

11241 23  
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.  
CLINICA DEL ADOLESCENTE.

PROTOCOLO DE TESIS PARA OBTENER LA  
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ADOLESCENTES (ESA).  
SEGUN CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM - IV.  
CONFIABILIDAD INTEREVALUADOR.

DRA MARGARITA PATIÑO POZAS.



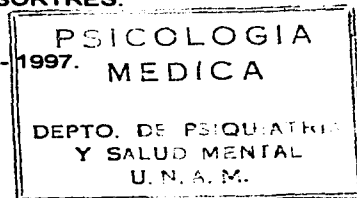
ASESOR TEORICO:

DR. FRANCISCO R. DE LA PEÑA OLVERA.

ASESOR METODOLOGICO:

ING. JOSE F. CORTES SORTRES.

Marzo - 1996; Febrero - 1997.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **INDICE**

- 1. Introducción.**
- 2. Antecedentes.**
- 3. Planteamiento del Problema.**
- 4. Objetivos.**
- 5. Criterios:**
  - A) Inclusión.**
  - B) Exclusión.**
- 6. Metodología.**
- 7. Tipo de Estudio.**
- 8. Análisis Estadístico.**
- 9. Resultados.**
  - Características Generales.**
  - Confiabilidad Interevaluador:**
    - Kappas Generales.**
    - Kappas a Primer Diagnóstico.**
- 10. Discusión.**
- 11. Conclusiones.**
- 12. Bibliografía.**

## **INTRODUCCION.**

El determinar diagnósticos clínicos donde los criterios sean uniformes y ayuden, tanto al área clínica como a la investigación es un trabajo nada fácil de llevar a cabo, más difícil aún si nos enfocamos a una población "sui géneris" como los niños y adolescentes. Es por ello que durante varias décadas se ha llevado la tarea de buscar herramientas diagnósticas que puedan servir a estos objetivos.

Existen para ello varios tipos de entrevistas: *Entrevistas no estructurada*, en donde el clínico adopta el método y técnica que a su juicio clínico considera la más apta, no hay guía ni índice para la realización de la misma, utilizada en ámbito clínico convencional y sus diagnósticos son poco confiables, sin embargo logra captar toda la riqueza psicopatológica del paciente y establecer de forma óptima la relación médico paciente que es indispensable para manejar pacientes mentales.

*Entrevistas semiestructuradas*: diseñadas para aplicarse por clínicos experimentados en donde hay un marco claro de lineamientos generales que permiten cubrir todos los apartados de las diferentes categorías diagnósticas conservando la libertad de emplear el estilo propio del entrevistador así como su juicio clínico para calificar los síntomas y su severidad.

*Entrevistas estructuradas*: el interrogatorio esta totalmente dirigido y la entrevista esta diseñada para uso de personas sin entrenamiento clínico especializado, utilizadas en investigaciones epidemiológicas; sus preguntas son cerradas y el entrevistador se ciñe exclusivamente al formato establecido, el paciente es quien decide si tiene o no el síntoma , no el evaluador (1).

La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) es un instrumento diagnóstico desarrollado dentro de la Clínica del adolescente del Instituto Mexicano de Psiquiatría; diseñado para corresponder con los criterios

**diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico en su Cuarta Edición ( DSM - IV )**

### **ANTECEDENTES.**

El desarrollo de entrevistas estructuradas para niños fue iniciada por Lapouse y Monk en 1958, posteriormente en 1968 se continuo con esta tarea siendo los autores de la misma Rutter y Graham; la mayoría de los trabajos han sido desarrollados en esta década. (2). Ante este hecho podríamos preguntarnos porque el retraso en la investigación dentro de la paidopsiquiatria y encontraríamos innumerables respuestas a nuestras interrogantes, observaríamos que las dificultades dentro de este campo radicarán no sólo en un punto, sino en varios (2): A) No es sino hasta la tercera edición del DSM que se inician con criterios claros y específicos de trastornos de inicio en la infancia y la adolescentes (11,12, 17). B) La edad de los niños tiene mucho peso, ya que dependerá de su desarrollo cognitivo, afectivo y social, entre los más importantes, que puedan entender las preguntas que se realizan y de ello a su vez dependerá el tipo de entrevista que se utilice (17,18). C) Los niños menores de 11 años aún no han adquirido el pensamiento abstracto (18) por lo cual les resulta con dificultad considerable entender el concepto de tiempo en relación al inicio de su patología por lo cual se debe de tomar en cuenta otros parámetros como por ejemplo los años escolares o eventos importantes en la vida del niño o adolescente. (18). D) Por lo anterior, no se ha logrado realizar un instrumento "ideal" que abarque a toda la población infantil y de adolescentes (2).

Las entrevistas diagnósticas proveen un listado de conductas , síntomas y signos, así como las guías para dirigir y registrar las respuestas. (1,2) La comparación entre las entrevistas es difícil debido a: A.) Naturaleza del fenómeno valorado y su estructuración. Las entrevistas semiestructuradas brindan guías generales y flexibles para conducir la entrevista y registrar la información, usualmente son utilizadas en entrevistas clínicas sofisticadas y realizadas por personal especializado y capacitado en el instrumento. (2). B) Las entrevistas estructuradas son poco o con nula flexibilidad proporcionando un orden específico

y rígido en la conducción de la misma y registro de las respuestas, así como la forma exacta en que deben preguntarse, minimizando al máximo el grado de inferencia del evaluador, lo que facilita su aplicación por personal no especializado pero sí capacitado en el manejo del instrumento por lo cual pueden utilizarse en estudios a poblaciones abiertas e investigaciones epidemiológicas. (1,2) C) Propiedades psicométricas. Aún, cuando dos expertos llegan a un mismo diagnóstico a través de cualquier tipo de entrevista, con frecuencia existen diferencias enormes en el procedimiento y la estadística lo que obstaculiza un análisis comparativo, por lo que debe realizarse la confiabilidad del instrumento, esto es, repetir la medición y valorar el grado de concordancia (2,4). El parámetro estadístico que con mayor frecuencia se emplea para medir la correspondencia entre dos observadores ante una variable dicotómica es kappa ( $k$ ), definida como la concordancia más allá de la probabilidad dividida entre la cantidad de concordancia posible más allá de la probabilidad.(28). Cuando un experto mide la misma característica (en este caso diagnósticos) dos veces y la compara, se obtiene un índice de variabilidad intraobservador llamado confiabilidad interevaluador (28), La confiabilidad temporal, basada en la prueba reprueba, es la concordancia diagnóstica a través del tiempo, la cual variará según el intervalo en que se realiza la reprueba (días, semanas, meses). (28, 4). El tercer tipo de confiabilidad es la concordancia de la medida según el informante, llamándose entonces confiabilidad interinformante variando el valor de kappa según sea el informante o el padre o el adolescente o el profesor, teniendo ésta importancia para determinados síntomas y padecimientos (6) según edad de los pacientes. (2,3,4,5,6,7).

