



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Entrevistas Clínicas Estructuradas en la Evaluación Diagnóstica
de Trastornos de Ansiedad**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada en
Psicología Clínica

Autora:

Francesca Anahí Ochoa Vásquez

Director:

Mgs. Mario Eduardo Moyano Moyano

Cuenca - Ecuador

2026

Dedicatoria

A mis padres, Luis Alberto y Michelle, mis hermanas, Camila y Saraí, mi pareja Francisco, mi mejor amiga Paula, familiares y amigas, quienes han sido testigos y un pilar fundamental en mi trayectoria universitaria. Su compañía y aliento fueron mi mayor soporte en este camino tan hermoso de conocer la ciencia de la psicología humana.

Agradecimiento

A mis docentes, de manera especial a mi director, Mgs. Mario Moyano, por ser guía e inspiración constante a lo largo de esta trayectoria. A Mabel Marín, por su apoyo fundamental en el desarrollo de la presente investigación. A la Universidad del Azuay, por brindarme el espacio y las herramientas para mi desarrollo académico y profesional, formándome para aportar con rigor y empatía al campo de la psicología clínica.

Resumen

Las entrevistas clínicas estructuradas ofrecen procedimientos estandarizados basados en criterios internacionales, que permiten el diagnóstico adecuado de trastornos de ansiedad. La presente investigación tiene como objetivo general revisar la evidencia científica sobre las entrevistas clínicas estructuradas como herramientas diagnósticas de trastornos de ansiedad. Se realizó una revisión de alcance que culminó en el análisis de 17 artículos publicados entre 2021 y 2025, provenientes de cuatro continentes. Los resultados muestran el uso de entrevistas como la SCID, MINI, CIDI, ADIS y FLII, de las cuales la SCID y la MINI son las más utilizadas, actuando como un filtro ante la inflación diagnóstica y casos clínicos ignorados por autoinformes. No obstante, se observó que estas herramientas presentan disminuciones de fiabilidad al evaluar el Trastorno de Ansiedad Generalizada, a excepción de la ADIS-5 que muestra mayor eficacia. La entrevista clínica estructurada se consolida como el estándar de oro irremplazable para garantizar la veracidad diagnóstica, aunque su implementación exige procesos rigurosos de adaptación transcultural y una transición hacia modelos dimensionales en la práctica clínica.

Palabras clave: entrevista clínica estructurada, trastornos de ansiedad, revisión de alcance, diagnóstico clínico, evaluación

Abstract

Structured clinical interviews provide standardized procedures based on international criteria, enabling accurate diagnosis of anxiety disorders. The present study aims to review the scientific evidence on structured clinical interviews as diagnostic tools for anxiety disorders. A scoping review was conducted, culminating in the analysis of 17 articles published between 2021 and 2025, from four continents. The results show the use of interviews such as the SCID, MINI, CIDI, ADIS, and FLII, among which the SCID and MINI are the most widely used, functioning as a filter against diagnostic inflation and cases overlooked by self-report measures. However, it was observed that these tools show reduced reliability when assessing Generalized Anxiety Disorder, with the exception of the ADIS-5, which demonstrates greater effectiveness. The structured clinical interview is established as the irreplaceable gold standard for ensuring diagnostic accuracy, although its implementation requires rigorous processes of cross-cultural adaptation and a transition toward dimensional models in clinical practice.

Keywords: structured clinical interview, anxiety disorders, scoping review, clinical diagnosis, assessment

Contenido

| | |
|--|----|
| Dedicatoria | 2 |
| Agradecimiento | 3 |
| Resumen | 4 |
| Abstract | 5 |
| Introducción | 10 |
| Capítulo 1 | 12 |
| La Entrevista Estructurada como Herramienta Diagnóstica | 12 |
| La Entrevista Clínica | 12 |
| Elementos de la Entrevista | 13 |
| Estilos de Conducción | 14 |
| Fases de la Entrevista | 15 |
| Clasificación de la Entrevista Clínica | 16 |
| Trastornos de Ansiedad | 19 |
| Clasificación de los Trastornos de Ansiedad | 20 |
| Entrevistas Clínicas para Trastornos de Ansiedad | 22 |
| Utilidad, Validez y Fiabilidad de las Entrevistas Clínicas Estructuradas | 24 |
| Capítulo 2 | 29 |
| Metodología | 29 |
| Tipo de Investigación | 29 |

| | |
|--|----|
| Objetivos | 29 |
| Objetivo General | 29 |
| Objetivos Específicos | 29 |
| Criterios de Elegibilidad..... | 30 |
| Criterios de Inclusión | 30 |
| Criterios de Exclusión | 30 |
| Fuentes de Información..... | 31 |
| Estrategia de Búsqueda | 31 |
| Proceso de Selección de Estudios | 31 |
| Proceso y Estrategia de Extracción de Datos | 32 |
| Síntesis de Resultados | 32 |
| Capítulo 3 | 34 |
| Resultados | 34 |
| Caracterización General de la Evidencia | 46 |
| Identificación de las Entrevistas Estructuradas..... | 47 |
| El Estándar de Oro, Validez y Fiabilidad..... | 48 |
| Utilidad Clínica y Diversificación de Contextos..... | 51 |
| Discusión..... | 53 |
| Conclusiones | 56 |
| Limitaciones y Recomendaciones..... | 57 |

Referencias58

Índice de figuras y tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Cadena de búsqueda empleada en cada base de datos | 31 |
| Tabla 2. Matriz de resultados | 35 |
| Figura 1. Flujograma de resultados | 34 |
| Figura 2. Distribución de estudios por país..... | 46 |
| Figura 3. Distribución de estudios por año de publicación..... | 46 |
| Figura 4. Distribución de los diseños metodológicos | 47 |
| Figura 5. Distribución de entrevistas estructuradas utilizadas y su manual base..... | 47 |
| Figura 6. Artículos que recurren a la entrevista estructurada como el estándar oro | 48 |
| Figura 7. Índices de concordancia (Kappa) expuestos en los artículos..... | 49 |
| Figura 8. Contexto clínico de los estudios | 51 |

Introducción

Los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia a nivel global, afectando hasta a un 20% de la población (Steuber et al., 2024). Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) confirman un incremento de los mismos y de la discapacidad asociada a ellos tras la pandemia por el COVID-19. Estos aseguran que el primer año hubo un incremento del 25% al 27%. Santomauro et al. (2021) estiman que 4.802,4 de cada 100.000 habitantes, predominantemente jóvenes y mujeres, se han visto afectados por estos trastornos tras la crisis global. Esta cifra reveló una enorme dificultad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud mental y una urgente necesidad de implementar mecanismos para una detección temprana y precisa.

McGrath et al. (2023) aseguran que aproximadamente la mitad de la población mundial desarrollará en algún momento de su vida un trastorno mental, cuyos primeros episodios, sobre todo de trastornos emocionales, se presentan en etapas de infancia, en la adolescencia o incluso en la edad adulta. Por ello, existe una necesidad imperante de optimizar los servicios de salud mental durante estas etapas del ciclo vital, detectando y tratando estos trastornos lo más temprano posible.

Como mencionan Steuber et al. (2024), en la práctica clínica, el diagnóstico de trastornos de ansiedad enfrenta desde la subjetividad del profesional, la comorbilidad de síntomas hasta casos subsindrómicos. Frente a estas dificultades y al desconocimiento de instrumentos confiables, los autores concluyen que el uso de medidas estandarizadas y validadas, entre ellas las entrevistas estructuradas, permiten a los profesionales evaluar correctamente la gravedad de la ansiedad y el éxito del tratamiento.

Debido a estos desafíos, es importante indagar sobre las entrevistas clínicas estructuradas y su capacidad para discriminar dichos trastornos con precisión. Esto con base en la urgencia de

conocer herramientas diagnósticas válidas, basadas en clasificadores internacionales de trastornos mentales, que ayuden a disminuir los falsos negativos o positivos y las decisiones terapéuticas inadecuadas.

Por esto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera las entrevistas clínicas estructuradas se consideran una herramienta diagnóstica adecuada para discriminar con precisión los trastornos de ansiedad? Dar respuesta a esta interrogante permite tener una visión amplia del papel de estos instrumentos en el diagnóstico preciso de trastornos con alta prevalencia como lo son los de ansiedad.

La tesis se estructura en diferentes capítulos y secciones. Primero, el marco teórico establece las bases conceptuales del estudio, abordando todo lo referente a las entrevistas clínicas, sus diferentes tipologías, los estilos de conducción y su rol fundamental como instrumentos de evaluación psicológica. La metodología describe el diseño de esta revisión de alcance, explicando la estrategia de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión y el proceso de filtrado que permitió seleccionar los 17 artículos analizados. Los resultados exponen de forma objetiva los datos extraídos sobre el uso, la fiabilidad diagnóstica y la aplicación práctica de entrevistas estructuradas en diversos contextos. La discusión analiza críticamente estos hallazgos frente a la bibliografía previa, debatiendo el papel de la entrevista estructurada frente a la inflación diagnóstica y la necesidad de adaptación cultural de estos instrumentos. Finalmente, el apartado de conclusiones y el de limitaciones y recomendaciones sintetizan el impacto clínico de la investigación, señalan las barreras propias del diseño metodológico y propone directrices claras para futuros estudios y para la práctica en atención primaria.

Capítulo 1

La Entrevista Estructurada como Herramienta Diagnóstica

El presente capítulo establece el marco conceptual necesario para comprender la relevancia de la evaluación clínica en la psicopatología contemporánea. Se inicia con una exploración de la entrevista clínica como eje fundamental del proceso diagnóstico, para luego profundizar en el papel de las entrevistas estructuradas en la detección de los trastornos de ansiedad. A través de la revisión de instrumentos alineados con los sistemas DSM-5 y CIE-11, se busca ofrecer una visión integral que articule la precisión metodológica con las particularidades clínicas de la ansiedad en la actualidad.

La Entrevista Clínica

El artículo de Díaz et al. (2013), define la entrevista como un recurso técnico fundamental en la ciencia, concibiéndola como una "conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar" (p.162). En esencia, constituye una comunicación interpersonal orientada a obtener respuestas verbales precisas sobre un problema o tema propuesto.

Vergés (2019), concibe la entrevista terapéutica como un intercambio comunicacional, tanto verbal como no verbal, cuyo objetivo trasciende la mera obtención de datos, su propósito central es fomentar la autocomprensión en el paciente para que logre desarrollar patrones de pensamiento, sentimiento y acción más adaptativos, superando así la sintomatología que motivó la búsqueda de ayuda. El autor subraya que, aunque los conceptos y procedimientos prácticos pueden ser flexibles y aplicables tanto a la psicoterapia como a la consejería, es fundamental reconocer que ambas modalidades difieren en el grado de los alcances de su intervención.

La entrevista clínica representa un instrumento central en la evaluación psicológica, siendo la que permite recopilar la información sobre los síntomas y funcionalidad del usuario. Aun con la proliferación de cuestionarios, escalas de autorreporte y tecnologías, la entrevista clínica continúa siendo una parte fundamental en la formulación de hipótesis diagnósticas y el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, mientras se comprende la complejidad del malestar psicológico (Fava et al., 2024).

Paz y Peña (2021), mencionan que a pesar de los métodos directos como la observación, la entrevista clínica se consolida como el instrumento más esencial y extendido en la evaluación psicológica, siendo utilizada por casi el 90% de los profesionales en todas las áreas de la psicología aplicada. Aunque es asociada al diagnóstico, su versatilidad la hace indispensable para objetivos múltiples como la selección, orientación, asesoramiento y terapia, sirviendo tanto para la recogida amplia de información como para fines motivadores y terapéuticos.

En definitiva, la literatura reconoce la entrevista clínica como el método inicial imprescindible que estructura y guía todo el proceso de evaluación, determinando la aplicación y selección de los demás instrumentos de medida.

Elementos de la Entrevista

La entrevista se compone de diversos elementos que intervienen en el proceso de la misma; Morga (2012), expone los siguientes: el entrevistador, quien es el experto y elemento a cargo que define los roles, tiempos y temas, y cuya función principal es la escucha empática y el arte de preguntar; el entrevistado, quien no controla la sesión pero posee la información requerida; el mensaje, que es la información intercambiada a través de roles que se alternan continuamente y cuya comprensión mutua es vital; el ruido, entendido como cualquier interferencia física o psíquica que distorsiona la transmisión del mensaje; y finalmente, el canal

de comunicación, que es el medio de transmisión y opera de forma dual, como digital (lenguaje verbal, palabras) y analógico (lenguaje no verbal, tono, postura y silencios).

Por otro lado, resulta importante destacar el papel del “rapport” en la entrevista clínica; Orozco y Salazar (2019), aseguran que el éxito de la entrevista también se relaciona con que el entrevistado vea al profesional como digno de confianza y que el rapport “es responsabilidad directa del entrevistador y se refiere a ese ambiente de calidez, amabilidad, comprensión y entendimiento mutuo” (p. 24).

Por lo tanto, la entrevista clínica requiere tanto del dominio técnico de sus elementos estructurales, y de la capacidad del entrevistador para gestionar adecuadamente la comunicación y favorecer un clima de confianza.

Estilos de Conducción

Según el grado de control y la participación activa que ejerce el entrevistador sobre la estructura y el contenido de la conversación, la entrevista clínica se distingue entre el estilo directivo y el no directivo. La elección entre uno u otro depende de varios factores como el objetivo de la entrevista, las características del entrevistado y la escuela terapéutica de referencia (Perpiñá et al., 2022).

El estilo directivo se caracteriza por un alto nivel de control por parte del clínico, quien asume la iniciativa y estructura el diálogo para obtener el máximo de información en el menor tiempo posible. Este enfoque se apoya en preguntas cerradas, aquellas que demandan respuestas breves o datos concretos, y opciones múltiples, herramientas útiles para la cuantificación y la formulación precisa de hipótesis diagnósticas. Este estilo incrementa la certeza y evita ambigüedades, no obstante, su uso excesivo conlleva el riesgo de limitar la profundidad de la conversación, generar una atmósfera de interrogatorio o inducir pasividad en el consultante (Orozco y Salazar, 2019).

