

11241 21
24.

CONFIABILIDAD TEMPORAL DE LA ENTREVISTA
SEMIESTRUCTURADA PARA ADOLESCENTES (E.S.A)

PROTOCOLO DE TESIS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA.

DR. JOSÉ ARTURO MENDIZÁBAL RODRÍGUEZ.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA.

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA

PSICOLOGIA
MEDICA
DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL Tutores
U. N. A. M.

ING. JOSE CORTES

DRA. MA. CARMEN LARA

DR. FRANCISCO DE LA PEÑA

TUTORES TEÓRICOS

METODOLÓGICOS
DE MEDICINA
NOV. 28 1997
SECRETARÍA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
IMU

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

Alfonso...

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.

PAGINACION VARIA

COMPLETA LA INFORMACION

INTRODUCCION.

La psiquiatría infantil tradicional no se ha sustentado primeramente en los síntomas, para establecer sus diagnósticos. Las fuentes más importantes en las que se ha apoyado son: 1. Datos sobre la historia del desarrollo, el funcionamiento familiar, la conducta y el funcionamiento escolar basado en los informantes indirectos (padres, maestros). y 2. la "entrevista" por medio del juego, útil para evaluar el significado de fantasías y símbolos. Aparentemente uno de los motivos de esta visión es el supuesto que los preadolescentes son cognitivamente incapaces de proporcionar información detallada en síntomas psicopatológicos, por lo que restaban importancia al cuestionamiento directo, y la evaluación sistemática. (31)

La adolescencia, etapa de cambios físicos, cognitivos y emocionales, corresponde a la edad de transición entre la niñez y la vida adulta. Se extiende durante ocho a diez años a partir de la pubertad. Los adolescentes son un grupo etéreo numeroso, y debido a diversos factores, son poco tomados en cuenta en lo que respecta a sus necesidades de salud mental. Algunos de estos factores son la dificultad que les representa comunicarse y expresar sus inquietudes, el concepto erróneo y muy difundido de considerar como "normal" la presencia de conductas desadaptativas y disruptivas dentro de este grupo de edad, el miedo por parte del adolescente a la estigmatización y al rechazo por utilizar un servicio de salud mental, así como la falta de acceso a los mismos, además de

la dificultad que para el clínico representa el poder discernir entre lo sano y lo patológico dentro del contexto individual.

La investigación realizada por Rutter en 1976, en la isla de Wight mostró una prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes de 14 años de edad del 21% en un año(35). Este resultado es similar al de Offord en Canada, con una prevalencia de 6 meses del 19%(36) y a otro realizado en Nueva Zelanda, donde también se encontró que los diagnósticos más prevalentes eran el de ansiedad excesiva, el trastorno de conducta no agresivo y la fobia simple(37). Los resultados de estas investigaciones con grandes diferencias en la localización geográfica, año del estudio y metodología, son marcadamente convergentes. Ahora se sabe que es falsa la idea de que la mayor parte de los adolescentes desarrollan trastornos emocionales, pues solo uno de cada cinco sufre de alguna clase de psicopatología diagnosticable de acuerdo a la nosología en uso. Los trastornos psiquiátricos no son normales a ninguna edad, pues a pesar de que la adolescencia es un período de muchos cambios, el trastorno psiquiátrico no es uno de ellos Sin embargo es cierto que tienden a sentir profundamente las cosas y a presentar cambios reactivos en el estado de ánimo. La mayor parte de los jóvenes sintomáticos no se curan sólo con el paso del tiempo, deben de recibir una valoración médica y, de ser necesario, un tratamiento psiquiátrico.(34)

ANTECEDENTES.

PROCESOS DE CONFIABILIDAD.

Desde el punto de vista psicométrico la confiabilidad es la reproducibilidad de las diferencias observadas entre algunos aspectos de las personas. Es importante aclarar que la mera reproducción sin discriminación no es suficiente, por lo que la replicación debe ser en terminos de ordenar, categorizar o de alguna forma discriminar entre personas u objetos. (25)

La definición psicométrica de la confiabilidad dentro de la teoria clásica puede representarse como, la medida observada X que incluye la suma de 2 componentes no observados, el componente verdadero (T) y el error (E), entonces $X = T + E$. Si X_1 y X_2 , son 2 medidas en una persona seleccionada de una población definida, la T_1 , 2 representan la medida real, el promedio hipotético de múltiples medidas reproducibles y la E_1 , 2 los errores independientes asociados a cada medición. La T y la E reciben el nombre de variables latentes porque no se pueden conocer exactamente (son aproximaciones observacionales). La confiabilidad se define como la proporción de la varianza (variación) de X (medida observada) que es atribuible a la medición verdadera latente (T). dada por el coeficiente de confiabilidad: $R = T / (T+E)$ que también es conocido como el coeficiente de correlación intraclase. (25)

En una población heterogénea la varianza de las mediciones reales (T) será amplia por definición, por lo que la confiabilidad será alta cuando la varianza de error sea pequeña o moderada. De cualquier manera los mismos valores de error resultaran en valores cercanos a cero del coeficiente de confiabilidad si la población es homogénea, p.ej. cuando T es cercana a cero. Esta es la razón matemática del porque las características de la población afectan la confiabilidad de cualquier procedimiento de medición. Cuando se mide una característica dicotómica, p.ej un juicio diagnóstico presente o ausente, la homogeneidad de la población es determinada por la proporción de respondedores que poseen la característica. En los estudios epidemiológicos esta proporción se denomina prevalencia del trastorno, y en los estudios clínicos se conoce como BASE RATE. Una población con heterogeneidad máxima es una con un BASE RATE de 50%, la población se homogeneiza conforme se acerca al 0 ó al 100%, y el mismo número de discrepancias diagnósticas tendrá un mayor impacto sobre la confiabilidad. A la dificultad de obtener diagnósticos confiables en poblaciones homogéneas (aquellas con prevalencias bajas) se le denomina problema BASE RATE. Para el análisis de éste se requiere conocer el concepto de sensibilidad (índice de diagnósticos verdaderamente positivos) como la capacidad de identificar a los enfermos reales y de especificidad (índice de diagnósticos verdaderamente negativos) como la capacidad de identificar a los sanos reales. La suma de ambos determina el valor predictivo de un procedimiento diagnóstico, su capacidad para discriminar sano-enfermo. La confiabilidad de una medición es específica de una población. Una

medición confiable en una población heterogénea, puede no serlo en una homogénea.
(25, 28)

Existen diferentes parámetros estadísticos que se utilizan para medir la correspondencia entre 2 evaluadores ante una variable dicotómica, como el coeficiente π , la Y de Yule, y el coeficiente kappa. El primero asume que la probabilidad de hacer un diagnóstico correcto en un sujeto enfermo (sensibilidad) equivale a estar acertado en determinar al sujeto sano (especificidad), lo que no es generalmente cierto, por lo que no se recomienda su uso (28). La Y de Yule se recomienda para utilizarse en casos de poblaciones homogéneas con índices de prevalencia bajos. Aunque en BASE RATE cercanos a 0 se comporta igual que kappa, se utiliza en razones de momios y es una medida más bien de asociación, limitada estrictamente a contingencias de 2×2 . Algunos autores la proponen para realizar comparaciones entre poblaciones debido a que no toma en cuenta la sensibilidad y especificidad, y por lo mismo es poco precisa. La razón más importante para evitar el uso de Y de Yule como índice de confiabilidad es que conduce inevitablemente al investigador a no tomar en cuenta la medición del error.
(25,28,38,40)

La familia de estadísticas kappa ha probado ser extremadamente útil y versátil en la evaluación y desarrollo de procedimientos y criterios diagnósticos. Kappa (k), es el coeficiente más utilizado para la estimación de la confiabilidad en los diagnósticos psiquiátricos, es definida como la concordancia más allá de la probabilidad (azar) dividida entre la cantidad de concordancia posible más allá de la probabilidad (azar):

$K = O - C / 1 - C$

O = Concordancia observada.

C = Concordancia por probabilidad (azar).

De no tomarse en cuenta, los valores serían sobre estimaciones, porque al 2 evaluadores hacer un diagnóstico, una proporción de éstos coincidirá por azar (33).

Una característica práctica importante de kappa es que puede ser interpretada en términos cuantitativos y cualitativos. En general los valores aproximados o mayores a .75 son considerados como indicadores de un excelente acuerdo, más allá de la probabilidad, y valores aproximados o menores a .40 como de pobre acuerdo. Los valores intermedios de regular a buena concordancia. (25) Sin embargo no debe perderse de vista que estas generalizaciones no siempre son correctas, debido a que el rango de kappa es modificable de acuerdo al BASE RATE.

La estadística K (kappa) ha sido objeto de diferentes críticas de las que destacan (38,39):

1. Su limitación para ser usada en estudios con población general, ya que debido a la baja prevalencia, limita el rango de kappa por la relación que ésta guarda con el BASE RATE, como alternativa se ha propuesto el uso de otros coeficientes, como Y.

2. Su limitación para la comparación entre kappas de diferentes poblaciones, debido a las diferencias en sensibilidad, especificidad e incluso procedimiento.

Las recomendaciones generales para el uso de estadísticas kappa son: La selección de acuerdo a las unidades que se están sometiendo a análisis estadístico, y periodos observacionales equivalentes al tamaño de los bloques de observación ha utilizar en el análisis de datos. Una recomendación propuesta para el manejo del problema BASE RATE ha sido la valoración secuencial, por medio de escalones de atención, escogiéndose instrumentos y recursos poco costosos en los primeros y más sofisticados en los últimos, esto, al ir seleccionando la población resuelve en buena medida el problema de bajas prevalencias, sin modificar sustancialmente los parámetros de sensibilidad y especificidad, permitiendo el uso de estadísticos como kappa. (40)

La teoría mental clásica establece que la confiabilidad restringe a la validez. Para variables dentro del rango de las pruebas mentales clásicas (inteligencia, aptitudes, aprovechamiento) es cierto por la definición del término "true score", que es el promedio que el sujeto obtuvo de una larga serie de mediciones observadas. Se puede demostrar que: Confiabilidad = p^2 (medida observada vs "true score), y si validez = p^2 (medida observada vs variable criterio), entonces Validez=Confiabilidad; donde p denota el valor de el coeficiente r de correlación de Pearson, en la población estudiada. Una variable criterio es una medida única perfecta del constructo que se está midiendo. En este caso la confiabilidad y la validez son correlaciones cuadradas. La correlación de una medición con un valor perfecto de criterio no puede exceder la correlación de una

medida con su propio true score, por lo que el criterio perfecto puede remplazarlo. La confiabilidad diagnóstica difiere de esta concepción porque el true score es 0 si el paciente no esta enfermo y 1 si lo esta. (28)

En teoria la distinción es entonces clara, pero existen situaciones clínicas que dificultan esta distinción, como en el caso de un estudio de confiabilidad prueba reprueba a largo plazo p.ej 6 meses, que puede ser reportado también como de seguimiento, de curso de la enfermedad, o de estabilidad diagnóstica, que son criterios estipulados de validez; ó el caso en que el investigador habla de utilizar un estandar de oro para evaluar la confiabilidad, pero éste (diagnóstico correcto) habla de validez externa. (41)

El fracaso en reproducir mediciones o diagnósticos usualmente implica que las evaluaciones son afectadas por algunas fuentes de variación diferentes al sujeto en estudio. Algunas fuentes de variabilidad en la estimación de la confiabilidad diagnóstica son : (29)

A. Variabilidad en la recolección de la información: El entrevistado puede brindar información incorrecta por no entender la pregunta , falta de concentración, resistencia inconciente o conciente, o porque el entrevistador haya formulado mal la pregunta.

B. Variabilidad en la ocurrencia: Esto depende de la estabilidad en la presentación del fenómeno clínico 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.

C. Variabilidad de criterio: En función de las variaciones idiosincráticas y culturales entre los aplicadores, en la concepción de los criterios diagnósticos empleados, y la forma de interrogarlos, así como de la experiencia del que lo realiza. Si el entrevistador pregunta utilizando términos subculturales diferentes al resto del equipo, el registro de las respuestas se modificara. La variabilidad de criterio puede disminuir considerablemente con el adiestramiento apropiado de los entrevistadores.

También pueden ser elementos de varianza la inconsistencia, el descuido o las inferencias injustificadas por parte del que diagnostica. Se puede obtener una satisfactoria confiabilidad por medio del uso de criterios diagnósticos, diagnósticos computarizados y entrevistas diagnósticas. (26)

Existen múltiples diseños útiles para evaluar la confiabilidad, entre los que se incluyen: las viñetas clínicas, las entrevistas videograbadas, el acuerdo interevaluador y los diseños prueba reprueba; el último de éstos cubre el rango de rigurosidad requerido para examinar la confiabilidad diagnóstica. Cada diseño plantea análisis estadísticos diferentes; cuando es posible es preferible utilizar más de un diseño, debido a que cada uno es diferente en ventajas y limitaciones, así que pueden ser complementarios (28)

PRUEBA - RE PRUEBA.