Uno de los problema en la investigación dentro de este grupo específico de la población, es la elección de la entrevista, ya que dependerá del énfasis que se dé a la sensibilidad vs especificidad de la misma. La sensibilidad de un estudio es la potencia de una prueba estadística, capacidad para detectar significancia

cuando la hay en estudios epidemiológicos, análoga a la especificidad de una prueba diagnóstica, utilizada en estudios clínicos (28). Es muy obvio que se desee ambas en su máximo para un mismo diagnóstico, pero en la práctica siempre hay que realizar alguna " negociación " entre una u otra. (2). Al realizar énfasis en la especificidad, el entrevistador desarrolla un alto grado de inferencia clínica en sus diagnósticos, lo que hace a su vez, que ponga mayor interés en los ítemes y los procedimientos de la entrevista que sean más rigurosos y que requieran un considerable juicio clínico de su parte (2,3); así, este punto sería uno de los principales en la realización de cualquier entrevista diseñada especialmente para niños y adolescentes ya que el foco de atención sería realizar diagnósticos diferenciales identificando a su vez " casos " . Un ejemplo de entrevista con este enfoque sería la *Interview Schedule for Children (ISC)* (2,22,24) y la *Kiddie-SADS (K-SADS)*. (2,19,20,21,26 27).

En contraste, la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)* y la *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)* son entrevista altamente enfocadas a la sensibilidad de los diagnósticos, dependiendo importantemente de la simplicidad de los términos (palabras, frases, etc.) utilizados en las entrevistas para que sean de mayor comprensión a los niños más pequeños, involucrando de esta forma menor grado de inferencia de los pacientes lo que hace relativamente fácil que los niños y adolescentes cumplan con criterios diagnósticos para determinado trastorno psiquiátricos. (2, 8, 9, 11,14,15). Sin embargo, los diagnósticos productos de estas entrevistas pueden ser solamente provisionales o estar sobrestimados y pueden o no corresponder a un diagnóstico clínico final. Enfatizando este punto entonces podría determinarse que este tipo de entrevistas serían de mayor utilidad en grupos grandes de población para lograr un grupo homogéneo en la identificación de un trastorno infantil (2).

Considerando estos aspectos de sensibilidad y especificidad como parte de los criterios formativos de la ESA decidimos tomar como antecedentes la utilidad de otros instrumentos ya validados.



### **\* Instrumentos Estructurados \***

En lo concerniente a estos instrumentos, se ha visto que la DICA es la que mayor utilidad ha tenido, abarcando al grupo de 6 a 18 años de edad ( 2 ), sin embargo realiza una subdivisión al valorar en dos grandes grupos a esta población creándose así otra versión de la misma conocida como DICA-R en donde los grupos etarios son niños de 6 a 12 años de edad y adolescentes de 13 a 18 años. (14). A su vez, ésta evolucionó para elaborar una tercera versión en donde se realiza la entrevista dirigida a padres e hijos de ambos grupos ya basados en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y más recientemente, en 1995 en la Universidad de Washington, se ha empezado a utilizar en grupos muy pequeños la versión computarizada de la misma (14).

Esta entrevista se basó inicialmente en los criterios diagnósticos del DSM-III y de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su novena edición (CIE- 9) con los subsecuentes cambios mencionados. Consta de 200 reactivos, codificándose los síntomas como "sí" ó "no" y "a veces ", interrogándose paralelamente al padre y al paciente; el tiempo de aplicación varía entre 30 a 40 minutos. La mayor parte de la entrevista está organizada en forma temática como por ejemplo relaciones con sus compañeros y su conducta escolar, incluyen también áreas específicas (abuso de alcohol y drogas entre otras) y secciones en función de síndromes (afectivos, manías, ansiedad, psicóticos). existen además puntos de corte para realizar saltos en la entrevista y facilitar su aplicación.(14, 2). Las propiedades psicométricas que posee este instrumento son: a) confiabilidad interevaluador, la concordancia para los ítemes de síntomas fue de 85% y para la presencia de un solo síntoma llegó a 89% (rango=80-95%) (2); b) confiabilidad inter-informante para ítemes en general fue de 80% con una kappa de .22 tomando solamente la información por parte de los niños., bajando más el valor de K mientras más joven era el paciente (2); c) confiabilidad temporal (prueba - reprueba) no se ha reportado (2) aunque ya se están realizando estudios para ello. (14).; d) Validez : discrimina significativamente en

**muestras pareadas referidas por pediatras y psiquiatras, con una sensibilidad del 72% y una especificidad de 76% (2, 10).**

**Esta entrevista ha sido muy utilizada en los últimos estudios para determinar trastornos de conducta (TC) y trastornos de personalidad en adolescentes hospitalizados (22) como fue el estudio realizado por Wade y cols en 1993 en adolescentes de 13 a 18 años en Florida, USA, utilizándose la DICA-R-A solamente en su apartado para el adolescente, encontrándose un 52% de pacientes con criterios para TC de un total de 25 adolescentes estudiados. En otro estudio publicado en 1991, (25) con adolescentes con patologías menores sistémicas que requerían cuidados en medicina general (por ejemplo, infecciones de vías respiratorias), se utilizó la DICA para detectar psicopatología revelando que un 13% de 70 adolescentes entrevistados cumplían con criterios para depresión mayor y que el diagnóstico a lo largo de la vida para esta entidad fue del 30% describiendo episodios recurrentes o síntomas residuales crónicos. (25).**

**Dentro de este mismo rubro de entrevistas altamente estructuradas esta la ya mencionada DISC, la cual también ha sido modificada ya en varias ocasiones y ha sido validada en población de habla hispana, ( Puerto Rico y Chile ) , aunque las muestras han sido pequeñas y requieren de nuevos estudios para tener resultados de mayor confiabilidad. (15) . Al igual que la DICA, el DISC puede ser aplicada por algún clínico no especialista o un especialista, ambos capacitados en el uso de la misma. Es altamente estructurada, sus respuestas también involucran el "sí, no, a veces ", su tiempo de duración aproximada es de 40-60 minutos en los niños y en los padres entre 60-80 minutos, el rango de edad para utilizar esta entrevista va desde los 6 a los 18 años, y la aplicación puede ser paralela o separada de los padres; Consta de 264 ítems para los niños y de 302 para los padres. Inicialmente estaba basada en los criterios diagnósticos del DSM-III pero**