Por contraparte, el estilo no directivo se distingue por su flexibilidad metodológica, delegando en el entrevistado la dirección del contenido y ocupando este la mayor parte del tiempo. El clínico interfiere lo menos posible, utilizando preguntas abiertas que facilitan la expresión emocional espontánea y la captación empática, permitiendo que el paciente determine la relevancia de los temas. Aunque es fundamental para el establecimiento del rapport, un enfoque exclusivamente no directivo sin estrategia puede impedir la adecuada sistematización de la información, comprometiendo la precisión diagnóstica en pacientes con alta resistencia o ansiedad (Perpiñá et al., 2022).

Como se puede evidenciar, la elección del estilo es de suma importancia, al alternarlos y seleccionarlos debidamente influye directamente en el alcance de los objetivos de la entrevista.

Fases de la Entrevista

La entrevista clínica se articula como un proceso dinámico estructurado en etapas sucesivas, cada una con objetivos técnicos específicos; estas fases permiten transitar de manera organizada desde el establecimiento del vínculo inicial hasta la obtención de datos críticos y la síntesis final. Estas etapas difieren según el autor que las sustente, a continuación, se explican algunas de ellas:

Morga (2012) divide la estructura de la entrevista en tres fases: el Rapport, la Cima y el Cierre. El rapport constituye la fase inicial, cuyo objetivo primordial es establecer una atmósfera de confianza, respeto y aceptación mutua, neutralizando la expectación o ansiedad del entrevistado para fomentar una comunicación abierta; su éxito es vital para la calidad de la información recabada. La cima o fase de desarrollo representa el núcleo del proceso, siendo el segmento más extenso donde se recaba la mayor parte de la información, se clarifican los problemas, se analizan los datos y se comienzan a perfilar las líneas de acción o soluciones. Finalmente, la fase de cierre busca consolidar los logros mediante un resumen de los contenidos

tratados, la aclaración de posibles malentendidos, la provisión de prescripciones o tareas, y el refuerzo de la esperanza y la autoconfianza del individuo, concluyendo con la despedida formal.

Por otro lado, Díaz et al. (2013), menciona que independientemente del tipo de entrevista, su desarrollo se articula en cuatro fases: preparación, donde se la planifican los objetivos, preguntas y convocatoria; la apertura, estableciendo el encuadre con el entrevistado, plantea los propósitos, la duración, y el consentimiento informado de grabaciones; desarrollo, siendo el núcleo de la interacción, caracterizado por el intercambio de información. Aquí el entrevistador aplica sus recursos y preguntas; por último, el cierre, donde se anticipa la conclusión para permitir al entrevistado recapitular, se realiza una síntesis de los puntos clave para puntualizar la información y se expresa el agradecimiento por la participación.

Por lo tanto, las fases de la entrevista, independientemente de las propuestas de distintos autores, constituyen una guía flexible que permite organizar el proceso clínico, optimizando la obtención de información y la calidad del vínculo con el entrevistado.

Clasificación de la Entrevista Clínica

Existen diversas clasificaciones para la entrevista clínica, diferenciadas por la disciplina científica, el modelo teórico y del modo de aplicación. A continuación se menciona algunas de las mismas:

La más empleada y citada en la literatura es la clasificación generada por Acevedo en el 2009; Paz y Peña (2021), entre otros varios autores, hacen uso de la misma, que distingue la entrevista según la forma de conducción o estructura, y por el propósito u objetivo que persiguen. Esta última incluye la entrevista de investigación, que busca la recolección de datos científicos; la psicopedagógica, que aborda problemas de enseñanza o aprendizaje; y la de orientación vocacional, diseñada para asesorar en la elección de carrera o empleo. La entrevista clínica busca

comprender la dinámica de la personalidad del sujeto, siendo diagnóstica, terapéutica o de asesoría, mientras que la laboral evalúa las capacidades del candidato para un puesto.

La clasificación según la forma de conducción o estructura incluye la entrevista estructurada o cerrada, donde el entrevistador se ciñe a preguntar lo que se establece en un cuestionario predeterminado; la entrevista semiestructurada, contiene un guion y se abre a la posibilidad de profundizar u omitir temas; la entrevista abierta o no estructurada, permite al profesional tener completa libertad de estructura; y la entrevista tipo panel, que implica a un grupo de entrevistadores que interroga a una persona, o viceversa, para obtener múltiples perspectivas (Morga, 2012).

Es común que la evaluación de un solo paciente combine modalidades, utilizando la entrevista estructurada para antecedentes, la no estructurada para la tribuna libre del paciente, y la semiestructurada para el interrogatorio por sistemas, demostrando la versatilidad técnica requerida. La importancia de la entrevista radica en que la mayoría de los datos clínicos se obtienen a través de ella; de hecho, aproximadamente el 60% de los diagnósticos se logra mediante esta técnica (Díaz et al., 2013).

Por otro lado, Feria et al. (2020), menciona la siguiente subdivisión: por el grado de estructuración, el número de participantes y la situación de comunicación. Respecto a la flexibilidad o estructuración, de igual forma que en la clasificación anterior, incluye la estructurada, no estructurada y semiestructurada, omitiendo la tipo panel. En función del número de participantes, se encuentra la entrevista individual, es decir, limitada al entrevistador y un único entrevistado, o la entrevista colectiva, donde intervienen dos o más entrevistados de manera simultánea. Finalmente, según la situación de comunicación, se clasifica como directa cuando el diálogo ocurre cara a cara, e indirecta si la conversación se realiza a través de un medio tecnológico.

Otra clasificación disponible es según su enfoque teórico; la entrevista dirigida a la introspección (psicodinámica) se basa en el supuesto de que los conflictos arraigados desde la infancia distorsionan la percepción y son la causa de las conductas desadaptadas actuales. Sus objetivos incluyen el análisis de la resistencia, el descubrimiento de conflictos inconscientes y la identificación de mecanismos de defensa, utilizando métodos como la interpretación de sueños y las asociaciones libres. En contraste, la entrevista dirigida a los síntomas (descriptiva) asume que los trastornos se reconocen a través de manifestaciones conductuales con un curso previsible. Sus metas son clasificar los síntomas según categorías diagnósticas definidas, como el DSM, predecir el curso clínico y seleccionar el tratamiento adecuado, empleando métodos basados en la observación del comportamiento y la descripción detallada de los síntomas por parte del paciente (Vergés, 2019).

Es importante notar que estas dos modalidades no son superiores una a la otra, se distinguen por sus metas: la introspección busca la explicación interpretativa, mientras que la sintomática se orienta hacia la clasificación descriptiva.

Según Perpiñá et al. (2022), las entrevistas clínicas se distinguen según los objetivos que cubren a lo largo del proceso de evaluación; la entrevista de screening es semiestructurada, breve y valora rápidamente de necesidades; la entrevista inicial es el primer contacto, identifica y clarifica la demanda del paciente; la entrevista de acogida o derivación proporciona información sobre el proceso y asegura la remisión a un servicio adecuado si las necesidades del paciente no pueden ser cubiertas internamente; la entrevista diagnóstica busca confirmar o descartar un trastorno y puede requerir múltiples sesiones. Tras la evaluación, la entrevista de devolución ofrece retroalimentación profesional al paciente, siendo un paso inicial fundamental para aumentar su motivación mediante la comprensión del caso. Finalmente, las entrevistas de seguimiento comprueban el mantenimiento de las metas terapéuticas para prevenir recaídas,

mientras que la entrevista de alta clínica marca el cierre formal del caso tras alcanzar el objetivo principal, aunque la posibilidad de retomar la relación profesional persiste.

Por lo tanto, la clasificación de la entrevista clínica demuestra su carácter multidimensional y la necesidad de que el profesional seleccione el tipo de entrevista en función del objetivo, el contexto y el momento del proceso evaluativo.

Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad representan una de las categorías psicopatológicas más prevalentes alrededor del mundo. La Asociación Americana de Psicología (APA, 2022), en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión del Texto* (DSM-5-TR), proporciona la definición más utilizada en el ámbito clínico: “Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (p. 215).

A parte del miedo o preocupación excesivos y persistentes que marcan una tendencia a evitar las situaciones ansiógenas, se acompaña de síntomas físicos y cognitivos como: inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, palpitaciones, temblores o náuseas (APA, 2022).

La OMS (2025), por su lado, menciona lo siguiente con respecto a estos trastornos: “Son un miedo o una preocupación excesivos ante una situación específica, como por ejemplo una crisis de angustia o una situación social, o en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, ante una amplia gama de situaciones cotidianas”. Asimismo, asegura que estos son los trastornos más comunes del mundo, viéndose las mujeres más afectadas que los hombres.

En la misma línea, Elia (2023), en el *Manual MSD*, define lo siguiente: “Los trastornos de ansiedad se caracterizan por temor, preocupación o terror que altera mucho la capacidad de funcionar normalmente y que es desproporcionado para las circunstancias”.

Muchos de estos trastornos se desarrollan en la infancia o adolescencia y persisten ante la ausencia de un tratamiento. Actualmente, se calcula que un 4.4% de la población mundial los padece y tan solo una de cada cuatro personas con un trastorno de ansiedad recibe un tratamiento. Este diagnóstico aumenta significativamente el riesgo de comorbilidad con la depresión, el consumo de drogas y los comportamientos suicidas (OMS, 2025).

Según Elia (2023), la evaluación y diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico. El tratamiento más efectivo se basa en terapia conductista y fármacos, generalmente, inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Se reconoce como una gran herramienta en este proceso diagnóstico a la entrevista clínica.

Estos hallazgos demuestran la necesidad de una detección temprana y precisa, de decisiones terapéuticas adecuadas y un tratamiento pertinente para estos trastornos que representan una alta prevalencia a nivel mundial.

Los subtipos se distinguen entre ellos por la situación u objeto que desembocan el temor, la evitación, ansiedad y las cogniciones asociadas. Los trastornos de ansiedad, a diferencia del miedo y ansiedad normales, son excesivos y tienen un tiempo de duración mayor al adaptativo, por lo general, supera los seis meses, sin embargo, dependiendo de la edad y circunstancia puede ser menor (APA, 2022).

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Para categorizar los diversos subtipos, se ha tomado como referencia la undécima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*, generada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), y se distinguen los siguientes, que serán descritos y codificados respectivamente:

- Trastorno de ansiedad generalizada (6B00): estado de ansiedad persistente y difusa caracterizado por una preocupación excesiva e incontrolable ante eventos cotidianos,

acompañada de tensión muscular, inquietud psicomotriz y alteraciones vegetativas que comprometen el funcionamiento habitual.

- Trastorno de pánico (6B01): presencia de crisis de angustia recurrentes e imprevisibles, no vinculadas a estímulos específicos, que cursan con sintomatología física intensa. El cuadro incluye una preocupación persistente por la repetición de los ataques y conductas evitativas desadaptativas.
- Agorafobia (6B02): miedo o ansiedad desproporcionada ante situaciones donde el escape resulta difícil o no hay ayuda disponible, como las multitudes. Provoca una evitación activa de dichos contextos o se soportan con intenso malestar por temor a sufrir síntomas incapacitantes.
- Fobia específica (6B03): ansiedad clínica marcada ante la exposición a objetos o situaciones concretas, como los animales, las alturas o la sangre, desproporcionada al riesgo real. El estímulo fóbico desencadena una conducta de evitación inmediata o se resiste con elevado malestar, impactando la funcionalidad.
- Trastorno de ansiedad social (6B04): temor persistente a la interacción social o al desempeño público por miedo a una evaluación negativa o humillación. Conlleva la evitación sistemática de estas situaciones o su afrontamiento con intensa ansiedad, limitando el desarrollo interpersonal.
- Trastorno de ansiedad por separación (6B05): miedo excesivo e inapropiado para el nivel de desarrollo ante la separación de las figuras de apego. Se manifiesta mediante preocupación por su pérdida, resistencia a alejarse y pesadillas, generando un deterioro funcional significativo.
- Mutismo selectivo (6B06): incapacidad constante para hablar en situaciones sociales específicas, pese a tener competencia lingüística en otros contextos. Esta inhibición dura

al menos un mes, no se debe a desconocimiento del idioma e interfiere en el rendimiento académico o social.

- Otros trastornos de ansiedad y no especificados (6B0Y / 6B0Z): categorías residuales para cuadros con síntomas de ansiedad significativos y malestar funcional, pero que no cumplen la totalidad de los criterios diagnósticos requeridos para los trastornos específicos anteriores.

En definitiva, esta diversidad de subtipos subraya la necesidad de una evaluación diferencial detallada. Comprender las particularidades de cada subtipo permite al profesional seleccionar las herramientas de entrevista estructurada más precisas para cada caso.

Entrevistas Clínicas para Trastornos de Ansiedad

La entrevista clínica estructurada, que se basa en un conjunto de preguntas con un enfoque sistematizado y estandarizado que permite diagnosticar distintos trastornos mentales. Vega y De la Cruz (2024) mencionan que esta es la principal herramienta de estudios que eficientemente diagnosticaron ansiedad social. A diferencia de la no estructurada, ofrece mayor validez, fiabilidad y cobertura de los criterios, también es usada como complemento de la misma y de técnicas como cuestionarios de lápiz y papel (Gerritsen, 2022).

En la actualidad, se tiene acceso a varias de estas entrevistas que ofrecen un diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad, entre las más conocidas se encuentran: la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Sheehan et al., 2016); la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) (OMS, 2018); la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (SCID-5) (First et al., 2016); y la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de Ansiedad y Relacionados para DSM-5 (ADIS-5) (Brown y Barlow, 2013). El resto de las opciones disponibles en la literatura no cuentan con el mismo impacto de este grupo principal.

La SCID-5, cuyo autor principal es Michael B. First y entidad responsable es la APA, se concibe formalmente como una herramienta estructurada, sin embargo, en la práctica clínica se considera semi-estructurada debido a que requiere la intervención de un clínico con formación diagnóstica que aplique juicio crítico y realice preguntas de sondeo, aparte de seguir el guion estandarizado basado en los criterios del DSM-5. Dirigida principalmente a la población adulta y sujeta a licencia por la APA, la SCID-5 presenta múltiples versiones adaptadas a distintos objetivos, las cuales varían significativamente en su duración (30 a 180 minutos) y alcance. Entre estas versiones la SCID-5-CV, es ideal para diagnóstico en hospitales o entornos clínicos y la QuickSCID-5 es la versión más breve de la entrevista general (First et al., 2016).

