

## CONFIABILIDAD DEL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DEL NIÑO: INFORME PRELIMINAR

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "WILLIAM SOLER"

*Dra. Juana M. Velázquez\* y Dr. José Pérez-Villar\*\**

Velázquez, J. M.; J. Pérez-Villar: *Confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico del niño: informe preliminar.*

Se emprende un estudio de confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico inter-examinadores como recomendación del estudio piloto, previo al estudio epidemiológico de trastornos psiquiátricos en el niño que se realizó en el CNIC. Se controlan en el diseño ciertos factores relacionados con la técnica del examen y la nomenclatura. Se selecciona la muestra de sujetos (28) entre 30 niños de una escuela nacional, señalados por sus maestros como los de mejor y peor rendimiento académico. Llama la atención que el acuerdo en la identificación de síntomas tales como ansiedad, tristeza, timidez y mal manejo de la agresividad, fue del 100%. Sin embargo, el acuerdo entre examinadores en relación con la existencia o no de enfermedad fue del 90%, lo que se explica por diferencias al hacer la síntesis integradora de síntomas para el diagnóstico. Se expresa que el acuerdo inter-examinadores aumentó con el número de entrevistas, lo que ratifica la importancia de la información para la confiabilidad del diagnóstico.

### INTRODUCCION

La confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico ha sido objeto de estudio de numerosos especialistas, sobre todo durante las décadas de los años 60 y 70 en que se produjeron numerosas publicaciones sobre el tema.

Los resultados de estas investigaciones varían desde concordancias entre examinadores consideradas satisfactorias, hasta las aseveraciones de que el diagnóstico psiquiátrico es de una pobre confiabilidad.

Entre los factores a los cuales se atribuye esta confiabilidad baja, se citan:

1. La varianza de la información:<sup>1, 2</sup> cuando un paciente es entrevistado en 2 ocasiones separadas por un intervalo, su conducta propende a diferir la segunda vez de la primera en muchos aspectos; tiende a no repetir la información ya brindada, puede acudir a la segunda entrevista en un ego-estado diferente del de la primera o la variación en el contexto de la entrevista (por un cambio en el sexo, o edad del entrevistador) puede provocar la emergencia de un ego-estado diferente del mostrado en la entrevista anterior.
2. La varianza de la observación y de la interpretación:<sup>1-5</sup> el estilo de la entrevista, la formación en una u otra escuela teórica del examinador y sus expectativas diagnósticas, van a influir en los resultados.
3. La varianza en el criterio diagnóstico:<sup>1, 2, 5-7</sup> depende del marco teórico de referencia del examinador y de la utilización de tal o cual clasificación diagnóstica.

\* Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil.

\*\* Profesor titular de Psiquiatría Infantil. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

También se ha señalado, que dependiendo de las categorías diagnósticas, se produce una considerable variación de la confiabilidad y estabilidad del diagnóstico psiquiátrico,<sup>5, 8, 9</sup> obteniéndose las correlaciones más altas con los pacientes más severamente enfermos.

Están planteadas las características metodológicas que debe reunir un estudio de confiabilidad.<sup>2</sup>

Los psiquiatras involucrados en el estudio deben ser "representativos", su marco de referencia teórico deberá ser el de los clínicos psiquiatras generales, o si el estudio concierne a psiquiatras pertenecientes a una escuela teórica particular, esto debe ser claramente explicitado. Además, deberán tener aproximadamente la misma experiencia en la práctica profesional y aún se recomienda el control de otras variables mucho más difíciles: los rasgos de personalidad, aunque empíricamente se considera que hay evidencias de que los rasgos de personalidad de los psiquiatras están asociados con diferentes tipos de orientación diagnóstica.

Es necesario determinar e informar explícitamente los objetivos y circunstancias del examen de los pacientes (no es lo mismo una entrevista diagnóstica que otra para evaluar un tratamiento psicológico; no es lo mismo una entrevista de la práctica cotidiana, que en un *set* académico).

Los pacientes deben ser del tipo que comúnmente ven los psiquiatras, y se considera arriesgado generalizar resultados obtenidos con grupos especiales de sujetos, que predominantemente estén libres de anormalidad psiquiátrica.

Se ha señalado la importancia que revisten los estudios de confiabilidad para evaluar los resultados terapéuticos (con drogas y por métodos psicológicos) y también en los estudios epidemiológicos.<sup>7</sup>

No obstante, en algunos de estos últimos estudios, se obvia el examen de la confiabilidad inter-examinadores; se considera satisfactorio a priori, basándose en el tiempo previo en que los examinadores han trabajado juntos.<sup>10</sup>

El niño constituye un sujeto especial para el examen psiquiátrico, ya que sólo excepcionalmente es un paciente voluntario, y es en buena medida a través de la madre y de la observación de su conducta, que se realiza el examen de su nivel psíquico.

