



Artículo original

Concordancia entre observadores de videos de pacientes con sospecha diagnóstica de autismo y psicosis infantiles

Martha Isabel Jordán-Quintero^{a,b,*}, Catalina Ayala Corredor^c,
José Francisco Cepeda Torres^d, Carolina Porras Chaparro^e
y Virginia Coromoto Sánchez Arenas^f

^a Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Bogotá, Colombia

^c Sanitas, Bogotá, Colombia

^d Clínica El Prado, Armenia, Colombia

^e Hospital San Camilo, Bucaramanga, Colombia

^f Clínica Nuestra Señora de la Paz, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de marzo de 2017

Aceptado el 26 de agosto de 2017

On-line el 2 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Autismo

Psicosis infantiles

Diagnóstico interdisciplinario

Concordancia interobservador

RESUMEN

Introducción: Dada la complejidad del abordaje y el tratamiento del autismo y las psicosis infantiles y el impacto que tienen en la vida del niño y su familia, es fundamental ser cautos a la hora de hacer un diagnóstico que tiene implicaciones pronósticas. Se utiliza la perspectiva psicodinámica para acceder a la posibilidad de incluir en el diagnóstico aspectos tanto patológicos como sanos y promover el potencial evolutivo de cada paciente.

Objetivo: Determinar la concordancia entre evaluadores y evaluar cuantitativa y cualitativa-mente las variables que influyen en el diagnóstico de pacientes con sospecha de autismo y psicosis infantiles desde la perspectiva psicodinámica.

Métodos: Se realizó un estudio de concordancia entre observadores basado en la evaluación diagnóstica de videos de pacientes con sospecha de autismo o psicosis infantiles que asisten a junta diagnóstica (sesión de observación) en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt.

Resultados: Se obtuvieron valores de kappa que oscilaron en general entre 0,24 y 0,50, con una fuerza de concordancia que varió de leve a moderada y $\kappa = 0,24$ para la organización de personalidad. Esta manera de diagnosticar toma en consideración los aspectos tanto patológicos como saludables que constituyen la organización de personalidad. Al final se discuten las limitaciones y los puntos que tener en cuenta en los estudios posteriores.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marthaijordano@gmail.com (M.I. Jordán-Quintero).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.003>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Se recomienda que evalúe al niño con perturbaciones mayores un equipo interdisciplinario, y no un solo observador, pues este espacio favorece la discusión, que es crucial a la hora de establecer un diagnóstico y evita lecturas parciales del funcionamiento psíquico del paciente que consulta.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Inter-rater Reliability in Videos of Patients With a Suspected Diagnostic of Autism and Child Psychosis

A B S T R A C T

Keywords:

Autism

Child psychosis

Interdisciplinary diagnosis

Inter-rater reliability

Introduction: Diagnosing and treating autism and child psychoses is very difficult; these pathologies impact not only the child's life but also the family as a whole. Therefore caution is required when giving a diagnosis with prognostic implications. We use the psychodynamic perspective in order to take into consideration both pathological and healthy diagnostic aspects, and to promote evolutionary potential of each patient.

Objective: To determine the inter-rater reliability and to test quantitatively and qualitatively the variables involved in the diagnoses of patients with suspected autism and child psychoses, based upon psychodynamic concepts.

Methods: An inter-rater reliability study was carried on, based upon the diagnostic evaluation of videos of patients with suspected autism or child psychoses who attended the diagnostic meeting (observation session) at the *Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt*.

Results: Kappa values were obtained, ranging from .24 to .50, with a reliability force varying from slight to moderate, and $\kappa=.24$ for personality organization. This type of diagnosis takes into account both the pathological and healthy aspects which make up personality organization. Finally, limitations and aspects that should be considered in further studies were discussed.

Conclusions: The results reinforce the need to evaluate a child with major disorders in an interdisciplinary team, and not a single observer, in order to allow discussion, and debate, and therefore, avoid partial readings of the patient's psychological functioning.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Existen diferentes perspectivas para la comprensión del comportamiento, el desarrollo y la psicopatología del ser humano, no solo desde el punto de vista médico, sino psicológico, antropológico, social, pedagógico y filosófico, entre otros.

