

La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal

Francisco de la Peña*
Margarita Patiño**
Arturo Mendizabal**
José Cortés**
Eduardo Cruz**
Rosa Elena Ulloa**
Valerio Villamil**
Ma. Carmen Lara**

Summary

The use of interviews for the assessment and diagnosis of child and adolescent psychiatry is a basic need for any further investigation in this population. We designed a semistructured clinical interview based in other instruments such as the K-SADS, ISC, DISC and SCAN. The Adolescents Semistructured Interview (ASI) was designed with the DSM-IV criteria and explores internal and external disorders as well as others such as schizophrenia and alcohol and drug abuse in adolescents. The goals of the study are the to establishment of the interrater and test-retest (one week) reliability of the ASI. Adolescents were evaluated during their second contact with the institution, conjointly with their mother or father, after the informant consent was obtained. The evaluation was made in 60-90 minutes. Two clinicians were present at the interview, one made the questions and assessed; the other only assessed. Both of them were blind to each other's diagnosis. The test-retest were made by different clinicians. The sample was integrated with 81 outpatients. The kappa values for the interrater study were the following: major depressive disorder (MDD) 0.92, dysthymic disorder (DD) 0.81, attention deficit disorder (ADD) 0.75, conduct disorder (CD) 0.97 and alcohol and drug abuse (ADA) 0.90. The kappa values for the test-retest study were the following: MDD 0.59, DD 0.40, ADD 0.78, CD 0.85 and ADA 0.65. This is the first worldwide study in Spanish with a semistructured clinical interview for adolescents.

Key words: Adolescent, semistructure, interview, reliability.

Resumen

La valoración clínica psiquiátrica de la población adolescente (de 13 a 19 años) por medio de un instrumento semiestructurado resulta esencial para la aproximación diagnóstica en cualquier investigación del área psiquiátrica. Hasta ahora no se contaba con ninguna entrevista semiestructurada

* Clínica de Adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Sn Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F. adolesc@imp.edv.mx

** Instituto Mexicano de Psiquiatría.

diseñada en español que pudiera usarse en esta población. La ESA fue desarrollada en la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) considerando algunos elementos de otros instrumentos clínicos afines, como el *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS), el *Interview Schedule for Children* (ISC), el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) y el *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN). La ESA se diseñó para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV). El objetivo de la investigación fue determinar la confiabilidad interevaluador y temporal del instrumento. El adolescente se evaluó en su segundo contacto con la institución, conjuntamente con alguno de sus padres. Los apartados de las áreas de sexualidad, abuso físico/sexual, abuso y dependencia de alcohol y sustancias se realizó sin el padre. La entrevista tiene un tiempo de aplicación de entre 60 a 90 minutos. Se contó con el consentimiento informado de todos los pacientes y de uno de sus padres o de su tutor. Para la confiabilidad interevaluador, los clínicos aplicaron la entrevista de manera alternativa: a un paciente se le aplicaba uno y al siguiente el otro. Ambos se mantenían sin comunicación e integraban los diagnósticos con los resultados de las hojas de respuesta, en forma independiente para cada paciente. Para el estudio de la confiabilidad temporal se les entrevistó con la ESA por segunda vez después de 7 días (+/- 3) de la entrevista anterior. Se hizo el análisis estadístico con las medidas convencionales de tendencia central, y los coeficientes de correlación para los diagnósticos se obtuvieron con la Kappa de Cohen. Se evaluaron 81 adolescentes para obtener la confiabilidad interevaluador. Los coeficientes Kappa para las principales categorías diagnósticas fueron: trastorno depresivo mayor (TDM) 0.92, trastorno distímico (TD) 0.81, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 0.75, trastorno de conducta (TC) 0.97 y abuso de alcohol y drogas (AAD) 0.90. Los coeficientes de correlación Kappa para los resultados de confiabilidad temporal fueron los siguientes para las principales categorías diagnósticas: TDM 0.59, TD 0.40, TDAH 0.78, TC 0.85 y para AAD 0.65. Este es el primer informe mundial de una entrevista semiestructurada diseñada en español para la evaluación de la psicopatología en los adolescentes.

Palabras clave: Entrevista semiestructurada, adolescente, confiabilidad.

Antecedentes

La importancia de contar con diagnósticos apegados a una clasificación en paidopsiquiatría es fundamental no sólo para la intercomunicación y globalización de los conocimientos de una manera sencilla, sino también por los cambios nosológicos que estos implican (15). Recientemente se publicó una recopilación sobre la evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría que puede consultarse (42). En la más reciente modificación que le hizo la Asociación Psiquiátrica Americana al Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV) (3), los trastornos de la infancia y de la adolescencia fueron a los que más cambios se les hicieron, por lo que contar con un instrumento diagnóstico semiestructurado, acorde temporalmente con la taxonomía internacional, resulta fundamental para desarrollar investigaciones en las áreas clínica, psicofarmacológica o psicosocial.

