

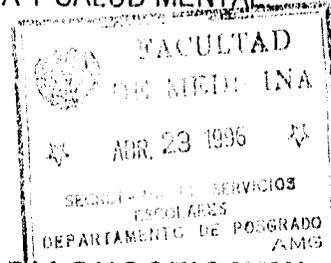
11241

5
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



Título:

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE ESTABILIDAD DIAGNOSTICA EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO MEXICANO DE
PSIQUIATRIA.

Alumno:

DR. FERNANDO COELLO HERNANDEZ.

TUTOR TEORICO

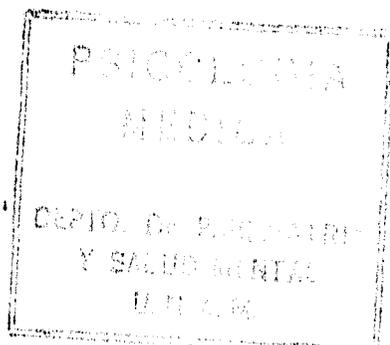
TUTOR METODOLOGICO:

DR. ENRIQUE CHAVEZ LEON.

ING. JOSE FCO. CORTES SOTRES.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA

AÑO 1993-1996.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

Título:

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE ESTABILIDAD DIAGNOSTICA EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO MEXICANO DE
PSIQUIATRIA.

Alumno:

DR. FERNANDO COELLO HERNANDEZ.

TUTOR TEORICO


DR. ENRIQUE CHAVEZ LEON.

TUTOR METODOLOGICO:

ING. JOSE FCO. CORTES SOTRES.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA

AÑO 1993-1996.

AGRADEZCO MUY ESPECIALMENTE A MIS TUTORES: EL DR. ENRIQUE CHAVEZ LEÓN Y AL ING. JOSE FCO. CORTES SOTRES SU VALIOSA ASESORÍA A LO LARGO DE LA REALIZACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO.

DEDICADA:

A MIS PADRES, MI HERMANA, FAMILIARES, AMISTADES, MAESTROS, EN ESPECIAL A LA DRA. MARIBLANCA RAMOS, AL DR. LAURO CASTANEDO DE ALBA, AL DR. ARMANDO ANAYA SEGURA; GRANDES SERES HUMANOS QUE HAN ESTADO EN MOMENTOS TRASCENDENTES DE MI VIDA Y A QUIEN LES DEBO GRAN PARTE DE LOS LOGROS ALCANZADOS.

INDICE

Antecedentes	4
Justificación	12
Procedimiento	13
Método	13
Variables demográficas	13
Variables clínicas	13
Análisis estadístico	15
Resultados	16
Discusión y Conclusiones	26
Bibliografía	30

ANTECEDENTES

Los diferentes sistemas de clasificación usados en Psiquiatría datan de Hipócrates quien introdujo los términos de “Manía” e “Histeria” como formas de enfermedad mental, durante el siglo V a.C. Desde entonces cada era ha introducido su propia clasificación psiquiátrica. La primera clasificación Americana fue introducida en 1869 durante el encuentro anual de la Asociación Médico-Psicológica Americana, la actual Asociación Psiquiátrica Americana. En 1952 el comité de la Asociación Psiquiátrica Americana sobre Nomenclatura y Estadística publicó la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -I); cuatro ediciones han sido publicadas desde entonces: DSM -II (1968); DSM-III (1980); la versión revisada del DSM III, (1987) y DSM-IV (1994) (1). En éste mismo rubro a principios de la década de los sesenta (2), el programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) participó activamente en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y clasificación de los Trastornos mentales, con el objetivo de estimular y llevar a cabo investigaciones sobre criterios de clasificación y confiabilidad diagnóstica. El resultado de éstos esfuerzos culminó con la elaboración del ICD-10, que se ha convertido en el sistema de clasificación oficial en Europa. En el momento actual la Asociación Psiquiátrica Americana pretende unificar criterios que disminuyan la posibilidad de inconsistencias y ambigüedades diagnósticas en el DSM IV (1994).

No obstante, a pesar de contar con sistemas de clasificación depurados nos enfrentamos a problemas de “ESTABILIDAD DIAGNOSTICA” la cual ha sido definida como la medida o grado en la cual un diagnóstico permanece sin cambio en evaluaciones subsecuentes. La estabilidad del diagnóstico psiquiátrico es uno de los 5 criterios validados, sugeridos por Robins y Guze para verificar los síndromes psiquiátricos (3). Esto asume que entre más estable sea el diagnóstico, es más posible que refleje un proceso psicopatológico y patofisiológico consistente (4). La estabilidad diagnóstica puede ser modificada por cambios clínicos y artefactos metodológicos, tales como la variación en la información; confiabilidad de las herramientas de medición; confiabilidad de los clasificadores y claridad en el sistema de diagnóstico.

El término “Estabilidad diagnóstica” (3) ha sido operacionalizado en por los menos dos formas. Por una parte diferentes estudios longitudinales han usado éste término para describir el grado en el cual el diagnóstico original es reconfirmado en evaluaciones subsecuentes, con el uso de datos sobre el curso

de la enfermedad y patrones sintomáticos a través del tiempo para confirmar o cuestionar el diagnóstico original. Sin embargo otros estudios (4) han considerado un diagnóstico como "estable" sólo si la confirmación de los criterios sintomáticos permanecen activos en evaluaciones de seguimiento. Desde que ciertas categorías diagnósticas (v.gr. Esquizofrenia) son consideradas de naturaleza crónica, otras (v.gr: como los Trastornos afectivos) son conceptualizadas como episódicas.

Los datos reportados sobre "estabilidad diagnóstica" varían considerablemente. La frecuencia de diagnósticos se ajusta en psicosis esquizofrénicas; v.gr: de acuerdo a la literatura varía del 98% (5) al 60% (6); en las Psicosis afectivas del 78% (7) al 40% (6) y en los Trastornos de personalidad del 56% (8) al 38% (9).

En el estudio de Jakubaschk y Hurry (8), encontraron en dos años de seguimiento que el diagnóstico seguía siendo el original en casi la mitad de sus casos. Los resultados de estudios similares muestran que la frecuencia de concordancia en el diagnóstico decrece cuando el tiempo de observación es más breve, sin embargo mucho depende de los criterios diagnósticos aplicados (10,11,12).

Basados en la literatura universal se espera una elevada "estabilidad diagnóstica" en los trastornos esquizofrénicos (10,9) y psicosis afectivas (7) y mayor variabilidad diagnóstica en el caso de las reacciones psicogénicas (13). En los trastornos psicogénicos (trastornos neuróticos, trastornos de personalidad y reacciones psicogénicas (14,15) se ha confirmado una baja estabilidad diagnóstica en otros estudios.

A continuación se presentan los reportes llevados a cabo en Trastornos Psiquiátricos diversos (16), por Vetter y Köller, investigados en 267 pacientes de acuerdo a los criterios diagnósticos del ICD-9:

DIAGNOSTICO	N
Psicosis esquizofrénicas	46.
Psicosis afectiva	71.
Trastornos neuróticos	66.
Trastornos de personalidad	24.

Reacción psicogénica	40.
----------------------	-----

El promedio de seguimiento fue de 12.5 años; los pacientes con episodio inicial de psicosis esquizofrénicas mostraron la mayor estabilidad (93 %) que los pacientes con trastornos neuróticos (79 %). La Estabilidad más baja se encontró en pacientes con reaccion psicogénica (10 %).

