



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**



**Título:**

**ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO  
PSICÓTICO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ  
A DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO.**

**Presenta La Tesis Para Obtener El Diploma De Especialista En Psiquiatría:**

**José Luis Mendieta Esparza**

**Dra. Cecilia Bautista Rodríguez.**

**Asesora Teórica**

**Soc. Juana Freyre Galicia**

**Asesora Metodológica**

**México, D.F. Mayo de 2014.**



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.

“...Gracias a la vida que me ha dado tanto,  
me ha dado la risa y me ha dado el llanto...”

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	i
LISTA DE TABLAS, GRÁFICOS Y ABREVIATURAS. ....	ii
Tablas.....	ii
Gráficos.....	ii
Abreviaturas.....	iii
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
MÉTODO.....	8
Justificación y planteamiento del problema.....	8
Objetivos.....	11
Hipótesis.....	11
Variables.....	11
Muestra.....	12
Criterios de Selección.....	12
Tipo de Estudio.....	13
Instrumento.....	13
Procedimiento.....	13
Consideraciones éticas.....	14
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIÓN.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

## **LISTA DE TABLAS, GRÁFICOS Y ABREVIATURAS.**

### Tablas

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra.....	177
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de número de cambios de diagnóstico.....	19
Tabla 3. Cambio de diagnóstico por consumo de sustancias.....	20
Tabla 4. Frecuencia de diagnósticos de ingreso. ....	211
Tabla 5. Frecuencia de diagnósticos finales. ....	22

### Gráficos

Gráfico 1. Distribución de la muestra por edad. ....	18
Gráfico 2. Distribución de la muestra por tipo de consumo de sustancias. ....	18
Gráfico 3. Número de Cambios de Diagnóstico. ....	19

## **Abreviaturas**

CAT: Clínica de Adherencia Terapéutica.

CE: Consulta Externa.

CLIFAM: Clínica de Intervención Familiar.

DSM 5: por sus siglas en inglés “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición)

HC: Hospitalización Continua.

HP: Hospital Parcial.

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

CIE-10: Clasificación Internacional De Enfermedades, Décima Versión.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

PEMEX: Petróleos Mexicanos.

ISSEMYN: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

SS: Secretaría de Salud.

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

TOC: Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

## **RESUMEN**

**Introducción:** Las variaciones diagnósticas en el seguimiento los pacientes psiquiátricos constituyen un fenómeno observado con mucha frecuencia en la práctica clínica. Posterior al egreso hospitalario, los pacientes con primer brote psicótico continúan el seguimiento de su padecimiento dentro de los diversos servicios de esta institución, y es aquí donde se presentan las variaciones y modificaciones en el diagnóstico que reciben, repercutiendo en la planificación del tratamiento médico y psicosocial, así como la presentación clínica de la psicopatología, recaídas y consecuentemente en el pronóstico.

**Objetivo:** Establecer si existe variación en los diagnósticos de los pacientes que presentan un primer episodio psicótico posterior a su egreso, durante el seguimiento de su padecimiento; las patologías con mayor variación para favorecer la atención integral de los usuarios atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA).

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en una muestra de pacientes hospitalizados de primera vez durante los meses de enero a abril del año 2012 y cuyo diagnóstico de ingreso se encuentra dentro del bloque de Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico, y Trastornos de Ideas delirantes (F20 – F29). Se recogió información sobre la evolución y seguimiento del paciente en los diversos servicios del HPFBA.

**Resultados:** A dos años de seguimiento en los pacientes que presentaron primer brote psicótico en el primer cuatrimestre de 2012 y que ameritaron internamiento en la institución, más de la mitad de los pacientes presenta variación en los diagnósticos recibidos a su ingreso

**Palabras Clave:** *Diagnóstico, estabilidad diagnóstica, primer episodio psicótico, trastornos psicóticos.*

## INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría tiene como objeto de estudio la psicopatología y la difícil tarea de valorar el estado mental de otros y emitir un juicio respecto de la salud y normalidad mental de aquel que evalúa, lo cual implica gran responsabilidad porque puede originar una estigmatización de por vida o que el diagnóstico que dicte conduzca a la pérdida legal de libertad. En esta disciplina la neutralidad es difícil de mantener, además resultar complicado precisar los límites de la normalidad psíquica, porque en el fenómeno psicopatológico coexisten lo biológico y lo psicosocial, lo cual dificulta su aprehensión objetiva. El diagnóstico en psiquiatría, como en otras especialidades médicas, es el soporte y fundamento de partida del "*acto psiquiátrico*" y por tanto indica la intervención psiquiátrica, delimita el grupo de sujetos susceptibles de actuación psiquiátrica y señala los métodos de tratamiento susceptibles de uso.

El diagnóstico delimita el rango de obstáculos a tratar, da estructura a la información disponible sobre los mismos e intenta clasificar las formas en que se presenta la enfermedad, así como los factores biológicos, sociales y psicológicos que juegan un papel en su origen y curso. El proceso diagnóstico se ve influenciado por múltiples factores, dentro de los cuales están la colecta de información, misma que se obtiene a través de la entrevista al paciente y sus familiares, donde la interpretación de los síntomas esta mediada por la subjetividad del mismo paciente y familiares, empeorando o aminorando la gravedad e intensidad con el fin de obtener cierto resultado o beneficio. Por otra parte está la vaguedad de algunas categorías diagnósticas, ya que no se encuentran bien delimitadas sus fronteras dentro de la Psiquiatría, permitiendo cierto dinamismo, plasticidad y posibilidad de cambios sin entrar en



contradicción con la práctica profesional en el marco de la diversidad de interpretaciones teóricas<sup>1</sup>.

El establecer criterios diagnósticos permite delimitar un pronóstico o una estimación de la evolución del padecimiento, involucrando recaídas, internamientos, duración del tratamiento farmacológico, etc. Los sistemas de clasificación actuales tienen una intencionalidad diagnóstica con fines estadísticos y de investigación de manera primaria, el objetivo secundario es terapéutico. Las variaciones diagnósticas a través del tiempo siempre son representativas de la evolución de una enfermedad, la aparición de nueva información, o de la falta de fiabilidad de la medición. En nuestro medio existen diversos factores que afectan la formulación adecuada del diagnóstico en el campo de la Psiquiatría, con el consecuente error a la hora de formular la intervención<sup>2</sup>.

En el caso concreto del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es frecuente encontrar pacientes que han tenido distintos diagnósticos con el paso de los años, lo cual resta validez y credibilidad a los mismos.

Es de suma importancia realizar avances en el campo de investigación sobre la estabilidad diagnóstica para contribuir al mejoramiento continuo de nuestra institución y así garantizar el acceso hacia una mejor atención y brindar calidad en la misma en favor de los pacientes con una psiquiatría más objetiva, congruente y efectiva.

## MARCO TEÓRICO

El propósito del diagnóstico dentro de la Psiquiatría, como en la medicina en general, es favorecer y facilitar un lenguaje entre los profesionales involucrados, orientar el planteamiento terapéutico, optimizar el pronóstico sobre la evolución del paciente y sus condiciones mórbidas así como potenciar la investigación sobre los factores etiológicos, las modalidades de tratamiento y la organización de servicios y políticas de salud pública.

Los descubrimientos en distintas disciplinas del campo de la salud y en especial de la salud mental han impulsado un enfoque más biologista de la psiquiatría en las últimas décadas, con el consecuente desarrollo de los modelos diagnósticos hoy vigentes. Este afán por definir con mayor eficacia los límites de la patología mental evidencia la tendencia por objetivar el quehacer de la profesión<sup>3</sup>.