Desde el punto de vista médico, se han creado clasificaciones como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y el capítulo de trastornos mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

En psiquiatría de niños y adolescentes, la diferencia de las perspectivas se hace aún más evidente, ya que los diagnósticos pueden cambiar conforme el niño va creciendo y, en mayor o menor medida, todos los enfoques deben tener en cuenta la influencia ambiental y familiar.

Existen conceptos inherentes a la infancia y la adolescencia, como la disarmonía y la evolutividad, que hacen fundamental tomar al individuo completo, esto es lo sano y lo patológico, así como la organización subyacente, considerando también las relaciones objetales y el vínculo.

Dada la heterogeneidad, han surgido formas diferentes de concebir y abordar el desarrollo psicoafectivo, el comportamiento y la psicopatología infantil. La Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente, versión revisada-2000 (CFTMEA-VR 2000), clasificación específica para la comprensión de la enfermedad psiquiátrica en niños y adolescentes, es de inspiración psicodinámica y se inscribe en una perspectiva pluridimensional y da cabida a las diversas corrientes de la psiquiatría. El diagnóstico por medio de esta clasificación se realiza bajo la directriz que ofrece la reflexión clínica psicopatológica, es decir, se toma en consideración tanto los síntomas como el lugar que ocupan en la economía psíquica del sujeto. Es una clasificación biaxial que en el eje I permite establecer las categorías principales, que corresponden a la organización de personalidad de base (psicosis, neurosis, trastorno límite, trastornos reactivos), seguido de categorías secundarias, que establecen la comorbilidad, si la hay. El eje II abarca los factores orgánicos y los factores y condiciones del entorno. También en esta clasificación se incluye de un Eje Bebé que permite detectar precozmente a los niños en riesgo de desarrollar una organización patológica y centra

su mirada en la naturaleza del vínculo con el adulto encargado de su cuidado.

Siendo conscientes de la complejidad de los fenómenos psíquicos al evaluar en niños muy afectados, es fundamental la mirada de varios profesionales y la discusión que permita la integración de conceptos que apunten a la aprehensión integral del fenómeno observado. En el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt se ha construido con el paso del tiempo un dispositivo interdisciplinario, denominado «Juntas de autismo y psicosis infantiles-sesiones de observación», conformado por profesionales en psiquiatría infantil, psicología, neuropsicología, terapia ocupacional y terapia de lenguaje, para llevar a cabo el diagnóstico y la propuesta de abordaje terapéutico de estos pacientes. El dispositivo se ha usado para hacer, corroborar, precisar o descartar diagnósticos de autismo, psicosis infantiles y perturbaciones psíquicas graves ligadas a alteraciones en las interacciones precoces y afecciones somáticas.

En nuestro país, a la fecha, no existen estudios publicados ni tenemos conocimiento de que se estén realizando investigaciones que evalúen la concordancia entre observadores en escenarios clínicos similares o en juntas médicas diagnósticas para psicosis infantiles. Tampoco la revisión sistemática de la literatura arrojó estudios de concordancia realizados con base psicoanalítica. La línea de investigación en psicosis infantiles de la Universidad Javeriana surge de la necesidad de transmitir y dar a conocer las vivencias del equipo presente en las sesiones de observación y la importancia de la discusión para llegar a un diagnóstico que cambiaría la vida del niño y tiene grandes implicaciones pronósticas, en la calidad de vida y el entorno del paciente. En el modelo psicodinámico prevalece la investigación cualitativa. Este estudio es un primer intento a una aproximación cuantitativa que permita un diálogo entre los profesionales que se hacen cargo de la salud mental infantil, desde distintos enfoques, en un lenguaje común.

Métodos

Estudio de pruebas diagnósticas para la evaluación de la concordancia entre observadores del diagnóstico y la organización de personalidad a través de videos de pacientes con sospecha de autismo o psicosis infantiles. Para este propósito, el equipo diseñó y aplicó un instrumento basado en conceptos psicodinámicos que permite hacer una aproximación diagnóstica y homogeneizar las variables que tener en cuenta al evaluar a los pacientes.

Diseño y aplicación del instrumento

Los evaluadores y autores de este artículo estaban familiarizados con la metodología que se emplea en las sesiones de observación que se realizan en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Tomando como referencia esta experiencia previa¹, en consenso, los autores establecieron las consideraciones teóricas que el equipo tiene en cuenta al realizar el abordaje diagnóstico²⁻⁴. De esta manera, se establecieron los 6 dominios (Posiciones según M. Klein, *Self* [sí mismo]-representación mental de persona, transicionalidad, relaciones objetales-vínculo, transferencia-contratransferencia y angustia), y a

partir de estos, se formularon las 8 preguntas que componen el cuestionario, las cuales corresponden a los interrogantes que se hace cada uno de los observadores a fin de ubicar a su paciente en una de las organizaciones⁵ (categoría principal del eje I) según la CFTMEA R-2000⁶.