En el estudio de Hollister (17) en pacientes admitidos cuatro o más veces al mismo servicio de hospitalización psiquiátrica, en un periodo de 3 años, reveló que sólo 56 (34 %) de 162 pacientes , fueron dados de alta con el mismo diagnóstico en cada admisión. Los diagnósticos de esquizofrenia y manía fueron los más estables.

DIAGNOSTICO	ESTABILIDAD DIAGNOSTICA A TRAVES DE HOSPITALIZACIONES REPETIDAS
Esquizofrenia y Trastorno Bipolar	49 %
Esquizofrenia	79 %.
Trastorno bipolar	70 %

En la muestra de pacientes ambulatorios de Khosla y Kanna (18), de los 106 casos estudiados se observó cambio en el diagnóstico en 21 pacientes (20 %). Cuando consideraron las causas de cambio en el diagnóstico; la historia clínica inadecuada fue la razón principal en 12 casos; el examen mental incompleto en 1 caso y problemas nosológicos en 3; sin embargo no encontraron razones aparentes en 5 casos. El cambio de diagnóstico involucró modificaciones en el tratamiento farmacológico en 14 casos.

La Estabilidad diagnóstica se observó como sigue :

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA
Esquizofrenia	90.5 %
Psicosis afectiva	85.8 %
Dependencia de alcohol y abuso de drogas	100.0 %

Rabinowitz, Slyuzberg y col. (19); encontraron que la frecuencia de cambio de diagnóstico, en un estudio de seguimiento a 9 años en 2,220 pacientes, fué del 40 % . En la mayoría ocurrió durante la primera hospitalización

Sus conclusiones se resumen en la siguiente tabla, en donde se muestra la estabilidad diagnóstica desde la primera admisión hasta la última hospitalización :

DIAGNOSTICO	ESTABILIDAD DIAGNOSTICA
Esquizofrenia	73 % de Estabilidad diagnóstica (después de la primera hospitalización casi no se observó cambio)
	Sólo el 5.8 % de los diagnosticados en la primera admisión como esquizofrénicos fueron rediagnosticados como portadores de trastornos afectivos y el 3.9 % con Psicosis no-orgánicas
	Así mismo encontraron que el 8.4 % de los diagnosticos de trastornos afectivos se modificaron a esquizofrenia y 14.4 % se modificaron hacia trastornos de personalidad
Tr. de Personalidad	73.6 % .
Retardo mental	73.5 %.
Trastornos orgánicos	70.6 %.
Trastornos afectivos.	66.2 %.
Abuso de sustancias	65.6%
Trastornos paranoides	43.6 %.

Para los pacientes de 19 a 44 años el diagnóstico se modificó en el 31.2 % y para los pacientes mayores de 45 años se observó cambio en el 27.8 % .

En lo referente a estudios sobre Estabilidad diagnóstica en las psicosis funcionales, Amara (20) en una muestra de 868 pacientes hospitalizados en el período del 1o. de Enero de 1970 al 31 de Diciembre de 1973, encontró que el 16.5 % de los pacientes tuvieron cambios en el diagnóstico. Los

posibles factores que contribuyeron a la falta de estabilidad fueron múltiples, lo cual sugirió que pudiese estar relacionado con la etiología desconocida de las psicosis funcionales o bien a la ausencia de lesiones específicas identificables.

En la tabla se muestra la ESTABILIDAD de acuerdo a la categoría diagnóstica:

CATEGORIA DIAGNOSTICA	ESTABILIDAD DIAGNOSTICA
Esquizofrenia	68.7 %.
Maniaco-depresivo	63.9 %.
Reacción paranoide	97.2 %.
Psicosis esquizoafectiva	88.9 %.

Lenz, Simhadl y col. (21) al analizar las 200 admisiones de primera vez con psicosis funcional, de acuerdo a los criterios del ICD-9 al seguimiento a 7 años encontraron un elevado coeficiente de estabilidad :

DIAGNOSTICO	COEFICIENTE DE ESTABILIDAD
Esquizofrenia	80 %.
Trastorno esquizoafectivo	72.6 %.
Depresión mayor	72.6 %.
Trastorno paranoide	31.6 %.
Psicosis no-orgánicas	30 %.

Fennig y Kovasny por su parte (22) estudiaron a 278 pacientes hospitalizados en una primera admisión, evaluándolos en la línea de base y con seguimiento a 6 meses mediante la Entrevista Clínica estructurada de acuerdo al DSM III-R (SCID I), con los siguientes resultados :

DIAGNOSTICO	ESTABILIDAD DIAGNOSTICA
Esquizofrenia	88.9 %.

Psicosis afectiva	86.5%
-------------------	-------

El rango para diagnósticos específicos dentro de éstas categorías varió de 61.5 % a 85.7 % .

En lo referente a Trastornos afectivos: Clayton, Guze y cols (23) a través de los criterios de Feighner y del DSM III-R en 141 pacientes que recibieron el diagnóstico de Depresión primaria unipolar al seguimiento (1973 a 1979) observaron :

DIAGNOSTICO	N	FRECUENCIA
Depresión unipolar primaria	62	44 %.
Depresión unipolar primaria dudosa	14	10 %.
Trastorno Bipolar	5	4 %.

Por lo tanto se observó una estabilidad diagnóstica de 56 % ; 43 % recibió otros diagnósticos; 35 (25 %) diagnosticados como Depresión secundaria y 25 (18 %) con otros diagnósticos sin indicación de un componente afectivo.

Han, Schmaling y col.(24) en su muestra de 37 paciente con diagnóstico de Distimia se les aplicaron en la evaluación inicial los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM III-R; ICD-10 y del DSM IV para trastorno distímico y del DSM-III-R para Depresión mayor observándose la siguiente distribución:

	ESTABILIDAD DIAGNOSTICA
Para Distimia	
DSM III-R	77 % .
ICD-10	84 %.
DSM-IV	89 %.
Para Depresión mayor	
DSM-III-R	77 %.

En resumen 9 pacientes (24.3 %) mostraron criterio para Depresión atípica y 16 sujetos re-evaluados (43%) a los 75 - 145 días posteriores a la evaluación inicial mostraron de nuevo criterios para trastorno distímico de acuerdo al DSM IV, con lo cual se observó confiabilidad y sensibilidad adecuadas.

Para el diagnóstico de reacción de ajuste Greenber, Rosenfeld y cols (25) evaluaron a 102 pacientes adultos en un periodo de 2 años. En relación a los re-ingresos registrados, reportaron que el 40 % de los pacientes admitidos en hospital, fueron dados de alta con otros diagnósticos y que sólo el 18 % de los pacientes que fueron re-ingresados les fue otorgado el mismo diagnóstico.

De los 41 pacientes adultos admitidos sin diagnóstico de Reacción de ajuste al egreso, presentaron las siguientes variaciones en el diagnóstico al momento de su alta:

DIAGNOSTICO	N	FRECUENCIA
Trastornos por el uso de sustancias	24	59 %.
Trastorno afectivo	13	32 %.

En el caso de los trastornos de ansiedad: Mancuso, Townsend y Mercante (26), de una muestra original de 44 pacientes que participaron en una investigación controlada con tratamiento y reevaluados 16 meses después de completado el estudio, encontraron que los diagnósticos finales a los que se llegaron fueron:

TRASTORNO DE ANSIEDAD	ESTABILIDAD DIAGNOSTICA
Trastornos por ansiedad generalizada	55 %
Distimia	11 %
Depresión mayor	7 %
Fobia social	7 %

Más específicamente Thomson y Jansen (27) de un total de 284 pacientes estudiados en el periodo de 1970 a 1986 con diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo de acuerdo al ICD-8, el

estudio reveló que cerca del 50 % de los pacientes con diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo desde la primera admisión y con un re-ingreso por lo menos, conservaron el mismo diagnóstico. Sólo en una pequeña proporción de pacientes se tuvo que modificar el diagnóstico a Esquizofrenia (5%) o a Trastorno bipolar.