ha ido evolucionando según han cambiado las clasificaciones. (8,2,). Al ser una entrevista altamente estructurada se realiza el diagnóstico utilizando algoritmos computarizados sobre una base de datos exclusiva para DISC (2), cuantificando la escala de severidad en 27 síntomas correspondientes a categorías diagnósticas principales (ejemplo: sobreansiedad, trastorno de conducta, obsesiones-compulsiones), así que no requiere el juicio clínico para la realización de los diagnósticos (2). Sus propiedades psicométricas son a) Confiabilidad interevaluador, ésta fue examinada al comparar escalas de síntomas en las entrevistas a los niños, así como las codificaciones diagnósticas de tres entrevistadores, llegando a un valor de  $r=.98$  para presencia de síntomas en general (2). b) Confiabilidad temporal (prueba-reprueba) con intervalo de una semana tiene un valor de  $r = 0.76$  y  $0.43$  para presencia de síntomas, según el informante ya sea el padre o el niño respectivamente; su valor de  $K= 0.55$  y  $.37$  para entidades diagnósticas según el DSM, según informante, padre e hijo respectivamente; c) Confiabilidad interinformante teniendo acuerdo entre padre-hijo de  $r=.27$  (rango =  $-.03$  -  $-.68$ ) para síntomas en general (2, 8,15), reportándose que los padecimientos externalizados (trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno desafiante oposicionista) eran más reportados por los padres (2,8) y los internalizados (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad de separación) por los niños incluyendo los trastornos de abuso de alcohol y drogas (2,8). d) La sensibilidad del instrumento fue de 95% y su especificidad del 98%. (2)

El DISC ha sido utilizado en múltiples estudios clínicos y epidemiológicos. (13, 3, 12,11). En relación a este segundo uso del DISC, en 1994, Rubio y cols realizaron un estudio de esta naturaleza en San Juan de Puerto Rico para detectar la psicopatología infantil en esta ciudad (9) con una muestra total de población abierta de 248 niños de edades entre 9 y 17 años, encontrándose los siguientes hallazgos: por la información obtenida de los niños, el diagnóstico de

depresión fue el más frecuente y en relación a la información por parte de los padres, los trastornos de conducta fueron los más registrados; concluyéndose una concordancia baja, sin reportar el valor de kappa, en la confiabilidad interinformante, influenciada por la edad de los niños al igual que se reporta con la DICA (9). En cuestión de estudios clínicos encontramos que desde 1986 se ha empezado a utilizar con mayor frecuencia esta entrevista (23) para detectar la psicopatología de los adolescentes en relación a ideas o conductas suicidas. En 1992, Aroen y cols, compararon presencia de diagnósticos psiquiátricos en población pediátrica de un hospital general en su servicio de admisión, comparando la DISC contra la entrevista clínica convencional (no estructurada). Dentro de sus resultados encontraron que el instrumento no estructurado detectó múltiples diagnósticos comórbidos pediátricos/psiquiátricos no específicos, así como TC, abuso de sustancias, distimia; en comparación el DISC encontró comorbilidades específicas como depresión mayor, trastornos de ansiedad, y detectaron casos de psicosis que los clínicos en las entrevistas no estructuradas no lo habían captado, concluyendo entonces que el DISC es altamente sensible (7).

#### *\* Instrumentos Semiestructurados \**

Dentro de las entrevistas semiestructuradas, tenemos entre las más importantes, la K-SADS, la cual ha sido diseñada a partir de la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) con base en los criterios diagnósticos del DSM-III y del Research Diagnostic Criteria (RDC) (2). Consta de más de 100 reactivos, se entrevista tanto al padre como a los niños o adolescentes, los cuales tienen un rango de edad entre 6 a 16 años. Los primeros 15 a 20 minutos son para establecer " rapport " al determinar el padecimiento actual, y el curso clínico de los principales síntomas así como tratamientos previos; Posteriormente continúan la parte estructurada con duración de 30 a 40 minutos focalizándose en síntomas específicos. Existen 12 escalas sumarias estipulándose la severidad de la sintomatología en donde 1 es equivalente a no y

6 es presencia extrema; Existen puntos de corte para agilizar la entrevista. El diagnóstico se basa en la visión global del clínico por lo cual forzosamente debe ser un especialista quién se encargue de la aplicación de la misma (2,20). La confiabilidad temporal en lapso corto (2 a 3 días) en promedio es de .55 y la confiabilidad diagnóstica a través del tiempo tiene un rango de  $k = .24$  a  $.70$ . No ha sido estudiada la confiabilidad interevaluador. Existe una versión epidemiológica que difiere sólo en los diagnósticos a lo largo de la vida (2).

Esta entrevista ha sido la más utilizada en población de adolescentes ya que por su flexibilidad permite una relación médico paciente más adecuada. Apter en 1986, realizó un estudio en 100 pacientes adolescentes de edades entre 12 y 17 años admitidos en un hospital psiquiátrico de Israel, a los cuales se les realizó el K-SADS al momento de la admisión y posteriormente a las 10 -12 semanas , encontrándose trastornos afectivos y psicóticos en la mayor parte de los pacientes; llegando a la conclusión que con este instrumento se haría posible un delineamiento cuantitativo y cualitativo de las diferentes patologías empleando los criterios del DSM-III (24). Para 1988, este mismo autor repitió su experiencia, encontrando datos más concretos al detectar una alta incidencia de TC y depresión mayor, sin embargo determinó mediante la sumaria de la entrevista que la depresión era primaria y el TC era secundario; la agresividad e impulsividad eran los factores más importantes para diagnosticar depresión, síntomas que comparte con el TC, pero en estos adolescentes las ideas suicidas estaban frecuentemente presentes, por lo cual realizó hipótesis que correlacionaban ambas entidades (19). Esta entrevista ha estado evolucionando, cambiando según los criterios diagnósticos imperantes del momento ayudando entre otras cosas a realizar diagnósticos diferenciales psiquiátricos (26,21) o auxiliando en entidades médicas pediátricas para realizar diferencias entre estas enfermedades y las psiquiátricas, como ejemplo la fatiga crónica vs depresión mayor (27) , o síndromes de bajo peso vs depresiones o trastornos ansiosos (20).

La otra entrevista semiestructurada muy utilizada en los niños y adolescentes es la Interview Schedule for Children (ISC) (Kovack, 1992). Su contenido está centrado en 43 ítems de áreas principales (ejemplos: ánimo deprimido, irritabilidad, ideación suicida) con escala de severidad del 0 al 8 (ninguno a severo respectivamente) y la segunda sección de la entrevista encuadra 12 ítems observacionales del estado mental (deterioro de concentración, agitación psicomotriz). Los informantes son padres e hijos, los últimos con edades entre 9 y 17 años; las entrevistas para los diferentes informantes pueden hacerse independientes, en cualquier momento de la evaluación. Es parecido al K-SADS en que ambos se enfocan más detalladamente en síntomas depresivos. La confiabilidad temporal no se ha reportado, la interevaluador es de .89 y la interinformante de .61 con información aportada exclusivamente por los niños.(2, 17).