El más estricto de los diseños para evaluar la confiabilidad diagnóstica es la prueba re prueba , donde los sujetos son reentrevistados después de un cierto lapso de tiempo corto, de horas a días, ó largo de semanas a meses. La reproducibilidad del diagnóstico incluye a la revaloración por otro evaluador diferente, en un día distinto. Es un diseño que permite la valoración de la variabilidad de criterio, permitiendo la máxima aproximación a la conducta del entrevistador en la situación clínica o de investigación. (28)

Lo ideal es que los diagnosticadores fuesen intercambiables al azar, como serian los instrumentos de medición en un proceso manufacturado. En la práctica las mediciones completamente independientes son poco posibles, porque el entrevistado es afectado por el instrumento diagnóstico (p ej. puede suponerse que intentan obtener información diferente a la prueba original, o deliberadamente intentar que ambas evaluaciones sean consistentes); otro problema es el tiempo entre las entrevistas (p. ej. si es amplio el lapso, el fenómeno puede haber desaparecido), en general se aceptan de 1 a 10 días como tiempo adecuado. (26, 28,43)

Un factor frecuentemente observado que complica la interpretación de este tipo de diseño es la atenuación, que se define como la disminución de la expresión de los síntomas en la reentrevista. El pobre acuerdo entre las entrevistas puede ser entonces la resultante de un verdadero cambio clínico, ó un cambio en el desarrollo del síntoma

entre el lapso de las entrevistas, ó un "efecto terapéutico" de la primera entrevista (lo que se conoce con el nombre de hipótesis de la catársis), ó del fenómeno estadístico de "regresión al promedio", ó del mal entendido de pensar que solamente se busca nueva información en la reprobación por lo que lo anteriormente expuesto se da por entendido y no se menciona, ó de la mejor apreciación del entrevistado del umbral apropiado para una respuesta afirmativa, ó de simplemente aprender a negar síntomas con el fin de reducir el tiempo de la reentrevista. Aparentemente la atenuación es mayor en los niños que en los adultos, y en población general más que en clínica. (27,28,43,44)

Un paradigma relacionado con la confiabilidad prueba reprobación es el de la estabilidad temporal, donde las entrevistas son elaboradas en momentos ampliamente separados, o en admisiones hospitalarias sucesivas. Aunque ambos paradigmas utilizan evaluaciones independientes en 2 diferentes momentos, sus postulados y énfasis difieren. Según el modelo de Cloninger y cols.(45), sobre las fuentes de desacuerdo entre las evaluaciones temporales, es importante distinguir entre errores del instrumento y un cambio real en el estado clínico. En el paradigma de la estabilidad temporal se asume que ciertos elementos de error no están correlacionados entre las evaluaciones (p.ej el entrevistado olvidó lo que contestó en la primera evaluación) y se admite entonces un cambio clínico real entre las evaluaciones, a lo que se denomina estabilidad. Por lo anterior se puede distinguir entre evaluar la reproducibilidad de un instrumento diagnóstico (confiabilidad) y el uso de múltiples mediciones para conformar la validez de los constructos subyacentes (estabilidad). (44)

CONFIABILIDAD PSIQUIATRIA INFANTIL Y ADOLESCENCIA.

Dentro del campo de psicopatología infantil y del adolescente ha habido un considerable desarrollo de las entrevistas diagnósticas, en parte motivado por la pobre confiabilidad y validez de los procedimientos diagnósticos tradicionales y por el desarrollo de entrevistas en adultos que han mejorado sustancialmente la confiabilidad, así como la mayor precisión en el diagnóstico de patología infantil que exige mejores criterios. (40)

Caracterizar y medir la psicopatología infantil y del adolescente es un problema que aún esta lejos de resolverse en la investigación psiquiatrica actual. Aunque algunos investigadores y clínicos se han apegado al uso de las categorías diagnósticas, otros han pugnado por el uso de medidas dimensionales, más que discretas para evaluar la psicopatología. Por una parte los diagnósticos categóricos sirven para las decisiones terapéuticas, registrar casos, y determinar los índices del trastorno tanto en muestras de población general como clínicas. La visión de modelos categóricos de psicopatología infantil y del adolescente ha dado pauta para el desarrollo de los sistemas internacionales de taxonomía psiquiatrica, como el DSM IV y el CIE 10. Por otra parte las mediciones continuas de la sintomatología ofrecen importantes ventajas; primera las escalas cuantitativas de psicopatología poseen un mayor poder estadístico para detectar asociaciones en una muestra determinada; segunda pueden detectar cambios más sutiles

en el curso del trastorno y los efectos del tratamiento; tercera son por lo general más simples, breves y menos costosas para administrar que las entrevistas diagnósticas. En la práctica se propone combinar ambos enfoques, como en las reglas políticas del DSM (que solicitan un número mínimo de criterios de un listado). Ambas representaciones (categórica y dimensional) de la psicopatología se desprenden del mismo grupo de factores sintomáticos. Solo combinan la información en diferentes maneras.(45,46)

La obtención de información para la evaluación de los trastornos psiquiátricos en los niños tradicionalmente se sustenta en los padres, los maestros, los pacientes y a veces en familiares allegados. Todos estos informantes brindan información diferente con relación a la presencia, severidad y duración de los síntomas o la conducta del niño. El clínico debe echar mano de su experiencia y entrenamiento para juzgar y reconciliar las discrepancias, y sopesar la información para concluir en un diagnóstico clínico. En los estudios epidemiológicos, la reconciliación de información de los diferentes informantes es particularmente problemática, por lo que se ha intentado combinar la información, por lo menos de los padres y del paciente con buenos resultados. En los adolescentes se recomienda la entrevista en presencia de alguno de los padres, y la resolución de la discrepancia si la hubiera, durante la entrevista. (27,47)

Se encuentra mayor confiabilidad temporal para los diagnósticos externalizados (trastorno de conducta, desafiante opositor, déficit de atención con o sin hiperactividad) que para los internalizados (trastornos de ansiedad y afectivos). Esto sugiere que los primeros son más notorios y problemáticos para los padres, y los

segundos son más subjetivos y transitorios. También es más alta la confiabilidad temporal, e interevaluador encontrada en las entrevistas con los padres; en los pacientes aumenta con relación a la edad, modificando el acuerdo entre aquellos y éstos. (4,5,14,27,31,40,42,46,47)

Dentro del campo de psicopatología infantil y del adolescente no hay que perder de vista la integración entre la evaluación y la taxonomía clínicas, que constituyen en apariencia 2 fases del mismo proceso; con la evaluación se intenta detectar las características distintivas de cada caso, mientras que con la taxonomía se intenta agrupar los casos de acuerdo a sus características distintivas. Las diferentes aproximaciones para la evaluación, sustentan la diversidad más que el apoyo en un método único. La aproximación multivariada puede evitar las decisiones clínicas forzadas entre síndromes. Registrando el grado en que cada paciente manifiesta las características de su síndrome, se transforma el registro en formato, luego en patrón y ulteriormente en perfiles sindrómicos. De este modo la taxonomía se deriva de las diferentes aproximaciones para la evaluación lo que evita errores que pueden originarse al combinar datos, mejorando la confiabilidad de los mismos. (42)

El avance entre el DSM III R (APA 1987) y el DSM IV (APA 1994) ha sido particularmente demostrativo de la trascendencia que ha adquirido la taxonomía dentro de la concepción de la psicopatología infantil y del adolescente. Tomando como ejemplo el trastorno por déficit de atención con hiperactividad aumento de 14 a 18 reactivos en el criterio A, pero además en la última versión se desglosa en 9 para inatención y 9 para

hiperactividad e impulsividad, modificando el criterio B a algunos síntomas antes de los 7 años, en lugar de todos como en el DSM IIIR. Se agrega el criterio de deterioro significativo social, escolar y familiar y que las alteraciones se manifiesten en por lo menos 2 de estos ámbitos. Codificándose en la última versión de acuerdo a 4 subtipos. Otro ejemplo es la nueva subtipificación del trastorno de conducta de 3 subtipos (grupal, agresivo solitario e indiferenciado) a 2 (inicio infantil o en adolescencia) de connotaciones más apegadas al curso, pronóstico, así como al manejo. (1,48)

De este enfoque taxonómico y de evaluación de donde derivan los sistemas diagnósticos, se puede obtener una satisfactoria confiabilidad por medio de la elaboración de entrevistas diagnósticas. (26, 45)

ENTREVISTAS DIAGNOSTICAS.

GENERALIDADES.

Las entrevistas diagnósticas ofrecen ciertas ventajas sobre otros métodos de evaluación utilizados p ej. la observación directa, las pruebas psicológicas y los cuestionarios de papel y lápiz. Las entrevistas frente a frente son buenas para establecer "rapport" y en general mantener un nivel adecuado de interés en el interrogado otorgándole mayor compromiso con su padecimiento, también dan pautas para aclarar

respuestas poco claras o ambiguas y documentar el contexto y cronicidad de los síntomas. (4)

Las entrevistas diagnósticas proveen un listado de conductas síntomas y eventos blanco, y las guías para dirigir y registrar las respuestas. Sin embargo es difícil su comparación debido a que existen múltiples diferencias entre ellas. Se les puede agrupar en dos de acuerdo al nivel de estructuración impuesto a la entrevista:

Las entrevistas semiestructuradas brindan guías generales y flexibles para conducir la entrevista y registrar la información.

Las entrevistas estructuradas son poco o nada flexibles y proporcionan un orden específico y rígido de reactivos para la conducción y registro de respuestas.(30)

Parámetro	Semiestructuradas.	Estructuradas.
Aplicación	Personal especializado.	“Legos” (no especializado)
Capacitación	Minuciosa y prolongada.	Intensiva y corta.
Diagnósticos	Sofisticados.	Sencillos.
Población	Clínica	General y clínica.
Conducción entrevista	Flexible.	Inflexible.

Inferencia del evaluador	Elevada.	Poca ó nula.
Estudios	Clínicos.	Epidemiológicos.
Orden de aplicación	Variable.	Estricto y predeterminado
Duración	30 a 90 min.	40 a 120 min.

Dentro de las entrevistas diagnósticas disponibles en la actualidad, cuatro han alcanzado el desarrollo suficiente para usarse en la investigación clínica:

ESTRUCTURADAS.

1) D.I.C.A.: (Diagnostic Interview for Children and Adolescents)

Diseñada en la Universidad de Washington en San Luis por Herjanic y cols, con base en los criterios diagnósticos de la CIE 9 y Feighner (1977). En 1981 se desarrolló una versión revisada, patrocinada por el NIMH (National Institute of mental health-Instituto Nacional de salud mental) , con base a los criterios del DSM III. Una última revisión en 1988 produjo la DICA-R, de acuerdo al DSM III R. Consta de 3 versiones casi idénticas, una para niños de 6 a 12 años, otra para adolescentes de 13 a 17 y otra para padres. Es

una entrevista altamente estructurada, puede ser administrada por clínicos o “legos”, con el entrenamiento específico. Consta de aproximadamente 200 reactivos, los síntomas se codifican si, no y a veces, se interroga al padre y al paciente por separado, el rango de edad es de mayores de 6 años. El tiempo de aplicación es de 30 a 40 minutos. La mayor parte de la entrevista esta organizada en forma temática (conducta escolar, relaciones con compañeros) pero también incluye areas específicas (abuso de alcohol o drogas) y secciones en función de síndromes (mania, ansiedad). La estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacer más rápida su aplicación. La confiabilidad temporal (prueba reprueba) para la DICA R es mayor entre los padres y en los adolescentes que con los niños. Rango K de .0 a .21 en trastornos internalizados y K de .32 a .68 para externalizados. La confiabilidad interevaluador en un porcentaje de acuerdo promedio de 89% (rango 80-95), la confiabilidad entre informantes (padre/hijo) es baja con un rango K de .03 a .68. Su validez es pobre con especificidad y sensibilidad medias. (4,49, 51)

2) D.I.S.C.: (Diagnostic Interview Schedule for Children)

Desarrollada por el Instituto Nacional de salud Mental de Estados Unidos.(National Institute of Mental Health, NIMH), para su uso en estudios epidemiológicos de psicopatología de niños y adolescentes entre 6 y 18 años, similar en sus propósitos al DIS (Diagnostic Interview schedule). La primera evaluación de sus propiedades psicométricas se hizo con una muestra de pacientes psiquiátricos externos y hospitalizados. Es una entrevista muy estructurada en que las instrucciones estan pre

especificadas, puede ser aplicada por "legos" con el entrenamiento específico adecuado, de algunos días (3-7). Existen 2 versiones para aplicación paralela el DISC P (para padres) y el DISC C (para el paciente), la primera consta de 302 reactivos y se aplica en 60-70 minutos, la segunda de 264 y tarda 40-60 minutos. Los síntomas son evaluados como cero=no, uno=A veces, dos=sí. Existen 27 escalas sintomáticas que corresponden a los constructos diagnósticos. La estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacer más rápida su aplicación. Brinda información sobre un amplio rango de trastornos del DSM III. La confiabilidad temporal (prueba reprueba) en lapso corto (7 días) en promedio es $r = .76$ versión padres y $r = .43$ hijos, el promedio kappa para diagnóstico $.55$ padres y $.37$ hijos. La correlación interevaluador promedio $r = .98$ de video cinta. El promedio del acuerdo entre padres e hijos $r = .27$ (4,6,24,50).

