

11241
241

CONFIABILIDAD DIAGNOSTICA

EN EL

HOSPITAL PSIQUIATRICO

FRAY BERNARDINO ALVAREZ.-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Uo.Bo.



21-11-89





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INTRODUCCION.

Las Ciencias tienen un objeto específico de conocimiento - una terminología propia, leyes que le son inherentes. En algunas de ellas como la Física y las Matemáticas se pueden llevar a cabo investigaciones con un control muy riguroso de las variables, en cambio en otras como la Sociología y la Antropología la aplicación del Método Científico tropieza con serias dificultades.

La Psiquiatría, rama de la Medicina, se nutre de ciencias exactas y otras que no lo son. Es una Ciencia relativamente nueva y en ella se realizan investigaciones muy controladas "como el estudio de las concentraciones séricas de x fármaco en diferentes horas y otras como la investigación en Psicoterapia en las que - todavía no se pueden resolver todos los problemas metodológicos.

La Nosología Psiquiatrica se ha enfrentado con varios problemas aún no del todo resueltos. Dos de mucha importancia son - la Validez y Confiabilidad. El primero hace referencia a la medida en que diversos criterios diagnósticos se están refiriendo - a la alteracion que dicen medir; el segundo al grado de acuerdo existente entre los observadores (o el mismo, tiempo después) - acerca de lo que se está midiendo.

Los primeros estudios sobre Confiabilidad se realizaron - en 1934, 1938; en ellos se encontró que había un gran margen de desacuerdo entre diferentes clínicos. Posteriormente otros estudios mostraron lo contrario (1956) ayudados de procesos estadísticos. Una verdadera cascada de trabajos al respecto se siguen realizando, porque resulta vital conocer que tanto estamos hablando del mismo objeto. El presente estudio intenta contribuir a la difusión de esto y aproximarse un poco a la realidad de - nuestro hospital el Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez.-

TITULO: La Confiabilidad Diagnóstica en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez.

ANTECEDENTES: La Confiabilidad se refiere comunmente (3) al grado en que las mediciones de un observador concuerdan con los juicios independientes de otro (confiabilidad entre entrevistadores) o a las mediciones de un mismo observador en dos periodos de tiempo diferentes (Sanson-Fisher 1981). Un estudio de la confiabilidad diagnóstica psiquiatrica usualmente involucra a un par de clínicos entrevistando a series de pacientes ya sea en entrevistas conjuntas o separadas (Test-Retest). Un método alternativo que ha sido frecuentemente usado involucra registros clínicos diarios de casos sumarios especialmente preparados que son evaluados por parejas de clínicos los cuales no tienen contacto directo con los pacientes (7). Se entiende como acuerdo diagnóstico, un acuerdo exacto de dos clínicos en sus diagnósticos primarios (5)

En Psiquiatría los criterios que pueden tenerse para alguna enfermedad derivados de la observación y la experiencia y validados por medio de estudios de seguimiento, no tendrían utilidad si los clínicos no estuvieran de acuerdo acerca de la presencia o ausencia de los síntomas. En este sentido un concepto válido necesita ser confiable en su uso para asegurar su valor comunicativo y lograr evaluación científica (3). La multiplicidad de sistemas diagnósticos crea una mezcla de confusiones para el investigador clínico. Hay una diferencia fundamental entre una alteración o desorden y un diagnóstico. El paciente tiene el desorden pero el que lo diagnostica le da al paciente el diagnóstico. La conexión entre diagnóstico y desorden depende de la validez y confiabilidad de los diagnósticos. Dos sistemas diagnósticos que son altamente válidos y confiables deberían tener una elevada concordancia uno con otro. La descorazonante ver

dad es que la concordancia entre los numerosos sistemas diagnósticos existentes en Psiquiatría es frecuentemente poco mejor - que el azar, sugiriendo que muchos sistemas tienen ya sea una - validez limitada o confiabilidad limitada. Por ejemplo, usando un sistema serial (ej: donde el sistema diagnóstico es positivo cuando todos los componentes diagnósticos están presentes) disminuye la sensibilidad e incrementa la especificidad; mientras un sistema paralelo (ej: donde el sistema diagnóstico es positivo - si uno u otro componente diagnóstico está presente) incrementa - la sensibilidad y disminuye la especificidad (1).

La confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos no es actualmente mejor o peor que la de los diagnósticos de - otros campos médicos (Koran LM). Se ha demostrado que el acuerdo psiquiátrico es similar al encontrado entre electrocardiografistas acerca de un electrocardiograma ó radiólogos acerca de un - pielograma intravenoso anormal (4) Spitzer y Fleiss han comentado: "no hay garantía de que un sistema confiable sea válido, pero seguramente un sistema no confiable no puede serlo. Un estudio - realizado en 1977 hasta 1978 (Statistical errors in papers..) de mostró que 83% del material estudiado hacía uso de algunas estadísticas, pero también mostró que los errores estadísticos ocurren en el 45% de las publicaciones, incluyendo 34% con errores importantes que son suficientes para poner en duda la validez de los hallazgos (1) Hay de hecho un vasto armamentario de herramientas metodológicas que no son usadas, subutilizadas o mal usadas disponibles para ayudar a resolver muchos de los diferentes problemas en la investigación psiquiátrica (1).

De los primeros estudios (3) acerca de los diagnósticos (Boisen 1938) (Doering y Raymond 1934) (Masserman y Charnichael 1938) se obtuvo un gran margen de desacuerdo. Otros muchos estudios de confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico (4) se hi-

cieron durante los años 40s y 50s (Ash 1949) (Hunt WA 1953) (Meehl 1955) (Mehlman B 1952) (Schmidt y Fonda 1956) este último con altos grados de confiabilidad pero producto de dudosos procesos estadísticos (3). Pero no fue sino hasta fines de los 60s y principios de los 70s que la medición cuantitativa de la confiabilidad diagnóstica fue posible con la Kappa (k) estadística (Cohen J 1960) (Fleiss JL, 71,73)(Spitzer RL 67). Esta representa la proporción de acuerdo entre entrevistadores después de eliminar el acuerdo que puede ser esperado por azar solamente (5). Su valor puede ir desde -1.0 a 1.0 con altos valores representando elevados niveles de acuerdo. Cohen sugiere que un valor de kappa (k) .70 o mayor indica un nivel satisfactorio de acuerdo (5) (6)

(Kraemer HC 1985) ha objetado el uso del coeficiente k, como medida para describir la validez y confiabilidad diagnóstica. Puntualiza que el coeficiente k tiende a sobreenfatizar el acuerdo entre diagnósticos negativos y aquellos que eran problemáticos, particularmente con desórdenes con baja prevalencia.

