

ORIGINALES

La Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revisada (DICA-R): Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres¹

L. Ezpeleta, N. de la Osa, J. M. Doménech, J. B. Navarro y J. M. Losilla

RESUMEN

El artículo examina el acuerdo diagnóstico entre 145 niños pacientes psicológicos externos y sus padres al responder a la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) adaptada al castellano. Los resultados indican que existe acuerdo, en general bajo, entre ambas fuentes respecto a la mayoría de las categorías diagnósticas. El grado de acuerdo aumentó con la edad. Niños y adolescentes informaron de más síntomas que sus padres. Las áreas donde se encontraron mayores diferencias entre las fuentes fueron los trastornos por conductas perturbadoras y trastornos por ansiedad, y también en depresión mayor para los adolescentes. Para la evaluación de la psicopatología de niños y adolescentes es necesaria la información de ambos.

SUMMARY

The paper examines the diagnostic agreement in 145 outpatient children and their parents answering the Diagnostic Interview for Children and adolescents-Revised (DICA-R) adapted to the Spanish population. The results indicate that there exist diagnostic concordance between the two sources, but the level of agreement was mostly low. The level of agreement improved with the age. Children and adolescent reported more symptoms than their parents. Significant differences were found between the child/adolescent and parent information in the areas of disruptive disorders and anxiety disorders, and in major depression for adolescents. Multiple informants are needed in the assessment of child and adolescent psychopathology.

Key words: parent-child agreement, diagnostic agreement, structured interviews, outpatients, DICA.

¹ Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda DGICYT PM91-209 del Ministerio de Educación y Ciencia.

Agradecemos la colaboración del personal y de los niños de los Centros de Salud Mental para niños y adolescentes del Hospital Clínico de Barcelona, Consorci Hospitalari del Parc Taulí de Sabadell y del Maresme.

* Departament de Psicologia de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.

INTRODUCCION

Durante las décadas de los 80 y 90 se han desarrollado múltiples entrevistas diagnósticas estructuradas para evaluar los trastornos más frecuentes en la infancia y la adolescencia. En la actualidad, es casi imposible llevar a cabo un estudio clínico sin utilizar una

entrevista estandarizada (Harrington et al., 1988). Los protocolos de entrevistas estructuradas suelen contar con versiones paralelas para los niños y para sus padres y los diagnósticos se derivan por separado (Expeleta, 1990; en prensa).

Es frecuente encontrar que los diagnósticos así obtenidos no concuerden totalmente. La concordancia diagnóstica entre los niños y sus padres es habitualmente pobre, independientemente del método de evaluación que se utilice (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Boyle et al., 1993; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover y Kala, 1986; Hodges, Gordon y Lennon, 1990; Kashani, Orvaschel, Burk y Reid, 1985; Klein, 1991; Kolko y Kazdin, 1993; Loeber, Green, Lahey y Stouthamer-Loeber, 1989; Reich, Herjanic, Welner y Gandhi, 1982; Rubio-Stipec et al., 1994; Weissman et al., 1987). Diversos estudios han demostrado que existe mayor relación entre el mismo evaluador (por ejemplo, el padre) valorando diferentes rasgos (trastornos de conducta, ansiedad,...) que entre diferentes evaluadores (padre, niño) valorando el mismo rasgo (depresión) (Kazdin, 1988; 1994). Este potente efecto asociado a la fuente de información tiene importantes implicaciones prácticas, puesto que, en función de a quién preguntemos, los hallazgos pueden ser muy diferentes, y consecuentemente también lo serán el diagnóstico y el tratamiento que se indique.

Ante estas discordancias es fácil pensar que una de las dos fuentes está equivocada y plantearse y quién es el informador más adecuado. Una baja relación entre diferentes informadores no indica necesariamente falta de fiabilidad ya que cada fuente comunica lo que observa en su ámbito (por ejemplo, en casa o en la escuela). En este caso, no podríamos prescindir de ninguno de ellos porque cada uno está aportando información diferente. El análisis de los desacuerdos resultaría muy útil porque indicaría las variaciones en la sintomatología del niño a través de distintos contextos, lo cual ayudaría a predecir el pronóstico o plantear la intervención (Achenbach et al., 1987). Por el contrario, una relación muy alta entre fuentes diversas, significaría que la información que nos ofrecen es redundante y se ahorrarían recursos consultando sólo a una de ellas. Puesto que la regla es la baja concordancia, será necesario evaluar la psicopatología de niños y adolescentes a partir de diferentes informadores (Achenbach et al., 1987; Hodges et al., 1990; Klein, 1991; Kolko y Kazdin, 1993; Orvas-

chel, Puig-Antich, Chambers, Tabrizi y Johnson, 1982; Phares, 1994; Rubio-Stipec et al., 1994; Sylvester, Hyde y Reichler, 1987) y conocer cuál es el patrón de discordancia para establecer quién es el informador óptimo para cada trastorno.