La sensibilidad fue baja pero los resultados de un estudio realizado en 1985 por Helzer y cols, muestran dos caminos diagnósticos importantes: la depresión fue subdiagnosticada altamente así como sobre diagnosticadas las enfermedades obsesivas (17).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

**El desarrollar una escala que facilite la aproximación diagnóstica y que al mismo tiempo permita establecer elementos para realizar investigación dentro de un grupo como los adolescentes, constituye una tarea que exige incorporar en la misma las más recientes modificaciones a la taxonomía internacional; es por ello que se decide relacionar esta Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) con los criterios diagnósticos del DSM - IV (1") seleccionando las principales entidades nosológicas para ser investigadas, mismas que estamos seguros se manifiestan en la población psiquiátrica adolescente de este Instituto.**

**La pregunta para muchos sería. "¿ porqué desarrollar una entrevista propia semiestructurada, cuando en la literatura internacional se han reportado varias ? " Incógnita que para algunos sería una necesidad, pero para nosotros es indispensable en nuestra labor diaria tanto en clínica como en investigación. Pongamos pues las razones para la elaboración de esta entrevista.**

**1. Las entrevistas estructuradas, diseñadas para ser aplicadas por lejos, expresan una confiabilidad baja, amen de requerir costos altos y un número alto de entrevistadores, son poco flexibles y no permiten expresar el juicio clínico del entrevistador, además de no propiciar adecuadamente la relación médico paciente (1,2, 4").**

**2. las entrevistas estructuradas para niños y adolescentes más utilizadas son la " Diagnostic Interview for Children and Adolescents " (DICA) (2,5ó) y la "Diagnostic interview Schedule for Children " (DISC) (2,6"). La DICA ha sido**

**estudiada en español. La DICS sólo en Puerto Rico y Chile en una poblaciones pequeñas por lo cual no pueden tomarse para su uso extensivo.**

**3. Las entrevistas semiestructuradas son mejores opciones cuando se aplican por clínicos especialistas en el ramo, conocedores de la psicopatología de la población a estudiar y reportan índices más altos de confiabilidad en comparación a las de tipo estructurado, además de ser menos costosas y requieren menor personal, su costo es más bajo, permite juicio clínico y buena relación con los pacientes. (1,2)**

**4. Las entrevistas semiestructuradas más utilizadas en el mundo son la "Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" (K-SADS) (7", 2) y el "Interview Schedule for Children" (ISC) (2,8ö) no han sido traducidas al español y consecuentemente no han sido validadas en poblaciones hispanas.**

**5. El entrenamiento para realizar el ISC es prolongado, mayor a seis meses (2,9") y la versión actualizada al DSM - IV del K-SADS aún se encuentra en proceso (10").**

**Por lo consiguiente la ESA busca responder a las nuevas necesidades de investigación dentro de los avances más importantes generados de la psiquiatría recientemente en los adolescentes (19") . Busca establecer de manera prioritaria un reporte clínico basal válido para la generación de estudios longitudinales (20"), pretendiendo determinar presencia o ausencia de sintomatología en el momento actual, a lo largo de la vida o bien, como elemento caracteriológico y codificar la intensidad de una manera cuantitativa. Busca también establecer las comorbilidades presentes en padecimientos externalizados e internalizados que puedan orientar a mejores opciones terapéuticas (21") incluyendo las farmacoterapias combinadas (22") .**



**La ESA está orientada a familiarizar al adolescente mexicano con este tipo de entrevista para la investigación involucrandolo de forma activa en la búsqueda de mejores tratamientos (23"), sensibilizando además, a la familia a la participación.**

**OBJETIVOS:**

- 1) **Desarrollar un instrumento de entrevista semiestructurada para adolescentes.**
- 2) **Desarrollar la confiabilidad interevaluador del instrumento.**

**CRITERIOS.**

**INCLUSION:**

- A) Adolescentes de edad entre los 13 y los 19 años.
- B) Que sepan leer y escribir.
- C) Que hablen español fluidamente.
- D) Que sean captados por primera vez en el servicio de urgencias/filtro (preconsulta) del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).
- E) Que acepten, tras consentimiento informado a participar en la entrevista.

**EXCLUSION:**

- A) Fuera del rango de edad establecido para inclusión.
- B) Que se nieguen a participar, ellos o los padres, en la entrevista.
- C) Que la captura de primer contacto se haga fuera del servicio de urgencias/filtro del IMP.

## **METODOLOGIA.**

**1) Los pacientes fueron capturados mediante la asistencia voluntaria al servicio de urgencias/filtro del IMP, en donde se les otorgó preconsulta y se les canalizó a cita de primera vez, a la clínica de Adolescentes. Durante esta preconsulta se daba un diagnóstico presuncional mediante entrevista no estructurada, al cual estaban ciegos los clínicos encargados de la entrevista.**

**Se le solicitaba al adolescente que a la cita de primera vez acudiera acompañado por alguno de los padres o tutores.**

**2. Una vez en la cita de primera vez se le solicitaba el consentimiento informado, tanto al adolescente como al padre o tutor para la realización de la entrevista, explicándole con antelación en que consistía el instrumento y notificándoles su utilidad clínica e investigadora así como la confidencialidad de los datos obtenidos; se les hacía notar que ciertos apartados (consumo de sustancias psicoactivas, desarrollo psicosexual) se interrogarían solo con el adolescente, tras lo cual se daba inicio la misma.**

**3. Las preguntas estuvieron orientadas al adolescente, solicitando al padre que participara cuando se percatara de imperfecciones u omisiones en las respuestas de su hijo; en caso de diferencias se buscó un acuerdo entre ambos informantes y si después de esto persistía, quedaba a criterio del entrevistador consignar la respuesta.**

**4. En la realización de la misma, se encontraron dos clínicos, uno que entrevistaba y calificaba y el otro que observaba y calificaba, y no podía opinar durante la realización de la misma. Estos se alternaban con cada paciente captado para realización de la entrevista. Ambos fueron ciegos entre sí para codificar sus impresiones diagnósticas. Las categorías diagnósticas se**

establecían por la importancia en relación al motivo de consulta así como presencia de algún diagnóstico a lo largo de la vida.

