

VALIDACION POR MEDIO DEL DIS DEL DIAGNOSTICO DE DEPRESION HECHO POR ENFERMERAS DE UN PROGRAMA DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA.

KIMPEI MINOBE * TADAHIKO SATO **

KEY WORDS: *Depression — Community Psychiatry — DIS*

PALABRAS CLAVE: *Depresión — Psiquiatría comunitaria — DIS*

Mediante el DIS (Diagnostic Interview Schedule), instrumento para el diagnóstico automatizado de los trastornos mentales, se intentó validar el diagnóstico de depresión hecho previamente por enfermeras de los Centros Periféricos de consulta externa del INSM. En 21 (61.8%) de los 34 pacientes estudiados, se confirmó el diagnóstico inicial. En 6 pacientes, el DIS no detectó patología diagnóstica y 7 se trataron de casos no depresivos con otros diagnósticos. Los síntomas depresivos predominantes fueron disforia, insomnio y pensamientos relacionados con la muerte.

Validation using the DIS of the clinical diagnosis of depression made by nurses of a Program of Community Psychiatry

Using the Diagnostic Interview Schedule (DIS), an instrument for the automatized diagnosis of mental disorders, we tried to validate the clinical diagnosis of depression previously made by nurses of the Peripheral Centers for outpatients of the INSM (NIMH). In 21 of the 34 studied patients, the initial diagnosis was confirmed. In 6 patients, the instrument did not detect significant pathology, and 7 were non depressive cases with other diagnosis. Most conspicuous depressive symptoms were dysphoria, insomnia and death related thoughts.

* Jefe de la Misión Japonesa (INSM, Lima) Departamento de Neuro-Psiquiatría, Facultad de Medicina, Keio University (Tokyo).

** Experto de la Misión Japonesa ((INSM, Lima) Departamento de Neuro-Psiquiatría, Facultad de Medicina, Keio University (Tokyo).

Introducción

La depresión es una condición clínica de alta prevalencia. Estadísticas norteamericanas y británicas señalan que aproximadamente el 15% de la población general tendrá, en algún momento de su vida, una depresión severa (4). Esto se refleja también en la población tratada, tanto en centros psiquiátricos cuanto en hospitales generales. El diagnóstico de este trastorno, que constituye una realidad clínica con una constelación sintomatológica definida, enfrenta dificultades en relación a los instrumentos clínicos y sistemas de clasificación utilizados para su identificación. Es decir, la metodología de la investigación requiere que los instrumentos y las clasificaciones deben ser válidas y confiables para su aplicación.

A este respecto, la psiquiatría cuenta con una serie de instrumentos para su evaluación y cuantificación. Entre los más conocidos están los desarrollados por Beck, Hamilton y Zung, recientemente estandarizados para su uso en nuestro medio (5). Sin embargo, resultan insuficientes cuando se trata de practicar diagnósticos nosológicos, para lo cual se requieren

otros datos, tales como factores precipitantes, curso evolutivo, pronóstico, respuesta al tratamiento, antecedentes personales y familiares, más aún para los fines de diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales.

Si bien el criterio clínico no es reemplazable por instrumentos de medición, recientemente se han diseñado algunos, con auxilio de la tecnología computarizada (Cuadro Nº 1).

Los dos últimos permiten, además, un estudio longitudinal en la ocurrencia del trastorno.

Justificación y objetivos del estudio

El Programa de Psiquiatría Comunitaria del INSM opera en 7 Centros Periféricos de Salud, 3 ubicados en los distritos de Independencia y 4 en San Martín de Porras. El equipo liderado por Castro de la Mata está conformado por médicos y enfermeras entrenadas para la atención en salud mental comunitaria con experiencia de trabajo de más de 5 años. El programa opera con un modelo de delegación de funciones, en el cual las enfermeras ejercen tareas diagnósticas y terapéuticas bajo la supervisión de psiquiatras.

CUADRO Nº 1

Instrumentos para diagnóstico automatizado de desórdenes mentales

1970	:	PSS	(Psychiatric Status Schedule)
1972	:	RDI	(Renard Diagnostic Interview)
1974	:	PSE	(Present State Examination)
1977	:	SADS	(Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia)
1980	:	DIS	(Diagnostic Interview Schedule)

Castro de la Mata, en el año 1983. hizo una exposición de los datos estadísticos obtenidos en los 7 centros periféricos que comprendían el período de agosto de 1980 a junio de 1982 (2). En este trabajo se reportó que el 54% de todos los pacientes atendidos correspondían al grupo depresivo. Este porcentaje indica una tasa alta de este trastorno. Sin embargo, este diagnóstico fue hecho principalmente por las enfermeras de tales centros como lo estipula el Programa de Psiquiatría Comunitaria, por lo que se consideró necesario hacer un estudio para validar los diagnósticos obtenidos por criterio clínico comparándolos con los logrados a través de la aplicación de instrumentos específicos. Así, la presente investigación tiene como objetivo comparar los diagnósticos clínicos de depresión y los diagnósticos mediante la aplicación del DIS a los mismos pacientes, con la finalidad de establecer la validez concurrente de ambos. Se intenta, además, analizar la constelación de síntomas depresivos que podrían ser característicos de la población estudiada.