Los problemas de los estudios de confiabilidad pueden ser agrupados en: problemas de diseño y ejecución y problemas estadísticos. Los dos primeros incluyen la elección de un diseño experimental y las ventajas y desventajas de diseños concurrentes (8). En la medición de confiabilidad es deseable usar más que un diseño cuandoquiera que sea posible, debido a que los diferentes diseños tienen diferentes ventajas y desventajas y se complementan unos a otros. Algunos de los diseños más usados son: 1. Viñetas (casos) en este tipo de estudio se establece rápidamente si los entrevistadores conocen los criterios e interpretan los registros del caso en la misma forma. Este diseño es el menos confiable porque tiende a reducir a un mínimo la variabilidad en entrevistadores y diagnósticos: los juicios de los pacientes no pueden variar, el estilo del entrevistador tampoco y las diferentes interpretaciones de la conducta no verbal.

de los pacientes no pueden ocurrir. El único origen de variabilidad que influye en el acuerdo en el diseño de viñeta, son variaciones entre los clínicos en la interpretación de los criterios y de la viñeta. Con este método un gran número de casos puede ser estudiado relativamente rápido, en este sentido el estudio de confiabilidad puede ser integrado al programa de entrenamiento de los entrevistadores. 2. Estudios de Videotape: este estudio es muy útil para estudios de confiabilidad entre centros de investigación, es mucho más sencillo enviar un video que entrevistadores de centro a centro para llevar a cabo entrevistas. Los entrevistadores pueden ser clasificados por su entrenamiento profesional, grado de experiencia o cualquier otro factor de sesgo potencial. Los problemas de este diseño tienen mucho en común con los que se dan en las viñetas. La historia del paciente no varía de modo que las discrepancias en la autopresentación no pueden ser medidas. Los desacuerdos debidos a los estilos de entrevistar no pueden ocurrir. Por otro lado las valoraciones de los entrevistadores por videotape pueden ser más heterogéneas que con las viñetas escritas. En video esto es debido a que el estado mental aparente del paciente se muestra (7) (8). El principal problema con los diseños de videotape, es que el examinador puede inadvertidamente observar como es que se está entrevistando al sujeto. Al examinar como se forman las preguntas puede descuidar la observación y llegar a un acuerdo elevado falso. Una desventaja adicional es que este diseño no puede valorar la variabilidad en los hábitos del entrevistador. 3. Diseños de acuerdo interrelacionado: un examinador entrevista a un sujeto y otro examinador observa y hacen una observación simultánea e independiente. Una ventaja de tal diseño sobre los estudios de viñeta y videotape es que es más económico, usa sujetos que pueden ser entrevistados en cualquier momento, no necesita equipo y mide las mismas cantidades de variación que se logran con el videotape.

pe. La principal desventaja de este diseño es idéntica a la que se dá en un estudio de videotape, principalmente que una falsa - concordancia elevada puede resultar de observar o recibir mensajes no verbales del examinador. De hecho en este estudio observador-entrevistador en vivo, el observador no puede ser prevenido para ver los movimientos del examinador. Este diseño no puede ser usado con muchos observadores por sujeto, ya que es físicamente impracticable entrevistar a un paciente con mucha gente. 4. Diseño de Test-Retest: es el mas confiable. Introduce tres importantes causas de variabilidad dentro del diseño: variaciones en la historia del paciente a lo largo de sus dos entrevistas, cambios en el estilo del examinador y cambio del estado del paciente a través del tiempo. Este diseño es caro, pero aunque el costo es alto, los datos de este estudio pueden contestar de cerca todas las cuestiones que los otros explican y otras tantas. Es el único diseño que permite una evaluación confiable de la variabilidad del estilo del entrevistador. Aunque estos son sólo cuatro de los posibles diseños de confiabilidad, cubren el rango requerido para un examen longitudinal de la confiabilidad diagnóstica.

Se han detectado (5) (3), diversas causas de desacuerdo diagnóstico basadas en la literatura y experiencia clínica: I. Variaciones del sujeto: cambios en la condición del paciente o su estado entre las dos entrevistas. II. Variaciones de Información: diferencias en el reporte del paciente o información provi sional y mas detallada a un clínico que a otro. III. Sistemas de clasificación e insuficiente especificación de sus criterios. IV. Peso diferente a los aspectos del cuadro clínico: ambos clínicos están de acuerdo en los aspectos específicos pero en desacuerdo sobre cuales síntomas son los mas importantes. V. Diferente técnica de entrevista: (ej: recoger datos de manera ordenada como instrucción

ciones de un libro, pedir información para ir excluyendo un diagnóstico tras otro, elegir un diagnóstico después de examinar toda la información disponible, escoger un diagnóstico intuitivamente desde el principio, desafiando el resto de la información al cuestionar este diagnóstico, seguir las respuestas del paciente, decidiendo cada parte de la información la próxima área a investigar). VI. Percepción de la patología: según el marco de referencia diagnóstica preexistente. VII. Errores clínicos.

A fin de controlar algunas de estas fuentes de variación se han introducido en la investigación psiquiátrica y en la práctica clínica, herramientas capaces de reducir estos problemas (3). Por eso se han desarrollado definiciones operacionales, y se ha incluido el uso de protocolos de entrevista estandarizada (5) que reducen la variabilidad de interrelación e incrementan la especificidad de la información obtenida. Uno de los ejemplos de pioneros en la investigación y experimentación con sistemas diagnósticos de amplio rango es Stengel (1959). El impacto de sus descubrimientos en el desarrollo de instrumentos de mejoría diagnóstica en Psiquiatría puede ser visto como una forma de validación de su investigación de consulta (9). Recientemente sistemas diagnósticos multiaxiales se han desarrollado en diferentes partes del mundo (mezich 1984) (Wohlfahrt 1947) (Leme López 1954 et., en 1980 se publica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (2). Como clasificación es una forma de ver el mundo, una posición teórica y de conocimiento. Clasificar significa crear, definir y confirmar límites de conceptos (10). Algunos piensan (11) que el énfasis metodológico del DSM-III en el empirismo (descripciones y datos) deja de lado ideas, conceptos y teorías que son los primeros motores del progreso científico, según los autores. Otros muchos aspectos sobre el DSM-III se han debatido (12). En un estudio a nivel mundial (9) las principales dificultades encontradas con el uso del DSM-

III incluía la presencia de límites problemáticos para la definición de criterios diagnósticos y la pérdida de subcategorías diagnósticas en algunos casos. La recomendación mas frecuentemente ofrecida para el avance del sistema diagnóstico incluía la mejora de los procedimientos de evaluación de los pacientes, el mayor uso y refinamiento de los diagnósticos multiaxiales y el diagnóstico y la validación empirica de los sistemas diagnósticos. Otro estudio realizado en los Estados Unidos en 1984 analizó las actitudes de los Psiquiatras practicantes y los recién graduados hacia el DSM-III (13). Se encontró una mejor aceptación 75% vs 56% de los recién graduados hacia la utilización del DSM-III pb influidos por su mayor contacto y entrenamiento con el mismo. Menos de la mitad de los Psiquiatras practicantes usaron los primeros tres o mas ejes para registrar un diagnóstico comparado con cerca de tres o cuatro de los residentes recién graduados. En 5 años de experiencia con el uso del DSM-III se concluye entre otras cosas (14) que su confiabilidad es superior a otras clasificaciones, que la confiabilidad depende del propio conocimiento del sistema; que es necesario hacer estudios de validación basados en la experiencia clínica con el DSM-III, estos deben incluir mas pacientes externos y pacientes con psicopatología que no estan bajo tratamiento psiquiatrico. Se ha estudiado su utilidad en los hospitales generales (15) y allí se han observado dificultades para diferenciar desórdenes somatoformes y factores psicológicos que afectan el estado físico.