##### **5. Instrumentación de la entrevista..**

**La Entrevista Semiestructurada para Adolescente (ESA), está dividida en tres áreas principales: a) Datos generales y motivo de consulta con padecimiento actual: en esta área se abarcaba la ficha de identificación, tras lo cual se otorgaba tribuna libre al adolescente para expresar los motivos por los cuales acudía al IMP y la semiología de su padecimiento actual, posteriormente se otorgaba tribuna libre al padre para complementar la información, abarcando aproximadamente 15 a 20 minutos. b) La segunda área abarca las principales categorías diagnósticas presentes con mayor frecuencia en los adolescentes: trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno desafiante oposicionista, trastornos por tics (transitorios, crónico motor o vocal, G. Tourette), trastorno de ansiedad de separación, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de crisis de angustia (agorafobia), trastorno por fobia específica, abuso de sustancias, dependencia de sustancias, esquizofrenia, trastorno de la eliminación (enuresis, encopresis). además de interrogar sobre abuso físico y sexual, Esta área es la principal de la ESA, abarcando entre 30 a 50 minutos en su realización. c) Historia del desarrollo, antecedentes personales y heredofamiliares y evaluación del funcionamiento psicosocial: se determina problemas durante el embarazo y parto, desarrollo motriz, del lenguaje, social-adaptativo, académico, de los hábitos y sexual , aportados en su mayoría por el padre o la madre; posteriormente se consignan los antecedentes no patológicos con tipo de familia e integración, tipo de vivienda y situación económica, en lo referente a patológicos se refiere a enfermedades generales importantes incluyendo el tabaquismo, número y circunstancias de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas así como intervenciones psiquiátricas previas, número, motivo, circunstancias de cambio o abandono, heredofamiliares de enfermedades**

sistémicas y psiquiátricas en familiares de primer grado. Por último se valoraba el funcionamiento psicosocial mediante una versión adaptada del "LIFE Base Schedule" la cual consta de seis rubros del aspecto social (Trabajo, relaciones interpersonales, funcionamiento sexual, satisfacción con la vida, actividades recreacionales ) y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 a un grave deterioro, en caso de no aplicación (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.), se consignaba NA. La duración aproximada de esta área entre 10-15 minutos. El índice LIFE se obtuvo sumando cada una de los puntajes obtenidos dividiéndolas entre el total de las categorías presentes omitiéndose entonces, los rubros codificados con NA.

6. Posteriormente se pasó al vaciamiento de datos en donde se codificaron los diagnósticos primeramente por número de importancia según síntomas del padecimiento actual o quejas del motivo de consulta poniéndose diagnósticos jerárquicos del 1 al 5; Posteriormente se realizó la integración diagnóstica por la presencia a lo largo de la vida de las enfermedades.

7. Se procedió al análisis estadístico y se realizaron cuadros y tablas referentes a los resultados para llegar a las conclusiones y discusión de la investigación.

***TIPO DE ESTUDIO.***

**Prospectivo, transversal.**

***ANALISIS ESTADISTICO.***

**Medidas de tendencia central (media, mediana, promedio), índice de confiabilidad kappa.**



## **RESULTADOS.**

### ***CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION.***

Se contó con un total de 81 pacientes al momento de realizar el corte para este reporte, de los cuales el 55.55% (45 pts) fueron mujeres, y el 44.44% (36 pts), varones. La media de edad fue de 16.7 años, con media de 16.8 para los varones y de 16.7 para las mujeres. En cuanto a la escolaridad de los adolescentes, esta se midió en los años de estudio, resultando una media de 9.85 años, lo que correspondería a educación secundaria terminada más inicio del ciclo bachillerato. En las mujeres este valor fue de 10.13 años y en los hombres de 9.50 años.

En cuanto a la escala de evaluación del funcionamiento psicosocial, la media de la muestra en general fue de  $R = 0.8128$ .

A continuación se presentaran los acuerdos globales en relación a la presencia de acuerdo o desacuerdo entre los entrevistadores para la presencia de primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto diagnóstico, apreciándose que el acuerdo de presencia disminuye según el número de diagnóstico, aumentando a su vez el acuerdo de ausencia de los diagnósticos en ambos evaluadores. Tenemos que para la presencia de acuerdo de primer diagnóstico en el 85.18% (N=69) ambos evaluadores estuvieron de acuerdo, con tan sólo 12 desacuerdos (14.81%). Para la presencia de acuerdo en el segundo diagnóstico se obtuvo una N=45, que sumándose a N= 15 para acuerdo a no presencia de diagnóstico y que confirman la correlación entre ambos evaluadores, obtuvimos un 74.07% (N= 60). Para el tercer diagnóstico el porcentaje obtenido fue de 64.19% (N=52) con N = 21 para acuerdo a diagnóstico y N= 31 para acuerdo a no diagnóstico. En el cuarto diagnóstico la N=64 representando esta cantidad el 79.01% ya que fueron 9 acuerdos para presencia de diagnóstico pero 55 para presencia de acuerdo a no diagnóstico. Similares resultados se presentaron para el quinto y sexto diagnóstico con un 88.88% y 97.53% respectivamente ya que en estos

diagnósticos el acuerdo tuvo mayor peso en la no presencia de diagnóstico. ( Ver tabla 1 y 2).

**Tabla 1 Correlaciones de acuerdos globales para presencia o ausencia de diagnóstico.**

	Presencia Dx.				No presencia Dx.			
	Acuerdo		Desacuerdo		Acuerdo		Desacuerdo.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1o. Dx.	69	85.18	12	14.81	---	---	---	---
2o. Dx	45	85.55	20	24.69	15	18.51	1	1.23
3o. Dx	21	25.42	19	23.45	31	38.27	10	12.34
4o. Dx	9	11.11	10	12.43	55	67.90	7	8.60
5o. Dx	4	14.93	3	3.70	68	83.95	6	7.40
6o. Dx	2	2.46	1	1.23	77	95.06	1	1.23

**Tabla 2. Correlaciones de Acuerdos Globales Diagnósticos**

	Acuerdo Diagnóstico *		Desacuerdo Diagnóstico	
	N	%	N	%
1o. Dx	69	85.18	12	14.81
2o. Dx	60	74.07	21	25.92
3o. Dx	52	64.19	29	35.80
4o. Dx	64	79.01	17	20.98
5o. Dx	72	88.88	9	11.11
6o. Dx	79	97.53	2	2.46

\*\* Acuerdos de presencia diagnóstica y no diagnóstica en ambos evaluadores.

### CONFIABILIDAD INTEREVALUADOR.

#### KAPPA GENERALES.

El índice de confiabilidad Kappa ( K ) fué significativo en todas las categorías diagnósticas tomando solamente en consideración la presencia del diagnóstico, sin importar la jerarquización del mismo, llegando inclusive al valor de 1 absoluto en algunas entidades como trastornos de la alimentación, trastorno bipolar, trastorno por tics, trastorno por fobia específica y trastornos de la eliminación. Por otro lado, solamente el apartado correspondiente a esquizofrenia no se determinó su valor de kappa, debido a que no se detectaron pacientes con este diagnóstico. En relación a los diagnósticos más frecuentemente detectados, sin importar jerarquización se encontró que la kappa en el trastorno depresivo mayor es significativa con un valor de  $K = 0.926$  y  $Z = 75.024$  (  $N = 39$ ). En la distimia ( $N=28$ ) el valor de kappa se estimó en  $K=0.818$  y  $Z=66.496$ ; en el trastorno por déficit de atención en cualquiera de sus modalidades los valores fueron:  $N=37$ ,  $K=0.753$ ,  $Z=61.059$ ; En el trastorno de conducta y trastorno desafiante oposicionista los valores registraron fueron:  $N= 27$ ,  $K=0.927$ ,  $Z= 78.801$  y  $N=28$ ,  $K=0.920$ ,  $Z=74.771$  respectivamente, siendo estos los resultados más importantes. (Ver tabla 3)

Tabla 3 Kappa Generales.