Selección y edición de videos

Las sesiones de observación del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt constan de 2 partes: la primera es clínica y tiene 3 momentos, la interacción del niño con los padres o cuidadores, luego la salida de los padres y la respuesta del niño a esta y, finalmente, la interacción privilegiada del niño con un miembro del equipo observador y finalización de la sesión. La segunda parte es la discusión que permite la reflexión clínico-psicopatológica entre los miembros del equipo (fig. 1).

El instituto cuenta con una base de datos y los videos correspondientes a las sesiones de observación a partir de abril de 2013; a la fecha de inicio del estudio había 48 videos. Antes de iniciarse la sesión, se explica a los padres y/o cuidadores que la sesión será grabada en video para el uso de este material con fines clínicos, estudios de investigación y docentes, siempre velando por la confidencialidad de la identidad del paciente y sus datos personales. Todos los videos utilizados para la elaboración y el desarrollo del presente estudio contaron con el consentimiento informado de los padres o tutores legales para el momento de la evaluación.

Se seleccionaron en total 10 videos por conveniencia: un colaborador residente de psiquiatría hizo la selección, con el objetivo de que ninguno de los observadores conociera el material audiovisual ni la historia clínica antes de la evaluación. El colaborador excluyó los videos en que no se mantenía la estructura habitual de las sesiones de observación, sino que por necesidades del paciente o de los familiares se utilizó otra modalidad conocida como consultas terapéuticas³⁷⁻⁴⁰. Se seleccionaron así los primeros 10 videos que conformaron la muestra de este estudio inicial.

Los videos tienen una duración aproximada de 2 h, por lo que se decidió, mediante el consenso entre los investigadores, editarlos para lograr que cada material en observación tuviera una duración final de 20 min, distribuidos así: 5 min a partir del ingreso del paciente, 5 min antes de la salida de los padres, los 5 min siguientes a esta y, por último, los 5 min previos a la finalización de la primera parte de la sesión. El residente de psiquiatría llevó a cabo esta edición.

Visualización de los videos

Con el material listo para análisis, el grupo de los 5 investigadores se reunió en 5 oportunidades para observar los videos y controlar que las variables relacionadas con el horario, el método de proyección del video y el sonido fueran homogéneas entre los miembros del equipo. El número máximo de videos observados por sesión fue 3, considerando que así se reducen la fatiga y la carga emocional, que pueden sesgar la evaluación. Cada uno de los investigadores aplicó el instrumento de manera individual inmediatamente después de visualizar cada video. Las apreciaciones de cada uno solo se podían compartir una vez diligenciados todos los instrumentos. A cada observador se le asignó un número, que quedó fijo

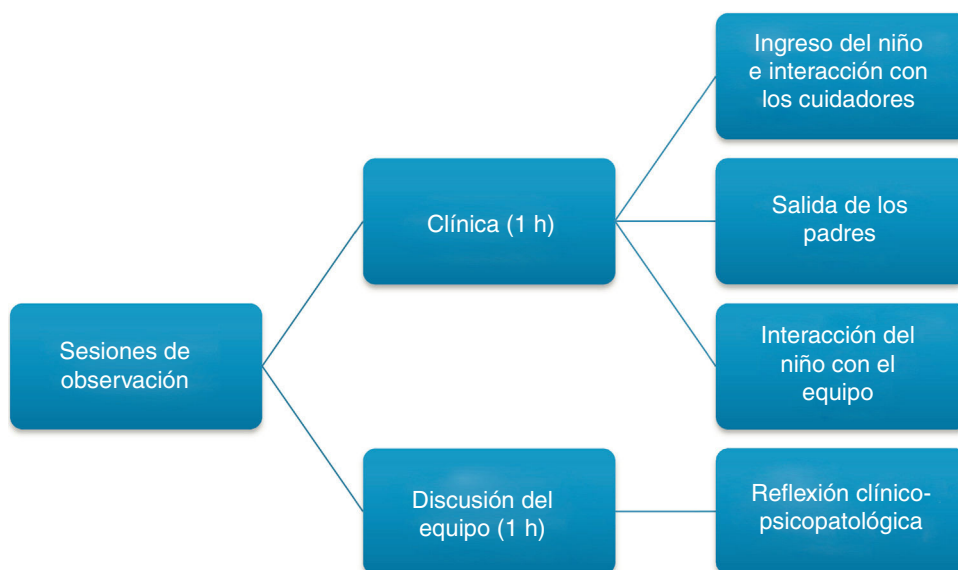


Figura 1 – Esquema de las sesiones de observación.