El primer estudio que midió la confiabilidad del eje multiaxial (DSM-III) fue el estudio de campo realizado por Spitzer y Forman donde se encontraron los siguientes valores de kappa (k) Eje I 0.70 Eje II 0.60 Eje III (no publicación) Eje IV .62-.58 Eje VO.80-0.69 (16). En el DSM-III 1980 los valores son: Eje I .68-.72 Eje II .56-.64 Eje IV .60-.66 Eje V .75-.80 (todos

valores para adultos) (2). En Francia se han obtenido valores para el Eje I (algunas categorías diagnósticas) que van desde .55 a .64 (17). En un estudio se encontró para el eje V k 0.49 (18) y en otro estudio se encontró que el nivel de acuerdo era adecuado para 2 de 12 categorías del Eje V (19). En un estudio de confiabilidad interobservador, usando el examen psiquiátrico estandarizado se obtuvo k 0.79-1.0 en diagnósticos del DSM-III. Como se puede apreciar los más consistentes valores de kappa (k) son para las categorías diagnósticas del eje I. (20)

Es esperable pues, encontrar ciertos rangos de confiabilidad en los lugares donde se hacen diagnósticos psiquiátricos y se utilizan algunos criterios diagnósticos. En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez se utilizan el ICD-9 y el DSM-III principalmente. Los estudios de confiabilidad diagnóstica para el DSM-III abundan no así para el ICD-9. En base a lo anterior y que el valor kappa es mas consistente para el Eje I, juzgo útil realizar un estudio aproximativo sobre la confiabilidad diagnóstica en nuestro hospital. Esto nos permitirá conocer que tanto concuerdan las mediciones de un observador con los juicios independientes de otro y este acercamiento hará posible saber que tanto hablamos un lenguaje común, cuál es el grado de acuerdo de los conceptos que manejamos, que factores podemos evitar para reducir la variación diagnóstica. Si algo de esto se logra conseguir redundará en beneficio del paciente, la investigación y la docencia.

OBJETIVOS: Conocer el grado de acuerdo entre el diagnóstico (realizado usando el DSM-III) de un paciente de primera vez que acude a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y un diagnóstico realizado no mas de 10 meses después aplicando los criterios del DSM-III a los datos asentados en el expediente.

METODO: Se trata de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. La información será tomada de 100 expedientes de pacientes que acudieron por primera vez a la Consulta Externa del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez durante el año de 1988. Se tomarán los expedientes que registren un diagnóstico - utilizando la nomenclatura del DSM-III, los que usen terminología del DSM-III (ej: trastorno ansioso) en forma híbrida con otra clasificación y aquellos padecimientos que tienen un mismo número clasificatorio y/o sus nombres son iguales o muy semejantes en el ICD-9 y DSM-III. "

Se tomará en cuenta como diagnóstico el que haga referencia al Eje I y sólo el Eje II cuando este sea el único diagnóstico o sea el principal problema por el que consulta. Se registrarán el sexo, edad, diagnóstico realizado en Consulta Externa y revisión diagnóstica aplicando los criterios del DSM-III a la inf. vertida en el expediente. Se agruparan luego los diagnósticos y se obtendrán los porcentajes de acuerdo. Se expondrán para cada diagnóstico y subcategoría diagnóstica los resultados. Para obtener el porcentaje de acuerdo total a los 100 diagnósticos encontrados se les restarán los diagnósticos revisados que no concuerden. De ser necesario se harán anotaciones explicativas para los diferentes diagnósticos y subcategorías.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 100 expedientes clínicos de los cuales se obtuvo un porcentaje de acuerdo del 60%. El porcentaje de acuerdo en base al Eje I exclusivamente (eliminando los 9 diagnósticos de Trastorno de la Personalidad) fue de 63.73% .-

El resultado de grupos de diagnóstico, número de casos y porcentaje de acuerdo es como sigue: Esquizofrenia 21 casos diagnosticados inicialmente con 80.95% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Depresión Mayor 11 casos diagnosticados inicialmente con 63.63% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Retraso Mental 11 casos diagnosticados inicialmente con 100% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Alcoholismo 10 casos diagnosticados inicialmente con 90% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Trastornos de Personalidad con 9 casos diagnosticados inicialmente y 44.44% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Trastornos por Angustia con 6 casos diagnosticados inicialmente y 50% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Trastornos por Ansiedad Generalizada con 4 casos diagnosticados inicialmente y 75% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Trastornos Somatoformes con 4 casos diagnosticados inicialmente y 75% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Síndromes Orgánicos Cerebrales con 3 casos diagnosticados inicialmente y 100% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Trastornos Paranoides 3 casos diagnosticados inicialmente y 33.33% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Disfunciones Psicosexuales con 3 casos diagnosticados inicialmente y 66.66% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Trastornos Distímicos con 2 casos diagnosticados inicialmente y 100% de acuerdo con los diagnósticos revisados; Trastornos Depresivos con 3 casos diagnosticados inicialmente y 0% de acuerdo con los diagnósticos revisados tomando como base que en la terminología del DSM-III no existe ningún diagnóstico de estas características; Trastornos

Por Uso de Sustancias con 4 casos diagnosticados inicialmente y 75% de acuerdo con los diagnósticos revisados y finalmente Otros Diagnósticos con 6 casos diagnosticados inicialmente y 50% de acuerdo con los diagnósticos revisados.

El resultado por subcategorías diagnosticas es como sigue: Esquizofrenia Paranoide 17 casos y 47.05% de acuerdo; Esquizofrenia Indiferenciada 2 casos y 100% de acuerdo; Esquizofrenia Residual 1 caso y 100% de acuerdo; Esquizofrenia Hebefrénica 1 caso y 100% de acuerdo; Depresión Mayor Recurrente 1 caso y 100% de acuerdo; Retraso Mental Leve 5 casos y 60% de acuerdo; Retraso Mental Moderado 3 casos y 100% de acuerdo; Retraso Mental Profundo 2 casos y 50% de acuerdo; Retraso Mental sin especificar 1 caso y 0% de acuerdo; Trastorno de Personalidad Antisocial 2 casos y 50% de acuerdo; Trastorno de Personalidad Límite 1 caso y 100% de acuerdo; Trastorno de Personalidad Mixto 2 casos y 0% de acuerdo.