T. Alimentación	$K = 1$	$Z = 81$
T. Depresivo Mayor	$K = 0.926$	$Z = 75.024$
Distimia	$K = 0.818$	$Z = 66.496$
T. Bipolar	$K = 1$	$Z = 81$
T. Déficit Atención	$K = 0.753$	$Z = 61.059$
T. Conducta	$K = 0.972$	$Z = 78.801$
T. Desafiante Oposicionista	$K = 0.920$	$Z = 74.771$

Tics	K = 1	Z = 81
T. Ansiedad Separación	K = 0.747	Z = 61.243
T. Obsesivo-Compulsivo	K = 0.794	Z = 65.718
T. Crisis Angustia.	K = 0.927	Z = 75.255
Fobia Específica.	K = 1	Z = 81
Abuso Sustancias.	K = 0.903	Z = 73.454
Dependencia Sustancias.	K = 0.949	Z = 76.996
Esquizofrenia	---	---
T. Eliminación.	K = 1	Z = 81.

#### KAPPA A PRIMER DIAGNOSTICO.

En este apartado se determinó el índice de confiabilidad interevaluador según la presencia de importancia del diagnóstica, jerarquizando así el primer diagnóstico encontrando que los valores de kappa en todas las categorías diagnósticas fueron significativas, obteniéndose también kappa con valor de 1 para las siguientes psicopatologías: Trastorno desafiante oposicionista, trastorno por ansiedad de separación, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por crisis de angustia, trastorno por fobia específica, abuso de sustancias y trastornos de la eliminación en cualquiera de sus modalidades . No se determinó como primer diagnóstico ni trastorno por Tics ni esquizofrenia. Los valores de kappa para los padecimientos que con mayor frecuencia se detectaron como primer diagnóstico fueron los siguientes: Trastorno depresivo mayor N=32, K= 0.849,Z=68.869; trastorno por déficit de atención N=8, K=0.934, Z=75.843, dependencia a sustancias N=6, K=0.916, Z=74.490. Tanto el trastorno bipolar como trastorno de alimentación tuvieron valor de kappa significativo K=0.661, Z= 56.922. El trastorno distímico, aunque su valor de confiabilidad fue relativamente más bajo en comparación a las otras entidades, resultó también significativo con una K= 0.584, Z=48.832;

resultados parecidos fueron obtenidos para el trastorno de conducta  $K=0.582$ ,  $Z=47.311$ . ( Ver tabla 4)

Tabla 4 Kappas a Primer Diagnóstico

T. Alimentación	K = 0.661	Z = 56.922
T. Depresivo Mayor.	K = 0.849	Z = 68.869
Distimia	K = 0.584	Z = 48.832
T. Bipolar	K = 0.661	Z = 56.922
T. Déficit Atención	K = 0.934	Z = 75.843
T. Conducta	K = 0.582	Z = 47.311
T. Desafiante Opositorista.	K = 1	Z = 81
Tics	---	---
T. Ansiedad Separación	K = 1	Z = 81
T. Obsesivo-Compulsivo	K = 1	Z = 81
T. Crisis Angustia.	K = 1	Z = 81
Fobia Específica	K = 1	Z = 81
Abuso Sustancias	K = 1	Z = 81
Dependencia Sustancias	K = 0.916	Z = 74.490
Esquizofrenia	---	---
T. Eliminación.	K = 1	Z = 81

## ***DISCUSION.***

Para dar inicio a esta discusión tendremos que detenernos inicialmente en cuestiones de la edad promedio que tienen los pacientes de este estudio, recordando que la media fue detectada en etapa de adolescencia intermedia, por lo cual , según reportes anteriores, en este grupo etario la confiabilidad en sus respuestas es mayor ya que han adquirido un mayor desarrollo de sus funciones mentales, apoyando esta teoría estudios realizados por Breton y sus colaboradores en 1995 en donde encontraron que los coeficientes de correlación intraclase en una muestra epidemiológica fueron de 39, 55 y 81 para niños de edades entre 6 a 9 años, 10 a 13 años y 14 a 18 años respectivamente aumentando de esta forma la confiabilidad de la entrevista realizada, la cual era altamente estructurada (DISC 2.25), según aumento de la edad. (18). Por otra parte habra que tomar en cuenta el grado de escolaridad de los pacientes, en este universo, la gran mayoría tenia por lo menos terminada su educación secundaria por lo cual podemos inferir que su nivel cultural este más enriquecido con lo cual podrían ser mas capaces de externalizar sus emociones (3). Típicamente se han dividido los trastornos de la infancia y adolescencia en dos grandes grupos los correspondientes al rubro de padecimientos externalizados que comprenden el trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante, abuso y dependencia a sustancias (12,9) y los padecimientos internalizados comprendiendo estos la depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, crisis de angustia, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, fobia específica) y reacciones de ajuste (9,12) Esta división es útil en forma pedagógica ya que existen reportes que apoyan una confiabilidad interevaluador baja según se trate de uno u otra categoría, ya que típicamente los externalizados seran mas reportados por los padres, puesto que sus conductas disruptivas son los síntomas blancos en estos adolescentes (9) que los internalizados en donde las emociones no se expresan adecuadamente y tienden a disimularse o confundirse con otras entidades; asi

