			
Problemas de ansiedad						
Problemas de ansiedad	Sí	6	4	60%	83%	0.291*
	No	15	75			
Problemas de alimentación	Sí	1	0	100%	80%	0.073*
	No	20	79			
Problemas de sueño-vigilia						
Problemas de ansiedad	Sí	2	8	20%	100%	0.310*
	No	0	90			
Problemas de alimentación	Sí	1	0	100%	99%	0.662*
	No	1	98			
Problemas de sueño-vigilia	Sí	2	0	100%	100%	1.000*
	No	0	98			
Problemas de conducta, control de impulsos y disruptivos						
	Sí	3	10	23%	98%	0.281*
	No	2	85			
Problemas de personalidad						
	Sí	16	12	57%	72%	0.270*
	No	20	52			

Nota: * $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

Hipótesis iniciales y conclusiones diagnósticas más comunes en niños y adolescentes

Entre las principales quejas e hipótesis encontradas al inicio del proceso de evaluación, se destacan la categoría de Problemas de Neurodesarrollo, y en el CBCL/6-18, las escalas Escuela y Problemas Internalizantes.

Estas grandes categorías suelen incluir síntomas como dificultades de aprendizaje y falta de atención. De hecho, estos resultados coinciden con la literatura, que señala las dificultades de aprendizaje como una de las demandas más frecuentes de evaluación psicológica para niños y adolescentes. Las principales quejas de los niños en atención psicológica en servicios-escuela tienen que ver con las dificultades escolares¹⁹.

Esta queja puede estar relacionada con un diagnóstico de dificultades emocionales²⁰ o de problemas de conducta^{21,22}, pero también puede ser indicativa de alguna limitación global, como la discapacidad intelectual, o de algún trastorno específico del aprendizaje. En este estudio, también fueron frecuentes las quejas de conductas internalizantes, que se manifiestan como retraimiento, timidez, inseguridad, miedos²² y pueden estar asociadas a trastornos mentales como la depresión y la ansiedad y a dificultades de aprendizaje.

El único resultado respecto a las diferencias de sexo se produjo en las escalas del CBCL/6-18 correspondientes a la categoría Problemas de Neurodesarrollo, en las hipótesis iniciales, en los síntomas psicopatológicos y diagnósticos de las conclusiones de los informes, con una presentación más frecuente en el sexo masculino. Según el DSM-5¹⁶, los trastornos de neurodesarrollo presentan una mayor frecuencia en el sexo masculino, variando la proporción entre los sexos en función del diagnóstico específico.

La segunda categoría de demandas de evaluación psicológica más observada en este estudio fue la de Problemas de Personalidad. Esta categoría fue considerada cada vez que las quejas identificadas en la demanda estaban relacionadas con la presentación de conductas de vergüenza, culpa y timidez, dificultades de socialización, conductas agresivas entre pares o no especificadas, además de problemas afectivos o emocionales. Esta categoría, en general, englobaba problemas emocionales y de comportamiento que se diferenciaban de los opositoristas desafiantes, de conducta, disruptivo de la desregulación del estado de ánimo, depresivos, bipolares y ansiosos. Cabe mencionar que no se trata de una sospecha diagnóstica de trastorno de la personalidad, dada la edad de los niños, sino de síntomas clínicamente significativos en sus vivencias y expresiones emocionales y conductuales, que difieren de los trastornos conductuales y afectivos específicos. Los estudios han revelado que la segunda queja más importante de los niños atendidos en los servicios de salud mental es la de los problemas emocionales y de comportamiento^{19,23}.

En cuanto a la frecuencia de diagnósticos o resultados de la evaluación, también hubo una mayor frecuencia en los informes de diagnósticos relacionados con las categorías de Problemas de Neurodesarrollo, Problemas de Estado de Ánimo y Problemas de Ansiedad. Los trastornos de neurodesarrollo se caracterizan por déficits en uno o más ámbitos del desarrollo humano, como la cognición, el lenguaje, la motricidad y la capacidad socioemocional¹⁶.