Es importante considerar las ventajas que ofrece la utilización de un instrumento semiestructurado diagnóstico:

1. Disminuye algunas fuentes de la variabilidad.
 - 1.1. La variabilidad en la recolección de la información: El entrevistado puede dar información incorrecta por no entender la pregunta, por falta de concentración, por resistencia inconsciente o consciente, o porque el entrevistador haya formulado mal la pregunta.
 - 1.2. La variabilidad de criterio: Las variaciones idiosincrásicas y culturales que pueden surgir entre los aplicadores, en la concepción de los criterios diagnósticos empleados, y en la forma de interrogarlos, así como en la experiencia del que lo aplica. Si el entrevistador hace sus preguntas utilizando términos subculturales diferentes de los del resto del equipo, el registro de las respuestas se modificará. La variabilidad de criterio puede disminuir considerablemente si se adiestra apropiadamente a los entrevistadores (41).
2. Permite reconocer la variabilidad en la ocurrencia, esto depende de la estabilidad del sujeto cuando se presenta el fenómeno clínico que se va a medir. El entrevistado puede haber entendido bien la pregunta y responder honestamente, pero la respuesta puede ser diferente cada vez que se pregunta, porque la condición del sujeto cambia con el tiempo.
3. Permite que el adolescente se percate de que se busca conocerlo integralmente cuando se examinan sus problemas, sus emociones o sus conductas (55).
4. Aumenta la especificidad en la identificación de casos (12, 53).
5. Ofrece al clínico una guía general y flexible para conducir la entrevista y registrar la información (57).
6. Permite el establecimiento diagnóstico y el estudio de la comorbilidad (6, 8, 38, 43, 46).

Las entrevistas diagnósticas se dividen de acuerdo con su arquitectura en: altamente estructuradas y semiestructuradas.

Las entrevistas altamente estructuradas se caracterizan por estar diseñadas para aplicarse en poblaciones abiertas y para hacer investigaciones epidemiológicas; las aplican legos, es decir, personas que no requieren una formación específica en psicopatología; la capacitación que se requiere para aplicarla es intensiva y corta, el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) (10), requiere de un curso de tres días para las personas que ya están familiarizadas con ella, para que aprendan a manejar la versión computarizada; la conducción de la entrevista es inflexible, el orden de aplicación está predeterminado, y el entrevistador debe preguntar exactamente lo que está escrito, por lo que la inferencia del evaluador en la integración diagnóstica es poca o nula.

Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por estar diseñadas para aplicarse en poblaciones e investigaciones clínicas; deben ser aplicadas por clínicos, psiquiatras o psicólogos que tengan formación especializada en psicopatología; la capacitación que se necesita para aplicarlas es prolongada, el *Interview Schedule for Children* (ISC) (37) requiere de un entrenamiento de seis meses; la conducción de la entrevista es flexible y el clínico puede modificar la pregunta propuesta tanto como lo crea conveniente para recabar la información necesaria, por lo que su participación en la integración diagnóstica es elevada.

Algunos instrumentos epidemiológicos, como el DISC (10, 30) se han utilizado en poblaciones clínicas. Algunos instrumentos clínicos han desarrollado versiones epidemiológicas, como el *Kiddie Schedule for Affective Disorders* (K-SADAS-E) (49). Otro de los instrumentos clínicos, el *Children and Adolescents Psychiatric Assessment* (CAPA) (5) se ha utilizado en investigaciones epidemiológicas (11).

Las entrevistas semiestructuradas para desarrollar investigaciones dentro del área clínica en paidopsiquiatría ha sido una de las líneas de investigación con más desarrollo dentro de las últimas dos décadas. Los estudios de confiabilidad para el diagnóstico en psiquiatría han utilizado metodologías cada vez más estrictas (25, 26) y se han logrado estudios de confiabilidad interevaluador, interinformante y temporal con diversos instrumentos clínicos (1, 29, 31, 37, 47).

Recientemente se publicó una amplia revisión de las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría (50); sin embargo, no se cuenta con publicaciones recientes y accesibles para los hispanohablantes (13, 55) que desarrollen este tema en el área de la paidopsiquiatría, por lo que revisamos algunos de los instrumentos más importantes.

Los principales instrumentos altamente estructurados son el Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (27) y el DISC (10)

El *DICA* fue una de las primeras entrevistas estructuradas que se usaron, y se ha estado trabajando con ella desde mediados de los años setenta (28); ha sido revisada en varias ocasiones. Existe la versión en español para el DSM-III-R, la cual cuenta con dos versiones una para padres y otra para niños o adolescentes, pues se les entrevista desde los 6 hasta los 17 años. El

tiempo de aplicación de cada versión de esta entrevista oscila entre 60 y 90 minutos. Esta entrevista altamente estructurada tiene la característica de que el clínico puede tomar ciertas decisiones respecto a la dirección en la aplicación. Está organizada por secciones sindromáticas y algunas cuentan con puntos de salto. El punto de salto se integra cuando a una pregunta propositiva, que abarca los síntomas fundamentales del área que se estudia, se responde negativamente; se usa para disminuir los tiempos de aplicación saltándose la exploración de esta área y pasando a la siguiente. Las respuestas en la integración del síntoma son categóricas, o se tiene o no se tiene, lo que permite evaluar el principio, la duración y el deterioro relacionado con los mismos.