La trascendencia de establecer diagnósticos clínicos sólidos dentro de la psiquiatría tanto con la coherencia y la estabilidad en el tiempo ha sido reconocida. Actualmente, las dos taxonomías internacionales líderes representadas por el DSM 5 de la Asociación Psiquiátrica Americana y el sistema de CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud incluyen criterios descriptivos normalizados. El principio básico de ambas clasificaciones es la bimodalidad. En base a un listado de síntomas ordenados a la manera de una función lineal con una única variable, se adquiere valor 1 (existe) o valor 0 (no existe). La noción de categoría implica un corte, una frontera nítida que delimita la existencia (o inexistencia) del objeto. Una semiología bimodal explica en gran medida los límites de este tipo de clasificación, basada en una lógica binaria a la que los fenómenos clínicos no siempre se ajustan. Los diagnósticos psiquiátricos poseen una intencionalidad pragmática, pues definen una conducta terapéutica.

Sería inadmisibile la administración de determinados planes farmacológicos sin un diagnóstico que los justifique<sup>4</sup>.

Los diagnósticos psiquiátricos pueden ser especialmente vulnerables a la inestabilidad en el tiempo, debido a múltiples factores, los cuales incluyen la falta de información en casos individuales y posible falta de fiabilidad de la información obtenida sólo de los pacientes; los efectos del tratamiento sobre la expresión de los síntomas, el consumo de sustancias, comorbilidades médicas asociadas, los cambios y/o evolución de las manifestaciones sintomáticas con el tiempo; el uso de sistemas de normas de diagnóstico con criterios arbitrarios y simplificados para las características requeridas donde los síntomas de duración y el deterioro funcional que contrasta con la riqueza y matices de la fenomenología que surge a principios de la mayoría de los trastornos que en ocasiones no se ajusta a todos los pacientes, etc. La estabilidad diagnóstica se ha definido por varios autores como el grado en que un diagnóstico se mantiene constante en evaluaciones posteriores de los pacientes<sup>5,6</sup>. El diagnóstico de un trastorno psicótico se basa en la presencia o ausencia de síntomas característicos. Sin embargo, la presencia de tales síntomas varía durante el curso y el tratamiento de estas enfermedades, lo que plantea un problema en la estabilidad de un diagnóstico de psicosis con el tiempo.

A mediados y finales del siglo pasado se publicaron estudios referentes a la estabilidad del diagnóstico psiquiátrico, donde la mayoría se basan en la comparación de los diagnósticos establecidos por 2 ó más evaluadores en una única entrevista conjunta o en entrevistas separadas por algunos días. Los estudios donde se establecen comparaciones entre los diagnósticos asignados a pacientes en ingresos sucesivos, o en otros puntos separados ampliamente en el tiempo se han llevado a cabo menos a menudo. Dentro de los estudios

realizados se destaca la información recabada por Masserman y Carmichael (1938)<sup>7</sup>. Ellos utilizaron una muestra de 100 pacientes de una clínica psiquiátrica universitaria en Chicago y hallaron que a 12 meses de seguimiento, había una variación de los diagnósticos cercana al 40%. Éste importante estudio pionero, condujo a muchos psiquiatras a cuestionarse el valor de los métodos y las categorías diagnósticas existentes. Odegaard (1966)<sup>8</sup> comparó el primer y el último diagnóstico atribuido a todos los pacientes ingresados en los hospitales mentales noruegos por primera vez entre 1950 y 1954, y posteriormente reingresados en cualquier momento hasta finales de 1963. Se encontró que muchos de los pacientes diagnosticados originalmente de una psicosis reactiva fueron diagnosticados posteriormente de esquizofrenia o de enfermedad maníaco-depresiva. Cooper (1967)<sup>9</sup> estudió los diagnósticos de un grupo de 200 pacientes ingresados en hospitales en Inglaterra o Gales en 4 ocasiones diferentes en 1954 y 1955. Únicamente el 54% de estos pacientes fueron destinados a una misma categoría inequívoca en las 4 ocasiones, y Cooper pudo demostrar que muchos cambios de diagnóstico, particularmente aquellos que suponían enfermedad neurótica, trastorno de personalidad o alcoholismo, se atribuían al cambio de médico más que a cualquier cambio en los síntomas del paciente. Sólo en 32 pacientes había evidencia en las notas del caso de un cambio genuino en el estado clínico, y el cambio más común fue el desarrollo de síntomas esquizofrénicos en pacientes que originalmente tenían simplemente síntomas depresivos, además de algunos rasgos paranoides, un hallazgo potencialmente muy significativo.

Kendell<sup>10</sup> escribe sobre la estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, publicado en el *British Journal of Psychiatry* de 1974 analizando 3 principios principales: los problemas de concordancia entre entrevistadores por las diferentes formas de interpretar la psicopatología

observada, en función de la formación y la experiencia de distintos observadores; los problemas de frecuencia de diagnóstico en grupos de población. La estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo y los fenómenos de comorbilidad. Las tasas globales de estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo, en la revisión realizada por Kendell, son similares a las que podemos encontrar con los instrumentos diagnósticos actuales (un 58-67% de estabilidad). Aunque las tasas de estabilidad de las 4 categorías mayores —enfermedad depresiva, esquizofrenia, demencia y alcoholismo— tenían en el estudio una estabilidad de alrededor del 70%, otras categorías, como los estados de ansiedad o los trastornos de personalidad, tenían una estabilidad por debajo del 50%<sup>11</sup>.

Los criterios diagnósticos actuales adolecen de uniformidad, representando un conjunto heterogéneo de psicosis. Aunque la forma de presentación clínica puede ser similar, la evolución y el pronóstico pueden ser muy diferentes. La detección de posibles factores de riesgo de cronicidad es de especial importancia, pudiendo realizar una intervención precoz y así minimizar las consecuencias negativas de la enfermedad. Existe un grupo de psicosis donde el inicio y resolución, orientan hacia un mejor pronóstico que otros tipos de psicosis. Internacionalmente consensuados (DSM 5 y CIE-10) que ayuden a la identificación y seguimiento de estos pacientes. En este sentido, un episodio psicótico agudo puede ser el inicio de una psicosis afectiva, esquizofrenia o incluso mantenerse como posteriores episodios psicóticos agudos bien definidos. La estabilidad diagnóstica de la psicosis ha sido analizada en numerosos estudios<sup>12,13,14,15</sup>.

Se han realizado estudios en España (Pedrós A., et al, 2009) que reflejan el seguimiento de la estabilidad diagnóstica y pronóstico en ciertas patologías como psicosis y trastornos de

personalidad, los cuales reflejan la importancia de la detección de los factores que determinan las variaciones diagnósticas y su impacto en el pronóstico de los pacientes<sup>16,17</sup>.