En la tabla 1 se recoge la información sobre el acuerdo diagnóstico entre los niños/adolescentes y sus padres en las entrevistas diagnósticas estructuradas más utilizadas. Los resultados son muy heterogéneos, como también lo son el tipo de muestras y las edades de los sujetos, por lo que resulta difícil sacar conclusiones. En los trabajos que han utilizado entrevistas semi-estructuradas (1 al 4 y también Verhulst et al., 1987) el acuerdo es mayor que en las estructuradas. En los *protocolos estructurados* (estudios 5 a 11), en general, el acuerdo es bastante pobre. En cuanto al tipo de muestras, la concordancia es menor cuando se trata de población general (estudios 5 y 11), aunque hay trabajos que no han encontrado diferencias entre casos graves y no graves en el nivel de acuerdo (Edelbrock et al., 1986; Weissman et al., 1987). La mayoría de los trabajos que han considerado la posible influencia del sexo del niño han encontrado que esta variable no ejerce ninguna influencia sobre el grado de acuerdo (Breslau, Davis y Prabucki, 1988; Edelbrock et al., 1986; Reich et al., 1982), aunque hay algunos que la consideran relevante (Tarullo, Richardson, Radke-Yarrow y Martínez, 1995). Sobre la contribución de la edad, los resultados son más contradictorios. Hay autores que señalan que la edad no afecta el grado de acuerdo (Phares, 1994; Verhulst et al., 1987; Weissman et al., 1987), mientras que otros han hallado que, cuanto mayor es el niño, mayor coincidencia hay con la información que proporcionan los padres u otros adultos (Edelbrock et al., 1986; Reich et al., 1982), y finalmente algunos han encontrado lo opuesto, es decir, que hay mejor concordancia entre los padres y los más jóvenes (Tarullo et al., 1995). Diferentes estudios encuentran mayor acuerdo en los *trastornos externalizantes* (Edelbrock et al., 1986; Hodges et al., 1990; Loeber et al., 1989) y muy poco acuerdo en los *trastornos internalizantes* (depresión, ansiedad) (Apter, Orvaschel, Laseg, Moses y Tiano, 1989; Frick, Silverthorn, Kuper y Eugrin, 1994; Hodges et al., 1990; Klein, 1991). Los padres detectan más trastornos externalizantes y se les considera mejores informadores de ellos, mientras que los niños informan de más internalizantes y son los mejores informadores de estos trastornos.

TABLA 1

Resultados de los estudios de acuerdo diagnóstico entre los niños/adolescentes y sus padres en entrevistas diagnósticas estructuradas

Diag.	Estudio 1++	Estudio 2+	Estudio 3+	Estudio 4*	Estudio 5+ Gen. Clin.	Estudio 6+	Estudio 7+	Estudio 8+	Estudio 9+	Estudio 10+	Estudio 11+ Niños Adol.
TDAH	.47 (.001)				.07 .21		.31	.42	.66	.24	.34 —.02
TC	.63 (.001)	.70	.82	.75	.01 .24	.37	.03		.80	.33	—01 —.02
ND	.26 (n.s.)				.08 .22		.19		.52	.29	.39 .16
DM	.46 (.001)			.62	.18 .25	.36	—07			.43	—01 —.05
DD	.45 (.001)				.02 .11						.10 .32
AFEC		.66	.56		.16 .29			.11	.63		
TAS	.26 (n.s.)	.76	.88		.04 .07						—03 .68
TAE	.12 (n.s.)	.72	1	.35	.09 .05		0				.03 .06
FOB		.41	.72	.34	.13 .26						
TOC		.24	.43	.49							
ANS					.11 .03			.17			
ENU						.54			.49	.60	
ENC						.15				.13	
PSI				.69							
EXT					.10 .26	.19		.17			.48 .14
INT						.18		.30			.24 .48

+ coeficiente kappa ++ Correlación * Correlación intraclase

Diag., categorías diagnósticas; Gen., población general; Clin., muestra clínica; TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TC, trastorno de conducta; ND, negativismo desafiante; DM, depresión mayor; DD, trastorno distímico; AFEC, categoría general de trastornos del estado de ánimo; TAS, trastorno por ansiedad de separación; TAE, trastorno por ansiedad excesiva; FOB, fobia; TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; ANS, categoría general de trastornos por ansiedad; ENU, enuresis; ENC, encopresis; PSI, psicosis; EXT, trastornos externalizantes; INT, trastornos internalizantes.

Estudio 1: Hodges et al. (1990). Child Assessment Schedule (CAS). 48 pacientes hospitalizados de 6 a 12 años.

Estudio 2: Orvaschel et al. (1982). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-Present episode). 17 pacientes externos de 6 a 11 años.

Estudio 3: Orvaschel et al. (1982). K-SADS (Versión epidemiológica). 17 pacientes externos de 6 a 11 años.

Estudio 4: Apter et al. (1989). K-SADS. 40 pacientes hospitalizados de 11 a 18 años.

Estudio 5: Rubio-Stipec et al. (1994). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). 248 niños de 9 a 17 años de la población general y 74 pacientes clínicos de 9 a 17 años.

Estudio 6: Reich et al. (1982). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). 257 clínicos y 50 pediátricos de 6 a 16 años.

Estudio 7: Kashani et al. (1985). DICA. 50 hijos de padres deprimidos de 7 a 17 años.

Estudio 8: Sylvester et al. (1987). DICA. 91 hijos de padres depresivos y ansiosos de 7 a 17 años.

Estudio 9: Welner et al. (1987). DICA. 84 pacientes externos de 7 a 17 años.