Estos déficits deben ser clínicamente significativos hasta el punto de generar pérdidas escolares, sociales y familiares para los niños. Los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad son muy frecuentes en la infancia y la adolescencia y suelen estar asociados. Ambos trastornos suelen iniciarse en la infancia y sus consecuencias persisten a lo largo de la vida si no se tratan, siendo factores de riesgo para la manifestación del mismo trastorno o de otro trastorno mental en la edad adulta²⁴.

En los síntomas psicopatológicos reportados en las conclusiones de los informes, la categoría Problemas de Personalidad tuvo mayor ocurrencia que los diagnósticos relacionados con las

categorías Problemas de Estado de Ánimo y Problemas de Ansiedad. Tal ocurrencia denota el papel relevante de los problemas emocionales involucrados en los casos que solicitan evaluación psicológica, aunque la principal demanda inicial está relacionada con los problemas de neurodesarrollo.

Concordancia entre los procedimientos de evaluación de las hipótesis iniciales

Las asociaciones a un nivel razonable observadas entre la categoría Problemas de Personalidad en las hipótesis iniciales y las escalas de Aislamiento y Depresión, Problemas Oposicionistas, Problemas Afectivos y de Conducta del CBCL/6-18 contradicen, aparentemente, la definición de esta categoría, ya que engloba problemas emocionales y de conducta que se diferenciaban de los trastornos oposicionistas desafiantes, de conducta, disruptivos de desregulación del estado de ánimo, depresivos, bipolares y ansiosos.

Sin embargo, dicha concordancia puede estar asociada a los aspectos afectivos que subyacen a los problemas de conducta identificados por las escalas del CBCL. En esta dirección, un estudio señala la necesidad de considerar las covariaciones relacionadas con los rasgos psicopatológicos al evaluar las asociaciones entre los enfoques clínico-diagnósticos (como el análisis de informes) y los enfoques empírico-cuantitativos (como los instrumentos del conjunto ASEBA), y no sólo las asociaciones con los *diagnósticos-objetivo*²⁵. En cuanto al uso clínico de los datos del CBCL/6-18, esto significa que el psicólogo debe conocer los ítems y escalas del CBCL que pueden estar relacionados con conclusiones/diagnósticos similares, pero no sólo con diagnósticos-objetivo.

La falta de asociación entre la categoría Problemas de Neurodesarrollo y las escalas correspondientes del CBCL/6-18 pueden estar relacionadas con la escasa precisión de los ítems en relación con las hipótesis que sugieren síntomas y trastornos de neurodesarrollo. Las escalas del CBCL/6-18 que corresponden a esta categoría son: Escuela, Problemas de Atención, DSM-IV Problemas de TDAH y Ritmo Cognitivo Lento. Aunque incluyen elementos que describen característicos síntomas de problemas de neurodesarrollo, pueden ser manifestados por niños y adolescentes con una amplia gama de síntomas y trastornos de base.

Las escalas CBCL/6-18 han demostrado ser útiles para identificar trastornos de neurodesarrollo como el TDAH²⁶, por ejemplo, pero tienen menos especificidad para identificar otros, como el Trastorno del Espectro Autista²⁷. Esta variabilidad en la identificación de los síntomas característicos de los trastornos comunes de la infancia y la adolescencia sugiere la necesidad de revisar la escala en futuras ediciones, teniendo en cuenta que es una de las escalas de evaluación de la conducta más utilizadas en el mundo para este grupo de edad.

Es probable que la escasa correspondencia entre las categorías Problemas de Sueño-Vigilia y Problemas de Alimentación de las hipótesis iniciales de los informes con las escalas DSM-IV Quejas Somáticas y Problemas Somáticos del CBCL/6-18, respectivamente, esté relacionada con los ítems de la escala de Quejas somáticas y con los ítems de dolor de estómago y náuseas de la Escala DSM-IV de Problemas Somáticos del CBCL/6-18. Es relevante recordar que los síntomas somáticos están a veces relacionados con los síntomas de ansiedad, un posible componente asociado a los problemas de sueño-vigilia y a los problemas de alimentación.