La literatura internacional demuestran que a pesar que las categorías diagnósticas como esquizofrenia, depresión, manía, demencia y alcoholismo fueron relativamente estables, menos de la mitad de dichos casos, con diagnósticos iniciales de estado de ansiedad, estado paranoide, estado confusional, trastorno de personalidad o histeria conservaron el mismo diagnóstico en ocasiones posteriores. Los estados paranoides tendían a ser rediagnosticados como esquizofrenia; los estados confusionales a ser rediagnosticados como demencia, y los estados de ansiedad a ser rediagnosticados como depresión<sup>18, 19, 20, 21</sup>. Diversos estudios en el extranjero han examinado la estabilidad de los diagnósticos clínicos en el transcurso de la enfermedad<sup>22, 23, 24</sup>. Sin embargo, están limitados por inadecuada fiabilidad de los diagnósticos clínicos y el sesgo que es inherente en los pacientes rehospitalizados de muestreo. En dichos estudios se concluye que la esquizofrenia es el diagnóstico inicial más estable (alrededor de 90 por ciento de los diagnósticos), seguido de la psicosis afectiva (80 por ciento). Los trastornos esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y psicosis no especificadas constituyen los diagnósticos iniciales menos estables. Se ha demostrado la relevancia de la estabilidad de diagnóstico como un factor determinante en la validación, definición y clasificación de los trastornos psicóticos; todo esto con el fin de planificar el tratamiento médico y la rehabilitación biopsicosocial de los pacientes. En nuestro país, la información al respecto es escasa, y dentro de esta institución no se han realizado estudios a los relacionados con la estabilidad diagnóstica.

En México, el estudio de este problema es un camino sin recorrer debido a la carencia de investigación en temas de salud mental.

## MÉTODO

**Justificación:** La razón para realizar el presente trabajo surge de la frecuencia con que se observan cambios en los diagnósticos que reciben los pacientes dentro del HPFBA. Es muy común enfrentarse en el día a día al desafío de atender pacientes cuyo diagnóstico ha sido modificado a lo largo del tiempo y más aún con cambios diagnósticos drásticos que implican una serie de modificaciones sustanciales tanto en el tratamiento farmacológico como en otras medidas del abordaje integral y en el pronóstico de los pacientes; los cuales tienen un impacto la presencia de respuestas inadecuadas a los tratamientos, la pobre adherencia los mismos; costos elevados en los servicios de salud, las hospitalizaciones innecesarias y otras consecuencias adversas<sup>25</sup>.

Por ejemplo, los servicios que se requieren para el tratamiento de pacientes con psicosis inducida por drogas es probable que difieran de los necesarios para el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos no relacionados con sustancias. Del mismo modo, los pacientes con esquizofrenia son propensos a necesitar diferentes tratamientos médicos y psicosociales en comparación con los pacientes que tienen psicosis afectivas, en la que los síntomas negativos son menos propensos a persistir después de la fase aguda de la enfermedad. La inestabilidad diagnóstica tiene potenciales implicaciones en términos de planificación de servicios y asignación de recursos en el área de Salud. La utilidad de esta información puede considerarse en términos de la contribución que este hace a la atención clínica, a la provisión de servicios y a las investigaciones futuras. Tal conocimiento epidemiológico resulta esencial para la planificación efectiva de los servicios psiquiátricos, para personas con psicopatología que residen en un área geográfica determinada. Se desconoce la información relacionada con la estabilidad de los diagnósticos en esta

institución, pues no existen estudios al respecto. El gran vacío que existe tanto en nuestro país como en el HPFBA sobre este tema hace que sea indispensable y necesario el formular iniciativas como la del presente trabajo para mejorar tal panorama actual.

**Planteamiento del problema:** La presencia de los síntomas característicos de un trastorno psicótico varía a lo largo de la enfermedad, lo que plantea la cuestión de qué tan estable permanece en el tiempo un diagnóstico de psicosis. La principal causa por la que los pacientes requieren internamiento se debe a cuadros psicóticos que involucran manifestaciones de agresividad para con otros o para consigo mismos. La razón por la cual se eligió al grupo de pacientes con un diagnóstico de trastornos psicóticos radica principalmente en que dicho grupo es uno de los trastornos mentales con mayor incidencia y que ocupa un lugar importante dentro de la totalidad de ingresos del HPFBA. El diagnóstico más frecuente en los pacientes que necesitan ser internados es la esquizofrenia paranoide seguida del trastorno delirante esquizofreniforme orgánico.<sup>26</sup> El motivo del presente trabajo surge de la observación de la evolución dichos pacientes y sus expedientes clínicos en el HPFBA, al encontrar en un mismo paciente variaciones importantes en los diagnósticos recibidos durante las distintas valoraciones a las que ha sido sujeto, implicando a su vez modificaciones sustanciales en su tratamiento, medidas del abordaje integral y su pronóstico.

Por tal motivo se propuso indagar si existe estabilidad el diagnóstico psiquiátrico que reciben los pacientes desde su ingreso al servicio de urgencias, posteriormente durante su evolución en hospitalización continua y finalmente a su egreso por su paso por los diversos servicios que brinda el hospital; así como la cantidad de veces que se modifica el diagnóstico y los posibles factores que influyen en dichos eventos. De este modo se analizaron los expedientes generados para pacientes de primera vez que hayan ameritado internamiento durante el



primer cuatrimestre del año 2012 en el HPFBA, y que al ingreso se hubiesen diagnosticado con algún trastorno de carácter psicótico dentro del bloque de Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico, y Trastornos de Ideas delirantes (F20 – F29) de la CIE-10; debido a que los reportes epidemiológicos con respecto a las tasas de morbilidad y principales causas de internamiento en esta institución muestran que la principal causa por la que los pacientes requieren internamiento se debe a cuadros psicóticos donde el diagnóstico más frecuente es la esquizofrenia paranoide<sup>26</sup>.

## **Objetivos:**

- General:
  - Establecer si existe estabilidad diagnóstica de los pacientes que presentan primer brote psicótico durante el primer cuatrimestre del año 2012 en su seguimiento a dos años en el HPFBA.
  
- Particulares:
  - Determinar el número de internamientos en promedio que presentan los pacientes.
  - Describir el promedio de internamientos que presentan estos pacientes.
  - Enumerar las patologías con mayor variación.
  - Identificar los elementos que pudieron haber interferido con la concordancia del diagnóstico.

## **Hipótesis:**

- Hipótesis de investigación: Existe una variación en el diagnóstico que reciben los pacientes que presentan un primer brote psicótico durante su seguimiento subsecuente.
  
- Hipótesis Nula: **NO** Existe variación en el diagnóstico que reciben los pacientes que presentan un primer brote psicótico durante su seguimiento subsecuente.

**Variables:** Dentro de las variables en esta investigación están el diagnóstico, el cambio del mismo a lo largo del seguimiento así como el número de cambios que se realizan a cada paciente. También se tomarán en consideración algunas variables relacionadas con los

sujetos de estudio como género, sexo, procedencia, derechohabencia, consumo de sustancias.

**Muestra:** La muestra de este estudio se conformó por los expedientes de pacientes de primera vez que ingresaron al servicio de Hospitalización Continua del HPFBA procedentes del servicio de urgencias del mismo hospital durante el primer cuatrimestre del año 2012 y cuyo diagnóstico de ingreso se encuentra dentro del bloque de Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas delirantes (F20 – F29). Los episodios psicóticos cumplieron además los siguientes criterios: inicio agudo (menor a 4 semanas), con o sin factores desencadenantes y sin haber recibido tratamiento neuroléptico previo al ingreso.

