

# La importancia de los sistemas diagnósticos: Experiencia obtenida utilizando el sistema PSE-CATEGO en pacientes psiquiátricos

Jorge J. Caraveo Anduaga\*  
Salvador López Martínez\*  
Catalina González Forteza\*

## Summary

The PSE-ID-CATEGO system developed by Wing is a useful instrument for epidemiological and clinical research purposes, and has been widely used in different countries.

The objective of the present study is to evaluate the concurrent and descriptive validity of the PSE-CATEGO system with psychiatric in-patients, in two psychiatric facilities. In one of them, 36 patients recently admitted with diagnoses of probable schizophrenia and affective disorders were interviewed using the PSE. Each patient was evaluated independently by the psychiatric team emitting their diagnosis.

At the time of discharge the final diagnosis was registered and the complete file of each patient was reviewed using the PSE syndrome check list and the aetiological schedule. At the other psychiatric facility only the PSE syndrome check list and the aetiological schedule were used reviewing the complete clinical history of patients presented in the general sessions of the psychiatric service.

The concurrent validity was first measured comparing the cross-sectional diagnoses obtained through the application of the PSE and the initial diagnoses given to the patients by the psychiatric team of admission. The mean KAPPA values were 0.06 for the schizophrenic disorders and 0.77 for the affective disorders.

In both, the specificity of the interview was very high.

By applying the whole system, including the revision of the clinical files using the PSE syndrome check list and the aetiological schedule, mean KAPPA values for both types of disorders were 0.93.

At the second institution, where only the clinical history of each patient was reviewed, mean KAPPA values of 0.90 for schizophrenic disorders and 0.84 for affective disorders were obtained.

The syndromic profiles of the different types of patients are presented as well as the distribution by sub-classes and classes for the CATEGO Program.

To evaluate the descriptive validity of the instrument, the following features were investigated: Family history of schizophrenic and affective disorders, age at onset, premorbid personality, marital status, sex, and psychopathological phenomena.

Of these, the family history, premorbid schizoid personality, and age at onset were statistically associated with the considered diagnoses as well as the different psychopathological phenomena characterizing the different groups of patients.

The authors conclude that the PSE-CATEGO system: 1) constitutes a useful tool for the systematic study of psychiatric in-patient population, permitting a psychopathological description of the patients by means of the syndromic pro-

files and sub-classes of the CATEGO program; 2) It represents a standardized system for the selection of patients for different research purposes, and 3) It would be a useful aid in the training of psychiatric medical residents by means of the systematic approach for the observation and description of psychopathological phenomena.

## Resumen

El Sistema Diagnóstico PSE-ID-CATEGO, desarrollado por Wing, ha sido empleado en diferentes países, habiendo demostrado su utilidad como instrumento tanto clínico como epidemiológico.

Los objetivos de este estudio fueron los de investigar la validez del sistema en pacientes psiquiátricos hospitalizados en dos instituciones, evaluándose la concordancia, la construcción y la validez descriptiva del instrumento. Para este fin se seleccionaron pacientes de reciente ingreso al servicio de Psiquiatría del 6o. piso del "Hospital Fray Bernardino Alvarez", cuyos cuadros clínicos sugirieran la existencia de trastornos esquizofrénicos y afectivos. Se les entrevistó utilizando el PSE. Se hizo cada valoración independientemente de la que hicieron los médicos que los trataron, comparándose el diagnóstico inicial con el que se les hizo cuando se les dio de alta. Para este último no sólo se tomó en cuenta la información clínica recabada por medio del PSE en la entrevista que evalúa lo acontecido en el mes anterior a su realización, sino también la lista de síndromes, revisando el expediente clínico y la aplicación de la cédula etiológica. En el Hospital Español se aplicó solamente la lista de síndromes y la cédula etiológica a la información de las historias clínicas completas, revisadas en las sesiones generales del servicio, y se compararon los diagnósticos.

Para evaluar la validez descriptiva se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: historia familiar de trastornos esquizofrénicos y afectivos, edad a la que se inició el padecimiento, personalidad premórbida, estado civil, sexo y fenómenos psicopatológicos característicos del episodio de la enfermedad.

Los valores medios del KAPPA para la concordancia en el diagnóstico inicial fueron de 0.60 para los trastornos esquizofrénicos, y de 0.77 para los trastornos afectivos. En ambos casos, la especificidad de la entrevista fue muy alta.

Al aplicar la totalidad del sistema, los valores del KAPPA se elevaron hasta 0.93 en ambos tipos de trastornos. Por otra parte, se presentan los perfiles sindromáticos y la distribución por subclases y clases derivadas de la aplicación del Programa CATEGO, mostrando las diferencias entre unos y otros tipos de pacientes, sustentando la validez de la construcción del instrumento y el predominio de los fenómenos psicopatológicos en unas y otras categorías diagnósticas.

De los aspectos seleccionados para evaluar la validez descriptiva se encontraron estadísticamente asociados con los diferentes diagnósticos, la historia familiar de trastornos esquizofrénicos y afectivos, la personalidad premórbida y la

\* Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan 14370, México, D. F.

edad a la que se inició el problema, amén de lo citado respecto a los fenómenos psicopatológicos característicos.

De lo anterior se concluye que el sistema PSE-CATEGO: 1) Constituye una herramienta útil para el estudio sistemático de poblaciones intrahospitalarias, que permite hacer una descripción psicopatológica de los pacientes por medio de los perfiles sindrómicos y de la descripción por subclases; 2) Representa un sistema estandarizado, válido para el diagnóstico y selección de pacientes para diferentes estudios; y 3) Constituye un instrumento útil para la formación de futuros especialistas, ya que ofrece un marco sistemático para la observación y descripción de los fenómenos psicopatológicos.

## Introducción

*"Muchas veces hemos oído sostener que una ciencia debe construirse sobre conceptos básicos claros y definidos con precisión. En realidad, ninguna, ni la más exacta, empieza con estas definiciones. El comienzo correcto de la actividad científica consiste más bien en describir fenómenos que luego son agrupados, ordenados e insertados en conexiones".*  
(Freud, 1915).

