

Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría

Francisco Páez Agraz*
Humberto Nicolini Sánchez*

Summary

This revision deals with the history and development of clinical diagnostic instruments in psychiatry. We present an analysis of the objectives of a psychiatric interview and the methodological features to evaluate their performance (reliability and validity). A classification of interviews is presented based on their degree of structuration, and also a global description of the interviews published in the last 40 years. The main issue of this paper is to describe the essential aspects of the most widely used instruments in clinical diagnosis in psychiatry: SADS, DIS, SCID, CIDI and SCAN. The psychometric properties of all of them are presented along with other features related to their application and training requirements. It is specified whether they are designed for clinical interviewers or lay interviewers.

We concluded that psychiatric interviews, specially those recently developed, show good reliability measures and serve to avoid the information bias which may occur when a non structured interview is used. The selection of a specific interview depends on the objectives of the investigation and the sample (clinical or populational), as well as the available funds and the qualifications of the personnel that will participate.

Resumen

En esta revisión se describe el desarrollo histórico de los instrumentos que se usan en el diagnóstico clínico en psiquiatría. Se inicia la discusión con la evaluación de las funciones que desempeñan las entrevistas psiquiátricas y las formas de las que se dispone para evaluar su utilidad (validez y confiabilidad). Posteriormente se presenta una clasificación de las entrevistas con base en su grado de estructuración, así como una descripción de los instrumentos desarrollados en los últimos 40 años. La revisión se centra en la evaluación de las entrevistas de más reciente aparición y de más utilidad para la investigación psiquiátrica, como el SADS, el DIS, el PSE-9, el CIDI y, finalmente, el SCAN. Se muestran las características psicométricas de cada instrumento y sus indicaciones (ya sea en estudios clínicos o poblacionales), así como el entrenamiento requerido para aplicarlos (clínicos entrenados o entrevistadores legos).

Se concluye que las entrevistas de diagnóstico en psiquiatría han venido a resolver el problema de la varianza en la obtención de la información, y ello ha facilitado la repetición de los hallazgos científicos. Los diversos instrumentos disponibles, especialmente los de desarrollo más reciente, tienen adecuada confiabilidad, y por ello, la elección de alguno

de ellos en particular, dependerá del tipo de investigación que se pretenda hacer y de el grado de entrenamiento que tengan los entrevistadores.

El punto principal en el avance de la psiquiatría en los últimos 20 años ha sido, sin lugar a dudas, el desarrollo de la nosología. En los años anteriores, aunque la psicopatología había seguido su curso de desarrollo, no se habían puesto de acuerdo las escuelas y los países respecto a la taxonomía diagnóstica, lo que generaba un problema básico para comunicar los hallazgos científicos. Lo anterior fue claramente demostrado en el estudio denominado "Proyecto de Diagnóstico EUA-Reino Unido" (*USA-UK Diagnostic Project*) (22) en el que se encontraron diferencias importantes en cuanto a la coherencia de los diagnósticos de pacientes evaluados por los psiquiatras de ambos países.

La discrepancia en el diagnóstico obligaba a desarrollar criterios operacionales para definir las enfermedades mentales. El primer paso en esta dirección fueron los llamados Criterios de Feighner (13), diseñados para la investigación, que proporcionaban parámetros para diagnosticar 14 trastornos. El mismo grupo de trabajo, encabezado por Spitzer y Endicott (36), desarrollaron aún más esta línea, que desembocó en los Criterios de Diagnóstico para la Investigación (*Research Diagnostic Criteria*), en los que se incorporaron criterios para 14 entidades clínicas. Estos sistemas de clasificación fueron adoptados, finalmente, en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III) (1). Este enfoque del diagnóstico categórico, que no tiene ningún tipo de implicación etiológica sino puramente fenomenológica de los trastornos mentales, ha generado una evolución de la psiquiatría a gran escala. La recientemente publicada décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es totalmente compatible con este tipo de abordaje nosológico.

La sola disponibilidad de criterios para el diagnóstico de los trastornos mentales no garantiza que los diagnósticos generados sean confiables. Este fenómeno puede ser empíricamente corroborado en los medios hospitalarios psiquiátricos durante las discu-

* División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría
Calz. México-Xochimilco No. 101. Col San Lorenzo Huipulco. 14370
México, D.F..

siones de los casos clínicos. En ellas, a pesar de que todos los clínicos pueden tener como marco de referencia los mismos criterios diagnósticos de alguno de los sistemas de clasificación, se suscitan discrepancias al asignarle los diagnósticos a un paciente determinado.