Por otro lado, la CIDI, realizada por la OMS, es una entrevista diagnóstica integral y estandarizada, usada en estudios epidemiológicos, que evalúa la prevalencia de 30 días, 12 meses y de por vida de trastornos mentales y de consumo de sustancias, según los criterios diagnósticos de los manuales internacionales, siendo la más actual la versión CIDI 5.0. Esta puede ser aplicada por entrevistadores capacitados, no necesariamente clínicos. Se aplica por lo general en el formato digital (Auto-CIDI), aunque también existe la versión presencial o telefónica asistida por computadora (CAPI o CATI) (OMS, 2018). Sivertsen et al. (2023), aseguran que esta tiene buena concordancia con instrumentos diagnósticos como la SCID.

La MINI, cuyos autores principales son David V. Sheehan e Yves Lecrubier, es una herramienta estructurada diseñada para diagnosticar trastornos mentales según los criterios del DSM y la CIE. La última versión, la MINI 7.0.2. Su principal característica es la brevedad, con un tiempo de aplicación que oscila entre 15 y 30 minutos, lo que permite que sea administrada por personal capacitado sin necesidad de ser exclusivamente clínico, cuenta con traducciones a más de 70 idiomas y se presenta en múltiples formatos (impreso, digital) y versiones especializadas (estándar, para psicosis, para TDAH y la MINI-KID para niños y

adolescentes). Gracias a su estructura modular, la entrevista facilita el diagnóstico de comorbilidades, proporcionando una comprensión rápida y completa del paciente, aunque su acceso requiere licencia por parte de los autores (PROEM Health, 2025; Sheehan et al., 2016).

La ADIS-5, desarrollada por Timothy A. Brown y David H. Barlow, identifica afecciones psicológicas según el DSM-5, incluyendo, los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, obsesivo-compulsivos, de trauma y el consumo de sustancias. Aparte de un diagnóstico categórico, permite cuantificar la intensidad, frecuencia, impacto funcional de los síntomas y detectar comorbilidad. Evalúa el estrés vital, el historial médico y los antecedentes familiares, generando una visión integral del usuario. El tiempo de administración varía entre 60 y 120 según el caso, aunque puede reducirse a 30-45 minutos en contextos que utilicen módulos específicos (Brown y Barlow, 2013). Existen versiones, como la ADIS-5L, que establece diagnósticos pasados y la cronología clínica. Silverman y Albano (2016), proporcionan la ADIS-5-C/P, ajustada para niños y adolescentes.

No obstante, el campo de la evaluación psicopatológica continúa evolucionando. En esta línea destaca la entrevista DIAMOND (Tolin et al., 2022), una herramienta modular que prioriza la evaluación de la gravedad sintomática y el deterioro funcional actual. Asimismo, emergen instrumentos como la FLII-11 (Reed et al., 2024), que se alinea con los criterios diagnósticos de la CIE-11, ofreciendo así alternativas ajustadas a los manuales vigentes.

Por lo tanto, las entrevistas clínicas, sobre todo las estructuradas, constituyen herramientas fundamentales para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, al ofrecer procedimientos estandarizados que fortalecen la validez y fiabilidad de la evaluación clínica.

Utilidad, Validez y Fiabilidad de las Entrevistas Clínicas Estructuradas

La superioridad técnica de estas entrevistas radica en sus propiedades psicométricas, se conceptualizan los términos de validez y fiabilidad para obtener una visión clara de lo que implican:

Se explican dos tipos de fiabilidad, la inter-evaluador y la test-retest, la primera significa que se debería llegar a la misma conclusión diagnóstica a pesar de ser evaluado por diferentes profesionales. Es más probable que exista un acuerdo diagnóstico cuando los criterios son menos específicos o cuando se evalúan aspectos conductuales, objetivos y observables, disminuyendo ante las impresiones subjetivas o interpretaciones personales del clínico. Esto sugiere que el éxito radica tanto en la alta estructuración de la entrevista como en el uso de buenos sistemas de clasificación psicopatológica. Por otro lado, la fiabilidad test-retest, quiere decir que existe estabilidad diagnóstica, de resultados o del relato del entrevistado a lo largo del tiempo. Se muestra mayor estabilidad en intervalos de tiempo más cortos (Paz y Peña, 2021).

Al hablar de validez diagnóstica, se hace referencia a la eficacia para diferenciar la presencia y la ausencia de un trastorno. Sus parámetros son la sensibilidad, la especificidad y la concordancia con los criterios de los manuales diagnósticos disponibles (Bogduk, 2022). También “la validez se refiere al grado en que el informe verbal del cliente durante la entrevista refleja adecuadamente su conducta en el ambiente natural” (p.109), siendo más completa y clara en formatos estructurados, como las entrevistas conductuales o diagnósticas, en comparación con los enfoques fenomenológicos o no estructurados (Paz y Peña, 2021).

Con estos conceptos claros, resulta pertinente entender la utilidad de estas entrevistas. Díaz et al. (2013), aseguran que, en el contexto clínico, esta herramienta es utilizada para el diagnóstico, haciendo uso de instrumentos estandarizados, no obstante, en la historia clínica cotidiana se recurre a la entrevista semiestructurada donde las preguntas iniciales estandarizadas

se ajustan dinámicamente según las manifestaciones del paciente y las hipótesis diagnósticas del médico.

A pesar de esta información, existe una amplia gama de estudios científicos de calidad que recurren al uso de la entrevista estructurada como herramienta estandarizada. Esto se hace para asegurar que el diagnóstico sea confiable y válido, lo cual es fundamental cuando se investiga la prevalencia de los trastornos de ansiedad y se hacen comparaciones entre pacientes.

Balestrieri et al. (2007), en su estudio demostraron que la MINI, a diferencia de la entrevista clínica habitual, aporta mayor validez al diagnosticar trastornos de ansiedad. Más de la mitad (52,3%) de casos diagnosticados sin la MINI eran subsindrómicos, es decir, que existen síntomas, pero no suficientes para cumplir los criterios necesarios. Esto la convierte en una herramienta válida que reduce diagnósticos erróneos que repercuten en recursos, medicación, tratamientos o etiquetas inadecuadas.

Pettersson et al. (2018) aplicaron la versión en papel de la MINI en pacientes con síntomas de ansiedad. Hubo altos niveles de satisfacción, fue posible determinar comorbilidades psiquiátricas, existió precisión diagnóstica, los pacientes pudieron verbalizar y entender mejor sus síntomas, y no fue percibida como invasiva ni agotadora. Se recalcó que el tipo de respuesta “sí/no” puede ser limitante. Se concluyó que la MINI es una herramienta de diagnóstico útil en atención primaria.

Brown y Tung (2018), en su estudio demuestran que el ADIS-5 continúa destacándose como una entrevista estructurada de referencia para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad. En particular, los autores muestran que incluir la evaluación detallada de comportamientos de preocupación mejora la precisión diagnóstica del TAG, reforzando la validez discriminante del instrumento. En adición, el ADIS-5 muestra adecuados índices de confiabilidad y sensibilidad clínica, permitiendo comprender con mayor profundidad la funcionalidad y frecuencia de los

síntomas. En este sentido, el estudio contribuye a consolidar el valor psicométrico y práctico del ADIS-5 en contextos de investigación y atención psicológica.

En un estudio descriptivo-transversal realizado en Cuenca, Ecuador, se determinó que el tiempo promedio empleado en la aplicación del MINI fue de 21.6 minutos, sin distinción importante entre edad, escolaridad o sexo. La investigación concluyó que el trastorno de ansiedad fue el segundo más frecuente diagnosticado después de la depresión y destacan la idoneidad de la entrevista para ser aplicada en una población general. Se impera la importancia del uso de este tipo de herramientas en atención primaria para un correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento (Molina González, 2019).

La literatura reciente demuestra que la SCID-5-CV posee excelentes propiedades psicométricas para el diagnóstico clínico, con altos niveles de concordancia (73–97%), sensibilidad y especificidad superiores a 0.70 y coeficientes kappa robustos en la mayoría de los trastornos evaluados. Asimismo, mostró buena fiabilidad tanto en formato presencial como telefónico, lo que respalda su validez clínica y su utilidad en contextos variados de evaluación. Estos resultados consolidan a la SCID-5-CV como un instrumento confiable y adecuado para la práctica diagnóstica en salud mental (Osório et al., 2019).

De igual manera, Shabani et al. (2021), estudiaron las propiedades psicométricas de la SCID-5-CV, concluyendo que esta consta de una alta fiabilidad para diversos diagnósticos, pero valores más moderados para trastornos de ansiedad, limitando su consistencia en esta área. Por otro lado, Elbir et al. (2019) adapta esta entrevista al contexto de Turquía, reportando valores de fiabilidad bastante elevados, incluso en ansiedad generalizada y pánico, lo que demuestra la importancia del entrenamiento de entrevistadores y la adaptación de la entrevista al entorno cultural.

Sivertsen et al. (2023), en su estudio recurrieron a la versión electrónica autoadministrada CIDI-5, con la cual se pudo llegar a la conclusión de que, en una población de 10.460 estudiantes noruegos, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD) presentó una prevalencia actual (30 días) de 16.0% en mujeres y 8.2% en hombres. El uso de la CIDI permite estimar la verdadera prevalencia de trastornos clínicamente significativos, no sólo síntomas, lo que aporta mayor precisión que solo cuestionarios de tamizaje. También se menciona que la administración electrónica de la CIDI aún debe ser validada frente a entrevistas cara a cara, lo que señala una limitación metodológica importante.

La “Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad y relacionados basada en el DSM-5: versión para niña, niño o adolescente y familia”, publicada por la Universidad de Jaén y desarrollada por Albano y Silveman (2025), constituye una herramienta clave para la evaluación diagnóstica en población infanto juvenil. Este manual es la versión en castellano del ADIS-5-C/P (Child/Parent), adaptado al DSM-5, y permite realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo de una amplia gama de trastornos de ansiedad, incluyendo la severidad, curso y etiología de los síntomas. Esta adaptación local refuerza la utilidad del ADIS-5 en entornos hispanohablantes, contribuyendo a una evaluación más precisa y culturalmente pertinente de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

En definitiva, la literatura permite reconocer el papel de la entrevista estructurada como el instrumento de evaluación más confiable y sistemático para el diagnóstico de trastornos mentales, particularmente en el área de los trastornos de ansiedad. La estandarización inherente a este formato metodológico es fundamental, ya que minimiza la variabilidad interevaluador, aumenta la fiabilidad diagnóstica y garantiza la cobertura exhaustiva de los criterios del DSM-5 y el CIE-11. De igual manera, proporciona una base sólida para la selección del instrumento más adecuado para la evaluación precisa y la planificación de la intervención.

Capítulo 2

Metodología

Tipo de Investigación

La presente investigación se desarrolla bajo la modalidad de revisión de alcance (Scoping Review), enfoque metodológico que permite mapear el volumen, las características y la cobertura de la literatura científica existente en torno a un fenómeno de estudio específico. Este tipo de revisión resulta pertinente cuando el campo de investigación es amplio y heterogéneo, ya que su objetivo principal es ofrecer una visión panorámica de la evidencia disponible, identificar tendencias, enfoques predominantes y vacíos de investigación (Munn et al., 2018).

El proceso se llevó a cabo siguiendo las directrices del PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), generado por Tricco et al. (2018), con el fin de garantizar la sistematicidad en la selección de los estudios.

Objetivos

Objetivo General

Revisar la evidencia científica disponible sobre las entrevistas clínicas estructuradas como herramientas diagnósticas de trastornos de ansiedad.

Objetivos Específicos

1. Identificar las principales entrevistas clínicas estructuradas utilizadas en el diagnóstico de trastornos de ansiedad.
2. Describir la estructura de las entrevistas clínicas estructuradas utilizadas en el diagnóstico de trastornos de ansiedad.
3. Indagar sobre la validez y fiabilidad de las entrevistas clínicas estructuradas aplicadas en el diagnóstico de trastornos de ansiedad.

4. Analizar la utilidad clínica de las entrevistas clínicas estructuradas en el proceso diagnóstico de trastornos de ansiedad.

Criterios de Elegibilidad

Para la selección de los estudios incluidos en esta revisión de alcance, se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, con el objetivo de identificar literatura reciente que responda a los objetivos planteados.

Criterios de Inclusión

- Estudios publicados en los últimos 5 años (2020-2025).
- Artículos de revistas de alto impacto.
- Estudios de validación psicométrica que comparen herramientas de tamizaje frente a una entrevista estructurada.
- Estudios que utilicen una entrevista estructurada como “Estándar de Oro” para confirmar prevalencia, remisión o comorbilidad real.
- Estudios que utilizan una entrevista estructurada administrada por evaluadores (clínicos o personal entrenado).
- Artículos que reportan datos específicos sobre trastornos de ansiedad, a pesar de indagar otras patologías adicionales.
- Artículos sobre población general y sin restricción geográfica.
- Artículos publicados en inglés, español u otros idiomas, siempre que el texto completo estuviera disponible y permitiera una extracción de datos fidedigna mediante traducción.

Criterios de Exclusión

- Estudios no relacionados con los objetivos de la revisión.
- Publicaciones duplicadas.
- Documentos sin acceso al texto completo.

- Estudios que no aporten información relevante para el mapeo de la evidencia.
- Estudios que usen entrevistas estructuradas autoadministradas no validadas.

Fuentes de Información

Se realizó la búsqueda de información en las siguientes bases de datos: Web of Science, Scopus, PubMed y Dialnet.

Estrategia de Búsqueda

La estrategia de búsqueda se diseñó mediante el uso de palabras clave en inglés y español, y operadores booleanos (AND, OR) adaptados a las particularidades de cada base de datos en la sección de búsqueda avanzada. Los términos empleados se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 1

Cadena de búsqueda empleada en cada base de datos

| Base de Datos | Cadena de Búsqueda Avanzada | Filtros Aplicados |
|-----------------------|--|--|
| Web of Science | Structured interview (All fields) AND Anxiety (All fields) | 5 años de antigüedad Artículos Libre acceso |
| Scopus | (Structured Interview) AND (Anxiety) | 5 años de antigüedad Artículos de revista Libre acceso Psicología |
| PubMed | ("Structured interview" OR "SCID" OR "MINI" OR "CIDI" OR "ADIS-5") AND ("Anxiety") | 5 años de antigüedad Texto completo gratis |
| Dialnet | (Structured Interview) AND (Anxiety) | Artículos de revista |

Nota. Elaboración propia.

