

Comparabilidad entre Criterios Diagnósticos

Dr. Jorge J. Caraveo Anduaga*
Psic. Luciana Ramos Lira*
Psic. Catalina González Forteza*

Summary

Different psychiatric interviews have been elaborated in the last decades with the purpose of systematizing the clinical information of psychiatric studies, clinical as well as epidemiological, favoring the comparison and establishing an infrastructure for transcultural studies. Some of these instruments are accompanied by computing programs in order to arrive to the psychiatric diagnosis. Through these different techniques it has been possible to define the psychiatric case, as stated by Wing. At the same time operational criteria have been elaborated in order to define the various psychiatric disorders as in the case of the DSM-III.

Some years ago, in the Mexican Institute of Psychiatry we started to work with the biotopic epidemiological model developed by Goldberg et al, using the General Health Questionnaire as a detection instrument, and the Standardized Psychiatric Interview for the confirmation of pathology.

The last instrument was modified without changing its basic structure in order to obtain more detailed and explicit information of the explored items so we may have more elements for the enunciation of a diagnosis, as well as in order to be able to appreciate changes in the evolution.

In this work we analyze the clinical information obtained through the Standardized Psychiatric Interview in its modified version, in a study of prevalence of psychiatric disorders in the general medical practice.

The questions to be answered are:

Are the diagnoses made in our study comparable to those found in other works that used other instruments and classification criteria?

Is the clinical information obtained through our instrument the accurate one for us to arrive to a diagnostic conclusion according to accepted criteria?

Can a systematized way of handling the information be developed or adapted in order to arrive to a diagnosis?

A total of 336 patients were included in this analysis, of which 143 were diagnosed as cases of anxiety and depressive neurosis, other neurosis, adjustment reactions and manic-depressive illness, according to ICD-8.

The clinical information of the patients was grouped according to the classification of Finlay-Jones et al, with the purpose of comparing the cases of anxiety and depression in the community. Besides, as the modified version of the Interview is similar to the short version of the PSE, some of the syndromes of the ID-CATEGO were constituted by applying the rules established by its authors in order to reach a diagnostic category.

Each patient was classified according to the criteria of the DSM-III for major depressive disorder, dysthymic disorder, anxiety disorders and other types of disorders, establishing borderline categories for those patients who did not have all the characteristics of the above mentioned criteria.

For each diagnostic category, and in accordance with each

classification, the degree of agreement was measured through the Kappa statistics: In order to measure the agreement of the diagnostic categories only the 143 patients with the above mentioned diagnoses were taken into consideration. For the global agreement of the instrument, all the patients in this study were considered.

The medium global values of Kappa showed a range of 0.53 to 0.80, which is a good result for this study, though it can be improved.

The systematic handling of information is discussed as well as the inclusion of other items in the interview.

We consider that the Standardized Psychiatric Interview in its modified version is a useful instrument for clinical and epidemiological setting for it can be used at different levels of complexity according to the goals of the studies and the characteristics of the personnel who will carry out the interviews.

Resumen

En el presente trabajo se analiza la información clínica recabada a través de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (versión modificada) en un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general.

Se incluyó un total de 336 sujetos para este análisis, de los cuales 143 eran casos con diagnósticos de neurosis de angustia y neurosis depresiva, otras neurosis, reacciones de adaptación y enfermedad maniaco-depresiva, de acuerdo a la ICD-8.

La información clínica de los sujetos se agrupó de acuerdo a la clasificación hecha por Finlay-Jones y cols. a fin de comparar los casos de ansiedad y los de depresión en la comunidad. Dado que la versión modificada de la Entrevista se asemeja a la versión corta del PSE se constituyeron algunos de los síndromes del Programa ID-Catego, aplicándose las reglas establecidas por sus autores para llegar a una categoría diagnóstica.

Finalmente se clasificó a cada sujeto siguiendo los criterios del DSM-III para las categorías de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastornos de ansiedad, reacciones de ajuste y otro tipo de trastornos, estableciéndose categorías limítrofes para aquellos sujetos que no reunían todas las características de los criterios citados.

