

La entrevista estructurada en Psiquiatría

The structured interview in Psychiatry

J.L. VAZQUEZ-BARQUERO, S. HERRERA CASTANEDO, L. GAITE

RESUMEN

Se analizan en este trabajo los fundamentos teóricos del proceso de estructuración de la entrevista psiquiátrica, así como las estrategias metodológicas seguidas para mejorar los niveles de fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Para ello se toman como ejemplo las entrevistas psiquiátricas estructuradas o semi-estructuradas más significativas desarrolladas en los últimos años y que han tenido un especial impacto en nuestro país. Finalmente se presentan las entrevistas psiquiátricas de última generación (CIDI y SCAN) desarrolladas en el contexto de un programa multicéntrico internacional promovido por la OMS y la ADAMHA.

PALABRAS CLAVE: Entrevista psiquiátrica estructurada. CIDI. SCAN. Epidemiología psiquiátrica. Metodología de investigación en Psiquiatría.

SUMMARY

We analyze in this paper the theoretical foundations of the process of structuring the psychiatric interview, and also the methodological strategies adopted in order to enhance the reliability of psychiatric diagnosis. For this we take as example the most significant structured or semi-structured psychiatric interviews developed in the last few years and which had have a especial impact in our country. Finally we present the last generation of psychiatric interviews (CIDI and SCAN) developed in the context of a multicentric international program sponsored by the WHO and ADAMHA.

KEY WORDS: Structured psychiatry interview. CIDI. SCAN. Psychiatry epidemiology. Psychiatric research methodology.

Aun a pesar del desarrollo de cuestionarios y escalas de evaluación psicopatológica la entrevista psiquiátrica persiste como el método definitivo sobre el que se basa el diagnóstico psiquiátrico. Su relevancia se hace más manifiesta en una ciencia que, como la psiquiatría, no ha podido todavía desarrollar criterios objetivos de evaluación, ni establecer fundamentos en la esfera biológica que permitan formular

Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Correspondencia: J. L. Vázquez-Barquero. Unidad de Investigación de Psiquiatría Social de Cantabria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Av. Valdecilla, s/n. 39008 Santander.

Fecha de recepción: 13-10-92
Fecha de aceptación: 9-12-92.

diagnósticos etiopatogénicos definitivos. Esta dependencia del diagnóstico psiquiátrico de la evaluación clínica ha estado tradicionalmente asociada a una marcada ambigüedad, subjetividad, y a la idiosincrasia de los postulados teóricos adoptados por el examinador. Todo esto ha generado una falta de fiabilidad en los diagnósticos, hecho que ha sido repetidamente constatado en la literatura científica. Ejemplo de ello lo tenemos en el ya clásico trabajo "USA-UK Diagnostic Project" en el que se encontraron marcadas discrepancias en los diagnósticos psiquiátricos elaborados en ambos países (1,2).

La fiabilidad en el diagnóstico psiquiátrico depende de una serie de hechos, entre los cuales tenemos que destacar: i) el esquema conceptual y el sistema nosológico adoptado, de los que se deriva la que podríamos denominar, "varianza de criterio"; ii) el propio proceso de elaboración diagnóstica, que da lugar a lo que podríamos calificar como "varianza de información" (3). Trataremos por lo tanto de analizar en este trabajo las distintas estrategias adoptadas para evitar ambos tipos de varianza.

ESTRATEGIAS ADOPTADAS PARA EVITAR LA VARIANZA DE CRITERIO

El estudio, frecuentemente citado, de Ward y cols., 1962 (4) demostró que la principal causa de desacuerdo en el diagnóstico clínico era la falta de adecuación de la nosología. Ello era en gran medida debido a que los sistemas nosológicos tradicionales no especificaban los síntomas o signos precisos para establecer un diagnóstico de certeza, ni tampoco incorporaban descripciones suficientemente operativizadas de las distintas categorías diagnósticas.

Los esfuerzos realizados para dar fiabilidad al sistema nosológico se dirigieron fundamentalmente a: i) desarrollar, en paralelo con los sistemas nosológicos, glosarios que facilitaban el que los profesionales se pusieran de acuerdo en los conceptos utilizados; ii) especificar criterios operativos de inclusión/exclusión para los distintos trastornos. Ambos enfoques se han desarrollado en realidad en paralelo, sobre todo una vez que se constató que la mera incorporación a los glosarios de normas para la clasificación resultaba, en ausencia de una descripción operativa de los conceptos, insuficiente para garantizar la formulación de diagnósticos fiables.

El primer logro en el establecimiento de criterios diagnósticos operativos lo constituyeron los *Criterios Feighner* (5), en los que se especificaban criterios descriptivos para catorce trastornos, los cuales han tenido una gran influencia en

el desarrollo de ulteriores criterios diagnósticos y sistemas nosológicos. Un intento posterior y más definitivo lo constituyen los *Research Diagnostic Criteria (Criterios Diagnósticos de Investigación)* —RDC— (6), en los que ya se incorporaron criterios para 24 categorías diagnósticas. Los RDC, que hacen un gran énfasis en la diferenciación entre la depresión y la esquizofrenia, fueron incorporados a la entrevista psiquiátrica estructurada “Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia” —SADS— (7). Aunque los RDC fueron creados inicialmente para su utilización en la investigación, han tenido un notable impacto en la clínica a través de su incorporación en la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales —DSM-III— (8). Su impacto en la DSM-III-R (9) es sin embargo mucho menor. Esto es debido a que en la DSM-III-R se recogen nuevos criterios diagnósticos derivados de los resultados de las investigaciones realizadas en el campo de la categorización y descripción de la enfermedad mental. Dichos criterios están, por otra parte, siendo revisados nuevamente en la DSM-IV. Un reciente esfuerzo por establecer un lenguaje común a escala internacional para el diagnóstico y clasificación de la enfermedad mental lo constituye la versión actual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), que ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (10). La CIE-10 diferencia dos modalidades de criterios, unos de tipo clínico, que son descritos en el manual “Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico”, y otros de investigación los cuales, siendo compatibles con los criterios clínicos, resultan más restrictivos y precisos (11).

Finalmente, otro procedimiento capaz de mejorar la fiabilidad del proceso diagnóstico lo constituye la incorporación en el sistema nosológico de un esquema multiaxial de clasificación de la psicopatología. Esta estrategia garantiza que determinados componentes del diagnóstico sean adecuadamente contemplados, incrementándose así el poder descriptivo del sistema y en última instancia su fiabilidad. Es por ello por lo que los modernos sistemas de clasificación (DSM-III-R; DSM-IV; CIE-10) incorporan dicha estrategia “multiaxial”.

ESTRATEGIAS SEGUIDAS PARA EVITAR LA VARIANZA DE INFORMACION

El establecimiento y aceptación de un sistema nosológico y de unos criterios diagnósticos operativos no garantiza que se realicen diagnósticos psiquiátricos fiables. Ello es debido a discrepancias y falta de concordancia en el propio proceso de elaboración diagnóstica, las cuales dan lugar, como ya hemos indicado, a la “varianza de información” (3). Esta varianza puede surgir de alguno de los componentes que configuran el proceso de la entrevista psiquiátrica: i) obtención de la información; ii) valoración psicopatológica de la información aportada; iii) integración de la información en un sistema nosológico.