Proceso de Selección de Estudios

En selección de los estudios se llevó a cabo un proceso de búsqueda y filtrado, guiado por las normativas del diagrama de flujo PRISMA-ScR de Tricco et al. (2018). La valoración de los artículos se hizo de manera independiente, resolviendo dudas puntuales mediante la relectura.

Proceso y Estrategia de Extracción de Datos

Tras finalizar la búsqueda en las bases de datos, se exportaron los resultados y se procedió a eliminar los duplicados utilizando Excel. En primera instancia, se realizó el cribado mediante la lectura de títulos y resúmenes para descartar aquellos estudios que claramente no se ajustaban al tema o al diseño metodológico. Los registros restantes se evaluaron a texto completo para verificar el cumplimiento estricto de los criterios de elegibilidad. En esta fase final se excluyeron aquellos que no abordaban específicamente temas relacionados a la entrevista estructurada en la evaluación diagnóstica de trastornos de ansiedad o que no cumplían con los criterios de inclusión, consolidando así la muestra definitiva para la revisión.

Síntesis de Resultados

Para el vaciado de la información, se diseñó una matriz que permitió organizar los datos de forma sistemática, en ella se registraron: autor/es y año, país, metodología, población, instrumentos utilizados (incluye la entrevista estructurada), los principales hallazgos psicométricos o clínicos reportados y las limitaciones de cada artículo. Finalmente, la información extraída fue verificada para asegurar la consistencia de los datos, priorizando la relevancia del aporte al objetivo de la revisión.

Posteriormente, se realizó un análisis narrativo y descriptivo, clasificando la evidencia en función de los ejes temáticos principales:

- Caracterización General de la Evidencia
- Identificación de las Entrevistas Estructuradas
- El Estándar de Oro, Validez y Fiabilidad
- Utilidad Clínica y Diversificación de Contextos

Para facilitar la lectura y comparación de los datos, en su mayoría se elaboraron gráficos que condensan la información relevante. De esta manera se traza una visión general actual sobre

la entrevista clínica estructurada en los trastornos de ansiedad, detectar consensos en la literatura respecto al “estándar de oro” y visibilizar aquellos aspectos o poblaciones donde la investigación aún resulta insuficiente.

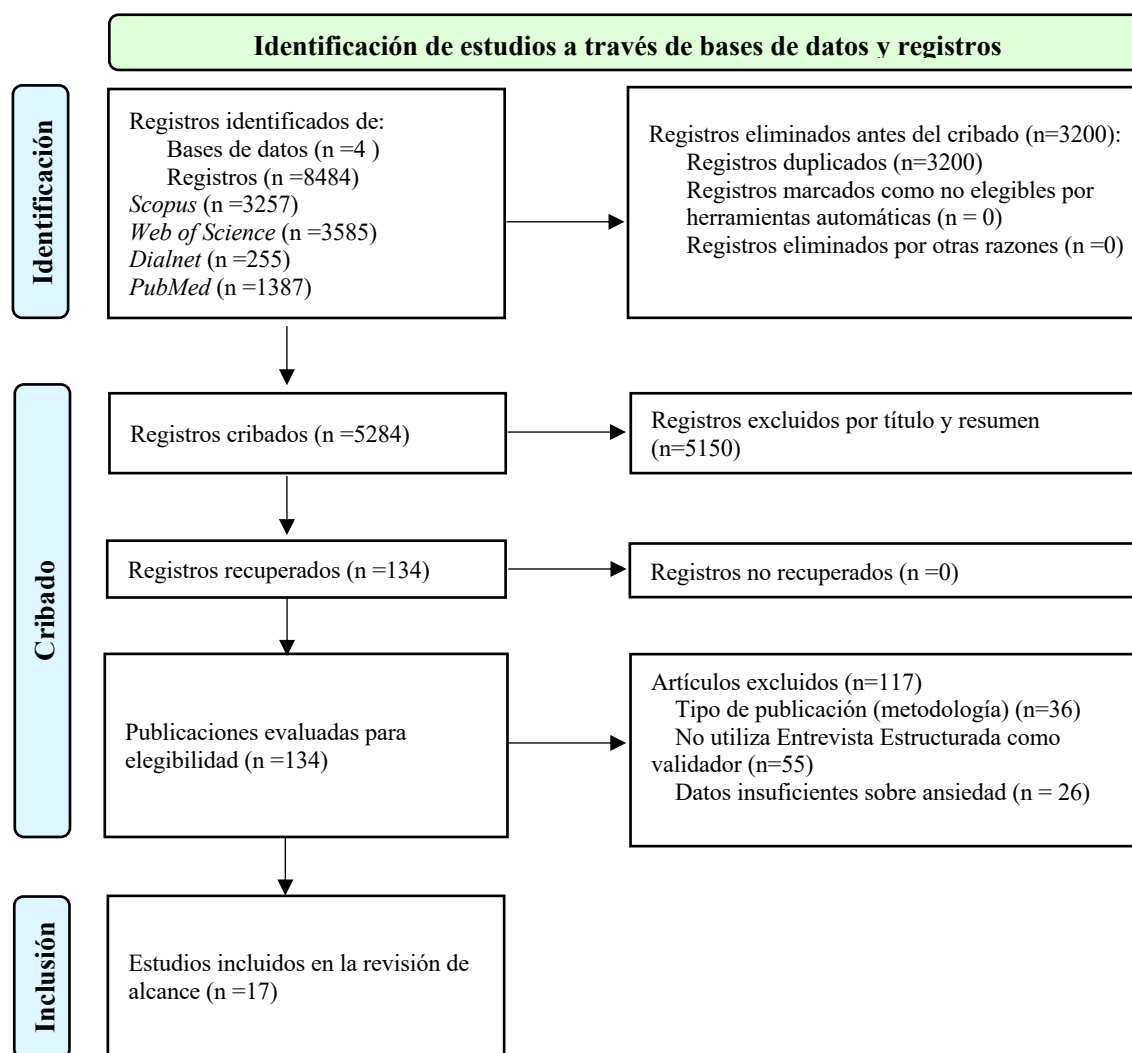
Capítulo 3

Resultados

El presente capítulo muestra los hallazgos relevantes obtenidos tras la revisión de alcance sobre las entrevistas clínicas estructuradas en la evaluación diagnóstica de trastornos de ansiedad. Se trabajó con un total de 17 artículos científicos, correspondientes a los últimos cinco años y seleccionados tras el proceso de filtrado según el flujo PRISMA-ScR (Figura 1).

Figura 1

Flujograma de resultados



Nota. Elaboración propia, basada en el PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

A continuación, se expone la matriz de los estudios seleccionados para la revisión (Tabla 2), que registra los datos más relevantes de cada artículo.

Tabla 2

Matriz de resultados

| Título | Autor/es y año | País | Metodología | Población | Instrumentos Utilizados | Hallazgos Relevantes | Limitaciones |
|--|----------------------------|-------------|-----------------------------|---|---|--|---|
| Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV) | Shabani, A., et al. (2021) | Irán | Transversal, observacional. | 299 pacientes psiquiátricos de tres centros. | SCID-5-CV VS. Diagnóstico por Psiquiatra (estándar de oro). | SCID-5 mostró excelentes resultados para la mayoría de los diagnósticos (sensibilidad > 0.80), pero una debilidad específica en los trastornos de ansiedad. El $\kappa = 0.34$ (moderado/bajo). Se recomienda que el uso de la SCID-5-CV para diagnosticar trastornos de ansiedad debe realizarse con precaución. | Exclusión de pacientes con psicosis aguda, agitación severa, demencia o deterioro cognitivo. Limitado geográfica y culturalmente a pacientes de Irán, de solo tres centros psiquiátricos en Teherán. |
| Clinical reappraisal of the composite international diagnostic interview version 3.3 in Qatar's National Mental Health Study | Khaled, S., et al. (2024) | Qatar | Validación cruzada | 485 adultos, del "Qatar National Mental Health Study" en reevaluación | CIDI 3.3 VS SCID-5-RV (estándar de oro). | Concordancia pobre a regular para los trastornos de ansiedad. TAG tuvo un índice Kappa de 0.32, y fobia social de 0.18. Aunque la concordancia para trastornos depresivos fue aceptable, la ansiedad presentó desafíos significativos, sugiriendo que la CIDI sobreestima o clasifica erróneamente la ansiedad en comparación con el juicio clínico experto en esta población. Sin embargo, tras un proceso de recalibración, la validez mejoró notablemente. La CIDI es útil pero tiende a inflar la prevalencia de ansiedad si no se valida contra una entrevista clínica estructurada de estándar de oro. | Solo el 52% de la muestra inicial aceptó completar la reevaluación clínica. Las entrevistas SCID-5 no fueron presenciales por la pandemia, limitando la evaluación del lenguaje no verbal. El instrumento sobreestima los diagnósticos si no se le aplica una recalibración rigurosa. |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------|---|---|--|--|--|
| Increasing the Efficiency of Diagnostic Interviews for Childhood Anxiety Disorders Through Joint Child-Parent Administration | Radtke, S. R., et al. (2023) | Estados Unidos | Estudio de validación diagnóstica | 89 jóvenes y a su padres (7 a 18 años) con diagnóstico de trastornos de ansiedad u OCD. | ADIS-C/P (estándar para contraste), MINI-KID 7.0 y SCAS-C/P | La administración conjunta (padre-hijo) de la ADIS C/P, demostró adecuada fiabilidad y buena validez, reduciendo en gran medida el tiempo de evaluación sin afectar la precisión diagnóstica. Asimismo, la MINI KID, seleccionada por su brevedad y sólidas propiedades psicométricas, mostró adecuada concordancia con la ADIS e incrementó la especificidad de los diagnósticos registrados en la historia clínica. Los índices Kappa mostraron un acuerdo bueno para trastornos de ansiedad ($\kappa = 0,60$) y deficiente para trastorno de ansiedad generalizada ($\kappa = 0,38$). | Muestra pequeña y homogénea, Muy pocos casos para trastornos específicos como TEPT y TOC, disminuyendo la potencia estadística. Ausencia de control en el orden de las evaluaciones, comparando diagnósticos retrospectivos de práctica habitual contra entrevistas estructuradas posteriores. |
| Does method matter? Assessing the validity and clinical utility of structured diagnostic interviews among a clinical sample of first-admitted patients with psychosis: A replication study | Kvig, E. I. y Nilssen, S. (2023) | Noruega | Estudio observacional naturalista de replicación. | 55 pacientes nuevos de un centro de trastornos psicóticos de 16-40 años. | SCID-I/P aplicada por un trabajador social entrenado, comparada contra el Diagnóstico de Consenso (Estándar de oro). | La SCID, mostró una limitada precisión diagnóstica. Se identificaron errores directos, ya que pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico no fueron reconocidos y fueron clasificados erróneamente con trastornos de ansiedad. La SCID tiende a fragmentar el cuadro clínico, generando comorbilidades artificiales (ansiedad y depresión) al registrar síntomas propios de la psicosis como diagnósticos independientes. Entre las posibles causas se destacan la excesiva dependencia del autoinforme, la vulnerabilidad ante respuestas defensivas y un énfasis categorial rígido. Se concluye que las entrevistas estructuradas aplicadas | Muestra pequeña y muy específica, restringida a primeros ingresos por psicosis, limitando su generalización a otros entornos. El consenso de mejor estimación depende de la calidad y variabilidad de los registros clínicos previos de cada paciente. |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------|---|--|--|--|--|
| | | | | | | por profesionales sin sólida formación psicopatológica no son recomendables para la práctica clínica. | |
| Distress screening in patients with high-grade glioma: diagnostic accuracy in relation to a structured clinical interview in a multicenter cluster-randomized controlled trial | Kuchen R., et al. (2025) | Alemania | Validación diagnóstica transversal. | 691 pacientes con glioma de alto grado | SCID (Estándar de oro), DT (Distress Thermometer), EORTC QLQ-C30 EF-scale y TSQ. | La SCID detectó que el 31% de los pacientes tenía un trastorno mental. De estos, los trastornos más frecuentes fueron los Trastornos de Ansiedad (12%), seguidos de los Trastornos del estado de ánimo (10%) y Trastornos adaptativos (9%). Las herramientas breves mostraron una capacidad discriminativa decadente. Las herramientas de screening no demostraron una capacidad discriminativa convincente y advierte que su uso conlleva un coste considerable de falsos negativos. Esto significa que, sin la entrevista estructurada, muchos pacientes con ansiedad pasan desapercibidos en la consulta oncológica habitual. | Muestra restringida exclusivamente a pacientes con gliomas de alto grado en Alemania. Los déficits propios del tumor cerebral pudieron afectar la comprensión y respuesta a las herramientas de tamizaje. |
| Cognitive impairment, depressive and anxiety disorders among post-COVID-19 survivors: a follow-up study | Aziz, A. A., et al. (2025) | Egipto | Estudio longitudinal observacional (seguimiento). | 44 pacientes post COVID-19 | MoCA-B, SCID-I, BDI y BAI. | La SCID-I fue fundamental para desglosar el diagnóstico. Al mes de la recuperación, detectó que el 43.2% de los pacientes tenía un diagnóstico mixto de Depresión y Ansiedad, mientras que un 13.6% tenía solo Trastorno de Ansiedad. La SCID-I permitió documentar objetivamente la mejora clínica: a los 3 meses, los casos de comorbilidad bajaron al 18.2% y la ansiedad pura al 11.4%. El estudio reportó una asociación estadísticamente significativa | Solo 44 pacientes completaron el seguimiento, lo que disminuye la potencia estadística. Limitado a 1 y 3 meses post-recuperación, impidiendo evaluar trayectorias a largo plazo. Sin población sana emparejada, no se puede establecer una relación causal exclusiva con el virus. |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------|--|--|-------------------------------------|---|--|
| | | | | | | entre el sexo femenino y la presencia de trastornos psiquiátricos, donde las mujeres presentaron puntuaciones más altas de severidad y mayor frecuencia de diagnósticos comórbidos que los hombres. | |
| Persian Translation and Cultural Adaptation of Mini International Neuropsychiatric Interview and its Psychometric Properties | Nejatisafa, A. A., et al. (2022) | Irán | Estudio transversal de validación diagnóstica. | 180 pacientes psiquiátricos (muestra principal para validez) y 30 pacientes adicionales para fiabilidad test-retest. | MINI y SCID-5-CV (Estándar de oro). | La duración media de la entrevista fue de $19,76 \pm 10,30$ minutos, lo que indica una viabilidad satisfactoria. La fiabilidad test-retest fue muy buena. Los valores kappa mostraron una concordancia buena o excelente entre el MINI y el SCID-5-CV para los trastornos psicóticos (0,88), los trastornos relacionados con sustancias (0,86), el trastorno bipolar (0,85), el trastorno depresivo mayor (0,84), el trastorno obsesivo-compulsivo (0,74) y el trastorno mental debido a otros trastornos médicos (0,7). Sin embargo, los valores kappa fueron inferiores para los diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada (0,44) y trastorno de estrés posttraumático (0,32). | Restringida a dos hospitales en Teherán; baja generalización. Pacientes agudos evaluados recién en su segunda semana de ingreso. Muestra insuficiente para ciertos subgrupos diagnósticos específicos. |
| Prenatal mood and anxiety disorders and associated cytokine changes | Mancuso, R. A., et al. (2024) | Estados Unidos | Estudio longitudinal prospectivo. | 179 mujeres embarazadas | SCID | El uso de la SCID permitió diferenciar biológicamente a las pacientes. Las mujeres diagnosticadas mediante la entrevista estructurada con trastornos de ansiedad/ánimo mostraron fluctuaciones más severas en la citoquina proinflamatoria IL-6. 2. Las | Número pequeño de participantes que cumplieron con los criterios diagnósticos confirmados por la SCID. Se agruparon los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, impidiendo analizar si |

