

R. E. Ulloa¹
 S. Ortiz³
 F. Higuera¹
 I. Nogales¹
 A. Fresán²
 R. Apiquian²
 J. Cortés²
 B. Arechavaleta³
 C. Foullieux³
 P. Martínez²
 L. Hernández²
 E. Domínguez²
 F. de la Peña²

Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL)*

¹ Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
² Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
³ Departamento de Salud Mental Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma. México

Introducción. La entrevista diagnóstica K-SADS-PL constituye un instrumento adecuado para evaluar la psicopatología de niños y de adolescentes transversal y longitudinalmente. El objetivo de este trabajo fue determinar la fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista K-SADS-PL.

Método. Se realizó la traducción al español, retraducción al inglés y adaptación de la entrevista. Se evaluaron 40 pacientes de 6 a 17 años que acudieron a tres instituciones públicas de atención psiquiátrica. Las entrevistas a los pacientes y sus padres se videograbaron y calificaron por tres evaluadores independientes. Se obtuvieron los coeficientes kappa para la fiabilidad interevaluador.

Resultados. Se obtuvieron coeficientes kappa de buenos a excelentes para trastorno depresivo mayor $\kappa = 0.76$, cualquier trastorno ansioso $\kappa = 0.84$, trastorno por déficit de atención con hiperactividad $\kappa = 0.9$ y trastorno disocial $\kappa = 1$.

Conclusiones. La versión en español de la entrevista K-SADS-PL es un instrumento fiable para diagnosticar la psicopatología de niños y adolescentes.

Palabras clave:
 K-SADS. Entrevistas diagnósticas. Psicopatología. Niños. Adolescentes. Fiabilidad.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(1):36-40

Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL)

Introduction. The K-SADS-PL diagnostic interview is useful for the cross-sectional and longitudinal evaluation of psychopathology in children and adolescents. The objective of this article was to describe the interrater reliability of the Spanish version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL).

Method. The interview was translated, back-translated and adapted to Spanish. Forty psychiatric outpatients (aged 6 to 17 years) were evaluated. The interviews were videotaped and scored by three independent raters. All of them included both the child's and parent's interview. Interrater reliability was obtained for affective, anxiety and conduct disorders using the Cohen's kappa coefficient.

Results. Kappa coefficients were between the good and excellent range for present and lifetime disorders (major depressive disorder $\kappa = 0.76$, any anxiety disorder $\kappa = 0.84$, attention deficit hyperactivity disorder $\kappa = 0.91$ and conduct disorder, $\kappa = 1$).

Conclusion. The Spanish version of the K-SADS-PL is a reliable instrument for the assessment of psychopathology in children and adolescents.

Key words:
 K-SADS. Diagnostic interview. Psychopathology. Children. Adolescents. Reliability.

INTRODUCCIÓN

Las entrevistas diagnósticas son instrumentos creados para la evaluación de la psicopatología. Entre las ventajas que ofrece la utilización de estos instrumentos se incluyen la disminución de la variabilidad en la recolección de la información y el permitir que el paciente y sus padres participen de una evaluación integral de las emociones y las conductas del paciente. Las entrevistas semiestructuradas ofrecen al clínico una guía general y flexible para interrogar y registrar la información obtenida, permitiendo establecer el diagnóstico y estudiar la comorbilidad¹. La elaboración de entrevistas semiestructuradas en psiquiatría infantil ha sido una de las líneas de investigación con más desarrollo en las últimas 2 décadas. Los estudios de confiabilidad para el diagnóstico en psiquiatría han utilizado metodologías cada vez más estrictas^{2,3} y se han realizado estudios de fiabilidad interevaluador, interinformante y temporal con diversos instrumentos clínicos, como, por ejemplo, el *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*⁴, el *Interview Schedule for Children (ISC)*^{5,6}, y en el caso de instrumentos creados en español, la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes

Correspondencia:
 Francisco de la Peña
 Av. México Xochimilco, 101
 México D.F. 14370
 Correo electrónico: adolesec@imp.edu.mx

(ESA)¹. La utilización de estos instrumentos en países de habla hispana se ha visto limitada al no existir estudios de validez y confiabilidad de las versiones en español de los primeros, y en el caso del segundo, por la inclusión de un número limitado de categorías diagnósticas.