Muestra

Estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en los Centros Periféricos, durante el curso de un año, Enero a Diciembre de 1982. En total fueron 93 (13 varones y 80 mujeres). Sin embargo, aquellos cuyo domicilio exacto pudimos localizar fueron 54. Los pacientes finalmente seleccionados fueron 4 varones y 30 mujeres, cuyas edades fluctuaban entre 18 y 54 años de edad. Las características demográfi-

CUADRO N° 2

Sexo

F	88%
M	12%

Edad

18 — 24 años:	26%
25 — 44 años:	71%
45 — + años:	3%

cas de la muestra se presentan en el Cuadro N° 2.

Instrumento

El Diagnostic Interview Schedule (DIS) es un instrumento para el diagnóstico específico de trastornos mentales. Fue desarrollado por Lee Robins y col. (6) a solicitud del National Institute of Mental Health para un estudio epidemiológico a gran escala en los Estados Unidos. Es un instrumento altamente estructurado, lo cual permite que pueda ser aplicado por investigadores no psiquiatras, luego de un entrenamiento. El número y variedad de los síntomas de posible significado psiquiátrico que se obtienen con el DIS por procedimiento automatizado, son comparados con los criterios diagnósticos de la clasificación americana de trastornos mentales (DSM-III).

La validez aparente (*face validity*) y de contenido (*content validity*) del DIS es alta, lo cual es facilitado por los criterios explícitos del DSM-III, certificado con la garantía de los principales autores del mencionado sistema diagnóstico.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS DIS/DSM—III
EN LA POBLACION DE DEPRIMIDOS

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	% TOTAL	% PARCIAL
TRASTORNOS AFECTIVOS	62	
<i>Trastorno bipolar</i>		3
<i>Depresión mayor</i>		50
<i>Trastorno distímico</i>		9
TRASTORNOS NO AFECTIVOS	21	
<i>Trastorno de pánico</i>		9
<i>Trastorno psicosexual</i>		6
<i>Obsesivo compulsivo</i>		3
<i>Síndrome orgánico cerebral</i>		3
SIN DIAGNOSTICO DIS/DSM-III	17	

Procedimiento

La aplicación del DIS estuvo a cargo de 3 encuestadoras calificadas para su uso, y se les impartió un cursillo especial para los fines de la investigación. Estas encuestadoras, ciegas al diagnóstico clínico, evaluaron a los pacientes en sus domicilios. Cada entrevista realizada fue supervisada por un psiquiatra investigador. El análisis de los datos se realizó en la Unidad de Cómputo del INSM.

Como se observa en el Cuadro, en el 61.8% de los casos los diagnósticos clínicos y los generados por DIS/DSM-III coincidieron en la identificación de la categoría amplia de trastornos afectivos. Los casos no depresivos, que recibieron otros diagnósticos, fueron del 20%. Los otros diagnósticos hallados fueron trastorno de pánico (9%), disfunción psicosexual (6%), desorden obsesivo-compulsivo

(3%); y síndrome orgánico cerebral (3%). Los casos sin ningún diagnóstico de enfermedad mental, según el DIS, fueron el 18%.

Además de estos hallazgos, los trastornos concomitantes al diagnóstico de trastornos afectivos se presentan en el Cuadro N° 4.

