

## EL FORMATO SEMIESTRUCTURADO DE EVALUACION INICIAL Y SU USO EN LIMA Y PITTSBURGH

Dr. DANTE E. WARTHON \* , Dra. CECILIA SOGI \* , Dr. JUAN E. MEZZICH \*\*  
Dr. IGNACIO LOPEZ M. \* , Dr. JORGE CASTRO M. \*

KEY WORDS: *Semi-structured Evaluation — Psychiatric Diagnosis — DSM-III*

PALABRAS CLAVE: *Evaluación Semiestructurada — Diagnóstico Psiquiátrico — DSM-III*

*El FEI es un procedimiento de evaluación psiquiátrico semiestructurado que implica una entrevista estandarizada y flexiblemente programada, permite al evaluador adoptar una actitud fenomenológica, cubre múltiples aspectos claves de la condición clínica, utiliza todas las fuentes de información disponibles y tiene un registro que contiene componentes narrativos y estructurados mutuamente complementarios, que permite una formulación diagnóstica multiaxial y cubre todas las categorías diagnósticas y ejes del DSM III, se describe su origen, desarrollo, características, traducción al español, adaptación para su uso así como también se documenta evaluaciones de diversos aspectos de su implementación tales como: confiabilidad interevaluador valoración de la calidad del registro; aceptabilidad por los clínicos, utilidad de la información y su total aplicación en instituciones de atención integral en Lima y Pittsburgh.*

*Como procedimiento semiestructurado el FEI no es apropiado para algunos propósitos (p. e. estudios epidemiológicos con entrevistadores no psiquiatras, investigaciones de ciertos síndromes psiquiátricos específicos en condiciones experimentales).*

*Sin embargo, dado su aplicabilidad general en la atención del paciente y la basta información que recoge, el FEI es un instrumento promisor para estudios naturalísticos de los sistemas diagnósticos y aspectos relacionados en su contexto clínico real.*

---

\* Del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" - Lima, Perú.

\*\* Del Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh, Pensilvania, U.S.A. Los autores desean expresar su reconocimiento a los Dres. Javier Mariátegui y Alberto Perales por su apoyo y sugerencias, al Ingeniero Sr. Joaquín Novara, por su asistencia en el análisis de los datos, a los Dres. J. Guarníz, Noé Yactayo y G. Valdiviezo, por su colaboración en las entrevistas, todos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; así como a la Dra. Ada Mezzich por sus sugerencias, al Sr. Gerald Coffman por su apoyo estadístico y a la Srta. Carol Cettings por su ayuda mecanográfica, ellos de la Universidad de Pittsburgh.

Trabajo presentado en el Congreso: Clasificación Internacional en Psiquiatría: Unidad y Diversidad, organizado por la Sección de Nomenclatura y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Mundial, Montreal, Canadá, 25 - 28 Junio de 1985.

## The Semi-structured Initial Evaluation Form and its Use in Lima and Pittsburgh

*The IEF a semi-structured psychiatric evaluation procedure which involves a standardized and flexible schedule interview, allows a phenomenological attitude in the evaluator, covers several key aspects of the clinical condition, uses all sources of information available and has a recording format that contains structured and narrative components complementing each other. It yields a multi-axial formulation covering all diagnostic categories and axes of DSM III.*

*The IEF was originally developed at the WPIC, University of Pittsburgh, and was then implemented as the first component of that institution's Clinical information system. The peruvian NIMH carried out the translation and adaptation of that instrument through the participation of an international panel of bilingual psychiatrists, including the 1982 versión and its manual.*

*Adequate levels of reliability, clinician acceptability, informational usefulness and full implementation in comprehensive institutions in Lima and Pittsburgh have been documented for this instrument.*

*As a semi-structured procedure, the IEF is not appropriate for a number of purposes (e. g., community survey conducted by laymen, investigations of certain specific syndromes in laboratory settings). However, given its general applicability in patient care and broad informational coverage, the IEF appears to be a promising instrument for the naturalistic stud of diagnostic systems and related processes in a real clinical context.*

### INTRODUCCION

Existe un interés cada vez mayor en el campo de la Salud Mental en mejorar la calidad del proceso diagnóstico, y esta preocupación se traduce en la destacada tendencia a "estructurar" la entrevista diagnóstica por ejemplo controlando algunas de sus fuentes de variabilidad. En efecto, un número de observaciones y estudios (Climent, Plutchik y Estrada, 1975; Greist, Van Cura, y Kreppreth, 1973; Helzer, 1981; Kiernan, McCreadie, y Flanagan, 1976; Saghir, 1971; Weitzel, Morgan, y Guuden, 1973) han documenta-

do que las entrevistas estructuradas tienden a producir una información más cabal y confiable que las entrevistas tradicionales. En esta línea se ha desarrollado una variedad de procedimientos de entrevistas ampliamente conocidas, tales como el Present State Examination (PSE) (Wing, Cooper, y Sartorius, 1974), el Arbeitsgemeinschaft fur Methodik and Dokumentation under Psychiatrie (AMDP system (Schaffter, 1972); the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) Endicott e Spitzer, 1978), and the Diagnostig Interview Schedule (DIS) (Robins, Helzer, Orouahan

*et al.*, 1981); the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Robins, 1985); the Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID) (Spitzer 1985).