El estudio de confiabilidad realizado por Rutter en la Isla de Wight<sup>11, 12</sup> es un buen modelo de investigaciones de esta naturaleza en el niño.

Una de las recomendaciones del estudio piloto realizado previamente a la investigación epidemiológica-psiquiátrica en escolares, llevada a cabo en el CNIC, consistió en que se hiciera un estudio de la confiabilidad inter-examinadores. El objetivo de este trabajo es precisamente exponer nuestros resultados.

## MATERIAL Y METODO

La muestra de niños estuvo constituida por 30 alumnos de los grados preescolar a cuarto de una escuela del municipio Playa. Fueron seleccionados, según el criterio de los maestros, los 3 alumnos con mejor y peor rendimiento académico en cada grado.

Los examinadores fueron los 2 psiquiatras del equipo clínico. Uno de ellos, Especialista de II Grado con más de 30 años de ejercicio profesional, y el otro Especialista de I Grado con 8 años de experiencia.

En cada entrevista los observadores se alternaban en los roles de observador o examinador.

Aproximadamente en la mitad de los casos, la madre fue entrevistada en primer lugar y el niño en segundo. Todas las entrevistas fueron realizadas en el mismo *set* físico: la consulta de Psiquiatría del Departamento de Neurofisiología del CNIC. Se dispuso de un *stock* fijo de juguetes durante toda la investigación, distribuidos sobre la mesa del examinador y en una mesa auxiliar, además de papel, lápices y plastilina.

La entrevista del niño fue semi-estructurada, dirigida a determinar si el niño tenía o no un trastorno psiquiátrico y cuál era la naturaleza de dicho trastorno.

La entrevista a la madre comenzaba, según una técnica abierta, con una invitación a la confianza, con una expresión tal como "cuénteme de su niño". Después seguimos una técnica de entrevista dirigida, preguntando sobre la existencia o no de síntomas.

Al terminar cada entrevista, se redactaba un informe tradicional de ésta y luego se volcaban en una planilla, previamente confeccionada, los datos siguientes: diagnóstico del niño, siguiendo los criterios del Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (GCL); se clasificaba la enfermedad en grave, moderada o ligera; la certidumbre diagnóstica en los niveles poco seguro, seguro y muy seguro; los síntomas del niño según un listado confeccionado a partir del GC1 y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE,IX); una estimación del nivel intelectual del niño, que podía ser alto, promedio, bajo o sub-normal. El psiquiatra también debía consignar los riesgos psicológicos en cada sujeto.

En la entrevista de la madre, debía llenar una planilla que además de los ítems señalados previamente, contenía otros relacionados específicamente con la madre: diagnóstico, grado de la enfermedad y certidumbre, nivel intelectual de la madre, si la entrevista estaba sesgada o no y los riesgos biológicos sufridos por el niño.

En posesión de esta información, procedente de 2 fuentes diferentes, debía hacer una reconsideración de todos los ítems, integrando la información.

Los datos que ofrecemos se refieren a 28 de los sujetos que terminaron la investigación. Los resultados se dan en términos de porcentaje de concordancia y coeficiente de correlación entre los examinadores.

## RESULTADOS

Se tuvo en concordancia máxima del 100% en la identificación de síntomas como ansiedad flotante, ansiedad de separación, tristeza, timidez y mal manejo de la agresividad; del 71% en dificultades del aprendizaje y defectos articulatorios del lenguaje; del 50% en miedos y del 33% en fobias, a partir de la información integrada. Los coeficientes de correlación para los síntomas, aparecen en la tabla 1.

En cuanto al diagnóstico del niño, en la primera entrevista la concordancia inter-examinadores fue del 78%. En la categoría normal 70% y en la anormal 57% de concordancia.

Los coeficientes de correlación aparecen reflejados en la tabla 2.

Después de integrar la información, la concordancia inter-examinadores para el diagnóstico del niño fue del 91%, para la categoría normal 85% y para anormal 81%.

En la estimación del nivel intelectual del niño, obtuvimos una concordancia del 82%, en el nivel promedio 61%. en el nivel alto 72% y en el nivel bajo 77%. Los valores del coeficiente de correlación también aparecen en la tabla 2.

El diagnóstico de la madre, después de integrar la información, arrojó una concordancia del 91%, en la categoría normal 87% y en la patología el 77%. En relación con el tipo de enfermedad, la concordancia fue del 83% para trastorno neurótico, 100% para tras-

torno orgánico (una madre fue considerada deficiente mental por ambos psiquiatras) y 0% en los trastornos de personalidad.

