ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS PARA ADULTOS

Aunque se ha desarrollado una serie de protocolos de entrevista diagnóstica para usarse con adultos, todos comparten varias características. Las entrevistas estandarizadas especifican a) el tipo de información que será obtenida (por ejemplo, cuáles síntomas y trastornos serán cubiertos); b) el formato de la entrevista (por ejemplo, en persona, por teléfono, entrevista basada en la computadora) ; e) el orden de las preguntas; d) el planteamiento de las preguntas; y e) directrices para formular preguntas adicionales usadas para buscar más información que puede necesitarse antes de que una respuesta pueda ser codificada (Helzer, 1983).

Programa de trastornos afectivos y la esquizofrenia El programa para los trastornos afectivos y la esquizofrenia (SADS, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) es una entrevista semiestructurada desarrollada por Endicott, Spitzer y Robins (por ejemplo, Endicott y Spitzer, 1978). El SADS se usó por primera vez como instrumento de diagnóstico en un estudio colaborativo grande de la depresión financiado por el NIMH. La primera parte del SADS se diseñó para obtener una descripción detallada del problema actual y del funcionamiento del sujeto durante la semana previa a la entrevista. La segunda parte se interesa sobre todo en la información concerniente a perturbaciones psiquiátricas pasadas de acuerdo a los criterios RDC (Endicott y Spitzer, 1988). Cada pregunta se califica en una escala Likert con puntos de anclaje que definen diferentes niveles de gravedad para el síntoma en cuestión. Se instruye al entrevistador para utilizar todas las fuentes disponibles de información (incluyendo registros gráficos e información de otras personas significativas) y tantas preguntas generales o específicas como sean necesarias para calificar los reactivos con precisión (Morrison, 1988). Los reactivos del SADS, por lo general, se refieren a la duración, curso o gravedad de los síntomas o nivel de deterioro. Para cada reactivo se sugieren varias preguntas para guiar al entrevistador en su búsqueda de información. En promedio, completar la entrevista se lleva de 1 a 2 horas, dependiendo del grado de patología exhibido por la persona que responde. Endicott y Spitzer (1978) sugieren que debido a los tipos de juicios requeridos para pedir conocimiento de los conceptos psiquiátricos, la entrevista sólo debería ser conducida por psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales psiquiátricos cuidadosamente capacitados.

Programa de entrevista diagnóstica El programa de entrevista diagnóstica (DIS, Diagnostic Interview Schedule) es una entrevista diagnóstica altamente estructurada desarrollada para usarse por entrevistadores legos junto con el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA), el

primer estudio epidemiológico nacional de psicopatología en Estados Unidos (Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981).

Para realizar el estudio ECA, los investigadores necesitaban una entrevista que pudiera ser conducida por un gran número de entrevistadores y que pudiera emplearse para formular diagnósticos basados en los criterios del DSM-III. El DIS no requiere que el entrevistador tome ninguna decisión concerniente a la existencia o inexistencia de un trastorno psiquiátrico. El entrevistador lee preguntas específicas y sigue las respuestas positivas con otras preguntas prescritas. Cada paso en la secuencia de identificación de un síntoma psiquiátrico está completamente especificado y no depende del juicio de los entrevistadores (Spiker y Ehler, 1984). El juicio clínico se mantiene en un mínimo mediante el uso de directrices de aplicación muy explícitas (Groth-Marnat, 1997). En términos generales los estudios han indicado que los resultados de clínicos entrenados y entrevistadores no profesionales son comparables (Helzer, Spitznagel y McEvoy, 1987).

El DIS utiliza un proceso similar al empleado por un médico al entrevistar a un paciente y evaluar la naturaleza y causa de un problema. Primero, el entrevistador intenta identificar si se ha experimentado un síntoma y, segundo, si fue de importancia clínica. Ésta se determina preguntando si el individuo ha hablado con un profesional de la salud acerca del síntoma, si ha tomado medicamentos por su causa o si siente que ha interferido con sus actividades. El patrón de preguntas usadas para determinar la relevancia clínica del refrendo que expresa un paciente de un síntoma se especifica y es el mismo para cada reactivo. De hecho, el diagnóstico basado en los datos de la entrevista puede realizarse por computadora usando un programa de calificación desarrollado para el DIS.

