

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

POSGRADO EN PSIQUIATRÍA

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

TESIS DE GRADUACIÓN

ESTUDIO SOBRE LA FIABILIDAD
DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS
AFECTIVOS EN PERSONAS EGRESADAS
DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO
DE COSTA RICA, EN LOS MESES DE JUNIO Y
JULIO DE 2009

DRA. MERIANA PORRAS MARÍN

Y

DR. EDUARDO CHAVARRÍA BOLAÑOS

TUTORA: DRA. MYLEEN MADRIGAL SOLANO

MARZO 2010



PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS POSGRADO DE PSIQUIATRÍA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

El Posgrado en Psiquiatría y este Tribunal que lo representa, hace constar que la Dra. Meriana Porras Marín, cédula 1-1094-0659; y el Dr. Eduardo Chavarría Bolaños, cédula 1-10620246, estudiantes de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación: **“Estudio sobre la fiabilidad diagnóstica de los trastornos afectivos en personas egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, en los meses de Junio y Julio del 2009”**, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 18 días del mes de Marzo del 2010, en la Ciudad de San José, Costa Rica.

Dr. Rodolfo Salazar Fonseca

Presidente del Tribunal

Coordinador del Comité de Posgrado en Psiquiatría.

Médico Especialista en Psiquiatría.

Médico Asistente del Hospital Nacional Psiquiátrico

Dra. Myleen Madrigal Solano

Tutora de Tesis (Miembro del Tribunal)

Médico Especialista en Psiquiatría.

Médico Asistente del servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional de Niños.

Dra. Gloria Salazar

Médico Especialista en Psiquiatría.

Médico Asistente del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Dr. Eduardo Arias

Médico Especialista en Psiquiatría.

Médico Asistente del Hospital Nacional Psiquiátrico

TABLA DE CONTENIDOS

CARTA DE APROBACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	ii
TRIBUNAL EXAMINADOR	iii
CARTA DE FILOGOGA	iv
TABLA DE CONTENIDOS	v
LISTA DE CUADROS Y TABLAS	vii
LISTA DE FIGURAS E ILUSTRACIONES	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO 1: MARCO CONTEXTUAL	23
1.1 ANTECEDENTES	24
1.1.1 ANTECEDENTES GENERALES	24
1.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	33
1.1.3 ANTECEDENTES NACIONALES	41
1.1.4 ANTECEDENTES LOCALES	42
1.2 JUSTIFICACIÓN	45
1.3 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	47
1.3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	52
1.4 OBJETIVOS	53
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	53
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
1.4.3. HIPÓTESIS	55
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	56
2.1 FIABILIDAD DIAGNÓSTICA	59
2.2 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA	63
2.3 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN	65
2.3.1 CIE-10	65
2.3.2 DSM-IV	67
2.4 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS	70
2.4.1 SCID-I (VERSIÓN CLÍNICA)	72

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO	75
3.1 TIPO DE ESTUDIO	76
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	77
3.3 SUJETOS DE ESTUDIO	78
3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	80
3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	81
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN	82
3.5 VARIABLES	84
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	85
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	88
3.7.1 ASPECTOS BIOÉTICOS	89
3.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	92
3.8.1 CAPTURA DE LA INFORMACIÓN	96
3.8.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	96
3.8.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS	97
3.9 RESULTADOS ESPERADOS Y LIMITACIONES	98
3.9.1 PROYECCIONES	98
3.9.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	99
3.10 CRONOGRAMA	101
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	102
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	141
5.1 CONCLUSIONES	142
5.2 RECOMENDACIONES	146
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
ANEXOS	157
ANEXO 1: FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	158
ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN	160

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro 1. Características generales de la muestra constituida por todos los pacientes que egresaron con un trastorno afectivo y que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009. Página 106

Cuadro 2. Características generales de la muestra constituida por los pacientes que egresaron con un trastorno afectivo y que fueron valorados por medio de la entrevista semiestructurada. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009. Página 117

Cuadro 3. Distribución de pacientes a quienes se les practicó la entrevista semiestructurada según el diagnóstico de ingreso y de egreso del último internamiento. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009. Página 120

Cuadro 4. Distribución de pacientes según diagnóstico Página 125

obtenido a través de la SCID. Hospital Nacional Psiquiátrico,
Junio-Julio, 2009.

Cuadro 5. Distribución de pacientes según diagnóstico Página 127

obtenido a través de SCID, ajustados según códigos de la CIE-10.
Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Cuadro 6. Diagnóstico en pacientes sin concordancia entre Página 132

diagnóstico de egreso y diagnóstico de entrevista semi
estructurada. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Cuadro 7: Distribución de pacientes cuyo diagnóstico SCID Página 135

no fue formulado en ningún momento por el equipo clínico.
Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Cuadro 8. Distribución de pacientes a quienes se les practicó

Página 136

la entrevista semiestructurada, según los elementos que influyen sobre la fiabilidad diagnóstica. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Cuadro 9. Número de pacientes según diagnóstico

Página 139

de egreso y diagnóstico de entrevista semi estructurada. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRACIONES

Figura 1: Distribución de pacientes según género. Hospital Página 108

Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Figura 2: Distribución de pacientes según estado civil. Hospital Página 110

Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Figura 3: Distribución de pacientes según grado de escolaridad. Página 111

Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Figura 4: Distribución de pacientes según el tipo de ingreso. Página 114

Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Figura 5: Distribución de pacientes según diagnóstico de ingreso Página 122

y egreso del último internamiento. Hospital Nacional Psiquiátrico,

Junio-Julio, 2009.

Figura 6: Distribución de pacientes según diagnóstico

Página 126

obtenido a través de la SCID. Hospital Nacional Psiquiátrico,
Junio-Julio, 2009.

Figura 7: Distribución de pacientes según diagnóstico

Página 128

obtenido a través de SCID, ajustándolo según códigos de
la CIE-10. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Figura 8: Comparación de diagnósticos de egreso vrs

Página 131

obtenidos a través de entrevista semiestructurada en pacientes
con trastornos afectivos. Hospital Nacional Psiquiátrico,
Junio-Julio, 2009.

Figura 9: Diagnóstico en pacientes sin concordancia entre diagnóstico de egreso y diagnóstico de entrevista semiestructurada. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Página 134

Figura 10: Distribución de pacientes a quienes se les practicó la entrevista semiestructurada, según los elementos que influyen sobre la fiabilidad diagnóstica. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009

Página 137

LISTA DE ABREVIATURAS

APA: por sus siglas en inglés "American Psychiatric Association" (Asociación Psiquiátrica Americana)

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición

CIDI: por sus siglas en inglés "Composite International Diagnostic Interview" (Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional)

CLOBI: Comité Local de Bioética

DSM-IV: por sus siglas en inglés "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition" (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición)

GAM: Gran Área Metropolitana

GLADP: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico

OMS: Organización Mundial de la Salud

SCID: por sus siglas en inglés "Structured Clinical Interview for DSM Disorders"
(Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-IV)

SCID-I: por sus siglas en inglés "Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders,
Axis I" (Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV)

SCID-VC: por sus siglas en inglés "Structured Clinical Interview for DSM-IV
Disorders," (Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV Versión Clínica)

INTRODUCCIÓN

Desde los albores de la psiquiatría como ciencia, se han hecho esfuerzos por delimitar los parámetros que determinan el que un individuo sea o no portador de un trastorno mental. Con el paso de los años se ha avanzado en pos de una mayor comprensión de la nosología psiquiátrica, teniendo en cuenta la heterogeneidad inherente a este tipo de patologías.

La evolución del conocimiento sobre la etiología psicopatológica ha sido amplia. Ésta ha surgido gracias a los descubrimientos realizados en diversos campos, tales como la genética, la neuroimagen, la patología, la bioquímica, la sociología y la epidemiología, entre otros. Tales progresos implican una mejor comprensión de la fenomenología psiquiátrica, con la consecuente necesidad de describir y clasificar de forma eficiente las diferentes entidades clínicas.

Las iniciativas planteadas para catalogar los trastornos psiquiátricos han topado con los obstáculos que implica el diferenciar entre lo que es patológico de lo que no lo es. Polémicos debates han surgido al respecto, así como sobre lo que conlleva en sí el término "*salud mental*". De acuerdo con el diccionario de Merriam-Webster, salud mental se define como:

“Un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana” (Merriam-Webster, 2009)

Partiendo de este presunto, la salud mental del individuo debería contemplarse como un continuum y por tanto estaría sujeta a cuestiones subjetivas de índole temporal, cultural y social.

El paradigma psiquiátrico actual promulga la comprensión holística del individuo, teniendo en cuenta diferentes aspectos de su funcionar en el contexto de las demandas de su ambiente. Desde que Kraepelin formuló el abordaje dicotómico de los trastornos mentales hace más de un siglo, se ha avanzado en virtud de una mayor comprensión de la afección mental mediante la adecuada distinción de las diversas entidades (Möller, 2008).

El concepto del *“diagnóstico”* es fundamental en todas las áreas del saber médico y constituye el centro de la actividad de los profesionales. Quizás la habilidad más esencial en el buen desempeño profesional es la capacidad de hacer un diagnóstico atinado.

El diagnóstico delimita el rango de problemas por tratar, da estructura a la información disponible sobre los mismos e intenta clasificar las formas en que se presenta la enfermedad, así como los factores biológicos, sociales y psicológicos que juegan un papel en su origen y curso.

No fue sino hasta la década de 1980 en que se hizo importante el tema del diagnóstico en la Psiquiatría. Desde mucho tiempo atrás ya era algo muy importante y estudiado en otras ramas de la Medicina. Hasta ese entonces, la Psiquiatría estaba revestida de escasas armas terapéuticas y el pronóstico de las patologías mentales era pobre.

Las clasificaciones de los trastornos mentales han surgido debido a la necesidad de impregnar con objetividad la identificación de la disfunción mental del individuo. Sin embargo, una de las principales dificultades ha sido la falta de acuerdo entre los profesionales encargados de delimitar tales clasificaciones.

Los modelos diagnósticos representan modelos de la realidad y lo hacen en forma de enunciados acerca de la condición clínica del paciente. Dichos modelos deben ser lo más precisos y específicos posible, así como completos y

comprensibles. Una característica adicional es que deben contar con códigos diagnósticos para facilitar el registro, procesamiento y recuperación de los datos.

En la actualidad existen dos herramientas principales para la clasificación de los diagnósticos en Psiquiatría. Una de ellas es la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10, de 1992) redactada por la Organización Mundial de la Salud; la otra herramienta es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición y ya revisada (DSM-IV-TR, del año 2000), cuya autoría está a cargo de la Asociación Americana de Psiquiatría. En general, lo que buscan los criterios utilizados en ambas clasificaciones es establecer límites entre lo que sería un fenómeno y lo que no y también, establecer los grados categoriales de los mismos.

Como lo señalan Mezzich y Saavedra, los propósitos del diagnóstico en Psiquiatría son facilitar la comunicación entre los profesionales involucrados, orientar el planteamiento terapéutico, optimizar el pronóstico sobre la evolución del paciente y sus condiciones mórbidas así como potenciar la investigación sobre los factores etiológicos, las modalidades de tratamiento, y la organización de servicios y políticas de salud pública (Perales, 1998).

La práctica médica contemporánea ha hecho énfasis en fundamentar la toma de decisiones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes según los criterios de evidencia que posea el profesional tratante. Es así como surge el concepto de "medicina basada en la evidencia". David Sackett la define como:

"el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de pacientes individuales"

(Hueso, 2006).

Y este proceder juicioso y explícito de la evidencia se ha aplicado también al campo psiquiátrico.

Los descubrimientos en distintas disciplinas del campo de la salud impulsaron un enfoque más biológico de la psiquiatría en las últimas décadas, con el consecuente desarrollo de los modelos diagnósticos hoy vigentes (Möller, 2008). Este afán por definir con mayor eficacia los límites de la patología mental evidencia la tendencia por objetivar el quehacer de la profesión.

El abordaje integral de la psicopatología plantea la concepción multidimensional del ser humano, alentando la búsqueda de la verdad sostenida en la evidencia del trabajo clínico y experimental. Sin embargo, muchas veces tal propósito no es conseguido, ya sea por factores propios del individuo y la

enfermedad mental que exhibe, por la variabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo, la presentación atípica de un cuadro o el enmascaramiento comorbilitario, así como por factores externos como por ejemplo el hecho de que el personal de salud deba valorar y clasificar un padecimiento y los instrumentos que se utilicen como ayuda en dicha clasificación.

El interés en fortalecer la validez y la confiabilidad de los sistemas diagnósticos ha traído consigo un avance significativo en la descripción precisa de la psicopatología y en la formulación integral de los diagnósticos. En las nuevas clasificaciones destaca el énfasis otorgado a las entidades sindrómicas y al uso de criterios diagnósticos específicos que han facilitado la aparición de entrevistas estandarizadas y la necesidad de utilizarlas.

En nuestro medio existen diversos factores que afectan la formulación adecuada del diagnóstico en el campo de la Psiquiatría, con el consecuente error a la hora de formular la intervención. En el caso concreto del Hospital Nacional Psiquiátrico, es frecuente encontrar pacientes que han tenido distintos diagnósticos con el paso de los años, lo cual resta validez y credibilidad a los mismos.

El presente trabajo estudió la fiabilidad del diagnóstico otorgado a los pacientes que, al egresar del Hospital Nacional Psiquiátrico, recibieron un diagnóstico comprendido dentro de los trastornos del afecto. Para ello se utilizó una entrevista estandarizada internacionalmente llamada SCID-I por sus siglas en inglés.

Es de suma importancia que se realizara un estudio sobre la fiabilidad del diagnóstico otorgado a los pacientes egresados de dicho hospital, ya que de esta manera se estará contribuyendo a garantizar el acceso hacia una mejor atención. Tal planteamiento supone una iniciativa bastante novel y propone en sí un precedente para la práctica de una psiquiatría más objetiva, congruente y efectiva.

Capítulo 1

MARCO CONTEXTUAL

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 ANTECEDENTES GENERALES

El diagnóstico es esencial en la práctica clínica, la investigación, la enseñanza y la salud pública. En la medicina tradicional éste se refiere al procedimiento de identificar una enfermedad, una entidad nosológica, un síndrome o cualquier condición de enfermedad o de salud (Kendell, 2005).

El diagnóstico, en la práctica médica, es un juicio elaborado por el clínico sobre el estado psicofísico determinado de un individuo. En el proceso de elaboración de éste juicio clínico, se requiere tanto del análisis como de la síntesis de la información disponible, así como del uso de distintas herramientas tales como la historia clínica, la exploración física o mental y otras exploraciones complementarias.

Mientras que en otras ramas de la Medicina el diagnóstico se refiere a la causa de la enfermedad, excepto, claro está, cuando ésta es desconocida, en la Psiquiatría el diagnóstico señala la existencia de un grupo determinado de

síntomas que el profesional objetiva durante la entrevista psiquiátrica. Incluso en algunos casos, el diagnóstico psiquiátrico no implica un diagnóstico de enfermedad en el sentido tradicional y por esta razón es que se utiliza el término de "trastorno mental", que hace mención a la presencia de un conjunto de síntomas que merecen atención clínica dada su relevancia o sus posibles consecuencias.

Así, la clasificación en Psiquiatría significa dos cosas. En primer lugar, la subdivisión de la diversidad en un sistema ordenado de acuerdo con las clases de elementos que tienen características en común (se refiere a varias características o a poblaciones de casos). Y en segundo lugar, la asignación de características individuales o casos a las clases de ese sistema (o sea, el diagnóstico) (Möller, 2008).

La mayoría de los trastornos psiquiátricos constituyen enfermedades idiopáticas de causa desconocida (Phillips, First, y Pincus, 2005). Las definiciones de los trastornos psiquiátricos se derivan de la opinión de expertos en vez de las bases biológicas de los desórdenes mismos. La modesta base de conocimiento en relación con la causa de la enfermedad psiquiátrica, ha limitado el uso de los factores etiológicos en los sistemas de clasificación psiquiátrica. (Baca-García, Pérez

Rodríguez., Basurte Villamor, Fernández del Moral., Jiménez Arriero., González de Rivera., Saiz Ruiz, y Oquendo, 2007). La descripción del fenómeno prevalece en la actualidad como método para definir enfermedades y síntomas que tienen una base etiológica compleja y muchas veces oscura.

Esta naturaleza multidimensional de la psiquiatría y de su principal objeto de estudio, la conducta humana, hace que sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean especialmente complejos, heterogéneos, variables y según algunos autores, poco confiables (Heerlein, 2004). Muchos críticos cuestionan la validez de las clasificaciones diagnósticas o nosológicas actuales y debaten sobre sus principios teóricos (Phillips et al., 2005).

Debido a que no existe un método para validar con entera objetividad los constructos diagnósticos vigentes, como por ejemplo la verificación de su precisión mediante medidas externas que no dependan de estos mismos constructos; continuará existiendo la controversia en este campo hasta que sea posible determinar las causas involucradas en la aparición de las distintas enfermedades mentales (Phillips et al., 2005).

Aunque el diagnóstico descriptivo que formulan los modelos de clasificación actuales sea incompleto, sirve como herramienta para planificar las estrategias de intervención, clarificar el pronóstico y anticipar las complicaciones de las principales enfermedades mentales.

La utilidad de dichas categorías depende, tanto de la estabilidad temporal de la entidad clínica como de la fiabilidad con la que el observador formule las hipótesis diagnósticas (Sánchez, Jaramillo, y Quintero, 2002). Teniendo en cuenta lo anterior y sumado a la inexistencia de patrones diagnósticos basados en la etiología durante la elaboración de las categorías diagnósticas psiquiátricas, muchas veces dichas hipótesis diagnósticas son imprecisas.

Esta relativa imprecisión de las formulaciones diagnósticas, derivada de la dudosa validez de las clasificaciones disponibles en la actualidad, está agravada por la subjetividad inherente al acto del médico evaluador, quien como ser humano está sujeto a la parcialidad.

La cuestionable fiabilidad de los diagnósticos en Psiquiatría trae consigo una gran inestabilidad en el diagnóstico psiquiátrico a lo largo del tiempo. Dicha inestabilidad puede estar relacionada con varios aspectos entre los que están el

que la enfermedad psiquiátrica tenga un curso inestable y cambiante y que los instrumentos de evaluación necesarios para el diagnóstico sean imperfectos, lo que afecta su validez (Sánchez et al, 2002).

La estabilidad diagnóstica se puede definir como el porcentaje de diagnósticos índice (diagnóstico inicial o de la primera evaluación), que no cambia durante un tiempo establecido de seguimiento, o también como el tiempo en el que permanece un diagnóstico índice sin cambio (Sánchez et al, 2002).

La disposición de entrevistas estructuradas o semiestructuradas, como complemento al trabajo del clínico y nunca como única vía para llegar al diagnóstico, permite revisar y estandarizar de una manera integral la evaluación que se hace de los pacientes a los cuales se les brinda el servicio.

Bien es sabido que en estudios psiquiátricos realizados en la población general, se ha encontrado una discrepancia considerable entre los diagnósticos obtenidos a través de entrevistas estructuradas y en aquellos establecidos únicamente a través de la evaluación clínica (Brugha, Jenkins, Taub, Meltzer, y Bebbington, 2001).

Estas entrevistas estructuradas o semiestructuradas, tienen como función mejorar la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, ya que están basadas en los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales. Como ya se mencionó, tales clasificaciones diagnósticas son cuestionables en cuanto a validez y confiabilidad por no estar basadas en aspectos nosológicos (Sánchez et al, 2002); sin embargo, son los instrumentos con los que se cuenta en la actualidad para el estudio de los diferentes trastornos psiquiátricos y, ante la inexistencia de herramientas más precisas, es en éstas en las que muchas veces se basa el especialista a la hora de formular un diagnóstico psiquiátrico o hacer un estudio sobre las enfermedades mentales.

La propiedad con que los criterios diagnósticos tienen éxito en capturar los elementos fundamentales y delimitantes del fenómeno que intentan caracterizar, conduce a los conceptos de validez, fiabilidad y aplicabilidad de tales criterios definitorios (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003).

Después de que finalizara la Segunda Guerra Mundial, se han realizado en distintas partes del mundo encuestas epidemiológicas comunitarias sobre los trastornos mentales, con el inconveniente de no poder realizar comparaciones

entre ellas al no existir un formato común de entrevista (Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica, 2000).