Sin embargo, algunos investigadores y clínicos (p. e., Spitzer, Skodol, Williams, Gibbon y Kass, 1982; Ganguli y Saul, 1982), han notado, que las entrevistas estructuradas más ampliamente conocidas son tan rígidamente estructuradas que tienden a interferir con el desarrollo de una relación adecuada con el entrevistado, aspecto particularmente crítico en una situación clínica, por otro lado limitan las posibilidades de sondeo, lo que disminuye la validez de los datos a obtenerse. Otra observación esgrimida se refiere a que tienden a cubrir sólo un número limitado de categorías diagnósticas (Ganguli y Saul, 1962; Robins y Helzer, 1982). Estos problemas destacan la necesidad de aproximaciones semi-estructuradas, así como una clarificación de los complejos aspectos involucrados en la entrevista; por lo cual puede tener un valor esclarecedor la consideración de los tipos fundamentales de entrevistas.

Richardson, Dohrenwend, y Klein (1965) analizaron conceptualmente la diversidad de tareas involucradas en una entrevista, las características personales y conductuales de los entrevistadores, concluyendo que las entrevistas pueden clasificarse primariamente en estandarizadas y no estandarizadas.

*Las entrevistas estandarizadas*

están dirigidas a la obtención de la misma clase de información de cada uno de los examinados, precisan de la especificación previa de todos los items de información requeridos e implica datos formalizados (si no cuantificados); este tipo de entrevista se clasifica a su vez en programada y no programada.

*La entrevista estandarizada programada* se caracteriza por la especificación previa del fraseo y secuencia de las preguntas.

*La entrevista estandarizada no programada* implica la participación de un entrevistador bien adiestrado para variar el fraseo y secuencia de las preguntas en la medida necesaria para elevar la efectividad con cada uno de los entrevistados; este tipo de entrevista asume, primero que no procede un fraseo estándar para todos los entrevistados sino que la entrevista debe ajustarse flexiblemente cuando el examinado muestra incomodidad o resistencia; segundo, que los entrevistadores cuidadosamente entrenados pueden adecuar las preguntas y su secuencia de modo tal que no modifique la obtención de la misma información de todos los entrevistados.

*La entrevista no estandarizada* no se ajusta a ninguno de los requerimientos descritos anteriormente y se usa típicamente en la exploración y el desarrollo de conceptos y la descripción detallada del fenómeno.

Además de los aspectos estructurales relacionados con el proceso de entrevista existen otras conside-

raciones claves a tener en cuenta para el desarrollo de procedimientos adecuados y de evaluación psiquiátrica; entre los que pueden destacar los siguientes: 1) la importancia de la aproximación fenomenológica en el sentido de una actitud empática y sensitiva hacia el paciente (Carpenter y Strauss, 1981); 2) la necesidad de considerar aspectos no sintomatológicos de la condición clínica tales como historia familiar, historia personal y social, funcionamiento adaptativo (Hasselbrock, Stabenau, Hasselbrock, Mirkin, Meyer, 1982) etc.; 3) el uso de todas las fuentes de información disponibles (Brockington y Meltzer, 1982; Spitzer, in press) y 4) la inclusión de descripciones narrativas al lado de los elementos estructurados (Brockington y Meltzer, 1982).

Las consideraciones arriba mencionadas destacan la necesidad de aproximaciones de evaluación semi-estructuradas; como una alternativa de respuesta a estas observaciones, El Formato de Evaluación Inicial, (FEI), que se describe a continuación, representa una contribución al respecto.

#### *Desarrollo del Formato de Evaluación Inicial*

El Formato de Evaluación Inicial (FEI) fue desarrollado originalmente en the Westher Psychiatric Institute and Clinic of the University of Pittsburgh (Mezzich, Dow, Rich Costello y Himmelhoch, 1981) y luego fue implementado como el primer compo-

nente del sistema de información clínica de la mencionada institución (Mezzich, Dow y Coffman, 1981). Más recientemente se concluyó una revisión del instrumento implementándose además un manual para su uso (Mezzich, Coffman y Dow), en prensa.