Vazquez-Barquero y cols (38) establecen que los sistemas de clasificación funcionan para evitar las diferencias de criterio, sin embargo, la confiabilidad de los diagnósticos depende de que no haya diferencias al recoger la información. Afirman, además, que el origen de esta diferencia en la información se encuentra en algunos de los componentes propios de la entrevista psiquiátrica, como son: a) la obtención de la información, b) la valoración psicopatológica de la información y c) la integración de la información a un sistema nosológico.

Las entrevistas de diagnóstico en psiquiatría se diseñaron precisamente para evitar la varianza al recoger la información. Con este tipo de instrumentos se lograría que todos los evaluadores obtuvieran la información de una manera similar, que asignaran en la misma forma si había o no síntomas psiquiátricos, y, finalmente, que integraran dichos síntomas a los sistemas de clasificación mediante árboles de decisión unificados y predeterminados. El resultado sería un diagnóstico clínico confiable.

En esta revisión se analizará el desarrollo histórico de las entrevistas de diagnóstico en psiquiatría, poniendo el énfasis en los instrumentos que se han utilizado en los últimos 15 años y que han contribuido a desarrollar la psiquiatría moderna. Se iniciará la discusión revisando los conceptos de validez y confiabilidad, básicos para la comprensión de la efectividad de este tipo de instrumentos.

Metodología para evaluar la validez y la confiabilidad

La validez de un instrumento es la capacidad de éste para medir de manera efectiva aquello para lo que fue diseñado. En el caso de las entrevistas psiquiátricas, se espera que éstas detecten en forma adecuada a los sujetos que padecen de un trastorno mental y a aquellos que no lo padecen. Los datos estadísticos que se utilizan para evaluar la validez de un instrumento de diagnóstico son la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivos y negativos. El cálculo de estos datos estadísticos implica la disponibilidad de un parámetro de diagnóstico definitivo o "estandar de oro". En psiquiatría no hay parámetro alguno que pueda fungir como estandar de oro, por que la validez de este tipo de entrevistas no se puede establecer en forma directa (27,38).

Los estudios de validez que se han publicado son propios para las entrevistas psiquiátricas diseñadas para aplicarse por entrevistadores no especializados, y en ellos se utilizó como estandar de oro el diagnóstico clínico hecho por psiquiatras experimentados que utilizaron entrevistas clínicas semiestructuradas. En estos casos, los hallazgos son muy útiles, pues su finalidad es disponer de instrumentos que puedan usarse en los estudios comunitarios a gran escala (19).

Ahora bien, cuando se quiere validar una entrevista diseñada para que la usen psiquiatras o clínicos experimentados, se presenta el problema de la falta de parámetros definitivos de diagnóstico. Ha quedado demostrado que el diagnóstico clínico obtenido por medio de la historia clínica convencional no es confiable y, por ello, no puede usarse como estándar de oro (35).

Como es difícil evaluar la validez de las entrevistas psiquiátricas, hay que conformarse, por lo pronto, con evaluar su confiabilidad. Hay 2 formas básicas para evaluarlas: a) la confiabilidad interevaluador, que se reporta con el estadístico *Kappa*, el cual determina qué tanto difiere la opinión de dos entrevistadores de aquella que se obtendría por azar, y b) la confiabilidad *test-retest*, que determina la estabilidad temporal de los diagnósticos psiquiátricos obtenidos por medio de las entrevistas (35,38).

Clasificación de las entrevistas psiquiátricas

Los instrumentos que se han diseñado hasta el momento tienen diversos ejes de clasificación. A continuación presentamos uno de ellos:

a) Estructuración. Las entrevistas pueden clasificarse en:

No estructuradas

El clínico adopta el método y la técnica de la entrevista y no se guía por ningún índice o glosario. Este tipo de entrevista se utiliza en el ámbito clínico convencional y, como ya se mencionó, los diagnósticos que arroja son poco confiables (28). Es innegable que, por otro lado, este tipo de entrevista logra captar toda la riqueza psicopatológica del sujeto, y en ellas se establece, de manera óptima, el vínculo médico-paciente que es necesario para manejar las enfermedades mentales. Sin embargo, son poco recomendables para la investigación por no poderse uniformar.

Semi-estructuradas

Este tipo de entrevista está diseñada para aplicarse por clínicos experimentados. En ella se marcan lineamientos generales que permiten al clínico cubrir todos los apartados de las categorías diagnósticas, conservando la libertad de emplear los apartados a su modo y utilizar su juicio para calificar los síntomas y su severidad. Posteriormente se describirán los instrumentos y se verá que este tipo de entrevista logra conservar lo más rico de las entrevistas convencionales y, además, arroja diagnósticos confiables.