En un intento de controlar dicha “varianza de información” se han desarrollado entrevistas psiquiátricas con distintos niveles de estructuración, según los cuales podemos clasificar las entrevistas psiquiátricas en: i) no estructuradas; ii) semi-estructuradas; iii) totalmente estructuradas. Se suele plantear

que las entrevistas estructuradas son eminentemente reduccionistas de la complejidad del hecho psicopatológico, limitan la expresión de la riqueza psicológica individual, son contra-terapéuticas, y no permiten la obtención de información de tipo dinámico. En el polo opuesto se sitúan quienes argumentan que las entrevistas no estructuradas aportan información poco objetiva, propician la introducción de sesgos en la recopilación e interpretación de los datos aportados por el paciente, y no garantizan la suficiente uniformidad en la información recogida, dificultando la verificación de los criterios operativos sobre los que se ha de basar el diagnóstico.

Los trabajos llevados a cabo por distintos autores han demostrado que, aún utilizando criterios diagnósticos precisos y sistemas nosológicos suficientemente elaborados, la fiabilidad diagnóstica se reduce notablemente cuando no se utilizan entrevistas psiquiátricas estructuradas o semi-estructuradas (12,13). Estos hallazgos justifican el esfuerzo que se está realizando por estructurar, en la entrevista psiquiátrica, las distintas fases del proceso diagnóstico.

Estructuración de la obtención de la información psicopatológica

Gran parte del esfuerzo dirigido a estructurar las entrevistas psiquiátricas está encaminado a garantizar una uniformidad en la recogida de datos psicopatológicos. Ello exige no sólo llevar a cabo una recopilación uniforme y constante de las experiencias psicopatológicas, sino también evitar el sesgo introducido por el entrevistador en dicho proceso. Dos son las estrategias utilizadas para ello:

a) La adoptada por entrevistas que, como el Diagnostic Interview Schedule —DIS— (14), formalizan totalmente la recogida de datos. Para ello se utiliza en ellas un diseño rígido de preguntas cerradas y de toma de decisiones relativas a las secciones o experiencias psicopatológicas a explorar, en base a las respuestas previamente obtenidas. Se eliminan así las preguntas abiertas y cualquier proceso subjetivo de toma de decisión por parte del entrevistador. La ventaja de esta estrategia es fundamentalmente económica y se deriva de la posibilidad de que el DIS sea utilizado por personal no experto en psiquiatría. Es más, la experiencia obtenida con este y similares instrumentos ha revelado que su aplicación se vuelve más fiable cuando son utilizados por entrevistadores sin conocimientos de psicopatología. Esto parece deberse a la resistencia que el profesional con conocimientos de psicopatología desarrolla frente a un sistema tan rígido de exploración, y a la tendencia que tiene a introducir, a lo largo de la entrevista, actitudes valorativas de las experiencias relatadas por los entrevistados.

b) La incorporada en entrevistas que, como el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia —SADS— (7), utilizan un diseño semi-estructurado, en el que se incorporan preguntas abiertas, sobre todo en las partes introductorias de las distintas secciones psicopatológicas. En ellas, aunque las preguntas relativas a los distintos síntomas están agrupadas de modo que tengan sentido clínico, el entrevistador es libre de alterar su orden de forma que se haga más aceptable al paciente. También en ellas el entrevistador puede ser flexi-

ble a la hora de utilizar un lenguaje que haga la pregunta más comprensible. Dentro de este grupo podemos encuadrar también la entrevista "Clinical Interview Schedule" (15) la cual, habiendo sido desarrollada para su utilización en la población general y en pacientes en contacto con servicios médicos, no incorpora ítems relativos a experiencias psicopatológicas poco frecuentes en dichas poblaciones, y por lo tanto susceptibles de generar rechazos. En estas entrevistas la formación psicopatológica del entrevistador es esencial, requiriéndose además que esté entrenado en la utilización del instrumento y en las técnicas de exploración psicopatológica. Es por ello por lo que su "coste" resulta demasiado alto como para ser aplicadas en estudios comunitarios.

c) Finalmente, hay que hacer referencia a una variante de las entrevistas semi-estructuradas la cual, como ocurre con el Present State Examination (16), basa su proceso de detección de síntomas en la técnica denominada "cross-examination" ("interrogatorio cruzado"). En ellas a partir de un conjunto de preguntas obligatorias, que el entrevistador es libre de modificar en su estilo, se garantiza la exploración de aquellas experiencias psicopatológicas que se consideran esenciales para la elaboración diagnóstica. La aplicación del principio de "cross-examination", que se hace posible gracias a la utilización discrecional de preguntas opcionales la mayoría de las que están especificadas en la entrevista, garantiza la exacta evaluación de la *esencia* de la experiencia psicopatológica que se está explorando. La aceptación de este sistema de exploración psicopatológica por los individuos asintomáticos se facilita gracias a la introducción de "preguntas clave" y "líneas de corte" a partir de las que el entrevistador puede decidir detener la exploración de un área psicopatológica. La utilización de estas entrevistas exige, por lo tanto, personal muy entrenado, lo cual las convierte en instrumentos muy fiables, pero también de alto coste.

Valoración psicopatológica de la información

Garantizar la adecuada valoración de la información psicopatológica aportada por el paciente es el segundo aspecto del que depende la fiabilidad del proceso diagnóstico. Para ello se han seguido dos tipos de estrategias, las cuales pasaremos a describir.

a) Estrategias basadas en el criterio subjetivo del entrevistado. Se trata de las utilizadas por entrevistas que, como el DIS, establecen la presencia y el grado de severidad del síntoma a partir exclusivamente de la información aportada por el paciente, y en las que el entrevistador ha de limitarse a ser mero vehículo de transmisión de dicha información. Es por ello por lo que el entrevistador ideal en ellas es aquel que, por su nivel de formación, no puede, ni siquiera a nivel inconsciente, condicionar el proceso valorativo de las experiencias realizado por el entrevistado. Por lo tanto estas entrevistas no precisan de glosarios y la aplicación en ellas de los criterios diagnósticos operativos se realiza a través de la propia formulación de las preguntas y de las experiencias que se exploran en cada caso concreto. Es así que estas entrevistas son susceptibles de ser autoadministradas, bien de manera directa o con ayuda de la informática.

b) Estrategias basadas en el criterio del entrevistador. En ellas, como ocurre en el PSE, la evaluación de la presencia y nivel de severidad de la experiencia psicopatológica depende del entrevistador, que ha de ser capaz de interpretar la información aportada por el entrevistado en base a los conceptos psicopatológicos incorporados en la entrevista. La fiabilidad de este proceso depende por lo tanto de la adecuada explicitación, en la entrevista, de: i) la esencia de cada una de las experiencias psicopatológicas que se exploran, describiendo de manera operativa sus rasgos y los criterios de inclusión y exclusión; ii) la delimitación de los indicadores que marcan la presencia y el nivel de severidad de cada una de dichas experiencias; iii) la correcta utilización de los criterios de evaluación incorporados en la entrevista.