#### **Criterios de Selección:**

- ***Criterios De Inclusión:***

- Expedientes de pacientes cuya edad se encuentra entre los 18 y los 59 años.
- Expedientes de pacientes ingresados a Hospitalización Continua del HPFBA.
- Expedientes de pacientes cuyo ingreso hospitalario se encuentre comprendido entre los meses de enero y abril del año 2012.
- Expedientes de pacientes que a su ingreso les fue asignado el diagnóstico incluido en el Capítulo V de la CIE-10 en el bloque que comprende Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico, Trastornos de Ideas delirantes, Trastornos psicóticos agudos y transitorios, Trastorno delirante inducido, Trastornos esquizoafectivos, Otros trastornos psicóticos de origen no

orgánico y Psicosis de origen no orgánico, no especificada (F20 – F29); incluidas sus consiguientes subcategorías.

- ***Criterios De Exclusión:***

- Expedientes de Pacientes que fueran dados de alta por petición familiar.
- Expedientes de pacientes que a su egreso hayan sido referidos a otra institución.
- Expedientes de pacientes con procedencia de la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Expedientes de pacientes cuyo motivo de hospitalización fuera una medida judicial de internamiento.
- Expedientes de pacientes que sean ilegibles o estén incompletos.

**Tipo de Estudio:** descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional.

**Instrumento:** Se utilizó un cuadro de concentración de datos que funcionó a su vez como base de datos para análisis estadístico de la información.

**Procedimiento:** El área de estudio de la presente investigación se relaciona con la variabilidad diagnóstica; para ser llevada a cabo se procedió a comparar y analizar los diagnósticos que han recibido los pacientes durante su atención en los distintos servicios del HPFBA; por lo que se llevó a cabo dentro de las instalaciones de dicha institución.

Se obtuvo del Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación del HPFBA la autorización para realizar el presente estudio. Posteriormente para proceder a la recolección

de los datos se pidió al servicio de Registros Médicos del HPFBA los números de expedientes asignados a los usuarios de primera vez del servicio de Hospitalización Continua durante los meses de enero a abril de 2012, y se solicitó a su vez a la Subdirección de Enseñanza un oficio que permita al sustentante de esta tesis, trabajar en el archivo médico la colección de datos, obtenidos de la revisión de expedientes, el interés de dicha revisión consistió en verificar si se presentó cambio de diagnóstico, el número de veces que este mismo cambió. La información se obtuvo de la revisión de notas de ingreso y evolución que se encuentran dentro de los expedientes. Se hizo una caracterización sociodemográfica de la muestra del estudio, incluyendo su edad, sexo, procedencia, derechohabiencia y si presentan o no consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, solventes, cocaína, alucinógenos). Para la determinación de la fiabilidad diagnóstica, se hizo una comparación del diagnóstico del último egreso hospitalario. Se realizó un análisis estadístico encaminado a analizar la evolución diagnóstica y la posible influencia de determinadas variables. Las diferentes variables del estudio se resumen con los estadísticos descriptivos correspondientes: medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas; frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Los contrastes de variables se realizan con prueba de *chi cuadrado* o el test exacto de Fisher, según las condiciones de aplicación. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa *IBM® SPSS® Statistics 20.0*.

**Consideraciones éticas:** De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, Reporte Belmont, las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y en base a las recomendaciones establecidas en la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud de la misma Ley; esta

investigación se incluye dentro de la categoría sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron.

La investigación se llevó a cabo una vez obtenida la autorización y aprobación del proyecto por parte del representante de esta institución y del Comité de Ética en investigación respetando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Se siguió también Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico y las recomendaciones y disposiciones en cumplimiento con lo establecido por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, su reglamento, así como lo señalado en los Lineamientos de Protección de Datos Personales.

## **RESULTADOS**

Se analizaron 265 expedientes de los cuales se excluyeron dos por no cumplir los criterios de inclusión, obteniendo una muestra final de 263 expedientes.

La edad promedio de los pacientes fue de 34 años (Desviación Estándar 11), con una edad mínima de 18 y máxima de 58 años. El 57.8% de la muestra corresponde a hombres y el 42.2% a mujeres.

El 43.3% procede del D.F., 36.7% del Estado de México, 5.7% Guerrero, 5.3% Hidalgo y el resto de diversos estados (Guadalajara, Chiapas, Guerrero, Veracruz, Morelos, Querétaro, Hidalgo, Puebla, Michoacán). 6.1% son derechohabientes del ISSSTE, 3 pacientes PEMEX, 1 ISSEMYN y el 92.4% pertenecen a Secretaría de Salud.

El 44.9% del total de la muestra tiene antecedente de consumo de sustancias (152 hombres, 111 mujeres); del total, el 37.6% consumía alcohol, 34.2% tabaco, 18.3% cannabis, 11.8% solventes, 6.5% cocaína y 4.9% alucinógenos.

La mayor parte de los casos sólo presentó un internamiento (86.7%), el 11% presentó dos internamientos, 1.9% 3 internamientos y sólo un caso 4 internamientos.

Los días de estancia promedio en el primer internamiento son 23, 26 en el segundo, 22 en el tercero y 30 en el cuarto.

<b>Variable</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
		<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>	HOMBRE	152	57.8
	MUJER	111	42.2
<b>Procedencia</b>	DISTRITO FEDERAL	114	43.3
	ESTADO DE MÉXICO	99	37.6
	GUERRERO	15	5.7
	HIDALGO	14	5.3
	MORELOS	10	3.8
	VERACRUZ	4	1.5
	QUERETARO	2	.8
	MICHOACAN	2	.8
	GUADALAJARA	1	.4
	CHIAPAS	1	.4
	PUEBLA	1	.4
	<b>Derechohabiencia</b>	SS	243
ISSSTE		16	6.1
PEMEX		3	1.1
ISSEMYN		1	.4
<b>Consumo de sustancias</b>	NO	145	55.1
	SI	118	44.9
<b>Número de Internamientos</b>	1	228	86.7
	2	29	11.0
	3	5	1.9
	4	1	.4
<b>TOTAL</b>		<b>263</b>	<b>100.0</b>

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra.



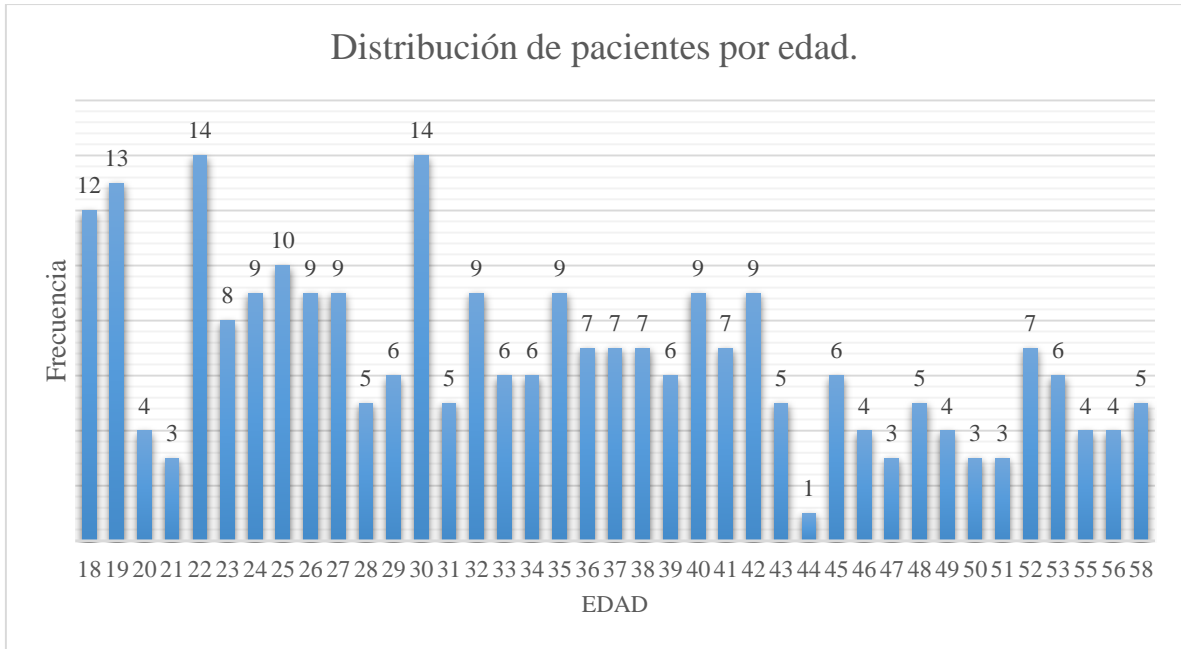


Gráfico 1. Distribución de la muestra por edad.

