

71241
20/2/82

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SUPERIORES



ESTUDIO DE LA CONFIABILIDAD DEL DIAGNOSTICO
PSIQUIATRICO CON LA UTILIZACION DE LA
ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA
(GOLDBERG, 1970)

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
P R E S E N T A:

DR. CARLOS BERLANGA CISNEROS

ASESOR DR. CARLOS CAMPILLO-SERRANO

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

FEBRERO, DE 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CAPITULO I.

- 1.1 Introducción
- 1.2 Descripción del problema y antecedentes
- 1.3 Objetivo del estudio
- 1.4 Glosario de términos
- 1.5 Definición del instrumento
(Entrevista Psiquiátrica Estandarizada)

CAPITULO II.

- 2.1 Marco teórico

CAPITULO III.

- 3.1 Tipo de estudio
- 3.2 Procedimiento
- 3.3 Diseño
- 3.4 Personal
- 3.5 Pruebas estadísticas

CAPITULO IV.

- 4.1 Resultado sobre el estudio
- 4.2 Confiabilidad entre clínicos

CAPITULO V.

- 5.1 Conclusiones

Bibliografía
Anexos

1.1 Introducción

De los estudios sobre epidemiología psiquiátrica llevados a cabo tanto en nuestro país, como en otros más, se desprende la importancia de poder detectar en una forma oportuna tanto a los casos de patología mental como aquéllos que son considerados casos potenciales. Es sabido que en la práctica médica general la prevalencia de trastornos psiquiátricos es elevada; de éstos sólo un mínimo porcentaje son detectados y canalizados a los centros de especialidad. Esto, a su vez trae en consecuencia que este tipo de pacientes utilicen y demanden con mayor frecuencia los servicios de salud originando un aumento en el costo de éstos. Se ha comprobado que los pacientes con trastornos psiquiátricos consultan por problemas médicos con mayor frecuencia, tienen una incidencia mayor de intervenciones quirúrgicas y utilizan mayor cantidad de estudios de laboratorio y gabinete.

La psiquiatría de enlace puede ser definida como aquella rama de la psiquiatría que se encarga del diagnóstico, tratamiento, estudio y prevención de la morbilidad psiquiátrica en el enfermo "físico", de los desórdenes ficticios y somatomórficos, así como de los factores psicológicos que afectan la condición física (Lipowski, 1981). Ya que ésta representa el puente más viable ente la psiquiatría y la medicina debe de buscarse la manera de expandirla.

Uno de los problemas con los que la psiquiatría se enfrenta es la diversidad de criterios clínicos para llegar a un diagnóstico. Muchas veces un paciente puede ser diagnosticado de manera diferente por 2 ó más clínicos. Esto, obviamente, pone en desventaja a la psiquiatría cuando se ejerce en el ámbito del hospital general en donde los demás miembros del cuerpo médico le demandan eficacia y funcionalidad.

Por lo tanto, es necesario contar en las instituciones hospitalarias con personal que haya llevado a cabo un entrenamiento previo que le permita utilizar instrumentos diagnósticos auxiliares con un alto margen de confiabilidad de tal manera que le faciliten la detección de patología y la uniformidad en sus diagnósticos.

En este trabajo se desarrolla la elaboración de un curso para clínicos que les permita tener una alta concordancia en cuanto a presencia o ausencia de síntomas y a la severidad de éstos. Se plantean las dificultades que esto trae por consecuencia y las aplicaciones de los resultados obtenidos.

Como en el campo de la psiquiatría se presentan importantes discrepancias sobre la severidad de las alteraciones, es necesario en primer lugar, dejar bien establecidas las definiciones en cuanto a qué debe considerarse como caso y qué no y posteriormente cuáles son los factores que deben considerarse para cuantificar la severidad del mismo.

Se utilizó la entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg, 1970), que ya había sido probada previamente a diferentes niveles y se llevaron a cabo entrevistas tanto grabadas como en vivo en las cuales participaron un grupo de clínicos que calificaban por separado correlacionándose posteriormente sus puntajes con las de un psiquiatra con experiencia en el uso de la entrevista quien fue tomado como estándar.

1.2 Descripción del "problema" y antecedentes

La confiabilidad en el diagnóstico psiquiátrico plantea un problema de considerable importancia tanto científico, como de orden práctico. Se ha tratado de esclarecer con qué frecuencia dos psiquiatras que examinan a un paciente llegan al mismo diagnóstico y cuando no lo hacen, ¿en qué aparecen las posibles diferencias?.

Los estudios llevados a cabo al respecto han tratado de conceptualizar el problema tomando en cuenta dos aspectos. En primer lugar se ha estudiado la posible influencia de las características del psiquiatra sobre su práctica diagnóstica como por ejemplo sus concepciones teóricas, experiencia personal, influencia interpersonal, clase social, etc. En segundo lugar, se han estudiado los elementos del proceso diagnóstico que con su variación pueden alterar la confiabilidad del diagnóstico: técnicas de entrevista, percepción de la patología, la importancia atribuida a los síntomas y las diversas áreas de información que contribuyen al diagnóstico.

En los últimos 20 años se han acrecentado un número de trabajos realizados con el objeto de investigar las posibles causas de la baja confiabilidad en el diagnóstico psiquiátrico.

Concepciones teóricas: En 1959 Pasamanik subrayó la estrecha relación existente entre la concordancia de las concepciones teóricas y la concordancia de diagnóstico entre psiquiatras. Concluyó que los psiquiatras al diagnosticar están enfatizando aquellas características y atributos de sus pacientes que son relevantes a sus propios sistemas teóricos de pensamiento. Los índices de confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico son mayores cuando se refieren a enfermedades orgánicas tales como: oligofrenia, demencia, epilepsia, etc, y son más bajos en diagnósticos de psicosis funcionales y más bajos aún en los diagnósticos de neurosis.

La experiencia de los psiquiatras: Hay varios estudios (Arnhoff, 1954; Nathan, 1969; Yauron y Dickinson, 1966 a) que han comparado el tipo de diagnóstico entre psiquiatras experimentados y residentes de psiquiatría encontrando diversas diferencias entre estos dos grupos de notando que los de mayor experiencia presentaban un menor grado de confiabilidad, sin embargo, la validez de estos resultados es limitada por problemas en la metodología de investigación de cada uno de estos estudios. Otras investigaciones (Copeland, Cooper, Gowlay, 1971; Kendell et al, 1971), sugieren que aparte del tiempo de experiencia, el tipo de experiencia desarrollada por el psiquiatra también influye

sobre su práctica diagnóstica. Así, al entrevistar a los mismos pacientes los clínicos de hospitales psiquiátricos tendieron en diagnosticar con mayor frecuencia esquizofrenia a diferencia de aquellos psiquiatras que ejercían en departamentos psiquiátricos universitarios o hospitales generales quienes hicieron el diagnóstico en menor frecuencia.

Influencias interpersonales: Varias investigaciones ingeniosamente elaboradas (Temerlin, 1968; Roseham, 1973), encontraron que una de las causas de la posibilidad de influir en el diagnóstico psiquiátrico a través de la influencia interpersonal sería la baja confiabilidad, sin embargo hay que ser cuidadosos con estos hallazgos ya que es discutible que las sugerencias específicas creadas en las condiciones experimentales se puedan encontrar en el trabajo psiquiátrico cotidiano.

Clase social: Se ha sugerido que el diagnóstico psiquiátrico presenta un vicio provocado por la interacción de las clases sociales del paciente y del psiquiatra. Diversos estudios al respecto han observado que el conocimiento de la clase social del paciente influye en el juicio clínico, no en la elaboración del diagnóstico o en la presencia o no de los síntomas, pero sí en la gravedad o intensidad de éstos. También se encontró que la dirección de esta influencia cambia de acuerdo a la experiencia profesional; así los estudios encontraron que los clínicos tienden a dar mayor gravedad a la sintomatología de pacientes de clase social baja.

Entre los componentes del proceso diagnóstico y su relación con la confiabilidad se han mencionado los siguientes:

Técnica de la entrevista: Se ha encontrado que los psiquiatras presentan diferentes técnicas de entrevista entre sí y además estas técnicas cambian de paciente a paciente. Este hecho llevó a diversos investigadores a identificar este factor como una fuente potencial de la baja confiabilidad del diagnóstico (Beck, 1969; Krestman, 1961), e incentivo al desarrollo de instrumentos que permitiesen un modelo de la recolección de datos en psiquiatría. Las entrevistas estandarizadas son los más recientes de estos instrumentos (Overoll, Gosham 1962; Wing, 1967; Spitzer, 1964; Goldberg et al, 1970). Se caracterizan por presentar una relación fija de categorías para ser investigadas, acompañándolos por definiciones e instrucciones para la determinación de cada síntoma. La aplicación de estos instrumentos al controlar dos de las principales fuentes de desacuerdo entre psiquiatras, -la técnica de entrevista y las definiciones dadas a los términos técnicos- elevó a niveles aceptables la confiabilidad de los datos psiquiátricos (Wing, 1974).

Percepción de la patología: Otras investigaciones demostraron que hay un gran desacuerdo entre los psiquiatras referente a la presencia o ausencia de los mismos síntomas clínicos al examinar a un mismo paciente (Shepherd 1968; Astup, Odegard, 1970; Katz, 1969). Esto sugiere dos hipótesis: o bien los clínicos tienen diferentes grados

de sensibilidad para percibir los síntomas o bien pueden exigir diferentes grados de patología para reconocer a los síntomas como presentes. Peso atribuido al síntoma: También se ha estudiado la relación entre la concordancia del diagnóstico y el peso atribuido al síntoma, observándose que diferentes clínicos estiman los mismos síntomas de manera diferente. También hay desacuerdo cuando se trata de determinar el grado de importancia para el diagnóstico psiquiátrico de los diversos tipos de información dados por los pacientes durante una entrevista. Sistemas de clasificación: Se han hecho varias críticas de los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales atribuyéndose este hecho también como una causa más de la discrepancia diagnóstica entre los psiquiatras.

Antecedentes

El interés de los psiquiatras en verificar el nivel de confiabilidad o acuerdo del diagnóstico psiquiátrico no es reciente. Desde hace ya cuatro décadas existen proyectos de investigación que tenían como objetivo estudiar los métodos de identificación de las enfermedades mentales y los niveles de certeza.

Estos primeros estudios, probablemente influenciados por los serios problemas en la metodología de la investigación científica, mostraron un gran margen de discordancia en los diagnósticos dados

por diferentes psiquiatras. Más tarde, la evolución de los métodos de investigación posibilitó el mejor control de un número mayor de variables y aumentó así la extensión de la concordancia en los resultados. Con todo, estos hallazgos no fueron muy estimulantes. El grado medio de concordancia en categorías diagnósticas generales (psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos), que era de 64% en Ash (1949) y 54% en Hunt Wittsomy y Hunt (1953), alcanzó un 78% en Krestman (1961 b), 70% en Beck (1962 b) y 72% en Sandifer (1969). Los hallazgos relacionados con la concordancia media en categorías diagnósticas específicas (subtipos de esquizofrenia, subtipos de neurosis, etc), que eran de 32% en Ash (1949) y Hunt, Wittsm y Hunt (1953) alcanzarían apenas al 63%, 54% y 57% en las mencionadas investigaciones de Kreitman, Beck y Saudifer, respectivamente.

En México desde hace un poco más de 4 años se han venido realizando diversos estudios con la aplicación de cuestionarios y entrevistas estandarizadas con el fin de poder adaptar a nuestro medio un instrumento adecuado para poder utilizarlo en estudio de prevalencia de trastornos mentales.