Estudio 10: Vitello et al. (1990). DICA. 46 pacientes hospitalizados de 6 a 13 años.

Estudio 11: Boyle et al. (1993). DICA-R. 114 niños y 137 adolescentes de la población general.

Este trabajo forma parte del análisis psicométrico de la adaptación española del protocolo diagnóstico estructurado Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R; Reich et al., 1991). Su objetivo es presentar los datos sobre acuerdo entre la información de los padres y los niños/adolescentes sobre la presencia o ausencia de los trastornos.

METODO

Sujetos

La muestra estaba compuesta por 145 niños y adolescentes, y sus padres, que acudían a consulta psicológica externa en cuatro Centros de Asistencia Primaria. Los niños ($n=69$; 50%) tenían entre 6 y 12 años,

TABLA 2

Acuerdo diagnóstico entre el niño (DICA-R-C) y sus padres (DICA-R-P)

Categorías Diagnósticas	n	Acuerdo		Prevalencia		Dif. NIÑO vs. PADRES		
		%	κ	NIÑO	PADRES	%	95% IC	P
TDAH (pres.)	69	87	.38	8.7	23.2	-14.5	-17.3 to -4.1	.006
ND	68	81	.13	10.3	14.7	-4.4	-13.8 to 7.1	.581
TC	67	98	.79	4.5	3.0	1.5	-1.4 to 1.5	1.0
DM (pres.)	67	94	.31	6.0	3.0	3.0	-3.7 to 5.9	.625
DM (pas.)	67	95	-.02	1.5	4.5	-3.0	-5.9 to 3.7	.625
DD	67	91	-.04	3.0	6.0	-3.0	-8.2 to 5.0	.688
TAS	68	75	.24	26.5	13.2	13.2	0.1 to 21.6	.049
TAE	68	85	.26	13.2	11.8	1.5	-8.6 to 10.8	1.0
FOBIA	64	86	-.07	7.8	6.3	1.6	-8.1 to 10.2	1.0
TOC	68	97	—	1.5	0	1.5	-1.4 to 1.5	1.0
TEPT	67	95	-.02	3.0	1.5	1.5	-3.6 to 4.4	1.0
Anorexia	63	98	—	1.6	0	1.6	-1.5 to 1.6	1.0
Bulimia	64	100	—	0	0	0		1.0
Enuresis	68	78	.50	35.3	30.9	4.4	-7.8 to 14.9	.607
Encopresis	67	85	.28	7.5	17.9	-10.4	-15.7 to 0.6	.065
Cond. Pertur.	69	75	.39	18.8	34.8	-15.9	-22.8 to -3.2	.013
Tr. Humor	68	84	.18	10.3	11.8	-1.5	-10.8 to 8.6	1.0
Tr. Ansiedad	69	62	.12	36.2	24.6	11.6	-2.6 to 25.8	.170
Tr. Aliment.	68	99	—	1.5	0	1.5	-1.4 to 1.5	1.0
Tr. Elimin.	68	74	.45	38.2	41.2	-2.9	-15.1 to 10.2	.815

En negrita diferencias significativas.

de los cuales 44 (64%) eran niños y 25 (36%) niñas. Los adolescentes ($n=76$; 50%) tenían entre 13 y 17 años, con 23 chicos (30%) y 53 chicas (70%). La edad media de la muestra total fue de 12 años ($DE=3,1$). El 5,3% de las entrevistas fueron contestadas sólo por el padre, el 62,1% sólo por la madre, y el 32,6% por ambos. El 98,9% de las familias eran de raza Caucásica y el resto pertenecían a otras razas. El nivel socioeconómico para los niños, siguiendo el índice de Hollingshead (Hollingshead, 1975), se distribuyó de la siguiente manera: clase I: 3,3%; clase II: 1,7%; clase III: 10%; clase IV: 40%; clase V: 45%. Para los adolescentes la distribución fue: clase I: 2,8%; clase II: 12,5%; clase III: 13,9%; clase IV: 25%; clase V: 45,8%. No se incluyeron en el estudio niños con deficiencia mental.

Material

La entrevista DICA-R (7,2) se organiza en síndromes diagnósticos y cubre la mayor parte de la psicopatología que suele presentarse en niños y adolescentes siguiendo los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). Existe una versión para niños de 6 a 12 años y otra para adolescentes de 13 a 17 años en tres formatos que difieren ligeramente: uno para niños de 6 a 12 años, otro para adolescentes de 13 a 17, y otro para los padres de ambos. Se solicita la información sobre la presencia o ausencia de los síntomas durante la vida del niño.