La confiabilidad del DIS se determinó comparando los diagnósticos elaborados con base en la entrevista estructurada con los de un psiquiatra (Robins et al., 1981). Para los diagnósticos del DSMIII la kappa promedio fue .69, la sensibilidad promedio fue de 75 por ciento, y la especificidad promedio fue de 94 por ciento. Los autores interpretan que esas tasas reflejan la validez de los juicios diagnósticos de entrevistadores no profesionales usando como criterio los juicios de psiquiatras. Sin embargo, como señala Groth-Marnat (1997), esta interpretación presupone que los juicios diagnósticos de los psiquiatras son el punto de referencia contra el cual debe juzgarse la validez de una entrevista. Como alternativa, sugiere que esas cifras se usen más como estimaciones de la confiabilidad entre calificadores que de la validez. Vandiver y

Sher (1991) examinaron la estabilidad del DIS aplicando la entrevista a 486 estudiantes universitarios, aplicándola de nuevo nueve meses más tarde, y examinando las puntuaciones para diagnósticos de seis meses, 12 meses y para toda la vida para una serie de trastornos. Las estimaciones de confiabilidad tendían a ser menores para los diagnósticos de seis y 12 meses que para los diagnósticos permanentes. Estos hallazgos indican que el DIS es un instrumento moderadamente confiable para evaluar la psicopatología permanente a lo largo de un intervalo prolongado. Rubio-Stipec, Shrout, Bird, Canino y Bravo (1989) aplicaron el DIS a una muestra grande (N = 1 513) de residentes en Puerto Rico con un rango de edad que iba de 18 a 64 para examinar la estructura de cinco grupos de síntomas (trastorno afectivo, esquizofrenia, trastorno fóbico, trastorno de somatización y alcoholismo). Compararon esos datos con otras dos muestras grandes, una de mexicoamericanos y otra de angloamericanos. Rubio-Stipec y colaboradores, obtuvieron evidencia a favor de la estabilidad transcultural de las escalas del DIS para los trastornos afectivos y el alcoholismo, pero la evidencia fue más débil para la estabilidad de las escalas de la esquizofrenia, el trastorno fóbico y el trastorno de somatización.

Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV La entrevista diagnóstica estructurada de mayor uso para los adultos es la Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID, Structured Clinical Interview for DSM -/V; First et al., l 995a, l 995b; Spitzer et al., 1992; Williams et al., 1992). La SCID se desarrolló con el objeto de proporcionar evaluación directa de los criterios de diagnóstico del DSMIII y ahora ha sido actualizada para reflejar los criterios del DSM-N (SCID-IV). Al igual que el SADS, la SCID se diseñó para ser usada por entrevistadores capacitados que podían realizar considerables juicios diagnósticos a lo largo del curso de la entrevista. Se dispone de formas ligeramente diferentes para pacientes internos, pacientes externos y no pacientes; el diagnóstico de los trastornos de personalidad se facilita por una serie de 120 reactivos centrados en los trastornos del eje 11 del DSM -JV.

La SCID incluye varias preguntas flexibles así como una "estructura discontinua" que permite al entrevistador pasar a nuevas áreas dependiendo de las respuestas previas del cliente (Groth-Marnat, 1997). La estructura discontinua permite que el entrevistador descontinúe las preguntas relativas a un diagnóstico específico, una vez que queda claro que el cliente no cumple los criterios para el trastorno. Por ejemplo, si un cliente ha respondido en forma negativa a los primeros cinco síntomas de la depresión mayor, entonces no será necesario preguntar los cuatro restantes ya que se requiere un mínimo de cinco síntomas para cumplir el

diagnóstico. En consecuencia, el juicio clínico es importante a lo largo de la entrevista.

CUADR0 7.1

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA: PHILLIP

Se utilizó el SCID-IV para conducir una entrevista clínic con Phillip con el fin de determinar si cumplía con los criterios de alguno de los trastornos del *DSM-IV*. *Los* resultados de la entrevista fueron consistentes c nla descripción original de Phillip de síntomas de ansiedad vinculados con hacer presentaciones orales en el trabajo. El entrevistador aplicó las secciones del SCID que evalúan trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, agorfobia y trastóin<) de angustia. Si bien Phillip refrendó una serie de síntómas de ansiedad, cumplió con los crterios específicos de la fobia social. Phillip respondió afirmativamente a la pregunta concerniente a si tenía un marcado temor de hablar frente a un grupo de gente, cumpliendo, por ello, con el primer criterio para un diagnóstico cl fobia social. AJ'ii:mó que sentía esie J témor principalniente en las situciones en que tenía que hablar en públ ico, descartando un diagnósti co de fobia social generalizada. El entrevistador continuó preguntando a PhiJlip si siempre se había sentido ansigso en una situación en la que tnj'¡i que hablar en púbiico ("sí"), si pens;iba que tenía más miedo de hablar en público de Ī iuie debería ser ("sí"), si se toma'ba molestias para evitar hacer presentaciones en público ("sí"), si este tenior interfería significativamente con su vida ("sí"), y si los efectos podían deberse al uso o abuso de sustancias ("nb"). A partir de las respuestas de Phillip al SCID, resulta claro que cumpl los criterios diagnósticos del *DSM-LV* para laJob social.