Revisiones posteriores del instrumento resultaron en el DISC-R (32,43,53,55), el DISC 2.1 que incluso fue traducido al español y aplicado en Puerto Rico (27,47,52), y el DISC 2.3 (45) que codifica diagnósticos del DSM III R. Se ha comparado la confiabilidad prueba reprueba entre "legos" - psiquiatras y "legos - legos" encontrando mayores k entre los primeros. Además se ha evaluado comparandola con diagnósticos de egreso, incluso para diagnósticos poco frecuentes y calculado su sensibilidad (54,56). Es importante no perder de vista que su diseño original fue para población general, pero su uso ha sido muy difundido en ámbitos clínicos, lo que puede ser una limitante. La última versión todavía está en proceso y busca incluir a niños desde los 4 años.

SEMIESTRUCTURADAS

1) Kiddie-SADS: (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children)

Diseñada a partir del SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), basada en los criterios diagnósticos del DSM III y el RDC. Existen 2 versiones, la del episodio presente (seis meses) y la a lo largo de la vida (K-SADS E) diseñada para estudios epidemiológicos que hace alusión a toda la historia previa del individuo(26) Es una entrevista semiestructurada, que requiere aplicación por un clínico experto y con entrenamiento en el manejo del instrumento. Consta de más de 100 reactivos, se interroga al padre y al paciente (juntos o por separado), el rango de edad es de 6 a 16 años. Los primeros 15-20 minutos son para establecer "rapport", determinar el padecimiento actual con el curso de los principales síntomas así como los tratamientos previos, continua luego la parte más estructurada que dura 30-40 minutos que se focaliza en síntomas específicos, existen 12 escalas sumarias donde se estipula la severidad expresada como escala Lickert en 6 niveles 1 ausencia y 6 presencia de máxima severidad. La estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacer más rápida su aplicación. Brinda información sobre depresión, somatización, trastornos de conducta, psicóticos, y neuróticos no depresivos. El diagnóstico se basa en la visión global del clínico después de la entrevista. La confiabilidad temporal (prueba reprueba)

en lapso corto (3 días) en promedio es de .55, la correlación intraclase de las escalas sumarias es de .68 y la confiabilidad diagnóstica tiene un rango K de .24 a .70, no ha sido estudiada la confiabilidad interevaluador. (31,57)

2) I.S.C.: (Interview Schedule for Children)

Diseñada en la Universidad de Pittsburgh con base en los criterios diagnósticos del DSM III. Es una entrevista semiestructurada, orientada de acuerdo a los síntomas, que requiere de un clínico experto con un entrenamiento extenso.(6 meses) Se aplica por separado al tutor y al paciente. Consta de 43 síntomas principales y 12 reactivos observacionales, se interroga al padre y al paciente en entrevistas separadas, el rango de edad es de 8 a 17 años. El tiempo de aplicación es de 40 a 60 minutos. Los primeros minutos son para establecer “rapport” y determinar el padecimiento actual. Luego la parte más estructurada que se focaliza en síntomas específicos (ej. ánimo deprimido, irritabilidad, ideación suicida) y se estipula la severidad en una escala tipo Lickert de 9 niveles (0=ausencia - 8=presencia extrema); ocho reactivos sobre examen mental; los reactivos observacionales (disminución concentración, agitación psicomotriz); dos apartados sobre la historia del desarrollo (nacimiento, conducta sexual) y cinco impresiones clínicas (desaliño, socialización). También utiliza preguntas de “chequeo” para confirmar las respuestas iniciales. Existen 2 formas de la entrevista disponibles una para valoración inicial y otra para seguimiento. La confiabilidad temporal no ha sido estudiada, la confiabilidad interevaluador, con correlación intraclase entre los síntomas principales de .89, de examen mental .86, observacionales .78 y .77 para impresiones

clínicas. Para el área de historia del desarrollo el acuerdo interevaluador fue perfecto. El acuerdo padre-hijo fué de $r=.61$ con rango .02-.95. (8,17,18)

3) E.S.A.: (Entrevista Semiestructurada para Adolescentes)

Diseñada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en base a los criterios diagnósticos del DSM IV y el SCAN (1,3). Es una entrevista semiestructurada (ver anexo I), que requiere aplicación por un clínico experto y con entrenamiento en el manejo del instrumento. Esta orientada al interrogatorio sistemático en cuatro áreas fundamentales, la primera el área de los trastornos depresivos, la segunda de los trastornos de la conducta, la tercera de los trastornos ansiosos donde se incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo y los tics y la cuarta área la de otros trastornos. El rango de edad de los pacientes es de 13 a 19 años. El tiempo de aplicación es de 45 a 90 minutos, la estructura de la entrevista establece puntos de corte para hacerla más expedita Se interroga al padre y al paciente juntos, y al final de la entrevista al paciente en forma individual. Dentro de las posibilidades de respuesta cada reactivo es codificable para el momento actual, a lo largo de la vida, su reconocimiento como rasgo, o consignar si existe duda por discrepancia no resuelta entre el paciente y el tutor o por exploración incompleta. Brinda información sobre 16 entidades diagnósticas, sobre abuso físico y sexual, sobre la historia del desarrollo, antecedentes y una evaluación del funcionamiento psicosocial en base a una versión adaptada del "LIFE BASE SCHEDULE" (11,12) en una escala tipo Lickert de 5 niveles. Los primeros minutos son para establecer "rapport" y determinar el padecimiento actual con el curso de los

principales síntomas. Luego la parte más estructurada que se focaliza en las entidades diagnósticas y los antecedentes. El diagnóstico depende de la visión global del clínico con base a los criterios DSM IV cubiertos, y no requiere algoritmos sofisticados, ni correlación sindromática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desarrollar una escala que facilite la aproximación diagnóstica y que permita establecer elementos para la investigación clínica dentro de un grupo como el adolescente, requiere la inclusión de un número bastante amplio de entidades nosológicas y exige incorporar los criterios diagnósticos más recientes (2).

En nuestro país la demanda de atención médica en el grupo de los adolescentes, ha ido en incremento, se requiere por lo tanto de un instrumento diagnóstico confiable, que pueda utilizarse en la asistencia y en la investigación, en español, que abarque los diagnósticos más frecuentes y que sea acorde con los sistemas de taxonomía psiquiátrica más recientes. p ej. DSM IV.

Es necesaria la investigación de la psicopatología del adolescente, y para ello es indispensable un método sistematizado que permita establecer los parámetros epidemiológicos y clínicos básicos para precisar mejor los diagnósticos y los tratamientos.

JUSTIFICACION.

Para muchos puede resultar inquietante el " ¿porqué? " desarrollar una propia entrevista semiestructurada cuando en la literatura internacional se reportan varias, hemos decidido enumerar los motivos :

1. Las entrevistas estructuradas, diseñadas para ser aplicadas por legos, expresan una confiabilidad baja, requieren costos muy altos y un número muy grande de entrevistadores (4).

2. Las entrevistas diagnósticas más utilizadas en el mundo como " The Diagnostic Interview for Children and Adolescents " (DICA) (5) , Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia " (K-SADS) (7) y el " Interview Schedule for Children " (ISC) (8) no han sido traducidas al español y no han sido validadas en poblaciones hispanas. La versión 2.1 traducida al español del "Diagnostic interview schedule for children" (DISC 2.1) (45,47,52) es la única que brinda una aproximación, pero es de un nivel de estructuración diferente y fue aplicada en otro país (Puerto Rico).

3. Las entrevistas semiestructuradas son las mejores opciones cuando se aplican por clínicos especializados, conocedores de la psicopatología dentro de la población a estudiar y han reportado mayores índices de confiabilidad que las entrevistas estructuradas, son menos costosas y requieren menos personal (4).

4. El entrenamiento en el ISC es prolongado, mayor a seis meses (9) y la versión actualizada al DSM - IV del K-SADS se encuentra en proceso (10).

5. Las entrevistas semiestructuradas son instrumentos útiles para la evaluación de la psicopatología, curso, respuesta a tratamiento y otros parámetros de poblaciones clínicas.

OBJETIVO.

Obtener la confiabilidad temporal (test - retest) de la Entrevista Semiestructurada para adolescentes (E.S.A).

MATERIAL Y METODOS

POBLACION A ESTUDIAR.

UNIVERSO.

Los sujetos incluidos en la investigación son 30 adolescentes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Hombres y mujeres.
2. - De 13 a 19 años de edad.
- 3.- Alfabetas que hablen fluidamente el idioma español.
- 4.- Aplicación previa de la E.S.A (4-10 días antes)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- No aceptación de la reprobación.
- 2.- No asistencia en el lapso apropiado. (4-10 días)

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, prospectivo inter observador.

INSTRUMENTO.(VER ANEXO I)

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes. (E.S.A)

El instrumento se denomina " Entrevista Semiestructurada para el Adolescente (ESA) " la cual está comprendida por 21 diferentes áreas. Las dos primeras constituyen la parte global de los datos demográficos y generales de los pacientes, las áreas 3 a la 18 constituyen el interrogatorio de los criterios diagnósticos para cada padecimiento. Las áreas 19 y 20 complementan las dos primeras sobre datos generales de los pacientes, El área 21 califica el funcionamiento psicosocial, en una escala tipo Likert adaptada del "Life Base Schedule" (11,12).

Se ha buscado que la ESA mantenga una semiestructura que permita al clínico entrevistador obtener los datos del reporte directo del adolescente y del familiar, de tal manera que el juicio clínico intervenga en casos de diferencias en la información proporcionada. Se recomienda a los clínicos que consideren al momento de calificar, el valor que tiene el reporte de los síntomas externalizados (trastornos: déficit de atención

(TDA), conducta (TC) y oposicionista (TO)) provenientes de los padres (13), y el valor que tiene el reporte de los síntomas internalizados (trastornos: depresivo mayor (TDM) y ansiedad (TA)) provenientes de los adolescentes (14,15,16).

Cabe mencionar que la confiabilidad interinformante (padre-adolescente) no será objeto de estudio en esta entrevista considerando el diseño que se ha optado para la misma, donde el juicio clínico del entrevistador elimina los posibles desacuerdos, sugerimos que el entrevistador agote todos los recursos sobre las fuentes de información, solicitando si fuera necesario el reporte de los maestros o de otros adultos involucrados.

El optar por la codificación simple, al menos dentro de los diagnósticos del eje I (1), en lugar de desarrollar una entrevista específica para un grupo de padecimientos (conductas internalizadas, externalizadas, psicóticas, etc), no es original para este instrumento, ya que otras entrevistas semiestructuradas lo han desarrollado. Tal es el caso del K-SADS (7) que valora los elementos psicóticos y afectivos o del ISC (8) el cual interroga la descripción fenomenológica del trastorno depresivo para niños y adolescentes establecido por su autora (17) y cuenta con una "ISC-addenda", la cual interroga sistemáticamente otros padecimientos incluyendo algunos del eje II (1) como trastornos en el desarrollo de la personalidad (9).

PROCEDIMIENTO.

Los pacientes fueron captados después de la entrevista de urgencias preconsulta, del Instituto Mexicano de Psiquiatría, durante la que se dio un diagnóstico presuncional mediante entrevista clínica ordinaria, manteniéndose el equipo ciego a este diagnóstico. En la siguiente entrevista (cita de primera vez) se aplicó la Entrevista Semiestructurada, con el consentimiento informado tanto del adolescente como del tutor (ver anexo II), por parte de clínicos expertos en el manejo del instrumento. Al terminar la entrevista se solicitó la participación del adolescente y su tutor en una re entrevista a realizar 7 días después (rango 4 a 10), aplicando la re prueba el investigador principal ciego a los diagnósticos previos. Para el llenado de la base de datos el investigador principal rompera el ciego.

ANALISIS DE LA INFORMACION.

Las correlaciones para la confiabilidad temporal serán desarrolladas por medio de la prueba Kappa.

RESULTADOS.

La muestra comprendió 30 sujetos de los cuales 18 eran mujeres y 12 hombres, representando el 60 % y 40% respectivamente. La edad y escolaridad en años promedio de la población estudiada fue de 16 , y 8.8. La calificación del LIFE entre la prueba y la re prueba fué bastante similar, con un buen índice de correlación de 0.721, como se detalla en la tabla 1.

TABLA 1. DATOS DEMOGRAFICOS.

Parámetros.	Promedio +/- Desviación Estandar	
Edad (años)	16	2.14
Escolaridad (años)	8.8	2.03
A) Life Prueba	2.55	.49
B) Life re prueba	2.47	.60
Indice de correlación Life (A-B)	0.721	

El promedio de tiempo de entrevista en la prueba fué un poco mayor al de re prueba (45 a 120 min prueba vs 30 a 110 min re prueba). El periodo promedio entre las entrevistas fue de 8.2 días, con diferencia no significativa por sexo ($F(28)=0.489;p=0.49$), como se detalla en la tabla 2.