El FEI, en referencia a la tipología de Richardson *et al.* descrita previamente (1965), es un procedimiento estandarizado flexiblemente programado, ocupa una posición intermedia entre las entrevistas estandarizadas no programadas y aquellas completamente programadas. De un lado, la aproximación del FEI se diferencia de las entrevistas tradicionales descriptivas en que la mayor parte de las informaciones a obtenerse están especificadas y definidas, y contiene algunas guías para la conducción de la entrevista. De otro lado, se diferencia de las entrevistas rígidamente estructuradas en que se recurre a la habilidad de los clínicos bien entrenados para decidir el fraseo, sondeo y de la secuencia de las preguntas.

El procedimiento también alienta una actitud fenomenológica, en el sentido de "estar" con el paciente, lo cual es importante en la elucidación de las experiencias psicopatológicas. En los términos de Jaspers (1963), la descripción psicopatológica requiere el conocimiento profundo del mundo interno de los pacientes, esto es acercarse a la experiencia subjetiva del paciente a través tanto de la comunicación empática como la comprensión intelectual de lo que ver-

baliza. Carpenter y Bartko, y Strauss (1981) señalan que el fundamento científico de la psiquitría se apoya en la observación clínica, y que un error de los métodos de investigación clínica en lograr la esencia fenomenológica es obtener un conocimiento incompleto en la comprensión de la compleja naturaleza de la enfermedad y su tratamiento. De acuerdo con lo mencionado, la relación médico paciente debe considerarse tanto o más importante que la obtención de la información necesaria para formular el diagnóstico.

Otra característica importante del afronte del FEI es que hace uso de todas las fuentes de información disponibles, no sólo el paciente mismo sino también los familiares y allegados, historias clínicas previas, archivos legales y reportes escolares, etc. Se espera por lo tanto que el clínico utilice su juicio profesional y sopesa así la consistencia y confianza de la información obtenida con la finalidad de hacer afirmaciones evaluativas tan precisas como sean posibles.

El formato básico de registro del FEI incluye componentes tanto narrativos como estructurados, que se complementan mutuamente; el componente narrativo permite por su flexibilidad la descripción de las particularidades acerca de la condición del paciente en un lenguaje natural, mientras que el componente estructurado asegura que se cubra sistemáticamente los ítems de información claves.

Asimismo, se especifica la lista de los ítems a ser considerados, y

a través de las instrucciones presentes tanto en el formato como en su manual se proveen las definiciones de los mismos así como las orientaciones correspondientes.

La diagramación paralela de los componentes narrativos y estructurados de las diversas secciones del FEI implementa su mutua complementariedad y facilita su completamiento. Laska (1974) conduciendo una revisión crítica de los sistemas de información clínica halló que los registros estructurados y narrativos completamente separados duplican los esfuerzos del reporte clínico, y puede paradójicamente llevar a una documentación incompleta.

Otra característica importante del FEI es que permite toda la formulación diagnóstica del DSM III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980), incluyendo todas sus categorías y ejes, asimismo es posible el diagnóstico de acuerdo a la ICD-9.

### *SECCIONES DEL FORMATO DE EVALUACION INICIAL*

Las secciones del FEI cubren la mayor parte de los aspectos clínicos que se consideran generalmente importantes para presentar una descripción concisa pero razonablemente comprensiva de la condición del paciente, que sustenta la disposición y las decisiones del manejo inicial.

Las secciones (Ver Tabla 1) incluyen historia y examen psiquiátrico, historia familiar, personal, social y médica general, sumario

**TABLA 1**  
**FORMATO DE EVALUACION INICIAL (FEI)**

<i>Componente Narrativo</i>	<i>Componente Estructurado</i>
Razones para la referencia y evaluación	Información demográfica
Historia de la enfermedad actual	Indicadores de historia psiquiátrica
Observaciones del estado mental	Inventario de síntomas
Historia familiar	Indicadores de historia familiar
Historia personal y social	Indicadores de historia personal y social
Historia médica	Listado de problemas físicos actuales
Sumario narrativo	Sumario diagnóstico
Problemas y recomendaciones	Disposición
Firmas de los evaluadores	Códigos de los evaluadores

diagnóstico y disposición clínica, todo ello organizado paralelamente en componentes narrativos y estructurados.

En un intento de ilustrar las características representativas del FEI se presenta a continuación aspectos estructurados del Inventario de Síntomas, "Historia Personal y Social y el Sumario Diagnóstico".

*El Inventario de Síntomas.* Intenta proveer una delineación general de la psicopatología del paciente, e incluye 64 ítems generales más 22 síntomas suplementarios para niños y adolescentes. Esta evaluación comprende tres delimitaciones temporales: "en el pasado", "el episodio actual" y "durante la entrevista". En relación al "episodio actual" cada síntoma se califica como "ausente", "leve", "moderado" o "severo" de acuerdo a su frecuencia e intensidad.

*La Historia Personal y Social.* Intenta proveer aspectos destacados de la biografía, relevantes para

la comprensión clínica y el tratamiento del paciente. El componente estructurado incide sobre los problemas y déficits, el correspondiente componente narrativo clarifica cualquier anomalía presente y describe los indicadores claves en la historia del paciente y sus recursos personales, familiares y sociales.

