



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Montoya Gonzalez, Laura Elisa; Restrepo Bernal, Diana Patricia; Mejía-Montoya, Roberto; Bareno-Silva, José; Sierra-Hincapié, Gloria; Torres de Galvis, Yolanda; Marulanda-Restrepo, Daniel; Gómez-Sierra, Natalia; Gaviria-Arbeláez, Silvia
Sensibilidad y especificidad entre la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta versión 3.0 (World Mental Health, CIDI) con la Evaluación Clínica Estandarizada versión I (SCID-I) en la Encuesta de Salud Mental de la ciudad de Medellín, 2012
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 45, núm. 1, enero-marzo, 2016, pp. 22-27
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80646457005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Sensibilidad y especificidad entre la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta versión 3.0 (World Mental Health, CIDI) con la Evaluación Clínica Estandarizada versión I (SCID-I) en la Encuesta de Salud Mental de la ciudad de Medellín, 2012



Laura Elisa Montoya Gonzalez^{a,*}, Diana Patricia Restrepo Bernal^a,
Roberto Mejía-Montoya^b, José Bareño-Silva^a, Gloria Sierra-Hincapié^c,
Yolanda Torres de Galvis^d, Daniel Marulanda-Restrepo^e,
Natalia Gómez-Sierra^f y Silvia Gaviria-Arbeláez^g

^a Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Universidad de Emory, Atlanta, Estados Unidos

^c Sistemas de Información en Salud, Universidad CES, Medellín, Colombia

^d Grupo Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

^e Clínica San Juan de Dios, La Ceja, Colombia

^f Centro de Salud Mental de Envigado, Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Medellín, Colombia

^g Departamento de Psiquiatría, Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de noviembre de 2014

Aceptado el 6 de julio de 2015

On-line el 28 de agosto de 2015

Palabras clave:

Entrevista Diagnóstica Internacional
Compuesta

Entrevista clínica estructurada
para el DSM-IV

Trastorno afectivo bipolar

Dependencia de drogas

Depresión mayor

R E S U M E N

Introducción: El abordaje de los problemas de salud mental de la población colombiana hace necesario disponer de instrumentos diagnósticos válidos, fáciles de aplicar y comparables (local e internacionalmente).

Objetivo: Comparar la sensibilidad y la especificidad diagnóstica entre el CIDI 3.0 y el SCID-I para el trastorno depresivo mayor, el trastorno afectivo bipolar I y II y el trastorno por dependencia de sustancias.

Metodología: Estudio transversal que comparó en 100 sujetos las prevalencias de vida de tres trastornos mentales por medio del CIDI 3.0 y el SCID-I. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética Institucional. Se midieron la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo (con sus respectivos intervalos de confianza del 95%) de las dos entrevistas diagnósticas. Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS® versión 21.0.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauraelisamontoya@gmail.com (L.E. Montoya Gonzalez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.001>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Resultados: La mediana de edad fue 43,5 [intervalo intercuartílico, 30] años. La sensibilidad (Se) y la especificidad (Es) más altas se observaron en el diagnóstico de trastorno por dependencia de drogas —Se, 80% (IC95%, 34,94%-100%); Es, 98,46% (IC95%, 94,7%-100%)—.

Conclusiones: El SCID-I y el CIDI 3.0 mostraron diferentes niveles de sensibilidad y especificidad para los tres trastornos estudiados así: altas para el trastorno por dependencia de sustancias, moderadas para el trastorno afectivo bipolar I y II y bajas para el trastorno depresivo mayor.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sensitivity and specificity between the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (World Mental Health, CIDI) and the Standardised Clinical Evaluation version I (SCID-I) in a mental health survey of the city of Medellin, 2012

A B S T R A C T

Keywords:

Psychiatric Status Rating Scales
Composite International
Diagnostic Interview (CIDI)
Structured Clinical Interview for
DSM-IV (SCID-I)
Bipolar disorder
Drug dependence
Major depression

Introduction: In order to address the mental health problems of the Colombian population it is necessary to have diagnostic tools (local and international) that are valid, easy to apply, and comparable.

Objective: To compare the sensitivity and specificity between the CIDI 3.0 and the SCID-I for major depressive disorder, bipolar I and II disorder, and substance dependence disorder.

Methodology: Cross-sectional study comparing the life prevalence of three mental disorders in 100 subjects using the CIDI 3.0 and the SCID-I. The study was approved by the Institutional Ethics Committee. The two diagnostic interviews were performed that measured by sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value with confidence intervals of 95%. The SPSS version 21.0 software was used for data analysis.