La entrevista *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS) surgió durante los primeros años de la década de 1980, después de que se publicaran los resultados del estudio del *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) para adultos⁷. Existen dos versiones del K-SADS que incorporan los datos del momento actual y a lo largo de la vida, la más reciente investigación clínica de este instrumento, el K-SADS-PL, combina ambas. La entrevista K-SADS-PL tiene ventajas sobre versiones previas, brindando la posibilidad de codificar el número y la duración de episodios previos, evaluar alteraciones del funcionamiento relacionadas con diagnósticos específicos y valorar el funcionamiento global del entrevistado por medio de la *Children's Global Assessment Scale* (C-GAS)⁸. También proporciona información de la historia del desarrollo, antecedentes familiares y patológicos del sujeto⁹. Estas características han hecho que el K-SADS-PL se convierta en un instrumento ampliamente utilizado por los clínicos e investigadores¹⁰⁻¹². La entrevista ha sido traducida a varios idiomas^{13,14}, mostrando validez y confiabilidad adecuadas^{15,16}. Hasta el momento actual éste es el primer informe de las características de fiabilidad interevaluador de la versión en español de este instrumento.

El objetivo de esta investigación fue obtener la fiabilidad interevaluador de la entrevista semiestructurada K-SADS-PL en español.

MÉTODO

Características de la muestra

La muestra se integró con niños y adolescentes que acudieron a tres instituciones de atención a la salud mental en la Ciudad de México: la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría, el Hospital Psiquiátrico Infantil y el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Las primeras dos instituciones reciben pacientes de población abierta y por referencia de otros centros de salud en el país; la última atiende a estudiantes de las escuelas de bachillerato y estudios profesionales de la UNAM en la Ciudad de México.

Inicialmente se incluyeron 24 niños y 45 adolescentes (N = 69) con edades entre 6 y 17 años, cuya edad promedio fue $13,1 \pm 2,8$ años y su escolaridad promedio $6,9 \pm 2,3$ años. Los pacientes y sus padres dieron su consentimiento informado para participar en el estudio de acuerdo a las indicaciones del comité de ética de las instituciones participantes.

Los entrevistadores fueron psiquiatras y psiquiatras infantiles certificados por el Consejo Mexicano de Psiquiatría que trabajaban dentro de las instituciones participantes. Cada una de ellas contó con un investigador principal, quien supervisó la técnica de entrevista y la calidad de grabación de las mismas.

Descripción del K-SADS-PL

El K-SADS-PL es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para reunir la información proporcionada por el niño o adolescente, sus padres y otras fuentes de información como los maestros, los abuelos, otros médicos, etc. Incluye diagnósticos del eje I de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III-R¹⁷ y DSM-IV¹⁸. Los diagnósticos se codifican como definitivos, probables (cuando se cumple 75 % de los criterios diagnósticos de un padecimiento y hay deterioro funcional) o ausentes. Se compone de las siguientes secciones: entrevista introductoria, entrevista diagnóstica de sondeo o cribado, suplementos diagnósticos (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros trastornos). En la entrevista de cribado se incluye el C-GAS. Los suplementos para los diferentes diagnósticos solamente se aplican cuando resulta definitivo al menos uno de los síntomas principales evaluados en el cribado. Cuando el paciente es un niño debe entrevistarse primero a sus padres y después al paciente; en el caso de los adolescentes éstos se entrevistan antes que a sus padres. Tanto el padre como el niño/adolescente deben ser evaluados por el mismo entrevistador, quien establece a partir de los datos obtenidos de ambos informantes el mejor estimado clínico para cada síntoma presente y pasado; el clínico determina en un sumario que si el síntoma está ausente, es probable o es definitivo⁹.