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|----------------|---|--|---|--|---|
| | | | | | | pacientes con diagnóstico confirmado por SCID tuvieron niveles significativamente más bajos de IL-10 (anti-inflamatoria) durante el embarazo y posparto ($p=.015$), lo que sugiere que la ansiedad clínica impide la regulación inmunológica normal del embarazo. | diagnósticos específicos presentan patrones inmunológicos distintos. |
| Examining the psychometric properties of the flexible interview for ICD-11 (FLII-11) among adults in India | Jaisoorya, T. S., et al. (2025) | India | Estudio de validación diagnóstica. | 625 participantes adultos (365 pacientes psiquiátricos y 260 controles sanos). | FLII-11 administrada por entrevistador lego entrenado vs. Diagnóstico Clínico por Psiquiatra Consultor (Estándar de oro). | La entrevista FLII-11 mostró un acuerdo global muy bueno con el diagnóstico del psiquiatra, obteniendo un índice Kappa (κ) general de 0.81. Las propiedades psicométricas para los Trastornos de Ansiedad fueron adecuadas, alcanzando un índice Kappa de 0.77. Para detectar cualquier trastorno mental (incluida ansiedad), la herramienta tuvo una Sensibilidad del 83.3% y una Especificidad del 78.8%, lo cual valida su uso en estudios epidemiológicos a gran escala. FLII-11. | Realizado en un único hospital psiquiátrico terciario, limitando su generalización a la población general. Muestra demasiado pequeña para validar trastornos menos prevalentes. Requiere replicación en otros idiomas y regiones del país. |
| Measurement of Anxiety and Depression Among Autistic Adults: Concordance Between Diagnostic and Screening Instruments in a Feasibility Study | Mournet, A. M., et al. (2025) | Estados Unidos | Estudio transversal comparativo de precisión diagnóstica. | 20 jóvenes con diagnóstico de autismo verbal, con edad promedio de 27 años. | ADIS-5 administrada por clínicos entrenados vs. BECD (Best Estimate Clinical Diagnosis) como Estándar de Oro. | La ADIS-5 demostró ser el mejor predictor diagnóstico, con una concordancia considerable a fuerte con el diagnóstico clínico experto (BECD). Para diagnosticar TAG, la ADIS-5 obtuvo un AUC de 0.85, con una Sensibilidad del 100% (no perdió ningún caso real) y una Especificidad del 69.2%. Aunque la sensibilidad fue perfecta, la especificidad bajó porque la entrevista estructurada captó | Muestra de conveniencia y reducida, a Adultos autistas ya en búsqueda de tratamiento, no representativos. Limitado a personas con habilidades verbales, excluyendo discapacidad intelectual profunda. El estándar de oro clínico sigue enfrentando la |

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------|--|--|---------------------|---|---|
| | | | | | | <p>síntomas (como preocupaciones o problemas de sueño) que clasificó como ansiedad, pero que el juicio clínico consideró parte del autismo. Esto resalta que incluso la entrevista estructurada puede tener falsos positivos en autismo si no se usa juicio clínico adicional.</p> | <p>dificultad inherente de diferenciar ansiedad de rutinas autistas.</p> |
| <p>Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: a pragmatic randomized clinical trial</p> | <p>Roberge, P., et al. (2022)</p> | <p>Canadá</p> | <p>Ensayo Clínico Aleatorizado (RCT) pragmático.</p> | <p>231 adultos aleatorizados . 116 asignados a TCC y 115 al tratamiento habitual (TAU), entre 18-65 años</p> | <p>BAI y ADIS-5</p> | <p>El uso de la ADIS-5 permitió identificar con precisión la comorbilidad: el 82.6% de la muestra presentaba al menos un trastorno comórbido al inicio del estudio, desglosando casos complejos que los cuestionarios suelen agrupar erróneamente. Se valida la utilidad de la entrevista para medir el éxito clínico. Con la ADIS-5, se pudo determinar objetivamente que la TCBT fue superior, logrando reducir significativamente la tasa de diagnósticos comórbidos a un 33.7% a los 4 meses (post-tratamiento), frente a un 55.7% en el grupo control. Esto demuestra que la entrevista estructurada es viable y necesaria incluso en entornos de atención primaria para no estimar erróneamente la mejora del paciente basándose solo en síntomas subjetivos.</p> | <p>Se comparó contra el tratamiento habitual (TAU) en lugar de otra terapia estructurada, lo que impide descartar el efecto placebo de la atención grupal. Dada la naturaleza del tratamiento, los pacientes y terapeutas conocían su asignación (solo los evaluadores de la ADIS-5 estaban cegados). Hubo pérdida de participantes entre la asignación inicial y la evaluación post-tratamiento (solo 201 de 231 completaron la evaluación a los 4 meses).</p> |

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|---|--|--|--|---|
| <p>Detecting Anxiety in Pregnancy: Validation of the Anxiety Subscale of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDS-3A) in Spanish Women</p> | <p>Val, A., y Míguez, M. C. (2025)</p> | <p>España</p> | <p>Estudio transversal de validación de prueba diagnóstica.</p> | <p>317 mujeres embarazadas en el tercer trimestre.</p> | <p>EDS-3A VS. SCID-5-CV (Estándar de Oro).</p> | <p>La SCID-5 identificó que la prevalencia real del TAG era del 12.3% (39 casos). Incluso usando el mejor punto de corte (≥ 7), la escala de cribado tuvo una sensibilidad de solo 61.5%. Esto significa que el tamizaje perdió a casi el 40% de las mujeres que realmente tenían un trastorno de ansiedad confirmado por la entrevista. Sin la SCID-5, esas pacientes habrían quedado sin diagnóstico. La especificidad fue del 86.3% (bastante aceptable para descartar sanos), pero la baja capacidad para detectar a los enfermos refuerza la necesidad de la entrevista clínica para no dar falsos negativos.</p> | <p>Impide evaluar la fluctuación y evolución temporal de la ansiedad a lo largo de los diferentes trimestres del embarazo. La EDS-3A es una subescala extraída de una herramienta diseñada originalmente para depresión, no un instrumento construido primariamente para ansiedad. Resultados basados en una muestra de un único país (España).</p> |
| <p>Depression and Anxiety as Predictors of Metabolic and Bariatric Surgery Completion Among Ethnically Diverse Patients</p> | <p>Ngenge, S., et al. (2023)</p> | <p>Estados Unidos</p> | <p>Estudio de cohorte prospectivo.</p> | <p>413 pacientes candidatos a la cirugía</p> | <p>MINI</p> | <p>La MINI identificó la prevalencia clínica de los trastornos de ansiedad (como el TAG y el Trastorno de Pánico) en los candidatos a cirugía. Este estudio demostró objetivamente que los pacientes con un diagnóstico de ansiedad confirmado por la MINI tuvieron un 48% menos de probabilidades de completar la cirugía bariátrica en comparación con aquellos sin ansiedad ($p = 0.020$). El estudio concluye que la ansiedad es un predictor significativo de abandono del protocolo médico preoperatorio, un hallazgo que resulta sólido y confiable precisamente porque el diagnóstico no se basó en quejas</p> | <p>El 87% de la muestra fueron mujeres, lo que limita fuertemente la generalización de los resultados en la población masculina. El estudio se desarrolló entre agosto de 2019 y octubre de 2022; el impacto psicológico y logístico de la pandemia pudo haber inflado tanto la ansiedad como las tasas de abandono. El análisis principal agrupó todas las ansiedades bajo una sola variable, impidiendo saber si un</p> |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------|---|--|--|---|---|---|
| | | | | | | subjetivas, sino en el rigor de una entrevista clínica estructurada. | trastorno específico (Pánico vs. TAG) causa más abandonos que otro. |
| Beyond Anxiety and Depression: Loneliness and Psychiatric Disorders in Adults with Atopic Dermatitis | Zhang, J., et al. (2023) | Países Bajos | Estudio transversal dentro de la cohorte <i>Lifelines Cohort Study</i> | 56,896 participantes adultos | Preguntas de autoreporte sobre diagnósticos de vida y MINI | Mientras que el autorreporte sugirió asociaciones con casi todos los trastornos, la MINI fue mucho más selectiva, esta confirmó que los pacientes con dermatitis atópica tenían mayor riesgo de Trastorno de Pánico (aOR = 1.85, p=0.03), pero descartó asociaciones significativas para Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Fobia Social en la muestra general, demostrando que el autorreporte inflaba la comorbilidad. La MINI reveló que la asociación real aparece en casos graves. Los pacientes con Dermatitis Moderada a Severa sí mostraron un riesgo significativamente mayor de Agorafobia (aOR = 1.65) y de tener al menos un trastorno de ansiedad (aOR = 1.36), validando que la patología psiquiátrica es dependiente de la carga de enfermedad física. | Al evaluar todo en un único corte temporal, es imposible establecer causalidad direccional (no se puede afirmar si la dermatitis severa causa la ansiedad o viceversa). Aunque la psiquiatría se midió con la MINI, el diagnóstico y la severidad de la dermatitis se basaron en cuestionarios, introduciendo riesgo de sesgo de clasificación subjetiva. Todos los datos provienen de una única base poblacional europea (la cohorte Lifelines en los Países Bajos), limitando su validez transcultural en otras regiones. |
| Diagnostic accuracy of screening tools for depression and anxiety in cervical dystonia | Martino, D., et al. (2025) | EE. UU., Canadá, Australia y Reino Unido. | Estudio transversal, multicéntrico internacional. | 210 pacientes con distonía cervical aislada. | MINI (Estándar de oro) y 8 escalas de tamizaje como pruebas índice. | La MINI confirmó que el 34.3% de los pacientes (72 de 210) tenía un trastorno de ansiedad actual. La subescala de ansiedad del HADS fue la herramienta más equilibrada. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) tuvo un desempeño inferior. Aunque es | Dificultad intrínseca para aislar completamente los síntomas físicos de la ansiedad de las manifestaciones motoras propias de la distonía. Muestra |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------|--|---|--|---|---|
| Assessment of perinatal anxiety: diagnostic accuracy of five measures | Ayers, S., et al. (2024) | Reino Unido | Estudio de cohorte longitudinal prospectivo. | 2,243 mujeres (cohorte total), con una submuestra de 403 participantes evaluadas con la entrevista diagnóstica. | MINI (Estándar de oro) y cinco escalas de tamizaje (GAD-7, GAD-2, Whooley, CORE-10, SAAS). | <p>popular, su sensibilidad fue solo del 79.7% (perdiendo el 20% de los casos), probablemente porque confunde los síntomas motores de la distonía con ansiedad física. La escala PROMIS Anxiety mostró propiedades psicométricas excelentes (AUC = 0.86), comparables al HADS-A, siendo una alternativa válida moderna.</p> <p>La MINI reveló que las herramientas con mejor precisión diagnóstica para ansiedad fueron la CORE-10 y la SAAS. El GAD-7 (y el GAD-2) no funcionaron tan bien como las otras medidas. Gracias a la comparación con la entrevista estructurada, se determinó que los puntos de corte óptimos eran ≥ 9 para la SAAS y ≥ 9 para la CORE-10. El estudio encontró que los puntos de corte óptimos para el GAD-7 en esta población eran más bajos que los recomendados habitualmente, lo que implica que el uso estándar del GAD-7 podría estar fallando en la detección de casos reales si no se calibra con una entrevista clínica.</p> | <p>reclutada en clínicas de neurología de tercer nivel, limitando la generalización de las propiedades psicométricas a entornos de atención primaria. Impide evaluar si la precisión de las herramientas (como PROMIS o HADS) fluctúa dependiendo del ciclo de tratamiento (antes o después de la aplicación de toxina botulínica)</p> <p>Restringida a mujeres en etapa de embarazo y posparto, impidiendo generalizar los puntos de corte a hombres o a la población clínica general. Validado exclusivamente en el sistema de salud británico (NHS); requiere recalibración en otros países y sistemas de atención. El estigma sobre la salud mental materna y la presencia de familiares durante el tamizaje pudieron limitar la honestidad en el autorreporte.</p> |
|---|--------------------------|-------------|--|---|--|---|---|