Results: The median age was 43.5 years, with an interquartile interval of 30 years. The highest sensitivity (Se) and specificity (Sp) was observed for drug dependence diagnosis —with 80%, (95%CI, 34.94-100), and 98.46 (95%CI, 94.7-100), respectively.

Conclusions: SCID-I and CIDI 3.0 showed different levels of sensitivity and specificity for the three disorders studied with: high for substance dependence disorder, moderate for bipolar disorder I and II, and low for major depressive disorder.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia 2003, el 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico. Los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia (19,5%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (13,3%)^{1,2}.

Actualmente la carga de la enfermedad psiquiátrica y neurológica en el mundo representa el 10,5%, pero se estima que para el año 2020 será del 15%, equivalente a la carga de enfermedad que tienen las enfermedades cardiovasculares. Desde esta perspectiva, en Colombia en 2015, la depresión unipolar es la primera causa general de consulta³.

Una de las limitaciones en el campo de la salud mental es el escaso número de profesionales y de personal entrenado para identificar apropiadamente la población de enfermos^{4,5}, lo que hace necesario disponer de instrumentos diagnósticos con adecuados niveles de sensibilidad y especificidad que puedan ser aplicados por personal lego debidamente entrenado y

estandarizado, de tal forma que se pueda tamizar grandes grupos poblacionales y conocer la situaciones de salud mental en Colombia^{6,7}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el Consorcio Mundial de Salud Mental, liderado por la Universidad de Harvard, la Universidad de Michigan y 28 países más, con el propósito de obtener información útil, comparable y veraz para que los diferentes países identifiquen las necesidades insatisfechas en el tratamiento de los problemas de salud mental^{8,9} y de este modo se propicie el establecimiento de las políticas en salud mental. Este consorcio utilizó el instrumento CIDI 3.0 y otras entrevistas como el SCID-I, lo que permitió comparar los resultados transculturalmente¹⁰.

Los diagnósticos para este estudio fueron trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia sin trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y trastorno por ansiedad de separación), trastornos afectivos (TDM, distimia, TAB I y II o TAB subumbral), trastorno del control de los impulsos, trastorno explosivo intermitente, trastorno opo-

déficit de atención e hiperactividad y trastorno por el uso de sustancias (abuso de alcohol y drogas con o sin dependencia). No todos los diagnósticos se valoraron en todos los países¹⁰⁻¹².

En estos estudios de calibración clínica del CIDI, en comparación con las entrevistas de reevaluación clínica utilizando la Entrevista Diagnóstica Estructurada SCID para el DSM-IV, reportan buena validez general. Las prevalencias estimadas por el CIDI no fueron más altas que por el SCID¹²⁻¹⁴.

Estudios previos de evaluación diagnóstica de trastornos mentales mostraron que las versiones anteriores al CIDI 3.0 —basadas en el DSM-III-R— permitían hacer diagnósticos consistentes con los obtenidos en las evaluaciones clínicas a través del SCID en los estudios poblacionales^{14,15}. Para la encuesta CIDI 3.0 se hizo una traducción teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10. La OMS se dio a la tarea de realizar grandes estudios poblacionales en todo el mundo que permitieran establecer la validez de los diagnósticos de trastornos mentales obtenidos con el CIDI 3.0 y comparar estos resultados con los obtenidos a través del SCID. El Centro de Excelencia en Investigación Mental de la Universidad CES (CESISM) hace parte de este consorcio^{10,16}.

Las valoraciones clínicas de los estudios han mostrado que la concordancia entre el CIDI y el SCID con los diagnósticos DSM-IV es buena y que las estimaciones de prevalencia de vida del CIDI son en general más conservadoras que las estimaciones del SCID-I¹⁵.

Las entrevistas estructuradas se han desarrollado para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación y aumentar la validez diagnóstica facilitando la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y la indagación sistemática de síntomas que de otro modo podrían pasar inadvertidos. Uno de los objetivos de la construcción del SCID fue proveer a los clínicos e investigadores de un instrumento eficiente y de fácil manejo para el diagnóstico de los trastornos mentales del Eje I del DSM-IV, de tal forma que las ventajas de la entrevista estructurada pudieran ser aplicadas en el ámbito clínico^{17,18}.

El propósito de este estudio es comparar la sensibilidad y la especificidad diagnósticas para TAB I y II, TDM y trastorno por dependencia de drogas de la CIDI 3.0¹⁰, con la SCID-I.