Además de los síntomas de fobia social, Phillip t;ur bién experimentó en fecha reciente una crisis de ar gustia. Esto ockrió mientras hablaba por teléfpno e el trabajo; de manera repentin a e inesperada éxper mentó un dolor en el pecho, falfa de aliento y ansieda extrema acerca de la causa de esas sensaciones. Si embargo, no cumplió los criterios para el trastomp c angustia sobr la base de este Único episodio de ur crisis de angustia porque no sequedó preocupado co el temor de esos síntomas ni ha experimentado ot crisis.

A partir dé las respuestas de Phillip a la sección fobia social gel SCID, el entreyistador pensó CII era posible que Phillip cumpliera los criterios diagnóst cos del *DSM-LV* para el trastorno de personalidad pe evitación. En consecuencia, el el1trevistador tambié utilizó con Phillip una parte del SCID diseñada para evaluar trastornos de perso11a.1 dd. Como PhjJp s. 1 cumplió tres d los criterio sparael trastorno de perso nalidad por evitación (donde se requiere un mínimo de cuatro criterios para hacer un diagnóstico), no se diagnosticó un trastorno de personalidad.

La confiabilidad y validez de la SCID están bien establecidas. Se ha encontrado que varias categorías de diagnóstico, que a menudo es difícil distinguir, tienen niveles relativamente buenos de acuerdo entre calificadores, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada (GAD, Generalized Anxiety Disorders (kappa = .79), trastornos depresivos (kappa = .72), trastornos de angustia (kappa = .86) y depresión mayor (kappa = .81); Reich y Noyes, 1987. En un estudio de la validez de la SCID, Skodol, Rosnick, Kellman, Oldham y Hyler (1988) compararon los diagnósticos de la SCID de los trastornos de personalidad con los diagnósticos elaborados por un panel de profesionales de la salud mental que se basaban tanto en sus juicios por consenso como en las observaciones del pabellón de pacientes internos hechas a lo largo de un periodo prolongado. El acuerdo fue generalmente satisfactorio, pero fue mayor para los trastornos de personalidad definidos por conductas específicas (por ejemplo, trastornos de personalidad antisocial y esquizotípica) que para trastornos que requerían un mayor grado de inferencia (por ejemplo, trastornos de personalidad narcisista y auto derrotista).

CUADR0 7.2

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA: MARÍA

María fue entrevistada por un psicólogo que utilizó el SCID-IV para determinar si cumplía los criterios para un diagnóstico del *DSM-IV*. Con base en su presentación inicial, al psicólogo le preocupaba que María pudiera estar sufriendo un trastorno depresivo mayor. Su hijo compartía esta preocupación pero, además, le preocupaba que algunos de los síntomas de María pudieran reflejar una forma de demencia, como la enfermedad de Alzheimer. De acuerdo con los resultados de la entrevista SCID, resultó claro que María cumplía los criterios para un diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Sus respuestas a la parte de la entrevista dedicada a la depresión se presentan en la figura 7.1. Específicamente, María y su hijo reportaron que ella está triste prácticamente todos los días, la mayor parte del día, y que es incapaz de experimentar placer en su vida. También sufre problemas de sueño: reporta dificultades para conciliar el sueño en la noche y se despierta muy temprano en la mañana (por lo general, alrededor de las 4:00 a.m.). Aunque María goza de buena salud y es capaz de caminar por sí sola, su hijo reportó que se mueve muy lentamente, incluso cuando trata de realizar tareas simples en la casa. Su apetito ha disminuido y ahora come muy poco a menos que su hijo esté ahí para presionarla para que coma. Él informó que recientemente ella ha perdido una cantidad significativa de peso, tanto que la mayor parte de su ropa ya no le queda. Aunque ella está preocupada con pensamientos de muerte y se pregunta en ocasiones si debería "unirse" a su difunto marido, no tiene pensamientos de quitarse la vida ni un plan para hacerlo. Dado el claro vínculo entre la muerte del esposo de María y el inicio de su depresión, el entrevistador considera un diagnóstico de duelo. Sin embargo, de acuerdo con el *DSM-IV*, los síntomas depresivos de María han persistido mucho después de la muerte de su esposo (es decir, dos años) para ser diagnosticados como duelo, por lo que el entrevistador decidió que un diagnóstico de un trastorno depresivo mayor era apropiado.