Altamente estructuradas

En estas entrevistas los interrogatorios están totalmente dirigidos. Están diseñadas para que las usen personas sin entrenamiento clínico específico, sobre todo cuando se trata de hacer estudios poblacionales. Las preguntas son totalmente cerradas y el entrevistador debe ceñirse al formato de la entrevista. El suje-

CUADRO 1
Clasificación de las entrevistas
con base en su estructuración

Altamente estructuradas:
* Cédula de Entrevista Diagnóstica (<i>Diagnostic Interview Schedule, DIS</i>) (28)
* Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (<i>Composite International Diagnostic Interview, CIDI</i>) (29)
Semi Estructuradas.
* Examen del Estado Actual 9a versión (<i>Present State Examination-9, PSE-9</i>) (40)
* Cédula para los Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS</i>) (12)
* Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (<i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID</i>) (36)
* Entrevistas para la Evaluación Clínica en Psiquiatría (<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN</i>) (41)

to es quien decide si tiene o no el síntoma, no el evaluador.

En el cuadro 1 se indica la clasificación de las entrevistas de acuerdo con su estructura. Únicamente se mencionan las que se utilizan en la bibliografía psiquiátrica moderna. En el apartado "historia de los instrumentos de diagnóstico", nos referimos a los instrumentos que se utilizaron en el pasado para hacer el diagnóstico, anotando el tipo de entrevista de que se trataba.

Desarrollo histórico de las entrevistas psiquiátricas

Los esfuerzos para diseñar instrumentos que faciliten el diagnóstico no son recientes. Las entrevistas que se han mencionado hasta el momento son las de "la nueva generación", cuya característica es que son compatibles con alguno de los sistemas de clasificación psiquiátrica que ya se han descrito.

El instrumento para detectar los "casos" portadores de enfermedad, de Goldberg (14), con su Cédula de Entrevista Clínica (*Clinical Interview Schedule, CIS*), fue desarrollado para emplearse en estudios comunitarios, pero sólo los clínicos experimentados y entrenados lo pueden aplicar. Es fácil de calificar pero los resultados que arroja se refieren a grupos sintomáticos, más que a entidades nosológicas específicas. El mismo autor desarrolló un instrumento autoaplicable denominado "Cuestionario General de Salud" (*General Health Questionnaire, GHQ*) (15), que fue aplicado en diversas investigaciones epidemiológicas, sobre todo en la población médicamente enferma, de varios países, incluyendo España y México (7,23,25). El instrumento proporcionó información útil acerca de la prevalencia de psicopatología en estos grupos específicos.

El Examen del Estado Presente (*Present State Examination, PSE*) se originó en la década de 1950, pero no fue sino hasta su 5a revisión, en 1967, cuando se

publicó por primera vez. La séptima y octava versión del PSE se utilizaron en dos estudios internacionales de gran relevancia; uno de ellos es el que mencionamos al principio de este trabajo; el proyecto de Diagnóstico de los Estados Unidos-Reino Unido (22), y el otro es el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (43). En este último trabajo se consideró que era necesario establecer un glosario de términos que fuera aceptado internacionalmente para poder ponerse de acuerdo sobre las definiciones de la psicopatología que se encontrara, así como algoritmos de calificación (de hecho, con esta versión del PSE apareció el primer programa de computación, denominado CATEGO). A partir de estas experiencias, se diseñó la 9a edición del PSE, que marcó el principio de la nueva época de los diagnósticos en investigación. Más adelante se hablará específicamente del PSE-9 y de su comportamiento psicométrico. Antes de esta 9a versión, el PSE no era propiamente un instrumento de diagnóstico, si no más bien de evaluación confiable de la presencia y severidad de la psicopatología. Pero a partir de él, se desarrollaron las versiones recientes, que son compatibles con algunos de los sistemas de clasificación.

En el cuadro 2 se mencionan, en forma resumida, otras entrevistas diagnósticas que tienen algunas características psicométricas generales y que han sido publicadas.

En general, se puede hablar de dos grandes vertientes de desarrollo, durante las últimas 2 décadas, de las entrevistas psiquiátricas compatibles con los sistemas de clasificación. Por un lado se encuentran los grupos norteamericanos que diseñaron los primeros sistemas de clasificación (Feighner, Spitzer, Robins, Endicott), que ya tenían experiencia en el diseño de instrumentos de diagnóstico. De ellos, mencionaremos las entrevistas que más se utilizan en la investigación en Norteamérica: SADS, el SCID y el DIS.