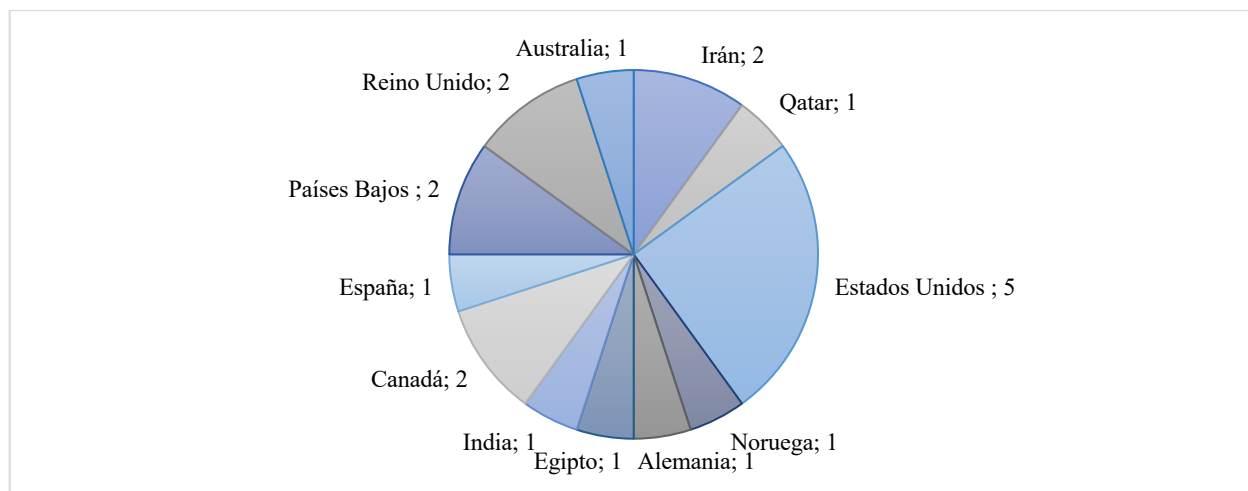
| | | | | | | | |
|---|--|---------------------|--|--|--------------------------|---|--|
| <p>La relación entre los problemas de sueño y el inicio y curso de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Original: <i>De relatie tussen slaaproblemen en het ontstaan en beloop van angst- en stemmingsstoornissen</i>)</p> | <p>Van der Riet, J., et al. (2023)</p> | <p>Países Bajos</p> | <p>Estudio longitudinal de 3 años.</p> | <p>6,646 participantes entre 18-64 años, parte de la encuesta NEMESIS-2.</p> | <p>CIDI 3.0 y el IRS</p> | <p>Gracias a la CIDI, se concluyó que casi la mitad de las personas con un trastorno de ansiedad o ánimo sufrían problemas de sueño, frente a solo una quinta parte (~20%) de las personas sin trastorno. El análisis multivariable reveló que los problemas de sueño están asociados específicamente con la recurrencia (terugval) de los trastornos. La CIDI fue indispensable para separar clínicamente a los pacientes en grupos de Nuevo Inicio, Recurrencia y Persistencia, permitiendo descubrir que el sueño afecta de forma distinta a cada fase de la ansiedad.</p> | <p>Dependencia exclusiva de autoinformes, careciendo de medidas biológicas objetivas como la polisomnografía o la actigrafía. Pérdida progresiva de participantes a lo largo de los años de seguimiento, lo que puede introducir sesgos en los datos de persistencia. Combinar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en el análisis multivariable dificulta aislar cómo afecta el sueño a cada patología específica por separado.</p> |
|---|--|---------------------|--|--|--------------------------|---|--|

Nota. Elaboración propia.

Caracterización General de la Evidencia

Figura 2

Distribución de estudios por país

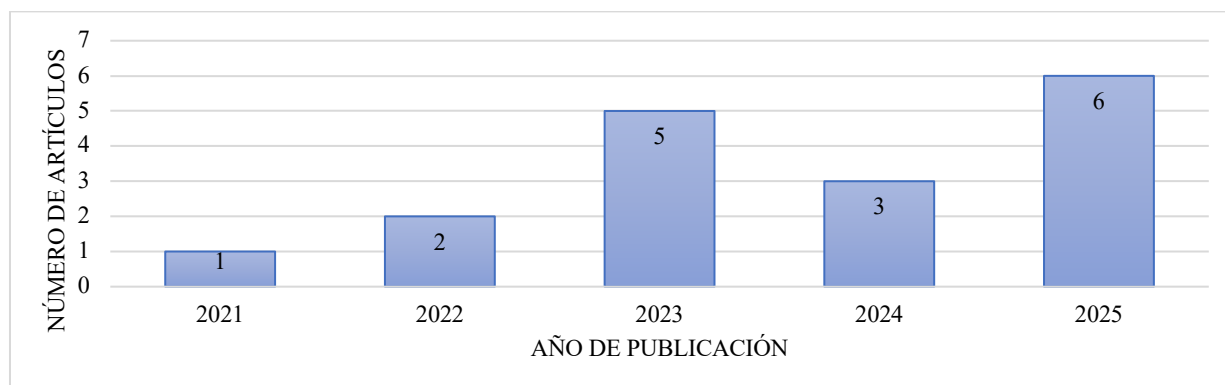


Nota. Elaboración propia.

La revisión abarca investigaciones en 11 países. Estados Unidos destaca con un total de 5 estudios, que representa un 29.4%, mientras que el resto de (70.6%) proviene de otros contextos. La distribución demuestra que este tipo de entrevistas son implementadas globalmente, incluyendo cuatro continentes: América, Europa, Asia y Oceanía, por ende, en diversos contextos lingüísticos y culturales.

Figura 3

Distribución de estudios por año de publicación

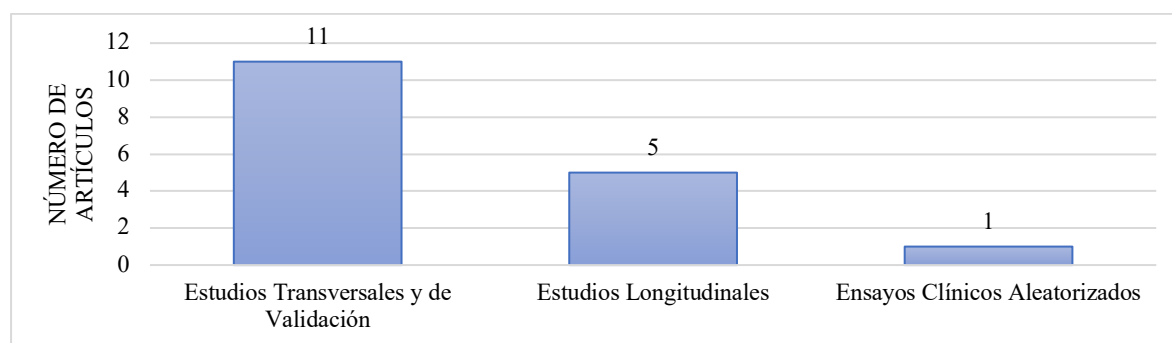


Nota. Elaboración propia.

Los estudios incluidos abarcan un periodo de cinco años, entre 2021 y 2025. A partir del 2023 se observa un aumento en el volumen de publicaciones relevantes, a pesar de que hubo una leve fluctuación para el 2024. El 2025 puntúa la máxima cantidad, incluyendo 6 estudios, lo que aporta datos actualizados sobre el uso de este tipo de herramientas en el diagnóstico de trastornos de ansiedad.

Figura 4

Distribución de los diseños metodológicos



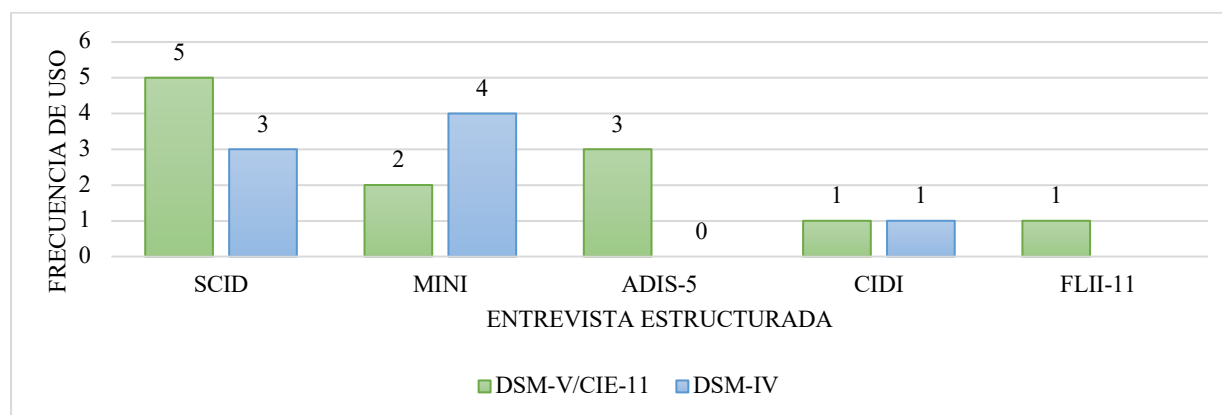
Nota. Elaboración propia.

Se observa un claro predominio de los estudios transversales y de validación diagnóstica (64.7%), seguidos por un 29.4% de diseños longitudinales o de cohorte prospectiva y un 5.9% de ensayos clínicos aleatorizados. Algunos estudios evalúan y validan la propia entrevista, midiendo su precisión o adaptándola a otro idioma, y los estudios longitudinales y experimentales la utilizan como una herramienta de referencia confiable para cumplir con otros objetivos, como rastrear síntomas de ansiedad a lo largo del tiempo o comprobar la eficacia de un nuevo tratamiento.

Identificación de las Entrevistas Estructuradas

Figura 5

Distribución de entrevistas estructuradas utilizadas y su manual base



Nota. Elaboración propia.

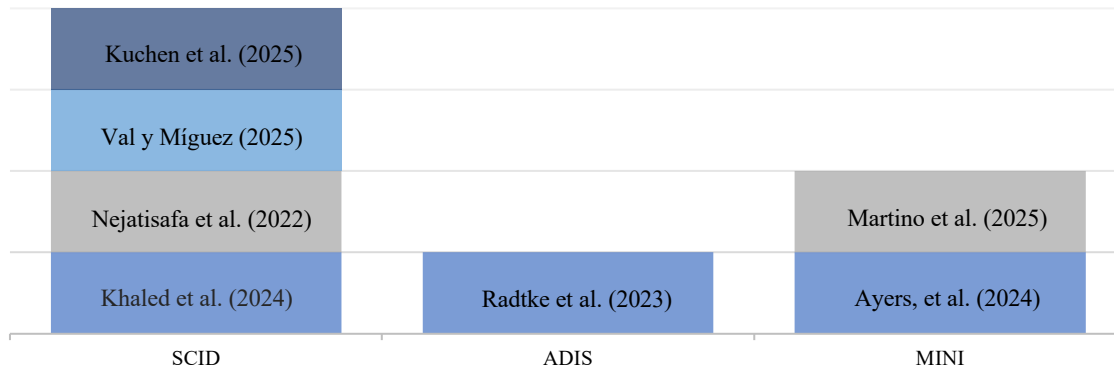
La Figura 5 permite visualizar que la SCID se consolida como la herramienta más utilizada ($n=8$) en el contexto de diagnóstico de trastornos de ansiedad, sobre todo su versión más actual (SCID-5) frente a la versión previa. Por el contrario, el uso de la MINI se hace mayormente con la versión que se basa en los criterios del DSM-IV. El uso de la ADIS-5 aparece exclusivamente bajo criterios del DSM-V. Finalmente, la emergencia de la FLII-11 marca la incorporación de la CIE-11 en la práctica clínica de las entrevistas estructuradas.

El Estándar de Oro, Validez y Fiabilidad

La literatura existente expone a las entrevistas estructuradas con una superioridad técnica frente a otros métodos diagnósticos, incluso, las utilizan como el “Estándar de oro” para validar diagnósticos de trastornos de ansiedad realizados con otras herramientas, tales como cuestionarios, escalas u otras entrevistas.

Figura 6

Artículos que recurren a la entrevista estructurada como el estándar oro

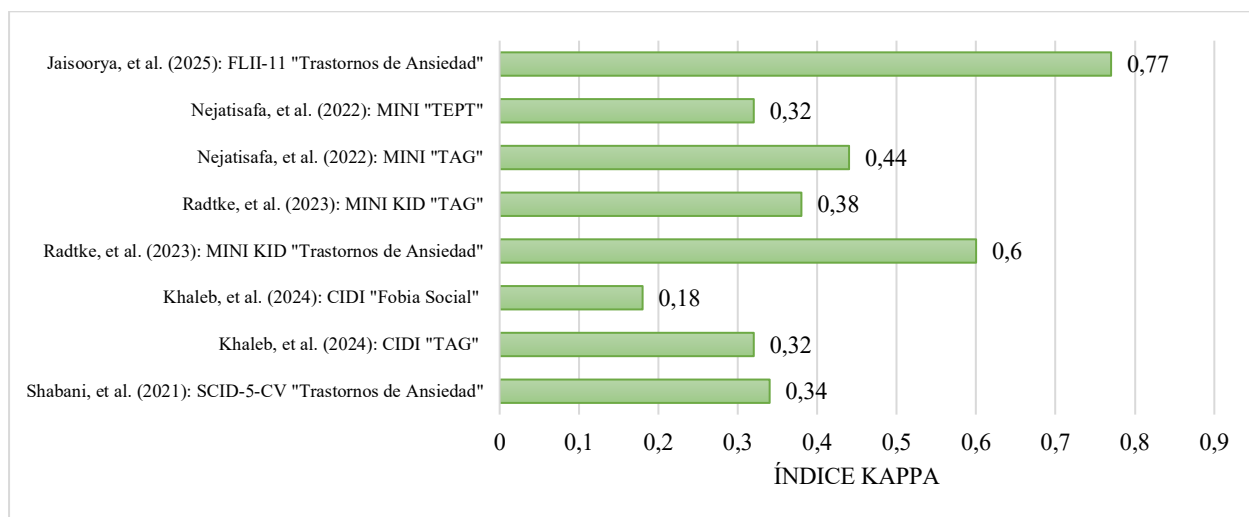


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 7 se detallan los índices de concordancia (Kappa) obtenidos en la revisión. Estos valores derivan de distintos contrastes metodológicos, tales como la validación entre entrevistas, o la concordancia frente al juicio clínico experto. Por ejemplo, el caso de Shabani et al. (2021) obtiene el valor de Kappa tras contrastar la SCID-5-CV con el diagnóstico de un psiquiatra, o Nejatisafa et al. (2022), que usa la SCID-5-CV como referencia para llegar a determinar este índice en la MINI.

Figura 7

Índices de concordancia (Kappa) expuestos en los artículos



Nota. Elaboración propia.

El mayor nivel de acuerdo para los trastornos de ansiedad se obtuvo con la herramienta FLII-11, alcanzando un índice de 0.77. Por el contrario, la concordancia disminuye al evaluar diagnósticos específicos. El TAG presenta índices bajos a moderados que oscilan entre 0.32 con la CIDI y 0.44 con la MINI, registrándose el nivel más pobre de acuerdo (0.18) en la fobia social evaluada mediante la CIDI.