La DICA presenta un alto acuerdo entre e intra entrevistadores, buena fiabilidad test-retest (Herjanic y Reich, 1982; Welner, Reich, Herjanic, Jung y Amado,

TABLA 3

Comparación del número de síntomas presentes en las entrevistas con el niño (DICA-R-C) y padres (DICA-R-P)

Categorías Diagnósticas	n			Número Medio de síntomas		P
		NIÑO	PADRES	Dif.	95% IC	
TDAH (pres.)	69	3.54	5.32	-1.78	-2.78 to -.78	.001
ND	69	1.62	1.90	-.27	-.99 to .44	.442
TC	69	.78	.52	.26	.04 to .48	.021
DM (pres.)	69	.68	.53	.14	-.28 to .57	.502
DM (pas.)	69	.86	1.19	-.33	-.88 to .21	.225
DD	69	.13	.27	-.14	-.45 to .16	.340
TAS	69	1.93	1.17	.75	.14 to 1.37	.017
TAE	69	1.13	1.03	.10	-.47 to .67	.723
FOBIA	69	.48	.57	-.09	-.31 to .13	.435
Cond. Pertur.	69	5.94	7.97	-2.03	-3.41 to -.65	.005
Tr. Humor	69	1.29	1.72	-.43	-1.20 to .34	.267
Tr. ansiedad	69	4.36	3.04	1.32	.09 to 2.55	.036
N.º total de síntomas	69	13.26	14.04	-.78	-3.64 to 2.07	.586

En negrita diferencias significativas.

1987), discrimina entre muestras pediátricas y psiquiátricas, y presenta una relación de moderada a baja con otras medidas de psicopatología en el niño (Carlson et al., 1987; Herjanic y Campbell, 1977; Sylvester et al., 1987; Welner et al., 1987). Boyle et al. (1993) encontraron una buena fiabilidad test-retest para los padres y adolescentes y pobre para los niños en la población general. Ezpeleta et al., (1994), utilizando la DICA-R en una muestra de pacientes externos, han hallado buena fiabilidad entre entrevistadores y test-retest y un acuerdo moderado con el diagnóstico realizado por los clínicos.

Procedimiento

La traducción de la entrevista del inglés al castellano se realizó en tres pasos: 1.º traducción del inglés al castellano por una doctora en Psicología; 2.º revisión de la traducción por un doctor en Psiquiatría, y 3.º contrastación del contenido de la traducción de cada ítem con la autora de la entrevista para comprobar la equivalencia de los ítems (traducción del castellano al inglés). Las preguntas sobre raza, robos con

tarjeta de crédito y la lista de bebidas en la sección de alcohol fueron adaptadas para su aplicación a los jóvenes españoles.

Las entrevistas a los niños y a sus padres fueron realizadas simultáneamente por entrevistadores diferentes para cada miembro de la pareja. Los entrevistadores habían sido previamente entrenados en el uso de la entrevista y desconocían el diagnóstico del clínico.

Los diagnósticos fueron generados utilizando los algoritmos definidos por la entrevista, excepto en la sección de «fobia» en la que se incluyeron las preguntas de gravedad. Los diagnósticos se obtuvieron separadamente para las entrevistas de padres y las de niños/adolescentes.

El índice kappa (Cohen, 1960) es el que se utiliza generalmente para determinar la concordancia diagnóstica. Consideramos el valor kappa de 0,40 o mayor como indicador de acuerdo bueno, y por encima de 0,75 como de acuerdo excelente (Fleiss, 1981). Para comprobar si existían cambios significativos en la proporción de diagnósticos derivados de la información

TABLA 4

Acuerdo diagnóstico entre adolescentes (DICA-R-A) y sus padres (DICA-R-P)

Categorías Diagnósticas	n	Acuerdo		Prevalencia		Dif. ADOL. vs. PADRES		
		%	κ	ADOL.	PADRES	%	95% IC	P
TDAH (pres.)	75	93	.58	6.7	10.7	-4.0	-6.6 to 2.9	.375
TDAH (pas.)	75	92	.62	13.3	10.7	2.7	-4.4 to 7.3	.688
ND	76	79	.35	25.0	14.5	10.5	-1.0 to 18.0	.077
TC	75	88	.42	16.0	6.7	9.3	0.4 to 11.9	.039
DM (pres.)	75	76	.27	26.7	13.3	13.3	1.1 to 20.9	.031
DM (pas.)	75	68	.06	26.7	16.0	10.7	-1.9 to 23.2	.152
DD	74	88	.40	12.2	10.8	1.4	-7.0 to 8.8	1.0
TAS	76	81	.27	19.7	9.2	10.5	-0.3 to 16.7	.057
TAE	76	76	.28	27.6	11.8	15.8	4.1 to 22.0	.008
FOBIA	75	83	.14	10.7	12.0	-1.3	-10.7 to 8.6	1.0
TOC	76	99	—	1.3	0	1.3	-1.3 to 1.3	1.0
TEPT	75	95	.32	6.7	1.3	5.3	-1.1 to 5.3	.125
Anorexia	75	92	.53	10.7	8.0	2.7	-4.4 to 7.3	.688
Bulimia	75	96	.38	4.0	2.7	1.3	-3.3 to 3.9	1.0
Enuresis	75	81	.42	18.7	21.3	-2.7	-12.1 to 7.9	.791
Encopresis	75	96	.71	6.7	8.0	-1.3	-3.9 to 3.2	1.0
Cond. Pertur.	76	74	.37	34.2	23.7	10.5	-.8 to 21.8	.115
Tr. Humor	76	62	.21	46.1	31.6	14.5	-0.6 to 26.5	.063
Tr. ansiedad	76	63	.25	47.4	31.6	15.8	2.6 to 29.0	.038
Tr. Aliment.	76	92	.58	11.8	9.2	2.6	-4.4 to 7.2	.688
Tr. Elimin.	75	81	.51	24.0	26.7	-2.7	-12.1 to 7.9	.791

En negrita diferencias significativas.

de los niños y de sus padres, se aplicó la prueba de McNemar. La prueba t para datos apareados se utilizó para comprobar si existían cambios en el número medio de síntomas informados.