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS ESTRUCTURADAS ESPECIALIZADAS EN ADULTOS

Se han desarrollado otros programas de entrevista para evaluar trastornos más específicos o para abordar decisiones específicas de canalización o tratamiento. Por ejemplo, DiNardo, O'Brien, Barlow y Waddel (1983) desarrollaron el Programa de entrevista de trastornos de ansiedad (ADIS, Anxiety Disorders Interview Schedule) como un instrumento que a) permitiría efectuar diagnósticos diferenciales entre las categorías del trastorno de ansiedad del DSM –III y b) proporcionaría información adecuada para descartar psicosis, abuso de sustancias y trastornos afectivos mayores (véase también Chorpita, Brown y Barlow, 1998; DiNardo, Moras, Barlow y Rapee, 1993). La Escala de calificación Hamilton para la depresión (HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; Hamilton, 1960, 1967) es la medida de depresión basada en el entrevistador de mayor uso. La HRSD combina observaciones elaboradas por el entrevistador con el contenido de las respuestas del cliente para derivar diagnósticos de trastornos depresivos. Aunque la HRSD se ha utilizado mucho en la investigación clínica, a menudo se modifica de un estudio a otro, y Grundy, Lunnen, Lambert, Ashton y Tovey (1994) han recomendado con insistencia que se utilice de manera consistente, sin tales modificaciones.

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

La historia y evolución de las entrevistas estructuradas para niños ha tomado un curso algo diferente del desarrollo de entrevistas para adultos. Primero, el desarrollo de criterios de diagnóstico específicos para niños en el DSM se ha quedado atrás de avances similares en los criterios diagnósticos para trastornos de adultos. En consecuencia, no hubo un impulso fuerte para desarrollar entrevistas estructuradas para niños en la medida en que el DSM evolucionó con la publicación del DSM –II y de los RDC en la década de 1970. Segundo, desde hace mucho los psicólogos han reconocido las dificultades de confiar en los niños como los únicos informantes de su propia conducta. Debido a estas razones, era necesario desarrollar formas separadas pero paralelas para entrevistar a los niños y a otras personas que pudieran proporcionar información significativa acerca de la conducta del niño, por lo general sus padres. El uso de dos fuentes de información (los padres y los niños) presentaba la dificultad adicional de que esas dos fuentes no siempre coincidían en los problemas que estaban siendo exhibidos por un niño (por ejemplo, Achenbach et al., 1987). De hecho, la solución de tales desacuerdos sigue siendo uno de los principales desafíos por resolver al conducir e interpretar las entrevistas diagnósticas infantiles.

Las primeras entrevistas diagnósticas infantiles se desarrollaron de manera separada a las entrevistas de los adultos con la intención de obtener datos epidemiológicos sobre la psicopatología infantil (Edelbrock y Costello, 1984). Lapouse y Monk (1958, 1964) trabajaron en el diseño de una entrevista estructurada dirigida a las madres y una forma paralela para niños para obtener datos para el primer estudio epidemiológico sobre trastornos psiquiátricos infantiles. Con una investigación hecha tanto en Londres como en la isla inglesa de Wight, Graham y Rutter (1968) se convirtieron en los pioneros en relación a la necesidad de utilizar métodos estructurados para obtener información de los propios niños. Más recientemente, se han derivado entrevistas para niños y adolescentes a partir de entrevistas para adultos, incluyendo las versiones infantiles del RDI, el SADS y el DIS.

Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes Herjanic y sus colegas (Herjanic y Campbell, 1977; Herjanic et al., 1975) desarrollaron la Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes (DICA, Diagnostic Interview for Children and Adolescents) basados en el RDI descrito por Helzer et al., (1981); las revisiones posteriores de la DICA se basaron en el DSM -/I/ y en el DIS para adultos. Al igual que el DIS, la DICA es altamente estructurada y se diseñó para ser aplicada por legos entrenados a niños de seis a 17 años de edad. Al principio, se realiza una entrevista conjunta con uno de los padres y el niño con el propósito de obtener datos históricos relevantes. A continuación, se entrevista al padre y al niño por separado, planteando, simultáneamente, las mismas preguntas al padre y al niño (acerca del niño) para evaluar los criterios del DSM. Finalmente, la tercera parte de la entrevista, el Cuestionario para padres, contiene información acerca de la historia médica y de desarrollo.

Programa de trastornos afectivos y la esquizofrenia para niños en edad escolar El Programa de trastornos afectivos y la esquizofrenia para niños en edad escolar (Kiddie-SADS o K-SADS) (Chambers et al., 1985) se desarrolló para jóvenes de seis a 17 años de edad y se basa en el SADS para adultos. Aunque el SADS y el K-SADS usaron como fundamento el RDC para trastornos depresivos mayores, las versiones actuales también pueden trasladarse a los criterios del DSM -IV. El K-SADS se diseñó para que lo aplicara un clínico capacitado y sus objetivos de ese estudio son determinar el inicio, la duración y la gravedad de episodios actuales y pasados de trastornos afectivos, de ansiedad, de conducta y psicóticos. Se dispone de varias versiones del K-SADS para evaluar un episodio actual, el episodio más grave en el pasado, o una combinación de ambos.

El formato de evaluación semiestructurado consta de entrevistas separadas por una hora entre sí, con los padres del joven y con el joven. Las preguntas incluyen:"¿Te has sentido triste, deprimido o taciturno...?" y "¿Qué piensas que va a sucederte en el futuro?" Los entrevistadores pueden usar otras preguntas para determinar la gravedad y cronicidad del síntoma. Si las respuestas a las preguntas iniciales son negativas en lo que respecta a la sintomatología, el entrevistador salta a la siguiente sección, reduciendo con ello el tiempo de entrevista para los jóvenes sin síntomas. Después de completar la entrevista, los entrevistadores utilizan su juicio clínico para determinar un diagnóstico breve de las dos fuentes de datos. Cuando las versiones del padre y el niño difieren, los entrevistadores pueden reunirse con ambos para tratar de resolver las diferencias o de formular un juicio sobre qué información utilizar para elaborar un diagnóstico (Chambers et al., 1985).

La confiabilidad del K-SADS, al igual que la confiabilidad del SADS para adultos, se demuestra más fácilmente que su validez. Luego de un periodo de 72 horas, la confiabilidad test-retest del KSADS, reflejado por el estadístico kappa, con 52 niños de seis a 17 años canalizados psiquiátricamente, se estableció en .55 para reactivos individuales, .68 para escalas resumidas, y .24-.70 para diagnósticos específicos (Chambers, et al., 1985). Los síndromes clínicos y los diagnósticos se formaron con base en las puntuaciones resumidas para síntomas particulares. El acuerdo entre los reportes del padre y el niño, o adolescente, fue de .53 para los síntomas (rango -.08 a .96). La validez del KSADS se basa en su capacidad para detectar los criterios de diagnóstico pre especificados y los efectos del tratamiento (Edelbrock y Costello, 1988). Por ejemplo, Puig-Antich, Perel et al. (1979) encontraron que el K-SADS era sensible a los efectos del tratamiento farmacológico para la depresión en una muestra de niños preadolescentes.

Programa de entrevista diagnóstica para niños Versión IV En contraste con el K-SADS, la estructura del formato del Programa de entrevista diagnóstica para niños (DISC, Diagnostic Interview Schedule for Children) permite su aplicación por clínicos o por entrevistadores legos (Costello et al., 1984; Schaffer et al., 1993). El DISC ha sido el tema de una serie intensiva de estudios apoyados por el NIMH en un esfuerzo por desarrollar una entrevista clínica estandarizada para niños y adolescentes que pueda usarse tanto en escenarios de investiga ción como en ambientes clínicos (Schaffer et al., 1996; Schaffer, Fisher, Lukas, Dulcan y Schwab Stone, 2000). El DISC se desarrolló como una versión juvenil del DIS para adultos y es una aproximación integral para detectar la presencia, gravedad, inicio y duración de una amplia

gama de síntomas en jóvenes de seis a 18 años. Los resultados pueden presentarse de dos maneras: a) como el número y gravedad de los síntomas, o b) como diagnósticos del DSM –IV. Los diagnósticos del DSM –IV se desarrollan a partir de un conjunto de reglas operacionales en el nivel de los síntomas necesarios para cumplir criterios estrictos. Los diagnósticos son generados a partir de algoritmos computarizados de los reactivos del DISC, y los perfiles computarizados usualmente los interpretan clínicos capacitados.