Existe una división en la precisión de las entrevistas según el instrumento y el contexto clínico; Zhang et al. (2023) exponen que el autoinforme del paciente tiende a inflar los datos de comorbilidad, y que la MINI funciona como un filtro que descarta estas asociaciones inexistentes. Khaled et al. (2024), reportan que la inflación de datos también puede ser producto de la herramienta utilizada, en su investigación, la entrevista CIDI sobreestimó la prevalencia de ansiedad al ser contrastada con el estándar experto de la SCID.

La precisión de la SCID es cuestionada por Kvig y Nilssen (2023), quienes aseguran que esta herramienta fragmenta el cuadro clínico y genera comorbilidades artificiales, confundiendo síntomas de psicosis con trastornos de ansiedad por una dependencia excesiva en el autoinforme. En el mismo sentido, Shabani et al. (2021) identifican una debilidad específica en la SCID para el área de ansiedad, recomendando precaución en su uso diagnóstico.

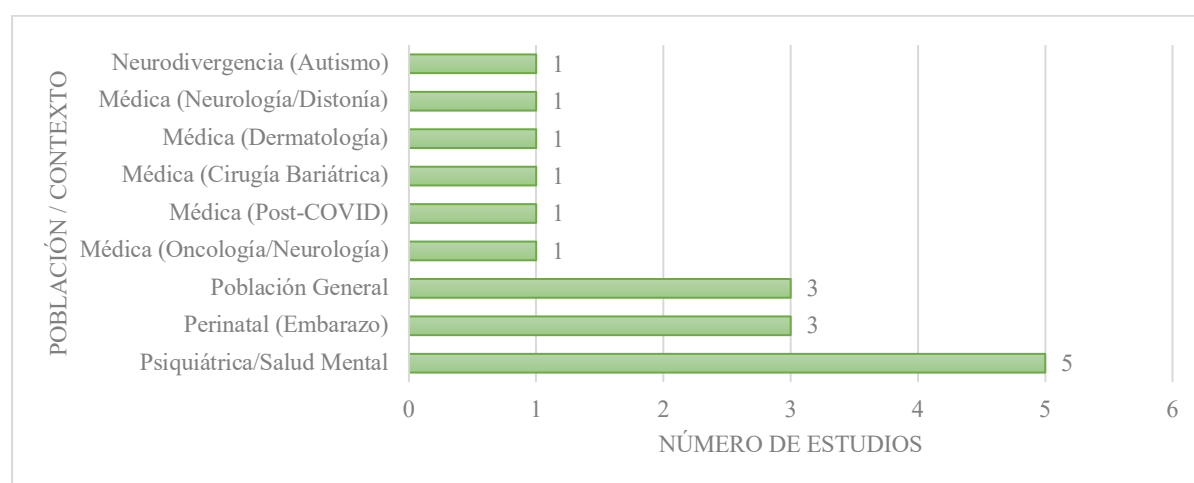
Diversos autores defienden la entrevista como el único método capaz de garantizar precisión frente al fracaso del tamizaje. Kuchen et al. (2025) y Val y Míguez (2025) coinciden en que las herramientas breves pierden hasta un 40% de los casos reales de ansiedad, concluyendo que la entrevista estructurada es indispensable para evitar falsos negativos. Asimismo, Roberge et al. (2022) validan la ADIS-5 como una herramienta precisa para desglosar comorbilidades complejas que otros instrumentos agrupan erróneamente.

Finalmente, la utilidad de la entrevista se confirma en poblaciones específicas; Mournet et al. (2025) aseguran que la ADIS-5 es el mejor predictor diagnóstico en adultos autistas, aunque advierten sobre el riesgo de falsos positivos si no se integra el juicio clínico. Por su parte, Radtke et al. (2023) y Jaisoorya et al. (2025) validan la precisión y fiabilidad de la MINI-KID y la FLII-11, respectivamente, destacando que su brevedad no compromete la exactitud del diagnóstico clínico en entornos epidemiológicos o de atención primaria.

Utilidad Clínica y Diversificación de Contextos

Figura 8

Contexto clínico de los estudios



Nota. Elaboración propia.

Las entrevistas estructuradas demuestran ser herramientas versátiles para una amplia gama de contextos médicos y de investigación; la mayor concentración de estudios ($n=5$) se aplicó en poblaciones con diagnóstico psiquiátrico o entornos de salud mental. Tres investigaciones se enfocaron en el rastreo de ansiedad en la etapa perinatal (Mancuso et al., 2024; Val y Míguez, 2025; Ayers et al., 2024), y tres estudios en población general para fines epidemiológicos.

Resulta relevante el uso de estas entrevistas en contextos médicos, utilizadas para distinguir síntomas de ansiedad; el análisis revela su aplicación en oncología para pacientes con glioma (Kuchen et al., 2025), dermatología (Zhang et al., 2023), candidatos a cirugía bariátrica (Ngege et al., 2023), sobrevivientes post-COVID-19 (Aziz et al., 2025) y trastornos del movimiento como la distonía cervical (Martino et al., 2025). Finalmente, se destaca su capacidad diagnóstica en poblaciones con neurodivergencia (Mournet et al., 2025).

Discusión

La presente revisión de alcance tuvo como propósito examinar el papel de las entrevistas clínicas estructuradas en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad. Estas entrevistas son utilizadas en diversos contextos con fines variados y se observa un uso más recurrente de la SCID y la MINI. La validación de la SCID en contextos tan variados como Irán (Shabani et al., 2021), Noruega (Kvig y Nilssen, 2023), España (Val y Míguez, 2025) y Alemania (Kuchen et al., 2025) reafirman su posición como estándar de evaluación. De igual manera, autores como Osorio et al. (2019), que han indagado la validez y fiabilidad de la misma, la respaldan como “la principal opción para la evaluación diagnóstica en psiquiatría, especialmente en el contexto de la investigación clínica” (p.759).

Sin embargo, esta dominancia ha sido cuestionada por Aggarwal y Lewis (2020), estos autores advierten que las entrevistas diagnósticas tradicionales tienden a funcionar como rígidas listas de verificación de síntomas que silencian la voz del paciente y sus experiencias. Al ignorar el contexto cultural, se vuelve evidente la necesidad de adaptación local de las entrevistas, mencionada por Nejatisafa et al. (2022) al adaptarla al persa, Shabani et al. (2021) que advierte sobre las limitaciones transculturales de la SCID, y la exigencia de una recalibración lingüística y regional al aplicar estos instrumentos en países como Qatar (Khaled et al., 2024) o la India (Jaisoorya et al., 2025).

Un eje central, es la fiabilidad en el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), los resultados de esta revisión muestran que los índices Kappa para este trastorno, al compararlas con otras herramientas diagnósticas, es menor (Radtke et al., 2023; Shabani et al., 2021; Nejatisafa, et al., 2022). La raíz de esta dificultad ha sido explicada por Ruscio et al. (2024), quienes aseguran que el criterio diagnóstico para este trastorno que exige que la preocupación sea “excesiva”, explicaría estas caídas, ya que juzgar qué es “excesivo” frente a

circunstancias objetivamente difíciles requiere un grado de subjetividad analítica del evaluador, en lo que fallan las entrevistas estructuradas al estandarizar este parámetro.

La ADIS-5 se posiciona como una excepción al tipo de dificultad previamente mencionada, como señalan Mournet et al. (2025) y Roberge et al. (2022), la ADIS-5 permite una exploración más profunda de los criterios de trastornos de ansiedad, incluyendo la gravedad, lo que coincide con la postura de Kotov et al. (2017), quienes advierten que las taxonomías tradicionales fallan al imponer límites arbitrarios entre psicopatología y normalidad, basados en la presencia o no de síntomas, y recomiendan una evaluación dimensional que resuelva esta inestabilidad diagnóstica.

En cuanto a tendencia de inflación de datos, ya sea por herramientas de tamizaje o las mismas entrevistas estructuradas (Khaled et al., 2024; Zhang et al., 2023), coincide con la crítica de Frances (2013) en *“Saving Normal”*, este argumenta que los diagnósticos realizados bajo parámetros del DSM-5, tienden a medicalizar el estrés cotidiano, convirtiendo preocupaciones normales en patología. Esta revisión demuestra que la entrevista estructurada actúa como el filtro necesario para corregir este sesgo.

Lo reportado por Kuchen et al. (2025) en pacientes con glioma y por Val y Míguez (2025) en mujeres embarazadas, sugiere que confiar ciegamente en los resultados de escalas breves puede ser negligente. Se necesitan herramientas confiables como las entrevistas estructuradas. Esto apoya los hallazgos de Recklitis et al. (2017), quienes concluyen que es inseguro depender solo del autoinforme en poblaciones con condiciones médicas complejas, reafirmando que la entrevista estructurada es el estándar de oro irremplazable para obtener precisión clínica.

El uso de entrevistas estructuradas en poblaciones con comorbilidad médica (Ngenge et al., 2023; Martino et al., 2025) y en la investigación de biomarcadores (Mancuso et al., 2024) es fundamental para garantizar la validez de los estudios. Es necesario que las muestras clínicas

estén libres de diagnósticos erróneos. Como demostraron Balestrieri et al. (2007), prescindir de estas herramientas provoca que hasta un 52.3% de los diagnósticos sean incorrectos al tratarse de cuadros meramente subsindrómicos. Asimismo, Sivertsen et al. (2023) confirman que solo el uso de instrumentos estandarizados permite distinguir un trastorno clínicamente significativo de la simple presencia de síntomas, evitando así la contaminación de los grupos de estudio.

Finalmente, la evaluación de la ansiedad y el sueño (Van der Riet et al., 2023) y la detección en etapas perinatales (Ayers et al., 2024) demuestran que la entrevista estructurada va más allá de estudios transversales. Como fundamentan Brown y Tung (2018), estas herramientas permiten comprender a profundidad la funcionalidad y frecuencia de los síntomas. Captar el curso real del trastorno resulta indispensable para garantizar un tratamiento oportuno, demostrando la utilidad de estos instrumentos en atención primaria (Molina González, 2019; Pettersson et al., 2018).

En definitiva, los artículos incluidos en la revisión de alcance y la bibliografía previa coinciden en un mismo punto, la entrevista estructurada sigue siendo el estándar de referencia porque es el mejor método para frenar la subjetividad de quien evalúa.

Se debe destacar que el diagnóstico adecuado continúa siendo un desafío y que toma tiempo aplicar estas herramientas en centros de salud saturados. A pesar de esto, usarlas es la única manera real de evitar que se diagnostique ansiedad a quienes no la tienen y de asegurar que no se ignore a los pacientes que necesitan tratamiento.

Conclusiones

La investigación realizada permite concluir que entre 2021 y 2025 se muestra una tendencia hacia la validación de entrevistas como SCID, MINI, ADIS-5, CIDI y FLII-11 en países de cuatro continentes, bajo metodologías que van desde estudios transversales de validación, hasta ensayos clínicos y cohortes longitudinales. La SCID y la MINI son las herramientas más usadas. Su aplicación trasciende la psiquiatría y psicología, siendo utilizadas, también, en especialidades como neurología, oncología y obstetricia. Se aplican en poblaciones infanto-juveniles como en adultos y en esto expone que la estandarización diagnóstica es una prioridad en todas las prácticas de área de la salud.

La exactitud del diagnóstico clínico depende directamente del instrumento utilizado, ya que las entrevistas estructuradas actúan como un filtro ante la inflación diagnóstica provocada por cuestionarios de autoinforme y evitan los falsos negativos de los tamizajes rápidos. No obstante, el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) enfrenta desafíos, debido a que la mayoría de las entrevistas pierden precisión por la subjetividad del cuándo una preocupación es verdaderamente “excesiva”. La ADIS-5 es la única herramienta capaz de captar la complejidad del TAG, sin fragmentar el cuadro clínico.

Las entrevistas vinculan la ansiedad con indicadores biológicos, alteraciones del sueño o el pronóstico en tratamientos médicos complejos. Estas herramientas muestran resultados eficaces en diferentes tipos de pacientes, incluyendo casos complejos como con mujeres embarazadas o pacientes con tumores.

Las entrevistas clínicas deben ser validadas y adaptadas culturalmente para que la herramienta conserve su precisión; caso contrario, los resultados pueden estar sesgados. Aunque la entrevista intente ser universal, la forma en que las personas expresan la ansiedad depende de su entorno.

Limitaciones y Recomendaciones

En cuanto a las limitaciones encontradas, se encuentra a la naturaleza metodológica de la revisión de alcance como una, esta revisión mapea la evidencia disponible, como un paso exploratorio previo. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones ejecuten revisiones sistemáticas y metaanálisis, para así sintetizar matemáticamente los índices de fiabilidad reportados, evaluando el riesgo de sesgo de los artículos y concluyendo estadísticas definitivas sobre la precisión de estas herramientas en el diagnóstico de la ansiedad.

De igual manera, los artículos utilizan metodologías muy distintas y evalúan diferentes versiones de las entrevistas; al mezclar estudios transversales con ensayos clínicos, resulta difícil hacer una comparación exacta de los datos. Por ello, se recomienda que las futuras investigaciones deberían utilizar las versiones más actualizadas de los instrumentos y aplicar metodologías estandarizadas para que los resultados se puedan comparar con mayor precisión.

Otra limitación importante es la concentración geográfica de la literatura, la mayoría de los artículos provienen de Norteamérica, Europa o Asia, mostrando la falta de estudios actualizados que validen estas herramientas en contextos latinoamericanos. Por esta razón, se recomienda desarrollar investigaciones empíricas a nivel local, que garanticen que el diagnóstico de la ansiedad se ajuste a la realidad cultural y al idioma de nuestro medio.

Finalmente, la mayoría de las investigaciones se enfocan en evaluar la eficacia de las entrevistas en un único momento temporal, es decir, estudios transversales, por lo que existe un vacío de información sobre el uso de estas herramientas para monitorear a los pacientes a lo largo de los meses. En consecuencia, se sugiere que los próximos investigadores diseñen estudios que permitan confirmar no solo si la entrevista es buena para dar un diagnóstico inicial, sino si mantiene su utilidad para medir la evolución del trastorno y la respuesta al tratamiento médico con el paso del tiempo.