Campillo y cols. (1978), realizaron una prueba de confiabilidad entre clínicos en el manejo de la entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg, 1970). Dicho instrumento fue probado en 40 pacientes de consulta externa especializada. Todos los casos fueron mujeres entre 20 y 40 años de edad, escolaridad secundaria y atendidas por

primera vez antes de recibir medicación. Las pacientes fueron vistas por una pareja de clínicos quienes alternaban el papel de entrevistador-observador, las calificaciones fueron dadas en forma independiente. Se hicieron análisis de confiabilidad entre observador-entrevistador y entre psiquiatra-psicólogo. Así mismo se midió el grado de acuerdo entre clínicos cuando el síntoma está presente y cuando está ausente. Se realizaron análisis de varianza con el fin de probar la homogeneidad del criterio de los clínicos a pesar de las diferencias entre reactivos. Los resultados indicaron una adecuada confiabilidad entre clínicos.

Campillo y cols. (1979), probaron la validez del Questionario General de Salud. Se probó el nivel de discriminación de los reactivos, sensibilidad y especificidad del instrumento, utilizando como criterio externo la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg (1970), cuya confiabilidad fue probada en un estudio previo.

La prueba definitiva del instrumento se realizó en una muestra de 46 pacientes de centros de tratamiento especializados y 46 personas "normales". Para la selección de sujetos normales, se aplicó un cuestionario previo. Tomando en cuenta todos los reactivos del instrumento se obtenía una tasa de clasificación errónea solamente de 9% por lo que se decidió que era un instrumento eficaz para discriminar casos potenciales.

1.3 Objetivo del estudio

Lograr un alto grado de concordancia entre psiquiatras (estandar y entrevistadores) para la detección de diagnósticos de orden mental y la severidad con que se encuentran presentes los diferentes síntomas y signos. De acuerdo a los criterios establecidos de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Goldberg, 1972).

Objetivos específicos:

1. Entrenar a los clínicos en el empleo de una forma de Entrevista Psiquiátrica Estandarizada que sea de utilidad para fines epidemiológicos y clínicos, desarrollando así a un criterio común.
2. Familiarizar a los clínicos con la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada elaborada por Goldberg y cols. (1970), la forma de aplicación y calificación de la misma.
3. Desarrollar un criterio común entre ellos para calificar los síntomas y signos apreciados durante la entrevista.
4. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores respecto a la presencia o ausencia de síntomas.
5. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la severidad de los signos y síntomas.
6. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la consideración de si un sujeto es "caso potencial" o no.

7. Formular un diagnóstico sindromático a través de los signos y síntomas reportados en la entrevista psiquiátrica, de acuerdo a la IX Clasificación de las Enfermedades (OMS).

1.4 Glosario de términos

Epidemiología:

- Estudio de la salud y enfermedades de poblaciones y grupos (Morris, 1957).
- Estudio de los factores que influyen sobre la ocurrencia y disminución de las enfermedades, efectos y muerte en un conjunto de individuos (Leavell and Clark, 1964).
- Ciencia de los fenómenos colectivos (Shepherd, Cooper, 1964).

Epidemiología psiquiátrica:

- Estudio de la ocurrencia del desorden mental en una población determinada (Hinsie y Campbell, 1970).

Caso:

- Se considerará caso al sujeto que presenta síntomas y sufre por ellos. Persona que presenta alteración mental y amerita tratamiento especializado. (Por la manera en que está construido el cuestionario, no detecta sujetos crónicos ya que éstos están habituados

a sus síntomas y en el presente no sufren por ellos).

Casos potenciales:

-Se considerarán como casos potenciales a los sujetos que detecte el cuestionario con alta probabilidad de requerir tratamiento en el presente. Sujetos que presentan síntomas y sufren por ellos y que obtengan una puntuación en el cuestionario igual o superior al punto de corte óptimo determinado para esta población. (Por la manera en que está construído el cuestionario, no detecta sujetos crónicos ya que éstos están habituados a sus síntomas y en el presente no sufren por ellos).

Casos actuales:

-Se considerarán casos actuales, a los confirmados por una entrevista psiquiátrica.

No caso:

-En el presente estudio se considerará no caso al sujeto normal, estable con o sin enfermedad física, o con un grado subclínico de disturbio emocional (Tarnopolsky, 1977).

No caso potencial:

- Sujeto que obtenga una puntuación en el cuestionario inferior al punto de corte óptimo.

No caso confirmado:

- Sujeto confirmado sin trastorno mental por la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada y que no requiera tratamiento especializado.

Validez:

- Grado en el cual una prueba mide lo que se supone que debe medir (Hinsle y Campbell, 1970).

Confiabilidad entre clínicos:

- Juicio clínico que emiten varios puntuadores en forma independiente sobre un mismo sujeto. Obteniéndose así un índice de confiabilidad entre los entrevistadores que utilizan un instrumento con reglas definidas en cuanto a calificación y habilidad para detectar aspectos de psicopatología contemplados en el instrumento.

Validez concurrente:

- Se refiere a la capacidad del cuestionario para dar datos que sean comparables a algún criterio externo (Goldberg, 1972).

En el presente estudio, la validez concurrente del CGS, se considerará tomando como criterio externo la entrevista psiquiátrica.

Confiabilidad de un instrumento:

Grado en el cual una prueba mide consistentemente la segu-
ridad de una medición (Hinsle y Campbell, 1970).

Prevalencia:

- Número de casos de cualquier desorden mental que exista frecuentemente en una población (Hinsle y Campbell, 1970).

Prevalencia periódica:

- Número de casos existentes durante un período de observación que se expresa en relación con una población de tamaño conocido (OMS Inf. Tecn. 1973).

Prevalencia activa o actual:

Número de casos existentes en un momento determinado dentro de una población de tamaño conocido (OMS Inf. Tecn. 1973).

1.5 Definición del Instrumento: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Goldberg, 1970).

Esta entrevista fue hecha para cumplir con los siguientes requisitos:

1. La evaluación psiquiátrica debería ser hecha por un psiquiatra con experiencia en un escenario clínico real.
2. La entrevista deberá ser aceptada por individuos que no se considerarán a sí mismos como enfermos psiquiátricos.
3. El contenido de la entrevista debe ser apropiado para el tipo de desórdenes encontrados comúnmente en la comunidad.

4. La entrevista deberá generar información acerca de los signos y síntomas individuales y una evaluación diagnóstica global.
5. Debe discriminar claramente entre enfermos con desórdenes mentales e individuos normales y entre pacientes con diferentes grados de desórdenes psiquiátricos.
6. Debe ser relativamente económica en tiempo, de manera que pueda ser incluido un amplio número de pacientes.
7. Las evaluaciones psiquiátricas y las calificaciones clínicas deben ser confiables en el sentido de ser reproducibles por diferentes observadores entrenados.

Este instrumento ha sido seleccionado debido a que por los puntos anteriormente expuestos, cumple con las necesidades del estudio.

La entrevista está dividida en tres secciones.

La primera no está estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar en forma breve la historia médica pasada y presente del sujeto. Esta parte de la entrevista normalmente es utilizada para establecer rapport y relaja al paciente.

La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado, tanto en su historia como en las últimas tres semanas. Los síntomas están organizados en diez grupos que son administrados al paciente en el siguiente orden:

- síntomas somáticos
- fatiga
- alteraciones en el sueño
- irritabilidad
- disminución en la concentración
- ánimo depresivo
- ansiedad y preocupación
- fobias
- obsesiones y compulsiones
- despersonalización

El ordenamiento de los síntomas fue diseñado de manera progresiva desde aquéllos que son comúnmente encontrados en la vida de todos los días (dolores menores, fatiga, pérdida del sueño); hasta llegar a aquéllos fenómenos mentales más claramente morbidos.

El entrevistador no pregunta acerca de delirios y alucinaciones a menos que las respuestas del paciente a otras preguntas lo lleven a sospechar de trastorno psicótico; de la misma forma la prueba cognoscitiva y de la memoria es solamente aplicada cuando existe una razón para sospechar incapacidad intelectual. El entrevistado es libre para hacer preguntas adicionales que puedan ser indicadas en un caso dado, siendo su objetivo establecer la frecuencia, duración e intensidad de cada síntoma durante la semana anterior.

Existen reglas simples en relación con la frecuencia e intensidad de cada síntoma para valorarla en una escala de cinco puntos (5, 4, 3, 2 y 1).

La tercera sección de éste, es no estructurada y permite al entrevistador obtener tanta información como le fuera necesaria sobre la historia personal y familiar del sujeto entrevistado para hacer su evaluación clínica.

Después de la entrevista el entrevistador, completa la tercera y última sección del instrumento en donde califica las anomalías observadas durante la entrevista en doce escalas de cinco puntos.

Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador acerca de las anomalías manifiestas que ha observado en la entrevista y que son distintas de los síntomas del paciente, que han sido calificadas en la segunda parte de la entrevista. Existen tres escalas para anomalías en la conducta, cuatro para estados de ánimo anormales y cinco para anomalías perceptuales y cognitivas:

- Lentitud y carencia de espontaneidad
- Suspica, defensivo
- Histriónico
- Deprimido

- Ansioso, agitado, tenso
- Exaltado, eufórico
- Aplanado, incongruente
- Delirios, trastornos del pensamiento, falsas interpretaciones
- Alucinaciones
- Alteraciones del intelecto y daño orgánico

Estos reactivos fueron agrupados en esta forma ya que se asume que distintos fenómenos clínicos que se sobreponen pueden ser calificados en una sola escala, por ejemplo: la agitación psicótica es puntuada en la misma escala que la tensión neurótica.

El entrevistador califica veintidos reactivos, diez para síntomas reportados la semana anterior y doce que se presentaron durante la entrevista.

Cada puntuación se hace en una escala de cinco puntos. Cada síntoma tiene indicaciones específicas para su evaluación. En términos generales, uno indica ausencia de síntomas, dos indica un rasgo habitual o un síntoma limítrofe que no causa tensión significativa ni requiere tratamiento, tres, cuatro y cinco indican respectivamente grados leves, moderados y severos de la severidad clínica de un síntoma definitivamente mórbido.

La entrevista se acompaña de un manual que contiene una guía general para conducir la entrevista, la forma de utilizar la escala

de cinco puntos para cada síntoma, y la definición detallada de cada reactivo. (Anexo No. 1).

Finalmente el entrevistador escribe una breve formulación diagnóstica y si es apropiado, hace un diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con la IX revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1978) (Anexo No. 2).

Estas anotaciones se hacen en las hojas de calificación de la entrevista del paciente (Anexo No. 3), elaborados específicamente para contemplar todos los parámetros antes mencionados.

2.1 Marco teórico

Dentro del campo de la psiquiatría cada vez va cobrando más importancia la necesidad de contar con instrumentos auxiliares que le permitan al clínico una mayor uniformidad en la elaboración de los diagnósticos. Así mismo, esto le permite poder manejar un lenguaje uniforme aplicable a todos los niveles en donde aporte sus conocimientos ya sea en el medio hospitalario, en la comunidad o para fines de investigación.

En los últimos años la psiquiatría ha venido retomando su lugar dentro de la medicina; esto ha traído por consecuencia la necesidad de contar con los elementos suficientes que le permitan desarrollarse a un nivel científico equiparable a las demás ramas de la medicina. Sin embargo, tomando en cuenta que en la patología mental las fronteras entre salud y enfermedad son difusas y están matizadas de mucha subjetividad, hace que sea más difícil el poder aplicar parámetros rigurosos en la elaboración de los diagnósticos.

Existen múltiples factores que influyen en la elaboración de un diagnóstico en psiquiatría; aunque las nuevas clasificaciones diagnósticas tienen como finalidad el proveer al clínico de elementos suficientes para elaborar diagnósticos uniformes, esto no sucede con toda exactitud. Investigaciones al respecto han demostrado que aún habiendo acuerdo entre clínicos de la presencia o no de síntomas, existe mucha

discrepancia en cuanto al grado de severidad de estos, siendo difícil diferenciar en ocasiones entre síntoma y rasgo caracterológico adaptativo.