a lo largo del estudio para que el estadístico estuviera cegado al momento del análisis de los datos.

Recopilación y análisis de datos obtenidos

Se generó una base de datos en Excel con la información recogida. Para facilitar el proceso posterior de análisis de datos, se discriminó la información por pregunta y se asignó a cada opción de respuesta una categoría. Se calculó el estadístico kappa para cada una de las preguntas y la organización. El estadístico kappa empleado permite evaluar la concordancia de κ categorías en n evaluadores; para las preguntas 7 y 8 (tabla 1), por ser de respuesta múltiple, se calculó la concordancia para cada categoría (véase «Resultados»). El análisis estadístico de la información se realizó con el programa Stata versión 13 (StataCorp.; College Station, Texas, Estados Unidos).

Resultados (tabla 1)

En el 100% de los casos en que el evaluador marcó como respuesta a la pregunta 1 «Posición esquizoparanoide», concluyó que la organización psíquica del niño (según CFTMEA-R 2000) era psicótica.

En el 100% de los casos en que el evaluador marcó como respuesta a la pregunta 1 «Posición depresiva», concluyó que la organización psíquica del niño era neurótica.

Cuando se marcaba la opción «Elabora la posición depresiva», en el 100% de los casos se correspondía con una organización neurótica.

Hay correlación del 90% en las respuestas 2, 5 y 6; independiente de si la respuesta es positiva o negativa. Esto indica que, cuando el niño tiene una vivencia clara de sí mismo, reconoce a los demás también como personas completas.

Siguiendo esta línea, se encontró una correlación del 100% entre una respuesta negativa en la pregunta 2 y responder que la angustia es psicótica en la pregunta 7. Un niño que no

se siente integrado como persona completa está invadido por angustias de tipo psicótico. tabla 2

Discusión

Cómo se mencionó en «Introducción», la búsqueda sistemática de la literatura al momento de realizar este estudio no arrojó estudios de concordancia entre evaluadores de diagnóstico de autismo-psicosis infantiles realizados con instrumentos de base psicoanalítica.

En un estudio realizado por Mahoney et al.⁴¹ en 1998, se encontró que la concordancia entre evaluadores utilizando criterios del DSM-IV variaba significativamente entre categorías y entre subtipos diagnósticos. El nivel de concordancia se estableció con el valor kappa ($\kappa = 0,67$) entre los evaluadores, con una concordancia del 91%, para diferenciar a los pacientes con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) de aquellos sin él. A pesar de esto, el nivel de concordancia entre evaluadores variaba entre los diferentes subtipos de TGD. En el año 2000, Klin et al.⁴² publicaron una prueba de campo de los criterios diagnósticos del DSM-IV para autismo en la que participaron 977 profesionales clínicos en diferentes áreas y con diferente nivel de formación. Se evaluaron 131 casos de 13 lugares de Norteamérica, 4 de Europa y 4 sitios en Medio Oriente, Asia y Oceanía. En este se encontró concordancia entre evaluadores para todos los evaluadores en el diagnóstico clínico de autismo frente a no TGD ($\kappa = 0,95$) y autismo frente a otros TGD ($\kappa = 0,81$), mientras que el nivel de concordancia se redujo a bueno al comparar autismo y TGD no autístico ($\kappa = 0,65$). Por otro lado, en este estudio se evidenció que existían variaciones en los niveles de concordancia al comparar los diagnósticos realizados utilizando los criterios del DSM-IV entre clínicos experimentados y no experimentados. Mientras que el nivel de concordancia alcanzó $\kappa = 0,84$ y una concordancia observada del 98% entre clínicos experimentados, entre los clínicos no experimentados estos índices fueron $\kappa = 0,59$ y el 80%. Resultó llamativo también