Por otro lado, se especificarán los 2 instrumentos generados bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud: el CIDI y el SCAN. Es importante señalar que se incorporaron al comité de expertos que desarrolló estos instrumentos los de varios países, incluyendo algunos de los diseñadores de las entrevistas norteamericanas.

Cédula de trastornos afectivos y esquizofrenia (*Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia, SADS*)

El SADS fue diseñado por Endicott y Spitzer (12) para convertirse en el instrumento clínico compatible con el sistema de clasificación desarrollado por ellos mismos: el RDC. Este es un instrumento semiestructurado que aplican entrevistadores clínicos entrenados (psiquiatras o psicólogos clínicos). El tiempo que tarda en aplicarse es de 90 a 120 minutos. Mide la presencia de las 14 categorías diagnósticas del RDC, además de dar una descripción detallada de los datos del episodio actual; califica la severidad de los síntomas y da algunos datos sobre la progresión del trastorno. Además de la entrevista para el episodio actual

CUADRO 2
Descripción del desarrollo de las entrevistas psiquiátricas
Concordancia interevaluador IE = kappa

Instrumento	Cobertura	Entrevista	Confiabilidad
Cédula del Estado Mental. (<i>Mental Status Schedule</i> , MSS) (34)	Signos y síntomas neuróticos, psicóticos y orgánicos	(20-50 minutos) Descripción psicopatológica. Para aplicarse por médicos.	I.E. 0.71-0.94
Cédula del Estado Psiquiátrico (<i>Psychiatric Status Schedule</i> , PSS) (32)	La misma que el MSS + funcionamiento de roles y ajuste social.	35-75 minutos. Similar al MSS	I.E. 0.30-0.85 alfa: 0.41-0.94
Forma de Evaluación Psiquiátrica (<i>Psychiatric Evaluation Form</i> , PEF) (11)	La misma que el PSS + estresores y duración de la enfermedad actual.	20-40 minutos. Semiestructurada y dirigida.	I.E. 0.61-1.00
Escalas de Psicopatología Presente y Pasada (<i>Current and Past Psychopathology Scales</i> , CAPPS) (11)	La parte de psicopatología "presente" es similar a la PEF. La del "pasado" incluye reactivos sobre la historia de severidad, el pronóstico y el diagnóstico.	1-2 horas. Semiestructurada.	I.E. 0.65-1.00 Kappa = 0.45
Criterios de Diagnóstico de Investigación Historia Familiar (<i>Family History-Research Diagnostic Criteria</i> , FH-RDC) (2)	Criterios para diagnosticar enfermedades en los familiares de los pacientes.	30-120 minutos. Semiestructurada.	Kappas 0.67-0.94
Cédula del Estado Mental Geriátrico. (<i>Geriatric Mental State Schedule</i> , GMSS) (8)	Reactivos del PSE y del PSS. Cubre la patología del anciano, especialmente sus funciones cognitivas.	30-40 minutos. Semiestructurada.	r = 0.87 Kappa = 0.78
Entrevista Psiquiátrica Estructurada de Iowa (<i>Iowa Structured Psychiatric Interview</i> , ISPI) (37)	La historia social, el uso y abuso de drogas y alcohol, esquizofrenia, los trastornos afectivos y neuróticos, Txs psiquiátricos e historia familiar.	20-45 minutos. Para estudios epidemiológicos. Altamente estructurada. Personal no médico.	r = 0.51-1.00 Kappa = 0.36-0.64
Registro de Evaluación Psiquiátrica Vital y Ambiente en el Hogar (<i>Home Environment and Lifetime Psychiatric Evaluation Record</i> , HELPER) (9)	Datos de antecedentes sociales extensos. Reactivos necesarios para el diagnóstico de acuerdo con el RDC.	2-3 horas. Altamente estructurada. Se puede aplicar por personal no médico.	Kappa = 0.70
Entrevista Diagnóstica Renard (<i>Renard Diagnostic Interview</i> , RDI) (17,18)	Síntomas psiquiátricos presentes y pasados. Historia familiar de trastornos mentales. Examen cognoscitivo breve.	68 minutos (media). Altamente estructurada.	Kappa = 0.65

a la que nos hemos referido hasta el momento, hay una versión que evalúa los trastornos a lo largo de la vida (SADS-L) (30) y otra que mide los cambios que ocurren a lo largo del tiempo (SADS-C) (31). Esta entrevista sigue apareciendo en la bibliografía, especialmente en la norteamericana, como instrumento de diagnóstico básico en los estudios eminentemente clínicos.