*El Sumario Diagnóstico.*— Es una formulación multiaxial que cubre los cinco ejes del DSM III, más un sexto eje, sobre el funcionamiento actual (en el rol ocupacional, con la familia, y otros individuos y grupos). Para cada uno de los ejes tipológicos (I-Síndromes clínicos, psiquiátricos— II - Trastornos de personalidad y específicos del desarrollo y III Trastornos físicos), el formato provee de espacios para una formulación principal de los términos diagnósticos, y códigos respectivos, así como alternativas para descartar.

Para el Eje IV (Estresores Psico-

## FIGURA 1

## SEGMENTO DEL INVENTARIO DE SINTOMAS DEL F.E.I.

INVENTARIO DE SINTOMAS (CONTINUACION)	NUNCA PRESENTE	EN EL PASADO				EPISODIO ACTUAL					
		N = Ausente	S = Presente	? = descono- cido		N = Ausente	1 = Leve	2 = Moderado	3 = Severo	? = Desconocido	DURANTE LA ENTREVISTA
46. <i>Susplicacia</i> , sentimiento de que las cosas no son como deben ser, interpretatividad inapropiada, hipervigilancia y desconfianza.	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	
47. <i>Preocupación somática</i> , hipochondriasis.	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	
48. <i>Indicadores de suicidio</i> deseo de muerte, ideas o intentos suicidas.	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	
49. <i>Ideación homicida</i> .	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	
50. <i>Conducta homicida</i> .	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	
51. <i>Obsesiones y compulsiones</i> , pensamientos repetidos, intrusivos o actos acompañados de un deseo consciente de resistir a ellos.	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	
52. <i>Despersonalización</i> , una experiencia del yo o del entorno como irreales.	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	
53. <i>Sintomas schneiderianos</i> , voces que comentan o discuten los propios actos, o sonorización del pensamiento; experiencia somática "ajena"; enajenación, robo o inserción del pensamiento; sentimientos, impulsos o actos "hechos o introducidos"; percepción delusiva primaria.	○	N	S	?	N	1	2	3	?	S	

sociales), primero se proveen espacios para listar hasta cuatro estresores en orden de importancia y luego su severidad general se califica sobre una escala de 7 puntos.

Similarmente, para el Eje V

(Nivel de funcionamiento adaptativo más alto durante el año anterior) y Eje VI (Funcionamiento actual) la correspondiente calificación se marca sobre una escala lineal presentada en el formato.

## FIGURA 2

## SECCION DE LA HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL DEL F. E. I.

*HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL* (Historia del desarrollo, educacional, conyugal, sexual, militar, ocupacional y legal. Estructura familiar actual y sistema de apoyo social (disponibilidad de confidente, apoyo de grupo y comunitario). Evaluar habilidades, recursos adaptativos y motivaciones pertinentes al planeamiento terapéutico.

	NO	SI	DESCO- NOCIDO
1. Problemas perinatales	N	S	?
2. Retardos en el desarrollo	N	S	?
3. Ruptura familiar o problemas familiares serios durante su crecimiento	N	S	?
4. Dificultades académicas en el colegio	N	S	?
5. Problemas de conducta, de indisciplina y problemas sociales en el colegio	N	S	?

En el manual del FEI, así como en el reverso de la página diagnóstica del formato se consignan instrucciones detalladas para la calificación de los ejes IV, V, y VI, más específicamente que en el DSM III.

*TRADUCCION Y  
ADAPTACION DEL FEI  
PARA SU USO EN EL PERU*

La versión 1980 del FEI fue traducido y adaptado por tres psiquiatras bilingües (I. López Merino, K. Tejada, y Aitor Castillo) en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, Perú.

La traducción y adaptación de la versión 1982 del formato incluyó primero la preparación de un borrador por dos psiquiatras bilingües (Cecilia Sogi y Dante Warthon) de la Institución mencionada; el borrador inicial fue revisado

críticamente por un panel de psicopatólogos bilingües (J. Castro, I. López Merino, J. Mariátegui, J. E. Mezzich, A. Perales, y H. Tovar), y se compararon las sugerencias en base a lo cual se preparó un nuevo borrador que fue revisado nuevamente por el panel. La versión final fue el producto de todo el conjunto de correcciones y sugerencias.

La adaptación del FEI para su uso en el Perú incluyó las siguientes modificaciones: 1) uso de fonemas hispanos apropiados para la evaluación de problemas de articulación del lenguaje. 2) Especificación de educación especial para retardo mental como una modalidad de tratamiento, en la sección de indicadores de historia psiquiátrica. 3) Eliminación de "alta honorable" en la historia del servicio militar, y 4) ajustes en la sección de disposiciones clínicas que reflejan las regulaciones legales

FIGURA 3

SUMARIO DIAGNOSTICO DEL F.E.I.