En general, consideramos que la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada en su versión modificada, resulta un instrumento útil tanto para la práctica clínica como para estudios epidemiológicos, pudiendo manejarse a diferentes niveles de complejidad de acuerdo con las metas de los estudios y las características del personal que realizará las entrevistas.

Introducción

Un aspecto fundamental para la epidemiología, así como para los estudios clínicos, lo constituye la validez del diagnóstico psiquiátrico, el cual representa una decisión alcanzada; el diagnóstico se refiere al proceso a través del cual se llega a tal decisión. Este aspecto reviste diferencias para el epidemiólogo, quien en un momento dado debe decidir si una persona es caso o no, y para el

*Investigadores del Depto de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

clínico, quien puede disponer de mayor información y tiempo a lo largo del proceso terapéutico. En ambas situaciones es indispensable tener una base de confiabilidad acerca de la información clínica recabada. Para ello, las entrevistas psiquiátricas estructuradas, donde se hace una definición clara de los síntomas y la forma de calificarlos, ha sido una estrategia desarrollada ampliamente en las últimas dos décadas, disponiéndose en la actualidad de diversos instrumentos (19, 16, 15, 11, 10, 9, 6): En algunos casos la información recolectada se introduce en programas de cómputo para llegar a un diagnóstico.

La validez se refiere a la pertenencia a una clase. Kendell (12) señala que "de acuerdo con las leyes de la lógica cada miembro del universo posee los atributos propios de su clase y ninguno posee las características de más de uno. Los atributos de las clases y, consecuentemente, de sus miembros son exactas, estando presentes o ausentes, pero nunca presentes en forma parcial. Todas las clases empíricas difieren de la lógica en que no se definen por un solo atributo sino por la presencia de alguno o de la mayoría de una serie de características. Además, las clases empíricas son frecuentemente inexactas, ya que sus características poseen variabilidad cuántica (variables continuas) más que constituir variables discretas". Los hallazgos clínicos, tales como la depresión y la ansiedad, son pautas presentes en diferentes grados, en diferentes personas y en diversos tiempos.

La mayoría de los trastornos mentales todavía se define por sus síndromes y sus datos clínicos típicos debido a lo poco que sabemos de sus antecedentes. Esta situación es patente tanto en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (18) como en el DSM-III (1), aunque con una diferencia fundamental: en la primera, cada categoría se acompaña de una definición descriptiva, en cambio en el DSM-III se utilizan criterios operacionales, lo que para metas de investigación constituye un marco preciso. No obstante, existe una desventaja en el momento de utilizar definiciones operacionales para todas las categorías diagnósticas, y es que muchos pacientes no llenan los requisitos de ninguna. Este hecho fue señalado con relación al criterio desarrollado por Feinghner y cols. (7, 12) y nuevamente ha surgido con relación al DSM-III. En el caso de los estudios epidemiológicos en los que gran cantidad de sujetos deben ser investigados en un tiempo definido, es indispensable seleccionar las variables más relevantes para poder decidir si se trata de un caso o no. La Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, diseñada por Goldberg y cols. (9) reúne tales características para ser empleada en estudios de práctica médica general y en la comunidad, por lo que se decidió emplearla para tales estudios en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. La definición de caso se establece basándose en tres criterios: 1) la suma ponderada del total de 23 reactivos que contempla la entrevista; 2) la calificación global de severidad que se da al final de la entrevista, basada en la información clínica recabada y en el impedimento funcional presentado por el sujeto y 3) la impresión diagnóstica emitida, basada en la clasificación internacional de enfermedades.

En trabajos anteriores (4, 5) nos ocupamos de analizar los dos primeros criterios y su correlación con la definición de caso desarrollada por Wing (20,21). Ahora nos ocuparemos del análisis de la información clínica desde el punto de vista de las categorías diagnósticas.