Procedimiento

Dos psiquiatras se entrenaron en la aplicación de la versión de la Universidad de Pittsburgh del K-SADS-PL (REU y FPO). La entrevista se sometió al proceso de traducción y doble traducción para asegurar que no se perdiera el sentido de las preguntas y fue adaptada al lenguaje local de niños y adolescentes por tres clínicos certificados. La versión final en español fue revisada por uno de los autores de la versión publicada en inglés. El resto de los entrevistadores se capacitaron en la aplicación de la entrevista, alcanzándose un acuerdo del 80 % para los diagnósticos antes de evaluar la fiabilidad interevaluador; ninguna entrevista de los pacientes evaluados en el entrenamiento fue incorporada a la muestra.

Evaluación de la fiabilidad interevaluador

Las entrevistas fueron videograbadas e intercambiadas. Cada entrevista se calificó por al menos tres evaluadores

que eran ciegos a la calificación de los otros. Se excluyeron por consenso entre los investigadores principales de cada centro aquellas entrevistas con fallas en la técnica, que estuvieran incompletas o con fallas de audio y vídeo importantes.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para las variables clínicas y demográficas. Para la evaluación de la fiabilidad se utilizó el coeficiente kappa de Cohen (κ) para los diagnósticos en los que había cinco o más sujetos¹⁹. También se calcularon las κ para los diagnósticos agrupados en depresión y ansiedad para cualquier trastorno depresivo (trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y trastorno distímico) y cualquier trastorno ansioso (trastorno por ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia simple). De igual forma se agruparon los diagnósticos de forma dimensional en padecimientos internalizados que incluyen a los trastornos depresivos y ansiosos, y en padecimientos externalizados que incluyen al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, al trastorno desafiante oposicionista y al trastorno disocial²⁰.

Se consideró una fiabilidad excelente cuando el valor del coeficiente κ era mayor de 0,75, buena si era de 0,59 a 0,74, moderada de 0,40 a 0,58 y pobre si era menor a 0,40²¹.

RESULTADOS

La aplicación de la entrevista a los pacientes y sus padres requirió de 2 a 4 h; de acuerdo a los informes del clínico que llevó a cabo la entrevista los entrevistados no tuvieron dificultades en la comprensión del instrumento. De los 69 pacientes se excluyeron 15 por problemas en la entrevista y 14 porque sus entrevistas sólo habían sido calificadas por dos evaluadores. El análisis final incluyó 40 pacientes (120 evaluaciones).

Las características de los pacientes obtenidas en la entrevista introductoria se presentan en la tabla 1. La muestra incluyó a niños y adolescentes con gran adversidad social y pobre desempeño escolar, el 76% presentó problemas académicos o de conducta en la escuela y casi la mitad de ellos vivía sólo con uno de sus padres o en hogares adoptivos, además de reportarse alta frecuencia de abuso. Los diagnósticos más comunes fueron trastorno depresivo mayor (TDM) (55%), trastorno desafiante oposicionista (TDO) (45%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (37,5%), trastorno distímico (TD) (35%), trastorno por ansiedad generalizada (TAG) (22,5%) y trastorno disocial (TDis) (22,5%). La mayoría de los pacientes presentaba más de un diagnóstico (promedio: $2,74 \pm 1,29$; intervalo: 1 a 6). Los resultados de las κ calculadas para los diagnósticos seleccionados y agrupados se presentan en la tabla 2.

Tabla 1	Características demográficas y antecedentes de la muestra	
Características		
Sexo masculino		74%
Viven con		
Ambos padres		57%
Un padre		37%
Hogares adoptivos		6%
Problemas en la escuela		76%
Antecedentes de abuso		
Físico		23%
Psicológico		17%
Sexual		10%
Enfermedad médica		20%
Edad promedio (DE)		13,1 años (2,8)
Escolaridad promedio (DE)		6,9 años (2,3)
Calificación promedio del C-GAS (DE)		57,2 (17)
Frecuencias en porcentaje y promedios obtenidos de las variables de la entrevista introductoria del K-SADS-PL.		