CUADRO N° 4

TRASTORNOS ASOCIADOS A LOS
AFECTIVOS

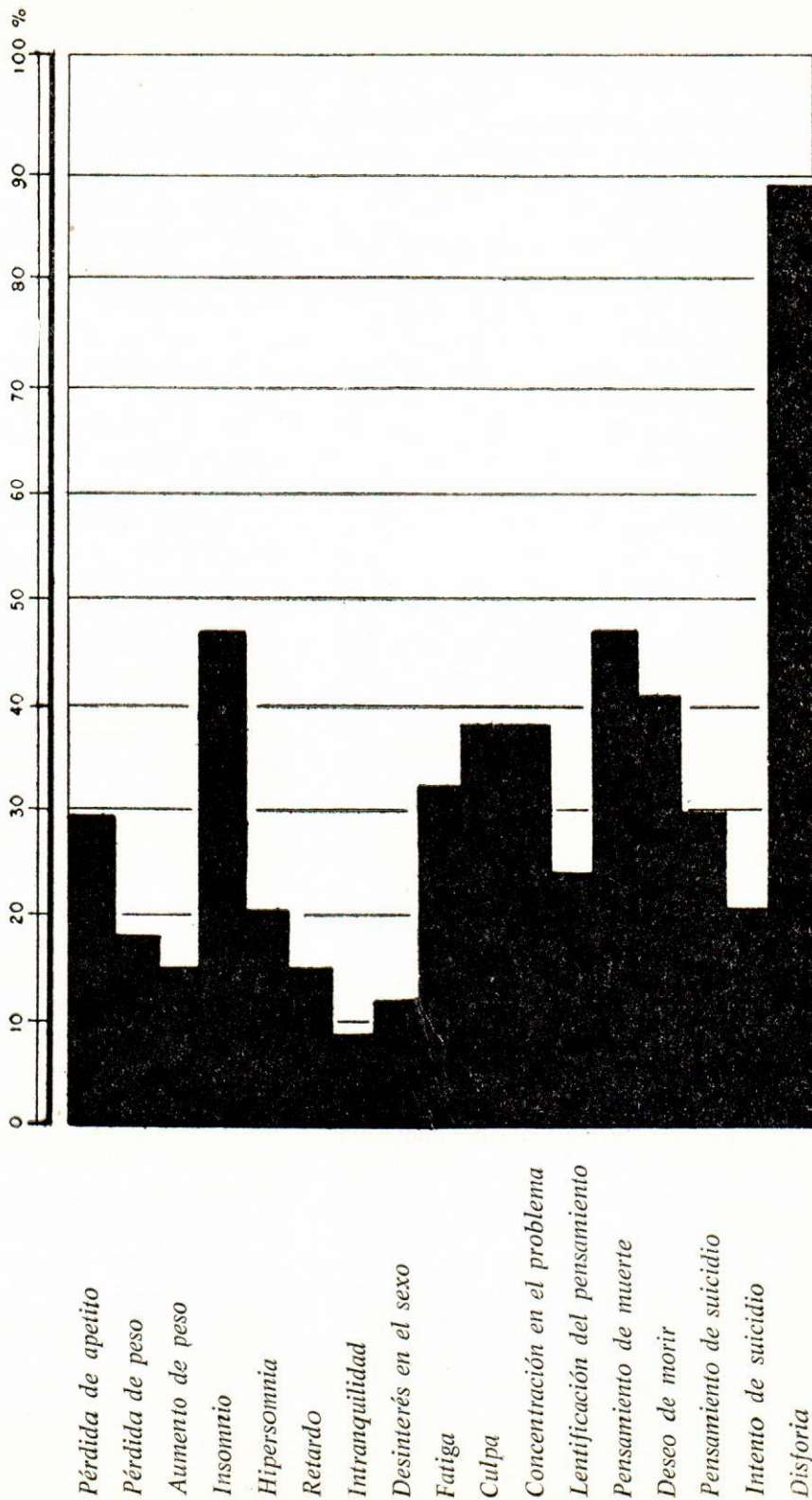
	%
<i>T. pánico</i>	52
<i>Disfunción psicosexual</i>	52
<i>Fobias</i>	29
<i>Obsesivo-compulsivo</i>	29
<i>T. somatización</i>	14

En los casos de diagnóstico validado de depresión encontramos, como síntomas asociados, pánico en 52%;

GRAFICA N° 1

ANALISIS DE DIAGNOSTICOS DE ESTADOS DEPRESIVOS (DSM - III) EN ATENCIONES REALIZADAS POR ENFERMERAS DE SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PERIFERICOS AÑO: 1982

SINTOMAS



disfunción psicosexual en 52%; fobias en 29%; sintomatología obsesivo-compulsiva en 29% y somatización en 14%.

En la Gráfica 1 realizamos el análisis de nueve síntomas depresivos según los criterios A y B de depresión del DSM-III. Se aprecia que el 90% de los pacientes deprimidos tuvieron síntomas de disforia; el 45% mostraron insomnio y pensamientos de muerte.

Comentarios

La principal razón por la cual la muestra se redujo casi a una tercera parte fue por la dificultad de ubicación de los domicilios. Esto se explica porque los distritos de donde proceden los pacientes, aunque tienen trazos urbanos en el plano elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el terreno, muchas calles no tienen nombres o los domicilios no tienen número. Así, aunque se contaba con el nombre de la persona buscada para la entrevista, fue generalmente difícil dar con ella. Cabe también la posibilidad de que un porcentaje de la muestra estudiada estuviera conformado por una población móvil sin domicilio permanente.