Debe quedar claro que la EPE no fue diseñada como instrumento diagnóstico, sino como herramienta clínica útil para definir el caso psiquiátrico en un momento dado. Esta característica se convirtió en limitante al momento de continuar con el trabajo clínico, ya que no era posible establecer a qué forma correspondía una calificación positiva en las alteraciones del sueño, al momento del seguimiento. Este punto, así como la intención de contar con una base diagnóstica más firme, condujo a desglosar los reactivos de la entrevista, de manera que la información recabada fuese más explícita respecto a la condición observada en el sujeto. Para ello se utilizó como marco de referencia el criterio de Feighner y cols. (7), así como un enfoque clínico fenomenológico. También se decidió ampliar el tiempo de la valoración, originalmente de una semana a dos, y basándonos en los reportes de otra escala --SADS (6)-- se incluyó una valoración acerca de la presencia de los reactivos en la historia del sujeto, sin modificar los criterios de calificación de la entrevista en su forma original.

Las preguntas que han de contestarse en este trabajo son:

¿Los diagnósticos emitidos en nuestro estudio son comparables con otros trabajos que han utilizado otros criterios de clasificación?

¿Es suficiente la información clínica recabada para llegar a una conclusión diagnóstica de acuerdo con los criterios aceptados?

¿Puede desarrollarse o adaptarse una forma sistemática del manejo de la información para llegar a un diagnóstico?

Material y método

La información clínica aquí analizada proviene de un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general, llevado a cabo en un hospital general (14) donde se empleó la EPE como instrumento para confirmar la presencia de patología. Del total de entrevistas aplicadas seleccionamos 143 que correspondían a sujetos casos con diagnósticos de neurosis de angustia, neurosis depresiva, otras neurosis, reacciones de adaptación y enfermedad maniaco-depresiva, utilizando la ICD-8. En la categoría de enfermedad maniaco-depresiva, el grupo de entrevistadores acordó incluir aquellos casos de depresión que sugirieran endogeneidad, sin que necesariamente reunieran características psicóticas.

La información clínica de los sujetos seleccionados se agrupó de acuerdo con la clasificación hecha por Finlay-Jones y cols. (8) a fin de comparar los casos de ansiedad y depresión en la comunidad. Basándonos en esta clasificación, en un trabajo anterior (13) dimos la versión escalada del Cuestionario General de Salud, empleado como instrumento de detección en el estudio de prevalencia señalado.

En segundo lugar, y dado que la versión modificada de la EPE se asemeja a la versión corta del PSE, se agrupó la información clínica para constituir los síndromes del programa ID-CATEGO, que se combinan a través de reglas establecidas para llegar a una categoría diagnóstica (10)

Finalmente se clasificó cada caso de acuerdo con los criterios del DSM-III en las categorías de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastornos de ansiedad, reacciones de ajuste y otro tipo de trastornos, estableciéndose categorías limítrofes para aquellos sujetos que no reunían todas las características de los criterios de la clasificación citada.

Para cada categoría diagnóstica, y acorde a cada clasificación, se midió el grado de acuerdo a través del estadístico Kappa (3). Para medir el acuerdo en las categorías diagnósticas, se tomaron en cuenta sólo los 143 sujetos con los diagnósticos señalados anteriormente; para el acuerdo global del instrumento se incluyeron 3 casos con diagnósticos de trastornos de personalidad y 190 sujetos no casos detectados en el estudio.

Resultados

Presentamos los acuerdos alcanzados para cada criterio en los cuadros 1, 2 y 3. Los sujetos tomados como acuerdo en relación a cada categoría diagnóstica aparecen subrayados en los cuadros. Todos los sujetos que presentaban diagnósticos de otras neurosis y reacciones de adaptación fueron tomados como acuerdos, a excepción de uno que no reunía criterios de ninguna de las categorías descritas por Finlay—Jones; es impor-

tante notar que la mayoría de estos sujetos presentan ansiedad o estados mixtos limítrofes. En general, se encontró un porcentaje similar de casos con sintomatología de un solo cortejo, ansiedad o depresión (46.1%) o con formas mixtas (48.2%), existiendo predominancia de formas limítrofes (53.8%) en comparación con las definitivas (40.5%). Como puede apreciarse, los valores medios del Kappa fueron similares en las tres categorías diagnósticas consideradas (cuadro 1).