A inicios de los años ochenta se elaboró una entrevista de diagnóstico totalmente estructurada, llamada *Diagnostic Interview Schedule, (DIS)*; ésta podía ser aplicada por entrevistadores no adiestrados y se convirtió en el instrumento habitual de las encuestas epidemiológicas comunitarias sobre trastornos mentales (Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica, 2000).

Fue utilizada por primera vez en el Estudio de la zona de Captación Epidemiológica (ECA) en Estados Unidos de América, lo cual fue un hito en la investigación de la prevalencia de las enfermedades mentales y de los factores relacionados, y promovió la realización de estudios similares en otros países (Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica, 2000).

A mediados de los ochenta, la OMS, junto con el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, favoreció una mayor colaboración transnacional mediante el desarrollo de una entrevista de diagnóstico de investigación totalmente estructurada, análoga a la DIS, capaz de generar diagnósticos fiables y válidos en

distintos idiomas (Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica, 2000).

Este nuevo instrumento se conoce como la *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* (Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica, 2000), y tiene por objetivo mejorar la fiabilidad del diagnóstico que se realiza (Quintana, Andreoli, Jorge, Gastal, y Miranda, 2004).

La CIDI fue desarrollada para evaluar los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones del CIE-10. Se diseñó con el fin de ser utilizada en estudios en la población general, así como para propósitos clínicos y de investigación. Está disponible en dos versiones, una de ellas comprende un período de prevalencia de 12 meses, y la otra abarca todo el tiempo de vida de la persona evaluada; ambas versiones pueden ser aplicadas por medio de la entrevista de un evaluador o bien, a través de formularios para completar a través de un ordenador. La última versión de la CIDI puede ser auto administrada (CIDI-auto), en sujetos cooperadores y no psicóticos, para evaluar trastornos ansiosos y del humor (Gigantesco y Pierluigi, 2008).

Recientemente fue desarrollada una versión corta de la CIDI (CIDI-SF por sus siglas en inglés). Dicha versión está disponible en un formato para 12 meses y evalúa siete trastornos mentales del DSM-IV y dos tipos de abuso de sustancias del DSM-III-TR (Gigantesco y Pierluigi, 2008).

Para poder utilizar cualquiera de las versiones de la CIDI es necesario tener un entrenamiento previo, específico para dicha entrevista estructurada (Gigantesco y Pierluigi, 2008). Sin embargo, no es necesario ser una persona con conocimientos clínicos para poder aplicar dicha entrevista, dado que cualquier persona que cuente con el entrenamiento ya mencionado puede llevarla a cabo (Patten, 1997). Se ha demostrado que su fiabilidad interevaluador es excelente, y que la fiabilidad entre una prueba y otra es buena, con una validez adecuada, a pesar de las distintas limitaciones metodológicas (Andrews y Peters, 1998).

Otro de los instrumentos que se utilizan con el fin de obtener un diagnóstico más preciso es la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I), la cual es una entrevista semiestructurada para hacer diagnósticos del eje I del DSM-IV, desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés). Dicho instrumento ha mostrado ser de más fácil acceso y aplicabilidad en el ámbito clínico con respecto a otras entrevistas estructuradas, lo cual proporciona

cierta ventaja. También existe la SCID-II, la cual es una entrevista semiestructurada específica para los trastornos del eje II del DSM-IV.

La SCID está desarrollada para ser aplicada por una persona con conocimientos clínicos, tanto para personas portadoras de un trastorno mental, como para sujetos de la comunidad en estudios de incidencia de patologías. Esta entrevista es la más fácil de usar entre aquellas diseñadas para ser aplicadas por un clínico (Sánchez, Schlatter, Ortuno, Lahortiga, Pla, Benito, y Martínez, 2008).

1.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Son varias las causas de error a la hora de hacer un diagnóstico psiquiátrico. En un reporte de cuatro casos, realizado en la Universidad de Kansas y presentado con el objetivo de ilustrar las fuentes más comunes de error, los autores indican que éste se debe a:

1. al efecto que tiene el cambiar varios agentes psicotrópicos simultáneamente
2. al efecto confundidor de las enfermedades sistémicas y/o del abuso de sustancias

3. a la pobre comunicación entre clínicos y del clínico hacia los pacientes y por último,
4. a la excesiva confianza en la experiencia del especialista (Khan y Shaikh, 2008).

En la evaluación diagnóstica psiquiátrica, no sólo es importante quién conduzca dicha evaluación, sino también el escenario en donde se realice y los instrumentos con los que se disponga para tal fin. En un estudio desarrollado en el Hospital General Fundación Jiménez Díaz de Madrid, en donde se dio seguimiento durante 12 años a un poco más de 10.000 pacientes, se demostró que la principal variable que afectaba la estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes a lo largo del tiempo, fue el contexto clínico en el que los pacientes fueron evaluados. Los pacientes hospitalizados mostraron la mayor estabilidad diagnóstica, seguidos por los que fueron valorados en emergencias y finalmente los ambulatorios (Baca-García et al, 2007).

Saettone y Duarte encontraron que de los 108 pacientes que fueron ingresados a un servicio hospitalario de Psiquiatría en un periodo de nueve meses, el 21% fue dado de alta con un cambio en el diagnóstico. Dicha variación implicó en la mayoría de los casos un cambio sustancial del tratamiento y del pronóstico. La

patología que más se rediagnosticó en mujeres fue el episodio depresivo (la mitad recibió cambios de diagnóstico hacia uno de los tipos de demencia) y en hombres fue la esquizofrenia (teniendo casi la mitad de los partícipes un cambio hacia un trastorno afectivo bipolar) (Saettone y Duarte, 2002).

Al comparar directamente el diagnóstico otorgado en Emergencias en el momento del ingreso de un paciente, con el diagnóstico que recibía éste al ser dado de alta luego de una hospitalización, Woo y colaboradores encontraron que en el 38,7% de las veces este diagnóstico difería. Los diagnósticos más estables fueron en orden descendente las esquizofrenias, los trastornos esquizoafectivos y los trastornos depresivos, siendo los trastornos bipolares y las psicosis no especificadas las más propensas a tener un cambio en el diagnóstico (Woo, Seviila y Obrocea, 2006).

Según estos datos, es en el ambiente hospitalario donde se muestra una mayor estabilidad diagnóstica, y es en este contexto donde se realizan la mayoría de los estudios sobre este tópico, utilizando pacientes hospitalizados y siguiéndolos longitudinalmente para analizar el diagnóstico en subsiguientes hospitalizaciones. Sin embargo, la proporción de pacientes hospitalizados con respecto a los que se atienden ambulatoriamente es notoriamente inferior; de esta forma, en números

reales, en el quehacer psiquiátrico el porcentaje de inestabilidad en el diagnóstico es elevado.

En cuanto a la estabilidad del diagnóstico de los pacientes ambulatorios, un estudio colombiano de cohorte retrospectivo, analizó la estabilidad del diagnóstico psiquiátrico en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Se documentó que el cambio de diagnóstico se presentó en el 11% de los casos evaluados, con una tasa de incidencia de 0,04 cambios de diagnóstico por mes y que las variables que favorecieron la estabilidad del diagnóstico fueron el ser portador de trastorno bipolar, de psicosis y el ser mayor de sesenta años (Sánchez et al, 2002).

La estabilidad del diagnóstico no sólo está influida por el contexto en el cual se otorga éste. El tipo específico de enfermedad también es un factor que influye. Vetter y Köller estudiaron a 267 pacientes que habían recibido distintos diagnósticos basados en los criterios del CIE-9 y los siguieron durante 12.5 años; este estudio incluía pacientes con diagnósticos tanto de trastornos afectivos, como trastornos psicóticos, de ansiedad y de la personalidad. Aquellos que tenían "psicosis esquizofrénica" mostraron la mayor estabilidad y los que tenían "reacciones psicógenas", la más baja (Vetter y Köller, 1993).

En un estudio similar, realizado en los Emiratos Árabes Unidos, Daradkeh estudió a 312 pacientes con ingresos hospitalarios repetidos, para evaluar la estabilidad del diagnóstico durante un período de cuatro años; la muestra comprendía pacientes con cuadros psicóticos agudos, abuso de alcohol, trastorno bipolar, trastornos depresivos, abuso de drogas y esquizofrenia. Encontró que casi la mitad de los diagnósticos iniciales había cambiado tras el período de seguimiento y que la mayor estabilidad la tenían aquellos pacientes con abuso de alcohol, abuso de drogas y con esquizofrenia, obteniéndose para ésta última entidad una estabilidad de 71%, mientras que para los trastornos depresivos fue de 45% y para el trastorno bipolar de 52% (Daradkeh, 1996).

Hollister por su parte, estudió a un grupo de 162 pacientes admitidos en cuatro o más ocasiones en un centro psiquiátrico de Houston y les dio seguimiento durante tres años; se reportó que sólo el 34% de la muestra tuvo el mismo diagnóstico en cada egreso. Los que tuvieron mayor estabilidad fueron los casos de esquizofrenia y los de manía (Hollister, 1992).

En un estudio realizado en Israel, Ginath describió los patrones de diagnóstico y el cambio en el mismo según el tipo de enfermedad, lo hizo con todas las primeras admisiones hospitalarias en servicios de psiquiatría en el año de 1989, en un total

de 2.998 admisiones. Encontró que la estabilidad era de 84% para el retardo mental, 82% para el abuso de sustancias, 77.5% para condiciones orgánicas, 73% para trastornos de la personalidad, 68% para trastornos afectivos y 45% para los paranoides (Ginath, 1996).

Fennig por su parte, también apuntó hacia una alta estabilidad del diagnóstico en trastornos psicóticos. Este autor realizó un estudio en los Estados Unidos con 278 pacientes durante su primer internamiento psiquiátrico y les dio un seguimiento de seis meses; concluyó que había una alta estabilidad para el diagnóstico de esquizofrenia y de trastorno esquizoafectivo (88.9% y 86.5% respectivamente) (Fennig, 1994).

Existe la tendencia de una mayor estabilidad diagnóstica en los trastornos psicóticos versus los trastornos afectivos. Rice Y Todorov también señalan algo similar en su estudio de 1994, en donde el diagnóstico de esquizofrenia mostró una mayor estabilidad con respecto a otros trastornos, incluyendo a los trastornos del afecto (Rice y Todorov, 1994).

Otros estudios, como por ejemplo el realizado por Snyder, también señala que el diagnóstico de depresión mayor es el menos estable, comparado con los

trastornos de adaptación con ánimo depresivo, las demencia, el delirium y los trastornos somatomorfos (Snyder, 1990). Clayton et al., también establecieron que la estabilidad de este diagnóstico era baja (44%) (Clayton, 1992).

Los anteriores datos contrastan con los de Rice et al. quien en un estudio reporta una alta estabilidad del diagnóstico de depresión (74%); este estudio evaluó en dos ocasiones y con una diferencia de seis años entre las evaluaciones, a 2.226 familiares de primer grado de 612 pacientes deprimidos (Rice, 1992).

En cuanto al subtipo de depresión y semejante a lo encontrado con los trastornos psicóticos, también se describe que las depresiones psicóticas muestran una mayor estabilidad diagnóstica con respecto a aquellas sin síntomas psicóticos (Coryell, Endicott, Maser, Keller, Leon y Akiskal., 1994).

Vemos cómo la estabilidad diagnóstica varía considerablemente según distintos elementos; la esquizofrenia y los trastornos bipolares muestran una gran estabilidad, no así los otros trastornos afectivos. Otros de los factores implicados en la inestabilidad del diagnóstico son la edad del paciente, la presencia de comorbilidades, la habilidad del clínico y el sistema de clasificación diagnóstica utilizado (Sánchez et al, 2002).

Además del tipo específico de enfermedad, también se ha analizado si la severidad de la misma influye en la estabilidad de los diagnósticos otorgados a los pacientes. Un estudio sueco, basado en una cohorte de 98 pacientes catalogados como portadores de una "enfermedad mental grave", analizó esta interrogante. Dicha gravedad de la enfermedad mental estaba basada en la presencia de síntomas severos y persistentes, disturbios comportamentales importantes y reducción funcional notoria. Los pacientes recibían atención en una clínica de rehabilitación psiquiátrica y fueron seguidos en el período comprendido entre 1984 y 1998. La expectativa que tenían inicialmente los autores era que el hecho de que presentar sintomatología psiquiátrica más manifiesta y crónica supondría una mayor estabilidad del diagnóstico. Pero a pesar de lo anterior, el 55% del total de pacientes tuvo diagnósticos inestables y la mitad de ellos obtuvo más de dos cambios en el diagnóstico; mientras que 9 pacientes experimentaron cuatro o más cambios. Los diagnósticos más estables en esta muestra fueron los trastornos relacionados con sustancias (75%), la esquizofrenia (73%) y la limitación intelectual (66%). El porcentaje de estabilidad en el diagnóstico para las psicosis afectivas fue de 55% y de 16% para los trastornos "neuróticos" (Bülow y Svensson, 2005).

Del estudio anterior se desprende que la gravedad de la enfermedad mental no implica una mayor estabilidad en el diagnóstico otorgado y por otro lado, vemos que se evidencia una muy baja estabilidad para los trastornos del afecto en general.

1.1.3 ANTECEDENTES NACIONALES

La investigación en nuestro país sobre el uso de entrevistas psiquiátricas estructuradas o semiestructuradas para mejorar el quehacer diagnóstico es limitada.

Cabe citar un estudio que la Dra. Patricia Montero realizó sobre esquizofrenia, donde se evidenció la poca concordancia entre el diagnóstico realizado por el clínico cuando éste era revisado en consenso. Este estudio reveló diferencias entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico obtenido por consenso en alrededor del 40% de los casos, y además encontró un subregistro de sintomatología afectiva en estos pacientes, donde la menor concordancia fue para el trastorno esquizoafectivo (Montero, Balderas, Pereira, Lizano, Armas, Medina, Contreras, Dassari, Katz, Levinson, Garbarz, Escamilla, y Raventós, 2002).

1.1.4 ANTECEDENTES LOCALES

En su investigación realizada en el Hospital Nacional Psiquiátrico, Rojas estudió la fiabilidad y la estabilidad diagnóstica de pacientes egresados en el año 2005 con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo de ese mismo centro.

En esta investigación se evidenció que según los criterios del CIE 10, sólo un 28.4% de la muestra cumplía con los criterios diagnósticos para éste trastorno. También se encontró que del total de la muestra de los pacientes que habían recibido el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, el 86.5% cumplía los criterios de esquizofrenia y que un 48% cumplía con los criterios diagnósticos para un trastorno del humor (Rojas, 2009).

En el mismo estudio se señala también que utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV, sólo el 18.8% de los pacientes estudiados satisfacen los criterios del trastorno esquizoafectivo (Rojas, 2009). Es decir, que menos del 48% de la muestra eran realmente portadores de un trastorno esquizoafectivo, pero fueron egresados con dicho diagnóstico y por ende con un esquema farmacológico acorde con éste.

Se puede inferir de este estudio, que los pacientes que egresaron con un diagnóstico erróneo (más de la mitad de los casos), estuvieron expuestos a mayores efectos secundarios de la medicación, a un riesgo aún más elevado de abandono de la misma y de reingresos hospitalarios, así como representar mayores costos de atención.

En cuanto a la estabilidad del diagnóstico, este mismo estudio mostró que de la totalidad de la muestra, el 76.3% había recibido previamente el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, que un 11% había recibido un diagnóstico de trastorno del humor y un 9.6% de esquizofrenia; estos diagnósticos fueron otorgados en hospitalizaciones previas (Rojas, 2009). Es decir, que la estabilidad a lo largo del tiempo fue elevada para el trastorno esquizoafectivo.

De los pacientes que en el primer internamiento habían sido egresados con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, el 81.6% mantuvo este mismo diagnóstico en los egresos posteriores, un 10.5% fue diagnosticado como un trastorno del afecto y un 5.3% como esquizofrenia (Rojas, 2009).

En este estudio vemos claramente cómo la estabilidad en el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, no necesariamente implica una alta fiabilidad del mismo.

La Dra. Rojas también encontró en su estudio que de la totalidad de los pacientes estudiados, que habían sido egresados con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, un 17.5% había recibido un diagnóstico de trastorno del afecto en un internamiento previo (Rojas, 2009).

Este estudio es el único en su clase, encontrado en las revisiones bibliográficas realizadas por los autores, que haya sido realizado en el Hospital Nacional Psiquiátrico; y comprende únicamente al trastorno esquizoafectivo como entidad diagnóstica.

Se desconoce la información relacionada con la fiabilidad o la estabilidad de los diagnósticos de trastornos del afecto en este centro, pues no existen estudios al respecto.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La razón para realizar el presente trabajo surge de la observación de los autores del no poco común cambio en los diagnósticos de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Es común enfrentarse al desafío de atender pacientes cuyo diagnóstico ha sido modificado a lo largo del tiempo y más aún cuando el cambio en el diagnóstico ha sido drástico. Tal diferencia en el diagnóstico implica un cambio sustancial tanto en el tratamiento farmacológico como en otras medidas del abordaje integral y en el pronóstico de dichos casos.

Según Khan y Shaikh, la mayor fuente de errores en la práctica clínica es la existencia de un diagnóstico inexacto; estos autores enfatizan en la importancia de un trabajo concienzudo para establecer diagnósticos confiables. También hacen un llamado sobre la necesidad de comprobar y corregir los diagnósticos erróneos para evitar las respuestas inadecuadas, la reducida adherencia al tratamiento, los errores en la medicación, los costos elevados en los servicios de salud, las hospitalizaciones innecesarias y otras consecuencias adversas (Khan y Shaikh, 2008).

Un estudio sobre la fiabilidad diagnóstica en el Hospital Nacional Psiquiátrico es de suma importancia debido a la necesidad que existe por objetivar y estandarizar los abordajes diagnósticos y terapéuticos que se hacen de las distintas entidades psicopatológicas.

Mediante este trabajo se pretende dilucidar si en la actualidad se está haciendo un uso adecuado de los criterios diagnósticos dictados por las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales cuyo fin es obtener diagnósticos adecuados y por ende, estables a lo largo del tiempo.

El otorgar un diagnóstico que concuerde con los criterios diagnósticos avalados internacionalmente, intentando de esta forma clasificar mejor las enfermedades que aquejan a los pacientes egresados de este centro, llevará en un futuro a mejores abordajes terapéuticos que sean congruentes con la patología que presentan.

El gran vacío que existe tanto en nuestro país como en el Hospital Nacional Psiquiátrico sobre este tema así como la poca fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico actual que describe la literatura, hace que sea necesario formular iniciativas como la del presente trabajo para mejorar tal situación.

1.3 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en lo expuesto anteriormente, la principal motivación para desarrollar el presente trabajo de investigación nace en la variabilidad que existe actualmente en el diagnóstico que se asigna a los pacientes con patología psiquiátrica.

Si bien se han actualizado y mejorado los criterios de las clasificaciones diagnósticas internacionales (y esto incluye a la décima Clasificación Internacional de Enfermedades que es la utilizada en nuestro medio), es común observar casos de usuarios cuyo diagnóstico difiere con respecto al obtenido previa o posteriormente tanto en las hospitalizaciones como en las atenciones ambulatorias. Lo anterior hace suponer que en algún punto del procedimiento para otorgar un diagnóstico, se está omitiendo el uso correcto de los criterios diagnósticos.

No se trata de un asunto de tiempo, pues aunque la evaluación del paciente se haya llevado a cabo en una fecha reciente, es probable encontrar que un mismo

individuo obtenga planteamientos diagnósticos discordantes en las evaluaciones subsiguientes. Tampoco es extraño observar que este cambio en el diagnóstico sea más acentuado si dichas evaluaciones diagnósticas son llevadas a cabo por equipos de trabajo diferentes dentro del mismo centro o más aún, si fueron realizadas en otras instituciones nacionales o internacionales.

La inestabilidad en los planteamientos diagnósticos plantea serias disyuntivas en el consecuente manejo de la población atendida en dicho hospital. Ante tal situación surge la inminente necesidad de mejorar el trabajo clínico del profesional en psiquiatría en cuanto a la formulación diagnóstica, mediante el uso de instrumentos más objetivos durante la atención al paciente y la formulación del diagnóstico, así como el desarrollo de más investigaciones sobre este tema en un medio que carece de las mismas.