Por consiguiente, se justifica la necesidad de contar con instrumentos que permitan medir la confiabilidad y validez del diagnóstico psiquiátrico.

Kramer en 1953, enfatizaba que si no se podían realizar comparaciones entre los hallazgos de diferentes investigadores era precisamente porque se carecía de una técnica estandarizada para la detección de casos y una definición uniforme de lo que se entendía por éstos. Idealmente, agregaba, necesitamos de métodos objetivos para detectar casos de trastornos psiquiátricos.

Al hablar de métodos dos requisitos son necesarios: la confiabilidad y la validez de éstos. Cooper y Shepherd indican que para saber si los medios de identificación de casos son válidos es necesario aclarar que:

1. Ningún procedimiento a excepción del examen clínico puede ser aceptado como método válido de identificación psiquiátrica de caso, a menos que, sujeto a pruebas experimentales rigurosas, sus resultados quedan a ser expuestos a una correlación muy alta con aquellos tipos de examen realizados por psiquiatras adiestrados.

2. Todas las técnicas de descubrimiento de caso deben ser examinadas simplemente como modos de nominación de casos potenciales o sospechosos, los cuales requieren ser confirmados a través

de un examen psiquiátrico detallado.

Goldberg, incluye que la confiabilidad de las evaluaciones psiquiátricas puede ser incrementada a través de entrevistas estandarizadas y de escalas de clasificación bien definidas.

Blum (10), apunta que es necesario distinguir dos tipos de entrevistas psiquiátricas:

1. Aquéllas donde el investigador es libre de preguntar lo que considera más apropiado y utilizar cualquier pregunta que parezca indicada. Denominándose este tipo de entrevistas dirigidas.

2. Aquéllas otras donde el investigador debe regirse por un formato preadaptado, en cuyo caso hablamos de entrevistas estructuradas.

En cuanto a éstas últimas es importante señalar que la diseñada por Goldberg, con fines de identificación de casos en la comunidad, ha resultado ser muy útil. Los resultados de confiabilidad obtenidos para esta prueba fueron comparados con aquéllos de otras entrevistas que estudiaron Kendell, Everett, Cooper, Sartorius y Davis en 1968 y el coeficiente total de confiabilidad derivado del estudio de varianza fue de +0.92.

En virtud de la utilidad que este tipo de instrumento representa para la epidemiología psiquiátrica, en nuestro medio ha sido sometido a varias pruebas de confiabilidad y aplicado a diversos estudios con resultados importantes.

La entrevista psiquiátrica estructurada presupone que debe ser utilizada por psiquiatras experimentados, por lo que, por razones de orden práctico no es posible que para un estudio de prevalencia en gran escala un psiquiatra entreviste a cada miembro de la población. Kendell (13), señala que con fines de obtener una mayor confiabilidad en la información recabada se han elaborado 3 tipos de instrumentos:

1. La entrevista psiquiátrica estructurada
2. Las escalas de síntomas
3. Los cuestionarios autoadministrables

apunta que las fuentes de varianza en la confiabilidad son:

1. La conducta del entrevistador
2. Lo que espera obtener el entrevistador
3. La interpretación de los términos técnicos

En el caso de las escalas de síntomas, el primer punto está limitado sólo parcialmente en tanto que el segundo no se modifica y el tercero se puede reducir si se definen claramente los términos.

En el caso de los cuestionarios autoaplicables, se eliminan los factores de varianza en relación a la conducta del entrevistador las expectativas de éste y el problema de términos se transfiere al sujeto que lo responde.

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio se plantea a nivel de diseño de un curso de enseñanza-aprendizaje, en función de objetivos, a fin de obtener un conocimiento explícito, preciso y unívoco de los resultados que se pretenden alcanzar, siendo en nuestro caso un alto grado de confiabilidad entre psiquiatras para el diagnóstico de padecimientos mentales.

Es importante mencionar que el diseño no plantea la enseñanza de la psicopatología para los clínicos ya que éste parámetro se toma como condición o requisito al curso, debido a que los cambios que se proponen no están en función de opiniones sobre patología mental, sino en fundamentos sobre los criterios de severidad con que ésta se detecta.

3.2 Procedimiento

Una vez definidos los objetivos del curso y el plan del mismo, se desarrolló el siguiente procedimiento:

- Se seleccionó a un médico psiquiatra especialista en el manejo de la entrevista psiquiátrica estandarizada que había obtenido índices muy altos de concordancia en estudios previos (Campillo Serrano C., y cols., 1980), para fungir como estandar en el curso.

- Se grabaron cinco entrevistas de video con sujetos sanos y enfermos a fin de familiarizar a los clínicos con la entrevista y que éstos a su vez detectaran ausencia o presencia de síntomas, tomando

en cuenta únicamente la parte de síntomas reportados de la entrevista psiquiátrica.

- Se grabaron cinco entrevistas en videotape de las cuales cuatro presentaban patología severa y otra alteraciones mínimas que posteriormente se les presentaban a los clínicos, para que se capacitaran en el manejo de la entrevista y en el uso de los criterios de severidad sintomatológica que observarían.

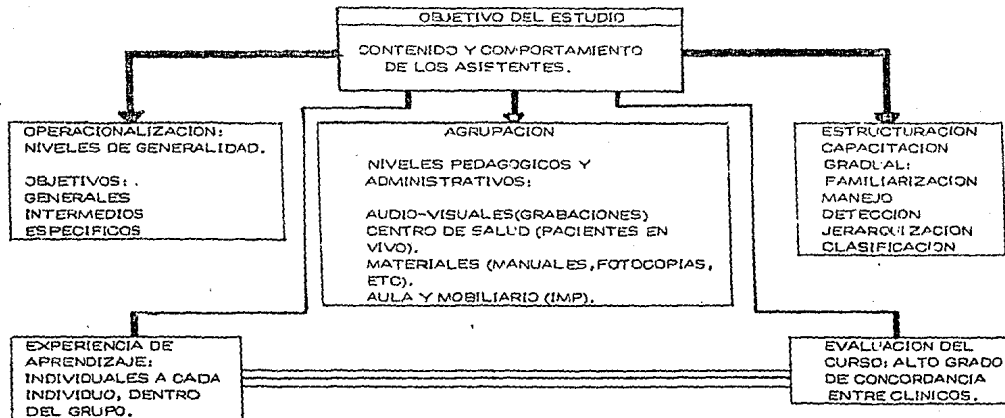
- Se seleccionaron a cinco pacientes de la consulta de salud mental con patologías diversas a fin de que cada clínico realizara una entrevista y concluyera con un diagnóstico presuntivo del caso.

En todas las entrevistas que se realizaron se cotajaron los resultados inmediatamente después de efectuados éstos y se discutieron los desacuerdos que surgieron tanto en síntomas reportados como en anomalías manifiestas y los grados de severidad (1,2,3, 4,5) con que debieron ser calificados. Así mismo, se discutió la calificación global de severidad y el diagnóstico presuntivo de cada caso de acuerdo al manual de procedimientos de la entrevista psiquiátrica estandarizada (Anexo No. 1).

Para todos los casos la calificación de cada paciente, se hizo individual entre el entrevistador y el estandar, anotándole los datos en hojas de resultados.

3.3 Diseño

DISEÑO DEL CURSO POR OBJETIVOS (ESQUEMA).



3.4 Personal

Se contó con:

1. Un responsable del curso (Jefe de Proyecto)
2. Un coordinador del curso, responsable del contenido psicopatológico que fungió como estandar (Médico, Psiquiatra)
3. Un asistente de coordinación (Administrativo)
4. Cinco entrevistadores, (observadores), de los cuales 4 eran estudiantes de la especialidad de psiquiatría y uno psicólogo clínico.

3.5 Pruebas estadísticas

Para realizar la descripción de los hallazgos encontrados en el presente estudio se utilizaron pruebas de correlación ya que éstas son medidas que reportan la relación que existe entre dos variables, sea el caso nuestro por un lado las puntuaciones que reporta el estandar y por otro lado, las puntuaciones que efectúa el observador, sobre el mismo fenómeno.

Los coeficientes de correlación en primer lugar expresan la cuantía de la relación, esto es que sólo proporcionan información del sentido en que se relacionan las variables, ya sea esté positivo o negativo, encontrándose la relación más perfecta en cuanto más proximidad se obtiene a ± 1 .

Es importante señalar que los coeficientes de correlación, no discriminan entre causa y efecto de las variables, aunque éstas suelen correlacionar con puntuaciones altas.

Se utilizó el coeficiente de correlación momento-producto de Pearson, cuyo símbolo es r y la fórmula para su cálculo es la siguiente: (Downie, N.M., 1973).

$$r = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(N\sum X^2 - (\sum X)^2)(N\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

En algunos casos donde no se pudo calcular coeficiente de Pearson, debido a la poca movilidad de las variables, se utilizó el coeficiente correlación cuádruple, cuyo símbolo es Φ y la fórmula es la siguiente: (Downie, N.M., 1973).

$$\Phi = \frac{(ad - bc)}{\sqrt{(k)(1)(M)(N)}}$$

Para aquéllos casos donde ninguno de los dos coeficientes se pudo estimar debido a la estaticidad de la variable sólo se reportó la proporción de acuerdo en el síntoma, esto es:

$$\frac{\text{No. de aciertos en cuanto ausencia y presencia}}{\text{Calificación determinada por el estándar}}$$

4.1 Resultados sobre el estudio

Como primer paso se observó que no existían discrepancias entre estandar y entrevistadores, en el diagnóstico entre ausencia y presencia de síntomas en el área que mide síntomas reportados de la entrevista psiquiátrica estandarizada, esto se observó desde el inicio del curso con la presentación de las cinco entrevistas grabadas en audio.

Posteriormente, en la fase donde las entrevistas fueron grabaciones de video tape se observaron desacuerdos debidos principalmente a la determinación del grado de severidad de los síntomas.

Las diferencias que hubo tendieron a desaparecer conforme el curso fue avanzando.

Finalmente, en la fase donde las entrevistas se realizaron con cinco pacientes de un servicio de salud mental y éstos les fueron asignados a cada entrevistador en forma aleatoria, un clínico actuaba como entrevistador y el resto como observadores, rotándose así esta función para que todos desempeñaran ambas funciones.

En esta fase se observó una mayor unificación en los criterios de severidad y la formulación de los diagnósticos presuntivos.

4.2 Confiabilidad entre clínicos

Con el objeto de evaluar el grado de acuerdo entre clínicos, se analizaron las puntuaciones dadas en forma independiente a cada

síntoma y la calificación global de severidad.

Se obtuvo una correlación entre estandar y entrevistadores.

Se utilizó la r de Pearson, los datos aparecen en la tabla No. 1, donde las columnas donde aparece r son la correlación obtenida por cada entrevistador en las 10 entrevistas de estudio.

La correlación se refiere al acuerdo que existe entre cada entrevistador y estandar de acuerdo al grado de severidad con que el síntoma está presente (3, 4 y 5). De los síntomas reportados se analizan 10 categorías sintomáticas excluyendo únicamente el apartado que corresponde a hipnóticos, ya que éste nada más se califica en ausencia o presencia de la utilización de fármacos, y no presenta dudas en su calificación.

En anomalías manifiestas se analizan 12 categorías sintomáticas de las cuales en 2 de ellas (suspícaz, defensivo y exaltado, eufórico), en todas las entrevistas no se encontraron presentes y por tanto, se reporta la proporción de acuerdo obtenido en ausencia del síntoma.

Referente a la calificación global de severidad se observa un alto grado de concordancia entre los clínicos y el estandar, que oscila entre 0.85 y 1 de correlación lo cual indica la obtención de un alto grado de confiabilidad en los diagnósticos y que se logró una adecuada unificación de los criterios clínicos.