DIAGNOSTICO	ESTABILIDAD DIAGNOSTICA AL PRIMER REINGRESO
Trastorno obsesivo-compulsivo	50 % .

De acuerdo a la información presentada podemos advertir que la Estabilidad diagnóstica observa diferentes grados de variabilidad , sin embargo su consistencia ha estado en función de los criterios diagnósticos utilizados y la acuciosidad en el empleo de la clínica.

JUSTIFICACION:

El Servicio de Hospitalización del Instituto Mexicano de Psiquiatría presta sus servicios a partir de Octubre de 1990. En el último año se internaron 390 pacientes.

Hasta el momento no se han llevado a cabo investigaciones en que se considere a la población total hospitalizada, lo que hace necesario el iniciar esta actividad. Nos interesó de manera particular el establecer la ESTABILIDAD DIAGNOSTICA, tomando en consideración algunas variables demográficas, clínicas y de gabinete.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL :

1. Determinar la Estabilidad de los diagnósticos de los pacientes hospitalizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.1. Comparar los diagnósticos de ingreso y de egreso de los pacientes en la última ocasión en que estuvieron internados.
- 1.2. Considerar el cambio de diagnóstico de acuerdo a los hallazgos de Electroencefalografía y de Tomografía Axial Computada de cráneo.
- 1.3. Determinar la frecuencia de cambio de diagnóstico hacia otros trastornos mentales incluyendo a trastornos mentales orgánicos o enfermedad somática.

PROCEDIMIENTO:

La información se obtuvo mediante el escrutinio de 390 expedientes que correspondían a la totalidad de los pacientes hospitalizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en el período del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1995.

De acuerdo al escrutinio se llevó a cabo una selección de 375 expedientes que tuvieron todos los datos necesarios de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.

METODO:

Se recolectaron los datos de cada uno de los 375 expedientes en relación a las variables demográficas y clínicas que se enlistan a continuación:

VARIABLES DEMOGRAFICAS:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Origen.
- Residencia.

VARIABLES CLINICAS:

- Diagnóstico inicial.
- Diagnóstico final.
- Eléctroencefalograma
- Tomografía axial computada de cráneo.
- Días de hospitalización.
- Número de Reingresos.

Las variables demográficas y clínicas fueron recolectadas de la información proporcionada por la Historia clínica, notas de ingreso, notas de egreso y notas de trabajo social.

CLASIFICACION POR CODIGOS ESPECIALES:

La clasificación utilizada para la ocupación se codificó en 5 grupos:

- Cuello blanco: para funcionarios, profesionistas, empresarios.
- Cuello azul: para campesinos, obreros, artesanos, comerciantes, empleados en general (sin actividad profesional) .
- Estudiantes
- Hogar.
- Desempleado.

En lo referente a Origen y lugar de residencia se maneja con 3 códigos:

- Procedente o residente de la Cd. de México.
- Procedente o residente fuera de la Cd. de México (dentro de la República Mexicana).
- Procedencia extranjera.

Con respecto a los Diagnósticos de Ingreso y Egreso se evaluaron mediante los registros en la Nota de Ingreso y Nota de Egreso. Los diagnósticos de los pacientes hospitalizados fueron elaborados de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R y para su clasificación general se les otorgó un código de acuerdo al ICD-10.

Los estudios de gabinete fueron considerados de la siguiente forma:

- No EEG - no TAC
- No EEG - TAC normal
- EEG normal - no TAC
- EEG normal - TAC normal

- EEG anormal - TAC normal
- EEG normal - TAC anormal
- EEG anormal - no TAC
- No EEG - TAC anormal
- EEG anormal - TAC anormal

El número de re-ingresos se cuantificó desde la segunda estancia hospitalaria de cada paciente dentro del Instituto Mexicano de Psiquiatría hasta el momento del último ingreso, motivo de estudio.

ANALISIS ESTADISTICO:

A las variables cuantitativas se les calculó media y desviación estándar. A las variables cualitativas se cuantificaron a través de tablas de contingencia $n \times m$, con frecuencias naturales y frecuencias relativas. Los contrastes de hipótesis se hicieron a través de chi cuadrada.

RESULTADOS:

A través del escrutinio llevado a cabo en 390 expedientes, se efectuó una selección de aquellos que tuvieran datos completos de acuerdo a las variables consideradas, de tal forma que se completó el estudio con 374 pacientes.

En base a los resultados de los cinco diagnósticos más frecuentes, haciendo un total de 310 pacientes, equivalente al 82.88% de la muestra, los hallazgos para Depresión Mayor (N=137) 36.63%; Esquizofrenia crónica (N=65) 17.37%; Trastorno bipolar (N=46) 12.39 %; Trastorno mental orgánico (N=42) 11.22% y Trastornos delirantes primarios (N=20) 5.35%, cada uno de los porcentajes representativos del total de la muestra de 374 pacientes. La suma de los cinco grupos con diagnósticos más frecuentes completo un total de 310 pacientes, equivalente al 82.88% de la muestra total. Los diagnósticos iniciales y finales con su comorbilidad se presentan en la siguiente tabla:

DIAGNOSTICO	FINAL	COMORBILIDAD FINAL	INICIAL	COMORBILIDAD INICIAL
	PORCENTAJE			
TRASTORNOS MEN.ORG.PRIM	0.3	0.3	0.3	0.3
TRASTORNOS MENT. ORGANICOS	11.2	0.5	9.9	0.5
TRASTORNOS DE PER. SEC. A LESIÓN	1.3	0.3	1.6	0.3
ABUSO Y DEP. A SUST. PSICOACTIVAS.	3.5	6.4	3.5	6.4
TRASTORNOS MENT. SEC. A SUSTANCIAS.	2.4	0.3	3.2	0.3
ESQUIZOFRENIA AGUDA	3.2	0.0	2.1	0.0
ESQUIZOFRENIA CRONICA	17.4	0.3	17.4	0.3
T. DELIRANTES PRIMARIOS	5.3	0.0	6.7	0.0
T. ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD	0.3	0.3	0.0	0.3
DEPRESION MAYOR	36.6	2.9	37.4	2.9
TRASTORNO BIPOLAR	12.3	0.3	11.8	0.3
TRASTORNO DISTIMICO	0.3	0.3	0.3	0.0
TRASTORNOS FOBICOS	0.0	0.0	0.0	0.0
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	1.6	2.7	1.3	2.9
T. OBSESIVO-COMPULSIVO	1.6	0.8	2.1	0.8
REACCIONES DE AJUSTE	0.5	0.0	0.5	0.0
T. DE LA COND. ALIMENTARIA	0.3	0.3	0.3	0.3
TRASTORNOS DEL DORMIR	0.0	0.0	0.0	0.0
TRASTORNOS DE LA SEX.	0.0	0.0	0.0	0.0
ESPEC. ESQUIZOPAR. DE LA PERS.	0.0	0.0	0.0	0.0
ESPEC. ERRATICO DE LA PERS.	1.9	6.1	1.6	5.9
ESPEC. ANSIOSO DE LA PERS.	0.0	0.8	0.0	0.8
INTENTO SUICIDA	0.0	5.3	0.0	5.6

De acuerdo al principal objetivo del estudio, los resultados para Estabilidad diagnóstica en base a los cinco grupos más frecuentes fueron : para Depresión mayor de 95.62%(N=131); así mismo la inconsistencia observada fue en 6 pacientes: Trastorno mental orgánico; Trastorno de personalidad secundario a lesión orgánica; Esquizofrenia crónica; Trastorno delirante primario; Trastorno bipolar y Trastorno obsesivo-compulsivo con falta de consistencia en el 0.73% respectivamente.