TABLA 2. PERIODO INTEREVALUACION.

Lapso prueba reprobada (días)	Mujeres. n.	Hombres. n.	Total. n.
6	3	2	5
7	2	4	6
8	3	1	4
9	5	2	7
10	5	3	8
Total (n)	18	12	30
Promedio +/- Desv. Est.	8.38+/-1.46	8 +/- 1.53	8.2+/-1.48

La distribución de la población de acuerdo a edad y sexo se desglosa en la tabla 3, donde el grupo más grande es el de 13 años, seguido del de 17 años.

TABLA 3. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

Edad. (años)	Mujeres. n	Hombres. n	Total. n
13	5	2	7
14	1	0	1
15	1	2	3
16	3	2	5
17	4	2	6
18	2	1	3
19	2	3	5
TOTAL	18	12	30

En la tabla 3.1 se agrupan los datos de acuerdo a la codificación de la edad en 2 grupos, tomando como punto de corte los 16 años 6 meses, que es la mediana del rango de edad (13 a 19 años).

TABLA 3.1 DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

Edad. (años)	Mujeres. n	Hombres. n	Total. n
Menores 16.5	8	4	12
Mayores 16.5	10	8	18
Total	18	12	30

No encontramos diferencias significativas ($t(28)=0.795;p=0.63$) entre sexo, al analizar el promedio de edad, como se muestra en la tabla 4.

TABLA 4. MEDIA DE EDAD POR SEXO .

Sexo.	Edad. (años)
	Prom +/- Desv. Est.
Mujeres (n=18)	15.77 +/- 2.15
Hombres (n=12)	16.41 +/- 2.15
Global	16.00 +/- 2.14

Al realizar el ANOVA si encontramos diferencias significativas en los promedios de edad ($F(2,27)=10.08;p=0.0005$) entre la escolaridad codificada en 3 subgrupos, lo cual es presumiblemente esperado. Ver tabla 5

TABLA 5. MEDIA DE EDAD POR ESCOLARIDAD.

Escolaridad. (años)	Edad. (años)
	Prom +/- Desv. Est.
Hasta 6 (n=6)	13.50 +/- 1.22
De 7 a 9 (n=15)	16.20 +/- 1.97
Diez o más (n=9)	17.44 +/- 1.33

El máximo y el mínimo de escolaridad, fué de un sólo sujeto del sexo femenino con 13 y 5 años respectivamente. Un tercio de la muestra total (n=10) tuvo 9 años de escolaridad, como se detalla en tabla 6.

TABLA 6. DISTRIBUCION AÑOS DE ESCOLARIDAD POR SEXO.

Escolaridad. (años)	Mujeres. n	Hombres. n	Total. n
5	0	1	1
6	4	1	5
7	2	0	2
8	1	2	3
9	5	5	10
10	3	0	3
11	2	1	3
12	0	2	2
13	1	0	1
Total	18	12	30

La mitad de la muestra con un nivel de escolaridad de secundaria, en curso ó terminada. Ver tabla 7.

TABLA 7. DISTRIBUCION NIVEL ESCOLARIDAD POR SEXO.

Nivel Escolaridad	Mujeres n	Hombres n	Total.
Primaria.	4	2	6
Secundaria	8	7	15
Preparatoria	5	3	8
Profesional	1	0	1

El ANOVA realizado para la calificación de LIFE prueba y re prueba, con las categorías de sexo (tabla 8), edad (tabla 9) y escolaridad (tabla 10) no mostro diferencias significativas.

TABLA 8. RELACION CALIFICACION LIFE, SEXO.

Calificación LIFE	Mujeres n=18 Promedio +/- Desv Est.	Hombres n=12 Promedio +/- Desv Est.	ANOVA
Prueba	2.57 +/- 0.56	2.51 +/- 0.37	F=0.101;p=0.754
Reprueba	2.50 +/- 0.51	2.40 +/- 0.73	F=0.178;p=0.676

TABLA 9. RELACION CALIFICACION LIFE, EDAD.

Calificación LIFE	Menor a 16.5 años n=12 Promedio +/- Desv. Est.	Mayor a 16.5 años. n=18 Promedio +/- Desv. Est.	ANOVA
Prueba	2.53 +/- 0.39	2.55 +/- 0.55	F=0.007;p=0.934
Reprueba	2.46 +/- 0.43	2.46 +/- 0.7	F=0.00;p=0.994

TABLA 10. RELACION CALIFICACION LIFE, ESCOLARIDAD.

Calificación LIFE	Hasta 6 años (n=6) Prom +/- Desv. Est.	De 7 a 9 (n=15) Prom +/- Desv. Est.	Diez o más (n=9) Prom +/- Desv. Est.	ANOVA
Prueba	2.62 +/- 0.25	2.55 +/- 0.59	2.48 +/- 0.45	F=.124;p=.884
Reprueba	2.61 +/- 0.63	2.39 +/- 0.68	2.47 +/- 0.58	F=.273;p=.763

Además del diagnóstico actual la E.S.A. contempla el apartado a lo largo de la vida(longitudinal), el cual también fué incluido, siendo el total de los diagnósticos especificado en la tabla 11.

TABLA 11. NUMERO DE DIAGNOSTICOS.

Diagnóstico	Total	Promedio +/- Desv. Est.
Actual prueba	65	2.16 +/- 1.05
Actual re prueba	64	2.13 +/- 1.13
Longitudinal prueba	81	2.70 +/- 1.46
Longitudinal re prueba	70	2.33 +/- 1.24

La distribución del número de diagnósticos se muestra en la tabla 12, por sexo y edad.

TABLA 12. NUMERO DE DIAGNOSTICOS, FRECUENCIA POR SEXO Y EDAD.

Diagnóstico	Mujeres (n=18)	Hombres (n=12)	Total (n=30)	Menos de 16.5 a (n=12)	Más de 16.5 a (n=18)
Actual prueba	38	27	65	27	38
A. re prueba	38	26	64	25	39
Long. prueba	43	38	81	33	48
L. re prueba	39	31	70	26	44

No hubo diferencias significativas al comparar las medias del número de diagnósticos, con el sexo ni con la edad, denotado en tablas 13 y 14.

TABLA 13. MEDIA DE DIAGNOSTICOS, POR SEXO.

Diagnóstico	Mujeres	Hombres
	Prom +/- Desv. Est.	Prom +/- Desv. Est.
Actual prueba	2.11 +/- 1.02	2.25 +/- 1.13
Actual re prueba	2.11 +/- 1.27	2.16 +/- 0.93
Long. prueba	2.38 +/- 1.33	3.16 +/- 1.58
Long. re prueba	2.16 +/- 1.24	2.58 +/- 1.24

TABLA 14. MEDIA DE DIAGNOSTICOS, POR EDAD.

Diagnóstico	Edad menor 16.5 a		Edad mayor 16.5 a	
	Prom +/-	Desv. Est.	Prom +/-	Desv. Est.
Actual prueba	2.25 +/-	0.96	2.11 +/-	1.13
Actual reprobada	2.08 +/-	0.90	2.16 +/-	1.29
Long. prueba	2.75 +/-	1.48	2.66 +/-	1.49
Long. reprobada	2.16 +/-	0.83	2.44 +/-	1.46

Tampoco se encontraron diferencias significativas en el número total de diagnósticos ni en sus promedios bajo la categoría de escolaridad, como se muestra en las tablas 15 y 16.

TABLA 15. NUMERO DE DIAGNOSTICOS, POR ESCOLARIDAD.

Diagnóstico	Hasta 6 años (n=6)	De 7 a 9 años (n=15)	Diez o más años (n=9)	Total. (n=30)
Actual prueba	13	33	19	65
A. reprobada	14	32	18	64
Long. prueba	15	45	21	81
Long. reprobada	14	37	19	70

TABLA 16. MEDIA DE DIAGNOSTICOS, POR ESCOLARIDAD.

Diagnóstico	Hasta 6 años.		De 7 a 9 años.		Diez o más años.	
	Prom +/-	Desv. Est.	Prom +/-	Desv. Est.	Prom +/-	Desv. Est.
Actual prueba	2.16 +/-	0.75	2.20 +/-	1.12	2.11 +/-	1.26
Actual reprobada	2.33 +/-	1.03	2.13 +/-	1.12	2.00 +/-	1.32
Long. prueba	2.50 +/-	1.04	3.00 +/-	1.64	2.33 +/-	1.41
Long. reprobada	2.33 +/-	1.03	2.46 +/-	1.24	2.11 +/-	1.45

Desglosando el número de diagnósticos por cada paciente, como se muestra en la tabla 17, se puede ver que 19 pacientes coinciden al 100% tanto en la prueba como la re prueba y en los 2 apartados(Dx actual y longitudinal).

TABLA 17. NUMERO DE DIAGNOSTICOS, POR PACIENTE.

Paciente	Actual Prueba	Actual Repba	Long. Prueba	Long. Repba.
1	3	3	3	3
2	2	1	2	1
3	1	1	1	1
4	3	1	4	1
5	1	1	1	1
6	2	2	2	2
7	3	2	5	2
8	2	2	2	2
9	1	2	1	2
10	2	1	2	1
11	1	1	3	3
12	4	3	4	3
13	2	1	2	2
14	1	2	1	2
15	2	4	2	4
16	1	1	1	1
17	5	5	5	5
18	1	0	1	0
19	2	4	4	4
20	2	2	4	2
21	1	2	1	2
22	3	2	3	2
23	4	2	4	2
24	2	2	2	2
25	1	2	1	2
26	2	3	3	4
27	3	4	5	4
28	2	2	2	2
29	3	3	5	3
30	3	3	5	5

Los valores de kappa por cada diagnóstico se especifican en las 2 partes de la tabla 18 y la mayoría resultaron estadísticamente significativos.

TABLA 18. VALORES DE KAPPA (K).

Diagnósticos	K Dx Actual.	Significancia estadística. z	K Dx largo de la vida.	Significancia estadística. z
T. de la alimentación	1.00	29.99	1.00	29.99
T. depresivo mayor	0.598	17.90	0.593	17.78
Distimia	0.403	12.23	0.403	12.22
T. bipolar.	1.00	29.99	1.00	29.99
T. Deficit Atención	0.789	23.72	0.577	18.05
T. conducta.	0.857	17.32	0.595	19.51
T. desafiante	0.516	16.18	0.489	14.66
oposicionista.				
Tics	N.A.	N.S.	0.783	24.05
T. ansiedad de separación	0.583	17.50	0.659	19.77
T. obsesivo compulsivo.	0.464	13.90	0.348	10.69
T. angustia	0.474	16.71	0.474	16.7
Fobia específica	N.A.	N.S.	N.A.	N.S.
Abuso de sustancias	0.651	20.84	0.464	13.9
Dependencia sustancias.	N.A.	N.S.	0.474	16.7
Esquizofrenia	N.A.	N.S.	N.A.	N.S.
T. Eliminación	1	29.99	0.242	11.14

TABLA 18. VALORES DE KAPPA (K).

DIAGNOSTICOS	K Dx Actual	K Dx a lo largo de la vida
Externalizados	0.720	0.553
Internalizados	0.528	0.551
Global	0.592	0.508

Toda Z mayor o igual a 1.96 es estadísticamente significativa, p menor o igual a 0.05.

N.A. No acuerdo.

N.S. No significativo.

DISCUSION.

Como se expresó en los resultados no hubo diferencias significativas en relación a las medias de edad, sexo y escolaridad, al ser comparadas las variables y las categorías entre si.

La muestra estudiada es pequeña, homogénea, población clínica de un centro de atención de tercer nivel, por lo que los datos no pueden ser aplicados a población general. Sin embargo, en otros estudios que han evaluado confiabilidad temporal ha sido el tipo predominante de muestra (4,19,26,31,43,54-56). Aunque existan algunos, que hayan utilizado el DISC y el DICA en población general y clínica. (27,45,49,52)

Es importante hacer mención de que los resultados de la evaluación kappa temporal, siempre son menores a los encontrados para las kappa interevaluador, basicamente debido al fenómeno de atenuación, que toma su nombre precisamente en función a la disminución en el valor de kappa. Se han planteado varias hipótesis explicativas entre las que podemos mencionar la del efecto terapéutico de la catársis de la entrevista diagnóstica, o el cambio clínico en la evolución de los síntomas, ó factores inherentes al paciente o el evaluador como pueden ser malos entendidos al plantear la pregunta o prisa por terminar la entrevista o exceso de confianza en las respuestas. (25-28, 39)

Nuestros resultados en relación al valor de kappa diagnóstica prueba re prueba son mejores al compararlos con las entrevistas estructuradas como el

DICA y el DISC en sus primeras versiones. DICA internalizados rango 0.0 a 0.21, externalizados rango 0.32 a 0.68; DISC promedio global de 0.55 para padres y 0.43 para pacientes. ESA promedio internalizados 0.528, externalizados 0.720 y global 0.592 (4,6,20,24 y 49). Al comparar la ESA con la entrevista semi estructurada de Kiddie SADS la confiabilidad temporal global es discretamente mejor para nuestra entrevista ($k=0.59$ vs $k=0.55$), aunque en otro estudio realizado en Israel se reporta un resultado global mejor para el K-SADS de $K=.78$. (22,31) Como ya se habia hecho mención en la introducción, no hay estudios que evaluen la kappa temporal utilizando la ISC, por eso no se especifican.(8,9,17,18).