En cuanto a la concordancia entre las hipótesis iniciales de los diferentes procedimientos de evaluación, los resultados mostraron que las hipótesis iniciales formuladas a través de entrevistas semiestructuradas y las determinadas a través de procedimientos estandarizados, en este caso, del CBCL/6-18 presentaron un bajo nivel de correspondencia (como, por ejemplo, en la relación entre la categoría Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos y las escalas DSM-IV Problemas de Conducta y Problemas de Agresividad del CBCL). Así, en función del procedimiento adoptado, el profesional tenderá a formular diferentes hipótesis iniciales. Cabe señalar que el procedimiento normalizado utilizado en este estudio es una evaluación mediante el informe del

informante (responsable). Se sabe que la correspondencia entre las evaluaciones basadas en informes de diferentes informantes suele ser baja²⁸, así como la correspondencia entre el informe (auto o hetero) y el rendimiento²⁹.

Las mayores concordancias obtenidas entre los dos métodos de recogida de información para las hipótesis iniciales fueron las relacionadas con la categoría Problemas de Personalidad, que incluía problemas emocionales y de comportamiento. Esto puede estar relacionado con el ámbito de aplicación del CBCL/6-18, cuyo objetivo era identificar problemas de conducta y con una amplia lista de ítems que describen síntomas afectivos y/o conductuales. Además, los problemas emocionales y de comportamiento son comunes en muchas condiciones clínicas, incluso cuando se tratan de problemas de aprendizaje o cognitivos. Por ejemplo, es habitual que los niños con Trastorno Específico de Aprendizaje o TDAH sufran tanto por sus resultados en las evaluaciones escolares como por las quejas de otras personas sobre su rendimiento o comportamiento.

En cuanto a los métodos utilizados para la evaluación de las quejas, ambos tienen ventajas y desventajas. Las entrevistas semiestructuradas permiten recoger información relevante de la vida del evaluado, aunque suelen estar limitadas por los sesgos de la memoria del informante, así como por la cantidad de información considerada. Además, puede haber ambigüedades o confusiones a la hora de interpretar las informaciones proporcionadas.

Por otro lado, los instrumentos de heteroinforme, como el CBCL, tienen la ventaja de una mayor dirección en la recogida de informaciones, con la comprobación de las conductas-objetivo, incluyendo síntomas que pueden o no haber sido experimentados, aumentando la seguridad del evaluador en el mapeo exhaustivo y en la exclusión de hipótesis diagnósticas no confirmadas por el informante. No obstante, también son limitados por la motivación y la memoria de los encuestados, así como por su capacidad para emitir juicios precisos. Por tanto, ambos métodos tienen potencial y límites.

Dadas estas diferencias, se esperan asociaciones relativamente bajas o moderadas entre métodos de evaluación independientes, incluso cuando se evalúan constructos similares. Sin embargo, dada la complejidad del comportamiento humano, cada método de evaluación puede identificar datos útiles no disponibles en otras fuentes¹. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de utilizar diferentes fuentes de información y el propio concepto de evaluación psicológica. Según las definiciones actuales del Consejo Federal de Psicología¹⁰, la evaluación psicológica debe utilizar fuentes de información fundamentales y complementarias, con el objetivo de investigar a fondo la queja. Dicho proceso debe llevarse a cabo a partir de una recogida de datos, estudio e interpretación de los fenómenos y procesos psicológicos.

Concordancia entre los métodos de evaluación de las hipótesis iniciales con los diagnósticos y conclusiones

La correspondencia de baja magnitud entre las escalas del CBCL/6-18 de Quejas Somáticas y DSM-IV Problemas Somáticos con las conclusiones de Problemas de Eliminación se debe posiblemente a los ítems relacionados con constipación y dolores en el instrumento estandarizado. Del mismo modo, las débiles correspondencias entre la escala de Quejas Somáticas del CBCL/6-18 y las conclusiones de Problemas de Sueño-Vigilia de los informes tienen probable asociación con el ítem acerca de pesadillas del CBCL. Es decir, la baja concordancia puede explicarse por el hecho de que los dos métodos utilizan y dan importancia a diferentes ítems para evaluar estas categorías de problemas.