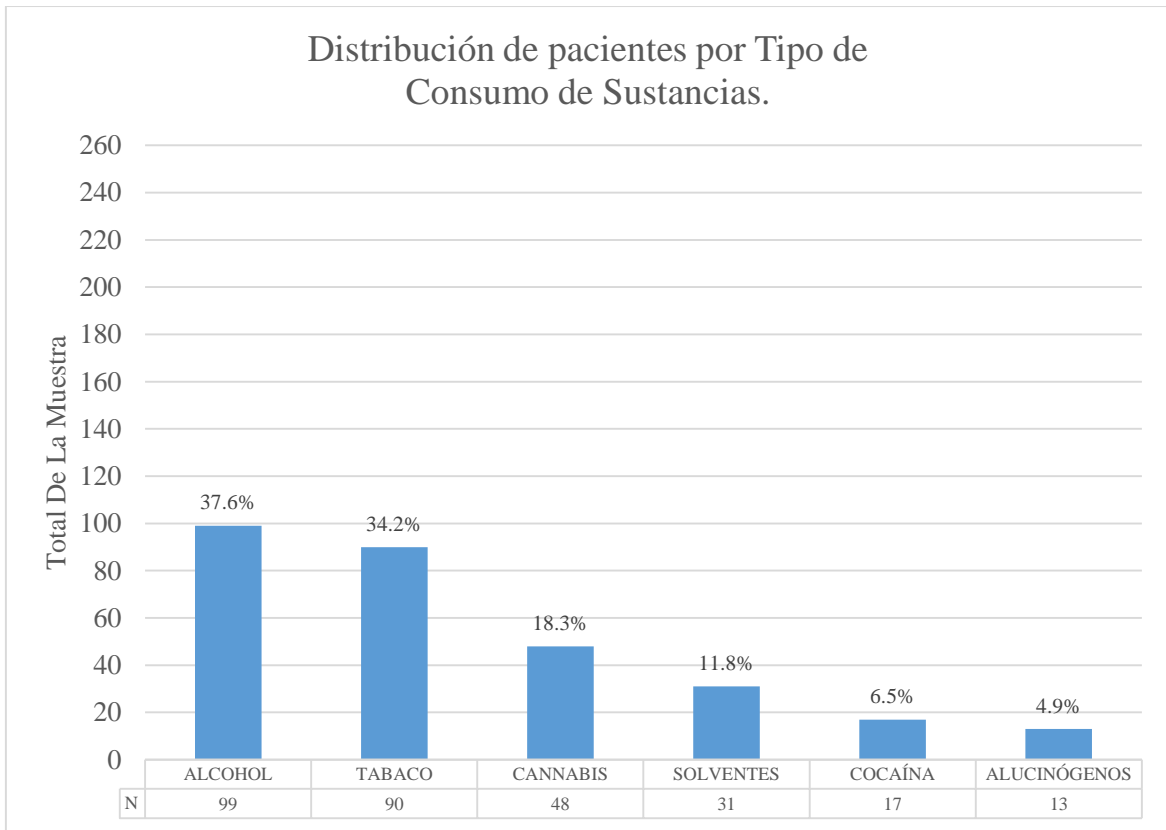


Gráfico 2. Distribución de la muestra por tipo de consumo de sustancias.

El 33.8% de la muestra presentó estabilidad en los diagnósticos en un periodo de 2 años de seguimiento, mientras que el 66.2% restante mostró variaciones diagnósticas a lo largo de su seguimiento dentro de esta institución. El 25.5% presentó un cambio en su diagnóstico, 17.1% dos cambios, 10.3% tres, 4.2% cuatro y cinco, 1.9% seis, 1.1% siete y 5 casos 8, 10, 11, 13 y 14 cambios de diagnóstico (promedio 1.69, DE 2.11).

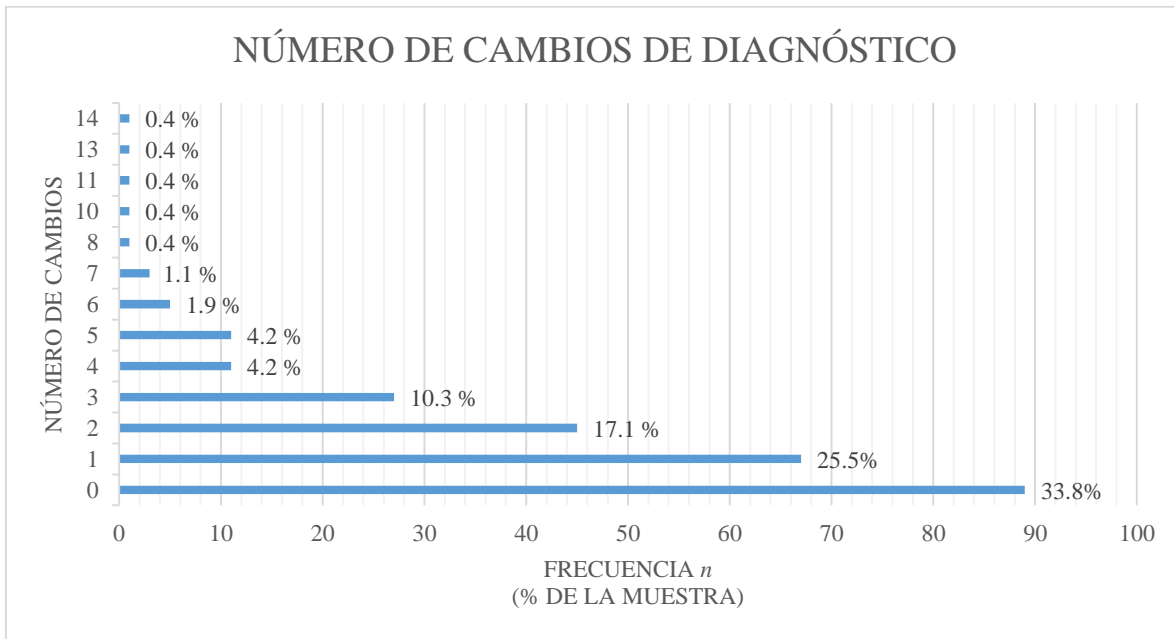


Gráfico 3. Número de Cambios de Diagnóstico.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico Estadístico
No. De Cambios	263	0	14	1.69	.130 2.112

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de número de cambios de diagnóstico

Del total de hombres el 64.5% presentó cambios en su diagnóstico, y en las mujeres el 68.5%.

Del total de pacientes que presentaron cambio diagnóstico, el 31.9% consumía sustancias.