De el total de expedientes revisados, sólo se encontraron 2 que utilizaron los Ejes del DSM-III. 3 diagnósticos (2 de Esquizofrenia 1 de T. Bipolar) se acompañaron del diagnóstico de Retraso Mental que en esos casos era por definición excluyente. En 10 casos de Depresión Mayor no se especificó subtipo. Se uso 3 veces el término R.M. Superficial que no existe en el DSM-III. Otros términos inexistentes usados fueron Disfunción Erectil Sec (3 veces y Trastorno Depresivo (3 ocasiones). Tomando en cuenta subcategorías de 100 diagnósticos no coincidieron 40. Siete de los cuales correspondieron a Trastornos de la Personalidad.

En 4 ocasiones el diagnóstico se aplazó por falta de información. De los 40 Diagnosticos que no coincidieron 29 difirieron totalmente y los restantes parcialmente.

(12)

GRUPOS DE DIAGNOSTICOS DE INICIO Y PORCENTAJE DE ACUERDO EN
BASE A LA COMPARACION CON DIAGNOSTICOS REVISADOS.

DIAGNOSTICOS DE INICIO	No CASOS	% ACUERDO
ESQUIZOPRENIA	21	80.95%
DEPRESION MAYOR	11	63.63%
RETRASO MENTAL	11	100%
ALCOHOLISMO	10	90%
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	9	" 44.44%
TRASTORNOS POR ANGUSTIA	6	50%
TRASTORNOS POR ANSIEDAD GENERALIZADA	4	75%
TRASTORNOS SOMATOFORMES	4	75%
SINDROME ORGANICO CEREBRAL	3	100%
TRASTORNOS PARANOIDES	3	33.33%
DISFUNCIONES PSICOSEXUALES	3	66.66%
TRASTORNOS DISTIMICOS	2	100%
TRASTORNOS DEPRESIVOS	3	0%+
TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS	4	75%
OTROS DIAGNOSTICOS	6	50%

+Ya que este diagnóstico no existe dentro de la nomenclatura se calculo un % de acuerdo de 0.

OBSERVACION: Hay diagnósticos que en forma global tienen un porcentaje de acuerdo mayor que el existente si analizamos las subcategorías diagnósticas.

TABLA DE DIAGNOSTICOS, NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJE DE ACUERDO

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	% DE ACUERDO
ESQUIZOFRENICOS	21	80.95%
ESQ. PARANOIDE	17	47.05%
ESQ. INDIFERENCIADA	2	100%
ESQ. RESIDUAL	1	100%
ESQ. HEBEFRENICA	1	100%
DEPRESION MAYOR	10	60%
D. MAYOR RECURRENTE	1	100%
RETRASO MENTAL LEVE	5	60%
RETRASO MENTAL MODERADO	3	100%
RETRASO MENTAL PROFUNDO	2	50%
RETRASO MENTAL (SIN ESP.)	1	0%
ALCOHOLISMO CRONICO	10	90%
T. DE P. ESQUIZOIDE	4	0%
T. DE P. ANTISOCIAL	2	50%
T. DE P. LIMITROFE	1	100%
T. DE P. MIXTO	2	0%
ATAQUES DE PANICO	6	50%
T. POR ANSIEDAD G.	4	75%
E. SOMATOFORME	4	75%
SINDROME ORGANICO CEREBRAL	3	100%
T. PARANOIDE	3	33.33%
DISFUNCION SEXUAL++	3	66.66%
T. DISTIMICO	2	100%
T. DEPRESIVO	3	NO CLASIFICABLE+
T. POR USO DE SUSTANCIAS	4	75%
OTROS DIAGNOSTICOS	6	50%

+YA QUE ESTE DIAGNOSTICO NO EXISTE DENTRO DE LA NOMENCLATURA DEL SSM-III SE PUEDE CONSIDERAR QUE EL % DE ACUERDO ES CERO (0%)

++AUNQUE AQUI SE INCLUYERON 3 DIAGNOSTICOS DE DISFUNCION ERECTIL SECUNDARIA, QUE NO EXISTE EN LA NOMENCLATURA, SI SE PUDO CALCULAR UN % DE ACUERDO EN BASE A QUE EXISTE EL TERMINO GENERICO DISFUNCION SEXUAL, Y QUE EN LOS 3 CASOS ESTA FORMA DE REGISTRO ESTABA HACIENDO REFERENCIA A LA EXCITACION SEXUAL INHIBIDA.

DEL TOTAL DE 100 DIAGNOSTICOS, 9 DE ELLOS CORRESPONDIERON AL DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, POR LO QUE EL % DE ACUERDO GLOBAL SE CALCULARA EN BASE A 100 (TOMANDO EN CUENTA LOS 9 T. DE P.) Y EN BASE A 91 (SIN TOMAR EN CUENTA LOS DIAGNOSTICOS DEL EJE II).

 PORCENTAJE DE ACUERDO EN BASE A 100 DIAGNOSTICOS 60%

 PORCENTAJE DE ACUERDO EN BASE AL EJE I EXCLUSIVAMENTE 63.73%

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA

DIAGNOSTICO CONSULTA EXTERNA		DIAGNOSTICO REVISADO
F 53	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL
M 31	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
M 32	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>SINDROME DELIRANTE ORGANICO</u>
M 21	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>ABUSO DE SUSTANCIAS TOXICAS MIXTAS (CANNABIS Y ESTIM.)</u> <u>ABUSO DE ALCOHOL</u>
F 20	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
M 28	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE FARMACODEPENDENCIA MULT.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEPENDENCIA ALCOHOLICA DEPENDENCIA A CANNABIS
M 34	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>ESQUIZOFRENIA RESIDUAL</u>
F 31	ESQ. INDIFERENCIADA	ESQ. INDIFERENCIADA
M 32	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
M 18	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
M 20	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>ESQ. INDIFERENCIADA</u>
M 18	PB. ESQ. HEBEFRENICA PB. RETRASO MENTAL SUP.	ESQ. DESORGANIZADA
M 25	PB. ESQ. PARANOIDE	ESQ. PARANOIDE
M 28	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>SINDROME DELIRANTE ORGANICO</u>
M 24	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
M 33	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>ESQUIZOFRENIA RESIDUAL</u>
M 32	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u> <u>DEBIL MENTAL SUP.</u>	<u>SINDROME ORGANICO CEEBRAL MIXTO</u>
M 31	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
M 27	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>ESQUIZOFRENIA RESIDUAL</u>
M 41	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>	<u>ESQUIZOFRENIA RESIDUAL</u>
M 20	ESQUIZOFRENIA INDIF.	ESQ. INDIFERENCIADA

M (masculino) F (femenino)

_____ DIAGNOSTICO DIFERENTE A ESQUIZOFRENIA
 - - - DIFERENCIA EN LA SUBCLASE DE ESQUIZOFRENIA

SUBCLASES DE ESQUIZOFRENIA (DX INICIAL)

ESQUIZOFRENICOS	21 (100%)
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	17 (80.95%)
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	2 (9.52%)
ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	1 (4.76%)
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	1 (4.76%)

(DX INICIAL) (DX REVISADO) EN EZQ.