SUMARIO DIAGNOSTICO

I. <i>Síndromes clínicos psiquiátricos</i> (Instrucciones y códigos al reverso de las páginas 6 y 7)						
Formulación Principal:	Códigos	Alternativas para descartar			Códigos	
1. ....	.....	.....			.....	
2. ....	.....	.....			.....	
3. ....	.....	.....			.....	
4. ....	.....	.....			.....	
II. <i>Trastornos de personalidad y del desarrollo específicos</i> (Instrucciones y códigos al reverso de las páginas 6 y 7)						
Formulación Principal:	Códigos	Alternativas para descartar			Códigos	
1. ....	.....	.....			.....	
2. ....	.....	.....			.....	
III. <i>Trastornos Físicos</i> (Instrucciones al reverso de la página 7)						
Formulación Principal:	Códigos	Alternativas para descartar			Códigos	
.....	.....	.....			.....	
.....	.....	.....			.....	
.....	.....	.....			.....	
IV. <i>Estresores Psicosociales</i> (Instrucciones al reverso de esta página)						
A. Lista en orden de importancia:						
	1.	2.			3.	
	.....	.....			.....	
	.....	.....			.....	
	.....	.....			.....	
B. Severidad total de los estresores:						
	1	2	3	4		
	Ninguna	Mínima	Leve	Moderada		
	5	6	7	0		
	Severa	Extrema	Catastrófica	No Especificada		
V. <i>Nivel de funcionamiento adaptativo más alto durante el año anterior</i> (Instrucciones al reverso de esta página)						
	1	2	3	4		
	Superior	Muy Bueno	Bueno	Regular		
	5	6	7	0		
	Pobre	Muy Pobre	Grosamente Deteriorado	No Especificada		
VI. <i>Funcionamiento actual</i> (Instrucciones al reverso de esta página)						
	Superior	Adecuado	Levemente Deteriorado	Moderadamente Deteriorado	Marcadamente Deteriorado	No Especificado
A. Ocupacional	1	2	3	4	5	0
B. Con la Familia	1	2	3	4	5	0
C. Con otros individuos y grupos	1	2	3	4	5	0

concernientes a la atención de salud mental en el Perú.

## EVALUACION DEL FEI

Se llevó a cabo la evaluación de la confiabilidad interevaluador en el uso del FEI, en base al examen de 24 pacientes por dos psiquiatras asistentes (DW, CS) en el INSM.

En la Universidad de Pittsburgh, se llevó a cabo el mismo estudio en base a la evaluación de 42 pacientes por dos equipos, cada uno conformado por un psiquiatra y una enfermera psiquiátrica. Este tipo de conformación de los evaluadores reflejan el modo de trabajo usual en ambas instituciones. En ambos casos el método de estudio de la confiabilidad interevaluador fue el de evaluación conjunta del paciente pero el registro del FEI fue completado independientemente por los evaluadores.

Para ilustrar los hallazgos del estudio, la Tabla 2 presenta los coeficientes de correlación intraclass, que mide la confiabilidad del inventario de síntomas del FEI, dividido en secciones. El coeficiente de confiabilidad general fue 0.78 en Lima, y 0.57 en Pittsburgh.

En la Tabla 3 se presenta la confiabilidad interevaluador de los diversos ejes del sumario diagnóstico del FEI. La confiabilidad de los ejes sindrómicos psiquiátricos fue 0.80 en Lima, y 0.60 en Pittsburgh. En ambas instituciones se obtuvieron índices similares de confiabilidad para los ejes de funcionamiento adaptativo, los índi-

ces más bajos se obtuvieron en la calificación de la severidad general de los estresores. Estos hallazgos reflejan probablemente los diferentes niveles de claridad conceptual y la especificidad de la escala de estos ejes cuantitativos.

Los hallazgos de confiabilidad, fueron más altos en Lima que en en Pittsburgh. Esto refleja probablemente los diferentes tipos de evaluadores implicados en ambas instituciones, es decir, solamente psiquiatras en Lima, y un equipo de enfermera y psiquiatra en Pittsburgh, así como el hecho que los dos psiquiatras que llevaron a cabo las evaluaciones en Lima, están bien familiarizados con el procedimiento del FEI, tanto en su instrumentación como en su traducción y adaptación.

El segundo estudio evaluativo consistió en la evaluación de la calidad del FEI de acuerdo a un panel conformado mayormente por clínicos que utilizan el FEI en el INSM y en la Universidad de Pittsburgh. Los clínicos valoraron la primera versión del FEI en relación a cuatro variables (Organización del formato, claridad de los ítems, fidelidad con la que reflejan la condición del paciente, factibilidad y funcionalidad). Cada uno medido sobre una escala de 4 puntos (muy bueno, moderadamente bueno, deficiente, y muy deficiente). (Ver Tabla 4). En general, el 71 al 100% de las calificaciones fueron para los niveles más altos, y de estos la gran mayoría evaluaron formatos en el nivel muy bueno.