Todo ello exige: en primer lugar, que estas entrevistas sean realizadas por personal especializado; en segundo término, la confección de un glosario en el que se definan de manera operativa los rasgos esenciales de las experiencias psicopatológicas y los criterios a aplicar para la determinación del nivel de severidad de la sintomatología; y finalmente, la participación en un programa de entrenamiento en sus distintos componentes.

Integración de la información en un sistema nosológico

La búsqueda de mayores niveles de fiabilidad en los diagnósticos psiquiátricos ha conducido al desarrollo de algoritmos informáticos con los que procesar la información aportada por los instrumentos de evaluación psicopatológica, de forma que repliquen los juicios diagnósticos establecidos en la práctica clínica. Este hecho, unido al importante avance operado en la tecnología informática, ha propiciado el desarrollo de la investigación en el diagnóstico psiquiátrico por ordenador. Se ha generado así un amplio volumen de literatura relacionada, por ejemplo, con la posibilidad de elaborar, incluso con datos clínicos limitados, juicios diagnósticos por ordenador extremadamente fiables, y también con la viabilidad de utilizar en la práctica clínica diaria sistemas computarizados interactivos de ayuda al diagnóstico y manejo de los pacientes (17). Nos limitaremos no obstante a tratar aquí, exclusivamente, los aspectos relacionados con la aplicación del diagnóstico informatizado a las entrevistas psiquiátricas estandarizadas. Dejamos de lado, por lo tanto, todos los demás aspectos relativos a la informatización del proceso diagnóstico en salud mental, los cuales, por otra parte, han sido ya revisados en otros trabajos (17,18,19).

La informatización de los procesos diagnósticos ha seguido dos modelos alternativos: "modelo estadístico" y "modelo de toma de decisión lógica en árbol", los cuales han demostrado poseer, al menos desde el punto de su fiabilidad diagnóstica, una eficacia comparable (17).

Modelos estadísticos de elaboración diagnóstica computarizada

En ellos en general se han aplicado metodologías estadísticas basadas en: a) el modelo Bayesano de la probabilidad;

b) el modelo de función discriminante, a los cuales nos referiremos brevemente a continuación.

a) El modelo Bayesano utiliza el axioma de la teoría de la probabilidad a partir del que se estima la probabilidad que tiene un individuo concreto de pertenecer a un grupo diagnóstico específico. Esta estrategia fue, por ejemplo, utilizada con gran provecho en el estudio de la OMS sobre Esquizofrenia (20). Para aplicar este modelo hay que partir de una muestra representativa y suficientemente amplia de pacientes con un diagnóstico y síntomas conocidos. A partir de ellos ("un grupo normativo") se construye el modelo nosológico computarizado, calculando para cada síntoma su frecuencia relativa en cada uno de los diagnósticos. Estos datos son posteriormente utilizados para calcular en los pacientes de cada estudio concreto la probabilidad de que, en base a los síntomas que presentan, pertenezca a un determinado diagnóstico. Este modelo tiene una serie de inconvenientes que han motivado que se utilice escasamente en la actualidad, dentro de ellos podemos mencionar a título de ejemplo: en primer lugar, el que exigen que los síntomas posean un alto grado de independencia; y en segundo término el que precisan que el grupo de referencia ("normativo") no sea muy distinto al del grupo de pacientes que ulteriormente se han de analizar, lo cual, en teoría, obliga a calcular el "modelo diagnóstico" para cada estudio concreto.

b) El desarrollo de modelos diagnósticos computarizados mediante análisis discriminante se asemeja al Bayesiano en que ha de ser derivado de una muestra de referencia, con un diagnóstico y síntomas ya conocidos, mediante la aplicación de procedimientos estadísticos. En este caso en vez de utilizar las frecuencias relativas (probabilidad condicional) de cada síntoma para cada uno de los diagnósticos, lo que se hace es calcular las correlaciones existentes entre las distintas medidas de síntomas. Esto se realiza computando para cada diagnóstico del grupo "normativo" una serie de funciones discriminantes tales que maximizan la separación entre los distintos diagnósticos. A cada paciente se le adjudica así una puntuación en cada categoría diagnóstica (que representa la suma de las puntuaciones del paciente en cada síntoma multiplicada por la ponderación hallada en la función discriminante). Dichas puntuaciones serán convertidas en la probabilidad que tiene de pertenecer a cada una de las categorías diagnósticas.

Estas estrategias de elaboración diagnóstica computarizada, que tienen una notable importancia para la exploración de la estructura natural de los síntomas en la clínica, han sido utilizadas en proyectos de investigación concretos (21), pero no han sido incorporadas en las entrevistas psiquiátricas estructuradas.

Modelo de toma de decisión lógica en árbol,
"Logical decision tree diagnostic model"

Son modelos diagnósticos, no estadísticos y no matemáticos que, mediante una metodología de análisis racional y sistemático, posibilitan el ordenamiento jerárquico de los síntomas para constituir categorías nosológicas de creciente nivel de complejidad. Las decisiones lógicas que se toman se

basan en la racionalidad del esquema nosológico, o nomenclatura, sobre el que se construye el diagnóstico. Estos modelos reproducen la toma de decisión diagnóstica propia de la actividad clínica. En ellos el programa de ordenador valora la presencia o ausencia de determinados síntomas, de determinadas puntuaciones, o de determinadas estructuras sintomatológicas. Dicha actividad, como indican Wing y cols., 1981 (22), no debe ser planteada ni según un criterio puramente dimensional (en el que se valora exclusivamente la severidad psicopatológica), ni según otro puramente categórico (centrado en las características de los síntomas), sino que se ha de desarrollar de forma que en ella ambos se conjuguen de manera armónica. Este modelo es el que se utiliza en la actualidad en las entrevistas psiquiátricas estructuradas. Sus ventajas más importantes son: i) que no precisan ser elaborados a partir de muestras grandes con diagnósticos conocidos; ii) que no son sensibles a errores de muestreo, no precisando ser calculados para cada población diferente; iii) que pueden ser modificados para acomodarse a distintos sistemas nosológicos.

Los tres modelos más conocidos son el DIAGNO-III, desarrollado en USA por Spitzer y Endicott, 1974 (23) para su aplicación en la información aportada por los "Psychiatric Anamnestic Records", el CATEGO que analiza los datos obtenidos con el PSE-9 (16), y el utilizado por la entrevista psiquiátrica "Diagnostic Interview Schedule" —DIS—. Dos de ellos, el CATEGO y el utilizado por el DIS, han sido recientemente modificados para acomodarse a las necesidades de las dos nuevas entrevistas psiquiátricas desarrolladas a partir del DIS y PSE-9, nos referimos al Composite International Interview —CIDI— (24), y al Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry —SCAN— (25,26).

ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS AUTOAPLICADAS MEDIANTE ORDENADOR

La formulación de altos niveles de explicitación nosológica en los nuevos sistemas de clasificación desarrollados (DSM-IV; CIE-10), unida a la puesta a punto de entrevistas psiquiátricas estructuradas y de modelos informáticos de elaboración diagnóstica, han posibilitado el desarrollo de entrevistas psiquiátricas computarizadas. En ellas el entrevistador no clínico, e incluso el propio paciente, a través de un proceso interactivo con el ordenador, puede introducir los datos psicopatológicos y obtener un diagnóstico final. Para que esta estrategia de exploración sea viable es preciso que los distintos ítems, informaciones y órdenes, introducidas en la entrevista estén formulados de forma que puedan ser fácilmente comprendidos incluso por personas con escaso nivel de formación, y en todo caso sin conocimientos en psicopatología.

El ejemplo más notable de dicha aplicación es la versión computarizada de la entrevista DIS que ha sido desarrollada por Geist y cols., 1985 (27), o las desarrolladas más recientemente a partir del CIDI o del SCAN (esta última para ser utilizada por personal con formación psiquiátrica). Los estudios de fiabilidad de la versión auto-administrada del DIS revelaron que era bien aceptada y susceptible de ser completada por los pacientes. Ahora bien, al ser compara-

dos los diagnósticos con ella obtenidos con los derivados de las entrevistas clínicas realizadas en los mismos pacientes por los psiquiatras, se encontró que en general la concordancia alcanzaba valores, mediante Kappa, del 0,55 (17). Se observó además que la información psicopatológica general obtenida con ellas no alcanzaba el mismo nivel que la obtenida por el clínico. Excepción notable era la información referente a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas que resultaba ser en ellas significativamente más completa. Una variante de entrevista informatizada menos sofisticada la constituye la versión para ordenador desarrollada a partir del CIS por Lewis y cols., 1988 (28).

EL ANÁLISIS DE LA VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LAS ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS ESTRUCTURADAS

La fiabilidad y la validez son dos conceptos básicos a través de los que medimos la exactitud de los procesos de elaboración diagnóstica. La fiabilidad se refiere tanto al análisis de la concordancia existente entre entrevistadores, en relación al hecho de que los criterios que definen la presencia de un trastorno están presentes en una población dada, como a la consistencia con que se elabora repetidamente un diagnóstico a lo largo del tiempo. La validez sin embargo establece el nivel de exactitud con que los criterios o instrumentos utilizados en el proceso diagnóstico permiten diferenciar tanto entre presencia y ausencia de enfermedad, como entre una enfermedad y otra.

Aun cuando las entrevistas psiquiátricas estructuradas han mejorado notablemente la fiabilidad del proceso diagnóstico, persiste el problema, todavía no adecuadamente resuelto, de diseñar apropiadas estrategias para verificar su validez y fiabilidad (29,30,31). La imposibilidad de contar con medidas objetivas de morbilidad ha llevado a que, en la psiquiatría tradicional, se utilizase el juicio y la impresión clínica como patrón estándar para la validación de los instrumentos de exploración psiquiátrica. Sin embargo, como ya hemos indicado, hoy se considera que el diagnóstico basado en la entrevista y en el juicio clínico tradicional no puede ser considerado como suficientemente fiable. Todo ello nos remite, por lo tanto, al punto de partida de la complejidad de encontrar un adecuado patrón de medida de la validez de entrevistas psiquiátricas estructuradas que, como el PSE o el SCAN, incorporan los principios básicos de la exploración clínica tradicional. Es por ello por lo que, en estos casos, se suele recurrir más a verificar la fiabilidad que la validez de la entrevista, utilizando para ello pruebas de "fiabilidad entrevistador/co-entrevistador" o de "fiabilidad test/retest". Algo diferente ocurre con entrevistas que, como el DIS o el CIDI, están diseñadas para ser utilizadas por entrevistadores sin conocimientos psiquiátricos y que, como Robins, 1985 (31) plantea, pueden perfectamente ser validadas a partir de juicios clínicos establecidos por psiquiatras bien entrenados, con amplia experiencia clínica, y que hayan utilizado como parte de su procedimiento diagnóstico una entrevista psiquiátrica semi-estructurada, junto con información procedente de otras fuentes de información.

Dado que los análisis de fiabilidad de las entrevistas están

basado en diseños de evaluación repetida (bien mediante estrategias de "entrevistador/co-entrevistador" o de "test-retest"), parece oportuno que exponamos aquí alguna de sus limitaciones. El método más comúnmente utilizado es el que mide los niveles de acuerdo entre entrevistador y co-entrevistador. En él dos o más entrevistadores evalúan una misma entrevista psiquiátrica, bien co-participando en ella de manera directa o a través de visualizaciones independientes. El inconveniente de esta estrategia se deriva del hecho de que la co-participación en una misma entrevista tiende a exagerar los niveles de concordancia diagnóstica en base a los mensajes subliminales, o manifiestos, que el entrevistador principal envía al co-entrevistador. En este sentido entrevistas con preguntas opcionales, que pueden no ser realizadas, y con líneas de corte, que delimitan áreas psicopatológicas que pueden ser evitadas, resultan especialmente problemáticas.

La metodología de análisis de la fiabilidad "test/retest" está examinada a verificar la exactitud con que una segunda medida, distanciada en el tiempo, se corresponde con una primera realizada en el mismo individuo, bajo la condición de que nada haya cambiando en él. Así, dado que este diseño exige la realización de una segunda entrevista independiente, resulta ser una estrategia de análisis de la fiabilidad más adecuada que la de "entrevistador/co-entrevistador", al evitar los sesgos derivados de la transmisión de "mensajes" de un entrevistador a otro. Pese a todo, tampoco esta estrategia está libre de inconvenientes, sobre todo dado que la presunción de que nada haya cambiado en el entrevistado resulta ser en la práctica poco realista. En concreto, se acepta que el propio proceso de exploración induce por sí mismo cambios en el entrevistado. Así, por ejemplo existe una tendencia a que aparezca en la segunda entrevista, incluso en ausencia de tratamiento, una reducción de la psicopatología. Este hallazgo ha sido interpretado por algunos autores como consecuencia del efecto terapéutico que la primera entrevista pudiera tener, y por otros en base a la tendencia de las puntuaciones obtenidas en las pruebas de evaluación psicopatológica a "regresar a valores medios". Ninguna de estas argumentaciones sirve para explicar la caída que en los estudios de población general se da, tanto en los "casos" como en los "no casos", en los síntomas referidos a todo un "periodo vital". Dicha reducción de la sintomatología parece ser debida más a una menor validez de la segunda entrevista que de la primera (31,32,33). Esta pérdida de información en la segunda entrevista puede ser en cierta medida evitada clarificando al entrevistado las razones para llevar a cabo un análisis psicopatológico repetido, y haciéndole ver la necesidad de que en la segunda entrevista aporte toda la información de que disponga, sin tener en cuenta las respuestas dadas previamente. Finalmente conviene decir que, como recomienda Grove, 1987 (34), la mejor solución para mediar la fiabilidad de una entrevista psiquiátrica es incorporar en el diseño ambas estrategias de análisis de la fiabilidad "entrevistador/co-entrevistador" y "test/retest".