El actual trabajo de investigación es un estudio pionero en su clase dada la inexistencia tanto de estudios similares como de una protocolización del uso de entrevistas diagnósticas estructuradas o semiestructuradas en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Utilizando una entrevista semiestructurada avalada internacionalmente, se intentó cuantificar la fiabilidad de los diagnósticos de egreso y caracterizar algunas tendencias a la hora de realizar un diagnóstico. Se seleccionó como población de estudio aquellos pacientes cuyo diagnóstico de egreso fue un trastorno afectivo; a estos pacientes se les aplicó la entrevista semiestructurada.

La razón por la cual se eligió al grupo de pacientes con un diagnóstico de trastorno afectivo, radica principalmente en dos motivos. El primero consiste en que es uno de los grupos de trastornos mentales con mayor incidencia y que ocupa un lugar importante dentro de la totalidad de egresos del HNP.

En el año 2008 este grupo representó el 26,4% del total de los egresos hospitalarios (921 pacientes de un total de 3.484 egresos durante ese año), siendo el segundo grupo diagnóstico en importancia después de las esquizofrenias, trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes (que representan el 34,7% de todos los egresos según las estadísticas de ese mismo año).

Así pues, se pensó en elegir un grupo de pacientes lo suficientemente representativo. El segundo motivo radica en el hecho de que éste grupo de trastornos es más homogéneo en cuanto a criterios clasificatorios que otros y

siendo el propósito del estudio el constatar la fiabilidad diagnóstica, se contó con el hecho de que los trastornos afectivos tienen criterios mejor definidos en las clasificaciones vigentes, y que tales criterios difieren menos entre sí a la hora de comparar la CIE-10 con el DSM-IV.

Uno de los mayores obstáculos enfrentados a la hora de realizar la presente investigación fue el obtener un instrumento estandarizado de evaluación diagnóstica, tanto en lo que se refiere a capacitación como costes económicos y disposición de los mismos. Por dicho motivo se debió descartar la posibilidad de utilizar una entrevista estructurada y en vez de ésta usar una de tipo semiestructurada, pero que de igual forma es avalada internacionalmente y tiene adecuada validez.

Dadas estas circunstancias, el instrumento elegido fue el SCID-I ("Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I", por sus siglas en inglés), un instrumento que a pesar de su costo, es de más fácil acceso y está disponible para el uso del público tanto médico como no médico, con revisiones y actualizaciones periódicas y cuya aplicabilidad y validez han sido demostradas por sus autores en la Asociación Americana de Psiquiatría.

Una de las limitantes de dicho instrumento es que está basado en los criterios diagnósticos del cuarto Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV), siendo la clasificación diagnóstica oficial del Hospital Nacional Psiquiátrico la décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

Si bien lo ideal hubiera sido emplear un instrumento fundamentado en los criterios diagnósticos de la CIE-10, como por ejemplo la "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI), la cual es una iniciativa de la OMS, esto no fue posible. Para acceder a la misma y poder utilizarla, era mandatorio asistir a los seminarios de capacitación y las localidades más cercanas a nuestro país en donde se imparten son México y Estados Unidos.

Es así cómo el uso de un instrumento acorde con la CIE-10 no fue posible en el presente proyecto de investigación.

Con el fin de reducir el sesgo propio de comparar ambos sistemas de clasificación, se eligió delimitar la población de estudio a los pacientes con trastornos afectivos, cuyos criterios diagnósticos difieren en menor grado entre ambas clasificaciones.

Al utilizar tal entrevista semiestructurada, se pretendió obtener un diagnóstico objetivo y reproducible, amparándose en las distintas validaciones internacionales que tal herramienta ha tenido.

1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué tan fiables son los diagnósticos de trastornos afectivos hechos por los equipos clínicos de los pabellones de agudos en los pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en los meses de junio y julio del 2009, al ser comparados con los diagnósticos obtenidos a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la fiabilidad del diagnóstico de varios trastornos afectivos en pacientes del Gran Área Metropolitana que fueron egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de junio y julio del 2009, con respecto al resultado obtenido a través de una entrevista semiestructurada.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si existe concordancia entre los diagnósticos de egreso y los obtenidos a través de una entrevista clínica semiestructurada aplicada a los pacientes entrevistados
- Establecer si existe relación entre la concordancia de ambos diagnósticos y el género tanto del paciente como del psiquiatra evaluador durante la estancia hospitalaria
- Enumerar los diagnósticos más frecuentemente obtenidos en los casos en los que no hubo concordancia diagnóstica
- Identificar los elementos que pudieron haber interferido con la concordancia del diagnóstico

1.4.3 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA:

No existe concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico obtenido a través de una entrevista semiestructurada.

HIPÓTESIS ALTERNA:

Existe concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico obtenido a través de una entrevista semiestructurada.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

En la práctica clínica los diagnósticos están basados en la entrevista que se hace al paciente. A partir de ésta, muchos formulan una hipótesis inicial hacia un diagnóstico probable; seguidamente se amplía dicha entrevista con nuevas preguntas al paciente que ayudan a verificar la validez de la hipótesis original (Andrews y Peters, 1998).

No se pregunta sistemáticamente acerca de todos los posibles diagnósticos y a lo sumo sólo se exploran aquellos que figuran en el diagnóstico diferencial de la hipótesis diagnóstica original (Andrews y Peters, 1998).

Cada médico aplica sus propias reglas implícitas acerca de cómo ellos eligen y amalgaman la información, dichas reglas pueden diferir de aquellas utilizadas por otros médicos y ser distintas también de paciente a paciente aún cuando se trate del mismo médico (Andrews y Peters, 1998).

Varios factores se han propuesto como los causantes de la inestabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Según López, "el curso de la enfermedad mental frecuentemente dificulta diferenciar de primera vez un diagnóstico y el tener información incompleta acerca del curso y errores diagnósticos previos también

pueden causar dificultad en el diagnóstico" (López, Baca, Botillo, Quintero, Navarro, Neguerruela, Pérez, Basuarte, Fernandez, Jimenez, y Gonzales. 2008).

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV, las categorías diagnósticas están determinadas por los umbrales que establecen los límites entre la patología y la normalidad. El número de síntomas, su duración, la severidad y algunas de sus consecuencias sobre la funcionabilidad deberían entonces alcanzar todos un mismo nivel (Lecrubier, 2008).

A la hora de formular un diagnóstico, el profesional en psiquiatría debe determinar lo que es patológico y lo que no; muchas situaciones clínicas permanecerán bajo ese umbral. Las condiciones que no alcancen este umbral, ya sea por tener un menor número de síntomas o una duración menor, deberían considerarse "normales" (Lecrubier, 2008).

Pero la relevancia clínica de estas entidades subumbrales es de suma importancia; pues como indica Lecrubier, la buena evaluación de todas las dimensiones relevantes, se alcance o no el umbral, nos ofrece una mejor descripción de la patología del paciente (Lecrubier, 2008).

2.1 FIABILIDAD DIAGNÓSTICA

La fiabilidad diagnóstica se refiere al grado de acuerdo entre evaluadores o entre diferentes momentos evaluativos (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003). Kaplan la describe como la consistencia con que diferentes evaluadores coinciden en un diagnóstico para un mismo paciente y ese paciente sigue recibiendo ese mismo diagnóstico a lo largo del tiempo (Kaplan y Sadock, 2008).

Desde los años setenta, la meta de los investigadores del diagnóstico en Psiquiatría ha sido el lograr el grado máximo de acuerdo entre observadores, incrementando la fiabilidad de sus métodos de evaluación, así como su aplicabilidad y objetividad (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003).

Esta fiabilidad mejorada del diagnóstico clínico y el desarrollo coincidente de las neurociencias, incrementaron la capacidad de los clínicos de caracterizar y predecir muchos fenómenos relacionados con la conducta humana (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003) y por ende, de la Psiquiatría.

Tal avance se basó principalmente en: a) el empleo de descripciones fenomenológicas de los trastornos; b) la utilización de criterios operativos explícitos para el diagnóstico; y c) la utilización de esquemas multiaxiales en la descripción de la condición clínica, con el propósito de capturar sus componentes críticos para el tratamiento y la evolución del paciente (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003).

Tal y como señala la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), este enfoque enfatiza la importancia de la observación cuidadosa de los cuadros clínicos, dejando de lado las consideraciones nosológicas y abriéndose a la crítica al confiar más en la observación transversal de los fenómenos clínicos; también señala que es útil restar importancia al entendimiento de su desarrollo evolutivo, su génesis y su complejidad multicausal (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003).

Andrews y Peters tratan el tema de la fiabilidad diagnóstica y según estos autores son tres las razones que hacen que el diagnóstico clínico sea muy poco fiable: a) una formulación idiosincrática de la hipótesis inicial, b) las formas individuales de preguntar sobre síntomas o la experiencia de la enfermedad y c) las formas individuales de sopesar la información obtenida (Andrews y Peters, 1998).

En cuanto a la concordancia entre los diagnósticos otorgados por distintos profesionales, estos mismos autores señalan que los médicos que prestan atención a los criterios diagnósticos específicos concuerdan entre ellos la mayor parte del tiempo. No obstante, si dos médicos están en desacuerdo con respecto al diagnóstico entonces en el mejor de los casos sólo uno se equivoca y en el peor de ellos ambos están equivocados pero nunca los dos pueden estar en lo correcto (Andrews y Peters, 1998).

En el año 1954, Meehl, basado en la poca fiabilidad del diagnóstico clínico, propugnó por medidas estandarizadas que eventualmente dieron como resultado el advenimiento de entrevistas diagnósticas estructuradas para los diagnósticos psiquiátricos (Andrews y Peters, 1998).

En las entrevistas estructuradas se pregunta por síntomas de una forma estandarizada y los datos obtenidos de dicha entrevista son posteriormente combinados para formular diagnósticos de acuerdo a un algoritmo estandarizado.

Estas entrevistas disuaden a los médicos de simplemente probar su hipótesis inicial y los motiva a preguntar sobre todos los síntomas. Más adelante, los hace preguntar estas interrogantes e interpretar las respuestas de formas previamente

establecidas. Así se elimina la mayoría de los elementos propios del entrevistador implicados en la poca fiabilidad del diagnóstico (Andrews y Peters, 1998).

Son notorias las diferencias entre un diagnóstico clínico y uno obtenido a través de métodos más rigurosos; Montero en su estudio señala que las diferencias encontradas entre ambos pueden deberse a la utilización de pautas diagnósticas diferentes y/o a una mayor rigurosidad diagnóstica utilizada en investigación que, según la autora, parece no ser necesaria en la clínica (Montero et al, 2002).

En un metaanálisis de Rettew y colaboradores, se incluyeron 38 artículos publicados desde 1995 al 2006 que comparaban los diagnósticos clínicos con aquellos obtenidos a través de entrevistas estandarizadas. Estos autores encontraron una concordancia de baja a moderada para diagnósticos específicos, con concordancias igualmente bajas para grupos de diagnósticos (Rettew, Doyle, Achenbach, Levent,, e Ivanova. 2009).

Una implicación clínica importante de dicho estudio es que los hallazgos investigativos sobre los diagnósticos que son hechos con entrevistas estandarizadas no pueden ser automáticamente generalizados a las evaluaciones clínicas (Rettew et al, 2009).

2.2 ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA

La estabilidad diagnóstica puede definirse como el porcentaje de diagnósticos índice (diagnóstico inicial o de la primera evaluación) que no cambia durante un período establecido de seguimiento; también se puede definir como el tiempo durante el que permanece un diagnóstico sin cambio (Sánchez et al, 2002). Esta estabilidad en la práctica psiquiátrica actual está lejos de ser satisfactoria y se encuentra sujeta a una serie de factores de diversa índole.

Por su parte, el concepto de validez predictiva en el diagnóstico psiquiátrico ha sido definido como la medida en que un diagnóstico es confirmado en evaluaciones consecutivas (López, et al. 2008).

Esta validez predictiva está muy ligada al concepto de estabilidad diagnóstica pues son aquellos diagnósticos válidos (reproducibles) los que con más seguridad se mantendrán sin cambio durante el tiempo de seguimiento y permiten enlazar la utilidad que un elemento tiene tanto para el entendimiento del fenómeno como para la atención clínica.

Diversos autores han propuesto estudios de seguimiento que midan la evidencia y la consistencia en el diagnóstico para probar la validez de los diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, a medida que los datos longitudinales se hacen asequibles, fluctuaciones significativas en la estabilidad diagnóstica y cambios en la presentación del cuadro clínico son vistos (Baca-García et al, 2007).

2.3 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

En las últimas tres décadas, los avances en el desarrollo de sistemas de clasificación y en la nosología de los trastornos mentales han sido importantes. Dichos avances están plasmados en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV, por sus siglas en inglés).

La primera es la herramienta diagnóstica utilizada por la Organización Mundial de la Salud y la segunda es el instrumento utilizado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Según la localidad y los fines perseguidos, se utiliza una o la otra clasificación. Ambas son sometidas a revisiones periódicas por los entes correspondientes.

2.3.1 CIE-10

La lista de códigos CIE-10 corresponde a la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros Problemas de Salud (en inglés

ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.). Esta clasificación estadística determina los códigos utilizados para catalogar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00) (WHO, 2010).

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas (WHO, 2010).

Según la información disponible en la página oficial de la Organización, la clasificación tiene su origen en la "Lista de Causas de Muerte", cuya primera edición fue elaborada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, a partir de la sexta edición, que fue también la primera en incluir las causas de morbilidad. Desde entonces, el sexto capítulo fue

designado para la clasificación de los trastornos mentales y al mismo se le asignó la letra F (WHO, 2010), lo cual ha venido manteniéndose hasta la actual edición.

2.3.2 DSM-IV

La primera versión del DSM (DSM-I), apareció como publicación en el año 1952 y estuvo patrocinada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Se derivó de una clasificación previa adoptada en el año de 1918 por el Bureau de Censos Norteamericano para su uso interno, para el de sus hospitales psiquiátricos y para su aplicación en los servicios médicos militares. Esta DSM-I contaba con 130 páginas, y contenía 106 categorías diagnósticas (APA, 2010).

Para el año de 1968 se formuló la DSM-II, aumentando en 76 el número total de diagnósticos. Ambos manuales reflejaban una importante influencia psicoanalítica en la psiquiatría norteamericana. Siendo esto así, los síntomas no se distinguían en detalle según los trastornos específicos, y eran más bien considerados como inadaptaciones a las distintas demandas usuales del vivir. Estas inadaptaciones se catalogaban en función a la gravedad y se establecían diferencias progresivas entre los trastornos, las cuales iban desde la presencia de

síntomas neuróticos leves hasta avanzar progresivamente en un continuo, para llegar finalmente a la psicosis (APA, 2010).

En el año 1974 se tomó la decisión de crear una nueva edición del DSM y para esto, Robert Spitzer fue seleccionado como el director del grupo de trabajo. Uno de los principales objetivos que se establecieron desde el inicio de esta edición, fue el de mejorar la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, ya que la nomenclatura diagnóstica utilizada por los profesionales de diversos países era inconsistente (APA, 2010).

Asimismo, se hizo un esfuerzo por hacer del DSM un instrumento de investigación. Para esto se fijó como meta la categorización basada en la descripción de los fenómenos clínicos, con una exclusión total del modelo psicoanalítico en favor de uno que fuera biomédico (Spitzer, Williams, Gibbon, y First, 1992).

Los criterios utilizados para la definición de muchos trastornos fueron adaptaciones ampliadas de los Criterios de Feighner formulados en 1972 en la Universidad de Washington y de los Criterios Diagnósticos y de Investigación

(*Research Diagnostic Criteria*), los cuales existían desde 1978 (First, Spitzer, Williams, y Gibbon. 1999).

Posteriormente, se publicó la tercera versión del DSM (DSM-III) en 1980, con 449 páginas y una lista de 256 categorías diagnósticas. Esta versión causó revolución en la psiquiatría, gracias a la inclusión de criterios diagnósticos específicos para casi todos los trastornos mentales (First et al, 1999).

Finalmente, hace 25 años, se publicó el DSM-IV, llegando a la cifra de 297 diagnósticos en sus 886 páginas, es decir, 191 diagnósticos más que su predecesor original.

En el año 2000, se completó una revisión del texto del DSM-IV, conocida como DSM-IV-TR, en donde las categorías diagnósticas permanecieron intactas y el principal objetivo fue obtener mayor consistencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (APA, 2010).

2.4 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

Las entrevistas estructuradas se han desarrollado con el fin de mejorar la fiabilidad diagnóstica mediante la estandarización del proceso de evaluación, así como para aumentar la validez diagnóstica facilitando la aplicación de los criterios diagnósticos (First et al, 1999).

Estas entrevistas definen lo que debe ser preguntado y como se debe preguntar, influenciando así las respuestas del paciente a través de la escogencia de una línea de interrogación en particular (Vacc y Juhnke, 1997).

Se pretende esclarecer la forma en la que los trastornos mentales son definidos, haciendo presunciones como las siguientes: que los trastornos mentales existen, que las distintas categorías diagnósticas son jerárquicas y que los criterios diagnósticos son apropiados para diferenciar los diversos desórdenes (Vacc y Juhnke, 1997).

Tales iniciativas difieren de las entrevistas tradicionales fundamentalmente en la estandarización del interrogatorio clínico, en la secuenciación de este

interrogatorio y en los rangos basados en criterios para definir la severidad de los síntomas. Esta uniformidad vendría a ser crucial para la integración de la práctica y la ciencia en la formulación de los diagnósticos (Rogers, 2003).

La uniformidad de este tipo de instrumentos variará un poco si la entrevista es completamente estructurada o si es semiestructurada. Éste último tipo permite cierta autonomía y flexibilidad al entrevistador a la hora de determinar lo que se pregunta, en el cómo formula sus preguntas y en cómo se registran las respuestas (Vacc y Juhnke, 1997).

Según Rogers, las comparaciones sistemáticas entre las diversas entrevistas estructuradas se basan en cuatro puntos clave los cuales son:

- a) Las evaluaciones longitudinales: en la práctica clínica las entrevistas proporcionan un método estandarizado de valorar cambios en el estado clínico, incluyéndose en ellas la respuesta al tratamiento.
- b) La fiabilidad entre distintos evaluadores y evaluaciones: las entrevistas estandarizadas permiten valorar los síntomas y los diagnósticos entre diferentes evaluadores e intervalos de tiempo.

- c) La consistencia entre informantes: las entrevistas estructuradas permiten realizar comparaciones sistemáticas entre los pacientes y las fuentes colaterales.
- d) La validez discriminante: las entrevistas estructuradas proveen la oportunidad de evaluar metodológicamente las diferencias clínicas entre los grupos diagnósticos (Rogers, 2003).

2.4.1 SCID-I (VERSIÓN CLÍNICA)

En 1983 se comenzó a postular al DSM-III como el instrumento de lenguaje estandarizado para describir a sujetos susceptibles a ser objetos de investigación. Por esta razón se comenzó a trabajar en la SCID, para poder obtener diagnósticos basados en este sistema de clasificación (Spitzer et al, 1992).

Ese mismo año, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos publicó una convocatoria de propuestas para desarrollar el instrumento; en abril de 1985 el Departamento de Investigaciones Biométricas recibió una subvención de dos años para realizar pruebas de campo con la SCID y determinar su fiabilidad en distintos grupos de sujetos clínicos y no clínicos (Spitzer et al, 1992).

Finalmente, la SCID para el DSM-III fue publicada por la *American Psychiatric Press* en mayo de 1990. Tres años más tarde se iniciaron los trabajos de revisión para ajustarla al DSM-IV y la versión final apareció en febrero de 1996 (First et al, 1999).

A. Fiabilidad de la SCID-I

A la hora de medir la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos a través de la SCID, se utiliza el índice kappa, que es un valor estadístico que correlaciona la posibilidad de concordancia (First et al, 1999).

Se considera que los valores Kappa por arriba de 0.70 reflejan una buena concordancia; los valores entre 0.50 y 0.70 una concordancia aceptable y los valores menores a 0.50 una baja concordancia (First et al, 1999).

Según First y colaboradores, es más probable que aquellos pacientes portadores de los desórdenes psiquiátricos más floridos y severos arrojen resultados más confiables en la SCID-I, con respecto a los sujetos en condiciones psiquiátricas más leves. Esto refleja el hecho de que los desacuerdos diagnósticos relativamente menores están más propensos a tener un impacto más evidente

cuando la severidad del diagnóstico está apenas encima del intervalo diagnóstico (First et al, 1999).