Es probable que las coincidencias inesperadas de tamaño de efecto razonable entre las escalas del CBCL/6-18 de Quejas Somáticas y DSM-IV Problemas somáticos con los diagnósticos de Problemas de Personalidad de los informes estén asociadas a factores relacionados con los

síntomas afectivos que presentan manifestaciones fisiológicas (como náuseas, dolores de cabeza, dolores de estómago y otros). La concordancia de baja magnitud entre las quejas iniciales establecidas por el CBCL/6-18 para las escalas de Problemas Oposicionistas y DSM-IV Problemas de Conducta y los diagnósticos y conclusiones de Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos, demuestra de nuevo que las asociaciones entre las conclusiones clínico-diagnósticas y los *diagnósticos-objetivo* en enfoques empírico-cuantitativos son muy restringidas²⁵. Las correspondencias entre las hipótesis iniciales de Problemas de Alimentación y Problemas de Sueño-Vigilia y diagnósticos y conclusiones de Problemas de Ansiedad están probablemente relacionadas con síntomas fisiológicos de ansiedad.

Se observaron bajas correspondencias entre las hipótesis iniciales formuladas a través del CBCL/6-18 y los diagnósticos finales de la evaluación psicológica. Por otro lado, se encontró una mayor correspondencia entre la formulación de hipótesis iniciales, basadas en la evaluación clínica de las quejas y demandas de psicodiagnóstico, y los diagnósticos finales.

Las mejores correspondencias obtenidas (a niveles razonables) entre las hipótesis iniciales y los diagnósticos-objetivos finales de los informes fueron Problemas de Neurodesarrollo, Problemas de Estado de Ánimo, Problemas de Ansiedad, Problemas de Sueño-Vigilia, Problemas de Conducta, Control de Impulsos y Disruptivos y Problemas de Personalidad. Dichas informaciones fueron recogidas y comunicadas por el psicólogo o profesional que realizó la evaluación y, por lo tanto, proceden de la misma fuente de información, lo que aumenta las posibilidades de concordancia. Estos resultados refuerzan el fenómeno identificado por la literatura de que el mismo encuestado o la misma condición o contexto tienen mayores concordancias entre sí que con otros encuestados u otras condiciones³⁰.

CONCLUSIÓN

La búsqueda de directrices validadas empíricamente tiene como objetivo promover la práctica profesional con base científica y la prestación de servicios cuyos resultados han sido probados y demostrados. Así, esta investigación puede contribuir al área proponiendo probar modelos de recogida de informaciones en el psicodiagnóstico y verificar la adecuación, potencialidad y límites de estos modelos en las conclusiones diagnósticas.

Las hipótesis iniciales y conclusiones diagnósticas más frecuentes fueron las relacionadas con los Problemas de Neurodesarrollo. Esta categoría fue también la única en la que se observó una diferencia de frecuencia entre sexos, con predominio de casos en el sexo masculino.

Los métodos semiestructurados y estandarizados de delimitación de hipótesis se corresponden en un grado entre bajo y razonable. Asimismo, las concordancias entre las hipótesis diagnósticas iniciales, formuladas mediante métodos semiestructurados y estandarizados, y los diagnósticos finales se produjeron en una magnitud entre baja y razonable. Estos resultados representan un problema observado en el enfoque multimétodo - el más recomendado para las evaluaciones psicológicas - en el que los métodos utilizados apenas convergen en una magnitud moderada o alta.

Estos resultados refuerzan la importancia del juicio clínico como patrón de oro de la evaluación psicológica: el psicólogo debe considerar las hipótesis de forma amplia, investigar las más probables y descartar las que no sean válidas. Hasta ahora no hay ningún otro mecanismo que pueda sustituir este proceso con la misma garantía.

Las investigaciones recientes destacan la importancia de tratar de relacionar los resultados de los enfoques clínico-diagnósticos y empírico-cuantitativos de forma amplia (considerando las covariaciones de los síntomas con varios diagnósticos y síntomas, y no sólo los diagnósticos-

objetivo). En este sentido, una de las limitaciones de este estudio es la focalización de los análisis en los diagnósticos objetivo.

Aun así, la interpretación de los resultados ha permitido ampliar la comprensión sobre correspondencias inesperadas. Por último, otra limitación del estudio se debió a que los informes utilizados en el estudio eran en su mayoría de pacientes con síntomas de trastornos de neurodesarrollo, con baja frecuencia de algunas de las hipótesis y conclusiones analizadas, lo que llevó en algunos análisis a resultados inflados de concordancias debido al gran número de casos negativos.