Referencias

- Aggarwal, N. K., y Lewis, R. (2020). An introduction to the cultural formulation interview. *Focus*, 18(1), 77-82. doi: 10.1176/appi.focus.18103
- Albano, A. M., y Silverman, W. K. (2025). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad y relacionados basada en el DSM-5: versiones de la niña, el niño o adolescente y la familia. Manual de la persona entrevistadora* (L. J. García López, Trad.). Universidad de Jaén.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado*. (5.ª ed). Editorial Médica Panamericana.
- Ayers, S., Coates, R., Sinesi, A., Cheyne, H., Maxwell, M., Best, C., McNicol, S., Williams, L. R., Uddin, N., Hutton, U., Howard, G., Shakespeare, J., Walker, J. J., Alderdice, F., Jomeen, J., y MAP Study Team (2024). Assessment of perinatal anxiety: diagnostic accuracy of five measures. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 224(4), 132–138. doi.org/10.1192/bjp.2023.174
- Aziz, A.A., Latif, A.A. y Elseesy, S.W. (2025). Cognitive impairment, depressive and anxiety disorders among post-COVID-19 survivors: a follow-up study. *Middle East Curr Psychiatry*, 32(8). 1-15. doi.org/10.1186/s43045-025-00502-4
- Balestrieri, M., Baldacci, S., Bellomo, A., Bellantuono, C., Conti, L., Perugi, G., Nardini, M., Borbotti, M., y Viegi, G. (2007). Clinical vs. structured interview on anxiety and affective disorders by primary care physicians. Understanding diagnostic discordance. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(2), 144–151. doi:10.1017/S1121189X00004772
- Bogduk, N. (2022). On understanding the validity of diagnostic tests. *Interventional pain medicine*, 1(Suppl 2), 100127. doi.org/10.1016/j.inpm.2022.100127

- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2013). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult and Lifetime version*. Oxford University Press.
- Brown, T. A., y Tung, E. S. (2018). The Contribution of Worry Behaviors to the Diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(4), 636–644. doi.org/10.1007/s10862-018-9683-5
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6
- Elbir, M., Alp Topbaş, Ö., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., Özdel, O., Ateşçi, F., y Aydemir, Ö. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması [Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 30(1), 51–56. doi.org/10.5080/u23431
- Elia, J. (2023). *Generalidades sobre los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Manual MSD, Versión para profesionales. <https://surl.lt/owxjin>
- Fava, G. A., Sonino, N., Aron, D. C., Balon, R., Berrocal Montiel, C., Cao, J., Concato, J., Eory, A., Horwitz, R., Rafanelli, C., Schnyder, U., Wang, H., Wise, T., Wright, J., Ziptel, S., y Patierno, C. (2024). Clinical interviewing: an essential but neglected method of medicine. *Psychotherapy and psychosomatics*, 93(2), 94-99. doi.org/10.1159/000536490
- Feria, H., Matilla González, M., y Mantecón Licea, S. (2020). La entrevista y la Encuesta: ¿Métodos o Técnicas de Indagación Empírica? *Didáctica y Educación ISSN 2224-2643*, 11(3), 62–79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692391>

- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., y Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders (SCID-5)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- Frances, A. (2013) *Salvando lo normal: La revuelta de un insers contra el diagnóstico psiquiátrico fuera de control, el DSM-5, las grandes farmacéuticas y la medicalización de la vida ordinaria*. William Morrow y Co.
- Gerritsen, C. (2022). 4.05 – Structured diagnostic interview schedules. En G. J. G. Asmundson (Ed.), *Comprehensive clinical psychology (2.ª ed., pp. 72–85)*. Elsevier. doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00112-6
- Jaisooriya, T. S., Rao, G. N., Reed, G. M., Binu, V. S., Thennarasu, K., Stein, D. J., Maré, K. T., Lochner, C., García-Pacheco, J. A., y Benegal, V. (2025). Examining the psychometric properties of the flexible interview for ICD-11 (FLII-11) among adults in India. *Journal of psychiatric research, 184*, 439–445. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.03.024
- Khaled, S. M., Amro, I., Abdelkader, M., Al Bahari, D., Al Shawwaf, M., Alabdulla, M., Alhassan, A., Ali, A., Aly, S., Amin, A., Chiu, W. T., Currie, J., El Fakki, H., First, M. B., Hassan, M. H. O., Hijawi, Z., Mohammed, R., Nofal, M., Salman, S., Sampson, N. A., ... Kessler, R. C. (2024). Clinical reappraisal of the composite international diagnostic interview version 3.3 in Qatar's National Mental Health Study. *International journal of methods in psychiatric research, 33*(S1), e2013. doi.org/10.1002/mpr.2013
- Kuchen, R., Singer, S., Schranz, M., Doerner, L., Rieger, D., Steinbach, J. P., Ronellenfitsch, M. W., Voss, M., Kessler, A. F., Nickl, V., Misch, M., Onken, J. S., Rapp, M., Nadji-Ohl, M., Mehlitz, M., Meixensberger, J., Fehrenbach, M. K., Keric, N., Ringel, F., Coburger, J., ... Renovanz, M. (2025). Distress screening in patients with high-grade glioma: diagnostic accuracy in relation to a structured clinical interview in a multicenter cluster-

randomized controlled trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(8), 737.

doi.org/10.1007/s00520-025-09810-1

Kvig, E. I., y Nilssen, S. (2023). Does method matter? Assessing the validity and clinical utility of structured diagnostic interviews among a clinical sample of first-admitted patients with psychosis: A replication study. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1076299.

doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1076299

Mancuso, R. A., Ross, K. M., Accortt, E., Coussons-Read, M., Okun, M. L., Irwin, J., Carroll, J., Hobel, C. J., y Schetter, C. D. (2024). Prenatal mood and anxiety disorders and associated cytokine changes. *Journal of affective disorders*, 347, 635–644.

doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.014

Martino, D., Ramezani, M., Bellows, S., Berman, B. D., Chang, F. C., Feuerstein, J., Fung, V., Berkmen, G. K., Malaty, I. A., MacIver, C., Norris, S. A., Peall, K. J., Perlmutter, J. S., Richardson, S. P., Wright, L. J., Goodarzi, Z., y Jinnah, H. A. (2025). Diagnostic accuracy of screening tools for depression and anxiety in cervical dystonia. *Parkinsonism y related disorders*, 136, 107891. doi.org/10.1016/j.parkreldis.2025.107891

McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J., Chardoul, S., Chiu, W., Degenhardt, L., Demler, O., Ferry, F., Gureje, O., Haro, J., Karam, E., Karam, G., Khaled, S., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The Lancet Psychiatry*, 10(9), 668-681. [doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)

Molina, V. E., Parra, M. N., y Martínez, F. C. (2019). Caracterización de la Aplicación del Test MINI para Evaluar Salud Mental. Cuenca - Ecuador, 2017. *Revista Médica HJCA*, 11(1),

27–33. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016099/ao-03-caracterizacion-de-la-aplicacion-del-test-mini-para-eval_Hf82vmF.pdf

Morga, L. E. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México: Red Tercer Milenio. ISBN 978-607-733-171-1.

Mournet, A. M., Lampinen, L. A., Pepa, L. A., Kukaj, G., Chu, B. C., y Bal, V. H. (2025).

Measurement of Anxiety and Depression Among Autistic Adults: Concordance Between Diagnostic and Screening Instruments in a Feasibility Study. *Journal of autism and developmental disorders*. 1-12. doi.org/10.1007/s10803-025-07028-y

Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. y Aromataris, E. (2018).

Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*, 18(143), 1-7.

doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

Ngenge, S., Xie, L., McAdams, C., Almandoz, J. P., Mathew, M. S., Schellinger, J. N., Kapera,

O., Marroquin, E., Francis, J., Kukreja, S., Schneider, B. E., y Messiah, S. E. (2023).

Depression and Anxiety as Predictors of Metabolic and Bariatric Surgery Completion Among Ethnically Diverse Patients. *Obesity surgery*, 33(7), 2166–2175.

doi.org/10.1007/s11695-023-06652-w

Nejatisafa, A. A., Sharafi, E., Motamed, M., Mohammadjafari, A., Etesam, F., Shahmansouri, N.,

Arbabi, M., Haki-Kazazi, E., Sadrameli, H., Hormozpoor, M., y Noorbala, A. A. (2022).

Persian Translation and Cultural Adaptation of Mini International Neuropsychiatric

Interview and its Psychometric Properties. *Archives of Iranian medicine*, 25(5), 294–299.

<https://doi.org/10.34172/aim.2022.48>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Trastornos de ansiedad* [Hoja informativa].

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

- Orozco, E., y Salazar, C. (2019). Características de la entrevista psicológica. En T. Zohn Muldoon., E, Casillas Arista., y S, Cervantes Rodríguez (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 15-48). Universidad Iberoamericana Puebla.
- Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J. E. C., Machado de Sousa, J. P., Ushirohira, J. M., Baes, C. V. W., Apolinario, T. D., Donadon, M. F., Bolsoni, L. M., Guimarães, T., Fracon, V. S., Silva Rodrigues, A. P. C., Pizeta, F. A., Souza, R. M., Sanches, R. F., Dos Santos, R. G., Martin Santos, R., y Crippa, J. A. S. (2019). Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 - Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(12), 754–760.
doi.org/10.1111/pcn.12931
- Paz, S., y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. (1ª ed). Editorial Abya-Yala.
- Perpiñá, C., Montoya, I., y Valero, S. (Coords.). (2022). *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Pettersson, A., Modin, S., Wahlström, R., Af Winklerfelt Hammarberg, S., y Krakau, I. (2018). The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: A mixed-methods study. *BMC Family Practice*, 19(1), 19. doi.org/10.1186/s12875-017-0674-5
- PROEM Health. (2025). *A detailed guide to the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*. https://www-proemhealth-com.translate.google.com/mini-international-neuropsychiatric-interview-guide?_x_tr_sl=eny_x_tr_tl=esy_x_tr_hl=esy_x_tr_pto=sg
- Radtke, S., Whiteside, S. P. H., y Ollendick, T. H. (2023). Increasing the Efficiency of Diagnostic Interviews for Childhood Anxiety Disorders Through Joint Child-Parent

Administration. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 45(1), 160–169.

doi.org/10.1007/s10862-022-10018-4

Recklitis, C. J., Blackmon, J. E., y Chang, G. (2017). Validity of the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) for identifying depression and anxiety in young adult cancer survivors: Comparison with a Structured Clinical Diagnostic Interview. *Psychological Assessment*, 29(3), 269–279. doi.org/10.1037/pas0000427

Reed, G. M., Maré, K. T., First, M. B., Jaisooriya, T. S., Rao, G. N., Dawson-Squibb, J. J., Lochner, C., Van, M., y Stein, D. J. (2024). The WHO Flexible Interview for ICD-11 (FLII-11). *World Psychiatry*, 23(3), 359-360. doi.org/10.1002/wps.21227

Roberge, P., Provencher, M. D., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H. M., Benoît, A., Carrier, N., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., y Norton, P. J. (2020). Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: a pragmatic randomized clinical trial. *Psychological medicine*, 52(13), 1–11. Advance online publication. doi.org/10.1017/S0033291720004316

Ruscio, A. M., Rassaby, M., Stein, M. B., Stein, D. J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bunting, B., Chardoul, S., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., Nishi, D., Posada-Villa, J., . . . Kessler, R. C. (2024). The case for eliminating excessive worry as a requirement for generalized anxiety disorder: A cross-national investigation. *Psychological Medicine*, 54(12), 3447–3458. doi.org/10.1017/S003329172400182X

Santomauro, D, Herrera, A., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J., Aravkin, A., Bang-Jensen, B., Bertolacci, G., Bloom, S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R., Collins, J., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in

204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7

Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., y Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain and behavior*, 11(5), e01894. doi.org/10.1002/brb3.1894

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (2016). *Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-5 (MINI 7.0) – Clinician Version*. American Psychiatric Association. <http://ir.mu.ac.ke:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3982/MINI%207.0.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Silverman, W. K., y Albano, A. M. (2016). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5): Child and parent versions*. Oxford University Press.

Sivertsen, B., Knapstad, M., O'Connor, R. C., Reme, S. E., y Smith, O. R. F. (2023). Prevalence of mental disorders among Norwegian college and university students: A population-based cross-sectional study. *The Lancet Regional Health-Europe*, 34(100670). doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100732

Steuber, E. R., Miller, M. L., y McGuire, J. F. (2024). Clinical Considerations for an Evidence-Based Assessment of Anxiety Disorders in Adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 47(4), 623–639. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.009>

Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., Hannan, S. E., Steinman, S. A., Springer, K., Worden, B. y Hallion, L. S. (2022). *Entrevista Diagnóstica para Trastornos de Ansiedad, del Estado de Ánimo, TOC y Trastornos*

Neuropsiquiátricos Relacionados (DIAMOND) Versión 1.3. Institute of Living/Hartford Health Care Corporation

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E.

(2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. doi.org/10.7326/M18-0850

Van der Riet, J., ten Have, M., de Graaf, R., y Batelaan, N. M. (2023). De relatie tussen slaapproblemen en het ontstaan en beloop van angst- en stemmingsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 65(7), 411-417.

https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13195_De-relatie-tussen-slaapproblemen-en-het-ontstaan-en-belooop-van-angst-en-stemmingsstoornissen

Val, A., y Míguez, M.C. (2025). Detecting Anxiety in Pregnancy: Validation of the Anxiety Subscale of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDS-3A) in Spanish Women. *J Child Fam Stud*, 34, 1676–1685. doi.org/10.1007/s10826-025-03099-8

Vega, L. A. S., y De la Cruz Gil, R. (2024). Eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad social en adultos de Latinoamérica. *Cátedra Villarreal*, 12(2), 96-106.

Vergés, L. (2019). *Habilidades para la Entrevista Psicoterapéutica en la Práctica Clínica*. (6ª ed). Editorial Amigo del Hogar.

World Health Organization. (2018). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Version 5.0*. World Health Organization

World Health Organization. (2022). *Publicación de la CIE-11 2022 – La CIE-11 ya está oficialmente en vigor para el registro y notificación nacional e internacional de las*

causas de enfermedad, muerte y otras más. <https://www.who.int/es/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all.* World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356119>

World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>

Zhang, J., Loman, L., Oldhoff, J. M., y Schuttelaar, M. L. A. (2023). Beyond Anxiety and Depression: Loneliness and Psychiatric Disorders in Adults with Atopic Dermatitis. *Acta dermato-venereologica*, 103, adv9378. doi.org/10.2340/actadv.v103.9378