ESQUIZOFRENICOS	21	100%	17	80.95%
ESQ. PARANOIDE	17	100%	8	47.05%
ESQ. INDIF.	2	100%	2	100%
ESQ. RESIDUAL	1	100%	1	100%
ESQ. HEBEFRENICA	1	100%	1	100%

DIAGNOSTICOS QUE CAMBIARON

TOTALMENTE PARCIALMENTE

ESQ.. PARANOIDE 17 4(23.52%) 5(29.41%)

OTROS DIAGNOSTICOS:

- 2 SINDROME DELIRANTE ORGANICO.
- 1 ABUSO DE SUSTANCIAS TOXICAS MIXTAS
- 1 SINDROME ORGANICO CEREBRAL MIXTO

CAMBIOS EN LA SUBCLASE:

- 4 ESQ. RESIDUAL EN LUGAR DE PARANOIDE
- 1 ESQ. INDIF. EN LUGAR DE PARANOIDE

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DX DE ESQUIZOFRENIA 80.95%

% DE ACUERDO EN RELACION A LA SUBCLASE ESQ. PARANOIDE 47.05%

OBSERVACIONES: En el diagnóstico de la. vez se incluye en dos ocasiones retraso mental que por definición no coexiste con la Esq.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION MAYOR-

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
F 29	DEPRESION MAYOR	DEPRESION MAYOR RECURRENTE
F 44	DEPRESION MAYOR REC.	DEPRESION MAYOR RECURRENTE
F 54	<u>DEPRESION MAYOR</u>	<u>TRASTORNO DISTIMICO</u>
F 85	DEPRESION MAYOR	DEPRESION MAYOR EPISODIO UNICO
F 30	DEPRESION MAYOR ANSIEDAD GENERALIZADA T. MIXTO PERSONALIDAD	DEPRESION MAYOR EPISODIO UNICO "
F 70	DEPRESION MAYOR	DEPRESION MAYOR EPISODIO UNICO
M 36	T. DEPRESIVO MAYOR	DEPRESION MAYOR
F 26	DEPRESION MAYOR	DEPRESION MAYOR EPISODIO UNICO
F 21	<u>CUADRO DEPRESIVO MAYOR</u> A DESC NEUROSIS HIST.	<u>TRASTORNO DE PERSONALIDAD AN/</u> <u>TISOCIAL</u>
F 54	DEPRESION MAYOR+	DIAGNOSTICO O ESTADO APLAZA- DO EN EL EJE I+
F 43	DEPRESION MAYOR+	DIAGNOSTICO O ESTADO APLAZA- DO EN EL EJE I+

M (masculino) F (femenino)

___ AMBOS SON DEL GRUPO DE TRASTORNOS AFECTIVOS

_____ DIAGNOSTICO DIFERENTE A DEPRESION

+ NO HAY INFORMACION PARA HACER DX.

SUBCLASES DE DEPRESION MAYOR (DX INICIAL)

DEPRESION MAYOR (SIN MAS ESPECIFICACION)	10 (90.90%)
DEPRESION MAYOR RECURRENTE	1 (9.09%)

DIAGNOSTICOS INICIAL Y REVISADO EN DEPRESION
MAYOR (POR GRUPOS).

(17)

	INICIAL	REVISADO
DEPRESION MAYOR	10 (100%)	6 (60%)
DEPRESION MAYOR REC.	1 (100%)	1 (100%)

EN CUATRO OCASIONES NO SE PUEDE HACER EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION MAYOR. EN DOS DE ELLAS POR FALTA DE INFORMACION Y EN LAS OTRAS PORQUE EL DIAGNOSTICO OBTENIDO FUE TRASTORNO DISTIMICO Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL RESPECTIVAMENTE.

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION MAYOR 63.63%
OBSERVACIONES: No se especifica a que subtipo de Depresión Mayor se refiere el diagnóstico.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON RETRASO MENTAL

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
F 19	RETRASO MENTAL PROFUNDO	RETRASO MENTAL PROFUNDO
M 18	RETRASO MENTAL SUPERFICIAL	RETRASO MENTAL LEVE
F 28	<u>RETRASO MENTAL PROFUNDO</u>	<u>RETRASO MENTAL GRAVE</u>
M 22	RETRASO MENTAL MODERADO	RETRASO MENTAL MODERADO
F 25	RETRASO MENTAL LEVE REACCION DEPRESIVA PROL.	RETRASO MENTAL LEVE TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO
F 42	RETRASO MENTAL MEDIO	RETRASO MENTAL MODERADO
F 38	RETRASO MENTAL MODERADO	RETRASO MENTAL MODERADO
M 44	RETRASO MENTAL SUPERFICIAL	RETRASO MENTAL LEVE
M 18	<u>RETRASO MENTAL SUPERFICIAL</u>	<u>RETRASO MENTAL MODERADO</u>
F 34	<u>RETRASO MENTAL DISCRETO/MO DERADO</u>	<u>RETRASO MENTAL MODERADO</u> SINDROME ORGANICO CERE- BRAL ATIPICO
F 38	<u>RETRASO MENTAL</u>	<u>RETRASO MENTAL LEVE</u>

M (masculino) F (femenino)

-- -- DIFERENCIA EN LA SUBCLASE DE RETRASO MENTAL

SUBCLASES DE RETRASO MENTAL (DX INICIAL)

CON RETRASO MENTAL	11 (100%)
RETRASO MENTAL SUPERFICIAL++	3 (27.27%)
RETRASO MENTAL PROFUNDO	2 (18.18%)
RETRASO MENTAL MODERADO+	2 (18.18%)
RETRASO MENTAL MEDIO+	1 (9.09%)
RETRASO MENTAL LEVE++	1 (9.09%)
RETRASO MENTAL DISCRETO++	1 (9.09%)
RETRASO MENTAL	1 (9.09%)

† y ++ SON TERMINOS EQUIVALENTES.

DIAGNOSTICO INICIAL Y REVISADO EN RETRASO MENTAL
(POR GRUPOS)

	INICIAL	REVISADO
RETRASO MENTAL LEVE	5 (100%)	3 (50%)
RETRASO MENTAL MOD.	3 (100%)	3 (100%)
RETRASO MENTAL PROF.	2 (100%)	1 (50%)
RETRASO MENTAL	1 (100%)	

HUBO DIFERENCIA EN 4 OCASIONES EN CUANTO A LA SUBCLASE DIAGNOSTICA
PERO NO EN CUANTO AL DIAGNOSTICO GENERAL //

DOS RETRASOS MENTALES LEVES RESULTARON SER MODERADOS, UNO PROFUN-
DO RESULTO SER GRAVE Y UNO NO CLASIFICADO RESULTO SER LEVE.