Se recomienda que en futuros estudios se verifiquen las covariaciones entre las hipótesis iniciales, las conclusiones y los diagnósticos de los enfoques clínico-diagnósticos (semiestructurados) y empírico-cuantitativo (estandarizados). Otra dirección para investigaciones futuras es tratar de diferenciar la contribución y la relevancia de cada tipo de medida utilizada en los protocolos de evaluación multimétodo.

REFERENCIAS

1. Krug JS, Trentini CM, Bandeira DR. Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. Psicodiagnóstico. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 16-20.
2. Rigoni MS, Sá SD. O processo psicodiagnóstico. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 27-34.
3. Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS. Psicodiagnóstico: formação, cuidados éticos, avaliação de demanda e estabelecimento de objetivos. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 21-26.
4. Giacomoni CH, Bandeira CM. Entrevista com pais e demais fontes de informação. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS, organizadores. Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 206-210.
5. Nunes, MLT, Lorenço, L e Teixeira, R. C. Avaliação psicológica: o papel da observação e da entrevista. In: Lins, MRC, Borsa, JC, editoras. Avaliação psicológica: aspectos teóricos e práticos. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017, p. 23-37.
6. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, et al. Psychological testing and psychological assessment: a review of evidence and issues. *Am Psychol*. [Internet]. 2001 [citado en 04 feb 2019]; 56(2):128-65. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>
7. De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DAG, BURGERS DE, et al. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull*. [Internet]. 2015 [citado en 12 dic 2019]; 141(4):858-900. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0038498>
8. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001. 238 p.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2013 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2013 [citado en 02 ene 2019]. Disponible en: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
10. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Resolução CFP nº 006/2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. DOU [Internet]. 2019 [citado en 29 mar 2019]; 62(1):163. Disponible en: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957/do1-2019-04-01-resolucao-n-6-de-29-de-marco-de-2019-69440920

11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
12. Bordin IA, Rocha MM, Paula CS, Teixeira MCTV, Achenbach TM, Rescorla LA, et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado en 17 abr 2019]; 29(1):13-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>
13. Achenbach TM. Multicultural evidence-based assessment using the Achenbach System Of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages ½-90+. *Psychol Av Discip*. 2015 [citado en 04 mayo 2019]; 9(2):13-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a01.pdf>
14. Emerich DR, Rocha MM, Silveiras EF. Equipe CBCL/6-18 2010. Testagem da estrutura fatorial do Child Behavior Checklist para crianças brasileiras. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica* [CD-ROM]. Bento Gonçalves: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica; 2011.
15. American Psychiatric Association. DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (DSM-5). 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
17. Miot HA. Agreement analysis in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras*. [Internet]. 2016 [citado en 21 oct 2019]; 15(2):89-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.004216>
18. Sim J, Wright CC. The Kappa Statistic in Reliability Studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Phys Ther*. [Internet]. 2005 [citado en 07 nov 2019]; 85(3):257-68. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/85.3.257>
19. Vagostello L, Albuquerque DSM, Queiroz FT, Lopes GP, Silva LV. Caracterização das demandas de psicodiagnóstico infantil em uma clínica-escola de São Paulo. *Psicol Rev*. [Internet]. 2017 [citado en 22 feb 2020]; 26(1):41-58. DOI: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.41-58>
20. Oliveira, DC, Kottel A. Determinantes comportamentais e emocionais do processo de ensino-aprendizagem. *Cad Intersaberes* [Internet]. 2016 [citado en 25 jun 2020]; 5(6):1-11. Disponible en: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/intersaberes/article/view/379/379>
21. Dias TP, Gil M, Del Prette ZAP. Multimodal analysis of estimated and observed social competence in preschoolers with/without behavior problems. *Paidéia* (Ribeirão Preto, Online) [Internet]. 2013 [citado en 03 sept 2020]; 23(55):197-205. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-43272355201307>
22. Marin AH, Borba BMR, Bolsoni-Silva, AT. Problemas emocionais e de comportamento e reprovação escolar: estudo de caso-controle com adolescentes. *Psicol Teor Prát*. [Internet]. 2018 [citado en 01 dic 2019]; 20(3):283-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p299-313>
23. Goulart AP, Jordani V, Sakae TM, Sakae GRFM, Schaefer TF, Meyer HF. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de psiquiatria no sul do Brasil no período de 2004 a 2012. *ACM Arq Catarin Med*. 2016 [citado en 04 sept 2020]; 45(3):17-34. <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/108/99>
24. Fortes P, Wilhelm A, Petersen C, Almeida R. Mindfulness em crianças com ansiedade e depressão: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. *Contextos Clín*. [Internet]. 2019 [citado en 20 mayo 2020]; 12(2):584-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.09>
25. Bellina M, Brambilla P, Garzitto M, Negri GAL, Molteni M, Nobile M. The ability of CBCL DSM-oriented scales to predict DSM-IV diagnoses in a referred sample of children and adolescents. *Eur*