Para el grupo de Esquizofrenia crónica (N=65) la estabilidad diagnóstica fue de 92.31%, con inconsistencia en 5 pacientes; 2 para Trastorno mental orgánico(3.08%) y 3 para Trastornos delirantes primarios (4.62%).El tercer grupo de Trastorno bipolares (N=46) la estabilidad diagnóstica fue del 86.96% con inconsistencia en 6 pacientes; uno para Esquizofrenia crónica (2.17%); 3 para Trastornos delirantes primarios (6.52%); 2 para Depresión mayor (4.35%). El cuarto grupo de Trastornos mentales orgánicos (N=42) la estabilidad diagnóstica se manifestó en el 78.57%; con inconsistencia en 12 pacientes, equivalente a 2.3% para cada uno de los siguientes diagnósticos:Trastorno mental secundario a sustancias psicoactivas; Esquizofrenia aguda; Esquizofrenia crónica; Trastornos delirantes primarios; Trastorno bipolar y Trastorno obsesivo-compulsivo. En el caso de Depresión mayor con 7.1%.

Para el quinto grupo de Trastornos delirantes primarios (N=20) la estabilidad diagnóstica fue del 75%; con inconsistencia en 2 (10%) para Esquizofrenia crónica; uno (5%) para Depresión mayor y en 2 (10%) para Trastorno bipolar.

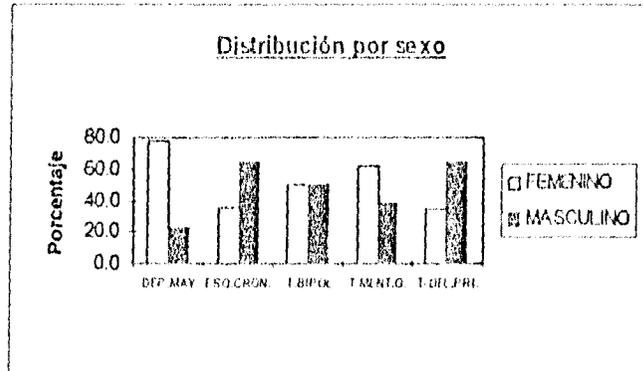
DIAGNOSTICO INICIAL	DIAGNOSTICO FINAL				
	DEPRESION MAYOR	ESQUIZOFRENIA CRONICA	TRASTORNO BIPOLAR	TRASTORNO MENTAL ORGANICO	TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO
TRASTORNOS MENTALES ORG	0.7	3.1		78.6	
TRASTORNO ORGANICO DE PER-	0.7				
T.MENTALES SEC. A SUSTANCIAS				2.4	
ESQUIZOFRENIA AGUDA				2.4	
ESQUIZOFRENIA CRONICA	0.7	92.3	2.2	2.4	10.0
TRASTORNOS DELIRANTES PRIM	0.7	4.6	6.5	2.4	75.0
DEPRESION MAYOR	95.6		4.3	7.1	5.0
TRASTORNO BIPOLAR	0.7		87.0	2.4	10.0
TRASTORNO DISTIMICO	0.7			2.4	

Tabla que muestra la estabilidad diagnóstica según los cinco diagnósticos principales en porcentaje

En la siguiente tabla se presenta la distribución de las variables sociodemográficas según los cinco principales diagnósticos finales.

	DEPRESIÓN MAYOR	ESQUIZOFRENI A CRÓNICA	TRASTORNO BIPOLAR	TRASTORNO MENTAL ORGANICO	TRASTORNOS DELIRANTES PRIMARIOS
N	137	65	46	42	20
SEXO					
FEMENINO	106	23	23	26	7
MASCULINO	31	42	23	16	13
EDAD					
MEDIA	39.6	34.4	41.2	41.4	31.2
DESVIACIÓN ESTANDAR	14.3	11.6	13.6	18.9	8.8
ESTADO CIVIL					
SOLTERO	55	43	18	20	12
CASADO	65	11	21	15	8
DIVORCIADO	11	10	7	6	0
VIUDO	8	1	0	1	0
OCUPACION					
DESEMPLEADO	27	44	14	17	9
ESTUDIANTE	10	2	2	2	2
HOGAR	52	12	8	10	1
JUBILADO	6	0	4	2	0
AZUL	23	4	7	3	3
BLANCO	19	3	11	8	5
ESCOLARIDAD					
ANALFABETA	0	1	1	1	0
PRIMARIA	40	9	6	11	2
SECUNDARIA	23	14	2	5	1
TECNICO	19	7	5	8	0
PREPARATORIA	17	17	3	6	6
PROFESIONAL	38	17	29	11	11
ORIGEN					
MEXICO, D.F.	93	45	26	29	11
FUERA DEL D.F.	40	19	17	12	9
EXTRANJERO	4	1	3	1	0
RESIDENCIA					
MEXICO, D.F.	108	46	31	34	13
FUERA DEL D.F.	28	19	15	8	7
EXTRANJERO	1	0	0	0	0

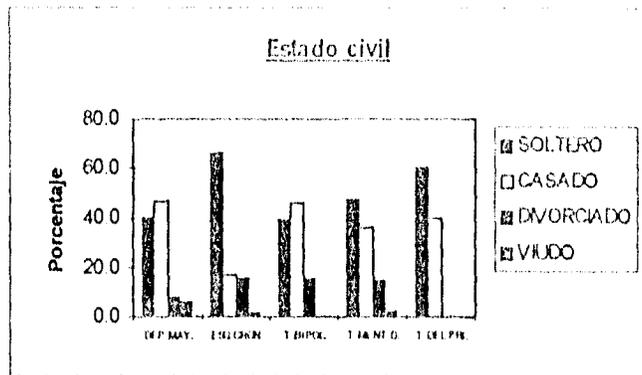
La frecuencia por sexos de acuerdo a cada uno de los cinco diagnósticos principales fue para Depresión mayor: femenino 106 (77.4%); masculino 31(22.6%); Esquizofrenia crónica : femenino 23(35.4%); masculino 42(64.6%); Trastorno bipolar : para ambos grupos 23 pacientes(50%); Trastorno mental orgánico: femenino 26(61.9%) y masculino 16(38.1%); por último en Trastornos delirantes primarios : femenino 7(35%) y masculino 13(65%).



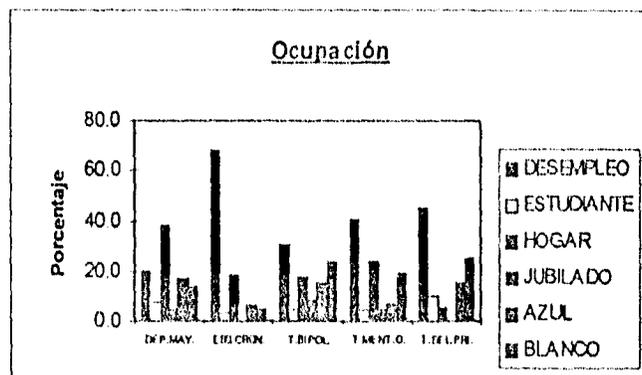
En lo referente a la edad observamos para Depresión mayor una media de 39.6 años(DE=14.3); Esquizofrenia crónica: media 34.4 años (DE=13.6); Trastorno mental orgánico : media de 41.4 años (DE=18.9) y en Trastornos delirantes primarios : media de 31.2 años (DE=8.8.) El total de pacientes hospitalizados presentó una media de edad de 37.0 años (DE=14.1).