Tabla 1 – Instrumento de evaluación. Psicosis: confiabilidad entre evaluadores

Id.	Ítem evaluado	Pregunta	Opciones de respuesta
1	Posiciones según M. Klein ^{7,8}	¿En qué posición considera que se encuentra el paciente la mayor parte del tiempo?	Esquizoparanoide ⁹ Accede a la posición depresiva ¹⁰ Elabora la posición depresiva ¹⁰ No me queda claro con lo observado
2	Self (sí mismo)	¿El paciente se siente como una persona completa?	Sí No Oscila No es claro
3	Transicionalidad ¹¹⁻¹⁶	¿El niño tiene capacidad para jugar?	Sí No No es claro
4	Relaciones objetales ¹⁷⁻²²	¿Usted considera que el niño se relaciona con:	Objetos totales Objetos parciales Oscila No se relaciona
5	Transferencia-contratransferencia ^{23,24}	¿Usted considera que los papás son personas completas para el niño?	Sí No Oscila
6	Transferencia-contratransferencia ^{23,24}	¿El niño se relaciona con el evaluador como persona completa ²⁵⁻³¹ ?	Sí No Oscila
7	Angustia ^{32,33}	¿Qué tipo de angustia suscita? (puede escoger más de una respuesta)	Psicóticas (no integración, fusión-desfusión, persecutorias, invasión, caída, aniquilación) Depresivas o de precastración («fui malo con el pecho», de separación) Neuróticas ³⁴ (de castración) No me queda claro
8	Angustia	¿Quién siente la angustia? (puede escoger más de una opción)	El paciente Familiar(es) Evaluador Observador No me queda claro
*	Organización ^{6,35}	¿Qué organización considera que tiene el niño?	Psicótica Neurótica Límite ³⁶ Categoría 5 (deficiencia mental) como principal Consecuencia de alteración de la diada madre-bebé No me queda claro

que, al examinar los resultados obtenidos, se encontró que en los diagnósticos de clínicos experimentados sin utilizar los criterios del DSM-IV había mejor nivel de concordancia entre evaluadores que cuando se usan dichos criterios ($\kappa = 0,94$).

Posteriormente, con el desarrollo de la clasificación diagnóstica DSM-V, en 2012 Huertas et al.⁴³ realizaron un estudio para evaluar la especificidad y la sensibilidad de los criterios diagnósticos del DSM-V para trastornos del espectro autista (TEA) y aquellos de los TGD del DSM-IV. Aunque este no es un estudio diseñado específicamente para detectar la concordancia entre evaluadores, sí está diseñado de tal forma que se tomaron diagnósticos realizados por clínicos experimentados (psicólogos y psiquiatras) según los criterios del DSM-IV que los autores evaluaron a la luz de los criterios del DSM-V, y encontraron que el 91% de los pacientes con diagnóstico de TGD según el DSM-IV se identificaron como pacientes con TEA según los criterios del DSM-V. Hay un gran número de estudios, como este que se acaba de citar, llevados a cabo para establecer la sensibilidad y la especificidad de los criterios diagnósticos propuestos para los TEA en el DSM-V; sin embargo, no se encontraron estudios diseñados para

Tabla 2 – Resultados cuantitativos

Pregunta de evaluación	κ
1. Posición de M. Klein	0,24
2. Paciente como persona completa	0,45
3. Capacidad de juego	0,04
4. El niño se relaciona con...	0,48
5. Papás como personas completas	0,46
6. El niño se relaciona con el evaluador como persona completa	0,50
7. Qué tipo de angustia suscita	
Angustias psicóticas	0,39
Angustias depresivas	0,18
Angustias neuróticas	0,11
8. ¿Quién siente la angustia?	
Paciente	0,32
Familiar	0,28
Evaluador	0,11
Observador	0,26
*Organización de personalidad	0,29

determinar la concordancia entre evaluadores en el diagnóstico de TEA.

Aunque no se especificaban los criterios utilizados para definir un diagnóstico, se incluyó el estudio realizado por Van Daalen et al.⁴⁴ en 2009, en el que se evalúa la concordancia entre evaluadores y la estabilidad del diagnóstico de TEA en niños entre los 14 y los 42 meses. En ese estudio se encontró un nivel de concordancia entre evaluadores para TEA de $\kappa = 0,74$ y una concordancia del 87% entre evaluadores psiquiatras. A pesar de estos altos niveles de concordancia, estos se establecen a partir de la aplicación de instrumentos como el ADOS y el ADI, pero no se utilizó una clasificación diagnóstica determinada.