Una dificultad adicional de los diseños "test-retest" es la relativa al periodo de tiempo que media entre ambas entrevistas, dado que puede condicionar la aparición de falsas concordancias o discordancias en el diagnóstico. Así, se ha visto

por ejemplo que periodos cortos de tiempo generan sesgos derivados del aprendizaje y del recuerdo de las contestaciones dadas en la primera entrevista. Se sabe en este sentido que ambos, el aprendizaje y el recuerdo, pueden tanto exagerar las similitudes en las respuestas dadas en las dos entrevistas, cuando el entrevistado trata de ser consistente, como incrementar las discrepancias cuando, por falta de clarificación de los objetivos del estudio, piensa que puede omitir información ya dada en la primera entrevista. Al igual ocurre, aunque por distinto motivo, con la introducción de periodos excesivamente largos de tiempo entre las dos entrevistas, dado que en este caso se facilita la aparición de discordancias derivadas de las modificaciones espontáneas del estado psicopatológico del individuo. Es por ello por lo que en estos diseños resulta conveniente escoger periodos de tiempo tales que equilibren los distintos tipos de sesgo, estimulando además al entrevistado a que en la segunda entrevista aporte información de su estado psicopatológico al margen de lo previamente expuesto.

Finalmente, otro aspecto especialmente importante a considerar es el relacionado con la selección de los análisis estadísticos más adecuados para cada caso concreto. La tendencia actual es la de moverse entre dos modalidades de estadísticos: i) Estadísticos de validez (especificidad, sensibilidad, errores de clasificación, etc.; ii) estadísticos de fiabilidad (porcentajes de acuerdo, coeficiente Kappa, índice de acuerdo de Yule, etc.). En ambos se plantea, sin embargo, la problemática de la alta sensibilidad de algunas de estas medidas al influjo de la prevalencia, lo cual es especialmente significativo en psiquiatría dada la baja morbilidad de los trastornos mentales, debiendo por lo tanto ser tenido en cuenta a la hora de analizar la fiabilidad y validez de las entrevistas psiquiátricas estructuradas (35,36).

ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS ESTRUCTURADAS MAS RELEVANTES EN NUESTRO PAIS

En los últimos años se han desarrollado entrevistas psiquiátricas estructuradas encaminadas tanto a explorar la patología psiquiátrica en general del adulto, como tipos específicos de problemáticas (alcoholismo, psicoorganicidad, procesos psicodinámicos, etc.) o categorías específicas de población (población infantil, ancianidad, etc.). A continuación presentaremos un breve resumen de aquellas que, en el campo de la enfermedad mental en general del adulto, resultan ser más relevantes desde la perspectiva de nuestro país. Dejamos por lo tanto sin revisar aquí una amplia serie de entrevistas dirigidas a explorar áreas psicopatológicas o sectores de población muy específicos. Un análisis exhaustivo de dichas entrevistas puede no obstante obtenerse en distintas revisiones realizadas sobre el tema (37,38,39,40).

Entrevistas psiquiátricas tradicionales

Clinical Interview Schedule —CIS— (15)

Se trata de una entrevista psiquiátrica semi-estructurada diseñada por Goldberg y cols., 1970 (15) para ser utilizada

en la población general y en pacientes médicos. Traducida y adaptada para su aplicación en nuestro país por primera vez en el Estudio Comunitario de Valle del Baztan (41,42) ha sido utilizada desde entonces profusamente en nuestro país también en poblaciones médicas (43,44,45,46).

La entrevista consta de cuatro secciones. La *primera*, no estructurada, incluye preguntas abiertas dirigidas a recoger información sobre la historia pasada del individuo. Esta parte de la entrevista, que dura unos pocos minutos, se utiliza además para establecer un buen contacto con el entrevistado. La *segunda*, explora, de manera sistematizada, los síntomas presentes durante la semana previa. Los síntomas están agrupados en las siguientes diez áreas: síntomas somáticos, fatiga, trastornos del sueño, irritabilidad, déficit de concentración, depresión, ansiedad y preocupaciones, fobias, obsesiones y compulsiones, despersonalización. La *tercera*, no estructurada, recoge información a cerca de la historia familiar y personal del entrevistado. Finalmente la *cuarta*, que se completa una vez terminada la entrevista, está encaminada a evaluar la conducta del entrevistado de manera objetiva.

Cada ítem de la entrevista se puntúa con valores que van de 0 (síntoma ausente) a 4 (síntoma presente y de severa intensidad). Para facilitar la valoración de los síntomas, la entrevista incorpora un glosario en el que se incluye los criterios para establecer el grado de severidad. Las puntuaciones así obtenidas pueden ser tratadas de diversa manera: en primer lugar, se pueden utilizar los valores correspondientes a cada una de las diez áreas sintomatológicas para construir un perfil descriptivo; en segundo término, las 22 puntuaciones que es posible establecer en la entrevista pueden ser ponderadas, mediante una fórmula especificada en el manual, para constituir un índice global de severidad psicopatológica; se puede además establecer una puntuación final global de la psicopatología en una escala de cuatro niveles de intensidad. El análisis de la fiabilidad realizado con esta entrevista demostró, para todos los ítems, adecuados niveles de correlación (valores de Kappa ponderados superiores en todos los ítems a 0,60) (15). La experiencia adquirida con este instrumento revela que se trata de una entrevista sencilla, flexible, fácil de administrar, bien aceptada por la mayoría de los entrevistados, y que resulta especialmente adecuada para ser utilizada en poblaciones con alteraciones somáticas severas.

Recientemente Lewis y cols., 1992 (47) han realizado una versión revisada de esta entrevista (CIS-R), la cual ha demostrado poseer en los estudios realizados en Londres y en Santiago de Chile altos niveles de fiabilidad tanto cuando es utilizada por psiquiatras entrenados como por entrevistadores sin conocimientos en psicopatología (47). Existe también, como ya hemos indicado, una versión autoaplicada para ordenador de esta entrevista (28).

Diagnostic Interview Schedule —DIS— (14)

Se trata de una entrevista psiquiátrica altamente estructurada desarrollada por el grupo de la Universidad de Washington (14,48) para ser aplicada por entrevistadores sin conocimientos psiquiátricos en el Proyecto ECA (49), pero

que ha terminado extendiéndose a otros países y al trabajo clínico. Aun cuando el DIS es una entrevista diseñada específicamente para adultos (mayores de 18 años) se han desarrollado versiones para niños y padres (DIS-C y DIS-P respectivamente) (50). Esta entrevista, que consta de numerosas secciones, pretende recoger información diagnóstica en tres sistemas (Feighner, RDC, DSM-III), permitiendo elaborar hasta un total de 43 posibles diagnósticos mediante un programa informático especialmente desarrollado.