Metodología

Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal analítico que comparó las prevalencias de vida del TAB I y II, el TDM y el trastorno por dependencia de drogas, medidos a través de la encuesta CIDI 3.0 y la entrevista SCID-I.

Fuente de información

La información tuvo dos fuentes, primaria (pacientes a quienes se aplicó el SCID-I) y secundaria (información procedente de la base de datos del Primer Estudio Poblacional Salud Mental Medellín 2011-2012⁶).

Para la fuente de información primaria se realizó un muestreo aleatorio de pacientes ya entrevistados por el CIDI a los que se aplicó el SCID-I, teniendo en cuenta varios aspectos

y con la asesoría de estadísticos e ingenieros de la Universidad de Harvard: a) prevalencia estimada en 1.000 casos de cuatro categorías de trastornos (trastornos muy poco frecuentes, trastornos frecuentes, trastornos comunes y sin ningún trastorno); b) número de personas o participantes esperados durante un periodo de estudio de 10 semanas, y c) tasa esperada de respuesta a la participación de los pacientes en el estudio.

La población de la fuente secundaria, tomada del Primer Estudio Población de Salud Mental de Medellín⁶, estuvo constituida por adultos no institucionalizados, elegidos entre las personas que en 2011 tenían entre 18 y 65 años. El cálculo del tamaño de la muestra para el CIDI 3.0⁶, se hizo con base en la fórmula para la estimación de una proporción poblacional, para lo cual se utilizó un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia de depresión estimada del 6,9% según resultados del Estudio Nacional de Salud Mental 2003. El tamaño de la muestra se estimó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2p(1-p)}{d^2(N-1) + z^2p(1-p)}$$

donde, N es la población total (999.999, valor tomado para poblaciones infinitas); z, el nivel de confianza del 95%; d, la precisión absoluta del 5%; p, la proporción esperada en la población (6,9%), y 1, el diseño del efecto. El diseño seleccionado fue probabilístico multietápico y su población objeto, la población general no institucionalizada que tiene hogar fijo (adolescentes eran los sujetos de 13-18 años y la población adulta, la de 19-65 años), seleccionada a partir del marco muestral que comprende la totalidad de viviendas ubicadas en los diferentes estratos socioeconómicos, en las 16 comunas y los 5 corregimientos de Medellín. El tamaño de la muestra a la que finalmente se aplicó el CIDI fue 3.247 adultos y 929 adolescentes⁶.

Procedimientos

La CIDI-OMS se ha usado en estudios transculturales de epidemiología psiquiátrica por todo el mundo y es el instrumento oficial en el Estudio Mundial de Salud Mental del consorcio Harvard-OMS. El lenguaje de las preguntas incluidas es sencillo; cuando se obtiene una respuesta positiva el instrumento permite nuevas preguntas para evaluar la severidad de los síntomas y perfilar un diagnóstico según el DSM-IV y la CIE-10. El instrumento fue adaptado culturalmente en Medellín para asegurarle sensibilidad cultural y lingüística, basándose en el CIDI Murcia realizado en España. Además, el Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES (CESISM) hace parte del consorcio mundial de salud mental donde el CIDI-OMS se usa ampliamente. Aplicaron el CIDI-OMS entrevistadores legos entrenados y estandarizados. Comprende dos fases: la primera, de cribado de cualquier trastorno mental y la segunda, que se aplica a la totalidad de quienes dieron positivo en la primera fase y a una submuestra del 25% de aquellos cuyo CIDI 3.0 dio negativo en la primera fase⁶.

El SCID-I es una entrevista semiestructurada ampliamente utilizada en los estudios del Consorcio Mundial de Salud Mental y empleada por autores como Haro et al. y Kessler et al. para realizar diagnósticos psiquiátricos⁹⁻¹¹. El SCID-I es aplicado por clínicos con entrenamiento en salud mental

(psiquiatras, psicólogos y personal entrenado en estas dos áreas). Su aplicación toma entre 45 y 60 minutos. Utiliza preguntas derivadas de los criterios del DSM-IV para el Eje I. Cada categoría diagnóstica incluye una pregunta principal que conduce a preguntas más específicas si la respuesta del participante es positiva, y además permite que tanto el entrevistador como el entrevistado generen ejemplos que amplíen las preguntas y las respuestas dadas¹⁷.