Toda actividad científica tiende a sistematizar y a comunicar sus resultados, de lo contrario carece de utilidad. Kendell (7) señala que en cualquier contexto, sea que se trate o no de enfermedad, hay tres aspectos del ser humano que deben distinguirse:

1. Los que comparte con todos sus congéneres.
2. Los que comparte con algunos hombres, pero no con todos.
3. Los que son particulares de él mismo.

La clasificación parte del segundo punto señalado. Su utilidad radica en la forma en que se discrimine en relación con los otros dos aspectos referidos.

En el contexto de la medicina y de la psiquiatría, la utilidad de las clasificaciones puede apreciarse en los siguientes puntos:

1. Distinción de los sujetos que constituyen "casos" de los que no lo son.
2. Verificación de estudios epidemiológicos.
3. Investigación de hipótesis causales y elaboración de teorías explicativas.
4. Investigación de medidas terapéuticas.
5. Planeación de servicios de salud.

Ahora bien, como ya dijimos, cualquier intento clasificatorio parte de la observación y registro de fenómenos que en el quehacer clínico y epidemiológico está representado por los síntomas y signos del paciente. Para ello, el desarrollo y utilización de entrevistas estructuradas, donde se definen claramente los términos y la manera de registrarlos, han constituido un avance para la confiabilidad del registro, así como para disponer de la información más completa acerca de la presencia o ausencia de fenómenos psicopatológicos en los sujetos estudiados.

El PSE (Estado del Examen Actual) fue desarrollado por Wing (12) con el objeto de valorar si "ciertos fenómenos psicológicos y conductuales, que son generalmente considerados por los psiquiatras como síntomas de enfermedad mental, pudieran ser reconocidos de manera confiable, independientemente del idioma

y de la cultura del paciente y del médico; y de que pudieran especificarse algunas reglas para la clasificación con tal precisión que cualquier individuo con determinados síntomas pudiera asignarse siempre al mismo grupo clínico. Partiendo de estos primeros objetivos, se podría proceder a hacer estudios de investigación que sometieran a prueba diferentes teorías acerca de la enfermedad".

Podemos distinguir en estos objetivos dos aspectos fundamentales para el diagnóstico: Primero, tener una base de confiabilidad, o sea, estar de acuerdo acerca de la presencia o ausencia de fenómenos psicopatológicos y, por tanto, en el registro de las características constitutivas de las clases de padecimientos; y segundo, la validez, que se refiere a la correlación de pertenencia a una clase determinada. Al respecto se distinguen cuatro tipos de validez (7):

1. Validez concurrente, que se refiere al hecho de que por medio de técnicas independientes se llegue a la misma conclusión diagnóstica.
2. Validez de construcción, que se refiere a que los aspectos psicopatológicos realmente se presenten en las categorías diagnósticas que asumen su presencia y no se encuentren en aquellas otras en las que se asume su ausencia.
3. Validez del contenido, en la que se demuestra que las características que definen un trastorno se presenten incluidas y delimitadas con anterioridad al momento en que se hace el diagnóstico.
4. Validez predictiva, que se refiere a la demostración de que las predicciones derivadas de un diagnóstico se corroboran posteriormente por los hechos; por ejemplo, la respuesta al tratamiento, entre otros.

Desde el punto de vista clínico, se ha acuñado el término "validez descriptiva", que se refiere a la homogeneidad de una clase en términos de una serie de características clínicas, demográficas, familiares, etc. Para este trabajo nos propusimos investigar la validez concurrente, la validez de construcción y la validez descriptiva del sistema PSE-CATEGO, tomando como eje a los enfermos con trastornos esquizofrénicos y con trastornos afectivos, estudiados en dos diferentes instituciones hospitalarias:

El sistema PSE-ID-CATEGO consta de:

- 1º. Una cédula de entrevista estructurada (PSE) en donde se investiga la presencia de 140 reactivos en el mes anterior a su aplicación.
- 2º. Un glosario de definiciones de los 140 reactivos contenidos en la entrevista.
- 3º. Una lista de síndromes del PSE, definidos en términos de los síntomas incluidos en el PSE, que pueden emplearse si se tiene una buena información clínica en los registros hospitalarios o a través de los informantes.
- 4º. Una cédula etiológica diseñada para codificar información considerada como relevante para el diagnóstico en cualquier episodio de la enfermedad.
- 5º. Un conjunto de reglas agrupadas en el programa de cómputo CATEGO, aplicable a la información de los síntomas o síndromes recabados, que permita

elaborar un resumen de los diferentes tipos de psicopatología presentes, y clasificarlos en 20 clases o 50 subclases.

La clasificación puede aplicarse a cualquier episodio de la enfermedad del que se tenga suficiente información.

Junto con la cédula etiológica se puede enunciar un diagnóstico tentativo de acuerdo con la clasificación internacional de las enfermedades.

6°. Un índice de definición para distinguir los "casos" de los que no lo son en los estudios de comunidad.

## Material y métodos

Los pacientes incluidos en el estudio proceden de dos instituciones hospitalarias: 1) del servicio de psiquiatría del sexto piso del Hospital "Fray Bernardino Alvarez", institución de la Secretaría de Salud que presta atención a las personas que no están incluidas en otros sistemas de atención ni tienen prestaciones sociales, y que provienen de diferentes estados de la República. El nivel socioeconómico de esta población corresponde a las clases media baja y baja, 2) del servicio de psiquiatría del Hospital Español, institución de beneficencia para la comunidad española radicada en México, en donde también se atiende a otros pacientes en forma privada. El nivel socioeconómico de la población corresponde a las clases media alta y alta.

En el Hospital "Fray Bernardino Alvarez" se seleccionó a aquellos pacientes de reciente ingreso que presentaban cuadros clínicos que sugerían la presencia de trastornos esquizofrénicos y trastornos afectivos; la valoración clínica la llevaba a cabo el jefe de servicio con los médicos adscritos, estableciéndose una primera impresión diagnóstica, misma que a lo largo de la estancia del paciente era corroborada o no, haciéndose esto patente al dar de alta al sujeto.