SUSTANCIAS	CAMBIO DIAGNÓSTICO		Total	
	NO	SI		
NO	Recuento	55	90	145
	% del total	20.9%	34.2%	55.1%
SI	Recuento	34	84	118
	% del total	12.9%	31.9%	44.9%
Total	Recuento	89	174	263
	% del total	33.8%	66.2%	100.0%

Tabla 3. Cambio de diagnóstico por consumo de sustancias.

El diagnóstico más frecuente que reciben los pacientes con primer brote psicótico corresponde a Esquizofrenia (F20.X, 77.2%) y de estos se desglosa los siguientes subtipos: en paranoide (F20.0) 68.4%, desorganizada/hebefrénica (F20.1) 0.8%, indiferenciada (F20.3) 8%. El 11.1% Trastorno psicótico agudo y transitorio (F23.X), 3.9% Trastorno esquizoafectivo (F25.X), Psicosis no especificada (F29.X) 6.8% y 1.1% Trastorno delirante persistente (F22.X).

Diagnóstico de ingreso	CIE-10	Frecuencia <i>n</i>	Porcentaje %
Esquizofrenia paranoide	F20.0	180	68.4
Esquizofrenia hebefrénica	F20.1	2	.8
Esquizofrenia indiferenciada	F20.3	21	8.0
Trastornos delirantes persistentes	F22.0	3	1.1
Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia	F23.0	11	4.2
Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia	F23.1	16	6.1
Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	F23.2	1	.4
Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes	F23.3	1	.4
Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco	F25.0	6	2.3
Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	F25.1	2	.8
Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto	F25.2	2	.8
Psicosis de origen no orgánico, no especificada	F29.0	18	6.8
Total		263	100.0

Tabla 4. Frecuencia de diagnósticos de ingreso.

El diagnóstico final que presentaron los pacientes corresponde en un 48.3% a Esquizofrenia paranoide, 9.9% Esquizofrenia indiferenciada, 6.8% Trastorno esquizofreniforme orgánico (F06.2), 6.1% Trastorno psicótico debido al uso de múltiples sustancias (F19.5), 4.9% Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco (F25.0), 2.7% Retraso mental leve (F70.0); el resto de los casos como se demuestra en la siguiente tabla.

Diagnóstico Final	CIE-10	Frecuencia <i>n</i>	Porcentaje %
<i>Delirium</i> , no especificado	F05.9	1	.4
Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico	F06.2	18	6.8
Trastornos del humor [afectivos], orgánicos	F06.3	3	1.1
Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	F06.5	1	.4
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	F06.7	1	.4
Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión y disfunción cerebrales	F06.8	3	1.1
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, trastorno psicótico	F10.5	1	.4
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, trastorno psicótico	F18.5	2	.8
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno psicótico	F18.7	1	.4
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	F19.5	16	6.1
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico	F20.0	127	48.3
Esquizofrenia paranoide	F20.1	3	1.1
Esquizofrenia hebefrénica	F20.3	26	9.9
Esquizofrenia indiferenciada	F20.6	1	.4
Esquizofrenia simple	F22.0	4	1.5
Trastornos delirantes persistentes	F23.0	2	.8
Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia	F23.1	4	1.5
Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia	F23.9	1	.4
Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes	F25.0	13	4.9
Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado	F25.1	1	.4
Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco	F25.9	1	.4
Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	F29.0	1	.4
Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto	F31.2	3	1.1
Psicosis de origen no orgánico, no especificada	F31.7	4	1.5
Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos	F32.3	2	.8
Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	F33.3	2	.8
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	F34.0	2	.8
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F41.2	1	.4
Trastorno paranoide de la personalidad	F42.0	1	.4
Trastorno asocial de la personalidad	F60.0	1	.4
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	F60.2	2	.8
Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	F60.3	3	1.1
Retraso mental leve, deterioro del comportamiento nulo o mínimo	F60.6	1	.4
Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico	F61.0	1	.4
Trastornos del humor [afectivos], orgánicos	F70.0	7	2.7
Epilepsia idiopática parcial focalizada y síndromes epilépticos con principios de ataque localizados	G40.0	1	.4
Epilepsia sintomática parcial focalizada y síndromes epilépticos con ataques parciales complejos	G40.2	1	.4
<b>Total</b>		<b>263</b>	<b>100.0</b>

Tabla 5. Frecuencia de diagnósticos finales.

Cabe destacar que 203 casos se diagnosticaron inicialmente con Esquizofrenia (F20.0, F20.1, F20.3) sólo 134 permanecieron con este diagnóstico (66%); 10.9% cambio a Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral (F06.X), el 9.8% de los casos cambió a Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral (F06.X), 6.1% Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples sustancias, 5.7% trastorno Esquizoafectivo, 2.7 Trastorno de personalidad, 2.7% Retraso mental leve (F70.0), 2.6% Trastorno Bipolar, 2.4%, 2 casos a Epilepsia (G40.X), Trastornos afectivos depresivos 1 caso TAG, 1 caso con TOC, 1 caso con Delirium.

## DISCUSIÓN

La muestra obtenida en este estudio se compuso por un discreto predominio de varones, así como de originarios del D.F., derechohabientes de la Secretaría de Salud y con un solo internamiento en promedio (1.16 días, DE 0.442). Como en otras revisiones la muestra de nuestra población representa un tamaño pequeño, situación habitual en este tipo de estudios con un predominio de varones<sup>4, 14, 17</sup>.

La estabilidad de los diagnósticos clínicos dentro de pacientes psicóticos de primera vez se ha evaluado en la mayoría de los estudios en poblaciones de readmisión y por lo general procedentes de las mismas instituciones de forma prospectiva, con un seguimiento diverso que va desde los 6 meses, hasta los 40 años<sup>5, 27, 28</sup>; dichos estudios reportan entre los resultados que la esquizofrenia suele ser el diagnóstico inicial más estable (aproximadamente 90%) y el trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y la psicosis no especificada de otra manera, las menos estables.

Como principal resultado se encontró que cerca de dos terceras partes de los pacientes que presentan un primer episodio psicótico presenta cambio de diagnóstico a dos años de seguimiento. En otros reportes de destacan tasas de hasta un 97 por ciento de estabilidad en los pacientes que inicialmente son diagnosticados con esquizofrenia a un periodo de 4 años; así como una un cambio en el diagnóstico inicial hasta en una cuarta parte de la muestra<sup>6</sup>. Sin embargo, en contraste con otros reportes se encuentran tasas de cambio de diagnóstico hasta en un 70% en seguimiento a dos años<sup>23</sup>.

Dentro de las limitaciones que se presentaron en este estudio están el menor número de pacientes con diagnóstico distinto a esquizofrenia, lo que hace que la interpretación de cambio de diagnóstico de estos pacientes sea difícil. Futuros estudios de estabilidad

diagnóstica pueden centrarse en los subgrupos de diagnóstico específicas para aumentar el poder de sus conclusiones así como aumentar el tiempo de seguimiento así como también establecer un modelo prospectivo. Otra posible limitación radica en que los hallazgos y diagnósticos establecidos son aplicables únicamente a la fase inicial temprana de la enfermedad, y las reevaluaciones subsecuentes en un momento posterior pueden revelar más patrones de inestabilidad diagnóstica. Sin embargo, los bajos niveles de psicopatología que se muestran hacen que sea más difícil de diferenciar correctamente subgrupos de diagnóstico en la primera presentación, lo que conduce a la incertidumbre del diagnóstico. Un factor adicional de complicación es la presencia de consumo de sustancias en la primera presentación, que sirve para provocar mayor confusión de diagnóstico. Este hallazgo sugiere que los pacientes con un diagnóstico inicial de una psicosis inducida por fármacos se deben seguir con cuidado, ya que un porcentaje importante de estos pacientes se evidencia un cambio en una categoría diferente de la psicosis, que pueden requerir tratamientos a largo plazo y las intervenciones. La estabilidad diagnóstica de los trastornos psicóticos inducidos por sustancias no pudo ser examinada, ya que este diagnóstico fue un criterio de exclusión en el estudio de incidencia.