Capacitación para la realización del SCID-I

Para la aplicación de la entrevista clínica (SCID-I), el autor del instrumento, Michael B. First, capacitó a seis profesionales de la salud mental (cuatro psiquiatras y dos psicólogos clínicos). Durante la semana de capacitación se realizaron las siguientes actividades: a) traducción y establecimiento de validez de apariencia y de contenido; b) estudio piloto; c) entrenamiento en la aplicación del instrumento SCID-I, y d) análisis de confiabilidad del SCID-I. El entrenamiento inicial se llevó a cabo en inglés. Para el refinamiento de las técnicas de la entrevista clínica, se llevaron a cabo ejercicios simulados de entrevista clínica para determinar el diagnóstico de cada uno de los trastornos del SCID-I. Las variaciones idiomáticas para la entrevista en español se resolvieron a través de ejercicios y reconciliación del diagnóstico clínico entre los profesionales de la salud mental capacitados durante el entrenamiento.

Recolección de la información

Para todas las variables de interés se obtuvo la información requerida. Se asignó a cada entrevistador una lista telefónica con número de cédula, número de teléfono y nombre del posible participante, al que se entrevistó con el instrumento CIDI 3.0 en un periodo no mayor de 10 semanas. La unidad de análisis fue la submuestra tomada del estudio poblacional⁶.

Tanto el entrevistador como el entrevistado estuvieron ciegos al resultado del CIDI 3.0 realizado previamente. Cada entrevistador elegía al azar al participante con que contactaría telefónicamente. Luego de tres intentos fallidos se descartaba como posible participante del estudio y el entrevistador elegía otro posible participante. Los cuatro entrevistadores se dividieron geográficamente el área metropolitana de la ciudad de Medellín para facilitar al posible participante el acceso al lugar de la entrevista. Los lugares donde se realizaron las entrevistas clínicas fueron: Clínica CES Sabaneta, Universidad CES e Instituto Neurológico de Colombia. Los participantes recibieron un auxilio de transporte equivalente en pesos colombianos a 5 dólares. Entre enero y abril de 2012 se contaba con 44 entrevistas clínicas, razón por la cual se decidió, previa autorización del Director del Consorcio OMS-Harvard, la realización telefónica del SCID-I para facilitar la participación en el estudio.

En total se realizaron 56 entrevistas telefónicas y 44 entrevistas clínicas, las cuales interrogaban por TAB I y II, TDM, trastorno por dependencia de drogas y otros trastornos no incluidos para este análisis. Se excluyó a 2 participantes, uno por presencia de síntomas psicóticos y otro porque la entrevista clínica se hizo en dos oportunidades. Se incluyeron variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, empleo, estado civil y lugar de vivienda y clínicas como TAB, TDM y trastorno por dependencia de drogas.

Tabla 1 – Caracterización sociodemográfica de la población entrevistada

Edad (años)	43,5 [30]
Mujeres	67
Lugar de residencia	
Urbano	65
Rural	35
Escolaridad	
Primaria	21
Secundaria	42
Técnicos, pre grado y post grado	35
Empleo alguna vez en la vida	68
Estado civil	
Soltero	44
Casado	33
Unión libre, separado, viudo	25

Los valores expresan mediana [intervalo intercuartílico] o porcentaje.

Este estudio fue amparado éticamente por el consentimiento informado que se solicitó a los participantes en el Primer Estudio Poblacional Salud Mental Medellín 2011-2012⁶, y además fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad CES.

Análisis estadístico

La descripción de las variables cualitativas se hizo con frecuencias absolutas y relativas, mientras que para la edad se empleó mediana [intervalo intercuartílico] debido a que la variable no tenía distribución normal. Se estimaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%); el umbral de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS® versión 21.0 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos), licencia amparada por la Universidad CES.

Resultados

Análisis descriptivo

Características sociodemográficas y clínicas

El análisis incluyó a 100 pacientes con edades comprendidas entre 13 y 65 años. El 67% de los participantes eran mujeres, con una mediana de edad de 43,5 [30] años. El 54% tenía estudios de secundaria completos (tabla 1).

Análisis general de los datos para los diagnósticos psiquiátricos utilizando el CIDI 3.0 y el SCID-I

En el análisis general de los datos, las proporciones de prevalencia de vida para los diagnósticos TAB I y II fueron idénticas entre CIDI 3.0 y SCID-I (el 2,0 y el 2,0% respectivamente), con una sensibilidad del 50% (IC95%, 0-100%) y una especificidad del 99% (IC95%, 99,48%-100%). Lo mismo sucede con el trastorno por dependencia de drogas, cuyas prevalencias de vida según CIDI y SCID-I fueron del 5%, con una sensibilidad del

Tabla 2 – Prevalencias de vida para TAB I y II, TDM y trastorno por dependencia de drogas según SCID-I y CIDI 3.0

