

Instrumentos de diagnóstico en la epidemiología psiquiátrica. Estado actual y perspectivas

Mario Gómez Espinosa*
Jorge Caraveo Anduaga*

Summary

This work describes the instruments adapted for the epidemiologic investigation of mental health in our country, by researchers of the Investigation and Health Services Department of the Epidemiological and Social Investigations Division of the Mexican Institute of Psychiatry.

The analyzed instruments are: Standardized Psychiatric Interview, Present State Examination, Diagnostic Interview Schedule and Composite International Diagnostic Interview.

The characteristics of each one of these instruments are given, as well as those of the confiability and validity studies in our country, and its advantages and limitations for the epidemiologic studies in psychiatry.

Resumen

Este trabajo reseña los instrumentos que se han adaptado para la investigación epidemiológica de salud mental en nuestro país, por investigadores del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Los instrumentos analizados son: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (*Standardized Psychiatric Interview*), Examen del Estado Actual (*Present State Examination*), Cédula de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*), y Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*).

Se presentan las características de cada uno de estos instrumentos, de los estudios de confiabilidad y validez en nuestro país, y sus ventajas y limitaciones en los estudios epidemiológicos en psiquiatría.

La Entrevista Psiquiátrica Estandarizada

La entrevista psiquiátrica estandarizada es un instrumento de investigación para confirmar un "caso" en psiquiatría, en los estudios de diseño transversal o de prevalencia puntual en la comunidad y en la práctica médica general. Esta se deriva esencialmente de la *Standardized Psychiatric Interview* (SPI), diseñada por Goldberg (9). Aunque concebida para que la usen los psiquiatras clínicos, las experiencias de campo han constatado que los psicólogos clínicos con entrena-

miento pueden hacer evaluaciones confiables. Debido a que está diseñada para usarse en la comunidad, el contenido está dirigido principalmente a los síntomas no psicóticos. A la vez, la intención es que sea aceptada por individuos psicológicamente normales y por personas que no se consideran a sí mismas como afectadas por algún trastorno mental. Por lo tanto, no incluye preguntas rutinarias sobre delirios, alucinaciones y otros fenómenos psicóticos; tampoco evalúa de manera rutinaria la función intelectual. Sin embargo, si el clínico sospecha la presencia de psicosis o de un trastorno orgánico, está en libertad de explorar estas posibilidades. El estudio de confiabilidad (9) reporta un acuerdo global entre el entrevistador y el observador de $r = .91$, y para cada reactivo un coeficiente de correlación superior a .76.

En México se empezó a trabajar desde 1977 en la traducción y adaptación del instrumento a nuestro medio, con la finalidad de utilizarlo en estudios epidemiológicos. La confiabilidad se probó en pacientes de la consulta externa de psiquiatría de un centro de salud (1). La media de correlación producto momento fue de 0.90, y la media del Kappa fue de 0.82, que son resultados del todo semejantes a los obtenidos por Goldberg. Asimismo, entre los clínicos, los psiquiatras y los psicólogos el análisis de varianza no arrojó diferencias significativas. Un estudio más reciente para evaluar los índices de acuerdo con los entrevistadores clínicos (16) reportó Kappa e Y de Yule globales altas de 0.79 y 0.78, respectivamente, lo cual confirmó su utilidad y despertó el interés de las autoridades del Departamento de Psiquiatría y Salud mental de la UNAM para planear cursos periódicos de entrenamiento en los que lo usen los residentes en psiquiatría. La experiencia acumulada en el empleo de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada ha mostrado su utilidad práctica en virtud de que el contenido está de acuerdo con el tipo de manifestaciones más frecuentes en la comunidad y con la práctica médica general, así como con gran parte de la consulta externa de psiquiatría.

Examen del Estado Actual

El examen del estado actual (*Present State Examination* = PSE), desarrollado por el profesor Wing (17),

* Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Sn. Lorenzo Huipulco, 14370 México, D. F.

ha sido el instrumento diagnóstico más utilizado y el más importante para la evolución de la epidemiología psiquiátrica. El sistema PSEID-CATEGO consta de:

- 1) Cédula de entrevista estructurada (PSE), que indaga la presencia de 140 reactivos en el mes anterior a su aplicación.
- 2) Glosario de definiciones de los reactivos del instrumento.
- 3) Lista de síndromes del PSE, definidos en términos de los síntomas incluidos en el PSE, que pueden emplearse si se tiene una buena información clínica en los registros hospitalarios o proveniente de los informantes.
- 4) Cédula etiológica para codificar información relevante para el diagnóstico de cualquier episodio de la enfermedad.
- 5) Conjunto de reglas agrupadas en el programa de cómputo CATEGO, aplicable a la información de los síntomas o síndromes recabados. Permite elaborar un resumen de los tipos de psicopatología presentes y clasificarlos en 20 clases o 50 subclases. Aunado a la cédula etiológica, permite enunciar un diagnóstico en términos de la CIE-9a.
- 6) Índice de definición con ocho niveles para establecer un umbral a partir del cual la información da una clasificación de una psicosis o neurosis funcional. El umbral para definir un "caso" está situado entre los niveles 4 y 5.

En nuestro país, se hizo un estudio con pacientes internados en dos instituciones hospitalarias para evaluar la validez concurrente y la validez descriptiva del sistema PSE-CATEGO, tomando como eje a los enfermos con trastornos esquizofrénicos y trastornos afectivos. El grado de acuerdo entre la aplicación del PSE el juicio clínico, en la valoración transversal, mostró Kappas de 0.60 y 0.77, respectivamente para los grupos de trastornos incluidos; el valor predictivo positivo fue de 0.69 y 0.80. Estos índices se elevaron notablemente al aplicar la totalidad del sistema, obteniéndose Kappas con rangos entre 0.84 y 0.93, y un valor predictivo positivo con rango entre 0.87 y 1.0 (2). En Latinoamérica, el instrumento se empleó en Colombia en los estudios colaborativos con la OMS sobre pacientes esquizofrénicos (10,21). Asimismo, se utilizó en Argentina en estudios de comunidad, verificados en diferentes regiones del país (6,7). Los resultados en cuanto a la prevalencia de los trastornos, que es de 26 % en promedio a partir del nivel 5 del índice de definición, y del 10 % tomando en cuenta sólo los niveles del 6 al 8 y el perfil sindromático de la población, son similares a lo encontrado en los estudios realizados en México.

En la actualidad, se ha desarrollado la 10a edición del PSE denominada SCAN (48) para emplearse en escenarios clínicos.

La Cédula de Entrevista Diagnóstica

A diferencia de las entrevistas clínicas revisadas, la Cédula de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule* = DIS) es un instrumento altamente

estructurado, diseñado en el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos con fines de investigación epidemiológica a gran escala y para ser aplicada por personal sin formación clínica (14). La cédula se elaboró con base en los ejes I y II del DSM-III, que corresponden a trastornos psiquiátricos, de la personalidad y del desarrollo. Dada su estructura, la cédula permite un riguroso control sobre las fuentes de variación, ya que la técnica de la entrevista está definida por su mismo diseño y por las instrucciones para el entrevistador, por lo que el juicio clínico no interviene en la evaluación, sino que está incorporado en el umbral que cada síntoma debe cubrir para ser codificado como presente. El instrumento ha estado sometido a actualizaciones y modificaciones acordes con la clasificación DSM-III revisada, y con la experiencia en estudios epidemiológicos y clínicos.

Se han hecho varios estudios para determinar la confiabilidad y la validez de la entrevista, elaborados en distintas lenguas (español, chino, alemán, etcétera). La mayoría de las investigaciones seleccionaron el diseño de *test-retest* para evaluar la confiabilidad, que se reporta en frecuencias diagnósticas de por vida. Varios de los diseños acompañaban evaluaciones de validez utilizando como criterio externo valoraciones clínicas de psiquiatras, listas diagnósticas de cotejo, o bien otras entrevistas estructuradas. Los estudios en los años 80 se caracterizaron por evaluar la equivalencia técnica del DIS, comparando los resultados de los entrevistadores legos contra los de los clínicos. En general, hubo congruencia en los resultados, habiendo índices bastante favorables (kappa de .5-.7) que destacan que los rangos más altos de kappa fueron iguales entre los entrevistadores legos y los clínicos. Se observó que los clínicos tuvieron mayor grado de sensibilidad, mientras que entre los legos hubo mayor especificidad.