Por otra parte, un clínico que desconocía la valoración clínica anterior entrevistó independientemente a los sujetos que se escogieron para el estudio, utilizando la PSE.

La información clínica así recabada se incluyó en el expediente del sujeto. Posteriormente la manejó otro investigador a fin de integrar los síndromes de la PSE y aplicar las reglas del Programa CATEGO para poder llegar a una conclusión diagnóstica por medio de este sistema. De esta forma se logró que las valoraciones fueran independientes.

Finalmente, al momento de dar de alta al paciente se revisaba el expediente clínico para recabar tanto los datos acerca de episodios anteriores de la enfermedad, utilizando la lista de síndromes de la PSE y de la cédula etiológica, como la información pertinente para valorar la validez descriptiva. Los aspectos incluidos para valorarla fueron los siguientes:

Para trastornos afectivos:

- a) Historia familiar de trastornos afectivos.
- b) Edad de inicio relativamente avanzada.
- c) Animo depresivo o manía (o hipomanía) al ingresar.
- d) Un número relativamente alto de fenómenos afec-

tivos que hubieran caracterizado al episodio de la enfermedad.

Para trastornos esquizofrénicos:

- a) Historia familiar de esquizofrenia.
- b) Personalidad premórbida esquizoide en términos de la ICD-9.
- c) Solteros (nunca casados).
- d) Una proporción mayor de hombres.
- e) Un número relativamente alto de fenómenos esquizofrénicos en el episodio de la enfermedad.

Además, se tomó en cuenta la edad actual y la escolaridad de los sujetos.

En el Hospital Español se procedió de la siguiente manera: se incluyeron en el estudio aquellas historias clínicas que estuvieran completas y que hubieran sido revisadas en una sesión general del servicio, de los pacientes que tuvieran trastornos afectivos y esquizofrénicos. Aquí sólo se empleó la lista de síndromes de la cédula PSE, que se llenó con los hallazgos clínicos reportados durante el episodio de internamiento más reciente, así como de los cuadros psicopatológicos presentados con anterioridad. Como indica el manual de la PSE, se consideraron como presentes sólo aquellos síntomas de los que se hubiera hecho una descripción y no sólo la cita, asegurando así su presencia de acuerdo con la definición de términos contenida en el manual.

El diagnóstico emitido al final de la sesión fue comparado con el que se obtuvo por medio del Programa CATEGO, habiéndose manejado también la información en forma independiente.

Para evaluar la validez concurrente se utilizó el método estadístico KAPPA. A lo largo del estudio se encontraron sujetos con otras patologías distintas a los trastornos afectivos y esquizofrénicos, que también serán brevemente descritas en este reporte.

## Resultados

### Validez concurrente

Ésta se midió en dos fases en los pacientes del Hospital "Fray Bernardino Alvarez":

La concordancia entre el diagnóstico del servicio y la información clínica obtenida sólo a través de la entrevista, la cual representa un corte transversal en la historia clínica del sujeto. En segundo lugar, la concordancia en la aplicación del sistema en su totalidad comparado con el diagnóstico al dar de alta al enfermo (cuadro 1 y 2).

En el Hospital Español se evaluó la validez comparando únicamente la información recabada en la lista de síndromes con el diagnóstico realizado al final de la sesión del departamento (cuadro 3).

Como puede apreciarse, la sensibilidad y la especificidad son elevadas, mejorando notablemente la concordancia obtenida en el corte transversal al momento de hacer la valoración por medio del sistema completo.

Ahora bien, en la primera fase, el sistema permite describir el perfil sindromático de los pacientes, el cual

**CUADRO 1**  
Indices de concordancia en los trastornos esquizofrénicos (H.B.A.)

PSE	Corte transversal Juicio clínico			Sistema total		
	ESQ.	11	5	ESQ.	12	0
NO ESQ.	2	18	NO ESQ.	1	23	
	-2SD	K	+2SD	-2SD	K	+2SD
	0.33	0.60	0.87	0.85	0.93	1.00
	SENS.	=	0.69	SENS.	=	1.00
	ESP.	=	0.90	ESP.	=	0.96
	T.E.	=	19.4%	T.E.	=	3.0%

**CUADRO 2**  
Indices de concordancia en los trastornos afectivos (H.B.A.)

PSE	Corte transversal Juicio clínico			Sistema total		
	T. afect.	12	3	T. afect.	12	0
No t. af.	1	20	No t. af.	1	23	
	-2SD	K	+2SD	-2SD	K	+2SD
	0.55	0.77	0.99	0.81	0.93	1.00
	SENS.	=	0.81	SENS.	=	1.00
	ESP.	=	0.95	ESP.	=	0.96
	T.E.	=	11.0%	T.E.	=	3.0%

**CUADRO 3**  
Indices de concordancia en el Hospital Español

PSE	T. esquizofrénicos Juicio clínico		PSE	T. afectivos Juicio clínico		
	Esq.	7		1	T. afect.	11
No Esq.	0	18	No t. af.	2	13	
	-2SD	K	+2SD	-2SD	K	+2SD
	0.72	0.90	1.00	0.63	0.84	1.00
	SENS.	=	0.87	SENS.	=	1.00
	ESP.	=	1.00	ESP.	=	0.86
	T.E.	=	3.8%	T.E.	=	7.7%

presentamos a continuación en las gráficas (de la 1 a la 8) (ver la lista de síndromes en el anexo y gráficas al final).