En general se observa una alta confiabilidad entre los diferentes síntomas presentándose medianas correlaciones en los síntomas de fobias y alteraciones en el intelecto y daño crónico, lo cual se explica por la dificultad objetiva para valorar estos síntomas por un lado y la dificultad que propone evaluar las alteraciones del intelecto en pacientes analfabetas a los cuales no se les puede dar una calificación menor de 3 aún cuando presenten capacidad de abstracción.

También se efectuó un análisis de correlación por los grupos de síntomas reportados y anormalidades manifiestas comparando las respuestas dadas a las entrevistas de video tape con las dadas a los pacientes de la consulta, encontrándose muy poca diferencia entre las dos condiciones.

En cuanto a la correlación obtenida entre síntomas reportados y anormalidades manifiestas se observa una mayor concordancia en anormalidades manifiestas que la obtenida para síntomas reportados (tabla 2). En esta tabla también se observa como en la anterior, que la calificación global de severidad logra una correlación perfecta en cuanto al diagnóstico de si el paciente es caso o no, observándose discrepancias únicamente en dos de los casos.

TABLA I

ANÁLISIS DE CORRELACION ENTRE ESTANDAR Y ENTREVISTADOR, DE ACUERDO
A LA SEVERIDAD CON QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES LOS SINTOMAS

S I N T O M A S :	ENTREVISTADORES				
	No.1 *I.A.(r)	No.2 *I.A.(r)	No.3 *I.A.(r)	No.4 *I.A.(r)	No.5 *I.A.(r)
I. Síntomas reportados	r	r	r	r	r
1. Somáticos	.86	.90	.84	.90	.85
2. Fatiga	.78	1.0	.83	1.0	.78
3. Alteraciones en el sueño	.89	.80	.74	.85	.75
4. Irritabilidad	.75	1.0	.75	.90	.82
5. Disminución de la concentración	.84	.82	.94	.86	.81
6. Animo depresivo	.82	.91	.82	.88	.83
7. Ansiedad	.85	.83	.83	.83	.82
8. Fobias	.82	.81	1.0	.61	.53
9. Obsesiones y compulsiones	.76	1.0	.90	.83	.56
10. Despersonalización	.81	.89	1.0	.83	.89
II. Anormalidades manifiestas					
1. Lentitud y carencia de espontaneidad	.86	1.0	.67	.80	.72
2. Suspica y defensivo *(1)	.90	1.0	1.0	.70	.70
3. Histrionico	.70	.80	.76	.90	.75
4. Deprimido	.88	.84	.91	1.0	.94
5. Ansioso, agitado, tenso	.80	.76	.80	.84	.68
6. Exaltado, eufórico	1.0	1.0	1.0	1.0	.80
7. Aplanado, incongruente	1.0	1.0	1.0	.83	.23
8. Delirios, trastornos del pensamiento	1.0	.89	1.0	1.0	.80
9. Alucinaciones	1.0	1.0	.88	1.0	.65
10. Alteración en el intelecto y daño orgánico	.48	.36	.74	.64	.94
11. Excesiva preocupación por funciones corporales	.94	1.0	.87	.80	.75
12. Contenido depresivo del pensamiento	.80	.78	.91	.94	.92
CALIFICACION GLOBAL DE SEVERIDAD:	1.0	.94	1.0	.94	.85

*I.A. Indica de acuerdo y grado de severidad cuando el síntoma está presente. n=10 pacientes.

*(1) Síntoma no presente. Se reporta la proporción de acuerdo en ausencia del síntoma.

r = Correlación producto-momento de Pearson.

TABLA II. Análisis de correlación entre estándar y entrevistadores por agrupaciones de síntomas reportados y anomalías manifiestas, para cada paciente.

Pacientes entrevistados, Entrevistas de Videotape.	E N T R E V I S T A D O R E S														
	No. 1			No. 2			No. 3			No. 4			No. 5		
	(r)	(r)	0	(r)	(r)	0	(r)	(r)	0	(r)	(r)	0	(r)	(r)	0
	*S.R.	*A.M.	*G.S.	S.R.	A.M.	G.S.	S.R.	A.M.	G.S.	S.R.	A.M.	G.S.	S.R.	A.M.	G.S.
No. 1	.93	.91	1.	.84	1.0	1.0	.88	1.0	1.0	.93	.92	1.0	.81	.64	1.0
No. 2	.79	.95	.54	.51	.75	1.0	.80	.75*	1.0	.82	.77	1.0	.41	.52	1.0
No. 3	.85	.88	1.	.91	.84	1.0	.94	.95	1.0	.91	.95	1.0	.94	.89	1.0
No. 4	.74	.86	1.	1.0	1.0	1.0	1.0	.48	1.0	1.0	.82	1.0	.82	.29	.54
No. 5	.78	.78	1.	1.0	1.0	1.0	.90	.90	1.0	.88	.84	1.0	.77	.71	1.0
Pacientes de Consulta externa															
No. 6	.87	1.0	1.0	.90	.92	1.0	.87	.77	1.0	.82	.63	1.0	.44	.64	1.0
No. 7	.53	.77	1.0	.58	.77	1.0	.77	.71	1.0	.36	.80	1.0	.64	.81	1.0
No. 8	.66	.85	1.0	.65	.95	1.0	.49	1.0	1.0	.82	1.0	1.0	.64	.84	1.0
No. 9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	.67	1.0	1.0
No. 10	.83	.94	1.0	.93	.73	1.0	.93	1.0	1.0	.75	.88	1.0	.75	.56	1.0

S.R. = Síntomas reportados.

A.M. = Anomalías Manifiestas.

G.S. = Calificación global de severidad.

r = Correlación producto-momento de Pearson.

0 = Correlación cuádruple.

5.1 Conclusiones

En los resultados obtenidos en el estudio, encontramos un alto índice de concordancia entre los diferentes diagnosticadores, lo cual es similar a otros estudios reportados (2, 4, 10).

Al igual que Goldberg (10), se encontró dificultad, aunque en un grado menor, en el reactivo correspondiente a "Histriónico" ya que en este caso específico es difícil valorar si se trata de un rasgo de personalidad o bien un elemento de movilidad.

También se observó que un entrenamiento previo permite un manejo más adecuado del instrumento. Se encontró especial discrepancia en los reactivos de fobia y alteraciones en el intelecto y daño crónico.

Aunque la entrevista no permite un diagnóstico clínico preciso, si puede definir en términos adecuados la presencia de un caso lo cual es de gran importancia para poder establecer estudios comparativos.

Es indudable la utilidad de instrumentos como la entrevista estructurada de Goldberg como método auxiliar de diagnóstico en instituciones en donde se manejan un alto número de pacientes y en donde el detectar patología mental brinda una eficaz ayuda al reducir los niveles de costo y poder dar una atención más eficaz.

El alto índice de concordancia del instrumento, cuando se maneja en forma adecuada permite que sea utilizado de una manera

confiable y le sirva al clínico como un elemento auxiliar que le permita ejercer su práctica a un mejor nivel.

BIBLIOGRAFIA

1. Caetano R. "Causas de baja confiabilidad del diagnóstico en psiquiatría". Una revisión crítica. Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat. 24; 115-131, 1978.
2. Campillo C; Medina-Mora ME; Caraveo J; Martínez LP. "Prueba de confiabilidad de una entrevista psiquiátrica estructurada en una muestra de pacientes mexicanos". (Trabajo inédito), 1979.
3. Campillo C; Medina-Mora ME; Martínez LP; Caraveo AJ. "Prueba de un cuestionario (GHQ) para la detección de posibles casos psiquiátricos en una comunidad mexicana". (Trabajo inédito), 1979.
4. Campillo C; Medina-Mora ME; Caraveo AJ; Padilla P. "Prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica general" (Trabajo inédito) pp 1-175, 1980.
5. Castro R; Medina-Mora ME. "Validez del Cuestionario General de Salud en una población de bajo nivel de comprensión en México". (Trabajo inédito) pp 123, 1980.
6. Clare AW; Shepherd M. "Psychiatry and family medicine" In Scientific foundations of family medicine (Chapter 13); 105-123. Ed. Medical Books Ltd., 1978.

7. Cooper B. "Social correlates of psychiatric illness in the community". In: Approaches to action; Ed. Oxford University Press for Nuffield for Neyfeld Provincial Hospital Trust. 65-70, London 1972.
8. Downie N.M.; Heath R.W., "Correlacion, coeficiente r de Pearson". Métodos estadísticos aplicados - Ed. Harla, 1973.
9. Goldberg DP; Blackell B. "Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification". British Medical Journal 2; 439-443, 1970.
10. Goldber DP, Cooper B; Eastwood MR; Kedward HB; Shepherd M. "A standardized psychiatric interview for use in community surveys". British Journal Prev. 24(1), 1970.
11. Goldberg DP. "The detection of psychiatric illness by questionnaire". Mandsley Monograph Oxford University Press (22) London, 1972.
12. Goldberg DP; Rickels K; Downing R; Hesbacher P. "A comparison of two psychiatric screening tests". British Journal of Psychiatry 129: 61-67, 1970.
13. Lipowski ZJ. "Liaison Psychiatry, Liaison Nursing, and Behavioral Medicine". Comprehensive Psychiatry Vol. 22 No. 6 (Nov-Dec) 1981.

14. Shepherd M. "General practice, mental illness and the British national health service". Amer. J. Public. Health an Soc. Behav. (13), 1974. Clare A; Shepherd. Psychiatry and family medicine 1978 Op Cit.
15. Sims ACP; Saimons PH. "Severity of Symptoms of psychiatric out patients: Use of the general health questionnaire in hospital and general practice patients". Psychological medicine (5) pp 62-66, 1975.
16. Tarnopolsky A; Hand DJ; Mc Jean EK; Roberts H; Nigging RO. "Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community". British Journal of Psychiat (13) pp 505-515, 1979.

A N E X O S

1. Manual para el manejo de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.
2. Resumen del Glosario de la Clasificación Internacional de las enfermedades mentales (OMS, 1978).
3. Hoja de Calificación de Entrevista de Paciente.

ANEXO No. 1

MANUAL PARA EL MANEJO DE LA
ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

SUBSECCION 2: SINTOMAS REPORTADOS

2.1 Síntomas somáticos:

Molestias físicas primaria o secundariamente psicológicas. Ejemplo "correlatos de la depresión, la angustia y quejas hipocondríacas". Excluir todo síntoma somático que sea explicado en términos orgánicos.

SINTOMAS SOMATICOS:

¿Ha tenido usted alguna molestia física durante la última semana?, ¿ha tenido por ejemplo dolor de cabeza, mareos, dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración excesiva, molestias o problemas digestivos, parestias o parestesias?, ¿hay alguna otra molestia?

PREGUNTAS OPCIONALES

Desde cuándo tiene usted este problema?, ¿ha notado si se hace más fuerte cuando está usted nervioso?, ¿qué tanto le molesta?, ¿cómo y con qué frecuencia se le ha presentado durante la semana pasada?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a preguntas obligatorias o falta de evidencia de naturaleza psicológica.

- 2 Leve - Síntomas mínimos que no han causado malestar suficiente.
- 3 Moderado - Síntomas ocasionales que han causado malestar suficiente (una o dos veces por semana)
- 4 Intenso - Síntomas frecuentes y molestos o síntomas ocasionales, pero muy molestos. (3 ó 4 veces por semana)
- 5 Muy intenso - Síntomas muy molestos y frecuentes (más de 4 veces por semana).

Aumento de la atención en las funciones corporales

Preocupación excesiva por la salud, el cuerpo, la historia médica pasada, el funcionamiento sexual y enfermedades imaginarias.