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE RETRASO MENTAL 100%

% DE ACUERDO EN RELACION A LA SUBCLASE R.M. LEVE 60%

% DE ACUERDO EN RELACION A LA SUBCLASE R.M. PROFUNDO 50%

OBSERVACIONES: Se utiliza el término retraso mental superficial
que no se contempla en el ICD-9 o en el DSM-III.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALCOHOLISMO

DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
M 24 ALCOHOLISMO CRONICO	DEPENDENCIA ALCOHOLICA
M 41 ALCOHOLISMO CRONICO	DEPENDENCIA ALCOHOLICA
M 46 ALCOHOLISMO CRONICO ALUCINOSIS YA REMITIDA	DEPENDENCIA ALCOHOLICA ALUCINOSIS ALCOHOLICA EN REMISION
M 44 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	DEPENDENCIA ALCOHOLICA
M 32 S. DEPENDENCIA AL ALCOHOL DELIRIUM TREMENS EN REMISION	DEPENDENCIA ALCOHOLICA DELIRIUM POR ABSTINENCIA ALCOHOLICA EN REMISION
M 24 S. <u>DEPENDENCIA AL ALCOHOL</u>	<u>ABUSO DE ALCOHOL</u> <u>ABUSO DE CANNABIS</u>
M 35 ALCOHOLISMO CRONICO	DEPENDENCIA ALCOHOLICA DELIRIUM POR ABSTINENCIA ALCOHOLICA EN REMISION
M 65 ALCOHOLISMO CRONICO ALUCINOSIS ALCOHOLICA EN REMISION	DEPENDENCIA ALCOHOLICA DELIRIUM POR ABSTINEN- CIA ALCOHOLICA EN REM.
M 19 S. DEPENDENCIA AL ALCOHOL ALUCINOSIS ALCOHOLICA	DEPENDENCIA ALCOHOLICA ALUCINOSIS ALCOHOLICA EN REMISION
M 28 ALCOHOLISMO CRONICO ALUCINOSIS ETILICA	DEPENDENCIA ALCOHOLICA ALUCINOSIS ALCOHOLICA

-- -- SE CORRESPONDEN EN CUANTO A QUE SON TRASTORNOS POR USO DE
SUSTANCIAS

DIAGNOSTICO INICIAL Y REVISADO EN ALCOHOLISMO

	INICIAL	REVISADO
ALCOHOLISMO CRONICO	10 (100%)	9 (90%)
PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DX. DE ALCOHOLISMO 90%		

Observaciones: coincidió en 3 ocasiones el Dx de inicio y revisado con la presencia de Alucinosis y 1 ocasión con la presencia de Delirium Tremens. Solo en 1 ocasión se dx. de inicio Alucinosis y - al revisarlo, T.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON T. DE PERSONALIDAD

DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
F 22 TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD (DEPENDIENTE Y EVITACION)	TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACION.
M 77 <u>TRASTORNO DE PERSONALIDAD SOCIOPATICA</u> PARAFILIA	<u>DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA DE INICIO SENIL</u> PARAFILIAS ATIPICAS
M 23 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMITROFE	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMITE
M 24 TRASTORNO ESQUIZOIDE+ RASGOS ANTISOCIALES ABUSO DE INHIBICIONES	DIAGNOSTICO O ESTADO APIAZADO EN EL EJECUTIVO
F 30 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PASIVO DEPENDIENTE	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE
M 23 TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL
M 19 <u>TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE</u> PB. ESQ. RESIDUAL	<u>ESQUIZOPRENIA TIPO RESIDUAL DE CURSO CRONICO</u>
M 38 <u>TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE</u>	<u>TRASTORNO POR ANSIEDAD ATIPICO</u>
F 21 <u>T. DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE</u>	<u>SINDROME DELIRANTE ORGANICO</u>

M (Masculino) F (Femenino)

_____ NO CORRESPONDE A DX DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

+ NO HAY SUFICIENTE INF. PARA HACER EL DX.

SUBCLASES DE T. DE PERSONALIDAD (DX INICIAL)

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	4 (44.44%)
T. DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL	2 (22.22%)
T. DE PERSONALIDAD LIMITROFE	1 (11.11%)
T. DE P. MIXTO	2 (22.22%)

DIAGNOSTICO INICIAL Y REVISADO EN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

	INICIAL	REVISADO
TRASTORNO DE P. ESQUIZOIDE	4 (100%)	0 (0%)
T. DE P. ANTISOCIAL	2 (100%)	1 (50%)
T. DE P. LIMITROFE	1 (100%)	1 (100%)
T. DE P. MIXTO	2 (100%)	0 (0%)+

+NO SE ENCONTRARON DATOS QUE SUSTENTARAN UN TRASTORNO MIXTO.

DE 9 PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SE ENCONTRO QUE 5 NO LO TENIAN, Y EN ESTOS SE INCIUYE A TODOS LOS - DIAGNOSTICADOS COMO T. DE P. ESQUIZOIDE, (ESQUIZOFRENIA TIPO RE SIDUAL, TRASTORNO POR ANSIEDAD ATÍPICO, SINDROME DELIRANTE ORGA NICO Y PALTA DE INF. PARA HACER EL DIAGNOSTICO). UN PACIENTE CON DX DE T. DE P. ANTISOCIAL TENIA UNA DEMENCIA DEGENERATIVA. HUBO - DOS DIAGNOSTICOS DE T. DE P. QUE NO SE PUEDIERON SUSTENTAR.

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE T. DE PERSONALIDAD 44.44%
 % DE ACUERDO EN RELACION AL T. DE P. ESQUIZOIDE 0%
 % DE ACUERDO EN RELACION AL T. DE P. ANTISOCIAL 50%

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR ANGUSTIA

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
F 27	<u>TRASTORNO POR CRISIS DE ANGUSTIA</u>	<u>DEPRESION ATIPICA</u>
F 51	ATAQUES DE PANICO	TRASTORNO POR ANGUSTIA
M 32	<u>ATAQUE DE PANICO</u>	<u>TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA</u>
M 22	ATAQUES DE PANICO	TRASTORNO POR ANGUSTIA
M 28	TRASTORNO POR ANGUSTIA	TRASTORNO' POR ANGUSTIA
F 28	NEUROSIS DE ANSIEDAD <u>TRASTORNO POR ANGUSTIA</u>	<u>DOLOR PSICOGENO</u>

_____ CORRESPONDE A OTRO DIAGNOSTICO

M (masculino) F (femenino).