Al comparar nuestros resultados con versiones más recientes del DISC como el DISC-R o el DISC 2.1 muestran kappas más similares: (27,32,43,47,52)

Tabla 19. Comparación de valores de kappa.

Diagnósticos.	E.S.A.	DISC-R	DISC 2.1	DISC 2.1 (H)
Externalizados	0.72	0.75	0.66	0.73
Internalizados	0.53	0.55	0.60	0.55
Global.	0.59	0.63	0.64	0.58

(H): Versión hispana.

Se hace resaltar en la tabla que la traducción al español de la versión 2.1 del DISC practicamente coincide a los valores obtenidos con la E.S.A. (45,47,52)

En relación a los trastornos exrternalizados los valores kappa encontrados de 0.720, son mayores que 0.528 para los internalizados. Nuestros resultados son consistentes con los encontrados en la literatura

internacional.(13,14,20,21,27,32,43,45,47,49,50,52-54 y 56) Considerando que los trastornos externalizados son más disruptivos, llaman más la atención y generan más malestar al estar más relacionados con conducta , en contraste con los internalizados cuya vivencia es más subjetiva y su permanencia menos evidente al estar más relacionados con el afecto.

La comparación de la confiabilidad temporal por cada diagnóstico con la literatura, también se esquematiza en una tabla: (22,27,31,43,49,51-53 y 55)

Tabla 20. Comparación valores kappa.

Diagnóstico	E.S.A.	K-SADS		DICA - R	
T. D. M.	.598	.572	.54	.45	.45
Distimia.	.403	—	—	.40	—
T. A. S.	.583	—	—	—	.40
T. D. A.	.789	—	—	.24	.29
T. D. O.	.516	—	—	.28	.50
T. Conducta	.857	—	.63	.92	.17

Diagnóstico.	E.S.A.	DISC - R			DISC 2.1	
T. D. M.	.598	.71	.52	.77	*	.73
Distimia.	.403	---	---	---	.70*	.69
T. A. S.	.583	.80	---	.72	---	.77
T. D. A.	.789	.56	.61	.55	.68	.38
T. D.O.	.516	.59	.39	.16	.61	.59
T. C.	.857	.50	.49	.55	.71	.90

(*): El valor representa depresión mayor y distimia. (-): No DATO disponible. Cada columna esta subdividida y cada una de éstas expresa un estudio distinto. T.D.M.: Trastorno depresivo mayor, T.A.S.: Trastorno de ansiedad de separación, T.D.A.: Trastorno por déficit de atención, T.D.O.: Trastorno desafiante oposicionista, T.C.: Trastorno de conducta.

La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (E.S.A:) también plantea el cuestionamiento de cada reactivo a lo largo de la vida (longitudinal), incluyéndose en este apartado todos los reactivos del instrumento. Esta aproximación plantea mayores opciones diagnósticas y una visión más integral de cada caso, aunque exista polémica acerca de si la gente realmente pueda recordar eventos en forma precisa después de lapso mayores a un año.(23) En cuanto al número total de diagnósticos, es de esperarse que sean más en las filas de a lo largo de la vida, por el mayor lapso que abarcan (ver tabla 11).

Resulta interesante que la marcada diferencia que existe entre la confiabilidad de los trastorno externalizados e internalizados, ya comentada ampliamente, prácticamente desaparece cuando se evalúa la confiabilidad a lo

largo de la vida (Externalizados 0.553 vs Internalizados 0.551). La confiabilidad a lo largo de la vida para el Trastorno de Ansiedad de Separación, que va en la línea de los trastornos internalizados, fué mayor que para el episodio actual. No encontramos en la literatura revisada comentarios a este respecto. Consideramos que antes de trazar conjeturas, deberán ampliarse estos hallazgos, en futuras investigaciones. Algunas hipótesis explicativas son, el tipo de población adolescente es más susceptible y su vivencia subjetiva más intensa resalta las cuestiones afectivas, ó que muchos de los trastornos externalizados como el TDA, TDO y TC pasan como "inquietud normal de la infancia". (12-14,30 y 34)

La confiabilidad para distimia y trastorno de angustia (crisis) no cambio entre el episodio actual y a lo largo de la vida. En el caso de la distimia, que también se considera dentro de los trastornos internalizados, es conveniente tomar en cuenta que es un trastorno de larga evolución y pocas manifestaciones conductuales evidentes, salvo la irritabilidad o cambios en el ánimo, que, también suelen pasar como " normales en la adolescencia". (34)

La confiabilidad para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, TOC, abuso de sustancias, y TDA, TDO y TC mayor para el episodio actual que a lo largo de la vida, es quizá de esperarse desde la perspectiva de ser éstos diagnósticos de la intensidad y duración suficiente como para superar el umbral subclínico, generar cambios conductuales, disrupción social ó significativo deterioro, que "obligan" a la búsqueda de atención especializada.

Por las características de la población hubo algunos diagnósticos en los que no se llegó acuerdo, como fueron para el episodio actual tics, fobia, y dependencia a sustancias. En a lo largo de la vida solamente en fobia. Así como diagnósticos con acuerdo perfecto con kappa de 1, que fué de un sólo paciente en trastornos de alimentación y trastorno bipolar por igual en episodio actual y a lo largo de la vida, para el primero además trastornos de eliminación (enuresis). Para el análisis estadístico ninguno fue tomado en cuenta.

Una de las limitantes más importantes fue la falta de los parámetros de "BASE RATE", para estipular los rangos de la kappa de acuerdo al estudio, pero al menos con otras entrevistas es similar y particularmente casi idéntica con la versión hispana del DISC 2.1.(45,47,52). Esto en parte por la escasa muestra y por el diseño de la investigación.

CONCLUSIONES.

La confiabilidad temporal de la ESA(Entrevista semiestructurada para adolescentes) es aceptable al compararla con otros instrumentos similares.

La E.S.A puede ser utilizada en investigaciones clínicas más extensas para el diagnóstico en adolescentes de acuerdo al DSM IV.

Es necesario realizar más comparaciones entre el episodio actual y a lo largo de la vida, con muestras más grandes.

La ESA es un instrumento que permite aproximaciones diagnósticas sin necesidad de utilizar métodos o fórmulas complicadas.

La ESA permite una aproximación sistematizada a la psicopatología de los adolescentes.

BIBLIOGRAFIA.

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statitiscal Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association Press, 1994.
2. Lara-Muñoz MC, Ortega-Soto H. "¿La Clinimetría o la psicometría? Medición en la Práctica Psiquiátrica". *Salud Mental*, 18:33-40, 1995.
3. Vazquez-Barquero S, "La Entrevista Estructurada en Psiquiatría, SCAN". *Rev Asoc. Esp Neuropsiquiatría*, 23:19-28, 1993.
4. Edelbrock C & Costello A, " Structured Psychiatric Interviews for Children", en *Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology*, de Rutter M y cols, The Guilford Press N.Y., p 87-112, 1988.
5. Herjanic B y cols, "Development of a structured Psychiatric Interview for Children Agreement Between Child and Parent on Individual Symptoms" *J Abnormal Child Psychology*, 10: 307-324, 1982.
6. Costello A y cols. " THE NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children " (DISC), Unpublished Interview Schedule, Dep. of Psychiatric University of Pittsburgh, 1982.

7. Puig-Antich y cols, " The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children", Unpublished Interview Schedule, New York State psychiatric Institute, 1978.

8. Kovacs M, "The Interview Schedule for Children (ISC)" Unpublished Interview Schedule, Dep. of Psychiatric University of Pittsburgh, 1982.

9. Kovacs M, comunicación personal, 1995.

10. Ambrossini, comunicación personal, 1995.

11. Keller D, Lavori P, Friedman B y cols, " The Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation: A Comprehensive Method for Assessing Outcome in Prospective Longitudinal Studies", Arch Gen Psychiatry, 44: 540 - 548, 1987.

12. Roa 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.

13. Szatmari P., Boyle M & Offord D., "ADDH and Conduct Disorder: Degree of Diagnostic Overlap and Differencies correlates". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 28: 865 - 872, 1989.

14. Angold A., Weissman M., John K. y cols. " Parent and Child Reports of depressive Symptoms in Children at Low and High Risk of Depression". J Child Psychol Psychiat. 28: 901 - 915, 1987.

15. Angold A., Weissman M., John K. y cols. "The Effects of Age and Sex on Depression Ratings in Children and Adolescents". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 30: 67 - 74, 1991.
16. Mattanah J., Becker D., Levy K. y cols. "Diagnostic Stability in adolescents Followed Up 2 Year After Hospitalization". *Am J Psychiatry*. 152: 889 - 894, 1995.
17. Kovacs M & Gatsonis C. "Stability and Change in Childhood-Onset Depressive Disorders: Longitudinal Course as a Diagnostic Validator". In Robins L, Barrett J eds. *The Validity of Psychiatric Diagnosis*. New York, NY: Raven Press, p. 57 - 75, 1989.
18. Kovacs M. "The Interview Schedule for Children (ISC)". *Psychopharmacology Bull*, 21: 991 - 994, 1985.
19. Mcd J. "Major Research Advances" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34: 10, 1995.
20. Rutter M. "Longitudinal data in tje Study of Causal Processes: Some Uses and Some Pitfalls", in *Studies of Psychosocial Risk: The Power of Longitudinal Data*". de M Rutter, Cambridge Univ Press, Cambridge, 1988.
21. Schacar R, Tannock R, y cols. "Test of 4 Hypotheses for the Comorbidity of Attention-Deficit-Hiperactivity Disorder and Conduct Disorder" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34: 639 -648, 1995.

22. Apter A., Orvaschel H., Laseg M. y cols. " Psychometric properties of the K-SADS-P in an Israeli adolescent inpatient population. " J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 28(1): 61-65, 1989.

23. Jenkins D., Hurst M., Rose R. " Life changes. Do people really remember ? " Arch. Gen. Psychiatry. 36: 379 - 384; 1979

24. Weinstein S., Stone K., Schwab-Stone M., " Convergence of DSM III diagnoses and self reported symptoms in child and adolescent inpatients " J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 29(4): 627-634, 1990.

25. Shrout P., Spitzer R., Fleiss J. " Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited" Arch. Gen Psychiatry 44: 172-177; 1987.

26. Andreasen N.C., Grove W.M., Shapiro R.W. " Reliability of lifetime diagnosis, A multicenter collaborative prespective" Arch Gen. Psychiatry 38: 400-5; 1981.

27. Jensen Peter, Roper Margaret, Fisher Prudence " Test - retest reliability of the diagnostic interview schedule for children(DISC 2.1). Parent, child, and combined algorithms." Arch Gen. Psychiatry 52: 61-71; 1995.

28. Grove W.M., Andreasen N.C., McDonald-Scott P. " Reliability studies of psychiatric diagnoses, theory and practice " Arch Gen. Psychiatry 38: 408-413; 1981.

29. Regier D.A., Burke J.D. " Epidemiology "en Kaplan H.I., Sadock B.J. eds, Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore Maryland. Williams and Wilkins p: 377-97; 1995.
30. Young J.G., Kaplan D., Pascualvaca D., " Psychiatric examination of the infant, child and adolescent "en Kaplan H.I., Sadock B.J. eds, Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore Maryland. Williams and Wilkins p: 2169-2206; 1995.
31. Chambers W.J., Puig-Antich J., Hirsch M. " The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test retest reliability of the SADS for school age children, present episode version " Arch. Gen. Psychiatry 42: 696-702; 1985.
32. Shaffer D., Schwab-Stone, Fisher P. et al. " The diagnostic Interview schedule revised version: 1. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability" J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32(3): 643-650; 1993.
33. Dawson Saunders, Robert G. Trapp Bioestadística médica. Manual Moderno México 1993. p: 67-68 y 312-313.
34. Saucedo García Juan Manuel. " Normalidad y psicopatología en la adolescencia" Rev. Mex. Pediat. 61(3): 153-157; 1994.
35. Rutter M., Graham P., Chadwick O, et al. " Adolescent turmoil fact or fiction? J. Child Psychol Psychiatry 17: 35-56; 1976.

36. Offord D.R., Boyle M.H., Szatmari P., et al. " Ontario child health study : II six months prevalence of disorders and rates of service utilization. Arch Gen. Psych 44:832-36;1987.
37. McGee R., Feehan R., Williams S., et al. " DSM III disorders in a large sample of adolescents " J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29: 611-19; 1990.
38. Kraemer H.C. " Charlie Brown and statistics: An exchange" Arch Gen. Psych 44: 192-195; 1987.
39. Robins Lee N. " Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric interviews" Arch. Gen Psych. 42: 918-924; 1985
40. Reid J.B., Patterson J.R., Baldwin D.V., Dishion T.J., "Observations in the assesment of childhood disorders", en Assesment and Diagnosis in Child Psycho-pathology, de Rutter M y cols, The Guilford Press N.Y., p 156-195, 1988.
41. Faraone Stephen V., Tsuang Ming T., " Measuring diagnostic accuracy in the absence of a "gold standad"". Am J. Psychiatry 51: 650-57; 1994.
42. Achenbach T.M., " Integrating assesment and taxonomy", en Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology, de Rutter M y cols, The Guilford Press N.Y., p: 300-343, 1988.