En los sujetos esquizofrénicos predominaron los siguientes síndromes: el síndrome nuclear, que contiene los síntomas de primer rango descritos por Schneider; el síndrome residual, que habla de la cicatriz esquizofrénica; las alucinaciones auditivas con voces dirigidas al paciente; el aplanamiento afectivo; el síndrome de delirios fantásticos y sexuales, cuyo síntoma más frecuente fue la explicación del delirio en términos de fenómenos paranormales, como telepatía, brujería, magia, etc.; el síndrome de psicosis no específica, en el que predominan los síntomas relacionados con los cambios en la percepción. Además, predomina el síndrome de dificultad social, el cual se reportó con mayor frecuencia en los sujetos atendidos en el Hospital "Fray Bernardino Alvarez".

En los pacientes deprimidos los síndromes predominantes fueron: la depresión simple, la angustia generalizada, la lentitud y los síntomas especiales de la depresión, principalmente los de autodepreciación y culpa en forma de ideas de referencia acusatoria, los cuales se encontraron con mayor frecuencia en los pacientes del Hospital "Fray Bernardino Alvarez", y la culpa patológica, que se encontró con mayor frecuencia entre los pacientes del Hospital Español; también presentaron otros síntomas depresivos, entre los que predominaban el insomnio tardío y la pérdida de peso y apetito.

En los pacientes que atrevesaban por fases maníacas e hipomaniacas, los síndromes más frecuentes fueron: la hipomanía y la hiperactividad, seguidas por ansiedad generalizada e ideas de referencia.

Por otra parte, los pacientes con psicosis tóxicas mostraron síndromes afectivos: depresión simple y ansiedad generalizada, seguidos por delirios de referencia y psicosis no específica. La presencia de estos dos síndromes al mismo tiempo es frecuente en los pacientes con alteraciones orgánicas del sistema nervioso central. Por otra parte, es importante hacer resaltar el hecho de que el síndrome de dificultad social aparece con mucha frecuencia en todos los grupos, por lo que en rigor debería de constituir un eje aparte.

Por otro lado, es muy frecuente que aparezcan otros síndromes no específicos, como son las preocupaciones, la tensión y la irritabilidad.

El análisis de la distribución por subclases, etapa 8 del Programa CATEGO, mostró que los sujetos esquizofrénicos presentaban predominantemente subclases de tipo esquizofrénico (cuadro 4), a diferencia de aquellos sujetos que resultaron falsos positivos en el análisis transversal, los cuales también presentaban subclases neuróticas. Por otra parte, en los pacientes con trastornos afectivos depresivos se presentaron pocas subclases esquizofrénicas y, en cambio, se presentaron diferentes subclases neuróticas acompañando a las subclases afectivas depresivas. Los sujetos en fase maniaca presentaron casi exclusivamente subclases de manía (cuadro 5).

#### Validez descriptiva

En un primer momento determinamos si había diferencia entre los grupos de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y los diagnosticados con trastornos afectivos en cada uno de los hospitales, respecto a las siguientes variables: edad en la que se inició, edad actual, escolaridad y número de hospitalizaciones anteriores (cuadro 6). En los sujetos esquizofrénicos sólo se encontró una ligera diferencia en la edad actual, la cual fue mayor en el Hospital Español ( $T=1.41$   $p < 0.10$ ). En los sujetos con trastornos depresivos se encontró que había una ligera diferencia en la escolaridad, la que fue mayor entre los pacientes del Hospital Español. En cuanto a las hospitalizaciones anteriores, sólo un sujeto del Hospital "Fray Bernardino Alvarez" había sido internado en una ocasión anterior; la actual era el segundo episodio de la enfermedad. No se confirmó que hubiera habido hospitalizaciones ni episodios psicopatológicos anteriores. Por otra parte, 9 de los pacientes deprimidos del Hospital

**CUADRO 4**  
**Distribución por clases y categorías descriptivas**  
**ESQUIZOFRÉNICOS**

*Categorías descriptivas\**

		Suj.	Clase	S	M	U	D	N	T	
Hosp. "Fray Bernardino Alvarez"	Falsos positivos	3	2S	DS	MN	UP		TSD		
		4	2S	NS DP				ON SA		
		10	10?					SA SD		IS
		16	2S	NS SS DP						IS
		12	2S	CS DP CNS				AP		
	Casos	1	2S	RCS NS CNS	MN			SA ON	IS	
		2	2S	NS RS SS DP				IS		
		8	2S	NS RS DP				IS		
		9	2S	DS NS?				MS DT SD SA		
		13	2S	RS SS DS						
		14	2S	NS SS DS						
		15	10	RCS SS DP				AP	IS	
		16	2S	NS CS SS DS					IS	
				DP CNS						
		17	2S	DS DP						
		32	2S	DS					TSD ON	
		33	2S	NS				EMM		
		36	2S	NS RS DS				MM		
	Falsos negativos	23	7P?	DP		AP	SD			
	Hosp. Español	—	1	2S	NS DS	MN			TSD	
			2	2S	NS RS SS DS	MM				
			3	2S	NS CS RS					
			4	2S	NS SS DP					
6			2S	NS DP						
9			2S	NS RS SS DS	MM			TSD ON SA	IS	
23			2S	NS SS DP	MN					
Falsos positivos		17	10	CS RS DP			AP	SA	IS	

\* S Esquizofrenia  
M Manía

U Psicosis no específica  
D Depresión

N Neurosis  
T Categorías transitorias

**CUADRO 5**  
**Distribución por clases y categorías descriptivas**  
**TRASTORNOS AFECTIVOS**

*Categorías descriptivas\**

		Suj.	Clase	S	M	U	D	N	T
Hosp. "Fray Bernardino Alvarez"	6	4R	DP				AP	RSD TSD	
	7	4R						RSD TSD SA	
	19	4D					PD	SA	
	35	4D					PD		
	37	4D	DP				PD APD	SA DN	HT
	30	4R						RSD SA	
Hosp. Español	5	4D					PD RPD	RSD TSD SA	
	8	4D					PD RPD	DN	
	10	4R		(HM)				RSD RSD	
	11	4D					PD	SA	
	14	4R						RSD TSD CSD SA	
	15	4R	DP?	(HM)				RSD TSD	HT
	16	4R		(HM)				RSD LSD SA	HT
	18	4R	DP?					RSD TSD SA	
	20	4D?					AP?	SD SA	
	25	4R						RSD SA	
26	4R						RSD TSD SA		
Hosp. "Fray Bernardino Alvarez"	5	5M			HM				
	25	5M?	DP?						
	27	5M			EMN				
	28	5M?	RS		EMN				
	29	5M			EMN				
34	5M			MN					
Hosp. Español	7	5M			HM			SA	