En su 3a edición, el SADS tiene 200 reactivos en un protocolo de 78 páginas. Tiene 8 subescalas de resumen sobre grupos sintomáticos. Desde el punto de vista psicométrico, el SADS tiene una mediana de coeficiente de correlación intraclase de 0.83 (rango 0.49 a 0.93) para las 8 escalas de resumen. La Kappa promedio para la concordancia entre evaluadores es de 0.82 (rango 0.65 a 1.00) en la versión del episodio actual, y de 0.70 (rango 0.40 a 0.95) en la versión de toda la vida. En cuanto a la consistencia interna pro-

medio para las 8 escalas de resumen, el valor del alfa de Cronbach es de 0.42 (rango 0.12 a 0.91) (16).

Examen del estado presente, 9a versión **(*Present State Examination 9th version*, PSE-9)**

El PSE-9 es un sistema de evaluación que ha tenido gran impacto en psiquiatría. Desarrollado por Wing JK (40), el PSE, en su novena versión, así como en las anteriores, se basa en un método denominado de "examen cruzado" (*cross examination*), cuyo objetivo es permitirle al psiquiatra determinar los síntomas mentales que están presentes en el paciente. Este método tiene una serie de preguntas que son obligatorias, pero que pueden ser planteadas de acuerdo con el gusto y el orden del entrevistador. Además de las preguntas obligatorias, posee una serie de reactivos

vos opcionales que le permiten al clínico abordar la experiencia psicopatológica en toda su extensión y por diferentes vías para corroborar la presencia de los síntomas. Con esta 9a versión, apareció el programa de computación CATEGO, que permitió la calificación rápida y confiable de la entrevista.

Los objetivos principales del PSE-9 son: a) describir los fenómenos clínicos de manera clara, precisa y confiable; b) facilitar la investigación de diferentes tipos (epidemiológica, biológica, terapéutica, pronóstica y psicosocial); y como se trata de una estandarización, de los procedimientos clínicos convencionales, c) puede utilizarse para fines educativos.

Entre las limitaciones del instrumento se encuentran, en primer lugar, la falta de datos sobre algunos diagnósticos, como las psicosis orgánicas, los trastornos somatoformes, el abuso de alcohol y drogas, etc. La segunda limitación es el entrenamiento que se requiere para que el clínico pueda hacer diagnósticos verdaderamente confiables. Esta característica puede elevar el costo de las investigaciones que utilice este instrumento.

Otro problema importante del PSE-9 es su sistema intrínseco de clasificación. El instrumento cuenta con 6 escalas sintomáticas diferentes. Aunque también es compatible con los diagnósticos de la 9a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), los autores advierten que no se use este instrumento cuando se utilice alguno de estos sistemas de diagnóstico categórico.

El PSE-9 evalúa el último mes y tiene 140 reactivos en un protocolo de 36 páginas. Su aplicación dura de 90 a 120 minutos y describe 38 síndromes, 6 categorías descriptivas, 4 subgrupos y una calificación total. En cuanto al desempeño psicométrico del PSE, la mediana de la correlación de Pearson para el acuerdo entre evaluadores fue de 0.84 (rango 0.62 a 0.97), una kappa promedio para los reactivos de 0.73 y un porcentaje de acuerdo entre evaluadores del 87.3 %. La kappa para 13 de los síndromes fue de 0.52 (rango 0.25 a 0.85) (39,43).

Cédula de entrevista diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*) (27)

El DIS se elaboró para utilizarse en el estudio denominado "Área de Captura Epidemiológica", mejor conocido por sus iniciales en inglés, ECA, *Epidemiologic Catchment Area* (26). El objetivo de este trabajo fue obtener información sobre la prevalencia de los trastornos mentales en los Estados Unidos. El grupo que iba a desarrollar el instrumento tenía que crear una entrevista que evaluara la presencia de síntomas psiquiátricos y un programa de computadora que fuera compatible con el DSM-III, que, además, pudieran utilizarlo entrevistadores sin experiencia clínica.

El DIS es una entrevista altamente estructurada que tiene 263 reactivos en un protocolo de 73 páginas. Su tiempo de administración es de entre 45 y 75 minutos. Cubre el periodo de toda la vida y del episodio actual del trastorno. Las preguntas del DIS son totalmente cerradas y sólo aceptan respuestas de sí y no, y no

miden la severidad de los trastornos. La concordancia de las opiniones entre los evaluadores sobre los diagnósticos del DSM-III arrojó una Kappa promedio de 0.69 (rango 0.40 a 1.00). Si se toman los diagnósticos de los psiquiatras entrenados como el estándar de oro, los resultados de los entrevistadores legos tuvieron valores de sensibilidad de 0.86, especificidad de 0.77 y una kappa de 0.63 (16,17,19).