La Estabilidad Diagnóstica es una medida importante sobre la fiabilidad y la validez de los diagnósticos psiquiátricos; tiene implicaciones en diversas áreas como lo son la práctica clínica, farmacológica así como las intervenciones psicosociales que se pueden dependiendo de los diagnósticos de un paciente. Dado que los síntomas psicóticos pueden ser parte del espectro de la esquizofrenia, trastornos afectivos, así como trastornos inducidos por el consumo de sustancias es importante verificar la estabilidad de diagnóstico después del diagnóstico inicial de un trastorno psicótico. Por otra parte es de suma importancia para



garantizar la validez de los resultados de la investigación. La validación del diagnóstico a través del tiempo es de particular importancia en el caso de los trastornos psicóticos, ya que típicamente tienen un curso crónico en comparación con otros padecimientos psiquiátricos y requieren un tratamiento a largo plazo <sup>5,29,30</sup>.

Diversos factores pueden influenciar la estabilidad diagnóstica, dentro los cuales se encuentran las variaciones propias de los síntomas con respecto a la evolución de la enfermedad, el uso de sustancias, el surgimiento de información previamente desconocida, la reinterpretación de la información original, la fiabilidad de los instrumento de evaluación diagnóstica (y si se utilizan éstos o no) y la habilidad de la persona(s) que realizan la evaluación <sup>4, 5, 14</sup>.

Como menciona McGorry et al., el curso natural de los trastornos psicóticos al principio es muy roto, posteriormente se aclarará con el tiempo y más tarde tienden a estabilizarse <sup>31,32</sup>.

Los profesionales de salud para establecer un diagnóstico transformamos en verdades objetivas el análisis de las situaciones de los pacientes; estableciendo a través de un orden explicativo las prácticas interpretativas donde se transforman las experiencias de los pacientes en casos clínicos. El diagnóstico permite a los psiquiatras establecer un plan de tratamiento, convirtiéndose en una guía que orienta los pasos futuros: estrategias de intervención, interpretaciones sobre el devenir biográfico de los pacientes y decisiones farmacológicas, entre otras, es decir, construir un plan individualizado con el fin de lograr los mejores resultados en su respuesta y rehabilitación; por lo que constancia y estabilidad en las intervenciones que se realizan son indispensables para lograr dichos objetivos.

## CONCLUSIÓN

En base a los resultados obtenidos, encontramos que a dos años de seguimiento en los pacientes que presentaron primer brote psicótico en el primer cuatrimestre de 2012 y que ameritaron internamiento en la institución, más de la mitad de los pacientes presentan un diagnóstico distinto al que recibieron a su ingreso. Se observa también que el consumo de sustancias representa un factor que influye en el cambio de diagnóstico pero no de forma significativa. La mayor inestabilidad se produjo en las categorías de diagnóstico menos frecuentes.

Por lo tanto esto nos refleja la necesidad de realizar una evaluación clínica más objetiva de los pacientes que presentan un primer brote psicótico con el fin de lograr la máxima estabilidad del diagnóstico. Tal objetivación en el abordaje se traduciría en beneficios directos para el paciente. Considerando los resultados obtenidos es importante expandir este tipo de investigación a otras entidades diagnósticas como los trastornos de personalidad o cuadros afectivos, etc.

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Babiclan HM, Gardner EA, Miles HC, et al. Diagnostic consistency and change in a follow-up study of 1,215 patients. *Am J Psychiatry*. 1965; 121: 895-901.
2. Kim JS, Baek JH, Choi JS, Lee D, Kwon JS, Hong KS. Diagnostic stability of first-episode psychosis and predictors of diagnostic shift from non-affective psychosis to bipolar disorder: a retrospective evaluation after recurrence. *Psychiatry Res*. 2011; 188(1): 29-33.
3. Möller, Hans-Jürgen. Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches. Kraepelin's dichotomy and beyond. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 258[suppl 2], 48–73.
4. Salvatore, P., Baldessarini, R.J., Tohen, M., Khalsa, H.M., Sánchez-Toledo, J.P., Zarate Jr., C.A., Vieta, E., Maggini, C. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 70: 458–466.
5. Fennig, S. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151(8): 1200-1208.
6. Whitty, P., Clark, M., MacTigue, O., Browne, S., Kamali, M., Larkin, C., O'Callaghan, E. Diagnostic Stability Four Years After a First Episode of Psychosis. *Psychiatric Services*. 2005; 56: 1084–1088.
7. Masserman JH, Carmichael HT. Diagnosis and prognosis in psychiatry. *J Mental Sci*. 1938; 84: 893-946.

8. Odegaard O. An official diagnostic classification in actual hospital practice. *Acta Psychiatr Scand.* 1966; 42: 329-337.
9. Cooper JE. Diagnostic change in a longitudinal study of psychiatric patients. *Br J Psychiatry.* 1967; 113: 129-42.
10. Kendell RE. The stability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry.* 1974; 121: 352-356.
11. Bousoño-García M, et al. Comentario a “La estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos”. *Psiquiatr Biol.* 2005; 12(6):244-5.
12. Susser E, Varma VK, Matoo SK, Finnerty M, Mojtabai R, Tripathi BM, et al. Long-term course of acute brief psychosis in developing country setting. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 226-230.
13. Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I, Harrison G. Diagnostic stability of first-episode psychosis: Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 537-543.
14. Schwartz, JE, et al. Congruence of Diagnosis 2 Years After a First-Admission Diagnosis of Psychosis. *Arch Gen Psiquiatría* 2000; 57(6): 593-600.
15. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(2): 104-109.
16. Pedrós A, Tomás A, Tenias JM. Estudio de episodios psicóticos agudos. Análisis de características sociodemográficas, clínicas y valoración de factores predisponentes y desencadenantes. *An Psiquiatría* 2005; 1: 15-23.

17. Pedrós A., et al. Estabilidad diagnóstica y pronóstico a 2 años de episodios psicóticos agudos. *Actas Esp Psiquiatría* 2009; 37(5): 245-251.
18. Amara I. La consistencia en el diagnóstico de las psicosis funcionales. *Canadian Psychiatric Association Diario* 1978; 23: 329-336.
19. Chen YR, Swann AC, Burt DB: Estabilidad del diagnóstico de la esquizofrenia. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 682-686.
20. Jorgensen P, Mortensen PB: patrón de Admisión y estabilidad diagnóstica de los pacientes con psicosis funcional en Dinamarca durante un período de observación de dos años. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 78: 361-365.
21. Rabinowitz J, M Slyuzberg, Ritsner M, et al: Cambios en el diagnóstico en una muestra nacional longitudinal de 9 años. *Integral de Psiquiatría* 1994; 35: 361-365.
22. Bülow, P. y Svensson, T. Stability of diagnoses in a cohort of patients in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research* 2005; 7(1): 23-40.
23. Pope MA, Joober R, Malla AK. Diagnostic stability of first-episode psychotic disorders and persistence of comorbid psychiatric disorders over 1 year. *Can J Psychiatry*. 2013;58(10); 588-94.
24. Rahm, C., Cullberg, J. Diagnostic stability over 3 years in a total group of first episode psychosis patients. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007; 61: 189–193.
25. Khan, A. y Shaikh, M. Challenging the established diagnosis in psychiatric practice: is it worth it? *Journal of Psychiatric Practice*. 1994; 14(1): 67-72.