El DISC surgió en estudios posteriores de su versión para adultos, el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (54), a mediados de los años ochenta (10). Hay una versión en español para el DSM-IV, que tiene la particularidad de incorporar modismos y expresiones particulares de prácticamente todas las áreas hispanohablantes (Europa, América del Norte y América del Sur). Cuenta con dos versiones: una para padres y otra para niños o adolescentes, se les entrevista desde los 6 hasta los 18 años. Este instrumento está altamente estructurado y diseñado con preguntas de salto; el clínico no puede modificar la secuencia de la entrevista. El entrenamiento para aplicar la versión computarizada es de 3 a 4 días. Cuenta con 760 reactivos y tiene un tiempo de aplicación de 45 a 60 minutos para cada versión. Las respuestas en la integración del síntoma se evalúan en una escala del 0 al 2, y los diagnósticos se establecen por algoritmos computarizados. Evalúa el inicio y la duración de los síntomas, así como el deterioro psicosocial. Las investigaciones de confiabilidad con este instrumento han indicado que los coeficientes de correlación temporal son más bajos cuando la edad del sujeto es menor: un promedio de 0.43 en los niños de 6 años, y de 0.71 en los niños de nueve años. El coeficiente de correlación temporal de los padres obtuvo un promedio de 0.76 (19). Este fue el primer instrumento con el que se reportaron diferencias significativas en la correlación interinformante de los grupos de síntomas; menos correlación con los padecimientos internalizados (depresión, ansiedad) que con los padecimientos externalizados (inatención, conducta desafiante-oposicionista) (20). Recientemente su publicó un trabajo multicéntrico que obtuvo los coeficientes de correlación temporal combinando las respuestas de los niños/adolescentes (DISC-C) y de los padres (DISC-P) en un constructo denominado DISC-PC. Al usar este algoritmo diagnóstico combinado se obtuvieron resultados de mayor confiabilidad en la población clínica que en la población abierta (30).

Los principales instrumentos semiestructurados son el K-SADS (31) y el ISC (37).

El K-SADS surgió durante los primeros años de la década de los ochenta, después de que se publicaran los resultados del estudio del *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) (21) para adultos. Hay dos versiones del K-SADS que incorporan los

datos del momento actual y a lo largo de la vida, sin embargo, la más reciente investigación clinimétrica de este instrumento combina ambas, el K-SADS-PL (31). Cuenta con una versión para niños y adolescentes y otra para padres. Cuando se aplica a los niños se comienza por los padres, y cuando se entrevista a los adolescentes, se empieza por éstos. Cuando hay discrepancias en la información se reúne al hijo con el padre para que lleguen a un acuerdo; cuando no logran ponerse de acuerdo, el clínico toma la decisión. La entrevista está diseñada para ser aplicada por un entrevistador altamente calificado y familiarizado con el DSM. El clínico es lo bastante flexible como para adecuar las preguntas al entrevistado y a la secuencia de la entrevista. La última versión del K-SADS (31) cuenta con diferentes áreas que deben administrarse para completar su aplicación: 1. Una introducción no estructurada de la entrevista. 2. Una entrevista diagnóstica de sondeo. 3. El llenado de la lista suplementaria. 4. Los suplementos diagnósticos apropiados (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros trastornos). 5. El resumen de la lista diagnóstica a lo largo de la vida. 6. La evaluación con el *Children's Global Assessment Scale* (C-GAS). El entrevistador que establece los diagnósticos no cuenta con algoritmos computarizados. Esta entrevista es el instrumento diagnóstico clínico más utilizado para identificar los padecimientos específicos (9, 24) y en las investigaciones farmacológicas (39).

El ISC (4) fue desarrollado durante los años ochenta y su utilización ha servido para la investigación principalmente de los padecimientos internalizados. Hay numerosos estudios clínicos prospectivos sobre la depresión, la distimia y los trastornos adaptativos depresivos que son fundamentales para el reconocimiento de la psicopatología actual de estas enfermedades y cuya base diagnóstica es el ISC (32-36). El clínico que aplica este instrumento requiere de un adiestramiento prolongado de seis meses por lo menos, que le permita conocer el manejo diagnóstico de la entrevista. Los reactivos se evalúan de acuerdo con una escala del 0 al 8, y cuenta con una serie de preguntas confirmatorias previas al establecimiento diagnóstico. La entrevista está diseñada para aplicarse a los niños desde los 8 años hasta a los adolescentes de 17 años. Primero se entrevista al padre y posteriormente al niño o al adolescente; la entrevista con el padre dura entre 90 a 120 minutos y la del niño entre 45 a 60 minutos. Hay una versión corta para el seguimiento, pero no hay una versión en español.

Considerando las limitantes temporales y económicas que intervienen en el proceso de traducción y adaptación de los instrumentos extranjeros, las limitantes que éstos presentan para el reconocimiento de características culturales específicas, y la necesidad de contar con una entrevista clínica relacionada con la actual taxonomía (DSM-IV), nos propusimos desarrollar un instrumento original que recogiera algunas características de otras entrevistas estructuradas y semiestructuradas, así como nuestra propia experiencia clínica que sirva a los hispanohablantes para el reconocimiento diagnóstico de las principales psicopatologías

de la adolescencia, y en los estudios clínicos que se hagan en esta población. Los objetivos de esta investigación fueron: desarrollar una entrevista semiestructurada y obtener la confiabilidad interevaluador y temporal de la misma.

Este es el informe final de las investigaciones clínicas con la actual versión de la ESA, que incluye los resultados de los proyectos de las tesis de la especialidad de dos de los investigadores (45, 51), así como los resultados de las presentaciones en dos reuniones de investigación (17, 18), en donde se difundieron los datos preliminares.