El DIS fue traducido al castellano por Karno y cols (21) para usarlo en el estudio de la ECA. Posteriormente, esta versión traducida fue revisada (4) y utilizada en Puerto Rico, en un estudio de prevalencia de trastornos mentales (5). En esta versión, las sensibilidades promedio fueron de 0.91 a 0.85, mientras que las especificidades variaron de 0.78 a 0.61. En general, las concordancias para todos los diagnósticos, con excepción de la distimia y el trastorno obsesivo-compulsivo, fueron de buenas a excelentes. En México, la validez concurrente del DIS fue evaluada por Caraveo y cols (6), quienes encontraron concordancia diagnóstica (kappas) entre los clínicos experimentados y los legos en un rango de 0.06 y 0.60.

El valor del DIS en la epidemiología psiquiátrica se ha discutido poco, y muchas de sus características han sido incorporadas a instrumentos clínicos posteriores más complicados, como el CIDI.

Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*) (29)

El CIDI fue desarrollado por indicaciones y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y la Administración de Salud Mental, Abuso de Drogas y Alcohol, de los Estados Unidos, en el contexto de un proyecto conjunto de ambas organizaciones que se inició en 1979 y que se instrumentó en la Conferencia Internacional de Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales y Problemas Relacionados con Alcohol y Drogas (44).

El CIDI fue diseñado para los estudios epidemiológicos comparativos y transculturales de psicopatología que se ocupan, principalmente, de las estimaciones de prevalencia, los patrones de comorbilidad y los factores de riesgo.

Muchas de las características del CIDI fueron tomadas del DIS, como su total estructuración y la posibilidad de ser utilizada en diferentes contextos culturales. A diferencia del DIS, en el que las respuestas son dicotómicas (sí o no), el CIDI admite 5 diferentes respuestas: a) ausente, b) presente, en un nivel subclínico de severidad, c) presente, pero debido a la ingestión de drogas, d) presente, pero debido a una causa orgánica, y e) claramente presente. Por otro lado, se incorporaron, además algunas características esenciales del PSE, que fueron adaptadas para incorporarlas al DIS, cuidando mucho su redacción para que pudieran aplicarse por entrevistadores legos. Dentro de la adecuación transcultural, se permitió que ciertos reactivos fueran modificables para que se cifieran a la idiosincrasia de la localidad. Por ejemplo, en los países en los que no es frecuente viajar en

avión este reactivo se sustituyó por otros medios de transporte más convencionales (20).

Otro punto importante del CIDI es que se diseñó para incorporarlo a todos los sistemas de clasificación de enfermedades mentales, incluyendo el CIE-10 y el DSM-IV, ambos de reciente aparición.

Desde el punto de vista psicométrico, Wittchen y cols. (42) estudiaron la aceptación transcultural y la confiabilidad del CIDI en 575 sujetos de 18 centros ubicados alrededor del mundo, encontrando una concordancia de 0.67 Kappas en los diagnósticos de los evaluadores, para los trastornos de somatización, y hasta de 0.99 en el trastorno por crisis de pánico con agorafobia. La aceptación del instrumento se calificó como aceptable en 49.3 % de los sujetos, como moderada en 41.5 % y como mala en 9.2%.

La traducción al castellano, que parte del diseño global del instrumento, se llevó a cabo en Puerto Rico, y en México se le hicieron algunas adaptaciones idiomáticas (División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría).

Entrevistas para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (*Schedules for Clinical Evaluation in Neuropsychiatry, SCAN*) (41)

El SCAN es un instrumento diseñado para hacer los estudios clínicos auspiciados por la OMS y la ADAMHA. Es el instrumento "hermano" del CIDI. El SCAN es la continuación de la línea de trabajo de Wing y cols. (41) a partir del PSE y, de hecho, incluye la 10a versión de este instrumento (PSE 10). Además de este, el SCAN incluye otros dos instrumentos que son: la lista de reactivos de grupo (ICGLIST) y la cédula de información clínica (CLINFO).

El PSE-10 es una entrevista que estructura el examen clínico y califica cada uno de los signos y síntomas explorados. En la parte I se incluyen los trastornos no psicóticos y un tamizaje para la parte II, la cual incluye los trastornos psicóticos y otros trastornos. Además de estos reactivos, contiene preguntas que cubren todos los criterios diagnósticos del DSM-IV y del CIE-10.