TABLA 2

## CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE SINTOMAS DEL FEI

Secciones	Lima	Pittsburgh
	(N = 24)	(N = 42)
	r	r
Vegetativa, uso de sustancias, caracterológica	0.95	0.56
Apariencia general y conducta	0.71	0.55
Patrones del lenguaje y pensamiento	0.84	0.59
Humor y afecto	0.80	0.64
Contenido del pensamiento y percepción	0.76	0.67
Funciones cognitivas	0.64	0.42

NOTA: r = Coeficiente de correlación intraclassa

TABLA 3

## CONFIABILIDAD DE LA FORMULACION DIAGNOSTICA DEL FEI

EJES	Lima	Pittsburgh
	(N=24)	(N=42)
I. Síndromes clínicos (K)	0.80	0.60
II. Trastornos de personalidad (K)	1.00	0.61
III. Trastornos físicos (K)	0.92	0.66
IV. A. Estresores Psicosociales específicos (K)	0.68	0.55
B. Severidad global de los estresores (r)	0.65	0.32
V. Nivel de funcionamiento más alto durante el año pasado (r)	0.73	0.72
VI. Funcionamiento actual (r)	0.74	0.72

NOTA: K = Kappa r = coeficiente de correlación intraclassa.

TABLA 4

## PERCEPCION DE LOS CLINICOS SOBRE LA CALIDAD DEL FEI

Variables exploradas	Muy bueno o moderadamente bueno*	
	Lima %	Pittsburgh %
Organización del formato	79	98
Claridad de los items	71	100
Descripción fiel de la condición del paciente	93	99
Factibilidad y facilidad en su uso	100	89

\* Los 2 niveles más altos en una escala de 4 puntos.

Se obtuvo una información adicional sobre la conveniencia y utilidad del FEI en estudios de inspección de una muestra representativa de formatos completados rutinariamente; llevado a cabo por el comité de auditoría médica de ambas instituciones. Ellos hallaron que la mayor parte de las secciones e ítems del FEI habían sido completados satisfactoriamente estimando que el promedio general de completamiento alcanzó el 89% en Lima y 78% en Pittsburgh. En relación al valor de la documentación diagnóstica del FEI se halló que el 94% de los casos en Lima y 91% en Pittsburgh, la información clínica registrada en las páginas del formato era adecuada para satisfacer los criterios requeridos para los diagnósticos formulados de acuerdo al DSM III.

### *ENTRENAMIENTO E IMPLEMENTACION*

El entrenamiento de los evaluadores clínicos para una apropiada conducción de la evaluación psiquiátrica con el afronte del FEI, requiere de un programa continuado en la medida que implica la orientación de los nuevos grupos de evaluadores así como actividades de repaso. El manual preparado para el uso del formato es un elemento indispensable para este programa de adiestramiento; el programa consiste típicamente en lo siguiente: 1) Revisión teórica de los tópicos referentes a evaluación diagnóstica, el enfoque y las secciones del FEI.

2) Demostración de técnicas de entrevistas por clínicos expertos.

3) Práctica individual con pacientes en vivo y entrevistas video-grabadas, seguido de discusión con el grupo sobre las calificaciones del caso.

4) Monitorización de todos los FEI completados por clínicos administrativos quienes luego retroalimentan a los evaluadores clínicos en caso necesario, y 5) Revisión periódicas y discusiones en grupo de FEI escogidos al azar.

Actualmente, el FEI está siendo utilizado como instrumento de evaluación de todos los pacientes nuevos que se presentan para su atención tanto en el INSM como en la Universidad de Pittsburgh. En Lima, todas las evaluaciones son practicadas ya sea por psiquiatras asistentes o residentes mientras que en Pittsburgh, ello está a cargo de un equipo conformado por evaluadores primarios (generalmente una enfermera especialmente entrenada, un residente de psiquiatría o un interno de psicología) y un psiquiatra supervisor.

Todos los FEI completados son examinados por empleados de archivo para asegurar el completamiento y claridad de la codificación, luego la información estructurada del FEI es computarizada como parte del sistema de información clínica de la institución, esto permite que se esté desarrollando continuamente un banco de datos, el cual a mediados de 1985 alcanzó a más de 13,000 pacientes evaluados desde 1980 en el WPIC en

TABLA 5

## SINTOMAS ACTUALES MAS FRECUENTES

<i>Síntomas frecuentes</i>	<i>Lima</i> ( <i>N=103</i> ) %	<i>Pittsburgh</i> ( <i>N=174</i> ) %
Hiposomnía	81	74
Apetito disminuido	76	66
Humor depresivo	67	80*
Ansiedad generalizada	64	62
Retraimiento	61	65
Peso disminuido	60	46*
Pobre concentración	53	72**
Indicadores de suicidio	39	60**
Baja autoestima	28	60***

Diferencia estadísticamente significativa

$P < 0.05$  (\*);  $< 0.01$  (\*\*);  $< 0.001$  (\*\*\*)

Pittsburgh, y alrededor de 4,500 pacientes vistos desde 1982 en el INSM.