Por último, Garrido⁴⁵ menciona que el equipo de trabajo de Manzano ha realizado varios estudios encaminados a determinar la «fiabilidad» de la evaluación psicopatológica estructural en términos de la CFTMEA⁶ aplicando un instrumento derivado del perfil psicológico desarrollado por Anna Freud. Menciona que en dichos estudios se ha obtenido una «fiabilidad interjueces» entre el 85 y el 95%; sin embargo, no fue posible acceder al estudio detallado ni la metodología utilizada, pese a habérselo solicitado al autor.

Como equipo investigador, opinamos que los estudios revisados deben ser considerados, pero no pueden compararse con el estudio actual, ya que su base teórica es diferente.

Una vez recopilados los datos, el equipo se reunió para la discusión y el análisis cualitativo de la información obtenida a partir de los instrumentos. Entre los puntos comunes para todos los evaluadores, se encontró que la tendencia del equipo es a responder las preguntas siempre intentando rescatar los momentos más sanos del niño, a pesar de que se indique que la respuesta debe corresponder a lo que ocurre la mayor parte del tiempo. Consideramos que resultó limitante ver sólo 20 min de cada video, lo que ha eliminado momentos clave para la formulación diagnóstica.

Para el equipo, resultó más fácil coincidir en las respuestas al diligenciar el instrumento cuando se trataba de pacientes con organizaciones psicóticas, lo que suscita la pregunta de si esto ocurre por la gravedad de este diagnóstico y los síntomas más floridos y constantes, que facilitan la comprensión a través de un video.

En cuanto a la interpretación de resultados cuantitativos, los valores kappa obtenidos tienden a ser bajos. El equipo considera que esta situación puede deberse a que hacer el diagnóstico de un fenómeno clínico tan complejo a partir de un video es muy distinto de la experiencia en vivo de una junta. No se experimentan ni la influencia de la contratransferencia en igual magnitud ni la posibilidad de una retroalimentación y un «diálogo» con el paciente y su familia, no se es partícipe de todos los movimientos psíquicos que se dan en una sesión diagnóstica ni se logra complementar la visión del niño con la percepción de los otros evaluadores. La junta evita que el diagnóstico se guíe por los puntos ciegos de cada observador.

Buscando justificar aún más el punto anterior, el equipo consideró necesario contrastar los resultados de organización obtenidos en este estudio con el diagnóstico clínico que dio la junta de sesión de observación y es el patrón de referencia para el diagnóstico. Al realizar dicha comparación, se encontró que la junta y el resultado del estudio coincidían cuando

se trataba de pacientes con autismo nuclear. Sin embargo, en pacientes con funcionamientos autísticos en respuesta a depresiones graves de tipo anaclítico (funcionamiento, pero no organización autista), la concordancia entre observadores era baja y hubo discrepancia con el diagnóstico que realizó la junta. Consideramos que esto ocurre porque las depresiones muy tempranas truncan el desarrollo y producen repliegues autísticos secundarios.

Otro diagnóstico que arrojó valores kappa más bajos y mayor discrepancia con el diagnóstico de la junta fue el trastorno límite. En este coexisten elementos psicóticos y neuróticos y, por lo tanto, los resultados de la evaluación individual pueden tender a uno u otro polo.

En este estudio se evaluó la concordancia entre los criterios individuales de los evaluadores, todos psiquiatras infantiles que se apoyan en un instrumento que permite plasmar de manera objetiva algunas de las respuestas a los cuestionamientos que cada evaluador se formula. No se trata de una escala ni reemplaza el complejo proceso diagnóstico de cada evaluador. Queda abierta la pregunta de si la baja concordancia puede atribuirse también a una falla en el instrumento diseñado. El hallazgo de una baja concordancia entre evaluadores confirma la necesidad de que una junta sea la que realice el diagnóstico de niños con sospecha de autismo y psicosis infantiles. La concordancia del 100% que se logra en las juntas (patrón de referencia) es el resultado de la discusión de los miembros de un equipo interdisciplinario (no solo psiquiatras). Es indispensable subrayar que la discrepancia entre los criterios individuales es bienvenida, y la argumentación fundamental para lograr una visión amplia e integradora de los distintos aspectos de funcionamiento psíquico posibles en un sujeto en desarrollo que vive en un contexto particular. De esta manera, se propone un tratamiento individualizado que tiene en cuenta el diagnóstico, pero también las características particulares del individuo y su familia.