La distribución de la población entrevistada por sexo fue predominantemente femenina. Si bien se desconoce la razón exacta de este hallazgo, es una observación común que las mujeres acuden más en busca de atención profesional. Esto es particularmente reconocido en cuanto a cuadros depresivos. Así, se señala una relación hombre: mujer de 8-11% : 18-23%, necesitándose hospitaliza-

ción en una relación de 1:3 (4). La pregunta que surge es: ¿Realmente la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres, o es que ellas aceptan o reconocen con más facilidad sus síntomas y, por ello, existe más probabilidad de que busquen ayuda profesional?

En cuanto a la frecuencia de este diagnóstico, por grupos de edad, la población nos muestra que los trastornos afectivos se presentan en cualquier momento de la vida adulta. Aunque el tamaño de la muestra fue pequeño ($n=34$), consideramos que fue suficiente para los propósitos de la investigación: el corroborar, con un instrumento altamente estructurado, el diagnóstico clínico establecido por las enfermeras. El DIS, específicamente construido para estudios epidemiológicos, es un instrumento diagnóstico útil en investigación porque está diseñado en base a criterios específicos, como se presentan en el DSM-III.

La concordancia diagnóstica de 62%, debemos considerarla alta si nos atenemos a la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico (4).

La evaluación clínica recoge una información descriptiva no limitada a los requerimientos exclusivos del diagnóstico clínico sino incluye también otros, para lograr los fines del planeamiento terapéutico. Los criterios para ser usados en investigación, si bien se basan en la experiencia clínica, tienden a ser más rígidos y excluyentes. Esto sería una probable explicación del porqué no se obtuvo un porcentaje mayor de coincidencia diagnóstica.

Los casos con trastornos no afecti-

vos, tipo pánico y obsesivo-compulsivos, se agrupan en la categoría de trastornos de ansiedad en el DSM-III, siendo una observación clínica que un grupo de pacientes deprimidos tengan síntomas de ansiedad y viceversa (3); esto explicaría el hallazgo presentado. Asimismo existe una condición clínica conocida como pseudodemencia, en la cual el paciente deprimido se presenta con síntomas sugerentes de demencia que ceden con un tratamiento antidepressivo. Lo opuesto se observa también y un paciente con demencia puede recibir un diagnóstico adicional de depresión.

El grupo con diagnóstico de disfunción psicosexual corresponde a inhibición del deseo, excitación u orgasmo, así como a vaginismo funcional en la mujer, e impotencia y eyaculación precoz en el hombre (8).

En la literatura, se menciona que de la tercera a la cuarta parte de los pacientes deprimidos se diferencian de otros casos depresivos por una mayor probabilidad de presentar problemas sexuales o maritales (promiscuidad o frigidez, separación o divorcio) (8). La pregunta que podríamos plantearnos, sin embargo, es: ¿los

problemas sexuales y maritales pueden tratarse en verdad de depresiones, sin que sean clínicamente significativas?

La gráfica nos confirmó que el humor depresivo es el síntoma que casi siempre se relaciona a una depresión clínica.

El grupo sin diagnóstico DIS/DSM-III podría corresponder a trastornos de adaptación con síntomas depresivos, que no diagnostica el DIS.

Conclusiones

1. Se encontró un 61.8% (21 casos) de coincidencia diagnóstica en relación a la evaluación diagnóstica previa realizada por las enfermeras.

2. Los síntomas depresivos más frecuentes de los casos atendidos fueron: disforia, insomnio y pensamientos o deseos de muerte.

3. Los trastornos asociados con los diagnósticos de depresión fueron: trastornos de pánico, disfunción psicosexual, fobia, obsesión-compulsión y somatización.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. A.P.A., Washington.
2. CASTRO DE LA MATA, R. (1982): *Atención primaria de salud en zonas marginales*, Mimeografiado, Ministerio de Salud.
3. HERRERO VELASCO, L.; SABANES NAGRIÑA, F.; PAYES AVELLI, E (1983): *Trastornos depresivos en la práctica diaria*. Hoechst Iberica, Barcelona.
4. KAPLAN, H.I.; FREEDMAN, A.M.; SADOCK, B.J. (1981): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III* William & Wilkins, Baltimore.
5. NOVARA, J.; SOTILLO, C.; WAR-
THON, D.: *Correlación y estandarización de las escalas de depresión de Beck, Hamilton y Zung en Lima Metropolitana*. En prensa.
6. ROBINS, L.N.; HELZER, J.E.; CROUGHAN, J.; RATCLIFF, K.S. (1981): "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. History, characteristics and validity". *Arch. Gen. Psychiatry* 38: 381-389.
7. ROBINS, L.N. (1978): "Psychiatric epidemiology" *Arch. Gen. Psychiatry* 35: 679-702.
8. VAN VALKENBURG, C.; WINOKUR, C. (1979): *Depression Spectrum Disease*. The Psychiatric Clinics of North America, Saunders.

Dirección Postal
Kimpei Minobe
 1330-125 Koshigo e
 Kamakura, Kanagawa
 JAPAN