B. Validez de la SCID-I

La validez de una técnica de análisis diagnóstico es generalmente medida, determinando el acuerdo entre los diagnósticos obtenidos a través de dicha técnica con los arrojados por un "gold standard" hipotético. Sin embargo, en Psiquiatría este estándar de oro no es fácil de hallar. El estándar más aceptado en los estudios de diagnóstico psiquiátrico es el "diagnóstico mejor estimado", el cual es un análisis longitudinal hecho por clínicos expertos usando toda la información posible (Spitzer et al, 1992).

Varios estudios han comparado el SCID con este tipo de análisis y se han obtenido adecuados resultados para la entrevista semiestructurada, encontrándose una buena concordancia al compararla con el diagnóstico consensuado hecho por un grupo de expertos (First et al, 1999).

Capítulo 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio cuantitativo y de tipo transversal; en él se realizó un análisis descriptivo en donde se ejecutó una comparación del diagnóstico del egreso hospitalario de los pacientes elegibles para participar en el estudio, con el diagnóstico obtenido por medio de la SCID-I.

Se utilizó una entrevista semiestructurada, la versión clínica de la SCID-I, específicamente la sección de los trastornos del afecto. Se incluyó a los pacientes egresados durante junio y julio del año 2009.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio de la presente investigación se relaciona con la fiabilidad de los diagnósticos en Psiquiatría. Para ser llevada a cabo, se procedió a comparar el diagnóstico de egreso con el diagnóstico obtenido a través de una entrevista clínica semiestructurada.

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico, ubicado en Pavas e incluyó a los pacientes egresados de los pabellones que atienden casos agudos con un diagnóstico comprendido dentro del grupo de los trastornos del afecto. Fueron citados por los investigadores, durante las semanas posteriores a su alta hospitalaria, para proceder a realizar la entrevista diagnóstica semiestructurada.

3.3 SUJETOS DE ESTUDIO

La muestra de este estudio estuvo conformada por los pacientes que egresaron de los pabellones de agudos del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de junio y julio del año 2009 y cuyo diagnóstico de egreso estaba comprendido dentro del grupo de los trastornos del afecto.

Incluyó a todos los pacientes que fueron atendidos y egresados por los ocho equipos de atención integral que laboran en los cuatro pabellones de agudos de dicho hospital.

Por razones de factibilidad a la hora de llevar a cabo el estudio, una característica que debían cumplir los participantes era que su lugar de residencia estuviera comprendido dentro del Gran Área Metropolitana. Para esto se utilizó el lugar residencia consignado en los documentos confeccionados a la hora del ingreso hospitalario.

El Gran Área Metropolitana incluye cantones de las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Heredia. Cuenta con aproximadamente 2.6 millones de

habitantes en una superficie de 2.044 km². Engloba un total de 35 cantones los cuales son según provincia:

- San José: Alajuelita, Aserrí, Cantón Central, Curridabat, Desamparados, Escazú, Goicoechea, Montes de Oca, Mora, Moravia, Santa Ana, Tibás y Vásquez de Coronado.
- Alajuela: Atenas, Cantón Central, Grecia, Naranjo, Palmares, Poás y Valverde Vega.
- Heredia: Barva, Belén, Cantón Central, Flores, Santa Bárbara, Santo Domingo, San Isidro, San Pablo y San Rafael.
- Cartago: Alvarado, Cantón Central, El Guarco, La Unión, Oreamuno y Paraíso (UNA, 2006).

Geográficamente, esta área se extiende hasta San Rafael de Heredia al norte; al sur hasta Aserrí, San José; al este hasta Paraíso de Cartago y al oeste hasta Mora, San José.

Los pacientes que participaron fueron citados en las semanas posteriores a su egreso; en dicha cita se les aplicó la entrevista clínica semiestructurada SCID-I.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los siguientes son los criterios de inclusión utilizados para seleccionar la muestra de la presente investigación:

- Pacientes cuya edad estuviera comprendida entre los 18 y los 65 años
- Pacientes egresados de los pabellones de agudos del Hospital Nacional Psiquiátrico
- Pacientes cuyo egreso hospitalario ocurriera en los meses de junio y julio del año 2009
- Pacientes que egresaran con un diagnóstico del espectro afectivo, a saber: episodios depresivos, maníacos, o hipomaniacos; trastornos depresivos recurrentes, trastornos afectivos bipolares, ciclotimias, distimias u otros trastornos afectivos no especificados
- Pacientes que residieran en el GAM
- Pacientes que accedieran a colaborar con el estudio previo consentimiento informado

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los siguientes son los criterios utilizados para excluir participantes de la muestra en la actual investigación:

- Pacientes que hubieran solicitado la salida exigida
- Pacientes con retardo mental o limitación cognitiva que impidiera la realización de la entrevista semiestructurada
- Pacientes cuyo motivo de hospitalización fuera una medida judicial de internamiento
- Pacientes que no desearan colaborar con el estudio

Se excluyó a los pacientes cuyo motivo de internamiento fuera una orden judicial debido a que el objetivo del internamiento en la mayoría de estos casos no es principalmente diagnóstico o curativo y además se encuentran hospitalizados en contra de su voluntad, lo que puede entorpecer tanto el diagnóstico clínico de egreso como el obtenido a través de la SCID-I.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Se procedió a recolectar los datos de los participantes a través de la coordinación con el personal de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico. La selección se inició delimitando a aquellos pacientes que egresaron en los meses de junio y julio del 2009 con un diagnóstico que estuviera comprendido dentro del grupo de trastornos afectivos según los criterios de la CIE-10 (desde F30 hasta F39 según la clasificación en mención).

Se elaboró un listado de dichos pacientes y posteriormente los investigadores procedieron a filtrar los participantes de la muestra de acuerdo con los criterios de inclusión y de exclusión previamente detallados.

Aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron citados en un término no mayor a dos meses desde su alta hospitalaria para aplicarles la entrevista semiestructurada SCID-I, guardando el resultado obtenido para su posterior análisis.

Previo a la aplicación de dicho instrumento, los participantes firmaron un consentimiento informado después de haberles explicado de forma clara los objetivos de la investigación, así como los riesgos y beneficios inherentes de la misma y tras haber confirmado que habían comprendido lo expuesto.

3.5 VARIABLES

Dentro de las variables de interés en este estudio se encuentran las características sociodemográficas de los participantes, los diagnósticos de egreso de cada paciente, la fiabilidad de dicho diagnóstico con respecto a la entrevista semiestructurada, las características de la fiabilidad diagnóstica encontrada y los elementos que pudieron haber provocado interferencia con esa fiabilidad diagnóstica. También se consideró el género del entrevistador que otorgó el diagnóstico clínico.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
<p>Objetivo 1.</p> <p>Determinar si existe concordancia entre los diagnósticos de egreso y los obtenidos mediante una entrevista clínica semiestructurada aplicada a los pacientes entrevistados</p>	Concordancia diagnóstica	Congruencia entre el diagnóstico de egreso hospitalario y el obtenido a través de una entrevista diagnóstica semiestructurada	Análisis de la congruencia entre diagnósticos	Comparar los diagnósticos del equipo tratante al alta hospitalaria con el obtenido en la entrevista SCID-I	<p>Delimitar si los diagnósticos obtenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Concuerdan entre sí -No concuerdan entre sí
<p>Objetivo 2.</p> <p>Establecer si existe relación entre la concordancia de ambos diagnósticos y el género tanto del paciente como del psiquiatra evaluador durante la estancia hospitalaria</p>	Tendencia diagnóstica según el género del evaluador y del paciente evaluador	Grado en que un diagnóstico tiene mayor o menor posibilidad de ser otorgado según el género del evaluador y del paciente evaluado	Relación entre el diagnóstico del espectro afectivo y el género de quien lo otorga y del paciente evaluado	Delimitar las entidades diagnósticas según el género del encargado de la asignación diagnóstica y del paciente	Delimitar para cada categoría diagnóstica si el evaluador o el paciente fueron varones o mujeres
<p>Objetivo 3.</p> <p>Enumerar los diagnósticos más frecuentemente obtenidos en los casos en los que no hubo concordancia diagnóstica</p>	Incongruencia diagnóstica	Delimitación de los diagnósticos no concordantes entre los otorgados por el equipo clínico y aquellos logrados mediante una entrevista semiestructurada	Comparación entre diagnósticos no concordantes	Agrupar los diagnósticos no concordantes según el subgrupo al cual pertenecen dentro de los trastornos afectivos	<p>Clasificar los diagnósticos según:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Episodio maniacal -Episodio depresivo -Trastorno depresivo recurrente -Trastorno afectivo bipolar -Distimia -Ciclotimia -Trastorno afectivo sin especificación -Trastorno afectivo secundario a enfermedad médica y/o al uso de sustancias

<p>Objetivo 4.</p> <p>Identificar los elementos que pudieran haber influido en la concordancia del diagnóstico</p>	<p>No fiabilidad diagnóstica</p>	<p>Grado en que un diagnóstico psiquiátrico no puede ser reproducido durante la evaluación clínica</p>	<p>Identificación de los elementos que impiden la fiabilidad en el diagnóstico</p>	<p>Identificación de los elementos que comúnmente interfieren con la adecuada formulación diagnóstica en Psiquiatría</p>	<p>Identificar la causa de la no concordancia según:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enmascaramiento con comorbilidad -Cuadro atípico -Uso inapropiado de criterios diagnósticos -Variabilidad sintomática -Información insuficiente
---	----------------------------------	--	--	--	---

Variables relacionadas con los sujetos de estudio:

	Variables	Categorías
Características sociodemográficas de los participantes en el estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Género 	Masculino Femenino
	<ul style="list-style-type: none"> • Edad 	Menor a 19 De 20 a 29 De 30 a 39 De 40 a 49 De 50 a 59 60 o más
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil 	Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión libre
	<ul style="list-style-type: none"> • Procedencia 	San José Alajuela Heredia Cartago
	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad 	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Universitaria Desconocida
	<ul style="list-style-type: none"> • Situación laboral 	Desempleado Empleado Pensionado Subempleado

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Una de las metas del estudio consistió en hacer comparaciones directas de los diagnósticos de egreso de cada paciente elegible con los resultados obtenidos por medio de una entrevista semiestructurada. Para esto se utilizó la SCID-I, recabando la información obtenida en el Cuaderno de Puntuaciones de la misma.

Inicialmente se recolectaron los datos concernientes a la Visión General, en donde se incluye información sobre la historia académica y ocupacional del individuo, así como sobre la enfermedad actual y sobre su funcionamiento social. La recolección de la información se realizó de acuerdo con lo solicitado en este apartado del Cuaderno de Puntuaciones.

Posterior a finalizar con dicho apartado, se procedió a aplicar la entrevista semiestructurada. Para esto se les hicieron a los pacientes las preguntas dispuestas en el Cuaderno de Aplicación de la SCID-VC, en el orden en que se señalan en tal documento.

Se utilizaron las secciones A, B, C y D del cuaderno de aplicación, las cuales son: A) Episodios afectivos; B) Síntomas psicóticos y asociados; C) Diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos y, D) Trastornos del estado de ánimo. Se llenaron los respectivos apartados en el Cuaderno de Puntuaciones en donde se anotaron los datos que brindó cada paciente.

En total se utilizaron 39 de las 62 páginas con las que cuenta el documento en su versión en castellano. Se omitieron los apartados E (Trastornos por el consumo de alcohol y otras sustancias) y F (Trastornos de ansiedad y otros).

3.7.1 ASPECTOS BIOÉTICOS

El protocolo de estudio de la presente tesis fue aprobado por el Comité Local de Bioética (CLOBI) del Hospital Nacional Psiquiátrico. Tanto para el planteamiento de la investigación como durante la realización de la misma, los autores respetaron los principios de la bioética.

A. Principio de autonomía

En bioética se entiende por autonomía a la capacidad que poseen los pacientes de tomar sus propias decisiones sobre los asuntos que les competen en cuanto a su salud y su bienestar. En este estudio se le permitió a los pacientes hacer uso de este derecho a través del uso del consentimiento informado; toda participación en este estudio fue voluntaria.

B. Principio de justicia

Justicia se refiere a dar a cada quien lo que le corresponde; en términos de salud se refiere al derecho que todas las personas tienen a la salud y a la atención sanitaria. Sin embargo, este acceso a los servicios de salud se enfrenta con la limitación de los recursos disponibles. En el presente estudio no participaron todos los pacientes que egresaron con un diagnóstico de trastorno afectivo, esto se debió principalmente a la limitación de recursos con los que contaban los investigadores y por ende, con los fines del estudio. Esto llevó a realizar una selección de los participantes del mismo.

C. Principios de beneficencia y no maleficencia

Este principio consiste en procurar un beneficio al paciente con la práctica de la medicina. En la actualidad se considera que quien debe decidir qué es beneficioso para el paciente le corresponde al mismo paciente, una vez haya sido debidamente informado por el médico a cargo de su atención.

En este estudio se utilizó un consentimiento informado el cual se leyó en conjunto con cada paciente entrevistado. En el mismo se aclara que los beneficios que pudiera obtener el paciente son indirectos al contribuir con el quehacer científico de los profesionales en Psiquiatría de nuestro país.

En cuanto a la no maleficencia, esta consiste en no provocar ningún tipo de daño al paciente. Esta investigación no pretendió provocar ningún tipo de daño a los participantes pues se trata de un estudio de tipo observacional en donde no se experimentó con los sujetos de ninguna forma.

3.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se hizo una caracterización sociodemográfica de la muestra del estudio, incluyendo su edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad y cantón de residencia. Para la determinación de la fiabilidad diagnóstica, se hizo una comparación del diagnóstico del último egreso hospitalario con el obtenido por medio de la SCID-I-VC.

Con la entrevista diagnóstica utilizada se obtienen diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV, por esta razón fue necesario homologar los mismos con sus respectivos equivalentes en la CIE-10, puesto que son estos últimos los usados en los registros médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Al comparar los diagnósticos de egreso con los obtenidos por los investigadores, se procedió a ajustar los primeros según el código de clasificación de la DSM-IV. Ambas clasificaciones son bastante similares y existe en la literatura una homologación de las mismas.

A continuación se presenta un esquema donde se anotan los códigos de los diagnósticos afectivos según el DSM-IV y su equivalente en la CIE-10.

Diagnóstico DSM IV para Trastornos del estado del ánimo		Equivalente CIE-10	
(296.0) Trastorno bipolar I, episodio maníaco único		F30 Episodio maníaco	F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.
			F30.2 Manía con síntomas psicóticos.
			F30.8 Otros episodios maníacos.
			F30.9 Episodio maníaco sin especificación.
		F30.0 Hipomanía	
(296.40) Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco		F31 Trastorno bipolar	F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.
(296.4) Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco			F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.
			F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
(296.5) Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo			F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
			F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
			F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
(296.6) Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto			F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
			F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
(296.89) Trastorno bipolar II		F31.8 Otros trastornos bipolares.	

(296.7) Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado			F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.
(296.2) Trastorno depresivo mayor, episodio único	.0 Leve	F32 Episodios depresivos	F32.0 Episodio depresivo leve.
	.1 Moderado		F32.1 Episodio depresivo moderado.
	.2 Grave sin síntomas psicóticos		F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
	.3 Grave con síntomas psicóticos		F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
	.4 En remisión parcial/en remisión total		F32.8 Otros episodios depresivos.
	.9 No especificado		F32.9 Episodio depresivo sin especificación.
(296.3) Trastorno depresivo mayor, recidivante	0 Leve	F33 Trastorno depresivo recurrente	F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
	.1 Moderado		F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
	.2 Grave sin síntomas psicóticos		F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
	.3 Grave con síntomas psicóticos		F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
	.4 En remisión parcial/en remisión total		F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
			F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
			F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.
	.9 No especificado		
(301.13) Trastorno ciclotímico		F34 Trastornos del humor (afectivos)	F34.0 Ciclotimia.
(300.4) Trastorno distímico			F34.1 Distimia.

		persistentes	F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
			F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.
		F38 Otros trastornos del humor (afectivos)	F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
			F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
			F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
		F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificar	
(293.83) Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica)			

Fuente: DSM IV, CIE-10

Posteriormente, se hizo un análisis de los posibles elementos que pudieron interferir con una buena fiabilidad diagnóstica, estimando entre estos la comorbilidad, el cuadro atípico, el uso de criterios poco objetivos para definir un diagnóstico, la variabilidad sintomática, y la información insuficiente.

También se consideró el género del especialista que otorgó el diagnóstico y el que egresó de los pacientes y se analizó si el mismo juega o no un papel en la asignación de diagnósticos dentro del espectro afectivo.

3.8.1 CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Previo a la realización de las entrevistas semiestructuradas, se procedió a recolectar de los expedientes clínicos de los sujetos que reunían los criterios de selección, la información concerniente a los datos sociodemográficos de los participantes (edad, género, estado civil, procedencia, educación y ocupación), para esto se utilizó un cuestionario diseñado para tal fin (ver anexo 2).

También se recolectó información sobre el número total de ingresos, los diagnósticos de ingreso y egreso de la última estancia hospitalaria, y el género del psiquiatra responsable del equipo evaluador.

3.8.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Posterior al llenado de los formularios, los datos fueron ingresados en una base de datos diseñada en Epi Info 3.5.1 específica para la investigación, originalmente creada por el Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) en el año 2008. Todos los análisis se realizaron por medio del software estadístico Stata 10.1 (Stata Corporation - Texas 2009).

3.8.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS

En la primera etapa del estudio se realizó la determinación de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables de tipo cuantitativo y la estimación de frecuencias y proporciones para las variables de tipo cualitativo.

Posteriormente se realizó la descripción de los diversos hallazgos obtenidos por medio de la entrevista semiestructurada así como de los hallazgos clínicos. También se realizó la determinación del diagnóstico clínico según el Gold Standard el cual corresponde al instrumento validado de entrevista.

En la última etapa del análisis se evaluó la concordancia por medio del índice Kappa entre los métodos evaluados. Se define como estadísticamente significativo un punto crítico de 0.05 ($k \leq 0.05$).

3.9 RESULTADOS ESPERADOS Y LIMITACIONES

3.9.1 PROYECCIONES

Con este estudio se pretende hacer un análisis de la fiabilidad de los diagnósticos del espectro afectivo de los pacientes egresados de los pabellones de agudos del Hospital Nacional Psiquiátrico.

La información obtenida será de gran utilidad para todos los clínicos que laboran en dicha institución, principalmente para aquellos que están a cargo de los pabellones de pacientes agudos y para quienes toman decisiones referentes a dicho quehacer.

Los hallazgos revelados permitirán fomentar una autocrítica de todos los profesionales que laboran en dicho centro con respecto a la concordancia de los diagnósticos otorgados con aquellos obtenidos por medio de una entrevista semiestructurada.

También se pretende incentivar el uso de métodos estandarizados de diagnóstico como parte complementaria al trabajo clínico diario, promulgando la práctica de un quehacer diagnóstico más objetivo y reproducible.

3.9.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Uno de los principales obstáculos con el que se enfrentaron los investigadores del presente trabajo, fue la escasa participación de los pacientes egresados en cuanto a la asistencia a las citas pactadas para la aplicación de la entrevista semiestructurada.

Por otro lado, algunos pacientes no pudieron ser localizados debido a que habían cambiado de domicilio o a que simplemente al llamar a los números telefónicos aportados durante su estancia nadie contestaba o la persona que lo hacía decía no conocer a la persona en cuestión. En otros casos fue notorio que la información recolectada a la hora del ingreso o durante el mismo fue escasa.

Teniendo esto en cuenta, se logró aplicar la entrevista semiestructurada a 30 pacientes, lo cual corresponde a poco más de la mitad de la muestra seleccionada.

Otra de las limitantes encontradas fue el no haber tomado en cuenta para el estudio la comorbilidad que los usuarios evaluados exhibieron durante su internamiento, (principalmente la referente al abuso de sustancias o los trastornos de la personalidad) la cual puede afectar de manera directa el diagnóstico otorgado en el eje I, quedando la interrogante para futuras investigaciones.