RESULTADOS

El nivel de acuerdo alcanzado fue, en general, pobre. Sin embargo, no existieron diferencias significativas en la prevalencia de la mayoría de los trastornos según la información del niño/adolescente y de sus padres.

Acuerdo entre padres y niño

Sólo en tres categorías diagnósticas el acuerdo fue

bueno (enuresis y trastornos de la eliminación) o excelente (trastorno de conducta -TC) (tabla 2). En el resto de las categorías los valores kappa estuvieron por debajo de 0,40.

En general, los niños informaron de más psicopatología que sus padres. En todos los trastornos por ansiedad la información de los niños produjo prevalencias más altas de trastorno que la de sus padres, alcanzando significación en el caso de trastorno por ansiedad de separación (TAS). La única excepción fue en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), donde los padres informaron significativamente de más trastornos que los niños.

Cuando las categorías diagnósticas específicas fue-

TABLA 5

Comparación del número de síntomas presentes en las entrevistas con adolescentes (DICA-R-A) y padres (DICA-R-P)

Categorías Diagnósticas	n	Número medio de síntomas				
		ADOL.	PADRES	Dif.	95% IC	P
TDAH (pres.)	76	2.75	3.03	-.28	-1.04 to .59	.474
TDAH (pas.)	76	3.18	2.47	.71	-.07 to 1.49	.075
ND	76	2.63	2.10	.53	.04 to 1.01	.034
TC	76	1.70	.78	.92	.61 to 1.24	.000
DM (pres.)	76	3.14	1.79	1.36	.72 to 1.99	.000
DM (past.)	76	3.03	2.03	1.0	.25 to 1.75	.009
DD	76	.89	.47	.42	.06 to .79	.025
TAS	76	1.37	.55	.82	.38 to 1.25	.000
TAE	76	2.26	.87	1.39	.84 to 1.95	.000
FOBIA	76	.66	.41	.25	.05 to .46	.017
Cond. Pertur.	76	7.93	6.13	1.80	.61 to 3.00	.004
Tr. Humor	76	5.25	3.54	1.71	.92 to 2.50	.000
Tr. ansiedad	76	5.45	2.36	3.09	2.04 to 4.14	.000
N.º total de síntomas	76	22.74	14.07	8.67	5.52 to 11.82	.000

En negrita diferencias significativas.

ron agrupadas en categorías superiores más amplias, se encontraron diferencias significativas en trastornos por conductas perturbadoras, donde se obtuvo una prevalencia más alta según la información de los padres.

El análisis del número de síntomas indica que los padres informan significativamente de más síntomas de TDAH y de trastornos por conductas perturbadoras que los niños (tabla 3). Los niños comunicaron significativamente más síntomas que sus padres en TC, TAS y trastornos por ansiedad.

Acuerdo entre padres y adolescentes

En 7 de las 16 categorías específicas y en 2 de las 5 categorías superiores se halló un grado de acuerdo diagnóstico bueno (tabla 4).

En conjunto, los adolescentes tendieron a informar de más trastornos que sus padres. Las diferencias alcanzaron significación en TC, depresión mayor (DM) episodio presente, trastorno por ansiedad excesiva (TAE) y en la categoría general que agrupa los trastornos por ansiedad.

El examen del número de síntomas (tabla 5) mostró que en todas las categorías (específicas, generales y número total de síntomas en toda la entrevista), los adolescentes comunicaron un número de síntomas significativamente mayor que sus padres, excepto en TDAH (presente y pasado).

Siguiendo la propuesta de Loeber et al. (1989), calculamos el acuerdo condicional entre ambas fuentes de información, para seleccionar cuál de ellas es la óptima en cada trastorno. El acuerdo condicional, según proponen estos autores, expresa la probabilidad de que los niños informen de la presencia de un trastorno específico si los padres también lo informan (C/P) y a la inversa, es decir, la probabilidad de que los padres expresen la presencia de un trastorno si los niños también lo informan (P/O). La probabilidad condicional es el porcentaje de acuerdo en los diagnósticos positivos respecto al total de positivos informados por una de las fuentes. Esta propuesta asume que la respuesta más válida es cualquier respuesta afirmativa. El informante que presente el acuerdo condicional más alto (más próximo al 100%) se considera que

TABLA 6

Acuerdo condicional según Loeber et al. (1989) entre la información de niños/adolescentes y sus padres en la valoración de la presencia/ausencia de los trastornos para seleccionar el informador óptimo