Al administrar el DIS, el entrevistador ha de leer las preguntas con las mismas palabras con las que han sido redactadas. A su vez, las respuestas dadas (que adoptan el formato Sí/No) han de ser recogidas evitando cualquier forma de valoración por parte del entrevistador. Siempre que un síntoma o conjunto de síntomas sea considerado positivo, la entrevista especifica preguntas estándar adicionales que han de ser realizadas, para establecer la severidad sintomatológica, así como su posible naturaleza y causalidad orgánica.

En la medida en que el DIS ha sido diseñado para ser utilizado por personas sin experiencia y conocimientos psiquiátricos, los entrevistadores sólo precisan ser entrenados (en cursos de una semana en centros reconocidos) en las técnicas de entrevista y en las características específicas del instrumento. Se ha desarrollado también una entrevista computarizada auto-aplicada del DIS, en la que el entrevistado interactúa directamente con el ordenador obteniéndose finalmente un diagnóstico psiquiátrico especialmente fiable, al menos para ciertas categorías diagnósticas.

Los análisis realizados sobre el comportamiento de este instrumento han revelado que el DIS, aún poseyendo en sus versiones inglesa y española, adecuados niveles de fiabilidad y validez (fiabilidad "entrevistador/co-entrevistador": $K = 0,94$; acuerdo entre clínicos/no-clínicos: $K = 0,95$), presentan ciertas discrepancias con los diagnósticos obtenidos con otros sistemas de exploración psicopatológica (14,51,52). Esto ha sido interpretado por Spitzer, 1983 (30), como consecuencia de la estructura Sí/No de las respuestas y la falta de conocimientos en psicopatología de los entrevistadores (37,39,40).

Present State Examination PSE-9 (16)

Se trata de una entrevista desarrollada por Wing y cols., 1974 (46), y que ha sido traducida a numerosos idiomas, incluido el español. El objetivo especificado por los autores era diseñar una entrevista psiquiátrica que permitiera obtener información fiable sobre el estado psicopatológico y el nivel de funcionamiento del individuo durante el mes previo a la exploración ("Present state"). Para ello se diseñó una entrevista semi-estructurada compuesta de 140 ítems, de los cuales 54 eran obligatorios y los restantes opcionales. Dichos ítems están organizados en 20 secciones sintomatológicas, las cuales se estructuran en tres partes: i) *parte primera*, compuesta de 11 secciones que cubren aspectos tales como, ansiedad, síntomas afectivos, irritabilidad, apetito y sueño, obsesiones, ítems de despistaje de la parte segunda, etc.; ii) *parte segunda*, con seis secciones que exploran, entre otros, los cuadros "border-line", las psicosis, los cuadros psico-

orgánicos, etc.; iii) *parte tercera*, con tres secciones (comportamiento, afecto y lenguaje) que permiten que el entrevistador realice una evaluación objetiva.

Cada uno de los 140 ítems del PSE representa una experiencia psicopatológica cuya presencia ha de ser evaluada utilizando la técnica de "cross-examination". Para ello el entrevistador cuenta con un Glosario en el que se especifican los criterios que delimitan la "esencia" de cada una de dichas experiencias psicopatológicas, así como los distintos niveles de severidad en los que puede evaluarse. La presencia/ausencia y grados de severidad de la experiencia se puntúan en una escala de 0 a 3 (con puntuaciones 8 y 9 para ausencia de datos o inadecuada exploración). El dominio de la entrevista, que ha de ser aplicada por entrevistadores con amplios conocimientos de psicopatología, exige el participar en cursos de entrenamiento de una semana de duración y realizados en centros reconocidos.

El ordenamiento jerárquico de los síntomas para construir categorías nosológicas se realiza a través del programa de ordenador CATEGO-ID. Con él se pueden obtener "outputs" de distinto nivel de complejidad. El nivel diagnóstico más complejo es el de las Clases CATEGO con sus correspondientes equivalentes CIE-9. También se pueden obtener "outputs" intermedios, como por ejemplo, los constituidos por las 38 categorías sindrómicas, e incluso una categorización del entrevistado en 8 niveles de probabilidad de ser "caso" (Índice de Definición —ID—).

Los análisis realizados sobre el comportamiento del PSE-9 han revelado que esta entrevista alcanza en las pruebas de "test/retest" y "entrevistador/co-entrevistador" altos niveles de fiabilidad (37,39,40). Desde su adaptación al español, el PSE-9 ha sido ampliamente utilizado en nuestro país, sobre todo en estudios de tipo comunitario (53,54,55).

Entrevistas psiquiátricas de última generación

Nos referimos a dos entrevistas psiquiátricas estructuradas que ha sido recientemente desarrolladas dentro de un programa conjunto de colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration —ADAMHA— (56,57). Uno de los objetivos de dicho programa fue desarrollar dos instrumentos de exploración psiquiátrica que, válidos para ser utilizados a nivel internacional y con los nuevos sistemas nosológicos (CIE-10; DSM-III-R), estuvieran dirigidos primariamente a ser aplicados, uno en muestras de pacientes (SCAN) y el otro en estudios de población general (CIDI). A continuación describiremos brevemente las características de cada uno de ellos.

The Composite International Diagnostic Interview —CIDI— (10,24,58)

Se trata de una entrevista psiquiátrica exhaustiva y totalmente estructurada dirigida a evaluar las alteraciones mentales en base a las definiciones y criterios adoptados en la CIE-10 y DSM-III-R (24). Se partió para su desarrollo, fun-

damentalmente, del Diagnostic Interview Schedule (DIS) y del Present State Examination (PSE-9), incorporando también las experiencias adquiridas en la utilización transcultural de dichas entrevistas. El objetivo fundamental del CIDI es posibilitar la realización, a nivel internacional, de exploraciones psicopatológicas fiables en estudios epidemiológicos, aunque también se pretende que pueda ser utilizada en otros campos de la investigación en salud mental, e incluso en la actividad clínica (10,24,58).

Con objeto de reducir al máximo la "varianza de criterio" se decidió mantener el formato de entrevista totalmente estructurada propio del —DIS—, adaptando a dicho formato también los ítems tomados del PSE-9. Con ello se garantizó no sólo la recogida estandarizada de información en medios culturales muy dispares, sino también que la entrevista pudiera ser utilizada por entrevistadores sin conocimientos psicopatológicos y con un entrenamiento no superior a una semana. Se incorporaron así en ella exclusivamente preguntas cerradas, las cuales han de ser leídas, sin cambios ni aclaraciones, por el entrevistador, y con una formulación tal que no permite al entrevistador realizar una valoración de la información aportada por el entrevistado. Con objeto de evitar una identificación exageradamente alta de psicopatología se excluyen de ella ítems que pudieran hacer referencia a problemas de la vida diaria y a síntomas de enfermedades somáticas de características similares a las de los trastornos psiquiátricos. La entrevista adopta un formato arboriforme con preguntas claves que establecen el camino a seguir en la exploración, permitiendo saltar ítems o secciones que no se consideran relevantes. Este formato está diseñado de tal manera que, sin necesidad de introducir juicios valorativos por parte del entrevistador, verifica la presencia de los criterios precisos para la formulación computarizada de las distintas categorías diagnósticas.