#### UTILIDAD DE LA INFORMACION DEL FEI

La información obtenida con el FEI puede ser usada para mejorar la atención del paciente, responder a interrogantes de investigación clínico-epidemiológico incluyendo aquellas referentes a diagnósticos y clasificación, y facilitar el trabajo administrativo.

Para ilustrar algunos de los hallazgos esclarecedores que puede obtenerse de los datos basales del FEI se presenta a continuación los resultados del análisis efectuado sobre dos muestras de pacientes psiquiátricos generales, 103 en Lima, y 174 en Pittsburgh. En relación a la distribución por grupos de edades, en la muestra peruana el

47% de los pacientes estaban entre 18-29 años y solamente el 7% fueron de 60 años o más, mientras que en la muestra norteamericana los mismos grupos de edad fueron el 31% y 20%, respectivamente, lo cual refleja a grosso modo las diferentes distribuciones etáreas en las dos ciudades.

La Tabla 5 presenta los síntomas actuales más frecuentes en ambas muestras. La hiposomnía y el humor depresivo fueron los primeros síntomas en ambas muestras, reflejando así una considerable similitud trans-nacional. De otro lado disminución de la autoestima, indicadores de suicidio, dificultad en la concentración y humor depresivo (todos síntomas psicológicos) fueron significativamente más frecuentes en la muestra de Pittsburgh, mientras que la pérdida de peso (un signo físico) fue

T A B L A 6

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SINDROMES CLINICO-PSIQUIATRICOS (LISTADOS COMO PRIMARIO, SECUNDARIO, TERCARIO Y CUATERNARIO EN EJE I, DSM III)

<i>Síndromes clínico - Psiquiátricos</i> <i>Eje I del DSM III</i>	<i>Lima</i> ( <i>N=103</i> ) %	<i>Pittsburgh</i> ( <i>N=174</i> ) %
Trastorno mental orgánico	4	6
Trastorno por abuso del alcohol	9	15
Abuso de otras sustancias	4	7
Trastornos esquizofrénicos	17	6*
Otros trastornos psicóticos	8	2
Trastorno bipolar	4	6
Depresión mayor, episodio único	16	17
Depresión mayor, recurrente	11	21*
Trastorno distímico	11	11
Trastorno fóbico	3	0
Estados de ansiedad	11	4*
Trastornos somatomorfos	2	2
Trastornos psicosexuales	4	0*
Trastornos de ajuste	10	6
Otros trastornos psiquiátricos	3	14
Diferido o sin diagnóstico	3	8

\* Diferencia estadísticamente significativa a  $p < 0.05$

T A B L A 7

CATEGORIAS MAYORES DE ESTRESORES PSICOSOCIALES

<i>Categorías mayores</i>	<i>Lima</i> ( <i>N=103</i> ) %	<i>Pittsburgh</i> ( <i>N=174</i> ) %
Salud	28	26
Amor y matrimonio	23	36*
Parental	10	16
Otras relaciones familiares	12	13
Ambiente físico	9	16
Trabajo	8	30***
Académico	8	6
Económico	7	16*
Duelo	7	14
Otros	11	30***
No estresores	29	8***

Diferencia estadísticamente significativa a  $p < 0.05$  (\*);  $p < 0.01$  (\*\*);  $p < 0.001$  (\*\*\*)

significativamente más frecuente en Lima.

La Tabla 6 presenta la frecuencia de los diagnósticos en el Eje I, en las muestras de Lima y Pittsburgh. Como se observa, a pesar que las muestras fueron relativamente pequeñas, se cubrieron la mayor parte de las clases diagnósticas en el Eje I. En Lima los más frecuentes fueron esquizofrenia, trastorno de ansiedad, y trastornos psicosexuales; mientras que la de-

presión mayor recurrente fue más frecuente en Pittsburgh.

Finalmente, la Tabla 7 presenta comparativamente la distribución de las categorías mayores de estresores psicosociales. Se identificaron significativamente más estresores en la muestra de Pittsburgh, siendo aquellos relacionados con el trabajo, amor, y matrimonio y los problemas financieros, los estresores diferenciales más frecuentes.