que la concordancia baja para ambos tipos de trastornos. Por otra parte, la edad se involucra también directamente en estos dos grupos de psicopatología infantil, detectándose que los padecimientos internalizados principalmente la depresión es mas frecuentemente expresada en los niños menores con alteraciones de la conducta, que si no se detectan mediante una exhaustiva evaluación podría confundirse en los diagnósticos (9,3). De esta adecuada evaluación diagnóstica, en la cual la confiabilidad de que una entrevista pueda darnos el mismo diagnostico para un individuo, a varios clínicos provee las necesidades futuras en el manejo del paciente. (3). Otro punto importante que hay que rescatar en esta alta confiabilidad obtenida con la ESA es el posible sesgo que se tuvo al capturar solamente pacientes externos, los cuales nuevamente caen más dentro de los padecimientos externalizados puesto que la presencia de estos síntomas, afortunadamente no son tan intensos en nuestra población que lleven a un internamiento hospitalario, llevados entonces por los padres ante su bajo rendimiento escolar y las alteraciones en su conducta (2). Los trastornos internalizados por otra parte, son generalmente difíciles de detectar en la primera consulta si no se tiene una adecuada experiencia con adolescentes, sobre todo cuando traen problemas distimicos, depresivos o de ansiedad, y es aquí cuando hay que echar mano de herramientas útiles para el diagnóstico oportuno como es una entrevista diagnóstica semi o altamente estructurada. (2). Aquí habrá que detenernos un poco en cuestión de la utilidad de estas entrevistas en los adolescentes y comparar se existen métodos diagnósticos que sin tener tanta complejidad pudieran sernos de utilidad. Lo primero que nos detendría sería la pregunta ¿ Cuales son las condiciones "apropiadas" para determinar si un instrumento, en este caso una entrevista, puede tener una adecuada confiabilidad interevaluador?. La pregunta es fácil de elaborarse pero en cambio la respuesta es compleja. Primero hay que demostrar que una determinada herramienta diagnóstica, pueda ser usa en la clínica y en la investigación, demostrando a su vez que puede ser utilizada consistentemente por varios clínicos, independientes entre sí, con un mismo paciente y llegar a un mismo acuerdo diagnóstico (41).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Como se puede salvar este punto; hay varios estudios en donde para demostrar la confiabilidad se utiliza examinar simultáneamente al paciente dos entrevistadores, tal y como lo realizamos con la ESA (12,41, 44) y hay otros que apoyan que para evitar sesgos mayores se utilice grabaciones mediante audio y video cassetes (41,45). En los adolescentes se ha observado que cooperan más si en la entrevista se tiene una figura humana con quien discutir las dudas de las preguntas y dejar un poco la tribuna libre (14), además de tener la posibilidad de calificar las expresiones del adolescente en el momento mismo de la expresión y por ende dar un juicio clínico el entrevistador en turno y el observador si se hace la entrevista al paralelo (45). La confiabilidad de la entrevista se hace más fidedigna cuando los entrevistadores son ciegos entre sí a sus categorías diagnósticas, tal como se comprobó en un estudio realizado en 1991 por Arntz y cols, con pacientes con trastornos de personalidad con una entrevista diagnóstica estructurada (SCID-II) en base a los criterios diagnósticos del DSM-III-R (43). Hago esa referencia ya que los resultados obtenidos por este autor señalan trastornos de personalidad comórbidos con trastornos del eje Y principalmente las patologías afectivas y ansiosas, en donde pueden semejarse a los niños y adolescentes que no pueden expresar sus emociones y se agrupan en los trastornos internalizados (42,43). requiriendo entonces, para determinar con mayor exactitud y confiabilidad interevaluador una entrevista altamente estructurada (46, 47). Por otro lado, no hay que olvidar que un adolescente esta inverso en una sociedad y es la familia el contacto primario con aquella y esta puede ser origine de psicopatología en el niño y adolescente posteriormente, sobre todo en lo referente al rechazo que implica tener un hijo con enfermedad psiquiatrica, por lo tabúes que esto implica, al mismo tiempo que es relegado en sus actividades escolares por sus conductas disruptivas que bien pueden ser por una hiperactividad o contrariamente aislarse por una depresión o una fobia, acarreado de esa manera que el adolescente tenga un funcionamiento psicosocial en deterioro (19,20,22,38, 44), asi mismo mostrara disminución en su



**rendimientos escolar y en sus relaciones interpersonales., datos que nos relaciona los resultados obtenidos en este estudio.**

**De lo anterior, cabe destacar que la ESA es una entrevista diagnóstica útil en nuestra población de adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría, comprobando que su confiabilidad es alta para la mayoría de las entidades diagnósticas de esta población, sin embargo aun quedan mucho por comprobar, ampliando la muestra por un lado, no solo en cantidad sino en los lugares de aplicación para determinar si es también útil en otros centros paidopsiquiátricos , así como en pacientes hospitalizados.**

## **CONCLUSIONES.**

- 1. La ESA tiene una alta confiabilidad interevalador con significancia estadística alta, para la gran mayoría de las entidades psicopatológicas contempladas en la misma.**
- 2. Esta confiabilidad aumenta más si se toma solamente en cuenta la presencia de una entidad diagnóstica no implicando su jerarquización.**
- 3. No hubo diferencia importante en relación a la confiabilidad interevalador al dividir los trastornos en externalizados o internalizados, ya que ambos los valores de kappa resultaron altamente significativos.**
- 4. La ESA puede ser considerada como una herramienta útil y confiable en el diagnóstico de las patologías psiquiátricas más frecuentes en este grupo etario y por ende ser el inicio de un mejor plan terapéutico para los pacientes al determinar no solo su diagnóstico principal, sino las comorbilidades.**
- 5. Al detectar no sólo un diagnóstico trasversal, sino vislumbrarlo, en lo mejor posible, de forma longitudinal, da cabida entonces a mejores formas de tratamiento, siendo este de integral beneficiando directamente al paciente al concientizarlo como una ser biopsicosocial.**
- 6. La ESA, por otra parte, no solo aporta datos de los diagnósticos actuales, sino que evalúa los síntomas a lo largo de la vida, lo que en estudios posteriores podría dar pauta para determinar la historia natural de las enfermedades, o bien detectar con certeza el inicio de los padecimientos y por lo tanto poder dar un pronóstico más certero, ayudando a su vez a los niveles de prevención, rehabilitación, y/o tratamientos adecuados.**

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Paez Agraz F., Nicollini Sánchez H. "Las entrevistas para el Diagnóstico Clínico en Psiquiatría". *Salud Mental*, 1996; V ( 19,suplm): 19 -25.
2. Rutter, M.; Tuma, H.; Lann, Y. *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Guilford Press, New York, 1988. 477pp
3. Shaffer, D., Schwab-Stone, M. y cols. " The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): Y. Preparation, Field Testing, Interrater Reliability, and Acceptability". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993;32 (3): 643-650.
4. Schwab-Stone, M., Fischer, P. y cols. " The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): II. Test-Retest Reliability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993;32 (3): 651-657.
5. Piacentini, J., Shaffer, D., "The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC -R): III: Concurrent Criterion Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993;32(3): 658-665.
6. Fisher, P., Shaffer, D. y cols. "Sensitivity of Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd Edition (DISC-2.1) for Specific Diagnoses of Child Adolescents" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 1993;32(3): 666-673.
7. Aroen, E., Noam, G. y cols. "Structured Diagnostic Interview and Clinicians' Discharge Diagnoses in Hospitalized Adolescents" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ,1993;32(3): 674-681.
8. Rubio-Stipec, M., Shrout, P. y cols. "Empirically defined symptom scales using the DISC 2.3" *J Abnor Child Psychol* ,1996;24(1): 67-83.
9. Rubio-Stipec, M., Canino, G. y cols. "Psychometric Properties of Parents and Children as Informants in Child Psychiatry Epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC.2)" *J Abnor Child Psychol* , 1994;22(6): 703-720.