Los resultados *test-retest* en los diagnósticos mostraron que las kappas eran elevadas (arriba de .6). Varios estudios reportaron que hubo problemas de acuerdo en los grupos diagnósticos de trastorno de pánico, ansiedad generalizada, distimia y somatización, mientras que tuvieron mayores alcances en el uso de sustancias, el trastorno obsesivo-compulsivo y los episodios maniaco-depresivos. En cuanto a los estudios de validez, aunque los resultados presentaron más variaciones, éstas fueron aceptables. En aquellos en los que se utilizó el juicio clínico del psiquiatra, mostraron resultados semejantes a los obtenidos en los estudios de *test-retest*, con altos coeficientes de acuerdo, con excepción de los trastornos de pánico, los psicóticos y los de somatización. Al comparar al DIS con otras entrevistas estructuradas, se encontraron iguales dificultades respecto a los síntomas psicóticos y somáticos. Fuera de esto, la entrevista mostró coeficientes de confiabilidad y de validez bastante aceptables.

En México, el DIS atravesó por las siguientes etapas:

- 1) Revisión y comparación de las versiones del DIS, en el idioma original y en español, del cual existe la empleada en Los Angeles (14) y en Puerto Rico

- (2). Luego se hizo un estudio piloto para evaluar la comprensión del instrumento por la población clínica, y se hicieron adaptaciones en el fraseo de las preguntas (13).
- 2) Estudio de confiabilidad inter-entrevistadores legos adiestrados en el manejo de la cédula. Los resultados mostraron un coeficiente de correlación intraclass (ICC) de .89 (8).
 - 3) Evaluación de la validez concurrente del instrumento empleado por los entrevistadores legos vs los psiquiatras, utilizando la lista de síndromes de Helzer en una muestra de 149 pacientes psiquiátricos. El acuerdo valorado con Kappa mostró un rango entre 0.06 y 0.60, con valores de Yule con rango entre 0.21 y 0.81 para las 14 categorías diagnósticas estudiadas. El valor predictivo positivo, mostró un rango entre 14 y 92 %; la sensibilidad estuvo entre 0.08 y 0.53, mientras que la especificidad mostró valores entre 0.80 y 0.99. Los índices de validez fueron superiores en aquellas categorías en las que el esquema de sondeo de la entrevista es más sencillo, sugiriendo que el proceso memoria/cognición es un factor que atenúa la confiabilidad y la validez. Asimismo, y de acuerdo con lo reportado en otros estudios, el instrumento mostró ser una herramienta confiable, con una alta especificidad pero con una sensibilidad entre moderada y baja en las distintas categorías diagnósticas (13).
 - 4) Con base en la experiencia del estudio anterior, se planteó una prueba de validez de procedimiento utilizando la misma cédula con entrevistadores legos y clínicos, y aplicándola a familiares de pacientes con problemas de consumo de alcohol. Las categorías diagnósticas incluidas en el estudio fueron: disfunciones sexuales, depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada, síndrome orgánico cerebral, personalidad antisocial abuso y dependencia del alcohol. Los resultados mostraron que el acuerdo por medio de este método es superior. De acuerdo con la versión más apropiada del instrumento para: las categorías incluidas, el índice de acuerdo, según el estadístico Kappa, fue de 0.69 y de 0.70 para Yule; el valor predictivo positivo del instrumento, de 86.5 %; la sensibilidad, de 0.76, y la especificidad, de 0.91. Los resultados muestran la precisión del instrumento y su utilidad para los estudios epidemiológicos (4).

Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta

La Cédula Diagnóstica Internacional compuesta (*Composite International Diagnostic Interview* = CIDI) es una entrevista estandarizada altamente estructurada para evaluar los trastornos mentales acordes con los preceptos y definiciones de los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y el DSM-III-R. Tanto los clínicos como los legos pueden aplicar el instrumento, pero se necesita un entrenamiento adecuado para manejarlo (15).

La creación del CIDI se remonta a finales de los años 70 y principios de los años 80, cuando los gru-

pos que trabajaban en criterios e instrumentos diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Administración para el Alcohol, el Abuso de Drogas y la Salud Mental (ADAMHA) decidieron unir sus fuerzas para explorar la posibilidad de combinar dos de los instrumentos más utilizados en investigaciones de epidemiología psiquiátrica: la Cédula de la Entrevista Diagnóstica (DIS) y el Examen del Estado Actual (PSE). El instrumento fue diseñado para efectuar estudios epidemiológicos en diferentes culturas y con la finalidad de hacer estudios comparativos de la psicopatología que permitieran describir los patrones de comorbilidad y evaluar la universalidad de diversos factores de riesgo, así como las consecuencias sociales de los trastornos psiquiátricos específicos. Aunque fue elaborado para los estudios de epidemiología psiquiátrica, el CIDI ha sido muy útil en la investigación clínica.