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE ATAQUES DE PANICO 50%
OBSERVACIONES: De un total de 6 paciente diagnosticados inicialmente con Ataques de Pánico la mitad no lo eran. De los 3 diagnosticos uno de ellos se corresponde en cuanto a que se detecto un Trastorno por Ansiedad. *

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
F 39	TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA	TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA
F 27	T. POR ANSIEDAD GENERALIZADA AGORAFOBIA S. DEPRESIVO	<u>T. DE LA PERSONALIDAD LIMITE</u>
F 24	T. POR ANSIEDAD GENERALIZADA	T. POR ANSIEDAD GENERALIZADA
M 25	T. POR ANSIEDAD GENERALIZADA	T. POR ANSIEDAD GENERALIZADA

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA 75%.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO SOMATOFORME

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
F 28	I. TRASTORNO SOMATOFORME II. RASGOS PERSONALIDAD LIMITROFE III. SIN DX IV. STRESS LEVE	TRASTORNO SOMATOFORME ATIPICO
M 32	TRASTORNO SOMATOFORME ATIPICO	TRASTORNO SOMATOFORME ATIPICO
F 28	TRASTORNO CONVERSIVO	TRASTORNO DE CONVERSION
F 31	L. TRASTORNO SOMATOFORME+ TRASTORNO ADAPTATIVO DEPRESIVO II. RASGOS HISTRIONICOS DE LA PERS III. OBESIDAD	DIAGNOSTICO APIAZADO+ T. ADAPTATIVO CON ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO

+ SE CARECE DE INFORMACION SUFICIENTE

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO SOMATOFORME
75%.

OBSERVACION: Aquí están los dos únicos casos en que se encontró
el uso de 3 o mas Ejes del DSM-III.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON SINDROME ORGANICO CEREBRAL

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
M 20	PB. SOC MIXTO	SINDROME ORGANICO CEREBRAL MIXTO
F 32	SOC AFECTIVO	SINDROME AFECTIVO ORGANICO
F 52	SOC MIXTO	SINDROME ORGANICO CEREBRAL MIXTO

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL MIXTO 100%

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO PARANOIDE

	DX INICIAL	DX REVISADO
M 53	TRASTORNO PARANOIDE DESCARTAR SOC DELIRANTE	<u>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE</u>
M 21	<u>T. PARANOIDE AGUDO</u>	<u>TRATORNO ADAPTATIVO CON ALTERA CION DE EMOCIONES Y CONDUCTA</u>

F 45 TRASTORNO PARANOIDE TRASTORNO PARANOIDE AGUDO
 PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO PARANOIDE 33.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISFUNCIONES PSICOSEXUALES

	DIAGNOSTICO INICIAL	DIAGNOSTICO REVISADO
M 45	<u>DISFUNCION ERECTIL SEC. A DIABETES</u>	<u>AUSENCIA DE DIAGNOSTICO O DE ALT. INCLUIDAS EN EL EJE I</u>
M 37	<u>DISFUNCION ERECTIL SECUNDARIA</u>	<u>EXCITACION SEXUAL INHIBIDA</u>
M 27	<u>DISFUNCION ERECTIL SECUNDARIA</u>	<u>EXCITACION SEXUAL INHIBIDA</u>

ESTA ALTERACION SE DEJA DE CONSIDERAR COMO TAL SI ES SECUNDARIA A UN TRASTORNO EXCLUSIVAMENTE ORGANICO

SE CORRESPONDEN EN CUANTO A QUE SON DISFUNCIONES SEXUALES PERO NO EXISTE ESTA TERMINOLOGIA EN EL DSM-III

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE DISFUNCION SEXUAL 66.66%

PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO TRASTORNO DEPRESIVO Y TRASTORNO DISTIMICO

	DIAGNOSTICO INICIAL	DIAGNOSTICO SECUNDARIO
F 41	<u>TRASTORNO DEPRESIVO+</u>	<u>DEPRESION MAYOR RECURRENT</u>
M 17	<u>TRASTORNO DEPRESIVO+</u>	<u>TRASTORNO DISTIMICO</u>
F 35	<u>TRASTORNO DEPRESIVO+</u>	<u>TRASTORNO DISTIMICO</u>
F 31	<u>TRASTORNO DISTIMICO</u>	<u>TRASTORNO DISTIMICO</u>
F 24	<u>TRASTORNO DISTIMICO</u>	<u>TRASTORNO DISTIMICO</u>

+ES UNA CLASIFICACION QUE NO EXISTE EN LA NOMENCLATURA DEL DSM-III ICD-9

SE CORRESPONDEN EN CUANTO QUE SON TRASTORNOS AFECTIVOS PERO NO ES EL MISMO DIAGNOSTICO. PARA SACAR UN % SE PUEDEN CONSIDERAR DENTRO DE T. AFECTIVOS GLOBALMENTE.

PORCENTAJE DE ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO 100%

PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR TRASTORNOS POR USO DE
SUSTANCIAS EXCEPTUANDO DEPENDENCIA ALCOHOLICA.

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
m 20	SINDROME DE DEPENDENCIA A SOLVENTES TRASTORNO MENTAL ORGANICO SEC.	DEPENDENCIA DE INHALANTES TRASTORNO MENTAL ORGANICO MIXTO SEC. A INHALANTES
M 22	ABUSO DE MARIJUANA SOC. DELIRANTE SEC.	ABUSO DE MARIJUANA
F 26	DEPENDENCIA A CODEINA	DEPENDENCIA A OPIACEOS (CODEINA)
M 25	<u>ABUSO DE ALCOHOL Y CANNABIS</u>	<u>DEPENDENCIA ALCOHOLICA</u> <u>DEPENDENCIA DE CANNABIS</u>

PORCENTAJE DE ACUERDO EN DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS POR USO DE -
SUSTANCIAS 75%

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIFERENTES PATOLOGIAS.

	DIAGNOSTICO DE INICIO	DIAGNOSTICO REVISADO
M 22	<u>TRASTORNO BIPOLAR MANIACO</u> RETRASO MENTAL LEVE	<u>TRASTORNO CICLOTIMICO</u>
M 28	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME
M 52	ALUCINOSIS ALCOHOLICA	ALUCINOSIS ALCOHOLICA
M 84	DEMENCIA SENIL DEPRESION MAYOR	DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA DE INICIO SENIL CON DEPRESION
F 18	<u>TRASTORNO MENTAL ORGANICO</u> <u>MIXTO</u>	<u>SINDROME DELIRANTE ORGANICO</u>
M 18	<u>PSICOSIS ATIPICA</u>	<u>SINDROME ORGANICO CEREBRAL</u> <u>MIXTO</u>

_____ CORRESPONDE A OTRO DIAGNOSTICO

PORCENTAJE DE ACUERDO DE ESTOS DIFERENTES DIAGNOSTICOS 50%

CONCLUSIONES: El porcentaje de acuerdo obtenido en forma global - 60% (91 diagnósticos del Eje I y 9 diagnósticos del Eje II) y el obtenido para el Eje I 63.73% son menores al valor kappa (k) que se menciona en diferentes publicaciones internacionales (16) (2) (20) y cae cerca del rango calculado por un estudio Francés (17). Es importante aclarar que kappa y % de acuerdo no son lo mismo, - pero sí son aproximados. A todo % de acuerdo habría que quitarle el % de diagnósticos obtenidos al azar.