3.10 CRONOGRAMA

El cronograma de trabajo fue el siguiente:

Fase/Actividad	Feb. 2009	Marzo 2009	Abril 2009	Mayo 2009	Junio 2009	Julio 2009	Ago. 2009	Set. 2009	Oct. 2009	Nov. 2009	Dic. 2009	Ene 2010
I Fase. Búsqueda de información/ Acceso y familiarización con la entrevista semiestructurada												
II Fase. Presentación y aprobación del CLOBI												
III Fase. Aplicación de la entrevista a los sujetos seleccionados												
IV Fase. Análisis de los datos Discusión de los resultados												
V Fase. Preparación del informe de investigación												

Capítulo 4

RESULTADOS Y DISCUSION

Antes de analizar los resultados obtenidos en el estudio, fue preciso definir los egresos hospitalarios totales ocurridos durante los meses de seguimiento. De los pabellones de agudos del Hospital Nacional Psiquiátrico, se egresó un total de 520 pacientes durante los meses de junio y julio del 2009, contabilizando 236 pacientes en junio (125 hombres y 111 mujeres), y 284 en julio (148 hombres y 136 mujeres).

Según el Anuario Estadístico de Registros Médicos del HNP correspondiente al año 2008, el promedio de egresos por bimestre fue de 582 pacientes, lo cual fue un poco superior a los 520 pacientes egresados en los dos meses estudiados (Anuario Estadístico HNP, 2008).

Este dato coincide con el descenso gradual observado en los últimos años en las hospitalizaciones psiquiátricas, siguiendo la tendencia de abandonar la concepción asilar de dichos centros y de avanzar hacia un modelo más hospitalario (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003).

De este total de egresos en los pabellones de agudos ocurridos en junio y julio del 2009, se tuvo que a 132 pacientes se les dio de alta con un diagnóstico ubicado dentro del grupo de los trastornos afectivos (o sea, con códigos del F30 al F39

según la CIE-10). Estos 132 pacientes constituyeron una cuarta parte del total de altas (25,3%), lo cual fue similar al porcentaje encontrado en el último anuario estadístico disponible, en el que los trastornos afectivos constituyeron igualmente la cuarta parte (26,4%) del total de egresos (Anuario Estadístico HNP, 2008).

Según el mes y el sexo de los pacientes, encontramos que los egresos se distribuyeron de la siguiente manera: 61 ocurrieron en junio (32 mujeres y 29 varones) y 71 en julio (40 mujeres y 31 varones).

De este total de 132 pacientes que egresaron con un diagnóstico dentro del grupo de los trastornos afectivos, fueron 52 quienes cumplieron con los criterios de inclusión de nuestro estudio.

Consideramos necesario detallar esta reducción sustancial de la muestra original, pues de 132 pacientes egresados con tales diagnósticos, sólo 52 resultaron elegibles. No fueron incluidos 80 de los pacientes por las siguientes circunstancias: 51 pacientes fueron excluidos por residir fuera del GAM (20 hombres y 31 mujeres); 11 no participaron por ser menores de 18 años o mayores de 65 años (4 mujeres y 7 hombres); 7 pacientes se omitieron por haber solicitado salida exigida (5 mujeres y 2 hombres), 9 pacientes no contaban con un número

telefónico para poder ser contactados (en su mayoría usuarios extranjeros) y dos expedientes no pudieron ser localizados por los funcionarios de Registros Médicos del HNP.

Como se explicó en el capítulo 3, se decidió incluir sólo a aquellos pacientes cuya residencia estuviera dentro del GAM, con el fin de facilitar la recolección de la información y la aplicación de las entrevistas semiestructuradas. También se decidió trabajar sólo con la población adulta, es decir, aquellos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, con miras a uniformar la muestra y las patologías características de este grupo etario.

Cuadro 1: Características generales de la muestra constituida por todos los pacientes que egresaron con un trastorno afectivo y que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio 2009.

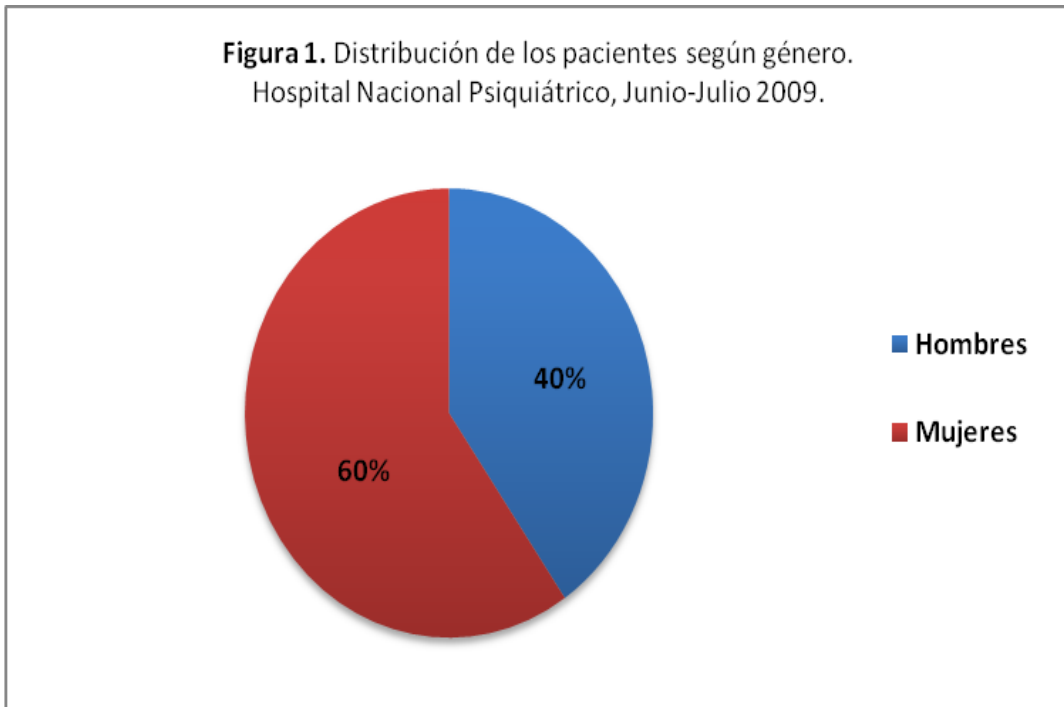
Característica	Variable	n	%
Sexo	Masculino	21	40.4
	Femenino	31	59.6
	TOTAL	52	100
Estado Civil	Soltero	22	42.3
	Casado	15	28.8
	Viudo	0	0.0
	Divorciado	2	3.9
	Separado	2	3.9
	Unión Libre	10	19.2
	Desconocido	1	1.9
	TOTAL	52	100
Grupo de edad	Menor a 19	1	1.9
	De 20 a 29	9	17.3
	De 30 a 39	9	17.3
	De 40 a 49	19	36.5
	De 50 a 59	12	23.1
	60 o más	2	3.9
	TOTAL	52	100
Tipo de ingreso	Voluntario	32	61.5
	Involuntario	17	32.7
	Desconocido	3	5.8
	TOTAL	52	100
Pabellón donde estuvo	1 Hombres	10	19.2
	1 Mujeres	23	44.2
	2 Hombres	11	21.2
	2 Mujeres	8	15.4
	TOTAL	52	100
Escolaridad	Analfabeta	1	1.9
	Primaria	20	38.4
	Secundaria	16	30.8
	Técnica	1	1.9
	Universitaria	11	21.2
	Desconocido	3	5.8
TOTAL	52	100	
Ocupación	Desempleado	10	19.2
	Empleado	36	69.2
	Pensionado	5	9.6
	Subempleado	1	1.9
	TOTAL	52	100
Edad		n	Rango
	Masculino	21	22-60
	Femenino	31	19-62
	General	52	19-62

Distribución según género

En el grupo de 52 pacientes que sí cumplieron con los criterios de selección y que están representados en el cuadro 1, vemos que la distribución según género fue la siguiente: en el mes de junio egresaron 15 mujeres y 10 varones, y en el mes de julio egresaron 16 mujeres y 11 varones; es decir, que del total, 21 fueron mujeres y 31 fueron varones. En ambos meses el número de egresos de ambos géneros fue bastante similar (25 en junio y 27 en julio).

El 59.6% de los 52 pacientes pertenecían al sexo femenino; esto reproduce lo encontrado en la literatura, la cual señala que el género femenino es el más afectado por la patología afectiva, y se puede tomar como ejemplo al trastorno depresivo, donde la prevalencia es casi el doble en mujeres que en hombres (Kaplan y Sadock, 2008).

Figura 1. Distribución de los pacientes según género.
Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio 2009.



Debe considerarse que este porcentaje mayor encontrado en mujeres (59,6% versus 40.4% para los varones), engloba a toda la patología afectiva como tal, es decir, que incluye también a la enfermedad bipolar, en donde las variaciones entre géneros son mucho menos acentuadas y la proporción tiende a ser equitativa. Es esperable que las variaciones reales entre géneros sean diferentes según se trate de trastornos depresivos, bipolares u otros trastornos afectivos, tal y como lo reporta la literatura para cada caso en específico (Kaplan y Sadock, 2008).

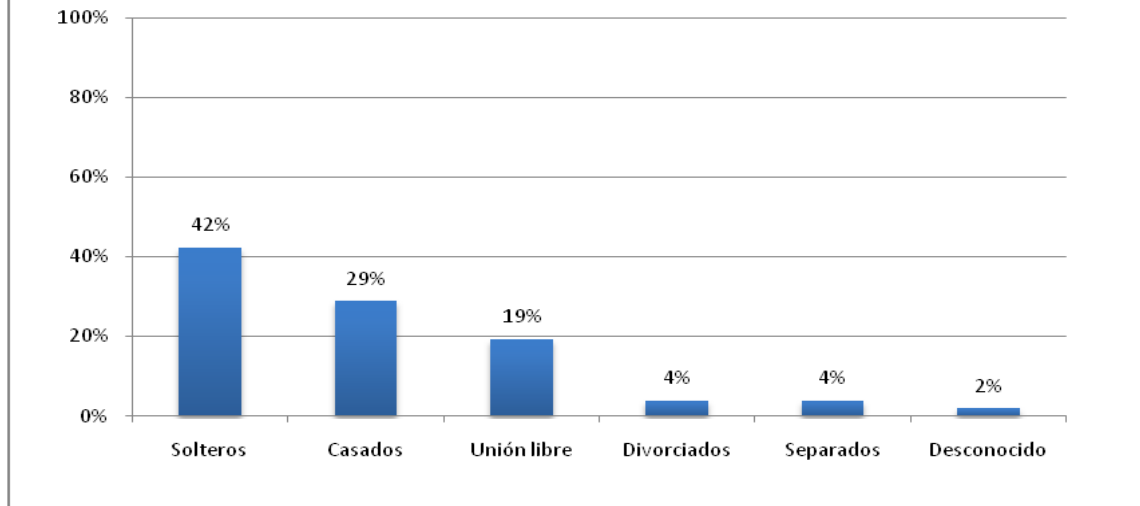
Distribución según promedio de edad

El promedio de edad al momento de la hospitalización fue de 39.7 años (rango: 22-60) para el sexo masculino y de 43.1 años (rango: 19-62) para el sexo femenino, lo cual evidencia una diferencia poco significativa en la edad promedio, que resulta un tanto mayor en mujeres hospitalizadas con trastornos afectivos que en hombres.

Distribución según estado civil

El estado civil predominante fue la soltería en el 42.3% de los casos, siguiendo los casados con un 28,8%, las personas en unión libre con 19,2% y en un menor porcentaje, los pacientes divorciados o separados, con un total de 7,8%. Según Kaplan, el trastorno depresivo mayor es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas, y el trastorno bipolar I es más frecuente en las personas divorciadas y solteras que entre las casadas (Kaplan y Sadock, 2008).

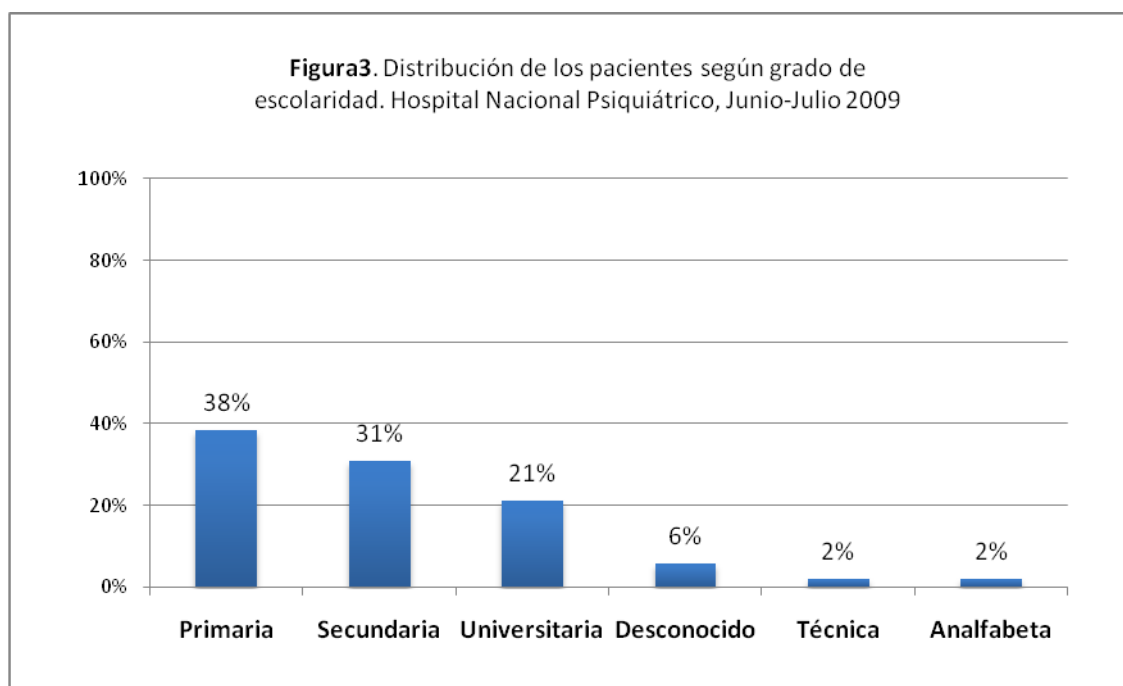
Figura 2. Distribución de los pacientes según estado civil.
Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio 2009.



En los datos del estudio, no se encontró mayor diferencia con respecto al diagnóstico entre las personas que mantenían una relación (ya fuera casadas o en unión libre), y las que no tenían pareja, puesto que los porcentajes para cada grupo fueron de 48.0% y de 50.1% respectivamente, representando cada uno de estos subgrupos una proporción similar de la muestra, lo cual no reproduce lo reportado por Kaplan y Sadock.

Distribución según nivel educativo

Los pacientes bajo estudio contaron con un nivel educativo predominantemente de primaria (38.4% de los casos), seguido de secundaria (en el 30.8%). Poco más de la quinta parte (21.2%) contaba con educación universitaria y alrededor de un 2% con formación técnica. Según Kaplan y Sadock, el trastorno bipolar es más habitual en personas que no terminaron los estudios universitarios que en los que sí lo hicieron, lo que también podría reflejar la edad de inicio relativamente más precoz del trastorno. En cuanto al desarrollo de depresión, no existen al parecer diferencias con respecto al grado académico alcanzado y la tendencia a desarrollar la misma (Kaplan y Sadock, 2008).



Distribución según ocupación

Si bien no era esperable que pacientes con patología afectiva tan grave como para ameritar un internamiento en un centro psiquiátrico, tuvieran una ocupación fija, casi el 70% de la muestra contaba con un empleo estable o algún grado de ocupación al momento del ingreso. Esto podría explicarse por el hecho de que al tener los trastornos afectivos un curso más episódico, el grado de disfunción laboral u ocupacional fuese menor que el observado en patologías psiquiátricas con un mayor grado de residualidad como la observada en trastornos del tipo de la esquizofrenia.

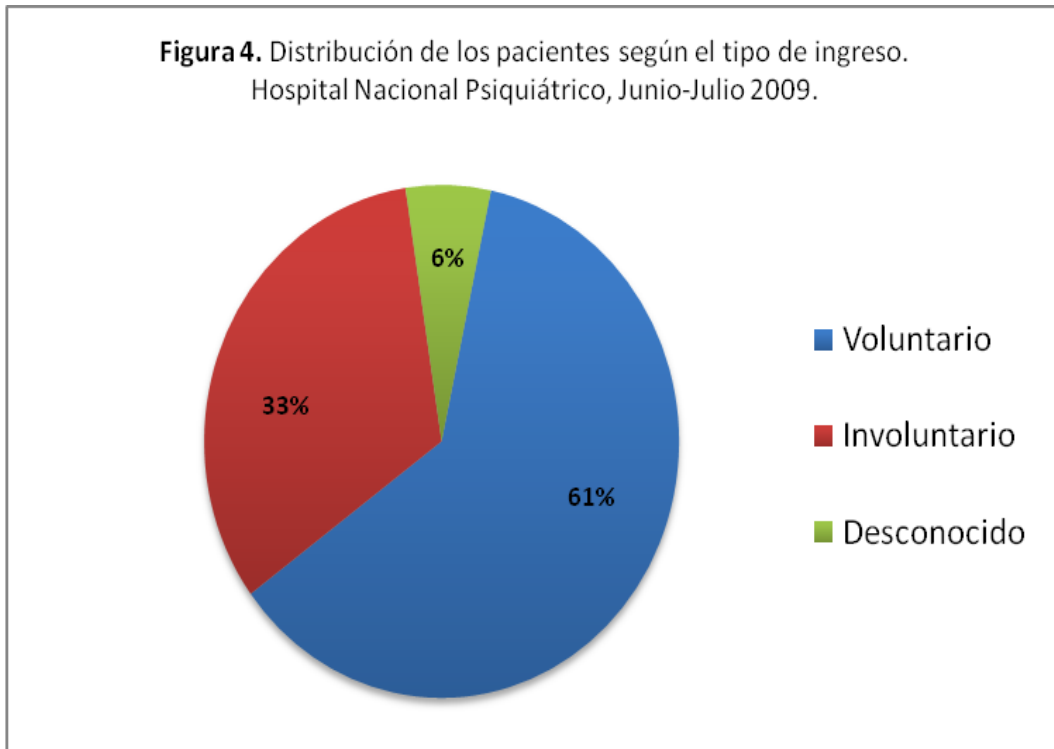
Las ocupaciones de los usuarios fueron bastante diversas, y si bien no remunerada, la más representativa fueron los oficios domésticos en el 21,1% de los casos. Una quinta parte (n=10) de los pacientes se encontraban desocupados al momento de la hospitalización; la causa de dicha situación escapa a los objetivos de este estudio, pero se presume podría estar relacionada a patología más crónica, a sintomatología más intensa, a peor respuesta y/o adherencia al tratamiento o a mayor refractariedad del cuadro clínico (Kaplan y Sadock, 2008). Si bien se trata de una cantidad pequeña de pacientes, no se encontraron diferencias en este grupo con respecto al diagnóstico de ingreso, es decir que, en quienes se encontraban

desocupados, se observaron proporciones similares tanto de patología bipolar como depresiva (4 pacientes desocupados se ingresaron como trastorno bipolar, versus 5 pacientes con diagnóstico de depresión).

Distribución según voluntariedad del ingreso

Para 32 pacientes (61.5%) la admisión hospitalaria fue de tipo voluntario, mientras que para 17 de ellos (32.7%) fue involuntaria y en 3 de los casos no se detalló la voluntariedad del internamiento. La mayor parte de quienes ingresaron de manera voluntaria correspondió a personas portadoras de un trastorno depresivo (n=24, correspondiente al 46% de la muestra). En aquellos que ingresaron de forma involuntaria, el diagnóstico registrado al ingreso correspondió al trastorno bipolar (en 11 pacientes), a un episodio psicótico agudo (en 3 pacientes) y a un trastorno depresivo (en 3 pacientes).

Figura 4. Distribución de los pacientes según el tipo de ingreso.
Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio 2009.



Los 3 pacientes que ingresaron con un diagnóstico de episodio psicótico agudo fueron posteriormente egresados con un diagnóstico de trastorno bipolar, y a 2 de los 3 pacientes que ingresaron con un diagnóstico de trastorno depresivo, les fueron consignados en su admisión síntomas psicóticos. Según estos hallazgos, la presencia de psicosis se presenta como la tónica en los ingresos involuntarios por trastornos afectivos, siendo la mayoría de ellos pacientes con patología bipolar en fase maniacal, en los que, según Kaplan, hasta un 70% llega a presentar síntomas psicóticos al momento de su hospitalización (Kaplan y Sadock, 2008).