10. Boyle, M., Offord, D., y cols. "Evaluation of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents for Use in General Population Samples." *J Abnor Child Psychol*, 1993; 21 (6): 663-681.
11. Weinstein, S., Stone, K. y cols "Comparison of DISC with Clinicians' DSM-III Diagnoses in Psychiatric Inpatients" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989;28 (1): 153-160.
12. Weinstein, S., Noam, N. y cols. "Convergence of DSM-III Diagnoses and Self-reported Symptoms in Child and Adolescents Inpatients" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990; 29 (4): 627-634.
13. Jensen, P., Salzberg, A. y cols. "Scales, Diagnoses, and Child Psychopathology: Y. CBCL and DISC relationships." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32 (2): 397-406.
14. Reich, W., Cottler, L. y cols. "Computerized Interviews as a Method of Assessing Psychopathology in Children" *Comprehen Psychiatry*, 1995;36(1): 40-45.
15. Ribera, J., Canino, G. y cols. "The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1) in Spanish: Reliability in a Hispanic Population" *J Child Psychiatr*, 1996; 37(2):195-204.
16. Jensen, P., Roper, M. y cols. "Test-Retest Reliability of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.1)" . *Arch Gen Psychiatry* , 1995;52: 61-71.
17. Helzer, J., Robins, L. y cols. "A Comparison of Clinical and Diagnostic Interview Schedule Diagnoses" *Arch Gen Psychiatry*, 1985; 42: 657-666.
18. Breton, J.J., Bergeron, L. y cols. "Do Children aged 9 through 11 Year Understand the DISC version 2.25 Questions?" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ,1995; 34(7): 946-956.
19. Apter, A., Bleich, A. y cols "Suicidal Behavior, Depression, and Conduct Disorder in Hospitalized Adolescents" *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* ,1988; 27(6): 696-699.
20. Gureje, O., Ommigbodun, O. y cols "Psychiatric Disorders in a Paediatric Primary Care Clinic" *British J Psychiatry* ,1994; 165: 527-530.

21. Apter, a., Spivak, B. y cols "Paranoid Schizophrenia in Adolescence" J Clin Psychiatry ,1991; 52(9): 365-368.
22. Myers, W., Burket, R. y cols "Conduct Disorder and Personality Disorders in Hospitalized Adolescents" . J Clin Psychiatry; 54(1):21-26.
23. Brent, D., Kalas, R. y cols "Psychopathology and Its Relationship to Suicidal Ideation in Childhood and Adolescence" J Am Acad Child Psychiatry ,1986; 25(5):666-673.
24. Apter, A., Bleich, A. "Affective and Psychotic Psychopathology in Hospitalized Adolescents" J Acad Child Adolesc Psychiatry ,1988; 27(1): 116-120.
25. Bartlett, J., Schleifer, S. y cols. "Depression in Inner City Adolescents Attending an Adolescent Medicine Clinic" . J Adolescents Health ,1991; 12: 316-318.
26. Pfeffer, C., Peskin, J y Siefker, C. "Suicidal Children Grow Up: Psychiatric Treatment during Follow-up Period" J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1992; 31(4): 679-685.
27. Scott, M., Mitchell, J y cols. "Cronic Fatigue in Adolescents". Pediatrics ,1991; 88(2): 195-202.
28. Dawson-Saunders, B.; Trapp, R. Bioestadística Médica. (Tradr. Carsolio, R.) Manual Moderno, México, 1990. 384 pp.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC, Americann Psychiatric Association Press, 1994.
30. Herjanic B y cols. "Development of a Structured Psychiatric Interview for Children Agreement Between Child and Parent on Individual Symptoms". J Abnormal Child Psychology, 1982; 10: 307-324.
31. Costello A y cols. "The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children" (DISC), Unpublished Interview Schedule, Dep. of Psychiatric University of Pittsburgh, 1982.

32. Puig-Antich y cols. "The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children". Unpublished Interview Schedule, New York State Psychiatric Institute, 1978.
33. Kovacs M. "The Interview Schedule for Children (ISC)" Unpublished Interview Schedule, Dep. of Psychiatric University of Pittsburgh, 1982.
34. Kovacs M. Comunicación personal, Clínica del adolescente Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dr. Francisco De la Peña O., 1995.
35. Ambrosini. Comunicación personal, Clínica del adolescente Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dr. Francisco De la Peña O., 1995.
36. Mcd J. "Major Research Advances". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995; 34:10.
37. Rutter M. "Longitudinal Data in The Study of Casuak Processes: Some Uses and Some Pitfalls", in "Studies of Psychosocial Risk: The Power of Longitudinal Data". de M Rutter, Cambridge Univ Press, Cambridge, 1988.
38. Schacar R., Tannock R., y cols. "Test of Four Hypotheses for the Comorbidity of Attenion - Deficit - Hiperactivity Disorder and Conduct Disorder". ". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995; 34: 639-648.
39. Wilens T., Spencer T., Bierderman J., y cols. "Combined Pharmacotherapy: An Emerging Trend in Pediatric Psychopharmacology" ". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995; 34: 110-112.
40. Pearce J. "Consent to Treatment During Childhood". British J Psychiatry, 1994; 165: 713-716.
41. Hafkenscheid, A. " The "appropriate" conditions for establishing interrater reliability of interview-based rating scales. A controversial issue". Eur Psychiatry, 1994; 9: 149-150.
42. Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., Kringlen, E. "High interrater reliability for the structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis Y (SCID-I). Acta Psychiatr Scand, 1991; 84: 167-173.

43. Arntz, A., Van Beijsterveldt, B., Hoekstra, R., y cols. "The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders". *Acta Psychiatr Scand*, 1992; 85: 394-400.
44. Zanarini, M., Frankenburg, F., Chauncey, D. y Gunderson, J. "The Diagnostic Interview for Personality Disorders: Interrater and Test-Retest Reliability". *Compr Psychiatry*, 1987; 28 (6): 467-480.
45. Hjorts, S., Butler, B., Clemmensen, L. y cols. "The use of case vignettes in studies of interrater reliability of psychiatric target syndromes and diagnoses". *Acta Psychiatr Scand*, 1989; 80: 632-638.
46. Lindström, E., Wieselgren, M., Von Knorring, L. "Interrater reliability of the Structured Clinical Interview for Positive and Negative Syndromes Scale for Schizophrenia". *Acta Psychiatr Scand*, 1994; 89: 192-195.
47. Mojtabai, R., Nicholson, R. "Interrater Reliability of Ratings of Delusions and Bizarre Delusions". *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 1804-1806.