El hecho de encontrar únicamente dos expedientes en los que se manejan 3 y 4 ejes respectivamente, nos^{''}permite - comprender que el uso del DSM-III es limitado y es esperable - por sólo este hecho una confiabilidad menor (14). Al bajo acuerdo contribuyeron el uso de términos inexistentes, el uso de dos categorías excluyentes y haber realizado en varias ocasiones - diagnósticos sin suficiente información. Cuando menos seis diagnósticos mas, al tomar en cuenta esto hubieran concordado y hubieran elevado el % de acuerdo en el Eje I a 70.32%. Pero entonces surge una duda, porqué tan poco puede darnos cifras como en los países donde se está investigando constantemente esto? Una de las posibles respuestas es que la información del presente - trabajo se encuentra sesgada, ya que no resultó ser una muestra que abarcara todo el universo de diagnósticos del Eje I; otra - probable explicación es que al aplicar los criterios para el - diagnóstico revisado se cometieron errores. Además la forma en que se planteó esta investigación carece de un diseño y técnica estadística específicas por lo que sus conclusiones deben tomarse con reserva(8)={3}.Entonces cuál es la utilidad de un estudio como este?, creo que la primera es desmitificar la infabilidad - con que a veces rodeamos un diagnóstico, esto se logra difundiendo a que grado de acuerdo pueden llegar quienes realizan una investigación con varias variables controladas, con un diseño y - técnica específica. Saber que los investigadores y creadores -

del DSM-III (2) concluyen que en el Eje I se puede conseguir una k de .68-.72, pone en evidencia la complejidad de nuestro campo de trabajo y la imposibilidad del diagnóstico infalible. Ya conscientes de lo anterior podemos aproximarnos a una realidad nuestra, y conocer mas de cerca algunas de las causas de desacuerdo diagnóstico (3) (5). Creo que varias de las detectadas son susceptibles de ser corregidas. Lo primero que salió a la vista es un desacuerdo en el sistema de clasificación: se usará el ICD-9 ó el DSM-III? a veces toda la estructura de la entrevista y la forma de recolección de la información utilizan como guía el DSM-III pero se concluye con el ICD-9 (lo contrario tambien se observa). Sabemos que las estadísticas mundiales sobre salud se basan en el ICD-9 y en este sentido es indispensable tener los diagnósticos con este registro, pero esto no quiere decir que no se pueda convocar a una reunión donde haya debate sobre el tema y finalmente se llegue a un acuerdo; o que diferentes servicios del hospital presenten sus respectivas propuestas y las defiendan con un estudio (o varios) de investigación. No considero al DSM-III la única herramienta útil, pero no se puede negar que ha permitido una investigación mas sistematizada. Lo segundo que es notorio es una serie de errores en el trabajo clínico: utilización de términos no claros o ambiguos, registro en el expediente muy conciso casi telegráfico que impide una visión longitudinal del padecimiento, el agregar datos a la historia clínica o expediente pero sin integrarlos a los anteriores se traducen en desacuerdos diagnósticos. Afortunadamente la solución es tener conciencia del problema y atacarlo. Por último ahí están a la mano diseños que permitan poner en práctica lo anterior y transformarse en una forma de entrenamiento. Son viables en nuestro hospital y no requieren de mucha inversión económica. Si varios individuos se ponen de acuerdo en una herramienta diagnóstica, se les reparte una viñeta, la resuelven, comentan y estudian se estará contribuyendo a tener

(29)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

un lenguaje común. De igual forma el diseño de entrevistas en vivo (aunque aplicable a menos cantidad de sujetos) se puede aprovechar y si estos primeros ensayos resultaran benéficos - se podrían filmar en videotape entrevistas para realizar entrenamiento y un estudio a nivel de todos los servicios del Hospital que nos permitiera saber que lenguajes hablamos, sobre que objetos de conocimiento pensamos, en donde estamos empantana- dos. El beneficio sería triple: los pacientes, la institución y los que laboramos en ella.-

”

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Helena Chmura Kraemer, PhD;
Methodology in Psychiatric Research
Arch Gen Psychiatry 1987;44:1100-1106

- 2) American Psychiatric Association (1980)
Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed)
Washington DC:Author.

- 3) Luciana Ramos - Jorge Caraveo
Confiabilidad del Diagnóstico en Psiquiatría.
Psiquiatría 1987;1:57-61.

- 4) Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D.
Psychiatric Diagnosis Across Cultural Boundaries
Am J Psychiatry 142:798-805, 1985.

- 5) Peter A. Di Nardo, PhD;
Reliability of DSM-III Anxiety Disorder Categories
Using a New Structures Interview
Arch Gen Psychiatry 1983;40:1070-1074.

- 6) John H. Riskind, PhD;
Reliability of DSM-III Diagnoses for Major Depression and
Generalized Anxiety Disorder Using the Structured Clinical
Interview for DSM-III
Arch Gen Psychiatry 1987;44:817-820

- 7) Steven E. Hyler, MD;
Reliability in the DSM-III Field Trials
Arch Gen Psychiatry 1982;39:1275-1278.

- 8) William M. Grove, MA;
Reliability Studies of Psychiatric Diagnosis
Arch Gen Psychiatry 1981;38:408-413

- 9) Juan E. Mezzich, M.D., Ph.D.,
International Experience with DSM-III
The Journal of Nervous and Mental Disease 1985;174:738-741.

- 10) N. Sartorius
International Perspectives of Psychiatric Classification
British Journal of Psychiatry (1988),152 (suppl.1),9-14.

- 11) David Faust, Ph.D.,
The Empiricist and His New Clothes: DSM-III in Perspective
Am J Psychiatry 143:962-967,1986.

- 12) Gerald L. Klerman, M.D.,
A Debate on DSM-III
Am J Psychiatry 141:4, April 1984 539-553.

- 13) V. Chowdary Jampala, M.B.B.S.,
Consumers' Views of DSM-III: Attitudes and Practices of U.S.
Psychiatrists and 1984 Graduating Psychiatric Residents
Am J Psychiatry 143:148-153,1986.

- 14) Malt U.
Five years of experience with the DSM-III system in clinical
work and research: some concluding remarks
Acta Psychiatr Scand Suppl 1986;328:76-84.

- 15) Larsen F.
Experiences with the DSM-III in a psychiatric consultation/

liaison service

Acta Psychiatr Scand Suppl 1986;328:57-60

16)Janet B. W. Williams, DSW

The Multiaxial System of DSM-III: Where Did It Come From
and Where Should It Go? Part II.

Arch Gen Psychiatry 1985;42:181-186.

17)Fuhrer R;

Diagnostic reliability among Frenc psychiatrists using
DSM-III criteria

Acta Psychiatr Scand 1986 Jan;73(1):12-6

18)Fernando T;

The reliability of axis V of DSM-III

Am J Psychiatry 1986 Jun;143(6):752-5.

19)Van Goor-Lambo G

The reliability of axis V of the multiaxial
classification scheme

J Child Psychol Psychiatry 1987 Jul;28(4):597-612

20)Romanoski AJ;

Interobserver reliability of a "Standardized Psychiatric
Examination: (SPE) for case ascertainment (DSM-III).