\* S Esquizofrenia  
M Manía

U Psicosis no específica  
D Depresión

N Neurosis  
T Categorías transitorias

Español habían tenido episodios de enfermedad e internamientos anteriores (media = 1.6 ds = 0.069). Ya que en esta última institución sólo se incluyó a un sujeto en fase maniaca, no se hicieron comparaciones respecto a este trastorno. Entre el total de sujetos con trastornos afectivos se encontró una ligera diferencia en la edad actual, la cual fue mayor entre los pacientes del Hospital Español (T=1.54 p < 0.10), y una clara diferencia en la escolaridad, la cual también resultó superior en dicha institución (T = 2.28 p < 0.025).

#### CUADRO 6

Características de los pacientes esquizofrénicos y con trastornos afectivos, en dos instituciones hospitalarias

		Hosp. Español	Hosp. F.B.A.	P
<b>Esquizofrenia</b>		(n = 7)	(n = 12)	
	Edad en la que se inició			
	$\bar{X}$	22.14	20.30	N.S.
	DS	6.15	3.58	
	Edad actual			
	$\bar{X}$	35.4	28.2	(t = 1.41)
	DS	14.21	8.04	< 0.10
	Escolaridad			
	$\bar{X}$	9.30	10.7	N.S.
	DS	5.85	4.3	
Episodios anteriores				
$\bar{X}$	2.7	2.0	N.S.	
DS	2.3	2.3		
<b>Depresión</b>		(n = 11)	(n = 6)	
	Edad en la que se inició			
	$\bar{X}$	31.1	35.0	N.S.
	DS	18.4	14.63	
	Edad actual			
	$\bar{X}$	42.5	36.4	N.S.
	DS	15.0	14.3	
	Escolaridad			
	$\bar{X}$	12.2	7.6	(t = 1.68)
	DS	4.3	5.5	< 0.10
<b>Total trastornos afectivos</b>		(n = 12)	(n = 12)	P
	Edad en la que se inició			
	$\bar{X}$	28.1	29.3	N.S.
	DS	17.5	12.5	
	Edad actual			
	$\bar{X}$	44.7	36.0	(t = 1.54)
	DS	14.2	11.8	< 0.10
	Escolaridad			
	$\bar{X}$	11.9	7.5	(t = 2.28)
	DS	4.4	4.4	< 0.025

También en el Hospital "Fray Bernardino Alvarez" se comparó a los pacientes con trastornos esquizofrénicos con aquellos que presentaban afecciones orgánicas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables consideradas. Lo mismo aconteció con los pacientes con psicosis

tóxicas, aunque en estos últimos se apreció una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la escolaridad, la cual resultó ser menor en este grupo de sujetos (media = 5 sd = 1.9) (T=2.42 p < 0.025).

En el cuadro 7 aparecen los principales aspectos que se tomaron en cuenta para evaluar la validez descriptiva del instrumento en ambas instituciones. En el cuadro no se incluyeron los datos del cuadro clínico obtenidos al momento del ingreso, ya que en ambos hospitales los sujetos con diagnóstico de enfermedades afectivas presentaron ánimo depresivo o hipomanía y agitación, en tanto que los sujetos con diagnósticos de esquizofrenia se consideraron como delirantes, sin fenómenos afectivos predominantes. El aspecto clínico de un número relativamente alto de fenómenos afectivos o esquizofrénicos que caracterizan el cuadro no fue incluido en éste por ya haberse presentado antes al analizar las subclases del CATEGO obtenidas en cada grupo de pacientes. En general, se puede apreciar que los aspectos distintivos que se consideraron son diferentes para ambos tipos de pacientes, especialmente en lo que respecta a la historia familiar, la personalidad anterior y la edad en que se inició la enfermedad, aunque para esta última la diferencia no haya sido estadísticamente significativa en el Hospital Español.

#### Comentarios y conclusiones

Los resultados de la validez concurrente demostraron la alta especificidad del sistema; esto es, los sujetos que no pertenecían a las categorías diagnósticas de esquizofrenia o de trastornos afectivos no fueron clasificados como tales. La sensibilidad del instrumento para identificar los casos correctamente fue menor si se considera sólo la información clínica que se obtuvo con la entrevista (PSE). Al respecto, Carpenter (7) señaló que los cortes transversales favorecen más la inclusión de falsos positivos y, por tanto, los valores bajos de sensibilidad, que cuando se hace una valoración longitudinal incluyendo los datos de la historia de la enfermedad, la respuesta al tratamiento, los antecedentes familiares, el desarrollo social, etc., con lo que se logra una mayor precisión. En otras palabras, esto se asemeja al procedimiento clínico en el que se parte de probabilidades diagnósticas que van siendo descartadas hasta llegar a un diagnóstico diferencial, una vez que se han reunido todos los datos de la historia clínica, los estudios complementarios y la evolución del paciente.