El alto nivel de estandarización permite mejorar la consistencia de los síntomas evaluados y la confiabilidad en la elaboración de diagnósticos. Se han hecho varios estudios sobre la confiabilidad del instrumento, desde su versión inicial para adecuarla a la CIE-9, hasta la versión final para la CIE-10 y el DSM-III-R (19). En la fase inicial se utilizó la técnica de *test-retest*, en la que tres estudios independientes, pero con diseños equiparables, mostraron kappas altas con excepción del trastorno bipolar II, la distimia y la fobia simple. En una segunda fase, con un diseño de confiabilidad entre entrevistadores (*intrater*) se hizo un estudio internacional para explorar la aceptabilidad transcultural, la confiabilidad y su adaptabilidad a distintos campos y países. En esta fase se entrevistó a 575 pacientes de 19 centros de todo el mundo, la mayoría de los cuales eran pacientes psiquiátricos internados o ambulantes. Los grados de acuerdo entre los entrevistadores y los niveles de Kappa fueron muy altos, con excepción del trastorno por somatización ($k = .67$). En una última fase, el comité de investigación hizo pequeñas modificaciones para adecuarlo a la versión de la CIE-10, Criterios Diagnósticos de Investigación, y pilotarlo en un tercer estudio multicéntrico que dio los resultados sobre los diagnósticos de por vida, con coeficientes Kappa e Y de Yule por arriba de .5.

El CIDI es un instrumento que se deriva propiamente del DIS, y éste último, a su vez, ha sido objeto de varios estudios de validez con óptimos resultados. Estos se han extrapolado al CIDI y por lo tanto, hay pocos estudios sobre la validez del instrumento. Los resultados indican que hay buena concordancia diagnóstica global ($k = .77$) al comparar el CIDI con las evaluaciones clínicas que utilizaron listas diagnósticas de cotejo (20).

Los estudios internacionales de campo identificaron problemas en el CIDI: ciertas ambigüedades y diferencias transculturales en los significados de determinadas preguntas; que las personas con baja escolaridad tienen dificultad para responder en las secciones que requieren un manejo amplio de la temporalidad tal como se presenta en la sección de depresión; lo largo del instrumento: al 65 % de los entrevistadores les pareció muy extenso, pues el promedio de tiempo de

aplicación para un paciente con un sólo diagnóstico fue de 103 minutos para los entrevistadores novatos y de 78 minutos para los entrevistadores experimentados. Las secciones más prolongadas son las de los trastornos somatoformes, depresivos y por el uso de sustancias. Finalmente, las dificultades en la sección de psicosis no permiten hacer una evaluación adecuada para entidades clínicas tales como el trastorno esquizofrénico agudo o residual. No obstante, el CIDI está considerado como un instrumento con buena aceptación y apropiado para la mayoría de los lugares y de las personas en las que se aplica, en especial para los pacientes psiquiátricos externos y los centros de atención primaria (20).

En México se ha utilizado, con algunas modificaciones en el fraseo y el manejo del idioma, en estudios recientes realizados en la consulta externa psiquiátrica de un hospital, en la población que acude a grupos de auto-ayuda y en la práctica médica general (5). En todos ellos fue bien aceptado por las personas entrevistadas y por el personal clínico y lego que participó. El análisis de la información recabada se encuentra en proceso.

Actualmente, se le han hecho al CIDI modificaciones interesantes (11). Se han elaborado varios módulos diagnósticos adicionales que cubren otras entidades clínicas no consideradas en la versión nuclear: el módulo de abuso de sustancias que evalúa más a fondo los fenómenos de abuso de drogas; el trastorno por estrés postraumático, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno de conducta; el juego patológico, la disfunción psicosexual, la neurastenia, y el trastorno por dolor persistente. Igualmente, se está piloteando un módulo sobre comorbilidad que evalúa la secuencia de un trastorno, el tipo de traslape y su severidad.

El CIDI cuenta con una versión reciente: la 1.1; por otro lado, se está elaborando la que se incorporará al DSM-IV. Además, hay tres grandes variantes en el instrumento:

- 1) El CIDI-AUTO, que es una versión completamente computarizada que puede ser contestada por un entrevistador o por el mismo paciente, ya que se leen las preguntas directamente de un monitor donde se responde con un código específico y no requiere de una carta de flujo del sondeo.
- 2) El UM-CIDI (la versión de la Universidad de Michigan), utilizado para el Estudio de Comorbilidad Nacional el cual sólo incluye las secciones de ansiedad, afecto, psicosis y abuso de sustancias, pero agrega preguntas sobre los trastornos de la conducta y los antisociales de la personalidad, así como sobre los trastornos por estrés postraumático. Además presenta en su parte inicial un cuestionario de tamizaje. Hay una versión modificada del UM-CIDI para utilizarlo en las comunidades hispanicas de los Estados Unidos, el FRESNO-CIDI, que aumenta la sección de somatización y detalla información sobre el uso de servicios médicos. Además, está en proceso de elaboración una versión computarizada.
- 3) La versión de la Atención Primaria a la Salud (PHC-CIDI), que ofrece modalidades para niveles de severidad y definiciones sintomáticas. Evalúa los trastornos somatoformes, la ansiedad (simple y social sin fobias), los depresivos y el abuso de alcohol. Presenta otras categorías diagnósticas derivadas de la CIE-10: neurastenia y ansiedad-depresión mixta.

REFERENCIAS

1. CAMPILLO SC, CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, MARTINEZ LP: Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat*, 27:44-53, 1981.
2. CANINO GJ, SHROUT P, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M, GUZMAN A, GUEVARA L, COSTAS H: The Spanish DIS: reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44:720-726, 1987.
3. CARAVEO AJ, LOPEZ MS, GONZALEZ FC: La importancia de los sistemas diagnósticos: experiencia obtenida utilizando el sistema PSE-CATEGO en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 11(2):20-29, 1988.
4. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LL: Concurrent validity of the DIS: Experience with psychiatric patients in Mexico City. *Hisp J Behav Sciences*, 13(1):63-77, 1991.
5. CARAVEO AJ, LOPEZ JL, SALTIERAL MT, MARTINEZ VA: The 100 patients study in Mexico city. WPA symposium, section of epidemiology and community psychiatry. Groningen, Holanda. Sep. 1-3, 1993.
6. CASULLO MM: Programa de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica en la Argentina. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat*, 26:327-331, 1980.
7. CASULLO MM, PHILIP A: Prevalencia de síntomas psiquiátricos en el Partido Bonaerense de Patagones. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat*, 27:60-71, 1981.
8. GONZALEZ FC, CARAVEO AJ, RAMOS LL, SANCHEZ BJ: Confiabilidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. *Salud Mental*, 11(1):48-54, 1988.
9. GOLDBERG DP, COOPER B.: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit J Soc Prev Med*, 24:18-23, 1970.
10. JABLENSKY A, SARTORIUS N, ERNBERG G, ANKER M, KORTEN A, COOPER JE, DAY R, BERTELSEN A: Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A WHO ten-country study. *Psychol Med Monograph*, (supl. 20), 1992.
11. JANCA A, USTÜN TB, SARTORIUS N.: New versions of World Health Organization Instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 90:73-83, 1994.
12. KARNO M, BURNAM MA, ESCOBAR JI, HOUGH R, EATON WW: Development of the spanish-language version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry*, 40:1183-1188, 1983.
13. RAMOS LL, CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, SALGADO C: La Cédula de Entrevista Diagnóstica: (DIS) en México. *Psiquiatria*, 3(1):57-61, 1987.
14. ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J, RATCLIFF KS.: National Institute of Mental Health-Diagnostic Inter-

- view Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
15. ROBINS LN, WING JK, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, FARMER A, JABLENSKI A, PICKENS R, REGIER DA, SARTORIUS N, TOWLE LH: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
 16. SANCHEZ-BAEZ JJ, GOMEZ-ESPINOSA M, PADILLA-GALINA P.: La Entrevista Psiquiátrica Modificada: estudio de confiabilidad. *Salud Pública Mex*, 31(4):519-529, 1989.
 17. WING JK, COOPER JE, SARTORIUS N: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press. Londres, 1974.
 18. WING JK, BABR T, BRUGHA T, BURKE J, COOPER JE, GIEL R, JABLENSKI A, REGIER D, SARTORIUS N: SCAN schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 47(6):589-593, 1990.
 19. WITTCHEN HU, ROBINS LN, COTTLE L, SARTORIUS N.: Interrater reliability of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)-Results of the multicenter WHO/ADAMHA field trials. En: Stefanis CN, Soldatos CR, Rabavilas Ad (eds.). *Psychiatry, a World Perspective*, vol. 1, 125-132, Excerpta Medica. Amsterdam, 1990.
 20. WITTCHEN HU: Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiat Res*, 28(1):57-84, 1994.
 21. WHO: *Report of the International Follow-up Study of Schizophrenia*. World Health Organization. Ginebra, 1978.