EDAD	DIAGNOSTICO FINAL				
	DEPRESION MAYOR	ESQUIZOFRENIA CRONICA	TRASTORNO BIPOLAR	TRASTORNO MENTAL ORGANICO	TRASTORNO DELIRANTE PRIMARIO
MEDIA	39.6	34.4	41.2	41.4	31.2
DESV. STA	14.3	11.6	13.6	18.9	8.8

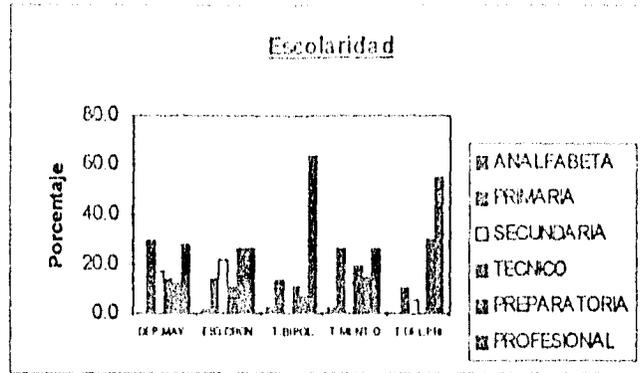
Para el Estado civil casi el 50% de la muestra en el grupo para Depresión mayor (46.8%) son casados, con un 39.6% solteros, a diferencia del grupo para Esquizofrenia crónica donde el 66.2% son solteros y un porcentaje menos al 20% son casados y divorciados. Sin embargo el grupo de pacientes con Trastorno bipolar se manifiesta más homogéneo con un 39.1% solteros y 45% casados; en Trastorno mental orgánico 47.6% solteros y un 35.7% casados. En el grupo de Trastornos delirantes primarios un 60% solteros y un 40% casados.



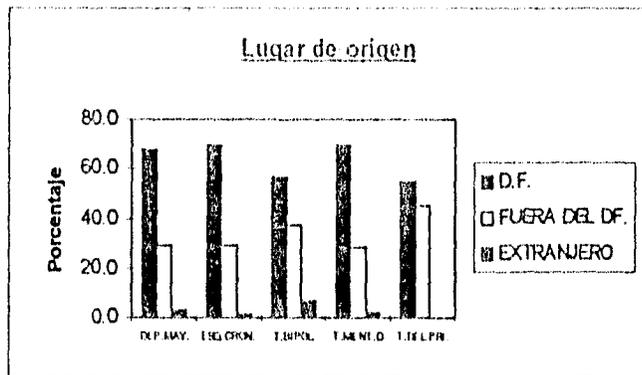
En el área de Ocupación la mayor parte de la población con Depresión mayor se encontró en actividades del Hogar en un 38%, con un 19.7% de Desempleo; en Esquizofrenia crónica es evidente un elevado porcentaje para el grupo de desempleados (67.7%), con sólo 10.8% de población productiva ; en Trastorno bipolar se observó un 30% de pacientes desempleados, con un 39% de pacientes incluidos en alguna actividad productiva , de éstos el mayor porcentaje (23.9%) dentro de actividades clasificadas como cuello blanco, por lo tanto de alto nivel. En Trastornos mentales orgánicos 40% desempleados y un 26.1% dentro de actividades productivas. Por último el grupo de pacientes con Trastornos delirantes primarios 45% desempleados y un 40% incluidos en actividad productiva.



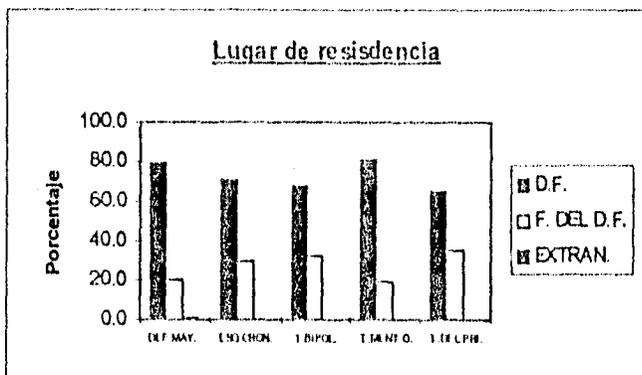
La Escolaridad presentó los siguientes resultados: Un tercio de la población con Depresión mayor (29.2%) con escolaridad primaria contra un tercio (27.7%) con escolaridad profesional. En Esquizofrenia crónica el 53% del total de pacientes con escolaridad de media superior a profesional. En los pacientes con Trastorno bipolar es evidente un mayor porcentaje para el área profesional (63%), no así en los Trastornos mentales orgánicos donde la escolaridad fluctúa en (26.2%) para primaria y (26.2%) profesional. Así mismo en los Trastornos delirantes primarios el 85% del total se encuentra dentro de escolaridad media superior y profesional.



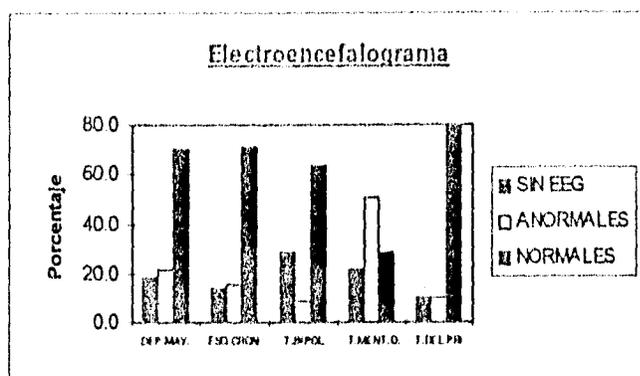
En Origen en las 5 categorías más frecuentes de nuestra población, un promedio de (63.52%) son originarios del Distrito Federal, un (33.8%) procedentes de otras áreas de la República Mexicana, con un 2.66% de procedencia extranjera.



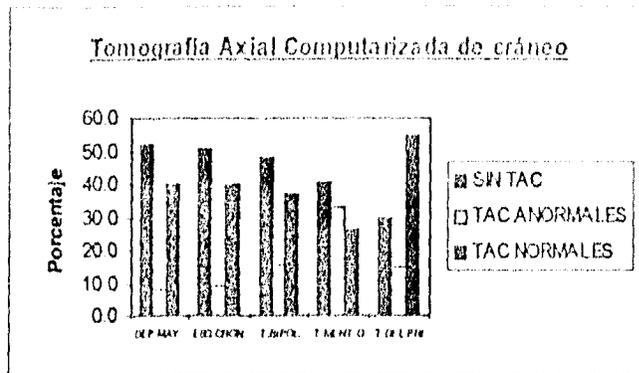
La Residencia con cifras similares a las de origen, un promedio de (72.6%) con residencia dentro del Distrito Federal y residentes en otras áreas de la República Mexicana un (27.24%), solo 0.7% con residencia extranjera.