AUMENTO DE LA ATENCION EN LAS FUNCIONES CORPORALES:

¿Le preocupa su salud física actualmente?, ¿piensa usted frecuentemente en ella, o cómo está funcionando alguna parte de su organismo?, ¿Le han preocupado tener cáncer o alguna enfermedad cardíaca, una infección u otro padecimiento?.

NOTA: Se sugiere explorar este ítem en esta sección, pero su calificación debe ser hecha en la subsección de anomalías manifiestas. (Página 25, apartado 3.11).

2.2 Fatiga

Incluye: cansancio, fatiga, abulia y falta de energía física y/o mental, no debidas por completo a causa orgánica. También se refiere a sensación subjetiva y objetiva de disminución de rendimiento.

FATIGA

¿Ha notado si se cansa con facilidad?, ¿o que le haga falta energía?, ¿en qué lo ha notado?.

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Desde cuándo ha notado usted esto?, ¿se siente usted cansado todo el tiempo, o sólo por momentos?, ¿qué tareas encuentra más difíciles o pesadas?, ¿se siente usted agotado por las noches?, ¿cómo ha sido esto durante las tres últimas semanas?, ¿le ha impedido realizar alguna actividad?, ¿qué piensa usted de esto?.

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a preguntas obligatorias o cansancio de origen orgánico
- 2 Leve - Quejas que se consideran como rasgos temperamentales del paciente
- 3 Moderado - Síntomas ocasionales que hayan causado suficiente malestar al paciente o que le haya obligado a modificar sus actividades usuales (una o dos veces por semana)
- 4 Intenso - Igual que la calificación anterior, pero con mayor frecuencia o síntomas internos y ocasionales (3 o 4 veces por semana)

5 Muy intenso - Síntomas muy intensos y frecuentes (más de 4 veces por semana)

2.3 Alteraciones en el sueño:

Se valorarán las horas de sueño perdido independientemente de que se hayan tomado o no hipnóticos, o de que el insomnio sea de tipo temprano, tardío o intermitente. También se valorarán exceso de sueño, cansancio al despertar, pesadillas aterradoras y dormir inquieto.

ALTERACIONES EN EL SUEÑO

¿Cómo está usted durmiendo?, ¿a qué horas se acuesta?, ¿cuánto tiempo tarda en conciliar el sueño?, ¿se levanta o despierta durante la noche?, ¿tiene sueño inquieto o pesadillas?, ¿a qué horas se despierta?, ¿se levanta inmediatamente?, ¿en las mañanas se despierta descansado?, ¿cómo ha sido esto durante las 3 últimas semanas?

PREGUNTAS OPCIONALES

Desde cuándo tiene usted este problema?, ¿a qué se lo atribuye?, ¿cuántas noches de la semana pasada no ha podido dormir adecuadamente?, ¿cuántas horas pierde de sueño en una mala noche?

Calificación:

1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

- 2 Leve - Pérdida de su sueño que no molesta al paciente o exceso de sueño
- 3 Moderado - Una pérdida leve de sueño, pero suficiente para causar malestar al paciente, o una pérdida significativa que haya sucedido en una sola ocasión
- 4 Intenso - Pérdida importante en varias ocasiones durante la semana previa a la entrevista
- 5 Muy intenso - Pérdida importante del sueño, todas las noches

2.4 Hipnóticos

Debe incluirse cualquier medicamento que tenga la propiedad de inducir sueño y que sea con esa intención.

HIPNOTICOS

Toma usted algún medicamento para dormir?, ¿Se las recetó su médico?, ¿sabe cuál es el nombre del medicamento?, ¿las toma todas las noches o sólo ocasionalmente?, ¿cuántas noches las ha empleado en la semana pasada?

Calificación:

- 1 Ausente - El paciente no ha tomado ningún hipnótico durante la semana anterior
- 2 Leve - Durante la última semana o cada tercer día
- 3 Moderado - Empleo en cuatro noches o más durante la última semana

2.6 Irritabilidad

Se valorará explosividad e impaciencia. También se incluye la hipersensibilidad o sea, cuando siente coraje y resentimiento pero es capaz de controlarlos

IRRITABILIDAD

¿Cómo ha andado de genio?, ¿ha notado si se impacienta con facilidad? (por ejemplo con niños, familiares, compañeros de trabajo), ¿está usted sensible o explosivo?, ¿la gente le ha dicho que está usted enojado?, ¿ha tenido motivo para enojarse?

OPCIONALES

Desde cuándo está usted así?, ¿le sucede todo el tiempo?, o sólo en ocasiones?, ¿le molesta estar irritado?, ¿ha tenido dificultades con alguna persona por este motivo?

Calificaciones:

- 1 Ausente - Respuesta negativa a preguntas obligatorias
- 2 Leve - Síntoma leve o representa una conducta habitual de ser y no le ocasiona malestar, o si el psiquiatra piensa que la irritabilidad no ha molestado ni al paciente ni a otros
- 3 Moderado - Síntoma ocasional que provoca malestar moderado en el paciente y/o en personas que lo rodean

- 4 Intenso - Semejante a calificación 2, pero el síntoma es más frecuente o ha provocado mayores molestias (discusiones violentas)
- 5 Muy intenso - El síntoma ha provocado problemas importantes o violencia

2.6 Disminución de la concentración

Falta de concentración en las actividades cotidianas; el trabajo, la lectura (novelas, libros, revistas, periódicos, y conversaciones. La falta de interés y de motivación no deben valorarse aquí.

DISMINUCION DE LA CONCENTRACION

¿Se ha vuelto olvidadizo?, ¿en qué lo ha notado?, ¿ha tenido dificultades para concentrarse en sus labores?, ¿puede usted concentrarse en la lectura del periódico o en la T.V.?, ¿la gente le ha dicho si está usted distraído?.

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Desde cuándo ha notado este problema?, ¿le ha causado problemas en su casa, o en su trabajo?, ¿cómo ha sido durante la semana pasada?, ¿le ha impedido realizar alguna actividad?, ¿cuántas de sus actividades han sido efectuadas?.

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Síntoma leve o formas habituales de ser, que no ocasionan molestias.
- 3 Moderado - El paciente nota falta de concentración en el trabajo u otras actividades, o refiere que otras personas se han dado cuenta de su distraimiento (sin embargo esto, no llega a interferir en forma importante en su desempeño).
- 4 Intenso - El síntoma afecta varias actividades o se ha presentado en forma frecuente durante la semana pasada, o bien el síntoma es intenso pero ocasional o ha afectado una sola actividad.
- 5 Muy intenso - Las dificultades en la concentración han sido tales, que el paciente ha sido incapaz de realizar cualquier actividad.

2.7 Animo depresivo

Se valorarán estados de tristeza, faltas de ánimo o alegría. Si el paciente niega un estado depresivo y el psiquiatra lo sospecha, debe valorarse en el inciso correspondiente de la subsección 3, página 19, apartado 3.4.

ANIMO DEPRESIVO

¿Se ha sentido triste o apesadumbrado?, ¿sin ánimos o falta de espíritu?

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Se ha sentido triste todo el tiempo, o sólo ocasionalmente?, ¿lo relaciona a algo que le haya pasado últimamente?, ¿qué tanto le molesta?, ¿ha sentido ganas de llorar?, ¿puede usted controlarse?, ¿se ha sentido desesperanzado?, ¿ha deseado que todo termine?, ¿ha deseado morirse?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Sentimientos ocasionales de nostalgia que no causan malestar y son vistos por el paciente como habituales; pérdida de entusiasmo pero sin sentimientos depresivos.
- 3 Moderado - Sentimientos depresivos ocasionales o que el paciente considera anormales en su persona, produciéndole malestar (1 ó 2 veces por semana).
- 4 Intenso - Sentimientos depresivos frecuentes semejantes a lo anotado en la calificación 2, o malestar extremo ocasional o presencia ocasional de un fenómeno depresivo mayor (ejemplos: ideas suicidas, ideas de desesperanza, etc.).
- 5 Muy intenso - La depresión ha causado malestar importante y frecuente durante la semana anterior. Presencia frecuente de fenómenos depresivos mayores, incluyendo delirios nihilistas.

Ideas depresivas

Si hay sospecha de estado depresivo, formule las siguientes preguntas para valorar el pensamiento depresivo.

IDEAS DEPRESIVAS

¿Qué tan exigente es usted consigo mismo?, ¿se ha sentido incómodo consigo mismo?, ¿se ha sentido culpable?, ¿ha tenido sentimientos de inferioridad?, ¿qué piensa usted del futuro?

NOTA:

Se sugiere explorar pensamientos depresivos en esta sección. La calificación deberá de hacerse en la subsección de anomalías manifiestas. Subsección 3, página 26, apartado 3.12.

2.8 Anstedad

Incluye el cortejo físico de la ansiedad y la ansiedad psicológica. Se excluye ansiedad fóbica. La angustia hipochondriaca puede ser valorada tanto aquí, como en la subsección de anomalías manifiestas. Subsección 3, página 26, apdo.3.11.

ANSIEDAD

¿Se considera usted una persona nerviosa?, ¿qué tan preocupado es usted?, ¿se ha sentido ahora más preocupado que lo habitual?, ¿Se ha sentido angustiado o con miedo? ¿Se siente usted inseguro?, ¿ha notado si le preocupan cosas sin importancia?

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Cuáles son las cosas que más le preocupan?, ¿ha sido siempre usted así, o sólo desde hace poco tiempo?, ¿con qué frecuencia está usted preocupado?, ¿le ha molestado el estar así?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Pacientes habitualmente angustiados y nerviosos, pero sin malestar importante en la última semana.
- 3 Moderado - Malestar importante que se ha presentado ocasionalmente en la última semana (1 ó 2 veces).
- 4 Intenso - La ansiedad ha provocado malestar intenso y ocasional o se ha presentado en forma frecuente y moderada durante la semana previa, (3 ó 4 veces.)
- 5 Muy intenso - Ha causado malestar intenso y frecuente durante la semana anterior (más de 4 veces).

2.9 Fobias

El término es empleado en el sentido usual para denotar miedos infundados, excesivos y persistentes hacia objetos o situaciones en particular.

FOBIAS

¿Tiene usted fobias como por ejemplo, miedo a espacios cerrados, elevadores, lugares con mucha gente?, ¿le tiene usted miedo a ciertos animales, a la obscuridad, lugares altos, etc.?

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Qué tan molesta es esta situación para usted?,
¿cómo ha sido durante las 3 últimas semanas?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Temor que no causa molestias importantes durante la semana anterior, ni ha alterado sus actividades normales.
- 3 Moderado - Fobia que ha provocado malestar importante en forma ocasional, o el paciente ha cambiado o alterado sus actividades en función de la fobia.
- 4 Intenso - Malestar importante de manera frecuente, o malestar extremo en forma ocasional o limitaciones extremas en sus actividades durante las 3 últimas semanas.
- 5 Muy intenso - El paciente ha experimentado malestar extremo frecuentemente durante la semana anterior a la entrevista.

2.10 Obsesiones y compulsiones

Pensamientos o acciones acompañadas de la sensación subjetiva de compulsión, y que, el paciente identifica como irracionales y molestos, pero es incapaz de poder evitarlos. Este ítem ha sido dividido en tres áreas: s) Actos compulsivos, b) Pensamientos desagradables, c) indecisión obsesiva. Para valorar la severidad, el psiquiatra deberá intentar establecer el grado de malestar asociado. Para una valoración global. Se empleará la calificación actual más alta que haya sido dada en cualquiera de estas áreas.

OBSESIONES Y COMPULSIONES

¿ Ha encontrado dificultad para tomar decisiones últimamente?, ¿qué tan perfeccionista es usted?, ¿hay alguna idea que lo molesta o mortifique?, ¿cómo el lavarse las manos, o checar que estén cerradas las puertas, etc.?, ¿tiene usted necesidad de checar ciertas tareas, como la de ver si están cerradas las puertas y ventanas de la casa, Etc.?