No obstante, el grado de concordancia obtenido en el diagnóstico por medio de la valoración inicial reportó valores medios del método estadístico KAPPA de 0.60 para la esquizofrenia y de 0.77 para los trastornos afectivos, los cuales son comparables con lo reportado en otros estudios. Luria y cols. (8) señalan que el diagnóstico obtenido por medio del PSE (corte transversal) y el que se obtuvo al momento de dar de alta a los 62 pacientes internos estudiados, fueron

**CUADRO 7**  
**Características distintivas de los pacientes esquizofrénicos y con**  
**trastornos afectivos, en dos instituciones**

Aspectos distintivos	Hosp. Fray Bernardino Alvarez			Hosp. Español		
	ESQ. (n = 12)	AFECT. (n = 12)	FISHER P	ESQ. (n = 7)	AFECT. (n = 12)	FISHER P
Historia familiar de esquizofrenia						
SI	5	0	< 0.025	3	0	< 0.05
NO	7	12		4	12	
Estado civil						
Solteros	10	3	< 0.01	4	3	
Casados	2	9		3	9	N.S.
Sexo						
Masculino	9	3		4	4	
Feminino	3	9	< 0.025	3	8	N.S.
Personalidad esquizoide premórbida						
SI	12	1		6	1	< 0.005
NO	0	11	< 0.005	1	11	
Historia familiar de trastornos afectivos						
SI	0	5	< 0.025	0	6	< 0.05
NO	12	7		7	6	
Edad en la que empezaron						
$\bar{X}$	20.3	29.3	(t = 2.32)	22.14	28.1	(t = 0.87)
DS	3.58	12.5	p < 0.025	6.15	17.5	N.S.
Edad actual						
$\bar{X}$	28.2	36.0	(t = 1.80)	35.4	44.7	(t = 1.30)
DS	8.04	11.8	p < 0.10	14.2	14.2	N.S.
Escolaridad						
$\bar{X}$	10.7	7.5	(t = 1.70)	9.30	11.9	(t = 1.05)
DS	4.3	4.4	p < 0.10	5.85	4.4	N.S.
Hospitalizaciones anteriores						
$\bar{X}$	2.0	1.6	(t = 0.42)	2.7	2.20	(t = 0.44)
DS	2.3	2.1	N.S.	2.3	2.36	N.S.

altos. Al tabular los datos reportados se obtuvo un valor medio de KAPPA de 0.62 para la esquizofrenia, con una sensibilidad de 0.50 y una especificidad de 1.0; para los trastornos afectivos se obtuvieron valores medios de KAPPA de 0.66, con una sensibilidad de 0.72 y una especificidad de 0.86. Por otra parte, Helzer y cols. (6), empleando una entrevista estructurada, al comparar el diagnóstico obtenido en la entrevista y el obtenido al darlos de alta, encontraron los siguientes valores medios de KAPPA: 0.40 para la depresión, 0.75 para la manía y 0.37 para la esquizofrenia.

Tanto unos como otros autores puntualizan que el diagnóstico psiquiátrico no se basa exclusivamente en el examen del estado mental, pero que la utilización de instrumentos estructurados favorece la exploración completa y sistemática de aquellos aspectos psicopatológicos que de otra forma podrían ser pasados por alto.

Volviendo sobre la información obtenida en este trabajo, encontramos que de los seis sujetos falsos positivos que habían recibido el diagnóstico de esquizofrenia, cinco presentaron alteraciones electroencefalográficas

con actividad paroxística. En un estudio de Pérez y Trimble (10) se menciona que 23 pacientes psicóticos con epilepsia fueron entrevistados utilizando el PSE a manera de corte transversal. Doce de ellos, la mayoría con alteraciones en el lóbulo temporal, fueron clasificados como esquizofrénicos. De los sujetos incluidos en nuestro estudio, tres de ellos presentaban alteraciones en regiones frontotemporales; uno tenía epilepsia centroencefálica, y otro amplitud disminuida en un hemisferio y crisis parciales que se generalizaban secundariamente. Estos autores informan haber encontrado esquizofrenia nuclear en 10 sujetos: nosotros sólo la encontramos con certeza en el paciente que padecía crisis parciales, pues hubo otro paciente que la presentó con carácter dudoso, en tanto que el resto no presentó tal síndrome.

En el grupo de enfermos falsos positivos para el diagnóstico de trastornos afectivos, un sujeto presentó alteraciones electroencefalográficas que sugerían epilepsia; otro sujeto presentó un cuadro maniaco secundario al empleo de anfetaminas, y otro más presentó un cuadro depresivo secundario a la ingestión prolongada de alcohol.

Es importante tener en cuenta que el PSE fue diseñado para diagnosticar a los pacientes con psicosis funcionales y neurosis, y no cuenta con un apartado específico para trastornos orgánicos cerebrales. Recientemente el DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) (11) y la lista de síndromes de Helzer han empleado preguntas derivadas del *Minimal State Examination* (1) y otros reactivos para diagnosticar síndromes orgánicos cerebrales; sin embargo, sólo se enfocan hacia trastornos de tipo demencial y no consideran las alteraciones propias de las disfunciones cerebrales que, al menos en nuestro medio, son más frecuentes. Debe seguirse trabajando para integrar una sección de síntomas que sean lo suficientemente sensibles y específicos para detectar y diagnosticar este grupo de trastornos.

Por otra parte, la especificidad del PSE en el corte transversal fue muy buena y este resultado conduce al punto de la validez de construcción del programa CATEGO y la validez del contenido de la entrevista. Cabe recordar que la novena edición del instrumento, que fue la utilizada en este estudio, fue producto de un análisis extenso de versiones que incluyeron hasta 500 reactivos y que, de acuerdo con la similitud del contenido y la frecuencia con la que se presentan, fueron agrupándose y seleccionándose hasta llegar a la presente edición.

En cuanto a la validez descriptiva del sistema, Luria y cols. (9) encontraron en su muestra que los diagnósticos del PSE se asociaban en forma significativa con las características descriptivas siguientes:

Para la esquizofrenia: historia familiar de esquizofrenia, solteros (nunca casados) y personalidad premórbida esquizoide. Para trastornos afectivos: historia familiar de trastornos afectivos y que la edad a la que se inició haya sido mayor en estos pacientes que en los esquizofrénicos.