En el cuadro 2 aparecen los acuerdos, aplicando las reglas del sistema ID-CATEGO, apreciándose una sensible disminución en las medias del Kappa en cada categoría, a pesar de que el acuerdo global del instrumento es ligeramente mayor que con el criterio de Finlay—Jones. Estas diferencias son más evidentes en la categoría de trastornos depresivos, en parte por la clasificación utilizada y por los criterios establecidos

CUADRO 1
CORRELACION ENTRE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS ICD-8 (EPE) Y FINLAY JONES Y COLS.

EPE	A	Ad	a	ad	AD	D	Da	d	N	T	2SD-K + 2 SD	P*
Neurosis de ansiedad (300.0)	<u>7</u>	<u>5</u>	<u>2</u>	6	3	0	1	0	3	34	.40 .57 .74	< .001
Neurosis depresiva (300.4)	1	0	4	<u>18</u>	<u>7</u>	<u>2</u>	<u>8</u>	<u>18</u>	4	61	.41 .55 .68	< .001
Otras neurosis y reacciones adaptativas (300 y 307)	4	2	5	3	1	0	1	2	1	19	— — —	—
Enfermedad maniaco depresiva (296)	0	1	1	6	<u>3</u>	<u>6</u>	<u>6</u>	6	0	29	.34 .54 .72	< .001
Trastornos de personalidad (301)	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	— — —	—
(301)	0	0	4	0	0	0	0	0	25	29	— — —	—
300	0	0	2	0	0	0	0	1	5	8	— — —	—
Trastornos psicofisiológicos (305)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	— — —	—
307	0	0	1	0	0	0	0	0	6	7	— — —	—
Sin trastorno mental (318)	0	0	1	0	0	0	0	0	141	142	— — —	—
TOTAL	13	8	27	31	14	8	17	28	190	336	.61 .69 .78	< .001

A = Ansiedad definitiva
a = Ansiedad limítrofe
* = Límite inferior (—2SD)

D = Depresión definitiva
d = Depresión limítrofe

CUADRO 2
CORRELACION ENTRE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS ICD-8 (EPE) Y EL PROGRAMA ID-CATEGO

EPE	ANS DEF	ANS PROB	DEF DEF	DEF PROB	MM PROB	MM DEF	OTRAS	(1) NC(2) N4 < 4	T	2SD-K + 2SD	P*	2SD-K + 2SD +	P*
Neurosis de ansiedad (300.00)	<u>9</u>	<u>6</u>	11	1	0	1	2	2 2	34	.28 .47 .66	< .006	.29 .48 .67	< .004
Neurosis depresiva (300.4)	1	2	<u>34</u>	<u>12</u>	1	4	0	7 0	61	.20 .36 .52	< .02	.42 .56 .70	< .001
Otras neurosis y reacciones adaptativas (300 y 307)	5	2	3	4	0	3	1	1 0	19	— — —			
Enfermedad maniaco depresiva (296)	0	0	14	2	<u>7</u>	<u>6</u>	0	0 0	29	.25 .44 .63	< .02	.47 .64 .81	< .001
Trastornos de personalidad (301)	0	1	1	0	0	0	0	1 0	3	— — —			
(301)	0	3	0	0	0	0	1	3 22	29	— — —			
(300)	0	0	0	0	0	0	1	4 3	8	— — —			
Trastornos psicofisiológicos (305)	0	0	0	0	0	0	0	0 4	4	— — —			
307	0	1	0	0	0	0	0	1 5	7	— — —			
Sin trastorno mental (318)	0	1	0	0	0	0	2	1 138	142	— — —			
TOTAL	15	16	63	19	8	14	7	20 174	336	.65 .73 .80	< .001		