Tabla 1. *Síntomas del niño. (Información integrada)*

Ansiedad flotante	$r = + 1$
Tristeza	$r = + 1$
Timidez	$r = + 1$
Mal manejo de la agresividad	$r = + 1$
Ansiedad de separación	$r = + 1$
Dificultades de aprendizaje	$r = 0,81$
Hiperactividad	$r = 0,69$
Distractibilidad	$r = 0,69$
Impulsividad	$r = 0,69$
Miedos	$r = 0,61$
Fobias	$r = 0,55$
Somatizaciones	$r = 0,35$

Tabla 2. *Diagnóstico del niño*

	Primera entrevista	Información integrada
Correlación general	$r = 0,76$	$r = 0,86$
Sin patología	$r = 0,60$	$r = 0,81$
Trastorno del aprendizaje	$r = 0,81$	$r = 0,87$
Trastorno neurótico	$r = 0,80$	$r = 0,84$
Timidez	$r = 0,47$	$r = + 1$
Estimación del nivel intelectual		$r = 0,86$

Los coeficientes de correlación aparecen en la tabla 3.

En relación con la certidumbre del diagnóstico del niño, se obtuvo una concordancia del 67%, en el nivel muy seguro 50%, en el nivel seguro 59% y en el nivel poco seguro 36%.

En la certidumbre del diagnóstico de la madre, los niveles de concordancia fueron de 56, 0, 55, y 25%, respectivamente.

Los coeficientes de correlación se observan en la tabla 4.

Tabla 3.

Diagnóstico de la madre	Información integrada
Correlación general	$r = 0,78$
Sin patología	$r = 0,82$
Trastorno neurótico	$r = 0,80$
Trastorno de personalidad	$r = 0$
Trastorno orgánico	$r = + 1$

Tabla 4. *Certidumbre diagnóstica*

	Primera entrevista	Información integrada
Examen del niño	$r = 0,35$	$r = 0,44$
Examen de la madre		$r = 0,34$

La variabilidad de los riesgos psicológicos consignados por ambos psiquiatras fue sorprendente. Los *stressores* en que se logró concordancia se reflejan en la tabla 5.

Tabla 5. *Riesgos psicológicos: concordancia (Información integrada)*

Subcultura	71%
Manejo predominantemente censor	33%
Madre tiene imagen distorsionada del niño	10%
Relaciones intrafamiliares discordantes	33%
Denigración de las figuras parentales	50%
Madre tiene un trastorno neurótico	80%
Otro conviviente con trastorno psiquiátrico no especificado	66%
Déficit cuantitativo del rol paterno	54%
Déficit cualitativo del rol paterno	66%
Divorcio traumático	57%
Enfermedad somática crónica	33%
Pocas oportunidades de socialización	0%

## DISCUSION

A pesar de que el acuerdo inter-examinadores en relación con los síntomas fue muy elevado, se produce una disminución de la concordancia y de la correlación al hacer el diagnóstico. Esto es una manifestación objetiva de las diferencias entre los examinadores al hacer la síntesis integradora de los síntomas para el diagnóstico.

El aumento de la concordancia y la correlación entre los examinadores, a partir de la información integrada, se explica porque entonces se disponía de mayor información acerca del niño, ya que se utilizaban 2 fuentes: la madre y el propio niño.

Curiosamente, ha sido señalado que una entrevista más detallada conduce a un mayor acuerdo entre examinadores, pero es posible que un aumento en los detalles conduzca a un incremento de las divergencias en el diagnóstico.

No es raro que el acuerdo logrado en relación con el diagnóstico de la madre, sea menor que el alcanzado en el diagnóstico del niño, ya que el énfasis de las entrevistas estaba puesto en la determinación de si había o no enfermedad en el niño.

El menor acuerdo, la baja correlación inter-examinadores con respecto a la certidumbre del diagnóstico, la interpretamos en relación con las diferentes calificaciones de los psiquiatras. En el diagnóstico de la madre, el psiquiatra de menor experiencia no utilizó nunca la categoría muy seguro.

## CONCLUSIONES

1. Los resultados de concordancia y correlación inter-examinadores pueden considerarse satisfactorios para emprender el estudio epidemiológico.

2. El hecho de que haya diferencias entre los examinadores, a pesar del tiempo de trabajo juntos, y aún más en una relación de profesor-alumno que se mantenía en el momento de este estudio, reafirma la importancia de hacer estudios de confiabilidad inter-examinadores antes de emprender una investigación de cualquier naturaleza.

3. La variabilidad de los riesgos psicológicos consignados por los examinadores indican la necesidad de utilizar una clasificación de los *stressores* ambientales, que disminuya confusiones semánticas en la estimación de los mismos.