La lista de reactivos de grupo (ICGLIST) incluye 59 reactivos de determinados grupos, que se obtienen de los expedientes clínicos, de otros médicos tratantes o de las otras personas que informan sobre la condición del paciente. Es una especie de validador externo de

la información. Finalmente, la cédula de información clínica (CLINFO) recaba información sobre el nivel intelectual, los aspectos de la personalidad, la alteración del funcionamiento social y el diagnóstico clínico.

Toda la información del SCAN puede capturarse y procesarse por medio del programa computacional CATEGO-5, que es la 5a versión de los programas computacionales relacionados con el PSE. El SCAN puede cubrir tres periodos de evaluación: el episodio actual, un episodio representativo seleccionado, o bien, toda la vida.

Aunque no contamos por el momento con los datos específicos, el SCAN ha revelado una excelente concordancia entre evaluadores y una adecuada confiabilidad *test-retest*. La versión española de Vázquez-Barquero y cols. (38) pronto estará disponible en nuestro país, previa adecuación de algunos términos a la idiosincrasia local.

Los clínicos requieren de un curso intensivo de capacitación antes de poder utilizar el SCAN con fines de investigación. El curso dura una semana e incluye el aprendizaje profundo del glosario de términos que acompañan al instrumento.

Conclusiones

Las entrevistas para el diagnóstico son el complemento básico de los sistemas de clasificación para poder hacer diagnósticos clínicos confiables. La sola utilización de los sistemas de clasificación (que es una práctica utilizada en muchos estudios de investigación) no garantiza que los diagnósticos sean confiables, pues la varianza relacionada con la manera de obtener la información se produce en la propia entrevista clínica.

La selección del instrumento que se va a utilizar depende de los objetivos de la investigación (estudios clínicos o epidemiológicos), de la disponibilidad de recursos (entrevistadores clínicos con experiencia o entrevistadores legos) y del tiempo que se pretenda destinar a la entrevista de la investigación.

En México ya contamos con estos instrumentos de investigación; por lo que es necesario que de ahora en adelante todas las investigaciones partan de los diagnósticos clínicos confiables, que se obtengan por medio de las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Tercera edición. American Psychiatric Association Press, 1980.
2. ANDREASON NC, ENDICOTT J, SPITZER RL: The family history method using diagnostic criteria: Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 34:1229-1235, 1977.
3. ANTHONY JC, FOLSTEIN M, ROMANOSKI AJ, VON KORFF MR, NESTADT GR, CHAHAL R, MERCHANT A, BROWN CH, SHAPIRO S, KRAMER M, GRUENBERG EM: Comparison of the lay diagnostic interview schedule and a standardized psychiatric diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, 42:667-675, 1985.
4. CANINO GJ, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M, GUZMAN A, GUEVARA LM, COSTAS H: The spanish diagnostic interview schedule. Reliability and concordance with clinical diagnosis in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44:720-726, 1987a.
5. CANINO GJ, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M, GUEVARA LM: The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44:727-735, 1987b.