PREGUNTAS OPCIONALES

Valorar orden, compulsión, obsesión e indecisión:
 ¿cuántas veces necesita repetir tal acción?, ¿hay alguna otra cosa que encuentre usted que deba repetir?, ¿podría describir el tipo de pensamientos que le molestan?, ¿se le ha dificultado siempre decidirse, o sólo últimamente?, ¿es sólo acerca de

de cosas importantes, o en todos aspectos?

Investigar: ¿Lucha usted contra él?, ¿es muy molesto?, ¿le molesta durante mucho tiempo?, ¿cómo ha sido durante las 3 últimas semanas?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Rasgos obsesivos de carácter y tendencias obsesivas o compulsivas no patológicas.
- 3 Moderado - La presencia de fenómenos obsesivos/compulsivos, definitivamente patológicos y molestos que se hayan presentado 1 ó 2 veces en las 3 últimas semanas.
- 4 Intenso - Obsesiones y compulsiones que hayan ocasionado malestar importante 3 ó 4 veces durante las 3 últimas semanas o que hayan estado presentes en forma marcada continuamente.
- 5 Muy intenso - Fenómenos obsesivos/compulsivos que hayan causado malestar extremo en forma frecuente al paciente, durante las 3 últimas semanas anteriores a la entrevista.

2.11 Despersonalización

El término se emplea para significar una vivencia subjetiva de cambio, ya sea en relación al mundo externo o en la persona del paciente. La vivencia se caracteriza por ser desagradable y molesta al sujeto; abarca, tanto la experiencia neurótica como psicótica. Se tomarán en consideración aquí los fenómenos que con estas características sean provocados por algún medicamento ingerido por el sujeto, debiéndose especificar esta situación.

DESPERSONALIZACION

¿Cuándo está usted nervioso, ha tenido las siguientes sensaciones: como si las cosas fueran un sueño, como si actuara mecánicamente, o estuviera vacío, o como si no tuviera sentimientos?, ¿se ha sentido extraño?, ¿cómo si estuviera fuera de usted?, ¿como si estuviera actuando en un teatro?, ¿como si todo fuera irreal?

PREGUNTAS OPCIONALES

Podría describir su sensación?, ¿la encuentra desagradable o aterrizante?, ¿cuánto tiempo le dura?, ¿Cuándo se le presenta?, ¿qué tan fuerte ha sido las 3 últimas semanas?

NOTA: En caso de presencia, investigar si es ego sintónica ego distónica, así como los aportados.

- | | | |
|---------|------|---|
| Pág. 10 | 3.6 | Exaltado y eufórico. (pág. 21) |
| " | 11 | Aplanado incongruente. (pág. 21) |
| " | 12 | Delirios, trastornos del pensamiento y falsas interpretaciones. (pág. 22) |
| | 3.9 | Alucinaciones. (pág. 23) |
| | 3.10 | Alteraciones del intelecto y daño crónico. (pág. 24) |

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Cualquier fenómeno que no alcance la definición dada o fenómenos leves y transitorios que no molestan al sujeto en forma significativa.
- 3 Moderado - El fenómeno se ha presentado en forma ocasional y molesta al sujeto durante las 3 últimas semanas previas a la entrevista.
- 4 Intenso - La despersonalización ha sido frecuente y molesta, u ocasional pero muy significativa para el sujeto en la semana anterior.
- 5 Muy intenso - La despersonalización ha sido frecuente y muy molesta para el sujeto en la semana anterior.

SUBSECCION 3: ANORMALIDADES MANIFIESTAS

NOTA: Recuérdese que esta parte de la entrevista se completa una vez que el paciente haya salido. En ella el psiquiatra desempeña un papel muy activo por lo que se recomienda leer detenidamente las instrucciones antes de calificar.

3.1 Lentitud y carencia de espontaneidad

Lentitud se refiere a retardo psicomotor en su significación clínica. La falta de espontaneidad se conceptualiza como un grado menor de retardo psicomotor y no será calificado con más de 2. Una actitud de apatía durante la entrevista, puede ser calificada aquí o bien bajo el rubro de aplanamiento efectivo, según se considere.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo y lenguaje normales. Responde a las preguntas con prontitud, espontaneidad y expresividad.

- 2 Leve - Hay evidencia de lentitud y/o poca espontaneidad pero el psiquiatra lo considera como una característica habitual, o carece de significado patológico.
- 3 Moderado - Lentitud y/o falta de espontaneidad en la entrevista, atribuibles a enfermedad psiquiátrica y no a una característica habitual.
- 4 Intenso - Fácilmente se aprecia retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica.
- 5 Muy intenso - El retardo psicomotor es muy intenso.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.2 Suspica, defensivo

Se conceptualiza defensivo como un grado menor de suspicacia y por lo tanto no será calificado con más de dos. Calificaciones patológicas (3, 4 ó 5), se darán únicamente cuando la suspicacia contribuya a un estado mental anormal. Se con- cluya de esto que alguien que habitualmente es defensivo en ex- ceso, pero cuya defensiva se piensa es irrelevante para cual- quier estado mental anormal observado, no será calificado con más de dos. Las calificaciones patológicas se harán aún en au- sencia de tales actitudes durante la entrevista, siempre y cuando el paciente, lo haya referido durante el interrogatorio o el psi- quiatra lo haya inferido en él.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo de ser y comportamiento normales en la entrevista.
- 2 Leve - Aunque defensivo y con respuestas poco convin- centes, se considera una característica habitual irrelevante para cualquier estado mental anor- mal.

- 3 Moderado - Defensivo y/o levemente suspicaz. Contribuye al estado mental anormal pero no obstaculiza la entrevista.
- 4 Intenso - Susplicacia marcada y suficiente para obstaculizar en forma mínima la entrevista. (El paciente puede demandar y exigir la razón de algunas preguntas o dar respuestas falsas).
- 5 Muy intenso - Susplicacia intensa que obstaculiza la entrevista y/o despierta dudas importantes en el entrevistador. También se dará esta calificación si el paciente rehusa coatestar preguntas, demanda irse, se enoja y/o se torna hostil.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.3 Histriónico

Aquí se calificará el grado en el que el lenguaje y el comportamiento histrionicos contribuyan a ocasionarle un estado mental anormal. Se utilizará cuando se sospeche que el paciente exagera propositivamente sus síntomas; en ausencia de otras anomalías las características histrionicas serán calificadas como 2.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo de ser y comportamiento normales durante la entrevista.
- 2 Leve - Comportamiento histrionico que se sospeche es un rasgo característico del individuo y que no contribuye en la condición patológica del paciente.
- 3 Moderado - Conducta que contribuye al estado patológico del paciente, pero no obstaculiza la entrevista. Se detecta una tendencia a exagerar síntomas y/o aspectos de la historia.

- 4 Intenso - Definitivo comportamiento histriónico que es suficiente para causar breves interrupciones en el curso de la entrevista. Por ejemplo, gestos extravagantes, demostraciones melodramáticas de defectos físicos, etc. Hay una constante exageración en la información al grado que se considera no confiable.
- 5 Muy intenso - Comportamiento obviamente anormal, demostrado o descrito, como por ejemplo, desmayos histéricos y conducta manipuladora.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.4 Deprimido

Este apartado no solamente incluye la conducta durante la entrevista, ejemplo, aparente tristeza, descorazonamiento, desesperanza, sino que deberá ser un registro clínico global de depresión y la forma en que esta anomalía esté contribuyendo al estado mental del paciente.

NOTA: Si el paciente amenaza suicidarse o tiene ideas suicidas, el psiquiatra no está obligado a calificarlo con un valor en particular. Se le deja a su juicio el calificarlo con 3, 4 ó 5 de acuerdo con la gravedad de las ideas. Un paciente que lllore durante la entrevista, se calificará con no menos de 2, aunque si es un rasgo habitual, puede ser calificado con 2 o menos.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo de ser y comportamiento durante la entrevista, normales.
- 2 Leve: - Aunque puede haber evidencia de depresión no se considera patológico, es una forma habitual de ser.

- 3 Moderado - Está moderadamente deprimido
- 4 Intenso - Está fuertemente deprimido.
- 5 Muy intenso - Está intensamente deprimido, hay ideas suicidas, llanto incontrolable, ideas nihilistas.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.5 Ansioso, Agitado, Tenso

Además de la evidencia directa de ansiedad se valorará el grado en que ésta contribuye a modificar el estado mental del paciente. Se considerarán los signos fisiológicos de sobreactividad simpática, como sudoración de manos, temblor, manchas en la piel, etc. Cuando la ansiedad se exprese por agitación motora la calificación no será menor de 4.

Calificación:

- 1 Ausente - Estado de ánimo normal en la entrevista
- 2 Leve - La tensión es una característica habitual y una respuesta razonable a la entrevista
- 3 Moderado - Ansiedad con un grado leve de valor clínico
- 4 Intenso - Hay tensión, ansiedad y aprehensión durante la entrevista. El psiquiatra necesita transmitir confianza y las interrupciones son mínimas. Puede haber una ligera agitación motora.
- 5 Muyintenso - Hay interrupciones en la entrevista debido a angustia intensa. Se observa agitación motora marcada y/o exceso de temor.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.6 Exaltado, eufórico

La euforia es considerada como un grado menor de exaltación y no deberá ser calificada con más de 3.

Calificación:

- 1 Ausente - Estado de ánimo normal
- 2 Leve - Entusiasmo que se considera una característica habitual y/o es apropiada a la circunstancia del paciente en el momento de la entrevista
- 3 Moderado - Exaltación leve, eufórico. El juicio del paciente no está alterado.
- 4 Intenso - Exaltación marcada en el afecto y actividad. La entrevista presenta dificultades momentáneas; hay ciertas alteraciones en el juicio del paciente y en su capacidad introspectiva y dificultad en su concentración.
- 5 Muy intenso - Exaltación muy importante; risa contagiosa, chistes, fuga de ideas.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.7 Aplanado, incongruente

El apartado, está destinado para evaluar estados esquizofrénicos y esquizoídes. Puede ser utilizado independientemente del diagnóstico, pero como regla general el psiquiatra debe precisar la alteración del ánimo, ya sea exaltación, depresión o aplanamiento/incongruencia. Al tratar con pacientes, cuya respuesta es pobre y apática el psiquiatra debe diferenciar entre depresión y empobrecimiento del afecto, debe hacerse hincapié de que una calificación patológica en el apartado de lentitud, apatía o falta de espontaneidad, no implica que deba calificarse como patológico el presente apartado. Aplanamiento se refiere a un empobrecimiento de las respuestas afectivas. El paciente es incapaz de imprimir y transmitir efecto a través de su relato y en su contacto personal.

Calificación:

- 1 Ausente - Estado de ánimo normal durante la entrevista.
- 2 Leve - El paciente puede mostrarse lacónico con respecto a algunos temas afectivos, pero como característica habitual.
- 3 Moderado - Falta de respuesta emocional clínicamente significativa al discutir temas de importancia o bien respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista.
- 4 Intenso - Falta importante de respuesta emocional. El paciente se muestra incapaz de transmitir emoción y afecto en su relato. No muestra preocupación acerca del futuro o da respuestas fragmentadamente incongruentes.
- 5 Muy intenso - No hay respuesta emotiva alguna; incongruencia muy importante.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.8 Delirios, trastornos del pensamiento, falsas interpretaciones.

Las falsas interpretaciones se consideran como un grado menor que los delirios y no se calificarán con más de 2. En la evaluación actual, se incluirán aquellos trastornos ocurridos en las 3 últimas semanas y no solamente lo manifestado en la entrevista.

Calificación:

- 1 Ausente - No se detecta ninguna anomalía
- 2 Leve - Creencias excéntricas y falsas interpretaciones triviales. Por ejemplo, que el clima está alterado por las pruebas nucleares, supersticiones, sectas religiosas, etc. Aberraciones de sintáxis que no son propiamente un trastorno de

pensamiento.