Podríamos suponer que en los casos en los que el ingreso fue voluntario, los pacientes (en su mayoría portadores de un trastorno depresivo) buscan activamente la ayuda profesional para aliviar sus síntomas; mientras que los ingresos involuntarios se tratan en su mayoría de pacientes psicóticos (siendo el grueso de ellos en esta muestra portadores de una manía con síntomas psicóticos), cuyo estado de desorganización afecta directamente su capacidad introspectiva y la posibilidad de ver el internamiento como una necesidad. No se dispone de datos estadísticos para correlacionar este hallazgo con lo ocurrido en otros años con respecto a la voluntariedad del ingreso.

Distribución según pabellón de egreso

En pabellón en el que se reportó la mayor cantidad de egresos de pacientes con trastornos afectivos fue el 1 de mujeres con un 44.2%, seguido del pabellón 2 de hombres con un 21.2% de los casos. Vemos que casi la mitad de la muestra está constituida por pacientes que egresaron del pabellón 1 de mujeres, sin embargo, debido a lo pequeño de la muestra y a que sólo constituye un bimestre elegido al azar, no es posible dilucidar el por qué de este hallazgo. Debe anotarse como en la experiencia subjetiva de los propios investigadores, que la cuota de egresos de los

pabellones de agudos tiende a variar ampliamente en el tiempo debido a múltiples factores.

Distribución según provincia de procedencia

Según el lugar de procedencia, se evidenció que San José contó con una tasa por 100 000 habitantes de 1.7, Alajuela de 0.9, Cartago de 1.2 y Heredia de 2.8. El ordenar por tasa el lugar de procedencia de los pacientes permite concluir que durante los dos meses de estudio, fue Heredia la provincia que aportó mayor cantidad de pacientes ingresados por un trastorno afectivo. Sería interesante que en futuras investigaciones se estudie a fondo este hallazgo.

Cuadro 2: Características generales de la muestra constituida por los pacientes que egresaron con un trastorno afectivo y que fueron valorados por medio de la entrevista semiestructurada. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Característica	Variable	n	%
Sexo	Masculino	15	50.0
	Femenino	15	50.0
	TOTAL	30	100
Grupo de edad	Menor a 19	1	3.3
	De 20 a 29	5	16.7
	De 30 a 39	5	16.7
	De 40 a 49	12	40.0
	De 50 a 59	6	20.0
	60 o más	1	3.3
	TOTAL	30	100
Ocupación	Desempleado	7	23.3
	Empleado	19	63.4
	Pensionado	4	13.3
	TOTAL	30	100
Pabellón donde estuvo	1 Hombres	8	26.7
	1 Mujeres	7	23.3
	2 Hombres	11	36.7
	2 Mujeres	4	13.3
	TOTAL	30	100
Tipo de ingreso	Voluntario	21	70.0
	Involuntario	9	30.0
	TOTAL	30	100

Se logró aplicar la entrevista semiestructurada a 30 pacientes, lo cual corresponde a un 57.6% del total de la muestra, o sea, un poco más de la mitad de la misma. Dentro de las razones que impidieron aplicar la entrevista semiestructurada a los restantes 22 pacientes tenemos que 8 de ellos declinaron de

participar en el estudio, 7 habían cambiado de domicilio posterior al egreso y vivían fuera del GAM al momento del estudio (5 de los cuales correspondieron a personas de origen nicaragüense que retornaron a su país de origen a los pocos días del alta hospitalaria); no fue posible contactar a 3 pacientes debido a que habían cambiado el número telefónico que reportaron al ingreso, otros 3 se ausentaron en varias ocasiones a las citas pactadas para realizar la entrevista, y 1 indicó que le era imposible presentarse en las instalaciones del hospital por limitaciones físicas.

Aún cuando se logró aplicar la entrevista semiestructurada a más del 50% de la muestra, vemos que existió una baja participación. Lo anterior podría deberse a diversos factores, entre los que podemos considerar a la inestabilidad residencial que en ocasiones caracteriza al paciente con enfermedad afectiva, al estigma que rodea a la patología psiquiátrica, a la desvinculación hospitalaria observada en los pacientes que tuvieron un ingreso involuntario o al hecho de que un porcentaje importante de personas extranjeras retorna a su país de origen tras haber sido egresados.

En cuanto a las características de los 30 pacientes que sí fueron valorados por medio de la entrevista semiestructurada y que están representados en el cuadro 2,

se evidenció que la distribución según el sexo fue del 50.0% para ambos géneros. Esto difiere un poco a lo encontrado en la muestra general de pacientes afectivos que cumplieron los criterios de selección del estudio, en donde las mujeres estuvieron representadas por un porcentaje levemente mayor.

Las edades promedio, el porcentaje de ocupación y la voluntariedad del ingreso variaron muy poco con respecto a los datos ya comentados para el grupo general de pacientes que egresaron con un trastorno afectivo. Tenemos que el grueso del grupo etario correspondió al ubicado entre los 40 y los 49 años (40.0%); la mayor proporción de ellos tenían un empleo (63.4%) y una proporción elevada (70%) ingresó de manera voluntaria. Sin embargo, en este grupo se observó con mayor frecuencia los egresos del pabellón 2 de hombres, distinto a lo observado en el grupo inicial de 52 pacientes, quienes con mayor frecuencia egresaron del pabellón 1 de mujeres.

Resulta poco práctico hacer comparaciones entre ambos grupos de pacientes (la totalidad de quienes cumplieron con los criterios de inclusión y aquellos a los que se les practicó la entrevista semiestructurada), debido al pequeño tamaño de la muestra, y al hecho de que las circunstancias que se relacionaron a la baja participación de los pacientes fueron bastante diversas.

Cuadro 3: Distribución de pacientes a quienes se les practicó la entrevista semiestructurada, según diagnóstico de ingreso y de egreso del último internamiento. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

	Diagnóstico	n	%
Diagnóstico de ingreso de último internamiento	Trastorno depresivo	16	53.4
	Trastorno bipolar	9	30.0
	Episodio maniaco	2	6.7
	Trastorno de personalidad	1	3.3
	Episodio psicótico	1	3.3
	Trastorno afectivo inespecífico	1	3.3
	TOTAL	30	100
Diagnóstico de egreso de último internamiento	Trastorno depresivo	15	50.0
	Trastorno bipolar	12	40.0
	Episodio maniaco	1	3.3
	Trastorno afectivo mixto atenuado *	1	3.3
	Distimia	1	3.3
	TOTAL	30	100

* se anota este diagnóstico literalmente, tal y como aparece en el expediente de salud

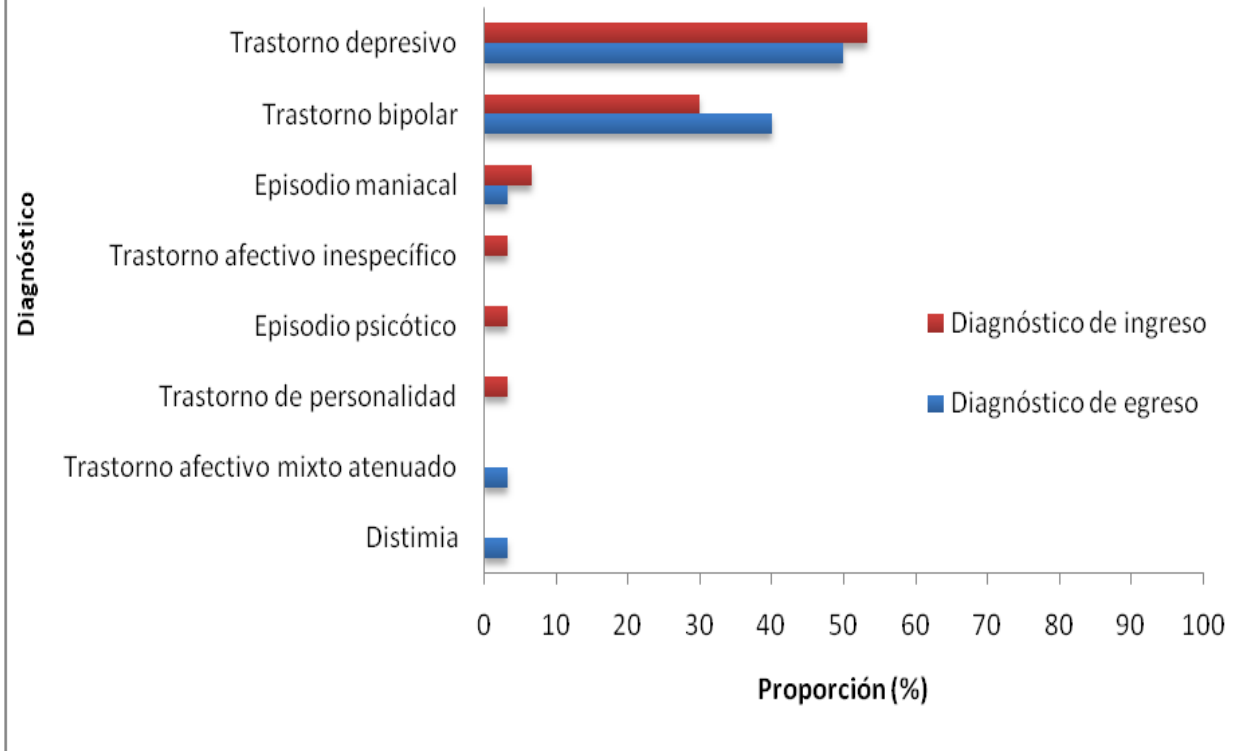
Al analizar los diagnósticos de ingreso y de egreso otorgados por los clínicos del HNP a los 30 pacientes a quienes se les realizó la entrevista semiestructurada, se evidenció que los trastornos depresivos constituyeron el grupo más frecuentemente observado; se incluyen en él tanto a los episodios depresivos como a los trastornos depresivos recurrentes. Estuvo seguido en frecuencia de aparición por el trastorno bipolar. Lo anterior ocurrió tanto a la hora del ingreso como del

egreso. Los detalles se pueden observar en el cuadro 3 y estos mismos resultados están esquematizados en las figura 5.

Dentro de los diagnósticos de egreso observamos que uno de ellos es el de "trastorno afectivo mixto atenuado", el cual no corresponde a ninguno de los códigos diagnósticos del CIE-10 y le fue asignada una categoría distinta por esta misma razón.

Se encontró que el 83.4% de los pacientes (n=25), fueron diagnosticados a su ingreso como trastornos depresivos o como trastornos afectivos bipolares, y que tal porcentaje se mantuvo similar al egreso, donde el 90% de los pacientes (n=27) tenían estos dos diagnósticos.

Figura 5: Distribución de pacientes según diagnóstico de ingreso y egreso del último internamiento. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.



Debemos anotar que durante el procesamiento de los datos obtenidos durante este estudio, se consideraron individualmente las distintas fases de la enfermedad bipolar, es decir, si estas correspondían a un episodio depresivo, mixto o maniaco. No se tomó en consideración la severidad del episodio depresivo como tal (si era leve, moderado o severo) o si éste se acompañaba de síntomas psicóticos, debido a que la severidad del episodio no siempre es anotada por los clínicos, por lo que estos datos son inconsistentes a la hora de ser procesados.

A la hora de estudiar la estabilidad del diagnóstico, se hizo una comparación del diagnóstico otorgado en dos momentos evaluativos diferentes: al ingreso del paciente y al egreso. Se encontró que del total de los 30 pacientes, solo a 5 no se les dio el alta con el mismo diagnóstico tabulado durante la admisión al hospital.

Se obtuvo que la estabilidad del diagnóstico fue de 83%, lo cual coincide con algunos valores reportados en la literatura en cuanto a una adecuada estabilidad diagnóstica (Baca-García et al, 2007). Tal estabilidad fue menor en el grupo de 22 pacientes que no quisieron participar del estudio, donde encontramos que el diagnóstico de ingreso fue el mismo que el concedido al egreso en el 72% de las veces (16 de los 22 pacientes). Las razones por las cuales la estabilidad del diagnóstico fue mayor entre quienes posteriormente accedieron a que se les aplicara la SCID-I son desconocidas. Podría pensarse que tales usuarios están más conscientes de su patología (y por tanto accedieron en mayor grado a participar de una investigación relacionada a su padecimiento), lo cual se traduciría en menor variabilidad del diagnóstico. También podría conjeturarse que los usuarios que declinaron de participar en el estudio exhibieron sintomatología menos clara (y por tanto su diagnóstico fue menos estable), pero tales asunciones solo podrían develarse en el marco de futuras investigaciones que abarquen este tema.

Un elemento que merece ser destacado es que, además de hacer una comparación entre los diagnósticos que recibieron los pacientes en dos momentos evaluativos, también se compararon diagnósticos que fueron otorgados por distintos evaluadores (el encargado del ingreso que usualmente es un residente de Psiquiatría y el encargado del egreso, que usualmente es un especialista en Psiquiatría), lo cual pudo haber incidido en una estabilidad diagnóstica real menor.

Según el estudio de Baca-García, la consistencia retrospectiva (que es equivalente a sensibilidad o fiabilidad del diagnóstico), corresponde a la proporción de individuos que han recibido un diagnóstico en su última evaluación que es igual al recibido en su primera evaluación. En los pacientes hospitalizados con trastornos del afecto, tal fiabilidad fue del 89,2% según lo reportado por este autor, la cual es similar a la fiabilidad encontrada en nuestro estudio (Baca-García et al, 2007).

Woo estimó en su investigación una estabilidad de los trastornos afectivos del 61,3%, la cual es notoriamente menor a la reportada por Baca-García. En este estudio, el 38,7% de los pacientes que fueron admitidos en una unidad de Emergencias Psiquiátricas tuvo un cambio en su diagnóstico inicial al momento del alta hospitalaria. De 126 diagnósticos de trastornos depresivos hechos al ingreso,

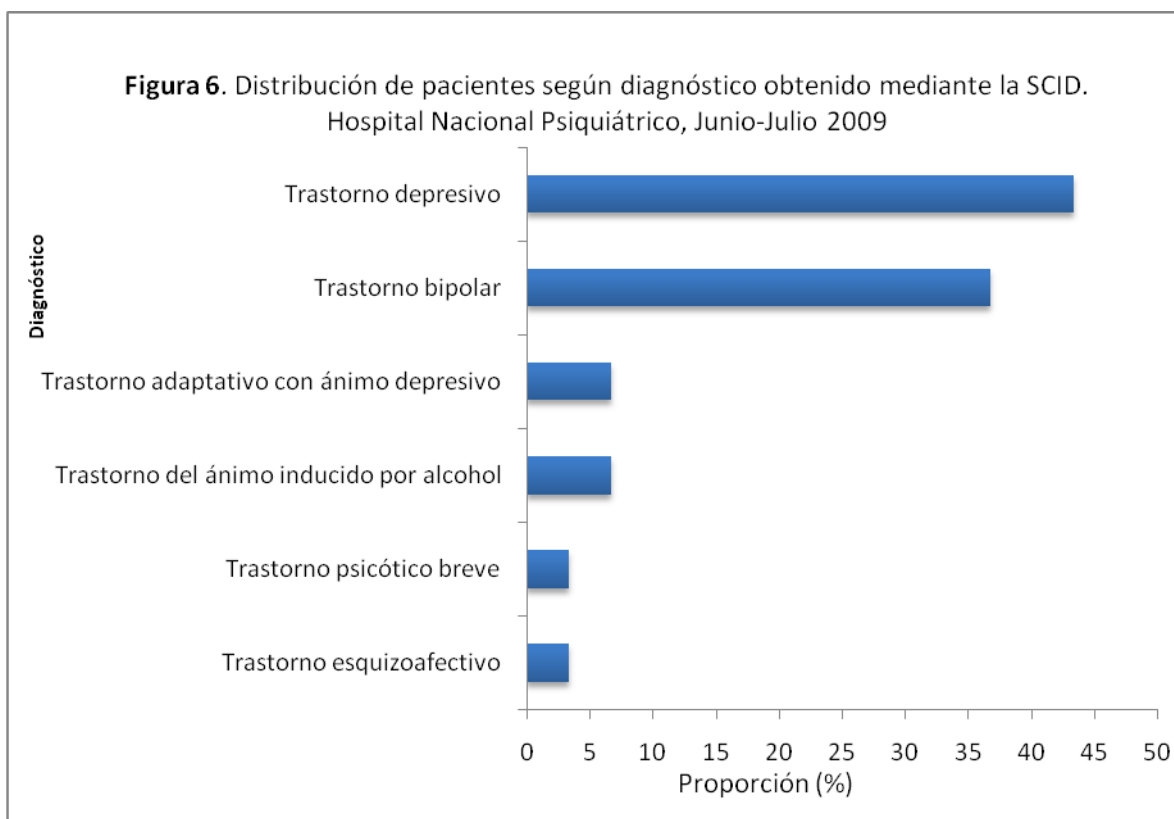
solo 78 fueron egresados como tales (61%), y de 296 pacientes ingresados con el diagnóstico de trastorno bipolar, solo 192 persistieron con el mismo diagnóstico al momento del alta hospitalaria (64%) (Woo et al, 2006). Tal estabilidad es menor que la encontrada tanto en los pacientes a quienes se les practicó posteriormente una entrevista, como en aquellos que declinaron de participar en la investigación.

Cuadro 4: Distribución de pacientes según diagnóstico obtenido a través de la SCID. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Diagnóstico obtenido a través de SCID	n	%
Trastorno depresivo	13	43.3
Trastorno bipolar	11	36.7
Trastorno del ánimo inducidos por alcohol	2	6.7
Trastorno adaptativo con ánimo depresivo	2	6.7
Trastorno esquizoafectivo	1	3.3
Trastorno psicótico breve	1	3.3
Total	30	100

Cuando se aplicó la entrevista semiestructurada (SCID) a la muestra de 30 pacientes, se obtuvo que el trastorno depresivo estuvo presente en el 43.3% de ellos, mientras que en el 36.7% se halló al trastorno bipolar. En menor proporción se encontró al trastorno adaptativo (6,7%), al trastorno del ánimo inducido por alcohol (6,7%), y al trastorno esquizoafectivo y al trastorno psicótico, encontrados

estos últimos en un paciente cada uno. Estos resultados se detallan en el cuadro 4 y se esquematizan en la figura 6.



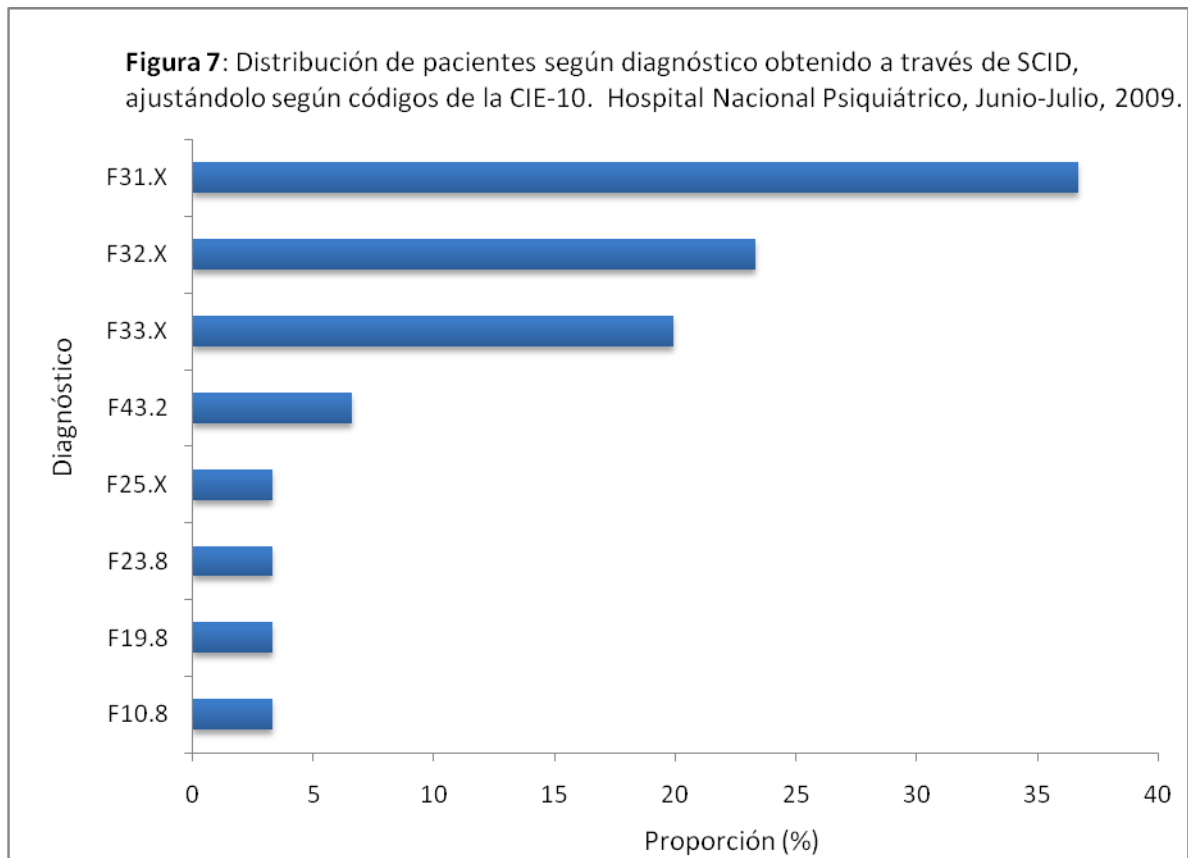
Teniendo en cuenta que la nomenclatura utilizada en el HNP (CIE-10) es distinta a la encontrada en el SCID (DSM-IV), y con el fin de proceder a realizar comparaciones entre los diagnósticos obtenidos a través de la SCID con los diagnósticos de egreso, se procedió a convertir el diagnóstico arrojado por la SCID en el diagnóstico equivalente para el CIE-10, según las tablas de conversión

internacionalmente aceptadas y esquematizada en la página 89 de la presente tesis. Tales resultados son reproducidos en el cuadro 5.