En los estudios de Electroencefalografía para Depresión mayor el 70% de los electroencefalogramas resultaron normales, de los cuales 20% de pacientes en éste grupo no les fue practicado; alteraciones epileptiformes (5.1%) sin cambio en el diagnóstico ; alteraciones funcionales (5.1%). En Esquizofrenia crónica (70.8%) con EEG normales; no practicados en (13.8%); alteraciones epileptiformes (6.2%); alteraciones funcionales(6.5%).En Trastorno bipolar (63%) EEG normales y no practicados (28.3%) . Sólo un (6.5%) con alteraciones funcionales, con un (2.2%) de alteraciones epileptiformes.Como es de esperarse en el Trastorno mental orgánico un (28.6%) con alteraciones epileptiformes; (21,5%) con alteraciones funcionales,metabólicas y sugestivas de lesión orgánica, sólo el (28.6%) resultó sin alteraciones, con un (21.4%) de EEG no practicados. En trastornos delirantes primarios únicamente se encontraron (10% con alteraciones funcionales, el (80%) normales y (10%) de EEG no practicados.



Con respecto a Tomografía axial computada de cráneo: para Depresión mayor (40.1%) normales; sin TACC practicada (51.8%) y alteraciones específicas en el (8%).Para Esquizofrenia crónica (40%) normales; sin TACC practicada (50.8%) y con anomalías (9.2%).En Trastorno bipolar (37%) normales; sin TACC practicada (47.8%) y anomalías (15.2%). Para Trastorno mental orgánico (26.2%) normales, sin TACC practicada (40.5%) y anomalías (33.3%).En Trastorno delirante primario (55%) normales, sin TACC practicada(30%) y anomalías en el (15%).Para anomalías específicas ver tabla correspondiente.



La relación entre la estabilidad del diagnóstico y los resultados de gabinete no mostraron evidencia estadísticamente significativa de que el cambio de diagnóstico estuviera relacionado con los resultados de los estudios. No obstante la inspección de la siguientes tablas muestran que de los 39 cambios de diagnóstico 13 corresponden a resultados positivos de EEG o TAC, y que la mayor proporción de estos cambios se presentó para el diagnóstico de trastorno mental orgánico.

	DEPRESIÓN MAYOR	ESQUIZOFRENIA CRÓNICA	TRASTORNO BIPOLAR	TRASTORNO MENTAL ORGANICO	TRASTORNOS DELIRANTES PRIMARIOS
N	137	65	46	42	20

ELECTROENCEFALOGRAMA					
SIN EEG	25	9	13	9	2
EPILEPSIA	7	4	1	12	0
ALT. FUNCIONALES	7	3	3	4	2
ALT. METABOLICAS	0	0	0	2	0
LESION ORGANICA	2	3	0	3	0
NORMALES	96	46	29	12	16

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO					
SIN TOMOGRAFIA	71	33	22	17	6
ATROFIA CORTICO-SUBCORTICAL	4	1	4	5	0
QUISTE ARACNOIDE	0	0	0	1	0
MULTI-INFARTO	0	0	0	2	0
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	0	0	0	1	0
NEUROCISTICERCO	2	3	1	2	1
INFARTO LACUNAR	0	0	0	1	0
CALCIFICACIONES	0	0	0	0	0
ATROFIA CORTICAL	1	1	0	1	0
ATROFIA FRONTAL	1	1	0	0	0
PROCESO	1	0	0	0	1

INFLAMATORIO					
DILATACION VENTRICULAR	0	0	1	1	0
ALTERACION ANATOMICA	1	0	0	0	0
ANEURISMA	1	0	0	0	0
GRANULOMA CALFICADO	0	0	0	0	1
ATROFIA SUBCORTICAL	0	0	1	0	0
NORMALES	55	26	17	11	11

Distribución de los resultados de los estudios de gabinete por diagnóstico final.

ESTUDIO DE GABINETE	DEP.MAY.		ESQ.CRON.		T.BIPOL.		T.MENT.O.		T.DEL.PRI.		OTROS		TOTAL	
	CAMBIO		CAMBIO		CAMBIO		CAMBIO		CAMBIO		CAMBIO		CAMBIO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NO EEG - NO TAC	1	22		9		9	2	4		1		5	3	50
NO EEG - TAC NORMAL	1	1				2				1			1	5
EEG NORMAL - NO TAC	2	39	1	20	3	8		5		3	4	14	10	89
EEG NORMAL - TAC NORMAL	1	45	3	19	1	12	1	3	2	8	4	23	12	110
TOTAL NORMAL	4	85	4	39	4	22	1	8	2	12	8	37	23	204
EEG ANORMAL - TAC NORMAL	1	6		4		2	3	4				3	4	19
EEG NORMAL - TAC ANORMAL		9	1	2	1	4	1	2	1	2		5	4	24
EEG ANORMAL - NO TAC		7		3	1	1	1	5	2			3	4	19
NO EEG - TAC ANORMAL						2		3						5
EEG ANORMAL - TAC ANORMAL		2		3			1	7				2	1	14
TOTAL ANORMAL	1	24	1	12	2	9	6	21	3	2	0	13	13	81
TOTAL	6	131	5	60	6	40	9	33	5	15	8	55	39	335

Tabla que muestra la distribución de los cambios de diagnóstico según el resultado de los estudios de gabinete y diagnóstico final.

En lo que respecta a promedio Días de hospitalización para Depresión mayor: 20.3 días (DE=12.3); En Esquizofrenia crónica 27.7 (DE=19.8); Trastorno bipolar 23.4 (DE=13.8); Trastorno mental orgánico 22.1 (DE=18.4); Trastorno delirante primario 31 (DE=21.9); el promedio general de estancia fue de 23.2 del total de la muestra de 374 pacientes con (DE=16.2), con mínimo de un día de hospitalización y un máximo de 107.

	DEPRESIÓN MAYOR	ESQUIZOFRENIA CRÓNICA	TRASTORNO BIPOLAR	TRASTORNO MENTAL ORGANICO	TRASTORNOS DELIRANTES PRIMARIOS
N	137	65	46	42	20

DIAS HOSP					
MEDIA	20.3	27.7	23.4	22.1	31.0
DESVIACION STD.	12.3	19.8	13.8	18.4	21.9

Del total de la muestra de 374 pacientes, 273 fueron de nuevo ingreso; 66 de primer re-ingreso; 24 de segundo re-ingreso; 7 de tercer re-ingreso; uno de cuarto re-ingreso; 5 de quinto y 2 de séptimo re-ingreso. La distribución del número de ingresos según los cinco principales diagnósticos se presentan en la siguiente tabla.

	DEPRESIÓN MAYOR	ESQUIZOFRENIA CRÓNICA	TRASTORNO BIPOLAR	TRASTORNO MENTAL ORGANICO	TRASTORNOS DELIRANTES PRIMARIOS
N	137	65	46	42	20
PACIENTES NUEVOS	106	42	33	28	14
REINGRESOS					
1	24	14	5	10	4
2	5	9	4	2	2
3	1	0	1	2	0
4	1	0	0	0	0
5	0	0	1	0	0
6					
7	0	0	2	0	0

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Los estudios sobre Estabilidad diagnóstica han sido poco abordados, sin embargo desde que se han estandarizado diferentes sistemas de clasificación en Psiquiatría; la posibilidad de llevarlos a cabo ha sido más factible. Con el advenimiento desde 1952, del primer Manual estadístico y diagnóstico de Trastornos mentales (DSM-I) y a la fecha DSM-IV (1994) (1), junto con los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud en la elaboración del ICD-10 (2), ha permitido explorar este campo.