Aunque la muestra de pacientes en la que trabajamos es pequeña, también encontramos que la historia familiar de trastornos esquizofrénicos y de trastornos afectivos distinguían a uno y otro grupo de pacientes, al igual que la personalidad premórbida esquizoide, que se asoció explícitamente con sujetos diagnosticados como esquizofrénicos. Sólo en la muestra de pacientes del Hospital "Fray Bernardino Alvarez" se encontró que el estado civil de soltero se asociara con la esquizofrenia, pues en la del Hospital Español no fue así. Consideramos que esta diferencia obedece al proceso de selección de la muestra, que en esta última institución se hizo de los casos presentados en sesión y no del total de pacientes que ingresaron al servicio. Los datos publicados por Gutiérrez y Tovar (5) acerca de la frecuencia con la que se atienden trastornos psiquiátricos en 11 instituciones de la

SSA, apoyan las diferencias que nosotros encontramos en la distribución por sexos, por lo menos en la población que acude a este tipo de instituciones.

Por otra parte, es importante hacer notar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de una y otra institución por lo que respecta a la edad en la que se inició el padecimiento de los esquizofrénicos y de los depresivos, en tanto que la diferencia de escolaridad refleja la posibilidad de realizarse socialmente más que una incapacidad asociada con el padecimiento. Ésta se relaciona más bien con las toxicomanías.

Los resultados de la validez descriptiva del PSE muestran que ésta define grupos homogéneos en términos de las variables especificadas. La importancia de este tipo de validez se relaciona con la investigación teórica y el valor de las variables en la búsqueda de factores etiológicos.

Por medio de este estudio hemos podido apreciar que el PSE y el programa CATEGO constituyen una herramienta útil: 1) para estudiar sistemáticamente a las poblaciones intrahospitalarias, permitiendo dar una descripción psicopatológica de los pacientes por medio de los perfiles sindromáticos así como de su clasificación por subclases y clases; 2) para elaborar un sistema estandarizado para el diagnóstico y la selección de los pacientes que han de participar en diferentes estudios; y 3) como texto breve de psicopatología, poniendo el énfasis en la semiología de las principales neurosis y psicosis funcionales.

Finalmente, deseamos hacer notar la utilidad de las entrevistas estructuradas. Estas ofrecen ventajas para la investigación en virtud de la uniformidad de la información que se obtiene en su totalidad, y por constituir una herramienta importante para la formación de futuros especialistas, ya que ofrecen un marco sistemático para la observación y la descripción de los fenómenos; no son un impedimento para establecer relaciones empáticas con los pacientes, ni para explorar los factores psicodinámicos y los psicosociales, antes bien, como ha sido mencionado, ayudan en la investigación de diferentes hipótesis etiológicas. Una entrevista estructurada como la que hemos empleado en este trabajo constituye un primer paso para llegar al diagnóstico diferencial en los pacientes psiquiátricos.

#### Agradecimientos

Al Dr. Agustín Caso (†), Jefe del Servicio de Psiquiatría del 6o. piso del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"; al Dr. Carlos Campillo S., Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Español; y a los Dres. Carlos Salgado Pérez, Germán Méndez Gallegos, Roberto Ochoa y Odette Peláez, por su colaboración en la realización de esta investigación.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. ANTHONY C J, LERESCH L y cols: Limits of the "mini-mental state" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychol Med*, 12: 397-408, 1982.
2. BARTKO J J, CARPENTER T W: On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis*, 163: 307-317, 1976.
3. CARPENTER T W, STRAUSS S J, BARTKO J J:

Beyond diagnosis: The phenomenology of schizophrenia. *Amer J Psychiat*, 138: 948-953, 1981.

4. FREUD S: Pulsión y destinos de pulsión. *Obras Completas*. Tomo XIV. p.113-134. Amorrortu eds. 1978.
5. GUTIERREZ A J H, TOVAR A H: La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. *Salud Pública de México*, 26(5): 464-483, 1984.
6. HELZER J E, CLAYTON P J y cols: Concurrent diagnostic validity of a structured psychiatric interview. *Arch Gen Psychiat*, 35: 849-853, 1978.
7. KENDELL R E: *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, 1975.
8. LURIA E R, MC HUGH R P: Reliability and clinical utility of the "Wing" present state examination.

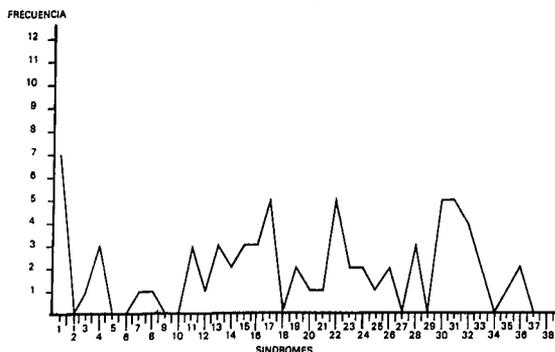
*Arch Psychiat* 30: 866-871, 1974.

9. LURIA E R, BERRY R: Reliability and descriptive validity of PSE Syndromes. *Arch Gen Psychiat*, 36: 1187-1195, 1979.
10. PEREZ M M, TRIMBLE M R: Epileptic psychosis-diagnostic comparison with process schizophrenia. *Brit J Psychiat*, 137: 245-249, 1980.
11. ROBINS L N, HELZER J E y cols: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiat*, 38: 381-389, 1981.
12. WING J K, COOPER J E, SARTORIUS N: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press. Londres, Nueva York, 1974.