Categorías diagnósticas	Niños			Adolescentes		
	C/p ¹	P/C ²	Informador óptimo	C/P ¹	P/C ²	Informador óptimo
TDAH (pres.)	31	83	Padres	50	80	Padres
TDAH (pas.)				75	60	Adolescente
ND	20	29	Padres+niño	64	37	Padres+Adol.
TC	100	67	Niño	80	33	Adolescente
DM (pres.)	50	25	Padres+niño	60	30	Padres+Adol.
DM (pas.)	—	—		33	20	Padres+Adol.
DD	—	—		50	44	Padres+Adol.
TAS	56	28	Padres+niño	57	27	Padres+Adol.
TAE	38	33	Padres+niño	67	29	Padres+Adol.
FOBIA	—	—		22	25	Padres+Adol.
TEPT	—	—		100	20	Adolescente
Anorexia	—	—		67	50	Padres+Adol.
Bulimia	—	—		50	33	Padres+Adol.
Enuresis	71	63	Padres+niño	50	57	Padres+Adol.
Encopresis	25	60	Padres+niño	67	80	Padres
Cond. Pertur.	42	77	Padres	67	46	Padres+Adol.
Tr. Humor	25	29	Padres+niño	63	43	Padres+Adol.
Tr. Ansiedad	47	32	Padres+niño	67	44	Padres+Adol.
Tr. Aliment.	—	—		71	56	Adolescente
Tr. Elimin.	64	69	Padres+niño	60	67	Padres+Adol.

¹ C/P: porcentaje de diagnósticos positivos del niño, dado un diagnóstico positivo en los padres.

² P/C: porcentaje de diagnósticos positivos del padre, dado un diagnóstico positivo en el niño.

es «necesario», es decir que no se puede prescindir de su información para el diagnóstico de ese trastorno; si el acuerdo condicional es alto en ambos, las fuentes son intercambiables y para diagnosticar ese trastorno podemos usar indistintamente la información de una de las dos; y si es baja (<70%) para ambos informantes, debemos obtener los datos de ambas fuentes.

En la tabla 6 se presentan los resultados del acuerdo condicional para niños y adolescentes. Puede observarse que en muy pocos casos se alcanzan valores altos de acuerdo condicional. En la muestra de niños, los padres serían los informadores óptimos en

TDAH y conductas perturbadoras, los niños en TC y, en el resto de las categorías, ambos informadores serían necesarios. En la muestra de adolescentes, aplicando estrictamente los valores de Loeber et al. (1989), los padres serían la fuente más fiable en TDAH y encopresis, los adolescentes en TDAH (pasado), TC, Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) y trastornos de la conducta alimentaria, y en el resto de las categorías ambos serían necesarios. Sin embargo, observamos que hay muchos valores próximos al 70% (varios acuerdos del 67%), que hemos considerado bajos, pero con criterios más laxos señalarían al adolescente como informador óptimo en más categorías.

DISCUSION

El análisis del grado de acuerdo entre la información proporcionada por el niño/adolescente y sus padres al contestar a la versión adaptada al castellano de la DICA-R ha proporcionado resultados muy similares a los obtenidos con otras entrevistas diagnósticas estructuradas, tanto en el grado de acuerdo como en el patrón de concordancia.

En general, niños y adolescentes han informado de más psicopatología que sus padres. En nuestras muestras, los padres tendían a desconocer o no identificar una parte importante de los síntomas y trastornos de sus hijos. En este sentido, nuestros resultados estarían de acuerdo con los de Rubio-Stipec et al. (1994), que utilizando la DISC también hallaron que los niños informaban, en general, de más trastornos que los padres, o los de Weissman et al. (1987) con la K-SADS, y desacuerdo con la afirmación global de Kazdin (1988), que señala que los niños tienden a informar de menos síntomas que los padres y clínicos porque no ven muchas de sus conductas como problema. Que los adultos no informen de los problemas que informa el niño significa que la información de éste es necesaria (Loeber et al., 1989).

Analizando el grado de acuerdo por áreas diagnósticas, también observamos un patrón de discordancia entre nuestros niños/adolescentes y padres muy similar al que han encontrado otros autores. Los padres de los niños (6 a 12 años) informan de más problemas por conductas perturbadoras, en concreto de TDAH. Estos datos concuerdan con los de Edelbrock et al. (1986), Hodges et al. (1990), Kashani et al. (1985), Loeber et al. (1989, 1991) y Reich y Earls (1987), quienes concluyen que para los trastornos por conductas perturbadoras los adultos son mejores informadores que los niños. Este hecho parece que ha sido asumido en la práctica de clínicos e investigadores en salud mental infantil. Así, Loeber et al. (1990) preguntaron a estos profesionales sobre la utilidad de la información de las madres, profesores y niños a la hora de identificar los problemas de conducta de los niños. En general, los profesionales consideraron a los niños de 7 a 12 años como informadores muy poco fiables en el caso de los trastornos por conductas perturbadoras, siendo siempre un adulto el que se reconocía como la fuente más fiable (maestro para TDAH y madre en negativismo desafiante -ND- y TC). El TC es un caso especial dentro de las conductas perturbado-

ras ya que algunos de los síntomas que forman el cuadro pueden ser observados por los padres, pero otros pueden permanecer más encubiertos (novillos, actos de vandalismo, robos, etc.). A pesar de que en la muestra de niños existe un acuerdo excelente entre éstos y sus padres sobre la presencia de TC, el niño todavía informa significativamente de más síntomas que los padres, por lo que en este caso, el mejor informante sería el propio niño.