(1) N4 = Sólo un síndrome afectivo

(2) < 4 = Síndromes no específicos

* Límite inferior (—2SD)

CUADRO 3
CORRELACION ENTRE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS ICD-8 (EPE) Y EL DSM-III

EPE	DSM-III										TOT	2SD-K + 2SD	P*	2SD-K + 2SD	P*
	DEPRESION MAYOR	T. DISTIMICO DEF. LIMIT.	T. ANSIOSOS DEF. MILIT.	T. ADAPTATIVOS DEF. LIMIT.	OTRAS	NO CLASIFICABLES									
Neurosis de ansiedad (300.0)	0	3	0	<u>12</u>	<u>11</u>	2	2	1	3	34	.35 .53 .71	< .001			
Neurosis depresiva (300.4)	0	<u>37</u>	<u>11</u>	2	1	4	2	0	4	61	.22 .38 .54	≤ .006	.51 .64 .77	< .001	
Otras neurosis y reacciones adaptativas (300 y 307)	0	2	1	4	2	<u>4</u>	<u>4</u>	1	1	19					
Enfermedad maniaco depresiva (296)	<u>6</u>	16	3	1	0	0	1	1	1	29	.03 .28 .53	NS	.55 .70 .85	< .001	
Trastornos de personalidad (301)	0	0	0	0	0	0	0	<u>3</u>	0	3					
(301)	0	0	3	0	0	0	0	<u>2</u>	24	29					
(300)	0	0	2	0	0	0	0	1	5	8					
Trastornos psicofisiológicos (305)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4					
(307)	0	0	0	0	1	0	1	0	5	7					
Sin trastorno mental (318)	0	0	0	0	0	0	0	0	142	142					
TOTAL	6	58	20	19	15	10	10	9	189	336	.53 .62 .70	< .001			

* L(mite inferior (-2SD))

para su empleo, que fueron explicados en párrafos anteriores. Si los 14 sujetos asignados a la categoría 296, que corresponde a la categoría de depresión definitiva, se toman como acuerdos en el programa CATEGO, los valores del Kappa resultan similares a los obtenidos aplicando el criterio del Finlay-Jones. A la vez, si estos sujetos se aceptan como acuerdos de la categoría 296, los valores del Kappa de esta categoría se elevan notablemente (columna B - cuadro 2).

Utilizando los criterios del DSM-III, los trastornos de ansiedad muestran valores del Kappa semejantes a los obtenidos aplicando los criterios de Finlay-Jones, a la vez que encontramos problemas similares en las categorías depresivas a los que encontramos al momento de aplicar las reglas del programa CATEGO. Si los 16 sujetos que reúnen criterios de trastorno distímico definitivo son considerados como acuerdos, los valores

del Kappa en las categorías 300.4 y 296 se modifican notablemente. El acuerdo global, como era de esperarse, es menor que con los otros dos criterios utilizados.

Finalmente, en el cuadro 4 aparecen los resultados comparando el criterio del programa ID-CATEGO y las categorías del DSM-III. Nuevamente encontramos dificultad en la categoría de la enfermedad maniaco-depresiva y del trastorno depresivo mayor. Si consideramos como acuerdo los 12 sujetos que reunieron los criterios de trastorno distímico definitivo, el acuerdo resulta significativamente elevado. Otra forma de valorar el acuerdo en las categorías depresivas es tomando los acuerdos definitivos logrados en ambas clasificaciones. De esta manera obtenemos un valor medio de Kappa de 0.67 con intervalos de confianza de 0.54 a 0.80, lo cual es un resultado satisfactorio.