43.Schwab-Stone, Fisher P., Piacentini J., et al. " The diagnostic Interview schedule for children-Revised version(DISC-R): II. Test-Retest reliability"J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32(3): 651-657; 1993.

44.Rice J.P., Rochberg N., Endicott J, et al. " Stability of psychiatric diagnoses. An application to the affective disorders". Arch. Gen. Psych. 49: 824-30;1992.

45.Rubio-Stipec M., Shrout P.E., Canino G., et al. " Empirically defined symptom scales using DISC 2.3". J. Abnormal Child Psychol. 24 (1): 67-83; 1996.

46.Rutter M., Tuma A.H.," Diagnosis and classification: Some outstanding issues", en Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology, de Rutter M y cols, The Guilford Press N.Y., p: 437-452, 1988.

47.Rubio-Stipec M., Canino G., Shrout P.E., et al. " Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatry epidemiology with the spanish diagnostic interview schedule for children (DISC. 2.1). J. Abnormal Child Psychol. 22 (6): 703-19; 1994.

48. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statitiscal Manual of Mental Disorders, Third Edition Revisited. Washington, DC, American Psychiatric Association Press, 1987.

49. Boyle M.H., Offord D.R., Racine Y., et al. "Evaluation of the diagnostic interview for children and adolescents for use in general population samples" *J. Abnormal Child Psychol.* 21: 663-681;1993.

50. Jensen P.S., Salzberg A.D., Richters J.E., et al. "Scales, diagnoses, and child psychopathology: 1. CBCL and DISC relationships" *J. Am Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 32: 397-406; 1993.

51 Reich Wendy, Cottler Linda, McCallum Kimberli, et al.." Computerized interviews as a method of assessing psychopathology in children" *Compr. Psychiatry* 36:40-45;1995.

52. Ribera J.C., Canino G., Rubio-Stipec M., et al. " The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1) in Spanish: Reliability in Hispanic Population" *J. Child Psychol. Psychiat* 37(2): 195-204; 1996.

53. Piacentini J., Shaffer D., Fisher P.,et al. " The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): III. Concurrent Criterion Validity." *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 32: 658-665; 1993.

54. Fisher P.W., Shaffer D., Piacentini J.C., et al. "Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd Edition (DISC 2.1) for specific diagnoses of children and adolescents" *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 32: 666-673; 1993.

55. Schwab-Stone M., Fallon T., Briggs M., et al. "Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years: A test retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised" *Am. J. Psychiatry* 151: 1048-1054;1994.

56. Aronen E.T., Noam G.G., Weinstein S.R. " Structured diagnostic interviews and clinicians' discharge diagnoses in hospitalized adolescents" *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 32: 674-681; 1993.

57. Apter A., Bleich A., Plutchik R., et al. "Suicidal Behavior, Depression, and Conduct Disorder in Hospitalized Adolescents" *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 27: 696-699; 1988.

ANEXO I

**Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)
del Instituto Mexicano de Psiquiatría
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)**

Indice

A. Presentación	2
B. Procedimiento	2
1. Datos Generales	3
2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual	4
3. Trastorno Depresivo Mayor	5 - 6
4. Distimia	6 - 7
5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)	7 - 8
6. Trastorno por Déficit de Atención	8 - 9
7. Trastorno de Conducta	9 -10
8. Trastorno Desafiante Oposicionista	10-11
9. Trastornos por Tics	11-12
Trastorno por Tics Transitorio	11
Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal	12
Trastorno Gilles Tourette	12
10. Trastorno de Ansiedad de Separación	12-13
11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	13-14
12. Trastorno de Crisis de Angustia (Agorafobia)	14-15
13. Trastorno por Fobia Específica	16
14. Abuso de Sustancias	16-17
15. Dependencia de Sustancias	17
16. Esquizofrenia	17-19
17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual	19
18. Trastornos de la Eliminación	20-21
Enuresis	20
Encopresis	20-21
19. Historia del Desarrollo	21-22
Embarazo y Parto	21
Desarrollo Motor	21
Desarrollo Lenguaje	21
Desarrollo Social-Adaptativo	21
Desarrollo Académico	22
Desarrollo de los Hábitos	22
Desarrollo Sexual	22
20. Antecedentes	22-23
Antecedentes Personales No Patológicos	22
Antecedentes Personales Patológicos	23
Antecedentes Heredo-Familiares	23
21 Evaluación del Funcionamiento Psicosocial	23-24

A. Presentación

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a adolescentes entre los 13 y los 19 años.

B. Procedimiento

El entrevistador debe presentarse, explicando al paciente se trata de una entrevista bajo un diseño específico por lo que la mayoría de las preguntas ya están establecidas y obligan a ciertas restricciones en las respuestas, sin embargo al final de la misma, el paciente tendrá tiempo suficiente para profundizar en cualquier área que así lo desee.

Se debe solicitar la autorización por escrito del adolescente y de uno de los padres para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y sólo servirán para fines científicos, si el adolescente se niega, se deberá insistir tratando de indagar los motivos por los cuáles pudiera negarse, explicándole detalladamente el procedimiento y haciendo énfasis en la confidencialidad, si pese a esto persiste en su negativa, la entrevista se suspende en este momento.

La entrevista se realizará con el adolescente y con la presencia de uno o ambos padres o tutores, los apartados de consumo de alcohol y sustancias y del área sexual se buscará interrogar en privado con el paciente.

Todas las preguntas están orientadas al adolescente, se debe solicitar al padre que participe en las respuestas cuando se percate de imperfecciones u omisiones en lo contestado por su hijo; en caso de diferencias se buscará un acuerdo entre ambos, si después de esto persistieran queda a criterio del entrevistador consignar la respuesta. Debe tenerse en consideración que las conductas externalizadas incluyendo el área de los trastornos de conducta, opositorista desafiante y déficit de atención pueden ser bien reportadas por los padres, las conductas internalizadas incluyendo el área de los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser bien reportadas por los adolescentes.

1. Datos Generales

- 1.1. ¿Cómo te llamas?
- 1.2. ¿Cuántos años tienes? (codificar al lado el número de expediente de la institución)
- 1.3. ¿Cuándo y dónde naciste? (*día, mes y año, así como ciudad, edo. y país*)
- 1.4. ¿Qué estudias, en que escuela, (*especificar si es escuela pública o privada*) y en que año estás o cuál fue el último curso que terminaste?
- 1.5. (*Sólo si no estudia actualmente*) ¿Hace cuánto tiempo (*en meses*) dejaste de estudiar? (*Anotar cuántos periodos y por cuánto tiempo (en meses) cada uno, dejó en alguna ocasión de estudiar*)
- 1.6. ¿Alguna vez reprobaste año desde la primaria (*en caso afirmativo*) cuáles?
- 1.7. ¿Estás trabajando, cuánto tiempo llevas trabajando? (*buscar que el adolescente detalle sobre las características del trabajo*)
- 1.8. ¿Cuántos trabajos has tenido? (*buscar que el adolescente detalle cada uno de éstos*)
- 1.9. ¿Cuál es tu dirección?
- 1.10. ¿Cuál es tu teléfono (*si no tiene teléfono*) en qué teléfono podemos localizarte y de quién es?
- 1.11. ¿Con quién vives? (*Detallar edades de cada uno de los familiares con los que vive, sino menciona a uno de los dos padres preguntar dirigidamente por él/ella con motivo de muerte, separación, etc. o tiempo de no verlo*)
- 1.12. ¿Desde hace cuánto vives con ellos?
- 1.13. ¿Qué religión tienes?

(Interrogatorio dirigido al padre)

- 1.14. ¿Cuál es su nombre y edad?
- 1.15. ¿Cuál es su relación con el paciente (*es el padre o la madre u otro familiar*)?
- 1.16. ¿Cuáles son sus estudios?
- 1.17. ¿Cuál es su ocupación?
- 1.18. ¿Vive usted con el paciente?

2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual

Preguntarle al adolescente si viene por su propia voluntad o si es traído sin su total aprobación, comenzar el interrogatorio centrados en el paciente dirigiendo las preguntas directamente al adolescente.

2.1. ¿Porqué vienes con nosotros, en que podemos ayudarte?

Posteriormente se preguntará al adulto que lo acompaña:

2.1. ¿En qué podemos servirle, cuál es el problema de su hijo?

Se recomienda que una vez expresado el motivo de consulta y el problema inicialmente referido se haga un interrogatorio por áreas abarcando la familiar, la escolar, la de amigos, la laboral, etc.

2.2 al 2.5. ¿Qué otros problemas tienes?

Una vez que el paciente y el padre consideren agotados los problemas que llevaron al paciente a consulta el entrevistador enumerará de forma sintomática o sindromática los problemas referidos por el paciente, solicitando su acuerdo y marcando su evolución en semanas (listado del 2.1 al 2.5 en la hoja de respuestas). Cuando el entrevistador tenga claro el motivo de consulta y el padecimiento actual del adolescente, decidirá cuál será el orden de aplicación de los diferentes apartados conforme a la enumeración hecha de los mismos. Deberá igualmente decidir si el interrogatorio se realizará para el padecimiento actual, a lo largo de la vida o ambos, se consignará la presencia o la ausencia del síntoma así como tiempo de evolución en la hoja de respuestas, debe recordarse que puede establecerse el síntoma como un elemento caracterológico y así deberá consignarse en la hoja de respuestas en rasgo. Es posible que también exista duda sobre el síntoma aun después de un interrogatorio completo o bien que la exploración fuera incompleta ésto deberá quedar registrado en cada síntoma. Existen puntos de salto que permiten acelerar la entrevista cuando no existe evidencia de síntomas fundamentales del apartado, estos puntos de salto están marcados en algunas áreas con letras cursivas.

Se recomienda permitirle tribuna libre al paciente o al familiar, otorgando una duración aproximada de 15 a 30 minutos en este apartado.

3. Trastorno Depresivo Mayor

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 3.1 ¿Has tenido algún cambio en el estado de ánimo, te sientes triste o enojado?
- 3.2 ¿Disfrutas hacer las cosas tanto como antes, salir con amigos, ver la T.V., ir al cine?
- 3.3. ¿Has bajado de peso sin estar a dieta?
- 3.4. ¿Tienes problemas para dormir, te cuesta trabajo empezar, te levantas a mitad de la noche o mucho antes de la hora que acostumbras o duermes de más durante el día?
- 3.5. ¿Has estado más agitado o inquieto o por el contrario lento en los movimientos?
- 3.6. ¿Te has sentido cansado o con menos energía?
- 3.7. ¿Te has sentido inútil o muy culpable?
- 3.8. ¿Has tenido problemas para poner atención, concentrarte o te has sentido muy indeciso?
- 3.9. ¿Te han surgido ideas continuas sobre la muerte o el suicidio?
- 3.10. ¿En algún momento durante la última semana te has sentido muy alegre, con mucha seguridad en ti mismo, duermes mucho menos, hablas continuamente o sientas que tus ideas pasan muy rápidamente?
- 3.11. ¿Estos síntomas que me has referido te han ocasionado problemas o han deteriorado tu funcionamiento en la casa, con tus amigos, en la escuela o en el trabajo?
- 3.12. ¿Estos síntomas se han presentado asociados al estar consumiendo alguna medicina o alguna droga o vinculados con cualquier otro padecimiento fuera de los psiquiátricos?
- 3.13. ¿Ha muerto algún familiar cercano o algún amigo en los últimos meses?

3.14. ¿Hace cuánto?

Criterios de Corroboración para el Trastorno Depresivo Mayor

Se recomienda que los siguientes cuatro reactivos se confirmen como un listado de chequeo con el paciente y el padre cuando al menos cuatro síntomas del TDM estén presentes.

(Si el paciente no cumple con cuatro síntomas del apartado 3 se pasará al siguiente apartado)

3.15. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos te has sentido triste o infeliz o con sufrimiento o con llanto? *(Debe haber evidencia expresada recientemente de tristeza, infelicidad, sufrimiento o llanto)*

3.16 ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos has tenido un cambio de conducta en tu casa o en la escuela o con tus amigos? *(Deben haber antecedentes de un cambio de conducta de las últimas dos semanas hasta hace un año)*

3.17. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que en los últimos tiempos has tenido problemas en tus actividades en casa o con tus amigos o has bajado en tu desempeño escolar? *(Debe haber evidencia de un deterioro reciente en las actividades sociales y/o una declinación en el desarrollo académico)*

3.18. *Dos o más de los siguientes síntomas deberán estar presentes: problemas para dormir, problemas con el apetito, pérdida de la energía o del interés usual, reducción de las actividades, expresar ideas de autodepreciación, amenazas o conductas suicidas.*

4. Distimia

¿Durante todo un año o más tiempo te has sentido triste o enojado la mayor parte del tiempo?