Descripción del instrumento

La ESA es una entrevista original generada para relacionarse con los criterios diagnósticos del DSM-IV (3). Su diseño es el de una entrevista semiestructurada para ser aplicada por clínicos entrenados en la misma. El entrenamiento requiere por lo menos de dos a tres semanas.

La ESA está integrada por cuatro partes: la primera corresponde a los datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual; la segunda, en donde se explora propositivamente síntoma por síntoma de las diferentes psicopatologías; la tercera, en la que se interroga al padre sobre los antecedentes generales del paciente, y la cuarta, donde se abordan los apartados de desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol y drogas y evaluación del funcionamiento psicosocial (*Life-Mex*) (52).

En la primera parte se busca establecer una relación empática con el adolescente, y se registran los datos de su actividad académica y laboral, con lo que se logra evaluar, de manera preliminar, su funcionamiento en estas áreas de manera similar a como se evalúa con otros instrumentos (5, 31, 37). Se utiliza un lenguaje sencillo y coloquial al preguntarle, en general, cuáles son los problemas que lo llevan a buscar ayuda; se estimula al adolescente para que indique los motivos de su consulta y su padecimiento actual. El padre, la madre o el tutor entran a la entrevista con el adolescente, pero el clínico les indica que sólo participen de manera indirecta para que el adolescente sea quien exprese sus problemas y sus síntomas. Ellos solamente intervendrán para aclarar sus inexactitudes, ampliar su relato y recordarle las omisiones importantes en lo dicho por el paciente. Cuando el adolescente considera agotada la descripción de los síntomas, se le pide al padre que amplíe el relato del paciente y agregue algún problema que éste no haya mencionado. Esta primera parte toma de quince a veinte minutos.

La segunda parte se integra con las áreas de las diferentes psicopatologías. Aunque la entrevista señala un orden determinado en el interrogatorio de los síntomas, el clínico puede cambiarlo por tratarse de una entrevista semiestructurada; inclusive, puede modificar la pregunta hasta que considere que ya ha explorado suficientemente el síntoma correspondiente. Algunos apartados cuentan con preguntas de salto o de corte, que permiten al clínico "saltarse" la exploración detallada del padecimiento si no cumple con los criterios

fundamentales, como se hacen en otras entrevistas semiestructuradas y estructuradas (10, 31).

La tercera parte de la entrevista se compone de preguntas dirigidas fundamentalmente al padre, para obtener la descripción de los antecedentes perinatales, de su desarrollo, los patológicos y los familiares.

La cuarta parte de la entrevista, que se realiza a solas con el adolescente, consta de preguntas que exploran su consumo de tabaco, alcohol y drogas; se evalúa el abuso y dependencia, así como los antecedentes de su desarrollo psicosexual; el abuso sexual y físico, además se aplica la escala de funcionamiento psicosocial *Life-Mex*. Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del *Life Base Schedule* para ser aplicada por el entrevistador. Consta de seis rubros: su funcionamiento en obligaciones (escuela, trabajo, casa), sus relaciones interpersonales, su funcionamiento sexual, su satisfacción con la vida, sus actividades recreativas y una valoración global. Las respuestas van del 1 al 5: 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no haber tenido relaciones sexuales o no haber empezado a trabajar no se aplican los reactivos correspondientes.

En conjunto, la ESA consta de 21 apartados distribuidos en cuatro partes; se compone de 243 preguntas. Esta entrevista debe ser aplicada por un clínico que conozca la psicopatología y esté capacitado para realizar la entrevista, ya que su aplicación implica la toma de decisiones clínicas. El clínico debe fomentar que los informantes se pongan de acuerdo; cuando no sea así, él tomará la decisión para codificar el síntoma.

La aplicación toma de 60 a 90 minutos, pero depende de la familiarización del clínico con el instrumento y de la cooperación del adolescente y el padre.

Para registrar la evaluación se cuenta con una hoja de respuestas que consigna el síntoma y su duración durante su evolución en los últimos seis meses como parte de las manifestaciones actuales; evalúa el síntoma a lo largo de la vida, si se ha presentado en diferentes episodios y cuánto duró en cada uno; permite consignarlo como rasgo del paciente o bien si existe duda en torno a la codificación, pese a una exploración completa, además se puede consignar si la exploración del síntoma ha sido incompleta. Esta forma de codificar las respuestas es similar a una de las hojas de respuestas del SCAN (56).

Diseño del estudio

Todos los pacientes eran hombres y mujeres adolescentes de 13 a 19 años, mexicanos y residentes de la ciudad de México y de los municipios conurbados de la zona metropolitana; procedían de la preconsulta del IMP, en donde fueron valorados por un residente de tercer año de la especialidad y enviados a la Clínica de Adolescentes del mismo instituto.

Entre 24 y 72 horas después de la preconsulta fueron recibidos en la Clínica de Adolescentes, en donde se determinó si cumplían con los criterios de inclusión: que hablaran fluidamente el español, supieran leer y escribir, y aceptaran tanto ellos como sus padres, ma-

dres o tutores, ser entrevistados. Eran entrevistados utilizando la ESA por cualquiera de dos clínicos, un especialista o un residente de tercer año de la especialidad, ciegos a los diagnósticos de urgencias. Todos los residentes que participaron en la aplicación de la ESA recibieron un adiestramiento que consistía en por lo menos de tres a cinco aplicaciones del instrumento en pacientes que no fueron incluidos en los resultados.