A éste respecto la Estabilidad diagnóstica se ha manejado como el grado en el cual un diagnóstico permanece sin cambio, su afinidad refleja un proceso psicopatofisiológico constante (3,4). Los estudios longitudinales han utilizados éstos conceptos para describir el grado en el cual un diagnóstico original es reconfirmado en evoluciones subsecuentes.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría a partir de 1990 presta sus servicios de Hospitalización con dos objetivos fundamentales, por una parte cubrir las expectativas asistenciales para la mayor parte de la población y fomentar la investigación a través de diversos proyectos que se llevan a efecto en el área de Hospitalización; por lo tanto el llevar a cabo un estudio sobre estabilidad diagnóstica ha dado la posibilidad de reflejar la acuciosidad en el proceso de diagnóstico y comparar nuestros hallazgos con lo reportado a nivel mundial. Los datos sobre Estabilidad diagnóstica en Psicosis esquizofrénicas varían del 60 al 98 % (5,6); con una estabilidad en Psicosis afectivas del 40 al 78% (6,7) y con Trastornos de personalidad del 38 al 56% (8,9). En el presente estudio se observan resultados similares para el grupo de Depresión mayor, mostrando estabilidad diagnóstica en el 95.62% (N=137); para el grupo de Esquizofrenia crónica 92.31% (N=65), en lo tocante a Trastornos de personalidad un 85.71% (N=7), concernientes a Cluster B para el Espectro errático de la personalidad; es evidente que los porcentajes obtenidos se encuentran dentro de las expectativas más elevadas de consistencia, sin embargo es importante señalar en relación con Trastornos de personalidad que los datos reportados muestran escasa consistencia(14,15). Vetter y Köller reportan datos similares en sus 267 pacientes con seguimientos a 12.5 años; con 93% de estabilidad para Esquizofrenia; no obstante que el tiempo de seguimiento establece una variable importante, ya que ha sido documentado (10,11,12) que la posibilidad de cambio de diagnóstico varía con el tiempo de observación; la estabilidad diagnóstica de nuestros pacientes se consideró durante su último ingreso al Instituto de acuerdo a la valoración inicial hasta el momento de

su egreso. Por otra parte Hollister (4) en más de 4 hospitalizaciones encontraron que sólo el 34% de sus pacientes fueron dados de alta con el mismo diagnóstico; sin embargo Esquizofrenia y Manía se manifestaron por ser las más consistentes.

Khosla y Khanna (18) encontraron inconsistencia en el diagnóstico en 20% de sus pacientes, cuando consideraron sus causas llegaron a la conclusión de que la mayor parte de las variaciones estuvieron en función de problemas semiológicos y nosológicos, éste último no formó parte de los objetivos del estudio, ya que no se consideró en cada caso el proceso clínico; sin embargo sí evaluamos los hallazgos de electroencefalograma y Tomografía axial computada de cráneo como condicionantes en el cambio de diagnóstico, encontrando que de los 374 pacientes estudiados 39 tuvieron cambio en el diagnóstico (10.42%).

Rabinowitz, Slyuzberg y cols. (19) reportaron cambios en el diagnóstico en el 40% de 222 pacientes con seguimiento a 9 años; en la mayoría el cambio de diagnóstico tomó lugar durante la primera hospitalización, con lo cual podemos inferir que el proceso de cambio durante el primer contacto se debe a re-evaluaciones cuidadosas y a los hallazgos en las pruebas de laboratorio y gabinete. En nuestra muestra los pacientes que observaron mayor número de re-ingresos fueron los diagnosticados con Trastorno bipolar con siete re-ingresos en 2 pacientes (5.3% del total de la muestra); con mayor significancia en un primer re-ingreso los pacientes con Depresión mayor en el (6.4%); Esquizofrenia crónica (3.74%) y Trastorno mental orgánico (2.67%). En el mismo estudio de Rabinowitz, Slyuzberg y cols.; el (5.8%) de los diagnósticos a la primera admisión como Esquizofrenia, se re-diagnosticaron en Trastornos afectivos y 3.9%, como Psicosis no orgánicas, el (8.4%) de diagnosticados como Afectivos se modificó a Esquizofrenia y (14.4%) hacia Trastornos de personalidad. Por nuestra parte para Depresión mayor sólo (7.3%) de los pacientes se modificó a Esquizofrenia crónica; Trastorno bipolar y Trastorno mental orgánico; así mismo para trastorno de personalidad, en sentido inverso de los pacientes diagnosticados como Trastorno de personalidad, el (14.29%) se modificó hacia Depresión mayor. En lo referente a Esquizofrenia crónica el 3.08% se re-diagnosticó como Depresión mayor y el 4.62% como Trastornos delirantes primarios, sin embargo es fundamental destacar que la posibilidad de diagnóstico de comorbilidad pueda modificar el curso del tiempo el que sólo se establezca un diagnóstico principal y la patología de fondo permanezca subyacente. Reportes similares de Lenz, Simhad y cols. en sus 200 pacientes con admisión de primera vez y seguimiento a 7

años, de nueva cuenta la mayor estabilidad se presentó en Esquizofrenia (80%); Depresión mayor (72.6%). En situaciones más particulares Greenberg, Rosenfeld y cols.(25) en Trastornos por reacción de ajuste, reportaron que el (40%) de sus pacientes admitidos , fueron dados de alta con otros diagnósticos y sólo el (18%) de los re-ingresos conservaron el mismo diagnóstico. En nuestra muestra sólo registramos 2 pacientes con un (100%) de estabilidad diagnóstica, lo cual expresa que la consistencia en éste caso esta en función de la escasa muestra. Para Trastornos por ansiedad Mancuso, Townsend y Mercante (26) con 44 pacientes re-evaluados a 16 meses, (55%) continuaron con criterios para Trastorno por ansiedad generalizada, el resto con cambio hacia Distimia; Depresión mayor y fobia social. En comparación con nuestros pacientes la estabilidad se alcanzó en el (83.33%) y un 16.67% para Trastornos mentales orgánicos secundarios al uso de sustancias psicoactivas (N=1). En lo referente a Trastorno obsesivo-compulsivo Thomson y Jansen (27) encontraron estabilidad en el 50% de su muestra de 284 pacientes, con ajuste a otros diagnósticos para Esquizofrenia y Trastorno bipolar; nuestra estabilidad en 6 pacientes se ajustó al (100%).

Es importante destacar algunas particularidades dentro de los datos obtenidos en las variables demográficas; para el grupo de Depresión mayor en lo concerniente al sexo, la mayoría se ubicó dentro del sexo femenino (77.4%), así mismo en la ocupación si situaron dentro del rubro de actividades propias del hogar; para el grupo de Esquizofrenia crónica en relación al sexo , la balanza si sitúa en sentido inverso para el sexo masculino , con un importante índice de desempleo de casi el (70%), es fundamental hacer una reflexión al respecto pues es bien sabido que el área de la productividad se encuentra comprometida en gran medida en ciertos trastornos psiquiátricos y por supuesto la Esquizofrenia es de los padecimientos donde existe tal posibilidad. El estado civil presenta datos importantes, dentro del grupo para Depresión mayor la proporción para casados y solteros esta uno a uno , similar a lo que ocurre para Trastorno bipolar, no así para Esquizofrenia crónica donde su mayoría son solteros (66.2%). El grupo de Trastorno bipolar en referencia específica a la ocupación, un (40%) en actividades productivas y en su mayoría clasificadas de alto nivel.La escolaridad para el grupo de Depresión se ubicó en dos grupos por una parte con nivel de primaria y por otra parte con escolaridad profesional; en Esquizofrenia crónica más de la mitad de la muestra dentro de escolaridad media superior a profesional; con un gran porcentaje de nivel profesional para Trastorno bipolar, con lo cual podemos confirmar que dentro del área de productividad se ubican en lugares de alto nivel.En el grupo de Trastornos delirantes primarios el (85%) se encuentra en niveles de escolaridad media superior a

profesional. El origen y residencia de la mayor parte de nuestra población como es de esperarse perteneció al Distrito Federal (63.53-72.6%) respectivamente , por consecuencia el resto (33.8-27.24%) respectivamente, de otras áreas dentro de la República Mexicana; para la población extranjera se atendió un (2.66%), sólo con (0.7%) con residencia fuera del país que correspondió a un paciente.