Cuadro 5: Distribución de pacientes según diagnóstico obtenido a través de SCID, ajustados según códigos de la CIE-10. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Diagnóstico ajustado a código CIE-10	Código en la CIE-10	N	%
Trastorno mental y del comportamiento 2rio al consumo de alcohol	F10.8	1	3.3
Trastorno mental y del comportamiento 2rio al consumo de múltiples drogas	F19.8	1	3.3
Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	F23.8	1	3.3
Trastorno esquizoafectivo	F25.X	1	3.3
Trastorno bipolar	F31.X	11	36.7
Episodio depresivo	F32.X	7	23.3
Trastorno depresivo recurrente	F33.X	6	19.9
Trastorno de adaptación	F42."	2	6.6
TOTAL		30	100

A la hora de corregir el diagnóstico obtenido mediante la SCID ajustándolo a la nomenclatura de la CIE-10 y diferenciando al grupo inicial de trastornos depresivos en episodios depresivos y trastornos depresivos recurrentes según correspondiese, se tiene que el diagnóstico más frecuente en los pacientes entrevistados fue el de Trastorno Afectivo Bipolar (36,7 % de los casos), siguiendo los Episodios Depresivos en un 23,3% y el Trastorno Depresivo Recurrente en una quinta parte del total de pacientes entrevistados. Ver los detalles en la figura 7.



Retomando lo expuesto en los párrafos anteriores y lo detallado en los cuadros 3 y 4, podemos hablar de tres momentos evaluativos para esta muestra de 30 pacientes. El primero fue durante el ingreso y estuvo a cargo del residente de Psiquiatría, el segundo ocurrió a la hora del egreso y el responsable fue el especialista en Psiquiatría y el tercero de ellos sucedió durante la aplicación de la SCID, a cargo de ambos autores de la presente tesis.

A la hora de hacer una comparación de dichos momentos evaluativos, vemos que para los trastornos depresivos, la SCID reportó un porcentaje menor de aparición del mismo (un 43,3% versus cifras un poco mayores al 50% en los diagnósticos de ingreso y de egreso). Para el trastorno bipolar, el porcentaje obtenido por medio de la SCID se ubicó entre los porcentajes de ingreso y de egreso.

Según la SCID, el 80% de los pacientes resultaron ser portadores de un trastorno depresivo o de un trastorno bipolar, lo que implica una diferencia de -3,33% al compararlo con los datos de ingreso, y una diferencia de -10% con respecto a los de egreso.

Como en nuestro estudio la fiabilidad se investigó comparando el diagnóstico de egreso con el obtenido a través de la SCID, en los siguientes párrafos se omitirá lo referente a los diagnósticos de ingreso.

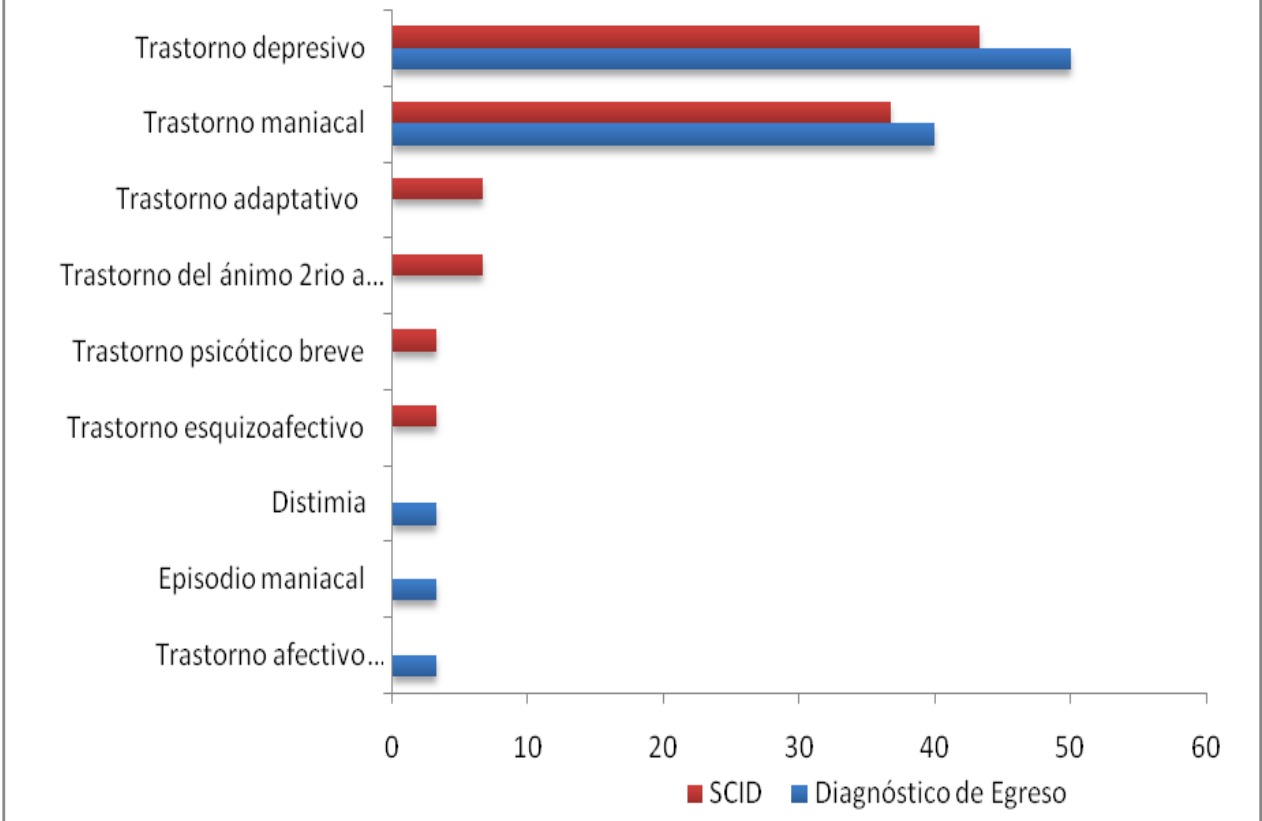
A la hora de comparar los diagnósticos uno a uno (y no solo considerando a los trastornos depresivos o a los trastornos bipolares como un solo grupo), se observó que solo en el 46,6% de las veces hubo concordancia exacta entre el diagnóstico

de egreso y el obtenido mediante el instrumento, evidenciándose una fiabilidad de moderada a baja.

En síntesis, se encontró que el valor de estabilidad diagnóstica en los pacientes que accedieron a participar del estudio fue del 83%, mientras que el valor de la fiabilidad diagnóstica fue de 46,6%. Esto significa que en más de tres cuartas partes de las veces, los evaluadores clínicos concordaron entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso, pero en menos de la mitad de las veces el diagnóstico de egreso concordó con el obtenido por medio de una entrevista semiestructurada.

En la figura 8 puede verse una comparación gráfica entre los diagnósticos de egreso con los diagnósticos obtenidos a través de la SCID-I.

Figura 8: Comparación de diagnósticos de egreso vrs obtenidos a través de entrevista semi estructurada en pacientes con trastornos afectivos. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio. 2009.



En los casos en los que no hubo concordancia entre el diagnóstico de egreso y el diagnóstico de la SCID, encontramos que en 2 de ellos (el 25.0%), el diagnóstico obtenido a través de la SCID fue el trastorno adaptativo; lo mismo se encontró para el trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, tal y como se puede observar en el cuadro 6.

Cuadro 6: Diagnóstico en pacientes sin concordancia entre diagnóstico de egreso y diagnóstico de entrevista semi estructurada. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

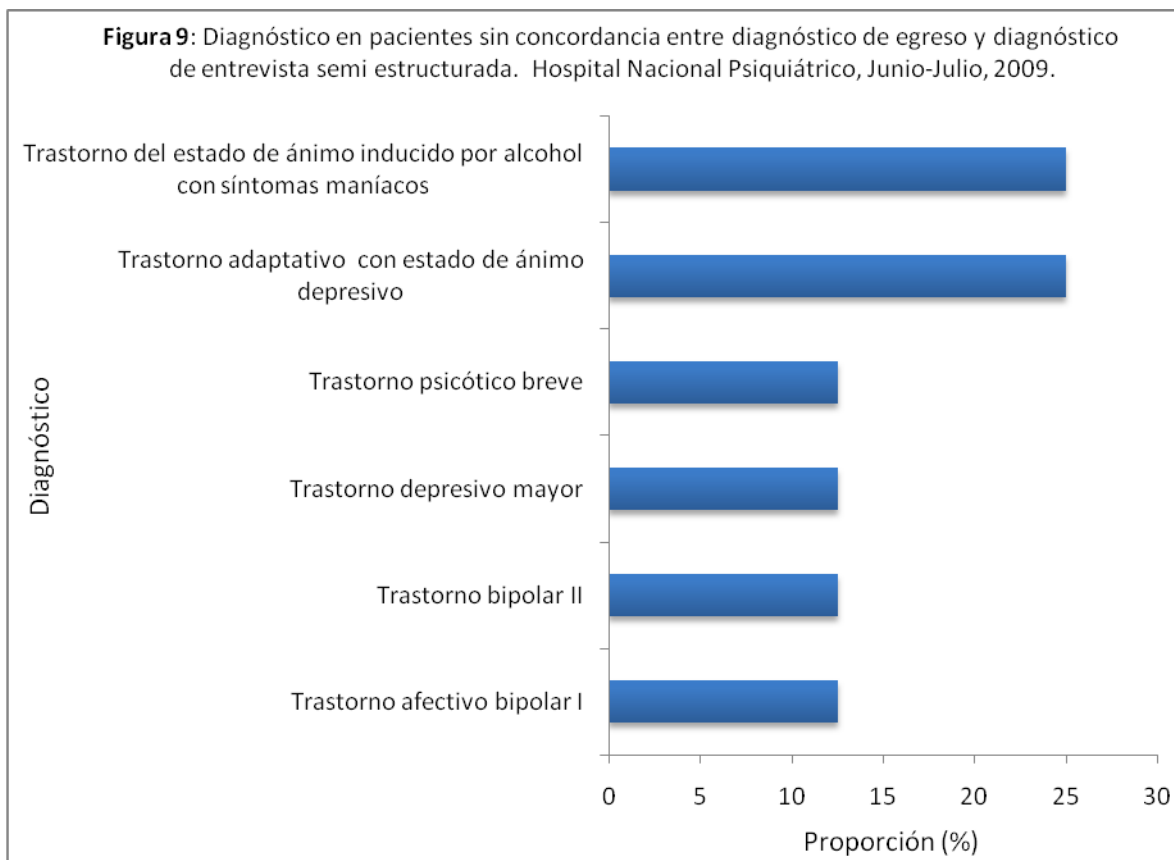
	n	%
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	2	25.0
Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol con síntomas maníacos	2	25.0
Trastorno afectivo bipolar I	1	12.5
Trastorno bipolar II	1	12.5
Trastorno depresivo mayor	1	12.5
Trastorno psicótico breve	1	12.5

A la hora de analizar los diagnósticos discordantes, se encontraron dos pacientes en los que la SCID evidenció un trastorno adaptativo con ánimo depresivo. En estos casos, los síntomas afectivos estuvieron presentes por un tiempo menor a las dos semanas necesarias para poder hablar de un episodio depresivo.

En otros dos casos en los que hubo discordancia entre los diagnósticos, vemos que el SCID arrojó el diagnóstico de trastorno afectivo secundario al consumo de alcohol, y que el diagnóstico de egreso había sido el trastorno afectivo bipolar tipo I en fase maniaca en uno de los casos y en el otro había sido el de episodio maniaca.

En estas entidades, los criterios definitorios hablan claramente de que los síntomas afectivos no pueden ser atribuidos al efecto directo de una enfermedad o al uso de sustancias psicoactivas; durante la realización de la SCID se evidenció que estos cuadros estuvieron en relación directa con el consumo del alcohol en uno de los casos y en el otro se asoció también el consumo de otras sustancias como la cannabis y la cocaína, y que además hubo desvanecimiento de los síntomas con el cese de la ingesta de dichas sustancias.

En la figura 9 se detalla el diagnóstico encontrado a través de la SCID en los casos en los cuales no hubo concordancia entre el diagnóstico de egreso y tal entrevista semiestructurada.



Llama la atención como tras la aplicación del instrumento de entrevista, 6 de los 8 diagnósticos que resultaron discordantes con respecto a los de egreso no fueron formulados en ningún momento durante el internamiento (representando el 20% del total de las entrevistas realizadas, o sea, una quinta parte). Tal hallazgo se resume en el siguiente cuadro, donde además se hace una comparación con el diagnóstico que fue otorgado a cada paciente al egreso.

Cuadro 7: Distribución de pacientes cuyo diagnóstico SCID no fue formulado en ningún momento por el equipo clínico. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Diagnóstico clínico de egreso	Diagnóstico obtenido mediante SCID
Episodio depresivo moderado	Trastorno adaptativo con ánimo depresivo
Episodio depresivo moderado	Trastorno adaptativo con ánimo depresivo
Trastorno bipolar I (maniacal)	Trastorno del ánimo 2rio a alcohol
Episodio maniacal	Trastorno del ánimo 2rio a alcohol
Trastorno bipolar I (mixto con psicosis)	Trastorno esquizoafectivo
Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos	Trastorno psicótico breve

Por su parte, fueron tres los diagnósticos formulados por los clínicos que no aparecieron al realizar la SCID; uno de estos tres casos fue el de episodio maniacal, que podría explicarse por el hecho de que el CIE-10 permite su diagnóstico como entidad independiente, mientras que el DSM-IV automáticamente lo clasifica como un trastorno afectivo bipolar). Los otros dos correspondieron a una Distimia y a un Trastorno afectivo mixto atenuado (este último no se encuentra del todo dentro de la clasificación de trastornos afectivos en el CIE-10 ni en el DSM-IV).

Dentro de los factores que posiblemente redujeron la fiabilidad diagnóstica en aquellos casos en los que no hubo concordancia entre el diagnóstico clínico y el obtenido mediante la aplicación del SCID, se evidenció que el uso inapropiado de

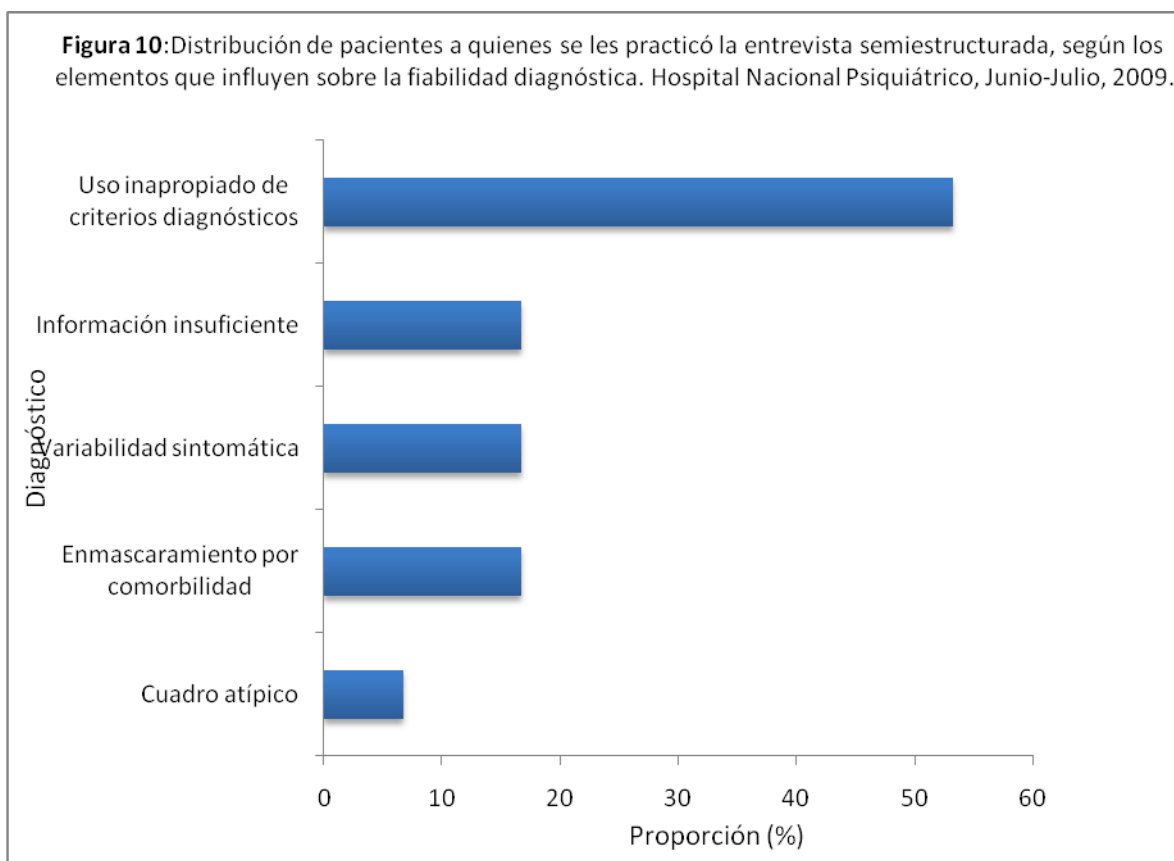
criterios diagnósticos fue la condición más prevalente (en el 53.3% de los casos), seguido del enmascaramiento por la comorbilidad, la variabilidad sintomática y de la información insuficiente recolectada durante el internamiento, las últimas tres condiciones se presentó en el 16.7% de los casos. Ver el cuadro 8.

Cuadro 8: Distribución de pacientes a quienes se les practicó la entrevista semiestructurada, según los elementos que podrían influir sobre la fiabilidad diagnóstica. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Elementos que influyen sobre fiabilidad diagnóstica	N	%
Uso inapropiado de criterios diagnósticos	16	53.3
Enmascaramiento por comorbilidad	5	16.7
Variabilidad sintomática	5	16.7
Información insuficiente	5	16.7
Cuadro atípico	2	6.7

Los 6 diagnósticos que la entrevista semiestructurada arrojó y que no fueron formulados al ingreso ni al egreso de los pacientes, podrían estar relacionados al uso inapropiado de los criterios clasificatorios. Además de este elemento, en los dos pacientes donde la entrevista evidenció un trastorno afectivo secundario al consumo de alcohol, se consignó adicionalmente a la comorbilidad del uso/abuso del alcohol como contribuyente de una fiabilidad diagnóstica limitada. En la figura

10 se puede apreciar la distribución de los pacientes según los factores que posiblemente disminuyeron la fiabilidad diagnóstica.