- 3 Moderado - Ideas sobrevaloradas, ideas de referencia, errores de juicio claramente evidentes, percepciones delirantes o alteraciones leves del pensamiento como respuestas inadecuadas en forma aislada.
- 4 Intenso - Delirios evidentes de culpa, nihilismo y otros que alteran la comunicación con el paciente en forma momentánea.
- 5 Muy intenso - Delirios graves que afectan la conducta e impiden la comunicación con el paciente a lo largo de la entrevista.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.9 Alucinaciones

El término define a las falsas percepciones que ocurren en ausencia de estímulos externos, incluyendo todas las modalidades.

El psiquiatra investigará si las alucinaciones se han presentado en las 3 últimas semanas anteriores, su frecuencia de terminará si han sido verdaderas o pseudoalucinaciones. Cuando se trate de un caso agudo.

La calificación deberá hacerse en base al relato y comportamiento del paciente durante la entrevista.

Calificación:

- 1 Ausente - Sin alteraciones
- 2 Leve - Las experiencias alucinatorias no son patológicas; son definitivamente alucinaciones hipnagógicas, imágenes eidéticas, ilusiones transitorias.
- 3 Moderado - Pseudo alucinaciones visuales y auditivas.

- 4 Intenso - Alucinaciones ocasionales durante las 3 últimas semanas.
- 5 Muy intenso - Verdaderas alucinaciones frecuentes en la última semana o el paciente está alucinando durante la entrevista.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.10 Alteraciones del intelecto y daño crónico

En este apartado se incluyen todos los tipos de defecto cognoscitivo ya sea debido a amnesia, demencia, síndromes orgánicos, crónicos o estado confusional agudos y los síndromes dismnésicos. Para calificar este ítem se realizarán pruebas simples para valorar memoria, orientación, pensamiento abstracto y conocimientos generales. En las encuestas comunitarias el problema de la pseudodemencia surgirá con poca frecuencia; en ciertos tipos de encuesta puede ser necesario esperar hasta que la prueba estandarizada haya sido completada para calificar. Para calificar una subnormalidad mental, se deberá no sólo tomar en cuenta la impresión diagnóstica durante la entrevista, sino además la historia del paciente.

Calificación:

- 1 Ausente - Inteligencia normal .
- 2 Leve - Faltas de memoria poco significativas, o inteligencia por debajo de lo normal sin evidencia de subnormalidad mental.
- 3 Moderado - Dismnesia, desorientación, daño orgánico leve o inteligencia limítrofe. El paciente no fue normalmente alfabetizado o (acudió a escuelas especiales).

NOTA:

En caso de sospecha o duda investigar:

- Orientación - Fecha, lugar, persona
- Memoria - Repetición de 3 palabras, inmediatamente y al finalizar la entrevista
- Juicio - Interpretación de un cuento absurdo
- Pensamiento - Refranes y situaciones

- 4 Intenso - Dismnesia o desorientación o daño orgánico o subnormalidad mental importante. Analfabeta o capaz de realizar solamente cálculos simples.
- 5 Muy intenso - Dismnesia, desorientación, daño orgánico o subnormalidad mental grave.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.11 Excesiva preocupación por las funciones corporales

Este aspecto se refiere a la exagerada preocupación del paciente por su salud y el funcionamiento de su cuerpo. Puede ser manifestado como enfermedades imaginarias, preocupación excesiva acerca de cosas triviales, interés excesivo en detalles y circunstancias de tratamientos médicos anteriores o precauciones excesivas. También incluye preocupación por las funciones sexuales. En caso de existir enfermedad física deberá, calificarse si el psiquiatra considera que la preocupación del paciente es exagerada, cuando exista duda en este punto, calificar 2. Un paciente que esté preocupado por un síntoma de origen psicológico deberá recibir calificación tanto en esta parte como en síntomas somáticos.

Calificación:

- 1 Ausente - Sin alteraciones o la preocupación está bien sustentada
- 2 Leve - El paciente está preocupado pero no molesto o existe duda en el entrevistador (favor de consignarlo).
- 3 Moderado - Leve preocupación patológica secundaria a estados de ansiedad o depresión u otros síntomas psicológicos.

4 Intenso - Grado marcado de preocupación. El paciente se observa seriamente preocupado hablando espontáneamente de sus síntomas y solamente de ellos.

5 Muy intenso - El paciente se muestra delirante

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.12 Contenido depresivo de pensamiento

Este apartado permite al psiquiatra calificar ideas autodepreciativas, nihilistas o pesimistas expresadas por el paciente. Estas ideas pueden ser calificadas independientemente del síntoma ánimo depresivo, o de "deprimido" como descripción clínica. El contenido depresivo del pensamiento es intermedio entre un síntoma y una anomalía manifiesta, ya que la calificación puede estar basada en las respuestas directas e indirectas del paciente durante la entrevista. Los pacientes con calificación patológica en este apartado muestran usualmente ánimo deprimido. Los pacientes que manifiestan tristeza y desahío no siempre admiten tener patología depresiva. Las ideas depresivas repetitivas deben ser calificadas en este apartado aun que ya lo hayan sido en "compulsiones y obsesiones". Las ideas suicidas deben ser calificadas aquí si se piensa que son secundarias o asociadas a ideas depresivas, pero no de otra manera.

Calificación:

- 1 Ausente - Ausencia de pensamiento depresivo
- 2 Leve - Tendencia pesimista no patológica
- 3 Moderado - Pensamientos depresivos patológicos pero leves, sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa.
- 4 Intenso - Ideas depresivas importantes: sentimiento de inferioridad, vergüenza, y culpa. Pueden presentarse ideas suicidas.

5 Muy intenso - Delirios nihilistas de culpa y autodevaluación.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

RESUMEN Y PLANTEAMIENTOS

4. Impresiones diagnósticas

4.1 Credibilidad de la información

Se valorará a juicio del entrevistador si la credibilidad de la información obtenida es buena, regular o pobre.

4.2 Calificación global de severidad actual

Se valorará en forma global la severidad de los síntomas presentados durante las 3 últimas semanas.

4.3 Total Global de Severidad

Esta calificación consistirá en la integración de la severidad de los síntomas encontrados, tanto en la historia, como en las últimas 3 semanas.

Calificación para los apartados 4.2 y 4.3:

1. Sujeto totalmente asintomático, sin molestia alguna, ni alteraciones caracterológicas.
2. El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas pero éstas no ameritan tratamiento psiquiátrico, porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto.
3. Las quejas presentadas por el sujeto hacen que éste requiera ayuda pero en consulta externa.
4. El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable.
5. El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente.

4.4 Diagnósticos OMS

Se anotará el diagnóstico principal del sujeto, de acuerdo al criterio de la OMS. Así mismo se anotarán los posibles diagnósticos secundarios.

4.5 En este apartado se indicará si la historia médica del su jeto tiene alguna relación con su estado mental actual.

4.6 Finalmente el entrevistador anotará su nombre completo.

ANEXO No. 2

RESUMEN DEL GLOSARIO DE LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

290	PSICOSIS ORGANICAS SENIL Y PRESENIL	296	PSICOSIS AFECTIVAS
290.0	Demencia senil, tipo simple	296.0	Psicosis maníaco-depresiva, tipo maníaco
290.1	Demencia presente	296.1	Psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo
290.2	Demencia senil de tipo depresivo o paranoide	296.2	Psicosis maníaco-depresiva circular, fase maníaca
290.3	Demencia senil con estado confusional agudo	296.3	Psicosis maníaco-depresiva circular, fase depresiva
290.4	Demencia arterioesclerótica	296.4	Psicosis maníaco-depresiva circular, mixta
290.6	Otras	296.5	Psicosis maníaco-depresiva de tipo circular fase no especificada
290.9	Sin especificación	296.6	Psicosis maníaco-depresiva de otro tipo y del no especificado
291	PSICOSIS ALCOHOLICAS	296.8	Otras
291.0	Delirium tremens	296.9	Sin especificación
291.1	Psicosis alcohólica de Korsakov	297	ESTADOS PARANOIDES
291.2	Otra demencia alcohólica	297.0	Estado paranoide simple
291.3	Otra alucinosis alcohólica	297.1	Paranoia
291.4	Embraguez patológica	297.2	Parafrenia
291.5	Celotipia alcohólica	297.3	Psicosis inducida
291.8	Otras	297.8	Otros
291.9	Sin especificación	297.9	Sin especificación
292	PSICOSIS DEBIDAS A DROGAS	298	OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS
292.0	Síndrome de abstinencia de droga	298.0	Tipo depresivo
292.1	Estado paranoide o alucinatorio, o con ambas manifestaciones, inducido por drogas	298.1	Tipo agitado
292.2	Intoxicación patológica por drogas	298.2	Confusión reactiva
292.8	Otra	298.3	Reacción paranoide aguda
292.9	Sin especificación	298.4	Psicosis paranoide psicógena
293	PSICOSIS TRANSITORIA	298.6	Otras psicosis reactivas y las reactivas no especificadas
293.0	Estado confusional agudo	298.9	Psicosis no especificada
293.1	Estado confusional subagudo	299	PSICOSIS PECULIARES DE LA NIÑEZ
293.8	Otras	299.0	Autismo infantil
293.9	Sin especificación	299.1	Psicosis desintegrativa
294	OTRAS PSICOSIS ORGANICAS (CRONICAS)	299.8	Otras
294.0	Psicosis o síndrome de Korsakov (no alcohólico)	299.9	Sin especificación
294.1	Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte	TRASTORNOS NEUROTICOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS	
294.8	Otras	300	TRASTORNOS NEUROTICOS
294.9	Sin especificación	300.0	Estados de ansiedad
295	PSICOSIS ESQUIZOFRENICA	300.1	Histeria
295.0	Tipo simple	300.2	Estado fóbico
295.1	Tipo hebefrénico	300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
295.2	Tipo catatónico	300.4	Depresión neurótica
295.3	Tipo paranoide	300.5	Neurastenia
295.4	Episodio esquizofrénico agudo	300.6	Síndrome de despersonalización
295.5	Esquizofrenia latente	300.7	Hipocondría
295.6	Esquizofrenia residual	300.8	Otros trastornos neuróticos
295.7	Tipo esquizoafectivo	300.9	Sin especificación
295.8	Otra		
295.9	Sin especificación		