- Child Adolesc Psychiatry. [Internet]. 2013 [citado en 08 sept 2020]; 22:235-46. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0343-0>
26. Roigé-Castellví J, Morales-Hidalgo P, Voltas N, Hernández-Martínez C, Vigil-Colet A, Canals J. Predictive value of child behavior checklist/6-18, Youth Self-Report and conners 3 ADHD index for ADHD in school -aged children. *Psicol Conduct*. [Internet]. 2020 [citado en 03 oct 2020]; 28(1):19-34. https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=ufrgs_br&id=GALE%7CA621580560&v=2.1&it=r&sid=IFME&asid=79286de7
27. Havdahl KA, von Tetzchner S, Huerta M, Lord C, Bishop SL. Utility of the Child Behavior Checklist as a screener for autism spectrum disorder. *Autism Research* [Internet]. 2016 [citado en 14 ago 2019]; 9(1):33-42. DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.1515>
28. Van Der Ende J, Verhulst FC, Tiemeier H. Multitrait-multimethod analyses of change of internalizing and externalizing problems in adolescence: predicting internalizing and externalizing DSM disorders in adulthood. *J Abnorm Psychol*. [Internet]. 2020 [citado en 18 oct 2020]; 129(4):343-54. DOI: <https://doi.org/10.1037/abn0000510>
29. Mihura JL, Graceffo RA. Multimethod assessment and treatment planning. In Hopwood CJ, Bornstein RF, editors. *Multimethod clinical assessment*. New York: Guilford Publications; 2014. p. 285-318.
30. Teglassi H, Ritzau J, Sanders C, Kim MJ, Scott A. Explaining discrepancies in assessment protocols: trait relevance and functional equivalence. *Psychol Assess*. [Internet]. 2017 [citado en 26 jul 2019]; 29(12):1517-30. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000447>

CONTRIBUCIONES

Denise Balem Yates, Mônia Aparecida da Silva, Daiane Silva de Souza, Renata Gruner y Sérgio Eduardo Silva de Oliveira contribuyeron en la concepción, recogida de datos y elaboración del método. **Denise Balem Yates, Mônia Aparecida da Silva, Kaena Garcia Henz, Daiane Silva de Souza, Renata Gruner y Sérgio Eduardo Silva de Oliveira** participaron en el análisis, interpretación de los datos, redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Yates DB, Silva MA, Henz KG, Souza DS, Gruner R, Oliveira SES. Relaciones entre hipótesis y diagnósticos en evaluaciones psicológicas de niños y adolescentes: un estudio empírico. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(1):110-126. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

YATES, D. B.; SILVA, M. A. da; HENZ, K. G.; SOUZA, D. S. de; GRUNER, R.; OLIVEIRA, S. E. S. de. Relaciones entre hipótesis y diagnósticos en evaluaciones psicológicas de niños y adolescentes: un estudio empírico. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 9, n. 1, p. 110-126, 2021. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*

Como citar este artículo (APA)

Yates, D.B., Silva, M.A., Henz, K.G., Souza, D.S.S., Gruner, R., & Oliveira, S.E.S. (2021). Relaciones entre hipótesis y diagnósticos en evaluaciones psicológicas de niños y adolescentes: un estudio empírico. *REFACS*, 9(1), 110-126. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*