6. CARAVEO J, GONZALEZ C, RAMOS L: Concurrent validity of the DIS: experience with psychiatric patients in Mexico City. *Hisp J Behav Sci*, 13:63-77, 1991.
7. CARAVEO JJ, GONZALEZ C, RAMOS L: Indicadores clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. *Salud Pública de México*, 2:140-148, 1985.
8. COPELAND JR, KELLEHER MJ, KELLET JM: A semistructured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: The geriatric mental state schedule: I. Development and reliability. *Psychological Medicine*, 6:439-449, 1976.
9. CLONINGER CR, REICH T, WINEK C, HELPER: (Home environment and lifetime psychiatric evaluation record). Washington University School of Medicine. St Louis, 1978.
10. ENDICOTT J, SPITZER RL: What! another rating scale? The psychiatric evaluation form. *J Nerv Ment Dis*, 154:88-104, 1972.
11. ENDICOTT J, SPITZER RL: Current and past psychopathology scales (CAPPS): Rationale, reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 27:678-687, 1972.
12. ENDICOTT J, SPITZER RL: A diagnostic interview: The schedules for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35:837-844, 1978.
13. FEIGHNER JP, ROBINS E, GUZE SB: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, 26:57-62, 1972.
14. GOLDBERG DP, COOPER B, EASTWOOD MR, KEDWARD HB, SHEPERD M: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med*, 24:18-23, 1970.
15. GOLDBERG DP, HILLIER VF: A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9:139-145, 1979.
16. HEDLUND JL, VIEWEG BW: Structured psychiatric interviews: a comparative review. *J Operat Psychiatry*, 12:39-67, 1981.
17. HELZER JE: The use of a structured diagnostic interview for routine psychiatric evaluations. *J Nerv Ment Dis*, 169:45-49, 1981.
18. HELZER JE, ROBINS LN, CROUGHAN JL: Reliability and procedural validity of the Renard Diagnostic Interview as used by physicians and lay interviewers. *Arch Gen Psychiatry*, 38:393-397, 1981.
19. HELZER JE, ROBINS LN, McEVROY LT, SPITZNAGEL EL, STOLTZMAN RK, FARMER A, BROCKINGTON IF: A comparison of clinical and diagnostic interview schedule diagnoses: physician reexamination of lay-interviewed cases in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 42:657-666, 1985.
20. JANCA A, ROBINS LE, COTTLER LB, EARLY TS: Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An analysis of the CIDI field trials-wave II at the St Louis Site. *Br J Psychiatry*, 160:815-818, 1992.
21. KARNO M, BRUNAM A, ESCOBAR JL, HOUGH RL, 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.
22. KENDAL RE, COOPER JE, GOURLAY AJ y cols: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*, 25:123-130, 1971.
23. LOBO A, PEREZ-ECHEVERRIA MJ, JIMENEZ-AZNAREZ A, SANCHO MA: Emotional disturbances in endocrine patients. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28). *Br J Psychiatry*, 152:807-812, 1988.
24. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima edición. Meditor eds. Madrid, 1993.
25. RABINS PB, BROOKS PR: Emotional disturbances in multiple sclerosis patients: validity of the General Health Questionnaire (GHQ). *Psychological Medicine*, 11:425-427, 1981.
26. REGIER DA, MYERS JK, KRAMER M, ROBINS LN, BLAZER DG, HOUGH RL, EATON WW, LOCKE BZ: The NIH epidemiologic catchment area (ECA) program: Historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 41:934-941, 1984.
27. ROBINS LN: Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch Gen Psychiatry*, 42:918-924, 1985.
28. ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J, RATCLIFF KS: The NIMH Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
29. ROBINS LN, WING J, 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.
30. SPITZER RL, ENDICOTT J: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Change Version (SADS-C)*. Tercera edición, Nueva York State Psychiatric Institute. Nueva York, 1978.
31. SPITZER RL, ENDICOTT J: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Life Time Version (SADS-L)*. Tercera edición, Nueva York State Psychiatric Institute. Nueva York, 1979.
32. SPITZER RL, ENDICOTT J, FLEISS JL: The psychiatric status schedule: a technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. *Arch Gen Psychiatry*, 23:41-55, 1970.
33. SPITZER RL, ENDICOTT J, ROBINS E: Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 35:773-782, 1987.
34. SPITZER RL, FLEISS JL, BURDOCK EI: The mental status schedule: rationale, reliability and validity. *Compr Psychiatry*, 5:384-95, 1964.
35. SPITZER RL, SKODOL AE, WILLIAMS JBW, GIBBON M, KASS F: Supervising intake diagnosis. A psychiatric "Rashomon". *Arch Gen Psychiatry*, 39:1299-1305, 1982.
36. SPITZER RL, WILLIAMS JBW, GIBBON M: *Structured Clinical Interview for DSM-III R (SCID)*. New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research. Nueva York, 1987.
37. TSUANG MT, WOOLSON RF, SIMPSON JC: The Iowa structured psychiatric interview: rationale, reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*, 62 (suppl. 283):, 1980.
38. VAZQUEZ-BARQUERO JL, HERRERA-CASTANEDO S, GAITE L: La entrevista estructurada en psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 13:19-38, 1993.
39. WING JK: *A Standard form of Psychiatric Present State Examination and a Method for Standardizing the Classification of Symptoms in Psychiatric Epidemiology*. Hare EH, Wing JK (eds.) Oxford University Press, Londres, 1970.
40. WING JK: Use and misuse of the PSE. *Br J Psychiatry*, 143:111-117, 1983.
41. WING JK, BABOR T, BRUGHA T, BRUKE J, COOPER JE, GIEL R, JABLENSKI A, REGIER D, SARTORIUS N, SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 47:589-593, 1990.
42. WITTCHEN HU, ROBINS LN, COTTLER LB, SARTORIUS N, BURKE JD, REGIER D y cols: Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry*, 159:645-653, 1991.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The International Pilot Study of Schizophrenia*. World Health Organization, Ginebra, 1973.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), ALCOHOL, DRUG ABUSE AND MENTAL HEALTH ADMINISTRATION (ADAMHA): *Mental Disorders: Alcohol and Drug Related Problems: International Perspectives on their Diagnosis and Classification*. Excerpta Medica, International Congress Series 669. Elsevier Science Publishers. Amsterdam, 1985.