#### R E F E R E N C I A S

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ra. ed.) (DSM-III). Washington, D. C., APA.
- BROCKINGTON, I. F.; MELTZER, H. Y. (1982): "Documenting an episode of psychiatric illness: Need for multiple information sources, multiple raters, and narrative". *Schizophrenia Bulletin*, 8: 485-492.
- CARPENTER, W. T.; STRAUSS, J. S.; BARTKO, J. J. (1981): "Beyond diagnosis: The phenomenology of schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 138: 948-953.
- CLIMENT, C. E.; PLUTCHIK, R.; ESTRADA, H. *et al.* (1975): "A comparison of traditional and symptom—checklist—based history". *American Journal of Psychiatry* 132: 450-453.
- ENDICOTT, J.; SPITZER, R. L. (1978): "A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia". *Archives of General Psychiatry*, 35: 837-844.
- GANGULI, M.; SAUL, M. C. (1982): "Diagnostic interview schedule". (Letter to the Editor). *Archives of General Psychiatry*, 39: 1442-1444.
- GREITA, J. H.; VAN CURA, L. J.; KNEPRETH, N. P. (1973): "A computer interview for emergency room patients". *Computer Biomedical Research* 6: 254-265.
- HELZER, H. E.; ROBINS, L. N.; TAIBLESON, M. *et al.* (1977): "Reliability of psychiatric diagnosis: A—A methodological review". *Archives of General Psychiatry* 34: 129-133.
- HELZER, J. E. (1981): "The use of a structured diagnostic interview for routine psychiatric evaluation". *Journal of Nervous and Mental Disease* 169: 45-49.
- HESSELBROCK, V.; STABENAU, J.; HESSELBROCK, M.; MIRKIN, P.; MEYER, R. (1982): "A comparison of two interview schedules. The schedule for affective disorders and schizophrenia. Life time and the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule". *Archives of General Psychiatry*, 39: 674-677.
- JASPERS, K. (1963): *General Psychopathology*. Translated by Hoening J. and Hamilton M. W. Chicago, University of Chicago Press.
- KIEMAN, W. E. S.; MCCREADIE, R. G.; FLANAGAN, W. L. (1976): "Trainee's competence in psychiatric case writing". *British Journal of Psychiatry* 129: 107-172.
- LASKA, M. L. (1974): *The multi-state information system, in Progress in Mental Health Information Systems*. Edited by

- Crawford J. L., Morgan D. W.; Gianturio, D. T. Cambridge, Mass., Ballinger.
- MEZZICH, J. E.; COFFMAN, J. A.; DOW, J. T. "Computarized initial and discharge evaluations". In: Mezzich, J. E.: *Clinical Care and Information Systems in Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, D. C. (In press).
- MEZZICH, J. E.; DOW, J. T.; COFFMAN, G. A. (1981): "Developing an efficient clinical information system for a comprehensive psychiatric institute". I. Principles, designs and organization. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 13: 459-463.
- MEZZICH, J. E.; DOW, J. T.; RICH, C. L. et al. (1981): "Developing an efficient clinical information system for a comprehensive psychiatric institute". II. Initial Evaluation Form. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 13: 464-478.
- RICHARDSON, S. A.; DOHRENWEND, B. S.; KLEIN, D. (1965): *Interviewing: Its Forms and Function*. Basic Book, New York.
- ROBINS, L. N. (1985): Composite international diagnostic interview. Paper presented at the 138th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Dallas, May 21.
- ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; CROUGHAN, J. L.; RATCLIFF, K. (1981): "The NIMH Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity". In: What is a case? The problem of definition in psychiatric community surveys. Ed.: Wing J. K., Bobbington P. and Robins L. N.; London Grant McIntyre.
- ROBINS, I. N.; HELZER, J. E. (1982): "Diagnostic interview schedule. Letters to the Editor". *Archives of General Psychiatry*, 39: 1443-1445.
- SAZHIR, M. T. (1971): "A comparison of some aspects of structured and unstructured psychiatric interviews". *American Journal of Psychiatry*, 128: 180-184.
- SCHARFETTER, C. (Ed.) (1972): *Das AMDP System. Manual zur dokumentation psychiatrischer Befunde*, 2da. ed., Springer, Berlin.
- SPITZER, R. L. *Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary?* Comprehensive Psychiatry. (In press).
- SPITZER, R. L.; SKODOL, A. E.; WILLIAMS, J. B.; GIBBON, M. and KASS, F. (1982): "Supervising intake diagnosis: A psychiatric "Rashmon". *Archives of General Psychiatry* 39: 1299-1305.
- SPITZER, R. L. (1985): Structured clinical interview for diagnosis. Paper presented at the 138th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Dallas, May 21.
- WEITZEL, W. D.; MORGAN, D. W.; GUYDEN, T. E. et al. (1973): "Toward a more efficient mental status examination". *Archives of General Psychiatry* 28: 215-218.
- WING, J. K.; COOPER, J. E.; SARTORIUS, N. (1974): *The Description and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the Present State Examination and CATEGO System*. London, Cambridge University Press.

Dirección Postal  
 Jr. Pedro Conde 160  
 Lince, Lima