26. Freyre Galicia J y Castañeda González CJ. Aspectos epidemiológicos de la práctica hospitalaria en México. *Rev Latinoam Psiquiatría* 2012; 11 (3): 90-96.
27. Marneros A., Deister A., Rohde A. Stability of diagnoses in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders: cross-sectional versus longitudinal diagnoses. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1991; 241: 187-192.
28. Tsuang, MT., Woolson RF., Winokur G., Crowe RR., Stability of psychiatric diagnosis: schizophrenia and affective disorders followed up over a 30- to 40-year period. *Arch Gen Psychiatry.* 1981; 38: 535- 539.
29. Haahr U, Friis S, Larsen TK, et al. First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. *Psychopathology.* 2008; 41(5): 322-329.
30. Whitty, P., Clark, M., MacTigue, O., Browne, S., Kamali, M., Larkin, C., O'Callaghan, E. Diagnostic Stability Four Years After a First Episode of Psychosis. *Psychiatric Services.* 2005; 56: 1084–1088.
31. McGorry PD. The influence of illness duration on síndrome clarity and stability in functional psychosis: Does the diagnosis emerge and stabilise with time? *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 28: 607-619.
32. McGorry PD, Mihalopoulos C, Henry L, Dakis J, Jackson HJ, Flaum M, et al. Spurious precision: Procedural validity of diagnostic assessment in psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 220-223.
33. Addington, J., Chaves, A., Addington, D. Diagnostic stability over one year in first episode psychosis. *Schizophrenia Research.* 2006; 86: 71–75.

34. Alvarado-Guevara A y Flores-Sandí G. Errores médicos. *Acta méd. costarric.* 2009 enero-marzo; 51; 1: 16-23.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington D.C.: APA. 2013.
36. Amini, H., Alagband-rad, J., Omid, A., Sharifi, V., Davari-Ashtiani, R., Momeni, F., Aminipour, Z. Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Australasian Psychiatry.* 2005; 13: 388–392.
37. APA Practice Guideline Development Process [monografía en Internet]. Arlington, VA (US): The American Psychiatric Association (APA); 2004.
38. Asociación Psiquiátrica de América Latina, (APAL). Sección de Diagnóstico y Clasificación. *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)*. México D.F.: APAL. 2003.
39. Baca García, E., Pérez Rodríguez M., Basurte Villamor I., Fernández del Moral A., Jiménez Arriero M., González de Rivera J., Saiz Ruiz J., y Oquendo M. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry: the journal of mental science.* 2007; 190: 210-216.
40. Baldwin, P., Browne, D., Scully, P.J., Quinn, J.F., Morgan, M.G., Kinsella, A., Owens, J.M., Russell, V., O'Callaghan, E., Waddington, J.L. Epidemiology of first-episode psychosis: illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan–Monaghan study at 8 years. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31: 624–638.

41. Barriguete Hernández. Dificultad diagnóstica y terapéutica en un trastorno psicótico de inicio tardío. *Salud Mental* 2011; 34: 175-179.
42. Bola, J.R., L.K., Johan, C., Ciompi, L. Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: a review of the literature. *Psychosis*. 2009; 1: 4–18.
43. Bromet, E.J., Naz, B., Fochtmann, L.J., Carlson, G.A., Tanenberg-Karant, M. Longterm diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31: 639–649.
44. Castagnini A et al. Incidencia y estabilidad diagnóstica de los trastornos psicóticos agudos y transitorios CIE-10. *Psiquiatr Biol*. 2008; 15(6):187-94.
45. Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(4): 413-426.
46. Daradkeh, T. Stability of psychiatric diagnoses in clinical practice. *The International Journal of Social Psychiatry*. 1996; 42(3): 207-212.
47. Flores Reynoso S y col. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Rev Latinoam Psiquiatría* 2012; 11(3):82-89.
48. Fraguas, D., de Castro, M.J., Medina, O., Parellada, M., Moreno, D., Graell, M., Merchan-Naranjo, J., Arango, C. Does diagnostic classification of early-onset psychosis change over follow-up? *Child Psychiatry and Human Development*. 2008; 39: 137–145.



49. Ginath, Y. Patterns of use and changes in diagnosis during first admission. National Case Register Study. *Psychopathology* 1996; 29(1): 39-45.
50. Heerlein, Andrés. Desafíos en Psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2004; 42(2), 75-80.
51. Hollister, L. Stability of psychiatric diagnoses among acutely ill patients. *Psychopathology*. 1992; 25(4): 204-208.
52. Hueso, H. La necesaria subjetividad de la psiquiatría basada tanto en evidencias como en narrativas. *VITAE, Academia Biomédica Digital*. 2006; 29, oct-dic.
53. Kaplan, Benjamin J. Sadock., Sinopsis de Psiquiatría. 10a ed., Madrid: Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
54. Kraut AJ. Responsabilidad profesional de los psiquiatras. Ediciones La Rocca. Buenos Aires, 1991: 245-256.
55. Lecrubier, Y. Refinement of diagnosis and disease classification in psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008; 258[suppl 1]: 6–11.
56. Levin, S., Matusевич, D., Nemirovsky, M. "Categoría y Dimensión en Psiquiatría". *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2008; 19: 189 – 195.
57. Llorca, P.M... Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*. 2008; 161: 235–247.
58. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada, DSM-IV-TR. WPA. Barcelona; Masson; 2003.

59. Reich W. El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A. La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid. Triacastela 2001: 189-211.
60. Rice, J. Stability of psychiatric diagnoses. An application to the affective disorders. Archives of General Psychiatry. 1992; 49(10): 824-830.
61. Rice, J. y Todorov A. Stability of diagnosis: application to phenotype definition. Schizophreny Bulletin. 1994; 20: 185-190.
62. Robins, E., Guze, S.B., 1970. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 1970; 126: 983-987.
63. Rufino AC, Uchida RR, Vilela JA, et al. Stability of the diagnosis of first-episode psychosis made in an emergency setting. Gen Hosp Psychiatry. 2005; 27(3): 189-93.
64. Santander F, Morera B, Retolaza A, Hernanz M et al. El proceso diagnóstico. En: Santander F (coordinador). Ética Y Praxis Psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/23. Madrid. 2000: 114-121.
65. Snyder, S. Change in diagnosis at termination of psychiatric consultation. Hospital & Community Psychiatry. 1990; 41(3): 286-289.
66. Ulloa Flores et al. Diagnóstico y tratamiento de la psicopatología en la infancia y la adolescencia. Salud Mental. 2011; 34: 399-401.
67. Vetter, P. y Köller, O. Stability of diagnoses in various psychiatric disorders: a study of long-term course. Psychopathology. 1993; 26(3-4): 173-180.

68. Woo, B.K.P. et al. Factors influencing the stability of psychiatric diagnoses in the emergency setting: review of 934 consecutively inpatient admissions General Hospital Psychiatry. 2006; 28: 434–436.
69. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.