Por lo que respecta a los trastornos internalizantes (ansiedad, depresión), el acuerdo en este grupo de edad fue muy pobre. En los trastornos por ansiedad, siempre han informado de más problemas y síntomas los niños que sus padres, siendo estas diferencias más acentuadas en el caso de TAS. Es decir, que en nuestro estudio los padres han infravalorado o no han percibido como problemática la sintomatología ansiosa en sus hijos. Este hallazgo también es habitual en la literatura sobre el tema (Apter et al., 1989; Edelbrock et al., 1986Z; Herjanic y Reich., 1982; Hodges et al., 1990; Kashani et al., 1985; Reich et al., 1982; Reich y Earls, 1987; Verhulst et al., 1987). Todos estos estudios remarcan la necesidad de la información del niño para evaluar los síntomas/trastornos que implican experiencias subjetivas o internas que pueden pasar mucho más fácilmente desapercibidos para las otras personas que lo rodean. El bloque de trastornos por ansiedad es el que ha presentado peor acuerdo a lo largo de los estudios. En el caso de la depresión, los resultados oscilan entre bajos y moderados. En nuestro caso, la información de los niños ha conducido a mayor prevalencia de DM, y la de sus padres a mayor prevalencia de DD. Esto último podría explicarse por la mayor duración temporal requerida para el cuadro de la distimia, que puede hacer más difícil identificar el trastorno a los más pequeños.

En la muestra de adolescentes se reproduce el modelo de concordancia que observamos en los niños, en el sentido de que los adolescentes, en general, también informan de más problemas que sus padres (y en este caso las diferencias son más grandes), que los padres informan de más prevalencia de TDAH y los adolescentes más problemas internalizantes. Sin embargo, se aprecia que el grado de acuerdo mejora con la edad: entre los adolescentes y sus padres hubo acuerdo en más categorías diagnósticas que entre los niños y sus padres.

El interés de este trabajo se ha centrado en estu-

diar cuál es el grado de concordancia entre los padres y sus hijos al informar de los síntomas de éstos y averiguar qué fuente de información es más sensible a los diferentes trastornos, y por tanto, comunica mayor prevalencia del problema. Según Klein (1991), se cree que el informante que proporciona la mayor prevalencia de un trastorno tiene mayor probabilidad de estar en lo cierto. Analizando los puntos fuertes y débiles de cada informante podemos encontrar fórmulas para integrar la información discordante, resolver las diferencias, seleccionar el informante apropiado en cada caso y, en definitiva, como señalan Loeber et al. (1990), mejorar el diagnóstico y la validez predictiva de la evaluación. Futuros trabajos deben estudiar la concordancia en síntomas individuales para investigar si los desacuerdos entre las fuentes son debidos únicamente a un tipo de síntomas.

A partir de los datos obtenidos podemos concluir que en la evaluación de la psicopatología de los niños y adolescentes es necesaria tanto la información del niño como de los padres, puesto que ambos informantes están aportando datos complementarios. El informador óptimo para trastornos por conductas perturbadoras y observables son los padres, excepto en TC, donde el niño es el mejor informador. En los trastornos internalizantes son necesarias ambas fuentes, pero siempre es el niño el que proporciona más información positiva. Estos resultados sugieren, como indican Kashani et al. (1985), que debemos preguntar a los niños cómo se sienten y a sus padres cómo se comportan.

Bibliografía

- Achenbach, T. M.; McConaughy, S. H. y Howell, C. T.: «Child/Adolescent behavioral and emotional problems»: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol. Bull.*, 101, 213-222, 1987.
- American Psychiatric Association: «*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*» (3d ed. rev.). Washington D. C.: Author, 1987.
- Apter, A.; Orvaschel, H.; Laseg, M.; Moses, T. y Tyano, S.: «Psychometric properties of the K-SADS-P in and Israeli adolescent inpatient population». *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28, 61-65, 1989.
- Boyle, M. H.; Offord, D. R.; Racine, Y.; Sandford, M.; Szatmari, P.; Fleming, J. E. y Price-Munn, N.: «Evaluation of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents for use in general population samples». *J. Abnorm Child Psychol.*, 21, 663-681, 1993.
- Breslau, N.; Davis, G. C. y Prabucki, K.: «Depressed mothers as informants in family history research - Are they accurate?». *Psychiatric Res.*, 24, 345-359, 1988.
- Carlson, G. A.; Kashani, J. H.; de Fátima, T. M.; Thomas, M.; Vaydya, A. y Daniel, A. E.: «Comparison of two structured interviews on a psychiatrically hospitalized population of children». *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 26, 645-648, 1987.
- Cohen, J.: «A coefficient of agreement for nominal scales». *Educ. Psychol Meas*, 20: 37-46, 1960.
- Edelbrock, C.; Costello, A. J.; Dulcan, M. K.; Conover, N. C. y Kala, R.: «Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview». *J. Child Psychol Psychiatry*, 27, 181-190, 1986.
- Ezpeleta, L.: «Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil». *Eval. Psicológica*, 6, 33-64, 1990.
- Ezpeleta, L.: Entrevistas diagnósticas estructuradas. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), «*Manual de psicopatología del niño y el adolescente*». Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, en prensa.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N.; Júdez, J.; Doménech, J. M. & Navarro, J. B.: «La entrevista diagnóstica estructurada DICA-R»: datos preliminares de la adaptación española. Comunicación presentada en el Simposium sobre Evaluación de variables emocionales en niños y adolescentes, IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago de Compostela (Spain), septiembre 1994.
- Fleiss, J. L.: «*Statistical methods for rates and proportions*» (2nd ed.). New York: Wiley, 1981.
- Frick, P. J.; Silverthorn, P.; Kuper, K. y Eugrin, C.: «Assessment of childhood anxiety using structured interviews»: Patterns of agreement among informants and association with maternal anxiety. Poster presentado en el 1994 Scientific Meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Londres (Inglaterra), junio 1994.
- Harrington, R.; Hill, J.; Rutter, M.; John, K.; Fudge, H.; Zoccolillo, M. y Weissman, M.: «The assessment of lifetime psychopathology: a comparison of two interviewing styles. *Psychol. Med.* 18, 487-493, 1988.
- Herjanic, B. y Campbell, W.: «Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured interview». *J. Abnorm. Child Psychol.*, 5, 127-134, 1977.
- Herjanic, B. y Reich, W.: «Development of a structured psychiatric interview for children»: Agreement between parent on individual symptoms. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 10, 307-324, 1982.
- Hodges, K.; Gordon, Y. y Lennon, M. P.: «Parent-Child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children»: The Child Assessment Schedule (CAS). *J. Child. Psychol Psychiatry*, 31, 427-436, 1990.
- Hollinshead, A. B.: «Four factor index of social status». Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology, 1975.
- Kashani, J. H.; Orvaschel, H.; Burk, J. P. y Reid, J. C.: Informant variance: The issue of parent-child disagreement. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 24, 437-441, 1985.
- Kazdin, A. E.: «The diagnosis of childhood disorders»: Assessment issues and strategies. *Behav. Assess*, 10, 67-94, 1988.
- Kazdin, A. E.: «Informant variability in the assessment of childhood depression». En W. M. Reynolds y H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 249-271). New York: Wiley, 1994.
- Klein, R. G.: Parent-child agreement in clinical assessment