## SUMMARY

Velázquez, J. M.; J. Pérez-Villar: *Reliability of psychiatric diagnosis in the child: preliminary report.*

A study of reliability of inter-examiner psychiatric diagnosis is undertaken as recommendation of pilot study, previously to epidemiologic study of psychiatric disorders in the child which was performed at the CNIC. Certain factors related to examination technique and nomenclature are controlled in the outline. The sample (28 subjects) is selected among 30 children attending a national school, pointed out by their teachers as those with better and worse academic results. Calls attention the fact that agreement in the identification of symptoms such as anxiety, sadness, timidity and wrong management of aggressiveness was 100%. However, agreement among examiners in relation to existence or not of disease was 90%, fact that is explained by differences in making integrating synthesis of symptoms for diagnosis. Agreement inter-examiners increased as number of interviews increased, ratifying importance of information for reliability of diagnosis.

## RÉSUMÉ

Velázquez, J. M.; J. Pérez-Villar: *Fiabilité du diagnostic psychiatrique de l'enfant: rapport préliminaire.*

Il est réalisé une étude à propos de la fiabilité du diagnostic psychiatrique inter-examineurs comme recommandation de l'étude pilote, avant l'étude épidémiologique des troubles psychiatriques chez l'enfant réalisée dans le CNIC. Le dessin employé contrôle certains facteurs concernant la technique de l'examen et la nomenclature. On choisit un échantillon de 28 sujets sur un groupe de 30 enfants d'une école nationale qui, d'après leurs maîtres, étaient ceux qui montraient le meilleur rendement scolaire et le pire. Il est à remarquer qu'en ce qui concerne l'identification de symptômes tels que

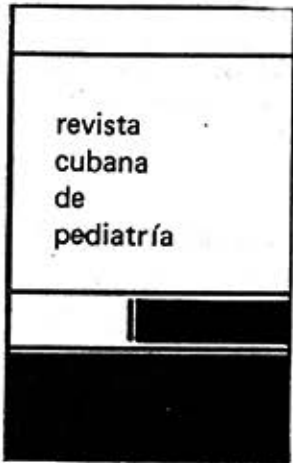
l'anxiété, la tristesse, la timidité et le mauvais traitement de l'agressivité, les avis des examinateurs s'accordaient dans 100% des cas; néanmoins, l'accord entre les examinateurs en rapport avec l'existence ou non de maladie a été de 90%, ce qui s'explique par les différences lors de faire la synthèse d'intégration des symptômes pour le diagnostic. Il est signalé que l'accord entre les examinateurs a augmenté à mesure que le nombre d'enquêtes augmentait, ce qui confirme l'importance des renseignements pour la fiabilité du diagnostic.

## BIBLIOGRAFIA

1. Skodol, A. E.; R. L. Spiter: The development of reliable diagnostic criteria in psychiatry. *Ann Rev Med* 33: 317, 1982.
2. Kreitman, N.: The reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 107: 876, 1961.
3. Goldberg, D. et al.: Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. *Ann Rev Med* 33: 327, 1982.
4. Kendell, R. E. et al.: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 25: 123, 1971.
5. Sandfer, M. G.: A study of psychiatric diagnosis. *J Nerv Ment Dis* 139: 350, 1964.
6. Sandfer, M. G. et al.: Psychiatric diagnosis: a comparative study in North Carolina, London y Glasgow. *Br J Psychiatry* 114: 1, 1968.
7. Copeland, J. R. M.: Differences in usage of diagnostic labels amongst psychiatrists in the British Isles. *Br J Psychiatry* 118: 629, 1971.
8. Kendell, R. E.: The stability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 124: 352, 1974.
9. Kreitman, N. et al.: The reliability of psychiatric assessment: an analysis. *Br J Psychiatry* 107: 887, 1961.
10. Gillberg, C.: Infantile autism and other childhood psychoses in a Swedish urban region. Epidemiological aspects. *J Child Psychol Psychiat* 25: 35, 1984.
11. Rutter, M.; P. Graham: The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child: I, Interview with the child. *Br J Psychiatry* 114: 563, 1968.
12. Graham, P.; M. Rutter: The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child: II, Interview with the parent. *Br J Psychiatry* 114: 581, 1968.

Recibido: 22 de enero de 1985. Aprobado: 20 de marzo de 1985.

Dra. Juana M. Velázquez. Hospital Infantil Docente "William Soler" Ave. San Francisco No: 10112, Altahabana, Ciudad de La Habana, Cuba.



revista  
cubana  
de  
pediatría

La *Revista Cubana de Pediatría* se edita desde 1928, actualmente con una periodicidad bimestral. Se publican artículos sobre la salud infantil, técnicas quirúrgicas aplicadas, las normas pediátricas establecidas en el país, neonatología, estudios epidemiológicos y otros.

Busque el modelo de suscripción que se encuentra en este número y **¡suscríbase!**