Durante la entrevista para estudiar la confiabilidad interevaluador, estaban presentes: el adolescente, uno de sus padres, generalmente la madre, el tutor cuando así se requería, el residente y el especialista. El especialista o el residente aplicaba la entrevista de manera alternativa, uno a un paciente y el otro al siguiente, ambos se mantenían sin comunicación entre sí, e integraban independientemente los diagnósticos de cada paciente con los resultados de las hojas de respuesta.

Para el estudio de la confiabilidad temporal se les entrevistaba con la ESA, por segunda vez, 7 días (+/- 3) después de la entrevista anterior. Esta la hacía algún residente de tercer año que hubiera recibido adiestramiento, el cual incluía por lo menos cinco aplicaciones previas del instrumento a pacientes que no fueron incluidos en los resultados. El residente que hizo esta segunda evaluación era ciego a los diagnósticos de urgencias y de la valoración previa con la ESA.

La ESA abarca 17 categorías diagnósticas entre las que se incluyen los principales diagnósticos internalizados y externalizados, además de otros padecimientos como esquizofrenia, trastorno bipolar, tics, etc. Decidimos incluir en este informe solamente las principales categorías encontradas y dejar para futuras investigaciones aquellas que, debido a su baja prevalencia y al tamaño de la muestra, pudieran producir sesgos. Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas convencionales de tendencia central, y el coeficiente de correlación Kappa de Cohen (40) para los diagnósticos y medidas categóricas. De acuerdo con los criterios internacionales (4, 50), los coeficientes de correlación Kappa se interpretan de la siguiente manera: excelente confiabilidad con $K > 0.75$; buena confiabilidad con K de 0.59 a 0.74; moderada confiabilidad con K de 0.40 a 0.58 y poca confiabilidad con $K < 0.39$

Resultados

La muestra de la población para el estudio de confiabilidad interevaluador y temporal se integró con 81 y 30 adolescentes, respectivamente. La mayoría de los pacientes (78%) obtuvieron múltiples diagnósticos (2.7 ± 1.2 , rango = 1 a 5).

De los 81 pacientes de la muestra del estudio de confiabilidad interevaluador, 45 (55.5%) eran mujeres y 36 (44.4%) hombres. La media de edad fue de 16.7 años en las mujeres y de 16.8 años en los hombres. La escolaridad, expresada en años cursados a partir del primero de primaria, fue de 10.13 en las mujeres y de 9.5 en los hombres. De los 30 sujetos del estudio de confiabilidad temporal, 18 (60%) eran mujeres y 12 (40%) eran hombres. La media de edad fue de 15.7 en las mujeres y de 16.4 en los hombres. La escolaridad fue de 8.2 en las mujeres y de 7.5 en los hombres (cuadro 1).

CUADRO 1
Características demográficas de la población

	Confiabilidad interevaluador (N = 81)		Confiabilidad temporal (N = 30)	
	Mujeres (N = 45)	Hombres (N = 36)	Mujeres (N = 18)	Hombres (N = 12)
Edad	16.7	16.8	15.7	16.4
Escolaridad	10.13	9.5	8.2	7.5

En estos resultados se incluyeron sólo aquellos diagnósticos que aparecieron con la suficiente frecuencia como para garantizar el análisis Kappa (por lo menos cinco diagnósticos reportados) (4). Los coeficientes de correlación interevaluador de las principales categorías diagnósticas generales fueron los siguientes: trastorno depresivo mayor (TDM) $K = 0.92$, trastorno distímico (TD) $K = 0.81$, trastorno de ansiedad de separación (TAS) $K = 0.74$, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) $K = 0.75$, trastorno de conducta (TC) $K = 0.97$, trastorno desafiante oposicionista (TDO) $K = 0.92$ y abuso de alcohol o sustancias (AAD) $K = 0.90$. Los coeficientes de correlación temporal de las principales categorías diagnósticas fueron: TDM $K = 0.59$, TD $K = 0.40$, TAS $K = 0.58$, TDAH $K = 0.78$, TC $K = 0.85$, TDO $K = 0.51$ y AAD $K = 0.65$ (cuadro 2).

Al agrupar los padecimientos internalizados y externalizados, los coeficientes de correlación interevaluador reportaron un valor $K = 0.82$ y $K = 0.88$, respectivamente, y al agrupar los padecimientos internalizados y externalizados los coeficientes de correlación temporal reportaron un valor $K = 0.52$ y $K = 0.71$, respectivamente. El global para la correlación interevaluador fue de $K = 0.85$ y para la temporal de $K = 0.62$ (cuadro 3).

Al evaluar los índices de correlación de la escala de funcionamiento psicosocial *Life-Mex*, se encontraron coeficientes interevaluador de $K = 0.81$ y de correlación temporal de $K = 0.72$ en la calificación global.

Discusión

En la aplicación de la ESA decidimos implementar una metodología en la que participaban tanto el padre como el adolescente en gran parte de la entrevista. Esta modalidad resultó ser una ventaja más que una desventaja en la recolección de datos, pues se empleó menos tiempo, se logró evaluar la relación entre el adolescente y los padres, así como la calidad de la comunicación entre los mismos; logramos que las diferencias en la información de los síntomas fueran eliminadas en el momento mismo en que se manifestaban durante la entrevista, dejando a un lado el sesgo que se presenta en otros instrumentos, como el K-SADS, el DISC, el CAPA, etc., que cuentan con dos versiones: una para niños-adolescentes y otra para padres, donde el clínico toma la decisión cuando se presenta información controvertida (47, 48).