301	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	305	ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES CORPORALES ORIGINADAS POR FACTORES MENTALES
301.0	Trastorno paranoide de la personalidad	305.0	Osteo-musculares
301.1	Trastorno afectivo de la personalidad	305.1	Respiratorios
301.2	Trastorno esquizoide de la personalidad	305.2	Cardiovasculares
301.3	Trastorno explosivo de la personalidad	305.3	Cutáneas
301.4	Trastorno anancástico de la personalidad	305.4	Gastrointestinales
301.5	Trastorno histérico de la personalidad	305.5	Genitourinarias
301.6	Trastorno asirico de la personalidad	305.6	Endocrinas
301.7	Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociadas	305.7	De los órganos de los sentidos
301.8	Otros trastornos de la personalidad	305.8	Otras
301.9	Sin especificación	305.9	Sin especificación
302	DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES	307	SINTOMAS O SINDROMES ESPECIALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
302.0	Homosexualidad	307.0	Tarabumdeo
302.1	Besitividad	307.1	Anorexia nervosa
302.2	Pedofilia	307.2	Tics
302.3	Travestismo	307.3	Movimientos estereotipados repetitivos
302.4	Exhibicionismo	307.4	Trastornos característicos del sueño
302.5	Transsexualismo	307.5	Otros trastornos y los no especificados del comer
302.6	Trastorno de la identidad psicosexual	307.6	Enuresis
302.7	Frigidez e impotencia	307.7	Encopresis
302.8	Otras	307.8	Palcalgia
302.9	Sin especificación	307.9	Otros y los no especificados
303	SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	308	REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION
304	DEPENDENCIA DE LAS DROGAS	308.0	Con predominio de las alteraciones emocionales
304.0	Del tipo de la morfina	308.1	Con predominio de las alteraciones de la conciencia
304.1	Del tipo de los barbitúricos	308.2	Con predominio de las alteraciones psicomotoras
304.2	Cocaína	308.3	Otras
304.3	Cannabis	308.4	Mixtas
304.4	Del tipo de la anfetamina y otros psicoestimulantes	308.9	Sin especificación
304.5	Alucinógenos	309	REACCION DE ADAPTACION
304.6	Otra	309.0	Reacción depresiva breve
304.7	Combinaciones de drogas del tipo de la morfina con cualquiera otra	309.1	Reacción depresiva prolongada
304.8	Combinaciones que no comprendan drogas del tipo de la morfina	309.2	Con predominio de alteración de otras emociones
304.9	Sin especificación	309.3	Con alteración predominante de la conducta
305	ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA	309.4	Con alteración simultánea de las emociones y de la conducta
305.0	Alcohol	309.8	Otras
305.1	Tabaco	309.9	Sin especificación
305.2	Cannabis		
305.3	Alucinógenos		
305.4	Barbitúricos y tranquilizadores		
305.5	Del tipo de la morfina		
305.6	Del tipo de la cocaína		
305.7	Del tipo de la anfetamina		
305.8	Antidepresivos		
305.9	Otros		

- 310 TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICOS NO PSICOTICOS CONSECUTIVOS
- 310.0 Síndrome del lóbulo frontal
- 310.1 Otro tipo de cambio de la personalidad
- 310.2 Síndrome de poscontusión
- 310.8 Otros
- 310.9 Sin especificación
- 311 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
- 312 PERTURBACION DE LA CONDUCTA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
- 312.0 Perturbación insocial de la conducta expresada en forma individual
- 312.1 Perturbación de la conducta en pandilla
- 312.2 Trastorno compulsivo de la conducta
- 312.3 Perturbación mixta de la conducta y de las emociones
- 312.8 Otra
- 312.9 Sin especificación
- 313 PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PEQUENAS DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA
- 313.0 Con ansiedad y miedo
- 313.1 Con sentimientos de infelicidad y tristeza
- 313.2 Con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social
- 313.3 Problemas de relación
- 313.8 Trastornos mixtos u otros
- 313.9 Sin especificación
- 314 SINDROME HIPERCINETICO DE LA NIÑEZ
- 314.0 Perturbación simple de la actividad y de la atención
- 314.1 Hipercinesia con retardo del desarrollo
- 314.2 Trastorno hipercinético de la conducta
- 314.8 Otro
- 314.9 Sin especificación
- 315 RETARDO SELECTIVO DEL DESARROLLO
- 315.0 Retardo selectivo de la lectura
- 315.1 Retardo selectivo de la aritmética
- 315.2 Otras dificultades selectivas del aprendizaje
- 315.3 Trastorno en el desarrollo del lenguaje o del habla
- 315.4 Retardo motor selectivo
- 315.5 Trastorno mixto del desarrollo
- 315.8 Otros
- 315.9 Sin especificación
- 316 FACTORES PSIQUICOS ASOCIADOS CON ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
- RETRASO MENTAL
- 317 RETRASO MENTAL DISCRETO
- 318 RETRASO MENTAL DE OTRO GRADO ESPECIFICADO
- 318.0 Retraso mental moderado
- 318.1 Retraso mental grave
- 318.2 Retraso mental profundo
- 319 RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO

ANEXO No. 3

HOJA DE CALIFICACION DE ENTREVISTA DE PACIENTE

Clave

No. de expediente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	3	4	5	6	7

Estudio
8

No. de paciente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	10	11	12

Forma
3
13

Fecha

DIA		MES		AÑO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	15	16	17	18	19

Nombre _____

Sexo _____

Edad _____

Años

1. Historia Médica General (intervenciones quirúrgicas, enfermedades pulmonares, cardiovasculares, hipertensivas, Úlcera gástrica, colitis, riñones, artritis, tumores, dermatitis, epilepsia)

a) Intervenciones quirúrgicas

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20

b) Enfermedades pulmonares

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

21

c) Enfermedades cardiovasculares

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

22

d) Hipertensiva

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

23

e) Úlcera gástrica

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

24

No anote en esta sección

No anote en
esta sección

	SI	NO	
f) Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25
g) Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26
h) Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27
i) Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28
j) Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29
k) Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30

1.1 Medicamentos que ha tomado en los últimos 6 meses:
(marque la casilla correspondiente)

Grupo		<u>Nombre del medicamento</u>	
a. Sedantes barbitúricos y no barbitúricos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 31
b. Tranquilizantes menores	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 32
c. Tranquilizantes mayores	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 33
d. Antidepresivos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 34
e. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 35
f. Otros psicofármacos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 36
g. Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 37

No anote en esta sección.

1.2 Antecedentes psiquiátricos familiares. (inclusive toxícomanías). (Favor de investigar en el siguiente orden: Abuelos, padres, hijos, hermanos, nietos, tíos, primos, sobrinos, esposo (a).

<u>Parentesco</u>	<u>Edad de inicio</u>	<u>Descripción del trastorno o diagnóstico</u>	<u>Tratamiento</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

 38

 39

 40

 41

 42

 43

 44

1.3 Antecedentes psiquiátricos personales (inclusive toxícomanías)

<u>Edad de inicio (mencionar c/u de los episodios)</u>	<u>Descripción del trastorno; síntomas y signos principales y/o diagnóstico</u>	<u>Tratamiento (especifique si hubo hospitalizaciones psiquiátricas)</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

 45

 46

 47

 48

 49

 50

No anote en esta sección

Edad de inicio (mencionar c/u de los episodios)	Descripción del trastorno; síntomas y signos princi- pales y/o diagnóstico	Tratamiento (especifique si hubo hos- pitalizaciones psiquiátricas)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

 51 52

1.4 El cuestionario fue contestado el mismo día o en fecha diferente a la Entrevista Psiquiátrica

1. Mismo día 2. Día diferente 53

1.5 Si fue contestado en diferente día favor de contestar la siguiente pregunta:

De acuerdo con el día que contestó el cuestionario, cómo ha sido su estado de salud? Considera:

 541. Mucho mejor 2. Ligeramente mejor 3. Igual 4. Ligeramente peor 5. Mucho peor

2. Síntomas reportados

2.1 Síntomas somáticos;

Calificación A _____

 55

a) Dísnea

C A

_____	_____
56	57

b) Palpitaciones

_____	_____
58	59

No anote en esta sección

	C	A
c) Dolor u opresión precordial	—	—
d) Sensación de desmayo	—	—
e) Mareo (timopático)	—	—
f) Parestesias	—	—
g) Parestias	—	—
h) Pérdida de peso	—	—
i) Cefaleas	—	—
j) Sudoración excesiva	—	—
k) Dolor abdominal	—	—
l) Frigidez	—	—
m) otros	—	—

60	61

62	63

64	65

66	67

68	69

70	71

72	73

74	75

76	77

78	79

3	80
---	----

14	15

No anote en esta sección

2.2 Fatiga			Calificación A	<input type="text"/>	16
	C	A			
Mañanas	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				17	18
Tardes/noches	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				19	20
2.3 Alteraciones en el sueño			Calificación A	<input type="text"/>	21
Pre-durmicional	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				22	23
Durmicional	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				24	25
Postdurmicional	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				26	27
Hipersomnía	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				28	29
2.4 Hipnóticos			Calificación A	<input type="text"/>	30
2.5 Irritabilidad			Calificación A	<input type="text"/>	31
Selectiva	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				32	33
General	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				34	35
2.6 Disminución de la concentración			Calificación A	<input type="text"/>	36
	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				37	38
2.7 Animo depresivo			Calificación A	<input type="text"/>	39
Mañanas	—	—		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				40	41

No anote en esta sección

Tardes/noches	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	42	43
Momentáneas	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	44	45
Motivado	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	46	47
Inmotivado	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	48	49
2.8 Ansiedad			Calificación A	<input type="text"/>		50
Mañanas	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	51	52
Tardes/noches	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	53	54
Selectiva	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	55	56
General	—	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	57	58
2.9 Fobias			Calificación A	<input type="text"/>		59
Tipo (s)	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	60	61
	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	62	63
	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	64	65
2.10 Obsesiones y compulsiones			Calificación A	<input type="text"/>		66

No anote en esta sección

	C	A	
Actos compulsivos	___	___	<input type="text"/> <input type="text"/> 67 68
Tipo (s)	_____		
Pensamientos desagradables	___	___	<input type="text"/> <input type="text"/> 69 70
Tipo (s)	_____		
Indecisión obsesiva	___	___	<input type="text"/> <input type="text"/> 71 72
Tipo (s)	_____		
2.11 Despersonalización			Calificación A <input type="text"/> 73
Desrealización	___	___	<input type="text"/> <input type="text"/> 74 75
3. Anormalidades manifiestas (si la calificación es superior de 2, especificar por qué).			<input type="text"/> <input type="text"/> 76 77
3.1 Lentitud y carencia de espontaneidad			Calif. _____ <input type="text"/> 78
3.2 Suspica, defensivo			Calif. _____ <input type="text"/> 79
3.3 Histriónico			Calif. _____ <input type="text"/> 14

No anote en
esta sección

3.4	Deprimido		Calif.	_____	<input type="text"/>	15	

3.5	Ansiioso, agitado, tenso		Calif.	_____	<input type="text"/>	16	

3.6	Exaltado, eufórico	C	A	Calif.A	_____	<input type="text"/>	17
	_____	___	___			<input type="text"/>	18
	_____					<input type="text"/>	19
3.7	Aplanado, incongruente			Calif.	_____	<input type="text"/>	20

3.8	Delirios, trastornos del pensamiento	C	A	Calif.A	_____	<input type="text"/>	21
	_____	___	___			<input type="text"/>	22
	_____					<input type="text"/>	23
3.9	Alucinaciones:	C	A	Calif.A	_____	<input type="text"/>	24
	-Seudoalucinaciones	___	___			<input type="text"/>	25
						<input type="text"/>	26
	-Alucinaciones	___	___			<input type="text"/>	27
						<input type="text"/>	28
	Tipo (s)					<input type="text"/>	29
						<input type="text"/>	30
	_____	___	___			<input type="text"/>	31
						<input type="text"/>	32
	_____	___	___			<input type="text"/>	33
						<input type="text"/>	34

	C	A	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
3.10 Alteraciones en el intelecto y daño crónico			Califi. _____ <input type="text"/> 37
3.11 Excesiva preocupación por las funciones corporales			Calif. A _____ <input type="text"/> 38
_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> 39 40
_____	_____	_____	
3.12 Contenido depresivo del pensamiento			Calif. A _____ <input type="text"/> 41
_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> 42 43
_____	_____	_____	
4. Impresiones diagnósticas			
4.1 Credibilidad de la información			
1. Buena <input type="text"/>	2 Regular <input type="text"/>	3 Pobre <input type="text"/>	<input type="text"/> 44
4.2 Calificación Global de Severidad Actual			<input type="text"/> 45
4.3 Total Global de Severidad (Historia y Actual)			<input type="text"/> 46
4.4 Diagnóstico (s) OMS			<input type="text"/> <input type="text"/> 47 48
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> 49 50

No anote en
esta sección

No anote en
esta sección

4.5 Su historia médica tiene alguna correlación
con su estado mental?

51

1 Si

2 No

3 Duda

4.6 Entrevistador

Nombre _____

52

Observaciones: (Fundamentalmente su diagnóstico en base
a historia y actual).

53

54

55

56

57