DISCUSIÓN

Existen pocos instrumentos diagnósticos para niños y adolescentes en español cuyas características de validez y fiabilidad hayan sido reportadas. Este artículo presenta la información obtenida en el estudio de fiabilidad interevaluador de la entrevista K-SADS-PL como parte de los estudios de validez y fiabilidad (interevaluador, temporal e inter-

Tabla 2	Confiabilidad interevaluador para los diferentes diagnósticos	
Diagnóstico	N	κ
Trastorno depresivo mayor	22	0,76
Trastorno distímico	14	0,77
Cualquier trastorno depresivo	40	0,84
Trastorno por ansiedad generalizada	9	0,53
Cualquier trastorno ansioso	15	0,84
Cualquier trastorno internalizado	55	0,84
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	15	0,91
Trastorno desafiante oposicionista	18	0,71
Trastorno disocial	9	1
Cualquier trastorno externalizado	43	0,87
Valores kappa de los principales diagnósticos encontrados en la muestra.		

informante) de la misma. El hecho de que la muestra se reclutó en diferentes escenarios clínicos permitió a los investigadores incluir pacientes de diferentes niveles económicos y con diferente grado de escolaridad (desde escuela primaria hasta bachillerato). La edad, sexo y escolaridad de esta población son muy similares a las variables demográficas de las muestras usadas en otros estudios de validación^{9,16}. La información obtenida en la entrevista introductoria permitió a los entrevistadores familiarizarse con los antecedentes y las circunstancias actuales del paciente que pudieran influir sobre la presencia de psicopatología y su funcionamiento global. También permitió a los pacientes adaptarse al procedimiento y formato de la entrevista.

El procedimiento de entrenamiento previo al estudio de la fiabilidad interevaluador permitió al equipo de investigación tener criterios homogéneos para realizar la entrevista. A pesar de esto, varias entrevistas se rechazaron por no cumplir los criterios de calidad necesarios, ya sea en la técnica de la entrevista o en la calidad de la grabación. Los errores más frecuentes en la técnica de la entrevista fueron la omisión de preguntas acerca de la presencia de un determinado síntoma en el pasado, no evaluar la frecuencia o severidad o la aplicación incompleta de la entrevista de cribado. A pesar de que el tiempo para completar las entrevistas fue de 2 a 4 h, tanto los evaluadores como los pacientes consideraron que el instrumento era accesible en su lenguaje y fácil de responder.

La técnica de videograbado fue utilizada en versiones anteriores del K-SADS, reportando coeficientes κ entre 0,64 y 0,89^{22,23}, lo que muestra la utilidad de esta técnica para la evaluación de la fiabilidad interevaluador.

El tamaño de muestra fue mayor al utilizado en la validación de la versión original del instrumento⁹. Se calculó de acuerdo a la prevalencia de los principales diagnósticos psiquiátricos en niños y adolescentes. Los diagnósticos obtenidos en esta muestra pueden considerarse representativos de la psicopatología más frecuente en niños y adolescentes de la ciudad de México^{24,25}.

La fiabilidad interevaluador fue buena o excelente para la mayor parte de los diagnósticos analizados. Los diagnósticos de padecimientos con evolución crónica, como el TDAH y el TDO, presentaron valores κ de buenos a excelentes; esto es de particular importancia dada la alta frecuencia de estos padecimientos en la población infantil y adolescente. La puntuación κ más baja se registró para el trastorno por ansiedad generalizada. Otras versiones del K-SADS-PL también aportaron valores κ menores para los trastornos ansiosos¹⁶. Esto puede deberse a la gran variabilidad fenomenológica con la que puede describirse este padecimiento o a que algunos síntomas son coexpresión de otro diagnóstico. Las κ obtenidas al agrupar los diagnósticos confirman la utilidad de la entrevista para la detección de los padecimientos internalizados y externalizados más frecuentes en este grupo de edad.