No videograbamos las entrevistas por dos motivos fundamentales: el primero tiene que ver con las claves que

CUADRO 2
Coefficientes de correlación interevaluador y temporal

	Confiabilidad interevaluador (N = 81)		Confiabilidad temporal (N = 30)	
	Valor Kappa	Valor Z	Valor Kappa	Valor Z
TDM	0.92	75.02	0.59	17.90
TD	0.81	66.49	0.40	12.23
TAS	0.74	61.24	0.58	17.50
TAHA	0.75	61.05	0.78	23.72
TC	0.97	78.80	0.85	17.32
TDO	0.92	78.80	0.51	16.78
AAD	0.90	73.45	0.65	20.84

Todos los valores Z con $P < 0.01$

CUADRO 3
Coefficientes de correlación Kappa interevaluador y temporal por grupos diagnósticos

Diagnósticos	Valor Kappa interevaluador	Valor Kappa temporal
Padecimientos internalizados	0.82	0.52
Padecimientos externalizados	0.88	0.71
Global	0.85	0.62

muestra el entrevistador en el momento de codificar, o el énfasis que pone al corroborar un síntoma, así como las pausas y las frases, con lo que los demás clínicos pueden llegar a un falso acuerdo (25, 26). El segundo motivo tiene que ver con las limitantes económicas. Para el estudio de confiabilidad del ISC (37) se utilizó un modelo de doble entrevistador similar al nuestro.

Las características demográficas de esta población son muy similares en las variables de edad, y escolaridad a los resultados de otras investigaciones dentro de la misma comunidad clínica (16). Resulta particularmente necesario marcar este punto considerando la escolaridad promedio, superior al primer año de secundaria, por arriba de la media nacional, pues una mayor escolaridad facilita la aplicación de la entrevista y la comprensión de las preguntas del instrumento.

Sin duda, las características demográficas de la población son diferentes de las de otros estudios clínicos donde se incluye a niños además de adolescentes, es decir, a menores de 13 años, como en el caso del K-SADS-III-R, cuya media de edad en el estudio de confiabilidad interevaluador fue de 10.9 años (1, 2), o en el del K-SADS-PL, cuya media de edad en el estudio de confiabilidad temporal fue de 12.4 años (31). El acuerdo interinformante (entre padres e hijos) fue mayor entre los sujetos de 14 a 18 años que entre los menores de 14 años, y el acuerdo temporal siempre es

mayor mientras mayor sea la edad de los niños y de los adolescentes (19, 20, 23). En todos los grupos de edad, los padres tienden a reportar más problemas de conducta que sus hijos, mientras que los niños y los adolescentes reportan más síntomas de ansiedad, depresión y de consumo de alcohol y sustancias (13). Durante el desarrollo de las entrevistas fue evidente que algunos adolescentes evitaron hablar sobre sus problemas de conducta, mientras que sus padres sí los mencionaron.

Los coeficientes de correlación interevaluador de las principales categorías diagnósticas internalizadas y externalizadas resultan muy similares entre nuestro instrumento y el K-SADS. La ESA obtuvo: en el TDM 0.92, en el TAS 0.74, en el TAHA 0.75 y en el TDO 0.92. El K-SADS-III-R (1) obtuvo: en el TDM 0.83, en el TAS 0.85, en el TAHA 0.88 y en el TDO 0.89; probablemente nuestro mayor acuerdo en el TDM esté relacionado con la mayor edad promedio de nuestra población y con los criterios confirmatorios para el TDM en la ESA. Estos elementos confirmatorios fueron generados a partir de los criterios diagnósticos de investigación (RDC) (44). Los trastornos de ansiedad presentan rangos muy amplios, ya que se consignan en las investigaciones como "cualquier trastorno de ansiedad", lo que incluye no sólo el TAS, sino también otras patologías, como fobias, angustia, ansiedad generalizada, etc., lo que dificulta compararlas. Al comparar los rangos diagnósticos interevaluador de la ESA, de 0.74 a 0.97, observamos que fueron muy similares a los rangos de la ISC de 0.64 a 1 (37) y del K-SADS de 0.65 a 0.96 (13).

Los coeficientes de correlación temporal de las principales categorías diagnósticas internalizadas y externalizadas resultan muy similares entre nuestro instrumento y el K-SADS (14, 49). La ESA obtuvo en el TDM 0.59, en el TAS 0.58, en el TAHA 0.78, en el TC 0.85 y en el TDO 0.51; el K-SADS-P (14) obtuvo en el TDM 0.54, el K-SADS-PL (31) en cualquier padecimiento de ansiedad 0.80, y en el TAHA 0.63. Al comparar los resultados de la ESA en el TC y en el TDO, con los resultados del CAPA (4), del TC 0.55 y del TDO 0.50 observamos que fueron similares para el segundo pero no para el primero. Estas diferencias están probablemente relacionadas con los patrones de comorbilidad de estos dos padecimientos (7) y la dificultad para obtener su identificación autónoma. Los rangos diagnósticos de la ESA fueron de 0.40 a 0.85 y del K-SADS-P (14) de 0.41 a 0.81, o sea que fueron prácticamente iguales. El coeficiente obtenido por medio de un instrumento estructurado como el DISC 2.1 (30) en cualquier padecimiento ansioso fue de 0.50, valor muy similar al encontrado con la ESA en el TAS.