Una de las metas del presente estudio consistió en estudiar si existía alguna tendencia de acuerdo al género del clínico que otorga el diagnóstico por algún grupo diagnóstico en particular. Tenemos que del total de 30 pacientes a quienes se les practicó la SCID, el género del especialista que realizó el egreso hospitalario fue en el 43.3% de los casos femenino y en el 56.7% masculino, lo cual muestra que

cada género realizó aproximadamente la mitad de los diagnósticos en cuestión, tal y como era de esperarse al contar los Pabellones de Corta Estancia con igual número de psiquiatras hombres como de mujeres (siendo 4 profesionales hombres y 4 mujeres los que atendían tales Pabellones al momento de realizarse el estudio).

Al comparar la concordancia de los diagnósticos de egreso con el arrojado por la entrevista semiestructurada y el sexo del especialista, se evidenció que cuando el sexo del profesional fue femenino, hubo una concordancia del 100% para el trastorno depresivo y de 75% (3 de los 4 casos) para el trastorno bipolar. En cambio, cuando el profesional fue masculino, la concordancia fue de 50% (4 de 8 pacientes) para el trastorno depresivo y de 87.5% (7 de 8 pacientes) para el trastorno bipolar, tal y como se observa en el cuadro 9.

Si bien la muestra tiene un tamaño reducido y hubo un corto periodo de inclusión de pacientes, llama la atención como el profesional femenino que diagnosticó depresión, ya sea como un episodio depresivo o como un trastorno depresivo recurrente, coincidió en el 100% de las veces con el resultado obtenido al utilizar una entrevista semiestructurada. Sin embargo, lo anterior sólo ocurrió en la mitad de los casos cuando el profesional que realizó el diagnóstico fue del sexo masculino.

Cuadro 8: Número de pacientes según diagnóstico de egreso y diagnóstico de entrevista semi estructurada. Hospital Nacional Psiquiátrico, Junio-Julio, 2009.

Sexo del especialista	Diagnóstico egreso	SCID						Total
		Trastorno adaptativo	Trastorno bipolar	Trastorno del estado de ánimo secundario a alcohol	Trastorno depresivo	Trastorno esquizoafectivo	Trastorno psicótico breve	
Femenino	Distimia	0	0	0	1	0	0	1
	Episodio maniaco	0	0	0	0	0	0	1
	Trast. afectivo mixto	0	0	0	1	0	0	1
	Trastorno bipolar	0	3	0	0	1	0	4
	Trastorno depresivo	0	0	0	7	0	0	7
Masculino	Distimia	0	0	0	0	0	0	0
	Episodio maniaco	0	0	1	0	0	0	1
	Trast. afectivo mixto	0	0	0	0	0	0	0
	Trastorno bipolar	0	7	1	0	0	0	8
	Trastorno depresivo	2	1	0	4	0	1	8
General	Distimia	0	0	0	1	0	0	1
	Episodio maniaco	0	0	0	0	0	0	1
	Trast. afectivo mixto	0	0	0	1	0	0	1
	Trastorno bipolar	0	3	0	0	1	0	4
	Trastorno depresivo	0	0	0	7	0	0	7

En su estudio, la Dra. Montero comenta acerca de la tendencia del personal clínico femenino de sobre diagnosticar un trastorno afectivo y atribuye este hallazgo a que las mujeres tienden a expresar más síntomas afectivos con respecto a los varones durante la entrevista y a que los psiquiatras en general tienden a

sobrevalorar los síntomas afectivos en mujeres pero no en varones, lo cual podría estar relacionado con diferencias de género aprendidas culturalmente (Montero et al., 2002).

Capítulo 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. De los pacientes egresados con trastornos afectivos que formaban parte de la muestra, se evidenció que dos terceras partes fueron del sexo femenino.
2. No se encontró diferencia con respecto al diagnóstico de ingreso, entre las personas con una relación estable y las que no tenían actualmente pareja.
3. Más de las dos terceras partes de la muestra contaba al momento del ingreso al hospital, con un empleo estable o algún grado de ocupación.
4. Del tercio de ingresos por trastornos afectivos que fueron involuntarios, la presencia de psicosis estuvo presente en casi en todos, siendo la mayoría de estos pacientes portadores de enfermedad bipolar en fase maniacal.
5. Entre las cuatro provincias del GAM estudiadas, Heredia fue la que aportó la mayor cantidad de pacientes ingresados por un trastorno afectivo, seguida de la provincia de San José.

6. Se encontró una baja participación de los pacientes que formaron parte de la muestra, lográndose aplicar la entrevista semiestructurada a poco más de la mitad de las personas elegibles. Esto podría deberse a diversos factores, como la inestabilidad residencial que en ocasiones caracteriza al paciente con enfermedad afectiva, al estigma que rodea el diagnóstico, a la desvinculación hospitalaria observada en usuarios que tuvieron un ingreso involuntario o al hecho de que un porcentaje importante de usuarios extranjeros retorna a su país de origen tras el egreso.
7. Se observó una estabilidad del diagnóstico de mediana a alta, similar a la reportada en la literatura, al comparar los diagnósticos hechos por los clínicos al ingreso con los hechos al egreso.
8. En menos de la mitad de las veces hubo concordancia entre los diagnósticos hechos por los clínicos al egreso y los encontrados tras la aplicación de una entrevista semiestructurada, lo cual exhibe una fiabilidad diagnóstica de moderada a baja.
9. Tras la aplicación del instrumento diagnóstico, aparecieron 6 entidades diagnósticas que no habían sido del todo formuladas durante el ingreso o el

egreso de los pacientes, representando una quinta parte del total de las entrevistas realizadas.

10. Todas las veces que el diagnóstico de trastorno depresivo fue hecho por una mujer, este fue concordante con el obtenido por los investigadores mediante la SCID.

11. Solo en la mitad de las ocasiones que el diagnóstico de trastorno depresivo fue hecho por un hombre, este fue concordante con el obtenido mediante una entrevista semiestructurada.

12. El diagnóstico del trastorno bipolar hecho por el clínico al egreso fue concordante con el obtenido a través de la SCID en las tres cuartas partes de la muestra cuando el primero era hecho por una mujer, y tuvo mayor concordancia cuando fue hecho por un clínico del sexo masculino.

13. Los diagnósticos más frecuentes obtenidos cuando no hubo concordancia entre el clínico y los hallazgos de la entrevista semiestructurada fueron 2 casos de trastorno adaptativo con ánimo depresivo, 2 casos de trastorno afectivo secundario al consumo de alcohol y en menor número el trastorno

psicótico breve, el trastorno esquizoafectivo, la distimia, el trastorno afectivo inespecífico y el episodio maniaco.

14. Los elementos que pudieron haber influido en la fiabilidad diagnóstica en los casos donde no hubo concordancia entre diagnósticos fueron en orden de importancia el uso inapropiado de criterios diagnósticos, el enmascaramiento por comorbilidad, la variabilidad sintomática y por último la recolección insuficiente de información.

15. En la actualidad se cuenta con pocos instrumentos de acceso gratuito para medir la estabilidad o fiabilidad del diagnóstico; además, la capacitación para utilizar algunos de ellos tiene un costo económico importante.

5.2 RECOMENDACIONES

Es necesario objetivar la evaluación clínica del paciente con enfermedad afectiva con el fin de lograr la máxima estabilidad del diagnóstico que se otorga. Tal objetivación en el abordaje también supondría una mejoría en la fiabilidad del diagnóstico, lo cual se traduciría en beneficios directos para el paciente, su familia y para el país.

Sería importante expandir este tipo de investigación a otras entidades diagnósticas como los trastornos psicóticos y los trastornos de ansiedad.

Además, sería conveniente realizar un estudio similar al presente en una muestra mayor de pacientes, y poder de esta manera obtener resultados más concluyentes.

El incorporar entrevistas semiestructuradas similares a la utilizada en este estudio, supondría un beneficio en la evaluación clínica de los pacientes atendidos en el HNP.

En futuras investigaciones que sigan la línea de analizar la validez del diagnóstico psiquiátrico, es fundamental plantear estudios que tomen en cuenta la comorbilidad de los pacientes con otros trastornos del eje I o del eje II, puesto que la misma puede incidir de forma directa la estabilidad y fiabilidad del trabajo clínico.

En la formación de los futuros profesionales en salud mental debería darse importancia al uso de entrevistas semiestructuradas y los temas relacionados con la fiabilidad y la estabilidad del diagnóstico.

Resulta fundamental la recolección exhaustiva de los datos de la historia clínica; esto, junto al uso fiel de los criterios diagnósticos, permitiría la formulación de diagnósticos más fiables.

Las autoridades hospitalarias deberían dar importancia al tema de la fiabilidad y de la estabilidad de los diagnósticos en Psiquiatría, y destinar mayores recursos, tanto humanos como económicos, para mejorar los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario Estadístico Hospital Nacional Psiquiátrico. 2008.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-4)*. Washington D.C.: APA.
3. American Psychiatric Association, (APA). (2010). DSM History. Obtenida el 2 de mayo de 2009, de http://www.psychiatry.org/MainMenu/Research/DSMIV/History_1.aspx
4. American Psychological Association. (1994). *Manual de la publicación de la American Psychological Association 4^a ed.* Washington, C.C.: Autor.
5. Andrews, G. y Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(2), 80-88.
6. Asociación Psiquiátrica de América Latina, (APAL). (2003), Sección de Diagnóstico y Clasificación. *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)*. México D.F.: APAL.
7. Baca García, E., Pérez Rodríguez M., Basurte Villamor I., Fernández del Moral A., Jiménez Arriero M., González de Rivera J., Saiz Ruiz J., y Oquendo M. (2007). Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry: the journal of mental science* (190), 210-216.

8. Brugha T., Jenkins R., Taub N., Meltzer H., y Bebbington P. (2001). A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychological Medicine* (31), 1001-1013.
9. Bülow, P. y Svensson, T. (2005). Stability of diagnoses in a cohort of patients in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research* 7(1), 23-40.
10. Clayton, A. (1992). Unipolar depression: diagnostic inconsistency and its implications. *Journal of Affective Disorders* (26), 111-116.
11. Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. (2000). Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados. *Bulletin of the World Health Organization* 78(4), 413-426.
12. Coryell, W., Endicott J., Maser, J., Keller, M., Leon, A., y Akiskal, A. (1994). The long-term stability of depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry* (151), 199-204.
13. Daradkeh, T. (1996). Stability of psychiatric diagnoses in clinical practice. *The International Journal of Social Psychiatry* 42(3), 207-212.
14. Fennig, S. (1994). Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *American Journal of Psychiatry* 151(8), 1200-1208.

15. First, M., Spitzer R., Williams, J., Gibbon, M. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, versión clínica (SCID-I-VC)*. Barcelona: Masson.
16. Gigantesco A. y Morosini P. (2008). Development, reliability and factor analysis of a self-administered questionnaire which originates from the World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview – Short Form (CIDI-SF) for assessing mental disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* (4), 8
17. Ginath, Y. (1996). Patterns of use and changes in diagnosis during first admission. National Case Register Study. *Psychopathology* 29(1), 39-45.
18. Heerlein, Andrés. (2004). Desafíos en Psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 42(2), 75-80.
19. Hollister, L. (1992). Stability of psychiatric diagnoses among acutely ill patients. *Psychopathology* 25(4), 204-208.
20. Hueso, H. (2006). La necesaria subjetividad de la psiquiatría basada tanto en evidencias como en narrativas. *VITAE, Academia Biomédica Digital* (29), oct-dic.
21. Kaplan, Harold y Sadock, Benjamin. (2008). *Sinopsis de Psiquiatría* (10a ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

22. Kendell, R. (2005). La estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. *Psiquiatría Biológica* 12(6), 240-243.
23. Khan, A. y Shaikh, M. (2008). Challenging the established diagnosis in psychiatric practice: is it worth it?. *Journal of Psychiatric Practice* 14(1), 67-72.
24. Lecrubier, Y. (2008). Refinement of diagnosis and disease classification in psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 258[suppl 1], 6–11.
25. López, J., Baca, E., Botillo, C., Quintero, J., Navarro, R., Neguerruela, M., Pérez, M., Basuarte, I., Fernandez, A., Jimenez, M., Gonzales, J. (2008). Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar. *Actas Españolas de Psiquiatría* 36(4), 205-209.
26. Merriam Webster. (2009). Merriam-Webster OnLine. Obtenida el 17 de febrero de 2009, de <http://www.merriam-webster.com/>
27. Möller, Hans-Jürgen. (2008). Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches. Kraepelin's dichotomy and beyond. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 258[suppl 2], 48–73.
28. Montero, P., Balderas T., Pereira M., Lizano A., Armas R., Medina R., Contreras S., Dassari A., Katz I., Levinson D., Garbarz J., Escamilla M., y Raventós H. (2002). Resultados de la categorización de una muestra de pacientes con

- diagnóstico de egreso de esquizofrenia. *Acta Médica Costarricense* 44(2), 74-78.
29. Nelson, C. (1999). The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) web site. *Bulletin of the World Health Organization* 77(7), p.614.
30. Patten S. (1997). Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for Major Depression in Community and Clinical Samples. *Chronic Diseases in Canada* 18(3), 109-112.
31. Perales, Alberto. (1998). *Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo*. Lima: UNMSM.
32. Phillips, Katharine; First, Michael y Pincus Harold. (2005). *Avances en el DSM, dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: MASSON.
33. Quintana M., Andreoli S., Jorge M., Gastal F., Miranda C. (2004). The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* (37), 1739-1745.
34. Rettew, D., Doyle, A., Achenbach, T., Levent, D., y Ivanova, M. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (18)3, 169–184.

35. Rice, J. (1992). Stability of psychiatric diagnoses. An application to the affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 49(10), 824-830.
36. Rice, J. y Todorov A. (1994). Stability of diagnosis: application to phenotype definition. *Schizophreny Bulletin* (20), 185-190.
37. Rogers, R. (2003). Standarizing DSM-IV diagnosis: the clinical applications of structured interviews. *Journal of Personality Assessment* 3(81), 220-225.
38. Rojas Rodríguez, Krisia. (2009). *Diagnóstico y estabilidad diagnóstica de pacientes egresados como Trastorno Esquizoafectivo en el año 2005 en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Tesis de especialidad en Psiquiatría, Sistema de estudios de Postgrado: Universidad de Costa Rica.
39. Saettone, L y Duarte, G. (2002). Rediagnóstico en pacientes ingresados al Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina en el Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (1), 86-95.
40. Sánchez A., Schlatter J., Ortuno F., Lahortiga F., Pla J., Benito S., Martínez M. (2008). Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry* (8), 43.
41. Sánchez, R., Jaramillo, L., y Quintero C. (2002). Estabilidad del diagnóstico psiquiátrico en pacientes de consulta externa. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 31(2), 91-112.

42. Snyder, S. (1990). Change in diagnosis at termination of psychiatric consultation. *Hospital & Community Psychiatry* 41(3), 286-289.
43. Spitzer R., Williams, J., Gibbon, M., First, M. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) I: History, Rationale, and Description. *Archives of General Psychiatry* (49), 624-629.
44. Universidad Nacional (UNA) – Escuela de Ciencias Geográficas. (2006). *Análisis del territorio periurbano, actividades ecoturísticas y paisaje de la Gran Área Metropolitana de Costa Rica, Informe Final*. Heredia, Costa Rica: El Autor.
45. Vacc, N. y Juhnke, G. (1997). The use of structured interviews for assessment in counseling. *Journal of Counseling and Development* (85), jul-ago.
46. Vetter, P. y Köller, O. (1993). Stability of diagnoses in various psychiatric disorders: a study of long-term course. *Psychopathology* 26(3-4), 173-180.
47. Whitty, P., Clark, M., MacTigue, O., Browne, S., Kamali, M., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2005). Diagnostic Stability Four Years After a First Episode of Psychosis. *Psychiatric Services* (56), 1084–1088.
48. Woo, B., Sevilla, C., y S. Obrocea, G. (2006). Factors influencing the stability of psychiatric diagnoses in the emergency setting: review of 934 consecutively inpatient admissions. *General Hospital Psychiatry* (28), 434-436.

49. World Health Organization, (WHO). (2004). Composite International Diagnostic Interview. Obtenida el 19 de enero de 2009, de <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/>
50. World Health Organization, (WHO). (2009). Composite International Diagnostic Interview. Obtenida el 19 de enero de 2009, de <http://www.who.int/msa/cidi/>
51. World Health Organization, (WHO). (2009). Structured Clinical Assessments for Neuropsychiatry. Obtenida el 20 de enero de 2009, de <http://www.who.int/msa/scan>
52. World Health Organization. (1997). *Composite International Diagnostic Interview, version 2.1*. Geneva: WHO.
53. World Health Organization, (WHO). (2010). History of the Development of the ICD. Obtenida el 15 de enero de 2010 de <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
54. World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10)*. Geneva: WHO.
55. World Health Organization. (1999). *Structured Clinical Assessments for Neuropsychiatry, version 2.1*. Génova: WHO.

ANEXOS

ANEXO 1: Fórmula de consentimiento informado

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (para ser sujeto de investigación)	
ESTUDIO SOBRE LA FIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRASTORNOS AFECTIVOS EGRESADOS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO LOS MESES DE JUNIO, Y JULIO DE 2009	
Nombre de los investigadores: Dra. Meriana Porras Marín y Dr. Eduardo Chavarría Bolaños	
Nombre del participante: _____	
A. Propósito del proyecto	Este es un trabajo de investigación para realizar la tesis de graduación de la especialidad de Psiquiatría de ambos investigadores, quienes trabajan como médicos residentes de tercer año. Este estudio se realiza con la autorización del Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) del Hospital Nacional Psiquiátrico. Con este estudio pretendemos estudiar la fiabilidad (confiabilidad) de los diagnósticos de egreso (de salida) que obtienen los pacientes que estuvieron internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico.
B. ¿Qué se hará?	Si acepto participar en este estudio, se me realizará una entrevista en la cual contestaré una serie de preguntas para que los investigadores obtengan un diagnóstico de mi padecimiento, según las normas internacionales de clasificación en Psiquiatría. No se requiere de ningún procedimiento invasivo durante esta investigación.
C. Riesgos	No se espera ningún tipo de riesgo para los participantes del presente estudio. Tampoco se comprometerá la privacidad de los participantes pues la información obtenida es confidencial.
D. Beneficios	Los beneficios que obtendrán serán indirectos al permitir que los investigadores realicen un estudio para conocer la confiabilidad de los diagnósticos que se otorgan en el Hospital Nacional Psiquiátrico; lo anterior es un aporte al conocimiento científico de los profesionales de dicho centro y traerá consigo beneficios en la atención futura de los pacientes.
E.	Antes de dar su autorización para participar en este estudio, usted debe haber recibido la explicación verbal de alguno de los investigadores y éste debe haber aclarado todas sus dudas sobre el proyecto de investigación. Si quisiera más información puedo llamar a los autores al teléfono 2232-2155 durante horas laborales o bien puedo consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación en el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS), teléfonos 2233-3594 o 2223-0333, extensión 292 de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2207-4201 o 2207-5839 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
F.	Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

G. Mi participación en este estudio es voluntaria, tengo el derecho de negarme a participar o a retirarme durante la entrevista en cualquier momento sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otros tipos que requiero.

H. Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de manera anónima (secreta).

I. No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto

Nombre, cédula y firma del testigo

Dra. Meriana Porras Marín

cédula 1-1094-0659

Dr. Eduardo Chavarría Bolaños

cédula no. 1-1062-0246

Nombre, cédula y firma de los investigadores que solicitan el consentimiento

ANEXO 2: Instrumento para recolectar la información:

Formulario de captura de información			
Nombre		Estado civil	
# de identificación		Teléfonos	
Género		# total de internamientos	
Edad		Fechas del último internamiento	
Fecha de nacimiento		Tipo de ingreso	
Procedencia		Pabellón donde estuvo internado	
Escolaridad		Tipo de egreso	
Ocupación		Género del especialista que lo egresó	
Diagnóstico (s) de ingreso del último internamiento	1. _____ 2. _____ 3. _____		
Diagnóstico (s) de egreso del último internamiento	1. _____ 2. _____ 3. _____		
Posibles elementos que influyen en la pobre fiabilidad diagnóstica	-Enmascaramiento con comorbilidad SI___ NO___ -Cuadro atípico SI___ NO___ -Uso de inapropiado de criterios diagnósticos SI___ NO___ -Variabilidad sintomática SI___ NO___ -Información insuficiente SI___ NO___ Otros: _____ _____		
Diagnóstico obtenido a través del SCID	1. _____ 2. _____ 3. _____		
En caso de no poder realizar la entrevista semiestructurada especificar el/los motivos	1. _____ 2. _____ 3. _____		