- of anxiety and other psychopathology: A review. *J. Anxiety Disor.*, 5, 187-198, 1991.
- Kolko, D. J. y Kazdin, A. E.: «Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports». *J. Child Psychol Psychiatry*, 34, 991-1006, 1993.
- Loeber, R.; Green, S. M.; Lahey, B. B. y Stouthamer-Loeber, M.: «Optimal informants on childhood disruptive behaviors». *Dev. Psychopathology*, 1, 317-337, 1989.
- Loeber, R.; Green, S. M.; Lahey, B. B. y Stouthamer-Loeber, M.: «Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior». *J. Abnorm. Child Psychol*, 19, 75-95, 1991.
- Loeber, R.; Green, S. M. y Lahey, B. B.: «Mental health professional's perception of the utility of children, mothers, and teachers as informants on childhood psychopathology». *J. Clin. Child Psychol*, 19, 136-143, 1990.
- Orvaschel, H.; Puig-Antich, J.; Chambers, W.; Tabrizi, M. A. y Johnson, R.: «Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E». *J. Am Acad. Child Psychiatry*, 21, 392-397, 1982.
- Phares, V.: Informants on children's emotional/behavioral problems: who knows best? Poster presentado en el 1994 Scientific Meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Londres (Inglaterra), junio, 1994.
- Reich, W. y Earls, F.: «Rules for making psychiatric diagnoses in children on the basis of multiple sources of information: preliminary strategies». *J. Abnorm. Child Psychol*, 15, 601-616.
- Reich, W.; Herjanic, B.; Welner, Z. y Gandhi, P. R.: «Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement of diagnosis comparing child and parents interviews». *J. Abnorm. Child Psychol*, 10, 325-336, 1982.
- Reich, W.; Shayka, J. J. y Taibleson, Ch.: «Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescent-DICA-R» (L. Ezpeleta Trad.). Unpublished manuscript, Washington University, *División of Child Psychiatry*, 1991.
- Rubio-Stipek, M.; Canino, G. J.; Shrout, P.; Dulcan, M.; Freeman, D. y Bravo, M.: «Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatric epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC. 2)». *J. Abnorm. Child Psychol.*, 22, 703-720, 1994.
- Sylvester, C. E.; Hyde, T. S. y Reichler, R. J.: «The Diagnostic Interview for Children and the Personality Inventory for Children in studies of children at risk for anxiety disorders or depression». *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 26, 668-686, 1987.
- Tarullo, L. B.; Richardson, D. T.; Radke-Yarrow, M. y Martínez, P. E.: «Multiple sources in child diagnosis: Parent-child concordance in affectively ill and well families». *J. Clin Child Psychol*, 24, 173-183, 1995.
- Verhulst, F. C.; Althaus, M. y Berden, G. F. M. G.: «The Child Assessment Schedule: Parent-Child agreement and validity measures». *J. Child Psychol Psychiatry*, 28, 455-466, 1987.
- Vitiello, B.; Malone, R.; Buschle, P. M.; Delaney, M. A. y Behar, D.: «Reliability of DSM-III diagnoses of hospitalized children». *Hosp. Comm. Psychiatry*, 41, 63-67, 1990.
- Weissman, M. M.; Wickramaratne, P.; Warner, V.; John, K.; Prusoff, B. A.; Merikangas, K. R. y Gammon, G. D. (1987): «Assessing psychiatric disorders in children». *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 747-753, 1987.
- Welner, Z.; Reich, W.; Herjanic, B.; Jung, K. G. y Amado, H.: «Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)». *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 26, 649-653, 1987.