Al agrupar los padecimientos en internalizados y externalizados en la correlación temporal, obtuvimos un valor moderado y bueno respectivamente. Sin duda, el reconocimiento y la verbalización de las emociones durante la adolescencia es mayor que durante la infancia pero presenta algunas limitantes en su reconocimiento temporal.

La escala de funcionamiento psicosocial *Life-Mex* obtuvo una correlación interevaluador excelente y temporalmente buena. Cada vez resulta más importante codificar la incapacidad funcional que provoca la psico-

patología tanto en los estudios clínicos como en los epidemiológicos, por lo que contar con un índice en esta área facilita la implementación de medidas terapéuticas específicas en el adolescente y, en ocasiones, en la familia. Esta escala *Life-Mex* requiere de un análisis más exhaustivo, por lo que probablemente en el futuro se le hagan modificaciones, para que se pueda evaluar no sólo el funcionamiento psicosocial, sino los elementos de la calidad de vida.

La ESA permite hacer la codificación diagnóstica a lo largo de la vida, sin embargo, hemos decidido dejar para futuras investigaciones, con nuevas versiones del instrumento, el análisis detallado entre el padecimiento actual y las manifestaciones anteriores de psicopatología. Ya se han difundido algunos resultados preliminares en esta área (45).

Se han desarrollado estudios de poblaciones abiertas con la ESA de manera preliminar (22) y probablemente sea necesaria una adaptación o versión epidemiológica más estructurada.

La ESA es el primer instrumento diagnóstico clínico, elaborado en español, que corresponde mundialmente con la taxonomía del DSM-IV (3). Permite un diagnóstico confiable, tanto interevaluador como temporal, por lo que su uso homogeniza las intervenciones clínicas diagnósticas, permite la codificación diagnóstica comórbida y evalúa el funcionamiento general del adolescente de una manera sencilla.

Sin duda, las futuras versiones de la ESA incluirán categorías diagnósticas no consideradas dentro de esta versión de la entrevista, y tendrán que adecuarse a los cambios taxonómicos a los que las obliguen nuevas investigaciones.

REFERENCIAS

1. AMBROSINI PJ, METZ C, PRABUCKI K, LEE JC: Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28: 723-728, 1989.
2. AMBROSINI PJ: Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:51-57, 1991.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, 1994.
4. ANGOLD A, COSTELLO EJ: A test-retest reliability study of child reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-C). *Psychological Med*, 25 :755-762, 1995.
5. ANGOLD A, PRENDERGAST A, COX A y cols: The child and adolescent psychiatric assessment, (CAPA). *Psychological Medicine*, 25:739-753, 1995.
6. BIEDERMAN J, FARAONE S, MICK E y cols : Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression : fact or artifact ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 :579-590, 1995.
7. BIEDERMAN J, FARAONE S, MILBERGER S y cols : Is child oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder ? findings from a four year follow up study of children with ADHD: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 :1193-1204, 1996
8. BIEDERMAN J, NEWXORN J, SPRICH S : Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry*, 148 :564-577, 1991.
9. CAWTHON P, JAMES A, DELL J, SEAGROATT V: Adolescent onset psychosis. A clinical and outcome study. *J Child Psychol Psychiatry*, 35:1321-1332, 1994
10. COSTELLO A, EDELBROCK CS, COSTELLO AJ: Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC): a comparison between psychiatric and pediatric referrals. *J Abnorm Child Psychology*, 13:579-595, 1985.
11. COSTELLO AJ : Structured Interviewing. En: *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Segunda edición, edit. Lewis M., Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.
12. COSTELLO AJ : Use of rating scales and questionnaires. En: *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Wiener JM (ed.), American Psychiatric Press, 1991.
13. COSTELLO EJ, ANGOLD A, BURNS BJ y cols : The great smoky mountains study of youth goals, design, methods and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53 :1129-1136, 1996.
14. CHAMBERS W, PUIG-ANTICH J, HIRSCH M y cols: The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview: test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry*, 42:696-702, 1985.
15. DE LA FUENTE R: Importancia del diagnóstico y de la clasificación en psiquiatría. *Salud Mental* (suplemento 2), 19:1-3, 1996.
16. DE LA PEÑA FR, LARA MC, CORTES J y cols: Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* (supl. 3) 19: 17-23, 1996.
17. DE LA PEÑA F, CRUZ-ELIZONDO E, ULLOA RE y cols : Estudio de confiabilidad interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, 39 (suplemento) (10):16, 1996.
18. DE LA PEÑA F, CRUZ-ELIZONDO E, ULLOA RE y cols: Adolescents semistructured interview : interrater and test-retest reliability. NR40, Annual Meeting, American Psychiatric Association, San Diego, 17 al 22 de mayo de 1997.
19. EDELBROCK C, COSTELLO AJ, DULCAN MK y cols: Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Dev*, 56:265-275, 1985.
20. EDELBROCK C, COSTELLO AJ, DULCAN MK y cols: Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *J Child Psychol and Psychiatry*, 27:181-190, 1986.
21. ENDICOTT J, SPITZER RL: A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35:837-844, 1978.
22. ESTRADA-AVILES A: Estudio de prevalencia de psicopatología en adolescentes escolares y su relación con bajo aprovechamiento académico, utilizando la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Tesis de Especialidad en Psiquiatría, UNAM, 1998.
23. FALLON T JR, SCHWAB SM : Determinants of reliability in psychiatric surveys of children aged 6-12. *J Child Psychol Psychiatry*, 35:1391-1408, 1994
24. GAMMON GD, JOHN K, ROTHBLUM ED; MULLEN K; TISCHLER GL; WEISSMAN M: Use of a structured diagnostic interview to identify bipolar disorder in adolescent inpatients: frequency and manifestations of the disorder. *Am J Psychiatry*, 140:543-547, 1983.
25. GROVE WM, ANDREASEN NC, MCDONALD-SCOTT P y cols: Reliability studies of psychiatric diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, 38:408-413, 1981.
26. GROVE WM: When is a diagnosis worth making? A sta-