CUADR0 7.3

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS CON NIÑOS PEQUEÑOS

Conducir entrevistas con niños pequeños (menores de nueve años) presenta dificultades adicionales a los entrevistadores porque los niños difieren de los adultos en su desarrollo cognitivo y su lenguaje. Los niños no están acostumbrados al tipo de intercambio verbal cara a cara implicado en las entrevistas diagnósticas tradicionales. Para resolver este problema, los investigadores han desarrollado formas alternativas para presentar las preguntas a los niños. Por ejemplo, Valla *et al.* (2000) desarrollaron una serie de dibujos en los cuales se representa a un niño (Dominic) solo o con otros niños en situaciones que los niños encuentran en la vida diaria. Los dibujos representan emociones y conductas que corresponden a síntomas de trastornos infantiles en el *DSM -IV*. El entrevistador pregunta al niño si ha experimentado esos síntomas. Los síntomas de trastornos específicos se presentan en orden mixto para evitar problemas con la atenuación de las respuestas. Se incluyen dibujos de niños felices en situaciones normales, con el fin de disminuir la posibilidad de abrumar al niño con preguntas negativas. Valla y sus colegas reportan una adecuada confiabilidad test-retest de las respuestas de los niños y buena correspondencia con los diagnósticos basados en las calificaciones de los clínicos de los trastornos del *DSM -!V*.

Una segunda aproximación a la entrevista infantil implica el uso de marionetas, que presentan a los niños, en un formato atractivo, las preguntas relacionadas con los síntomas de los trastornos del *DSM* (Ablow *et al.,* 1999). En esta nueva aproximación, denominada la Entrevista de marionetas de Berkeley, el entrevistador usa dos marionetas, una en cada mano, que primero hablan entre sí y después se dirigen al niño. Por ejemplo, una marioneta dice: "Soy un niño triste", y la segunda responde: "Yo no soy un niño triste. ¿Qué hay de ti?" La respuesta del niño se registra entonces con relación a la presencia de afecto triste. Las marionetas son muy atractivas para los niños pequeños y ayudan a mantener su atención. El formato de elección forzada, que consiste en que el niño reporta si se parece más a una marioneta o a la otra, simplifica las respuestas que se requieren del niño y disminuye la probabilidad de que éste simplemente niegue los síntomas. Se encontró que las respuestas a la entrevista correlacionan, de manera significativa, con las calificaciones que madres y profesores hacen del niño en un conjunto comparable de síntomas (Ablow *et al.).*

El uso de esos y otros métodos resulta muy promisorio para mejorar los métodos de entrevistar a los niños. Este trabajo es importante para la evaluación de emociones y pensamientos de los niños pequeños que no son fácilmente observados por los padres o los maestros.

La versión actual, del Programa de entrevista diagnóstica para Niños–Versión IV (DISC–IV) está diseñada para evaluar diagnósticos del DSMIV en niños y adolescentes (Schaffer et al., 2000; Schwab–Stone et al., 1996). Se cuenta con versiones paralelas para aplicarse a los niños o adolescentes y a los padres. De manera similar a las versiones anteriores de esta entrevista, el DISC–IV ha logrado niveles que van de adecuados a excelentes en la confiabilidad entre calificadores y test–retest para categorías específicas de diagnóstico (Schaffer et al.). La correspondencia entre los informes del padre y el niño es adecuada, pero el acuerdo es mayor entre padres y adolescentes que entre padres y niños pequeños (por ejemplo, Edelbrock et al., 1986).