Conclusiones

El diagnóstico de un niño con perturbaciones complejas que afectan a diversos aspectos de su personalidad debe realizarlo un equipo multidisciplinario. El fenómeno clínico nuclear (no integración, fragmentación) favorece comprensiones parciales, mientras un dispositivo grupal permite que cada uno rescate, complemente y haga evidentes los puntos ciegos individuales.

Queda clara, pues, la importancia de la puesta en común y la discusión de las consideraciones diagnósticas de cada uno de los miembros de un equipo multidisciplinario para la comprensión del funcionamiento psíquico del paciente que consulta, considerando los aspectos patológicos y los aspectos sanos constituyentes de la organización.

La vivencia de transferencia-contratransferencia es fundamental en el diagnóstico realizado por clínicos con enfoque psicodinámico; por eso tuvo un papel fundamental en el diseño del instrumento de este estudio. Sin embargo, cada uno de los evaluadores expresó la diferencia de dichos fenómenos según se evaluara a través de un video o en la experiencia en vivo. Con los resultados del presente estudio, se puede afirmar que la observación de un paciente por medio de un

video puede conducir a un diagnóstico acertado en casos de organizaciones psicóticas, pero no ocurre lo mismo con organizaciones límite ni cuadros depresivos graves. En la realidad clínica colombiana, este resultado respalda la posibilidad de orientar a distancia (telemedicina) a profesionales de la salud para definir qué pacientes deben ser vistos en una junta y cuáles no.

La realización de este estudio motiva a la línea de investigación a realizar nuevos estudios para comparar la concordancia entre evaluadores durante la sesiones en vivo y mediante videos, un segundo estudio del mismo grupo de pares para evaluar los mismos videos unos años después y otro que compare la sensibilidad diagnóstica de CFTMEA 2012 y el DSM-V.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Dra. Liliana Betancourt, Psiquiatra Infantil Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Al Dr. Juan Omar Carrillo, Médico, Residente de Psiquiatría General Pontificia Universidad Javeriana. A la Dra. Diana Carolina Poveda, Psicóloga Clínica Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Al Dr. Fabian Gil, Estadístico, Máster en Bioestadística, Profesor asociado Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. A la Dra. Nathalie Tamayo, Médico Psiquiatra, Especialista en Psiquiatra de Enlace, estudiante de Maestría en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana. Al Dr. Carlos Gómez-Restrepo, Médico Psiquiatra, Especialista en Psiquiatría de Enlace, Psicoanalista, Msc en Epidemiología Clínica, Profesor Titular y director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana.