- tistical comparison of two prediction strategies. *Psychol Rep*, 69: 3-17, 1991.
27. HERJANIC B, REICH W: Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnormal Child Psychology*, 10:307-324, 1982.
 28. HERJANIC B, HERJANIC M, BROWN F y cols: Are children reliable reporters? *J Abnormal Child Psychology*, 3:41-48, 1975.
 29. HODAGES K, MCKNEW D, CYTRYN L y cols: The child assessment schedule (CAS) diagnostic interview: a report on reliability and validity. *J Am Acad Child Psychiatry*, 21:468-473, 1982.
 30. JENSEN P, ROPER M, FISHER P, PIACENTINI J y cols: Test-retest reliability of the diagnostic interview schedule for children (DISC-2.1). *Arch Gen Psychiatry*, 52:61-71, 1995.
 31. KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D, RAO U y cols: Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:980-988, 1997.
 32. KOVACS M, GATSONIS C, PAULAUSKAS S y cols: Depressive disorder in childhood. IV longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989.
 33. KOVACS M, AKISKAL HS, GATSONIS C y cols: Childhood-onset dysthymic disorder clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 51:365-374, 1994.
 34. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAC MA y cols: Depressive disorder in childhood. I a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41:229-237, 1984.
 35. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAC MA y cols: Depressive disorder in childhood. II a longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649, 1984.
 36. KOVACS M, OBROSKY S, GATSONIS C y cols: First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: clinical and sociodemographic factors in recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:777-784, 1997.
 37. KOVACS M: The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacology Bull*, 21:991-994, 1985.
 38. KUHNE M, SHACHAR R, TANNOCK R: Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 :1715-1725, 1997.
 39. KYE CH, WATERMAN GS, RYAN ND, BIRMAHER B, WILLIAMSON DE, IYENGAR S, DACHILLE S: A randomized, controlled trial of amitriptyline in the acute treatment of adolescent major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1139-1144, 1996.
 40. LANDIS JR, KOCH G: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33 :159-174, 1977.
 41. LARA MC, ORTEGA-SOTO H: ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica. *Salud Mental*, 18 :33-40, 1995.
 42. LARA MC: Evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría. *Salud Mental* (suplemento 2)19:7-10, 1996.
 43. LEWINSOHN PM, ROHDE JR, SEELEY R y cols: Comorbidity of unipolar depression : I mayor depression with dysthymia. *J Abnormal Psychology*, 100:205-213, 1991.
 44. MEIER A: The research diagnostic criteria: historical background, development, validity and reliability. *Can J Psychiatry*, 24:167-178, 1979.
 45. MÉNDIZABAL RA: Estudio de confiabilidad temporal de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1997.
 46. MILBERGER S, BIEDERMAN J, FARAONE S y cols: Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry*, 152:1793-1799, 1995.
 47. NGUYEN N, WHITTLESEY S, SCIMECA K y cols: Parent-child agreement in prepubertal depression: findings with a modified assessment method. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:1275-1283, 1994.
 48. NGUYEN N, DAHL RE y cols: 24-hour cortisol measures in adolescents with major depression: controlled study. *Biol Psychiatry*, 30(1):25-36, 1991.
 49. ORVASCHEL H, PUIG-ANTICH J, CHAMBERS W y cols: Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *J Am Acad Child Psychiatry*, 21:695-707, 1982.
 50. PAEZ AF, NICOLINI SH: Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría. *Salud Mental* (suplemento 2), 19:19-25, 1996.
 51. PATIÑO PM: Estudio de confiabilidad interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1997.
 52. RAO U, RYAN N, BIRMAHER B y cols: Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:566-578, 1995.
 53. ROBERTS N, VARGO B, FERGUSON HB: Measurement of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 12:837-60, 1989.
 54. ROBINS L, HELZER JE, CROUGHAN J y cols: National Institute of Health Diagnostic Interview Schedule; its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
 55. SCHOWALTER JE, KING RA: The clinical interview of the adolescent. En: *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Wiener JM (ed.), American Psychiatric Press, 1991.
 56. VASQUEZ-BARQUERO JL, HERRERRA S, GAITE L: La entrevista estructurada en psiquiatría, SCAN. *Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 13:19-28, 1993.
 57. YOUNG JG, KAPLAN D, PASCUALVACA D: Psychiatric examination of the infant, child and adolescent. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ (eds.), Williams and Wilkins, Baltimore, 1995.