El CIDI contempla cinco tipos de puntuación: i) ausente; ii) presente, en un nivel subclínico de severidad; iii) presente, pero debido a la ingesta de drogas; iv) presente, pero debido a una causa orgánica; v) claramente presente. Las puntuaciones así obtenidas son analizadas a través de un programa de ordenador capaz de elaborar diagnósticos compatibles con la CIE-10 y la DMS-III-R. Posee además esta entrevista una estructura modular que permite su aplicación global o la de áreas específicas. Se ha desarrollado también, junto con la entrevista y el programa informático, un manual de utilización. Las pruebas efectuadas hasta la fecha han revelado que el CIDI posee una fiabilidad "entre entrevistadores" y de "test-retest", para todas las categorías diagnósticas, muy alta, con valores de Kappa superiores al 0,7 (10,58).

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry —SCAN— (25,29)

Se trata de un conjunto de instrumentos, integrados en una entrevista psiquiátrica semiestructurada, dirigidos a evaluar medir y clasificar las alteraciones psicopatológicas y conductuales que se asocian, en el adulto, a los principales trastornos psiquiátricos (25,26). Consta de cuatro componentes; la décima versión del Present State Examination

—PSE-10—; un Glosario de Definiciones Diferenciales; el "Checklist" de Grupos de Ítems —IGC—; y el Cuestionario para la Historia Clínica —CHS—. A su vez, el PSE-10 posee dos partes: la Parte Primera, que abarca los trastornos somatoformes, disociativos, por ansiedad, depresivos y bipolares, los relacionados con las alteraciones de la alimentación y sueño, y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias, incluyéndose también en ella una sección de despistaje de los trastornos de la Parte Segunda; la Parte Segunda, que explora los trastornos psicóticos y las alteraciones cognitivas, así como las alteraciones manifiestas del lenguaje, afecto y conducta. Dispone también el Sistema SCAN de una versión informatizada para profesionales con conocimientos en psicopatología, y de una versión reducida que puede ser administrada por entrevistadores, sin conocimientos en psicopatología, pero que estén convenientemente entrenados en su manejo.

Se ha incorporado también en este instrumento, siguiendo la filosofía del PSE-9, un programa de ordenador (CATEGO-5), capaz de clasificar las alteraciones psicopatológicas detectadas en base a las definiciones y criterios adoptados en la CIE-10 y en la DSM-III-R (9,10). El "output" del CATEGO-5 presenta una serie de opciones, entre las que se incluye: un perfil sintomatológico; un perfil de puntuaciones en "grupos de ítems" (Perfil IGC); un "Índice de Definición" (ID), de estructura similar a la del PSE-9; diagnósticos ICD-10 y DSM-III-R.

El SCAN permite evaluar los siguientes periodos temporales: "Estado Actual" —PS—, que abarca el mes previo a la exploración; "Episodio Representativo" —RE—, que permite seleccionar para evaluación un episodio psicopatológico significativo que se haya dado en un momento previo al PS; "Toda la Vida Previa" —LB— que abarca todo el periodo vital previo al "Estado Actual" —PS—. Si bien todos estos periodos son reconocidos por el CATEGO-5, en un mismo paciente sólo pueden incorporarse en cada evaluación dos de ellos, siendo el "Estado Actual" —PS— el más recomendado.

Aun cuando existen algunas excepciones, en general la mayoría de los ítems se puntúan de acuerdo con las normas especificadas en cuatro escalas de puntuación. De ellas las más relevantes son: la *Escala I*, que está destinada a la mayoría de las secciones de tipo neurótico y posee cuatro niveles de severidad [0-3], junto con puntuaciones específicas para ítems difíciles de evaluar por la presencia de síntomas psicóticos [5], ítems debidos a síntomas físicos [6], rasgos de personalidad [7], e imposibilidad de realizar una adecuada valoración del ítem [8,9]; la *Escala II*, que, con cuatro niveles de severidad [0-3] y una puntuación adicional para ítems difíciles de evaluar por déficits del lenguaje [5] y déficits en la exploración [8,9], cubre la mayoría de los síntomas psicóticos en base a criterios de frecuencia y duración de las experiencias; y la *Escala III*, que abarca las secciones dedicadas a explorar la conducta, el lenguaje y el afecto, y posee tres niveles de severidad [0-2], así como puntuaciones específicas para ítems asociados a una alteración física [6], e ítems debidos a efectos secundarios de medicación [7].

Los estudios de validez y fiabilidad realizados en 20 centros de investigación de distintos países, entre los que se in-

cluía nuestra unidad, revelaron que el SCAN era un instrumento fiable, alcanzando altos niveles de concordancia en la situación de test-retest y entrevistador/co-entrevistador (59). Al mismo tipo de conclusiones se llegó en el análisis de la versión española del instrumento realizada por nosotros (26,60).

ENTRENAMIENTO EN EL PSE-9, CIDI, SCAN

Como se ha especificado estas entrevistas exigen, para su utilización, que el entrevistado haya recibido un entrenamiento formal de una semana de duración en un centro reconocido.