La cuestión de la validez del DISC se ha abordado examinando su capacidad para diferenciar entre niños canalizados al pediatra y canalizados al psiquiatra, y examinando la correlación

entre el DISC y las calificaciones que emiten el padre y el maestro de problemas conductuales en listas de cotejo estandarizadas. Costello, Edelbrock y Costello (1985) encontraron con la versión del padre del DISC, que 40 niños canalizados al psiquiatra (de siete a 11 años) calificaron significativamente más alto en todas las áreas de síntomas y en la calificación total de síntomas que 40 niños canalizados al pediatra. Correlaciones significativas con listas de cotejo de conductas proporcionan cierto apoyo a favor de la validez concurrente del DISC (Costello et al., 1984). Por ejemplo, la calificación total de conductas problema de la lista de cotejo de un padre correlacionó .70 con la puntuación total de síntomas del Programa de entrevista diagnóstica para niños-revisada (DISC-R). Considerando la evidencia de que a menudo hay un desacuerdo sustancial entre el padre y el niño en sus medidas (Achenbach et al., 1987), no es sorprendente que la versión del niño del DISC correlacionara sólo .30 con la lista de cotejo del padre.

La investigación más reciente con el DISC ha abordado varios problemas de conducir entrevistas diagnósticas con niños y adolescentes. Por ejemplo, existe una tendencia a que los niños (y los padres) confirmen menos síntomas a medida que una entrevista progresa, o menos síntomas en la segunda administración de una entrevista que en la primera, un fenómeno conocido como atenuación (Piacentini et al., 1999). Se encontró que la atenuación era mayor en niños pequeños, en niños que iban mal en la escuela y en madres que también eran jóvenes (Piacentini et al.). Además, la atenuación es mayor para los reactivos más largos y complejos de la entrevista y para aquellos reactivos que requieren evaluación del tiempo, la duración o la frecuencia de los síntomas (Lucas et al., 1999). Edelbrock, Cmic y Bohnert (1999) encontraron que las respuestas a la entrevista pueden mejorarse empleando un lenguaje más común al plantear las preguntas y permitiendo a los entrevistados (padres y niños) seleccionar el orden en que se plantean algunas de estas preguntas. La investigación de este tipo es importante en la medida en que los psicólogos continúan mejorando la confiabilidad y validez de las entrevistas diagnósticas para niños y adolescentes.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las entrevistas clínicas constituyen una piedra angular en el proceso de evaluación en la psicología clínica. Los entrevistadores individualizados son un paso esencial en el inicio del proceso de obtener información acerca de un cliente y en la formación del nivel necesario de rapport para continuar la evaluación y el tratamiento. Las entrevistas se emplean para recabar

información, elaborar diagnósticos y construir rapport con los clientes.

Las habilidades de comunicación se encuentran en el centro de la entrevista efectiva. Éstas incluyen lo mismo, habilidades utilizadas para atender a los clientes y la información que presentan que habilidades para orientar e influir en los clientes. Las habilidades de acompañamiento incluyen preguntas abiertas y cerradas, parafraseo y reflejar los sentimientos. Las habilidades para influir involucran proporcionar consejo, interpretaciones y autorrevelación del entrevistador.

La mayoría de las entrevistas clínicas se conducen usando un formato relativamente no estructurado. Las entrevistas no estructuradas son útiles porque permiten al cliente dar forma a la entrevista y porque son óptimas para establecer el rapport.

Sin embargo, los problemas con la confiabilidad y validez de las entrevistas clínicas no estructuradas han llevado al desarrollo y perfeccionamiento de entrevistas diagnósticas semiestructuradas y altamente estructuradas. Se han desarrollado entrevistas diagnósticas estructuradas para usarse con niños, adolescentes y adultos para establecer diagnósticos del DSM-IV confiables y válidos. Esas entrevistas se están adaptando para un uso más efectivo en ambientes clínicos.

TÉRMINOS CLAVE Y NOMBRES

- Habilidades de acompañamiento
- Programa de entrevista diagnóstica para niños versión IV (DISC-IV)
- Habilidades para influir
- Obtención de información
- Entrevista de admisión
- Coeficiente kappa
- Examen del estado mental
- Criterios de investigación diagnóstica
- Programa de trastornos afectivos y la esquizofrenia (SADS)
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV
- (SCID-IV)

FUENTES

Libros

Evans, D. R., Heam, M. T. Uhlemann, M. R. e Ivey, A.

E. (1998). Essential interviewing: A programmed approach to effective communication (5a. edición). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
Groth-Mamat, G. (1997). Handbook of Psychological assessment. (3a. Edición). Nueva York: John Wiley.
Ivey, A. E. (1994). Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society. (3a. Edición) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
1 40_Capítulo_7.indd 195
Shaffer, D. Lucas, C. P. y Richters, J. E. (editores) (1999).
Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology. Nueva York: Guilford Press.