Para los estudios de gabinete (electroencefalograma y tomografía axial computada de cráneo), por una parte caracterizamos los hallazgos y como objetivo más particular observar la posibilidad de cambio en el diagnóstica en función de los estudios, en éste sentido para Depresión mayor en referencia al EEG (10.2%) de los pacientes con alteraciones funcionales y epileptiformes sin cambio; además de (8%) con alteraciones específicas en la TACC, sin cambio en el diagnóstico; para Esquizofrenia crónica 8 pacientes (13.33%) sin cambio en el diagnóstico a pesar de presentar alteraciones en estudios de gabinete; en Trastorno bipolar (19.56%) sin cambio diagnóstico con alteraciones de gabinete; Trastornos delirantes primarios de igual forma ano presentaron cambio diagnóstico con TACC alterada en (10%), no obstante que si se reforzó el diagnóstico en el (15%) de los pacientes a pesar de alteraciones EEG. Se debe destacar en referencia al Trastorno mental orgánico diversos puntos en particular; el (50%) no sufrió cambio en su diagnóstico de acuerdo a los hallazgos de gabinete, sin embargo el (14.28%) que en principio mantenían otros diagnósticos, de acuerdo a la valoración de gabinete, el diagnóstico se modifico para el grupo con alteraciones orgánicas, no obstante dicho porcentaje no resultó con significancia estadística; de esta manera fue posible explorar otro de los objetivos particulares del estudio.

Para los objetivos del Instituto Mexicano de Psiquiatría en brindar atención hospitalaria, se debe resaltar que el (72.99%) de los pacientes hospitalizados fue de nuevo ingreso, con lo cual ha sido posible cubrir expectativas de manejo intrahospitalario. La población de 374 pacientes estudiados ha sido representativa y nos ha permitido abrir el campo en el estudio de los pacientes hospitalizados anualmente a cinco años de actividad clínica hospitalaria.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- **KAPLAN H, SADOCK B and GREBB J:** Kaplan and Sadock' sSunpsis of Psychiatry. Edit. William and Wilkins, seventh edition, 1994.
- 2.- **WORLD HEALTH ORGANIZATION:** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders :Clinical description and diagnostic guidelines, Ginebra, 1992.
- 3.- **ROBINS E, GUZE SB:** Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness:its aplication to schizopfhrenia. Am J Psychiatry 1970; 126: 983-987.
- 4.- **IACONO WG, BEISER M:** Age of onset, temporal stability, and eighteen-month course of fist-episode psychosis, in The Emergence of a New Discipline: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol 1. Edited by Cicchetti D. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1989.
- 5.- **HEIM M:** Diagnosewandel bei schizophhrenen Erkrnskungen aiene Fallregisterstudie über 10 Jahre.Psychiatr Neurol Med Psychol 1987; 39: 719-724.
- 6.- **CADUFF F:** Diagnosekarrieren. Sschweiz Arch Neurol Psychiatr 1991; 142:451-473.
- 7.- **TSUANG MT, WOOLSON RF, WINOKUR G, CROWE RR:** Stability of psychiatric diagnoses. Schizophrenia and affective disorders followed up over a 30 to 40 year period. ArchGen Psychiatry 1981; 38:535-539.
- 8.- **JAKUBASCHIK J, HURRY J:** Diagnosen eines psychiatrischen Fallregisters.Psychiatr Clin 1979; 12.80-91.
- 9.- **KASTRUP M:** The use of a psychiatric register in predicting the outcome of the revolving door patient. Acta Psychiatr Scand 1987;76:552-560.

- 10.- **MARNEROS A, DEISTER A, ROHDE A:** Stability of diagnoses in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. *Eur Arch Psychiatry Neurosci* 1991; 241:187-192.
- 11.- **MASSERMANN JH, CARMICHAEL HT:** Diagnosis and prognosis in psychiatry. *J Ment Sci* 1938;84:893-946.
- 12.- **MC GLASHAN TH:** The Chestnut Lodge follow-up: I-Follow-up methodology and study sample. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:573-585.
- 13.- **ANDREASEN NC, HOENK PR:** The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *Am J Psychiatry* 1982;139:584-590.
- 14.- **HAFNER H, CESARINO AC, CESARINO KRANTZ M:** Konstanz und Variabilität klinisch psychiatrischer Diagnosen über sechs Jahrzehnte. Vergleichende Statistik der psychiatrischen Hauptdiagnosen an den psychiatrischen Universitätskliniken Heidelberg und Freiburg von 1900 bis 1960. *Soc Psychiatry* 1967;2:14-25.
- 15.- **SANDIFER ME JR, PETTUS C, QUADE D:** A study of psychiatric diagnosis. *J Nerv Ment Dis* 1964; 139:350-356.
- 16.- **VETTER P, KOLLER O:** Stability of diagnoses in various psychiatric disorders: A study of long-term course. *Psychopathology* 1993; 26:173-180.
- 17.- **HOLLISTER LE:** Stability of Psychiatric diagnoses among acutely ill patients. *Psychopathology* 1992;25:204-208.
- 18.- **KHOSLA R, KHANNA S, CHANNABASAVANNA SM:** Walk-in clinic and diagnostic stability. *The International Journal of Social Psychiatry* (1987) Vol. 33 No. 4 294-298.
- 19.- **RABINOWITZ J, SLYUZBERG M, RITSNER M Y cols.:** Changes in diagnosis in a 9 Year National Longitudinal Sample.

- 20.- **AMARA IB:** Consistency in the diagnosis of the Functional Psychoses. *Can Psychiatr. Assoc J.* Vol. 23, 1978.
- 21.- **LENZ G, SIMHANDL C, THAU K Y** cols. Temporal Stability of Diagnostic criteria for Functional Psychoses. *Psychopathology* 1991;24:328-335.
- 22.- **FENNIG S, KOVASZNAY B, RICH C Y** cols. Six Month Stability of Psychiatric Diagnoses in First-admission Patients with Psychosis. *Am J Psychiatry* 151:8, August 1994.
- 23.- **CLAYTON P, GUZE S, CLONINGER R and MARTIN R:** Unipolar depression: Diagnostic inconsistency and its implications. *J Affective Disorders*, 26 (1992) 111-116.
- 24.- **HAN L, SCHMALING K, and DUNNER D:** Descriptive Validity and Stability of Diagnostic Criteria for Dysthymic Disorder. *Compreh Psychiatry*, Vol. 36, No. 5 (September-October)1995: pp338-343.
- 25.- **GREENBERG W, ROSENFELD D, and ORTEGA E:** Adjustment disorder as an Admission Diagnosis. *Am J Psychiatry* 152:3, March 1995.
- 26.- **MANCUSO D, TOWNSEND M and MERCANTE D:** Long-Term Follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Compreh Psychiatry*, Vol. 34. No. 6 (November-December), 1993: pp 441-446.
- 27.- **THOMSEN PH, JENSEN J:** Obsessive-compulsive disorder: admission patterns and diagnostic stability. *Acta Psychiatr Scand* 1994: 90:19-24.