La calificación del C-GAS reflejó un pobre funcionamiento psicosocial, consistente con los datos obtenidos en la entrevista inicial acerca de la adversidad social que presentaban los pacientes.

En conclusión, la información obtenida de la versión en español del K-SADS-PL en esta población provee de datos fiables acerca de la psicopatología y funcionamiento psicosocial en una forma accesible para clínicos e investigadores, permitiendo su utilización en la investigación y en la práctica clínica cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Peña F, Patiño M, Ulloa RE, Cruz E, Mendizábal J, Cortés J, et al. La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental* 1998;21:11-8.
2. Grove WM, Andreasen NC, McDonald-Scott P, Keller MB, Shapiro RW. Reliability studies of psychiatric diagnosis. Theory and practice. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:408-13.
3. Grove WM. When is a diagnosis worth making? A statistical comparison of two prediction strategies. *Psychol Rep* 1991; 69:3-17.
4. Jensen P, Roper M, Fisher P, Piacentini J, Canino G, Richters J, et al. Test-retest reliability of the diagnostic interview schedule for children (DISC 2.1). Parent, child, and combined algorithms. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:61-71.
5. Costello EJ, Edelbrock CS, Costello AJ. Validity of the NIMH diagnostic interview schedule for children: a comparison between psychiatric and pediatric referrals. *J Abnorm Child Psychol* 1985;13:579-95.
6. Kovacs M. The interview schedule for children (ISC). *Psychopharmacol Bull* 1985;21:991-4.
7. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:837-44.
8. Shaffer D, Sould MS, Brasic J. A children's global assessment scale (C-GAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;1228-31.
9. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
10. Lipschitz DS, Rasmussen AM, Anyan W, Gueorguieva R, Billingslea EM, Cromwell PF, et al. Posttraumatic stress disorder and substance use in inner-city adolescent girls. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:714-21.
11. Duffy A, Alda M, Kutcher S, Cavazzoni P, Robertson C, Grof E, et al. A prospective study of the offspring of bipolar parents responsive and nonresponsive to lithium treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1171-78.
12. Rucklidge JJ, Tannock R. Neuropsychological profiles of adolescents with ADHD: effects of reading difficulties and gender. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:988-1003.
13. Zipper E, Vila G, Dabbas M, Bertrand C, Mouren-Simeoni MC, Robert JJ, et al. Obesity in children and adolescents, mental dis-

- orders and familial psychopathology. *Presse Med* 2001;30:1489-95.
14. Wals M, Hillegers MH, Reichart CG, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1094-102.
 15. Kim YS, Cheon KA, Kim BN, Chang SA, Yoo HJ, Kim JW, et al. The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version- Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Med J* 2004; 45:81-89.
 16. Shanee N, Apter A, Weizman A. Psychometric properties of the K-SADS-PL in an Israeli adolescent clinical population. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1997;34:179-86.
 17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Press, 1987.
 18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Press, 1994.
 19. Cohen J. A coefficient for agreement for nominal scales. *Educ Psychol Means* 1960;20:37-46.
 20. Rettew DC, Copeland W, Stanger C, Hudziak JJ. Associations Between Temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:383-91.
 21. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
 22. Ambrosini PJ, Metz C, Prabucki K, Lee JC. Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:723-28.
 23. Polanczyk GV, Eizirik M, Aranovich V, Denardin D, da Silva T, da Conceicao TV, et al. Interrater agreement for the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version of school-age children (K-SADS-E). *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25:87-90.
 24. De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental* 1999; 22:88-92.
 25. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares BE, Saldivar HGJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental* 1999;22:62-7.