CUADRO 4
CORRELACION ENTRE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS: PROGRAMA ID-CATEGO Y DSM-III

ID-CATEGOR	DEPRESION MAYOR	T. DISTIMICO DEF. LIMIT		T. ANSIOSOS DEF. LIMIT		T. ADAPTATIVOS DEF. LIMIT		OTROS	NO CLASIFICA-BLES.	TOT	2SD-K + 2SD			P*	2SD-K + 2SD			P*
DEF.					7	4				11	.40	.59	.78	< .001				
N. ansiedad PROB.						4		2	3	9								
DEF	1	47	7	2	1		2		2	62	.35	.50	.65	< .001				
N. depresiva PROB.																		
DEF	3	3	7	1			2	2	2	17								
Enf. maniaco depresiva. PROB.		8								11	.04	.35	.66	NS	.77	.88	.99	
Otras neurosis DEF.	2	4						1	1	8								
Reacciones PROB.					1				2	3								
(1) Nivel 4			1				4			8								
(2) No clasificables																		
N. Depresiva PROB.																		
N. Ansiedad PROB.						1		1	2	4								
Histeria PROB			3		1	1	1	2	3	11								
N. Obsesiva PROB.										2								
(1) Nivel 4										1								
(2) No clasificable										2								
TOTAL	6	63	21		14	12	10	10	7	170	.52	.61	.70	< .001				

1) Nivel 4 =Sólo un síndrome afectivo

2) Incluye a sujetos asintomáticos y a aquéllos con sólo síndromes no específicos

* Límite inferior (-.2SD)

Comentarios y conclusiones

A través de los resultados obtenidos se ha podido apreciar que los diagnósticos emitidos en el estudio analizado son comparables con los de otras clasificaciones con un grado aceptable de comparación. También se ha hecho patente la dificultad de comparar diferentes clasificaciones y conceptualizaciones, especialmente en las categorías de trastornos depresivos. En un estudio ya clásico acerca del acuerdo diagnóstico, WARD y cols. (17) señalaban que el 62.5% de las discrepancias obedecía a lo inadecuado de la nosología y al peso asignado por los entrevistadores a los síntomas encontrados. Este hecho es evidente en nuestro estudio como se ha mostrado en los resultados. Otro factor que influye en el acuerdo es que el 31.1% del total de casos empleaba algún tipo de medicación, misma que modifica el cuadro clínico en el momento de la entrevista. Consideramos que el problema de la nosología será superado en estudios posteriores, en donde se empleará la ICD-9, pudiéndose delimitar más claramente de esta manera las diferentes formas de depresión consideradas, además de que la experiencia del presente análisis permite una supervisión más estrecha del trabajo de campo. Por otra parte, es menester recordar que al momento de realizar este estudio, ninguna de las tres clasificaciones diagnósticas que se utilizaron en esta comparación eran conocidas por el autor ni por los entrevistadores durante el trabajo de campo.

Con respecto a la segunda pregunta formulada, acerca de si contamos con información clínica suficiente, la respuesta es afirmativa. Sin embargo, consideramos que hay algunos reactivos que debemos especificar más, como el del contenido depresivo del pensamiento, a fin de poder delimitar claramente los aspectos de desesperanza, autodepreciación, culpa patológica e ideas y actos suicidas, con los cuales puede integrarse el síndrome de síntomas especiales de la depresión de acuerdo con la lista de síndromes del programa CATEGO y

hacer las combinaciones indicadas en el programa citado con el síndrome de depresión simple. También se requiere especificar el aspecto de los ataques de pánico como modalidad sintomática específica. También es importante incluir y/o deslindar preguntas relacionadas con síntomas tensionales y de preocupación, que de otra manera se confundirían en la calificación de los reactivos de ansiedad y ansioso, resultando en un sesgo positivo en estos aspectos. También consideramos importante incluir algunas manifestaciones asociadas con los trastornos neurológicos, específicamente los equivalentes epileptógenos tales como: oscilopsias, macropsias, micropsias, teleopsias, fenómenos del *déjà-vu* y del *jamais-vu* y las preguntas incluidas en el microexamen mental (2) a fin de valorar los trastornos de la conciencia y de la memoria en forma más específica. Estas últimas se utilizaron en la muestra de sujetos ancianos estudiados en la misma institución (4).