BIBLIOGRAFIA

- Kendal RE, Cooper JE, Gourlay AJ y cols. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry* 1971; 25: 123-130.
- Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ y cols. *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. Oxford University Press. London 1972.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 1975; 132: 1187-1192.
- Ward CH, Beck AT, Mendelson AT y cols. The psychiatric nomenclature: Reasons for diagnostic disagreement. *Archives of General Psychiatry* 1962; 7: 198-205.
- Feighner JP, Robins E, Guze SB y cols. Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry* 1972; 26: 57-62.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry* 1987; 35: 773-782.
- Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1978; 35: 837-844.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition. American Psychiatric Association. Washington DC 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition, Revised. American Psychiatric Association. Washington DC 1987.
- World Health Organization (WHO). Tenth Revision of the International Classification of Diseases (Chapter V — F—). *Mental and Behavioral Disorders*. World Health Organization. Division of Mental Health. Ginebra 1990.
- World Health Organization (WHO). Tenth Revision of the International Classification of Diseases (Chapter V). *Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization. Division of Mental Health. Ginebra 1991.
- Spitzer RL, Skodol AE, Williams JBW y cols. Supervising intake diagnosis: a psychiatric "Rashomon". *Archives of General Psychiatry* 1982; 39: 1299-1305.
- Lipton AA, Simon FS. Psychiatric diagnosis in a state hospital. *Hospital Community Psychiatry* 1985; 36: 368-373.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J y cols. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry* 1978; 38: 381-389.
- Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR y cols. A standardized Psychiatric Interview for use in Community Surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1970; 24: 18-23.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press 1974.
- Hedlung JL, Vieweg BW. Computer generated diagnosis. En: CG Last y M Hersen (Edit). *Issues in Diagnostic Research*. Plenum Press. New York and London 1987.
- Stroebel CF, Glueck BC. The diagnostic process in psychiatry. *Computer approaches*. *Psychiatric Annals* 1972; 2: 58-77.
- Glueck BC, Stroebel DF. Computers in clinical psychiatry. En: HI Kaplan, AM Freeman y BJ Sadock (Edit). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (3.ª edic). Williams & Wilkins. Baltimore 1980; Vol 1: pp 303-316.
- Gulbinat W, Hirschfeld RMA, Jablenski A y cols. Baye's theorem and methods of classification in psychiatry. En: Bartko JJ & Gulbinat W (Edits). *Multivariate statistical methodologies used in the international pilot study of schizophrenia*. National Institute of Mental Health. Series GN N.º 1. DHHS Publications. Washington DC 1980; pp 54-67.
- Fleiss JL, Spitzer RL, Cohen J, Endicott J. Three computer diagnostic methods compared. *Archives of General Psychiatry* 1972; 27: 643-649.
- Wing JK, Bebbington P, Robins LN. What is a case? The problem of definition in psychiatric community surveys. Grant McIntyre. London 1981; pp 50.
- Spitzer RL, Endicott J. Computer Diagnosis in Automated Record Keeping System: A Study of Clinical Acceptability. En: JL Crawford, DW Morgan, DT Gianturco (Eds). *Progress in Mental Health Information Systems: Computer Applications*. Cambridge, MA, Ballinger 1974; pp 73-103.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU y cols. The Composite international diagnostic interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 1069-1077.
- Wing JK, Babor T, Brugha T y cols. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47: 589-593.
- Vázquez-Barquero JL, Gaité L, Díez Manrique JF y cols. Desarrollo y Verificación de la Versión en lengua Castellana de la Entrevista Psiquiátrica SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). En preparación.
- Greist JH, Klein MH, Erdman HP y cols. *Psychiatric Diagnosis by direct patient-computer Interview*. Department of Psychiatry. University of Wisconsin. Madison 1985.
- Lewis G, Pelosi AJ, Glover E y cols. The development of a computerized assessment for minor psychiatric disorder. *Psychological Medicine* 1988; 18: 737-745.
- Copeland J. What is a "case"? A case for what? En: JK Wing, P Bebbington, LN Robins (Edit). *What is a case? The problem of definition in psychiatric community surveys*. Grant McIntyre. London 1981; pp 9-12.
- Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry* 1983; 24: 399-411.
- Robins LN. Epidemiology: Reflections on Testing the Validity of Psychiatric Interviews. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 918-924.
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy LT y cols. A comparison of clinical and Diagnostic Interview Schedule diagnoses: Physician reexamination of lay interviewed cases in the general population. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 657-666.

Información sobre Centros Reconocidos de Entrenamiento en el PSE-9, SCAN, CIDI:

Prof. J. L. Vázquez-Barquero
Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"
Av. Valdecilla, s/n
39008 Santander

Dr. Normal Sartorius
Division of Mental Health.
World Health Organization.
Av. Appia
1211 Ginebra
27 Switzerland

33. Anthony JC, Folstein M, Romanoski AJ y cols. Comparison of lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis. Experience in eastern Baltimore. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 667-675.
34. Grove WM. The Reability of Psychiatric Diagnosis. En: CG Last y M Hersen (Eds). *Issues in Diagnostic Research*. Plenum Press. New York & London 1987; pp 99-119.
35. Grove WM, Andreasen NC, McDonald Scott P y cols. Reliability studies of psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry* 1981; 38: 408-413.
36. Spitznagel EL, Helzer JE. A proposed solution to the base rate problem in the Kappa statistic. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 725-728.
37. Hedlund JL, Viewed BW. Structured Psychiatric Interviews: A comparative Review. *Journal of Operational Psychiatry* 1981; 12: 39-67.
38. Helzer JE. Standardized interviews in psychiatry. *Psychiatric Developments* 1983; 2: 161-178.
39. Thompson Ch. *The Instruments of Psychiatric Research*. J Wiley & Sons Ltd. Chichester. 1989.
40. Wetzler S. *Medición de las Enfermedades Mentales: Evaluación Psicométrica para los Clínicos*. Ancora. Barcelona 1989.
41. Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Madoz V. The interaction between physical and neurotic morbidity in the community. *British Journal of Psychiatry* 1981; 139: 328-335.
42. Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Madoz V. The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1982; 65: 161-170.
43. Vázquez-Barquero JL, Padierna Acero JA, Ochoteco A, Díez Manrique JF. Mental illness and ischaemic heart disease: Analysis of psychiatric morbidity. *General Hospital Psychiatry* 1985; 7: 15-20.
44. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J y cols. Psychiatric morbidity among medical out-patients in Spain: A case for new methods of classification. *Journal of Psychosomatic Research* 1988a; 32: 355-364.
45. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Jiménez-Aznárez A, Sancho MA. Emotional disturbances in endocrine patients: Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28). *British Journal of Psychiatry* 1988b; 152: 807-812.
46. Arias Bal M, Vázquez-Barquero JL, Peña C, Miró J, Berciano J. Psychiatric Aspects of Multiple Sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 83: 292-296.
47. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorders in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine* 1992; 22: 465-487.
48. Robins LN, Helzer JE, Ratcliff KS y cols. Validity of the Diagnostic Interview Schedule, version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine* 1982; 12: 855-870.
49. Regier DA, Myers JK, Kramer M y cols. The NIMH epidemiological catchment area program. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
50. Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK y cols. Parent-child agreement on child psychiatric symptom assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1986; 27: 181-190.
51. Burman MA, Karno M, Hough RL y cols. The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and comparison with clinical diagnoses. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 1189-1195.
52. Canino GJ, Bird HRM, Shrout PE y cols. The Spanish DIS: Reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 720-726.
53. Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Quintanal RG, Labrador López M. Two stage design in a community survey. *British Journal of Psychiatry* 1986; 149: 88-97.
54. Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C y cols. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological Medicine* 1987; 17: 227-241.
55. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Comarca del Baix Llobregat. *Informaciones Psiquiátrica* 1990; 120: 111-130.
56. Jablenski A, Sartorius N, Hirschfeld R, Parder H. Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol-and drug-related problems: A research agenda for the 1980's. *Psychological Medicine* 1983; 13: 907-921.
57. World Health Organization (WHO), Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA). *Mental Disorders: Alcohol and Drug Related Problems: International Perspectives on their Diagnosis and Classification*. Excerpta Medica International Congress Series 669. Amsterdam. Elsevier Science Publishers 1985.
58. Janka A, Robins LN, Cottler LB, Early TS. Clinical Observation of Assessment Using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 815-818.
59. World Health Organization (WHO). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Schedule; User Manual; Glosario; Training Manual; Computer Programmes*. World Health Organization. Division of Mental Health. Gineva 1992.
60. Vázquez-Barquero JL, Mavreas V, Arenal A, Wing JK. Evaluación del deterioro cognitivo mediante el Sistema SCAN. XIV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica 1991.