(Si es negativa la respuesta se debe suspender el interrogatorio de distimia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá

preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

4.1. ¿Durante el último año has estado triste o sintiéndote enojado la mayor parte del tiempo, (dos de los siguientes seis) con poco apetito o comiendo de más, con insomnio o durmiendo mucho, con poca energía o fatigado, sintiéndote que vales poco, con pobre concentración y dificultades para tomar decisiones o sin esperanzas?

4.2. Me has dicho que hasta por lo menos un año te has sentido triste la mayor parte del tiempo, en alguna ocasión durante este periodo ha habido algún tiempo hasta de dos semanas o más en los cuales la tristeza fuera mucho más importante? *(Se debe descartar la presencia de un TDM durante el año de aparición de la distimia y sólo se consignara depresión doble si el TDM comenzó después del año)*

4.3 ¿Durante el año o el periodo en que han aparecido estos síntomas te has sentido excesivamente alegre o acelerado o ha habido episodios mixtos de tristeza y alegría?

4.4. ¿Durante este tiempo en el cual te has sentido triste has tenido la completa seguridad que alguien te perseguía y te quería hacer daño o que escucharas voces, vieras imágenes, luces o sombras, te llegaran olores extraño o sintieras que te tocaran de forma continua.? *(Se debe de descartar la presencia de sintomatología psicótica crónica)*

4.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

4.6. ¿Los síntomas han provocado algún problema en tus actividades escolares, familiares o con las amistades?

5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)

El entrevistador debe corroborar la presencia de un episodio anormal, persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable con duración mínima de una semana. Este criterio pudo haber sido interrogado dentro del apartado de TDM de manera suficiente, si no fuera así deberá proseguir el interrogatorio.

(Si no se cumple con este criterio de la definición de manía se descarta el resto del interrogatorio para el apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 5.1. ¿Te has sentido con una gran autoestima, te sientes grandioso? ¿Sientes que eres el mejor?
- 5.2. ¿Has tenido poca necesidad de dormir, te sientes descansado durmiendo sólo tres horas?
- 5.3. ¿Has estado mucho más platicador?
- 5.4. ¿Tienes la sensación que tus ideas van muy rápido?
- 5.5. ¿Has tenido problemas para poner atención y te distraes por cualquier cosa?
- 5.6. ¿Has estado muy agitado o inquieto con tus amigos, en la escuela o en la casa?
- 5.7. ¿Has tenido mayor actividad sexual que la usual, o has iniciado negocios con una fuerte inversión o has gastado mucho más dinero de lo acostumbrado?
- 5.8. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en la escuela, la casa, los amigos o el trabajo?
- 5.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

6. Trastorno por Déficit de Atención

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 6.1. ¿Tienes problemas para poner atención o eres de los que comenten errores por falta de cuidado en el trabajo escolar o en cualquier actividad?
- 6.2. ¿Tienes problemas para mantener la atención en tareas o en juegos?
- 6.3. ¿Te han dicho que pareciera que no escuchas cuando se te habla?
- 6.4. ¿Te cuesta trabajo seguir las instrucciones o terminar las tareas?
- 6.5. ¿Se te dificulta organizar tus tareas o actividades?

6.6. ¿Te molestan o evitas las tareas o trabajos donde debas mantener la atención por un buen rato, sostenidamente?

6.7. ¿Eres de los que pierden fácilmente las cosas?

6.8. ¿Eres de los que se distraen por cualquier cosa?

6.9. ¿Se te olvidan los trabajos que debes hacer durante el día?

6.10. ¿Eres de los que se mueven continuamente, se frotan las manos o están de un lado a otro en el asiento?

6.11. ¿Eres de los que se paran del asiento cuando deberías permanecer sentado, como pudiera suceder en la escuela?

6.12. ¿Tienes una sensación continua de estar inquieto o de chico corrías en lugares en donde no se debía?

6.13. ¿Eres de los que no pueden jugar calladamente?

6.14. ¿Andas como si trajeras un motor puesto?

6.15. ¿Eres de los que habla mucho?

6.16. ¿Eres de los que contestas antes de terminar de hacerte la pregunta?

6.17. ¿Se te dificulta esperar tu turno, en las filas, etc.?

6.18. ¿Eres de los que llegas e interrumpes las conversaciones o los juegos?

6.19. ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los siete años?

6.20. ¿Has tenido algún problema debido a los síntomas en la escuela, la casa o con tus amigos?

6.21. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

7. Trastorno de Conducta

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

7.1. ¿Amenazas o intimidas a otros?

7.2. ¿Eres de los que inician peleas físicas?

7.3. ¿Has utilizado algún instrumento para herir o dañar?

7.4. ¿Has maltratado físicamente a un animal?

7.5. ¿Has maltratado físicamente a una persona?

- 7.6. ¿Has robado sin enfrentarte al dueño?
7.7. ¿Has robado enfrentándote al dueño?
7.8. ¿Has obligado a alguien a tener relaciones sexuales?
7.9. ¿Has incendiado buscando causar daño?
7.10. Has destruido deliberadamente la propiedad de otros?
7.11. ¿Te has metido al auto o la casa de alguien sin su permiso?
7.12. ¿Eres mentiroso para obtener un beneficio a tu favor o evitar hacer obligaciones?
7.13. ¿Te has quedado fuera de casa en alguna ocasión pese a que te lo prohibieran? (antes de los 13 años)
7.14. ¿Te has escapado en la noche? (más de dos veces o una si tarda en regresar)
7.15. ¿Te has ido de pinta? (antes de los 13 años)
- 7.16. ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con tus amigos?

8. Trastorno Desafiante Oposicionista

¿Dirías tu que eres una persona negativista que a todo dices que no, que llevas la contraria, que eres agresivo y que desafías sobre todo la autoridad de los adultos ya sean tus padres o maestros? *(El entrevistador debe determinar por medio de cuestionamiento directo al adolescente y al padre la presencia de una conducta negativista, hostil (agresiva) y desafiante durante los últimos 6 meses.)*

(Si se responde negativamente a la presencia de esta conducta, se descarta el interrogatorio de Trastorno Desafiante Oposicionista)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 8.1. ¿Es seguido que pierdas la calma?
8.2. ¿Es frecuente que discutas con los adultos?
8.3. ¿Eres de los que seguido desafías o desobedeces las reglas de los adultos?
8.4. ¿Es frecuente que molestes a los demás?
8.5. ¿Culpas a otros de tus errores?
8.6. ¿Te irritas y enojas fácilmente por lo que otros te dicen?
8.7. ¿Estás frecuentemente enojado y resentido?
8.8. ¿Eres malicioso y vengativo?

8.9. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?

8.10. Estos síntomas deben de presentarse independientes a un trastorno psicótico o depresivo. *(Puede incluirse la presentación mixta si durante el periodo de la manifestación existieron independientemente).*

8.11. El adolescente no debe tener diagnóstico conjunto de trastorno de conducta y de ser mayor de 18 años no se deberá cumplir con criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.

9. Trastornos por Tics

¿Tienes algún movimiento o haces ruidos extraños con la boca (vocalización estereotipada), que te venga de repente, que sea rápida, que se repita (recurrente) y que no tenga ningún ritmo (arrítmica), como tics?

(Si responde negativamente a la definición operacional de tic, se descarta el interrogatorio de Trastornos por Tics)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

Trastorno por Tics Transitorio

9.1. ¿Has tenido múltiples tics motores y/o vocales?

9.2. ¿Los tics se te han presentado muchas veces al día, casi todos los días las últimas 4 semanas pero no más de 12 meses consecutivos?

9.3. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.4. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal

- 9.6. ¿Has tenido uno o múltiples tics motores o vocales, pero no ambos simultáneamente?
- 9.7. ¿Los tics se presentan muchas veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca has estado más de 3 meses consecutivos sin la molestia?
- 9.8. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.9. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?
- 9.11. (El Trastorno de G. Tourette siempre ha estado ausente)

Trastorno de G. Tourette

- 9.12. ¿Has tenido tanto tics motores como vocales en algún momento de la enfermedad aunque no sean simultáneos?
- 9.13. ¿Los tics se te presentan muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo de 3 meses sin ellos?
- 9.14. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.15. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.16. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

10. Trastorno de Ansiedad de Separación

¿Te da mucho miedo separarte de tus papás o salir de tu casa o piensas que algo muy malo les pueda pasar?

Si responde negativamente se suspende el interrogatorio para este apartado

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 10.1. ¿Te pones muy nervioso o te da mucho miedo cuando te separas de tu casa, de tu mamá o de tu papá?
- 10.2. ¿Te preocupa mucho que se pueda enfermar o que algo le pueda pasar a tu mamá o tu papá?
- 10.3. ¿Tienes miedo a que te separen de tu mamá o tu papá?
- 10.4. ¿Has dejado de ir a la escuela o de ir a otro lado por miedo a separarte de tu casa o papás?
- 10.5. ¿Te da miedo estar solo o sin adultos?
- 10.6. ¿Te da miedo dormir solo o fuera de la casa?
- 10.7. ¿Tienes pesadillas frecuentes?
- 10.8. ¿Eres de los que continuamente se están quejando de un dolor o una molestia en el cuerpo?
- 10.9. ¿Llevas 4 semanas con estas molestias?
- 10.10. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

¿Tienes o has tenido ideas, imágenes o conductas repetitivas, que te incomoden, que las sientas ajenas, que te ocupen por más de una hora al día y que te produzcan malestar?, por ejemplo, hay persona que piensan continuamente que al saludar a los demás se contaminarán las manos y deben lavárselas continuamente, ésto los ocupa hasta una hora o más al día, ¿te sucede eso a ti o algo similar?

(Si responde negativamente a la pregunta, se descarta el interrogatorio completo de trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 11.1. ¿Tienes imágenes, impulsos o pensamientos continuos (persistentes o recurrente) que se repitan, que te sientas incómodo con ellos, que los sientas ajenos a ti, que te invaden (intrusivos e inapropiados) y que te produzcan ansiedad y tensión?
- 11.2. ¿Estas imágenes, impulsos o pensamientos son más que preocupaciones simples en torno a los problemas convencionales de la vida diaria?

11.3. ¿Has intentado ignorar o suprimir las imágenes, impulsos o pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones?

11.4. ¿Reconoces que las imágenes, impulsos o pensamientos son producto de tu mente o piensas que una fuerza extraña domina tus acciones y tus pensamientos?

11.5 ¿Tienes conductas repetitivas como lavarte las manos o rezar y hablar en quedito o estar contando las cosas? ¿Sientes que ésto lo haces por una idea obsesiva o por ciertas reglas que deben de ser aplicadas rígidamente?

11.6. ¿Cuándo tienes estas conductas te sientes menos tenso o te relajas? (El entrevistador debe determinar si las conductas están conectadas realísticamente al motivo que las originó, si las neutraliza, si las previene o son claramente excesivas).

11.7. ¿Has reconocido en alguna ocasión que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables? (Este criterio no se aplica en niños, queda a criterio del entrevistador aplicarlo en el adolescente).

11.8 ¿Las obsesiones y las compulsiones te generan mucha tensión, te ocupan mucho, más de una hora al día, o interfieren significativamente con tu rutina normal diaria, con tu trabajo o tus estudios o en tus relaciones sociales o de amigos?

11.9.El entrevistador debe determinar que las obsesiones o las compulsiones no estén restringidas al contexto de otra patología del eje I comórbido, por ejemplo: preocupación por la comida en un trastorno del comer, jalarse los cabellos en la presencia de tricotilomanía, preocupación por las drogas en el caso de abuso o dependencia, etc.

11.10¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12. Crisis de Angustia

¿Has tenido durante un periodo específico mucho miedo y tensión que te venga de repente te dure algún tiempo y luego se te quite con alguno (*deben estar presentes por lo menos cuatro*) de éstos síntomas: aceleración del corazón, palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de desbordarte, molestia o dolor en el cuello, náusea o molestias abdominales, mareado, sensación de ser ajeno a lo que te sucede, miedo a perder el control o volverte loco, miedo a morir, hormigueos o calofríos?

(Si el adolescente no alcanza el criterio de crisis de angustia se detiene aquí el interrogatorio para este apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

12.1 ¿Tienes recurrentes e inesperadas crisis de angustia?

12.2. ¿Has tenido preocupaciones por las crisis, que te repitan, que tengan consecuencias o implicaciones en tu salud o has tenido cambios en la conducta relacionados por las crisis? (Estas preocupaciones o estos cambios de conducta, al menos uno, deben estar presentes hasta después de un mes o más de alguna de las crisis, por lo que el lapso deberá ser interrogado por el entrevistador).

12.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12.4. El entrevistador debe descartar que las crisis de angustia no formen parte de otro padecimiento como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc., que las explique mejor.

12.5. Debe establecerse la presencia o no de agorafobia

(La agorafobia se define como la ansiedad asociada de estar en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde la ayuda no pueda estar disponible en el caso que la situación predisponga una crisis de angustia, se incluyen situaciones como salir sólo de casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc.)