Hasta aquí hemos dado los primeros pasos para ordenar y combinar la información clínica en forma sistemática de acuerdo a las reglas asentadas en el programa CATEGO. Después se irán haciendo algunas adaptaciones necesarias. Consideramos importante seleccionar este sistema ya que permite el manejo en forma descriptiva de las diferentes etapas del proceso y no sólo como categorías diagnósticas finales. Por otra parte, los resultados muestran una aceptable concordancia con los criterios diagnósticos del DSM-III, por lo que la validez de ambas formas de categorizar los trastornos puede estar sujeta a estudios prospectivos.

Finalmente, consideramos que la EPE, en su versión modificada, resulta un instrumento útil para fines epidemiológicos, pudiendo manejarse a diferentes niveles de complejidad de acuerdo con las metas de los estudios y las características del personal que realice las entrevistas. De esta manera representa una fuente adecuada de captación de casos para estudios clínicos especiales, y una herramienta útil en escenarios institucionales.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tercera edición. APA, Washington, D.C., 1980.
2. ANTHONY C J, LERESCHE L y cols: Limits of the "minimal state" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychol Med* 12: 397-408, 1982.
3. BARTKO J J, CARPENTER T W: On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis*. 163: 307-317, 1976.
4. CARAVEO A J, MEDINA-MORA M E y cols: Clinical indicators of psychiatric disorders in the elderly in a hospital's general practice service. *Clinical Gerontologist* 3(1): 3-14, 1984.
5. CARAVEO A J, GONZALEZ C, RAMOS L: Indicadores clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. *Salud Pública de México* Vol. 27, 140-148, 1985.
6. ENDICOTT J, SPITZER R L: A diagnostic interview. *Arch Gen Psychiat* 35: 837-844, 1978.
7. FEIGHNER J P, ROBINS E y cols: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiat* 7: 198-205, 1962.
8. FINLAY-JONES R, BROWN G y cols: Depression and anxiety in the community: replicating the diagnosis of a case. *Psychol Med* 10: 445-454, 1980.
9. GOLDBERG D P, COOPER B y cols: Standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit J Prev Soc Med* 24 (1): 18-23, 1970.
10. HELZER J E, ROBINS L N y cols: Renard diagnostic interview. *Arch Gen Psychiat* 38: 393-398, 1981.
11. KAPUR R L, KAPUR M, CARSTAIRS G M: Indian psychiatric interview schedule. *Soc Psychiat* 9: 61-69, 1974.

12. KENDELL R E: *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, Londres, Edinburgo, Melbourne, 1975.
13. MEDINA-MORA M E, PADILLA G P y cols: The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Med* 13: 355-361, 1983.
14. MEDINA-MORA M E, PADILLA G P y cols: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiq y Psicol Amer Lat* Vol. 31, 53-61, 1985.
15. ROBINS L N, HELZER J E y cols: National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule. *Arch Gen Psychiat* 38: 381-389, 1981.
16. SPITZER RL, ENDICOTT J, FLEISS J L y cols: The psychiatric status schedule. *Arch Gen Psychiat* 23: 41-55, 1970.
17. WARD C H, BECK A T y cols: The psychiatric nomenclature. *Arch Gen Psychiat* 7: 198-205, 1962.
18. WHO: Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases. WHO, Ginebra, 1978.
19. WING J K, COOPER J E, SARTORIUS N: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Londres. Cambridge University Press, 1974.
20. WING J K: A technique for studying psychiatric morbidity in in-patient and out-patient series and in general population samples. *Psychol Med* 6: 665-671, 1976.
21. WING J K, MANN S A y cols: The concept of a 'case' in psychiatric population surveys. *Psychol Med* 8: 203-217, 1978.

**Respuestas de la sección
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

1. B
2. A
3. A
4. E
5. A
6. E
7. B
8. E
9. B
10. C
11. E
12. B
13. D
14. B
15. D