BIBLIOGRAFÍA

- Jordán Quintero MI, García Paredes E, Alarcón Gómez J, Arboleda Zamudio P, Conde González Z, Cepeda Torres JF, et al. De estar "toda teletubbie" a ser Verónica: utilidad de las sesiones de observación (sesiones diagnósticas) para trazar el proceso evolutivo de un sufrimiento mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38 Supl 1:82-98.
- De Mijolla A. *Dictionnaire de la psychanalyse.* París: Hachette Littératures; 2005.
- Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* 3.ª ed París: PUF; 1997.
- Laverde-Rubio E, Bayona-Villegas I. *Investigación conceptual en psicoanálisis. De la tradición a la creación.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- Rojas A, Barón OP. Algunos aportes de la escuela francesa a la psiquiatría de niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38 Supl 1.
- Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000). Buenos Aires: Polemos; 2004.
- Lander R. *Mélanie Klein, iniciación a su vida y obra.* Caracas: Psicoanalítica; 1993. p. 206.
- Klein M. Prefacio a la tercera edición de *El psicoanálisis de niños.* En: *Obras completas de Mélanie Klein.* Barcelona: Paidós; 1987. Tomo II.
- Lander R. (1993) *Posición Depresiva y Posición Esquizoparanoide.* En: *Mélanie Klein, Iniciación a su vida y obra.* Caracas: Editorial Psicoanalítica; 1993. p. 206-9.
- Winnicott DW. *The depressive position.* En: *Human nature.* New York: Shocken Books; 1988. p. 69-83.
- Abram J. *Playing.* En: *The language of Winnicott's use of words.* London: Karnac; 1996. p. 219-35.
- Abram J. *Creativity.* En: *The language of Winnicott's use of words.* London: Karnac; 1996. p. 104-19.
- Freud S. *Beyond the pleasure principle SE 14.* London: Hogarth Press; 1920.
- Winnicott DW. *Playing, a theoretical statement.* En: *Playing and reality.* London: Routledge; 1971.
- Winnicott DW. *Playing, creative activity and the search for the Self.* En: *Playing and Reality.* London: Routledge; 1971.
- Winnicott DW. *Transitional objects and transitional phenomena.* En: *Playing and Reality.* London: Routledge; 1971.
- Golse B, Rousillon R. *La Naissance de l'objet.* París: PUF; 2010.
- Klein M. *Notes on some schizoid mechanisms.* En: *Developments in psychoanalysis.* London: Hogarth; 1952.
- Klein M, Riviere J. *Love, hate and reparation.* New York: Norton; 1964.
- Stern D. *The interpersonal world of the infant.* New York: Basic Books; 1985.
- Winnicott DW. *Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites.* En: *The maturational processes and the facilitating environment.* London: Karnac; 1990.
- Winnicott DW. *The use of an object and relating through identifications.* En: *Playing and Reality.* London: Shocken; 1971.
- Klein M. *The origins of transference in The writings of Melanie Klein.* London: Hogarth; 1951. p. 1-24.
- Heimann P. *On countertransference.* *Int J Psychoanal.* 1950;31:81-4.
- Bion WR. *Learning from experience.* London: Karnac; 1962.
- Kohut H. *The analysis of the Self.* New York: IUP; 1971.
- Stern D. *The interpersonal world of the infant.* New York: Basic Books; 1985.
- Winnicott DW. *Ego distortion in terms of true and false Self.* En: *The maturational processes and the facilitating environment.* London: Hogarth Press; 1960.
- Winnicott DW. *From dependence towards independence in the development of the individual.* En: *Through paediatrics to psycho-analysis.* London: Karnac; 1992.
- Winnicott DW. *On the basis for self in body.* En: *Psychoanalytical explorations.* Harvard: Harvard University Press; 1989.
- Winnicott DW. *Human nature.* New York: Shocken Books; 1988.

32. Klein M. El psicoanálisis de niños. En: Obras completas de Mélanie Klein. Barcelona: Paidós; 1987. TomoII.
33. Winnicott DW. Ego integration in child development. En: The maturational processes and the facilitating environment. London: Karnac; 1990.
34. Marcelli D. Trastornos de ansiedad, síntomas y organización de apariencia neurótica. En: Manual de psicopatología del niño. 7.ªed París: Elsevier-Masson; 2007.
35. Bergeret J. La personalidad normal y patológica. Barcelona: Gedisa; 1983.
36. Misés R. Les pathologies limites de l'enfance. París: PUF; 1990.
37. Winnicott DW. La observación de niños en una situación fija. En: Through paediatrics to psychoanalysis. London: Karnac; 1992.
38. Winnicott DW. Play in the analytic situation. En: Psychoanalytic explorations. Cambridge: Harvard University Press; 1989.
39. Winnicott DW. The value of therapeutic consultation. En: Psychoanalytic explorations. Cambridge: Harvard University Press; 1989.
40. Winnicott DW. The Piggie, an account of the psychoanalytic treatment of a little girl. New York: International University Press; 1977.
41. Mahoney WJ, Szatmari P, MacLean JE. Reliability and accuracy of differentiating pervasive developmental disorder subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:278-85.
42. Klin A, Lang J, Cicchetti DV, Volkmar FR. Brief report: Interrater reliability of clinical diagnosis and DSM-IV criteria for autistic disorder: Results of the DSM-IV autism field trial. *J Autism Develop Disord.* 2000;30:163-7.
43. Huerta M, Bishop SL, Duncan A, Hus V, Lord C. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry.* 2012;169: 1056-64.
44. Van Daalen E, Kemner C, Dietz C, Swinkels SH, Buitelaar JK, Van Engeland H. Inter-rater reliability and stability of diagnoses of autism spectrum disorder in children identified through screening at a very young age. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18:663-74.
45. Garrido JM. La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2005;107-16 (39/40).