(Si no se alcanza la definición de agorafobia se suspende en este momento el interrogatorio para este apartado)

12.6. ¿Has evitado las situaciones que predispongan estos síntomas, o requieres la presencia de un acompañante para sentirte tranquilo?

12.7. (La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor con otro diagnóstico como: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático)

13. Trastorno por Fobia Específico

¿En alguna ocasión te ha sucedido que algo (animal, objeto o situación) te de mucho miedo de una forma excesiva, te sude el cuerpo, te cueste trabajo respirar, te lata rápida el corazón y que tengas que cambiar tu conducta como cambiar la acera por donde caminas al toparte con un perro o que tengas que salir del salón cuando te toque hablar, etc.?

Si no cumple con el criterio anterior se suspende el interrogatorio de este apartado.

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar; ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

13.1. ¿Te da mucho miedo algo? (El entrevistador debe determinar que sea excesivo e irracional el miedo ya sea anticipatorio o ante la presencia de un objeto o situación)

13.2. ¿Cuando estás frente a lo que te da miedo (animal, situación, cosa, etc.) invariablemente te provoca la respuesta? (La respuesta mimetiza una crisis de angustia o un estado catastrófico)

13.3. ¿Reconoces que el miedo que te da es excesivo e irracional? (Para los niños puede estar ausente este criterio)

13.4. ¿Tratas de evitar a como de lugar la situación o el animal que te da miedo?

13.5. ¿Este miedo, o las actitudes para evitarlo te han provocado problemas en la casa, con tus amigos o en la escuela?, ¿Te preocupa mucho que te venga el miedo?

13.6. ¿Llevas por lo menos seis meses con este miedo?

13.7. El entrevistador debe determinar si el miedo, las crisis de angustia o la evitación fóbica no se explican mejor por otra enfermedad como el trastorno Obsesivo-Compulsivo, el trastorno por estrés postraumático el trastorno de ansiedad de separación, etc.

14. Abuso de Sustancias

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 16)

(Se deberá interrogar comenzando por alcohol, cannabis, inhalantes, fármacos, cocaína, otros y consignar en la hoja de respuestas para cada uno).

(Si responde negativamente al consumo de cualquier sustancia se suspende aquí el interrogatorio para abuso y dependencia a sustancias). (El consumo negativo de sustancias se entiende cuando: para alcohol es menor o igual a dos copas al mes, para otras sustancias como inhalantes, cannabis, cocaína, etc. cuando es nulo o experimental en ocasión única)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

- 14.1. ¿El uso de la sustancia te impide cumplir tus tareas u obligaciones?
- 14.2. ¿Has usado la sustancia en situaciones peligrosas como manejar, nadar, patinar, etc.?
- 14.3. ¿Has tenido problemas con la ley por el uso de la sustancia?
- 14.4. ¿Has seguido usando la sustancia a pesar de que te ocasionen problemas con tu familia, tus amigos o aumenten los que ya tenías?

15. Dependencia de Sustancias

- 15.1. ¿Has tenido tolerancia, has aumentado el consumo o los efectos ahora son menos con la misma cantidad de la sustancia?
- 15.2. (¿Se ha presentado supresión?), ¿Has tenido la necesidad de consumir la sustancia para aliviar los síntomas cuando no la tomas?
- 15.3. ¿Has tomado la sustancia por más tiempo o por más cantidad de lo que planeabas o pensabas?
- 15.4. ¿Tienes el deseo continuo de dejar de consumir la sustancia?
- 15.5. ¿Utilizas gran parte de tu tiempo para conseguir la sustancia?
- 15.6. ¿Has reducido o abandonado actividades académicas, sociales o deportivas por consumir la sustancia?
- 15.7. ¿Reconoces que la sustancia te ha producido un problema físico o psicológico?

16. Esquizofrenia

¿En alguna ocasión te ha sucedido que escuches voces que sólo tu pueda oír, que veas cosas que solamente tu puedas ver, que sientas que te vigilan, que te persiguen, que tienes alguna misión especial que cumplir o bien te has olvidado

mucho de tu higiene personal, de bañarte o andar limpio o no quieres salir a la calle y prefieres siempre, siempre estar solo?

(Si no cumple con alguno de los síntomas interrogados anteriormente se suspende el interrogatorio de esquizofrenia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

(Dos de los siguientes cinco reactivos deben estar presentes por lo menos durante un mes)

16.1. ¿Has tenido la sensación de ser perseguido, vigilado, que hablen de ti o que te quieran hacer daño?, ¿Tienes una misión espiritual o sagrada que realizar en el mundo? (El entrevistador puede utilizar cualquier pregunta para determinar ideas delirantes sometiéndolas a prueba de realidad).

16.2. ¿Has escuchado voces que solamente tu puedas oír?, ¿Has visto imágenes luces o sombras que solamente tu puedas ver?, ¿Te han llegado olores que sólo tu puedas oler?, ¿Has sentido que te toquen sin que haya nadie junto a ti?

16.3. (El entrevistador debe determinar si existe desorganización en el discurso o en el lenguaje, incoherencia y establecerlo).

16.4. (El entrevistador debe determinar si existe conducta desorganizada o catatónica).

16.5. (El entrevistador debe determinar si existe la presencia de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, aislamiento, abulia, etc.).

16.6. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en el desempeño académico o laboral, en las relaciones familiares o con tus amigos?

16.7. ¿Has tenido estos síntomas durante los últimos 6 meses? (Deben estar presentes al menos dos de los síntomas del 16-1 al 16.5 por un mes continuo o menos si hubo tratamiento oportuno, sin embargo entre el periodo prodrómico o los síntomas residuales se debe cumplir el periodo de 6 meses con síntomas menos intensos o exclusivamente sintomatología negativa).

16.8. (El entrevistador debe excluir la presencia de sintomatología depresiva o maníaca).

16.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

16.10. (En el caso de existir un trastorno profundo (generalizado) del desarrollo el diagnóstico de esquizofrenia sólo se establece si existen alucinaciones o delirios importantes)

17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 18)

Para este estudio hablaremos de órganos sexuales de la siguiente manera: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre, entrepierna es el área que existe entre las piernas de una persona, el ano es la apertura posterior del organismo por donde se defeca, las nalgas son las asentaderas o gluteos de una persona, senos son las mamas en la mujer.

17.1. ¿Alguien te ha enseñado las partes sexuales de su cuerpo cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.2. ¿Alguien te ha amenazado con tener sexo cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.3. ¿Alguien ha tocado tus zonas sexuales cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.4. ¿Alguien ha intentado tener sexo contigo o alguien te ha atacado sexualmente cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.5. ¿Si alguna vez alguien te atacó sexualmente, se lo dijiste o lo reportaste a alguien? (Si responde afirmativamente con quién habló).

17.6. ¿Antes de los 16 años alguna persona mayor que tu 5 ó más años te pegó o te pateó?

17.7. ¿Actualmente alguien de tu edad o mayor te pega o te patea?

18. Trastornos de la Eliminación

Enuresis

¿Te has hecho pipí, te orinas en la cama o en la ropa involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de enuresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

18.1. ¿Te has hecho pipí por lo menos dos veces a la semana en los últimos 3 meses? o ¿hacerte pipí te ha provocado problemas en la escuela, en la casa o con tus amigos?

18.2. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 5 años)

18.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

Encopresis

¿Te has hecho popó, caca, en lugares inapropiados, en la ropa o en el piso involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de encopresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

18.4. ¿Te has hecho por lo menos una vez al mes popó en los últimos 3 meses?

18.5. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 4 años)

18.6. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general excepto por mecanismos que involucren la constipación?

19. Historia del Desarrollo

El entrevistador deberá interrogar la edad a la cual se presentaron cada una de las siguientes apartados de preferencia con el apoyo de uno de los padres: *(se recomienda que el clínico haga una breve descripción para cada reactivo en esta etapa de la entrevista)*

Embarazo y Parto

- 19.1. Embarazo planeado
- 19.2. Embarazo con complicaciones
- 19.3. Tipo de parto
- 19.4. Peso al nacer
- 19.5. Talla al nacer
- 19.6. APGAR

Desarrollo Motor

- 19.7. Sostén cefálico
- 19.8. Sedestación
- 19.9. Gateo
- 19.10. Bipedestación
- 19.11. Deambulación

Desarrollo del Lenguaje

- 19.12. Primeros Fonemas
- 19.13. Primeras Palabras
- 19.14. Primeras Frases
- 19.15. Frases Estructuradas

Desarrollo Social-Adaptativo

- 19.16. Control de Esfínter Vesical
- 19.17. Consolidación del Esfínter Vesical
- 19.18. Control de Esfínter Anal
- 19.19. Consolidación del Esfínter Anal

Desarrollo Académico

- 19.20. Edad a la que asistió a guardería
- 19.21. Edad a la que ingresó a preescolar (kinder) y años que cursó, conducta y aprovechamiento

- 19.22. Edad a la que ingresó a primaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.23. Edad a la que ingresó a secundaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.24. Edad a la que ingresó a la preparatoria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.25. Otros estudios

Desarrollo de los Hábitos

- 19.26. ¿Hubo alimentación al seno materno y por cuántos meses?
- 19.27. ¿Cuál fue la edad de ablactación?
- 19.28. ¿Hubo problemas para la alimentación?
- 19.29. ¿Cuándo durmió la primera noche completa?
- 19.30. ¿Hubo o hay problemas para el dormir? (Interrogar propositivamente noctalia, bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos)

Desarrollo Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugere pasar al apartado 20))

- 19.31. ¿A que edad se presentó tu interés en el sexo?
- 19.32. ¿A que edad se presentaron juegos con roles sexuales?
- 19.33. ¿A que edad se presentaron los caracteres sexuales secundarios?
- 19.34. ¿A qué edad se presentó la menstruación? ¿A qué edad se presentó la primera eyaculación?
- 19.35. ¿A qué edad se inició la masturbación?
- 19.36. ¿Cuál es la frecuencia de masturbación?
- 19.37. ¿Cuándo comenzó la vida sexual activa?
- 19.38. ¿Cuál es la preferencia sexual expresada?

20. Antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

- 20.1. Interrogar sobre el tipo de familia e integración
- 20.2. Interrogar sobre el tipo de vivienda
- 20.3. Interrogar sobre la situación económica

Antecedentes Personales Patológicos

20.4. Interrogar sobre antecedentes patológicos generales de enfermedades importantes (interrogar sobre tabaquismo).

20.5. Interrogar sobre número y circunstancias de hospitalizaciones

20.6. Interrogar sobre número y circunstancias de intervenciones quirúrgicas

20.7. Interrogar sobre intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas, número, motivos y circunstancias de cambio o abandono

Antecedentes Heredo Familiares

20.8. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades no psiquiátricas en familiares de primer grado en línea paterna y materna

20.9. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades psiquiátricas o neurológicas en familiares de primer grado en línea paterna o materna

21. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente)

Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del "LIFE Base Schedule" para ser interrogadas por el entrevistador, consta de seis rubros del aspecto social y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no aplicación, (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.) se consignará NA.

Trabajo

21.1. ¿Cómo te desempeñas en tu escuela?

21.2. ¿Cómo te desempeñas con tus obligaciones en casa?

21.3. ¿Cómo te desempeñas en tu empleo?

Relaciones Interpersonales

21.4. ¿Cómo te llevas con tu novia, tu pareja?

21.5. ¿Cómo te llevas con los miembros de tu familia?

21.6. ¿Cómo te llevas con tus amigos?

Funcionamiento Sexual

21.7. ¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?

21.8. ¿Qué tanto disfrutas las relaciones sexuales?

Satisfacción con la Vida

21.9. ¿Te sientes satisfecho con la vida?

Actividades Recreacionales

21.10. ¿Qué tan frecuente sales al cine, al deportivo, a divertirte?

21.11. ¿Qué tanto disfrutas salir a divertirte?

Valoración Global

21.12. El entrevistador debe determinar cuál es el funcionamiento psicosocial global y calificarlo en la hoja de respuestas, basándose en los puntos anteriores del área.

Francisco R. de la Peña Olvera
Instituto Mexicano de Psiquiatría
1996

ANEXO II

Carta de Consentimiento

A quien corresponda:

Por medio de la presente yo, _____ reconozco que el Dr. _____ me ha explicado con detalle la naturaleza de la entrevista que se me realizará, así como los fines que ésta tiene, recalcando que toda la información que yo aporte será completamente confidencial y no repercutirá en los servicios que esta institución me otorgue ya que los resultados sólo serán con fines de investigación.

Estoy de acuerdo en realizarme una segunda entrevista con las mismas características a la semana de la inicial sabiendo que será un sólo médico el que entreviste pero que estarán uno o varios observadores que no interferirán con la misma.

En el momento que lo crea conveniente podré suspender la entrevista, sin que esto repercuta en la continuidad de los servicios que el IMP me proporciona.

Firma del adolescente: _____

Nombre de padre, madre o tutor: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____

Firma del médico: _____

México, D.F. a _____ de _____ de 1996.