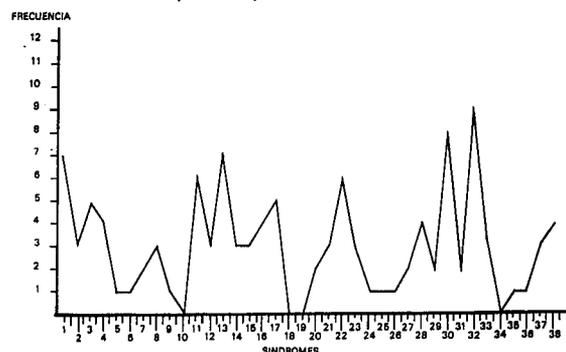
### ANEXO LISTA DE SINDROMES

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síndrome nuclear</li> <li>2. Síndrome catatónico</li> <li>3. Lenguaje incoherente</li> <li>4. Síndrome residual</li> <li>5. Alucinaciones y delirios depresivos</li> <li>6. Depresión simple</li> <li>7. Síndrome obsesivo</li> <li>8. Ansiedad general</li> <li>9. Ansiedad situacional</li> <li>10. Histeria</li> <li>11. Aplanamiento afectivo</li> <li>12. Hipomanía</li> <li>13. Alucinaciones auditivas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Delirios de persecución</li> <li>15. Delirios de referencia</li> <li>16. Delirios de grandeza y religiosos</li> <li>17. Delirios sexuales y fantásticos</li> <li>18. Alucinaciones visuales</li> <li>19. Alucinaciones olfativas</li> <li>20. Hiperactividad</li> <li>21. Lentitud</li> <li>22. Psicosis no específica</li> <li>23. Despersonalización</li> <li>24. Síntomas especiales de depresión</li> <li>25. Agitación</li> <li>26. Autodescuido</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>27. Ideas de referencia</li> <li>28. Tensión</li> <li>29. Falta de energía</li> <li>30. Preocupaciones</li> <li>31. Irritabilidad</li> <li>32. Dificultad social</li> <li>33. Pérdida de interés y concentración</li> <li>34. Hipocondriasis</li> <li>35. Otros síntomas de la depresión</li> <li>36. Alteración orgánica</li> <li>37. Alucinaciones y delirios subculturales</li> </ol>
--	---	---

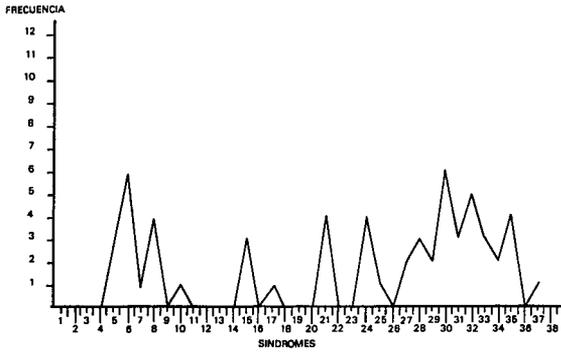
**GRAFICA 1**  
**Esquizofrenia**  
(n = 7)  
*Hospital Español*



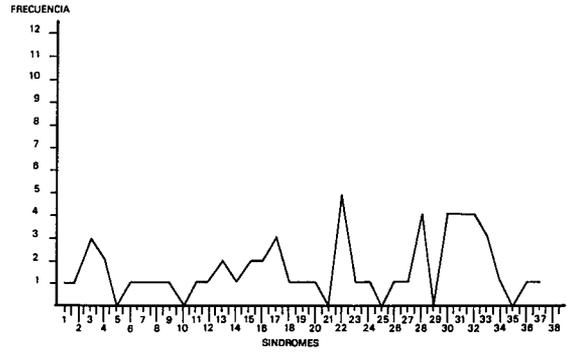
**GRAFICA 2**  
**Esquizofrenia**  
(n = 12)  
*Hospital Fray Bernardino Alvarez*



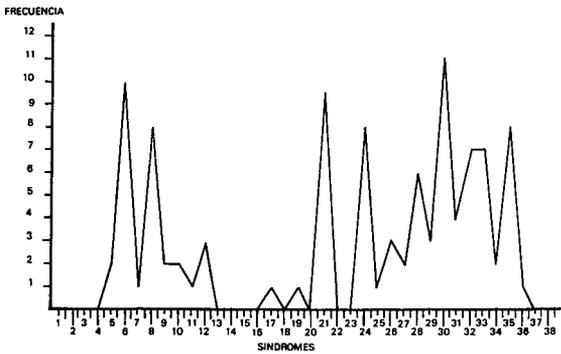
**GRAFICA 3**  
**Afectivos, depresión**  
 (n = 6)  
 Hospital Fray Bernardino Alvarez



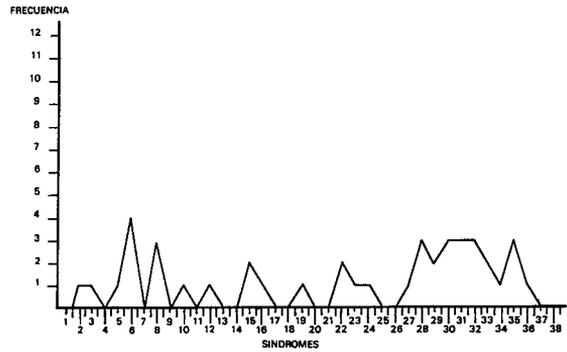
**GRAFICA 6**  
**Orgánicos**  
 (n = 7)  
 Hospital Fray Bernardino Alvarez  
 Hospital Español



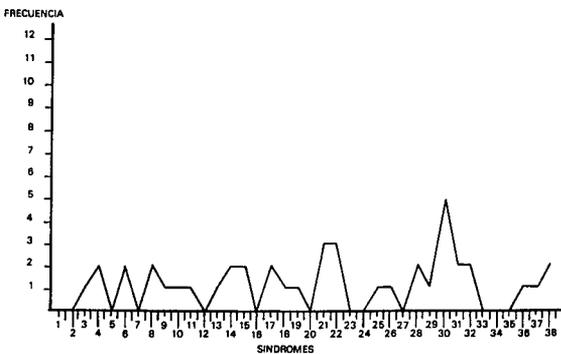
**GRAFICA 4**  
**Afectivos, depresión**  
 (n = 11)  
 Hospital Español



**GRAFICA 7**  
**Tóxicos**  
 (n = 4)  
 Hospital Fray Bernardino Alvarez (n = 3)  
 Hospital Español (n = 1)



**GRAFICA 5**  
**Paranoides**  
 (n = 5)  
 Hospital Fray Bernardino Alvarez (N = 3)  
 Hospital Español (N = 2)



**GRAFICA 8**  
**Neuróticos**  
 (n = 3)  
 Hospital Español