	Depresión mayor (IC95%)	TAB I y II (IC95%)	Dependencia de drogas (IC95%)
Prevalencia de vida (%), CIDI frente a SCID	25-33	2-2	5-5
Sensibilidad (%)	51,5 (32,95-70,08)	50 (0-100)	80 (34,94-100)
Especificidad (%)	88,1 (79,55-96,57)	99 (99,48-100)	98,46 (94,70-100)
Valor predictivo positivo (%)	68 (47,71-88,29)	50 (0-100)	80 (334,94-100)
Valor predictivo negativo (%)	78,67 (68,73-88,6)	98,98 (96,46-98,90)	98,46 (94,7-100)
Odds ratio	7,83 (2,8-21,42)	97 (3,23-2.908,21)	256 (13,3-4.891,79)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.
Comparación del diagnóstico psiquiátrico basado en la diagramación de sensibilidad frente a 1-especificidad (falsos positivos) y su respectivo IC95%.

80% (IC95%, 34,94-100%) y una especificidad del 98,46% (IC95%, 94,70%-100%).

Para el TDM se encontraron resultados similares con proporciones de prevalencia de vida entre CIDI y SCID-I del 25 y el 33% respectivamente, con una sensibilidad del 51,5% (IC95%, 32,95%-70,08%) y una especificidad del 88,1% (IC95%, 79,55%-96,57%).

Los resultados de los análisis de sensibilidad (Se) y especificidad (Es), con sus respectivos IC95% se describen en la [tabla 2](#). La Se más alta se observó para el diagnóstico de trastorno por dependencia de drogas (Se, 80% [IC95%, 34,94%-100%]; Es, 98,46% [IC95%, 94,7%-100%]), seguido por diagnósticos con sensibilidades moderadas para el TDM (Se, 52% [IC95%, 32,95%-70,8%]; Es, 88% [IC95%, 79,5%-96,57%]) y el TAB I y II (Se, 50% [IC95%, 0-100%]; Es, 99% [IC95%, 96,48%-100%]).

Discusión

Estudio transversal analítico que comparó las prevalencias de vida de TAB I y II, TDM y trastorno por dependencia de drogas medidos a través de la encuesta CIDI 3.0 y la entrevista SCID-I.

Este estudio tuvo las siguientes limitaciones que hay que tener en cuenta al momento de interpretar los resultados. Primero, las entrevistas iniciales para el SCID-I se realizaron cara a cara y luego telefónicamente.

Si bien se ha demostrado que las entrevistas telefónicas son un modelo válido de evaluación clínica^{14,19}, no es posible determinar qué podría haber ocurrido si se hubiese completado las entrevistas del SCID cara a cara. Segundo, el tiempo transcurrido entre la aplicación del CIDI y la del SCID no fue uniforme en todos los sujetos. En este estudio, el tiempo pudo oscilar entre 1 y 10 semanas. Tercero, no se puede tomar los diagnósticos psiquiátricos realizados mediante el SCID-I como representaciones perfectas de los diagnósticos del DSM-IV, lo que se confirma en la prueba-reprueba, que dista de ser perfecta²⁰, especialmente en estudios poblacionales²¹.

En concordancia con lo reportado por Haro et al. en 2006¹⁰, la estimación de la prevalencia de vida para el TDM con el CIDI 3.0 fue más conservadora que la encontrada con el SCID (el 25 y el 33% respectivamente). Sin embargo y contra lo reportado en ese mismo estudio, en el nuestro las prevalencias de vida para el TAB I y II y el trastorno por dependencia de drogas fueron idénticas con CIDI y SCID (el 5 y el 2%). Esta similitud ratifica la confiabilidad del instrumento CIDI 3.0 para su aplicación en estos estudios poblacionales de salud mental en Colombia.

Este estudio encontró baja sensibilidad al comparar el instrumento CIDI 3.0 con el SCID-I para el TAB I y II y el TDM; con cifras alrededor del 50%. Haro et al.¹⁰ encontraron una sensibilidad similar para el TDM (el 55,3%), mejor sensibilidad para TAB I y II (86,8%) y baja sensibilidad para la dependencia de drogas (25,0%), en tanto que el presente estudio encontró alta sensibilidad para el trastorno por dependencia de drogas.

Se encontraron coincidencias entre el SCID-I y el CIDI 3.0 para las tres categorías diagnósticas analizadas en este estudio. Si bien los diagnósticos clínicos obtenidos por el SCID-I no son una representación perfecta de los diagnósticos del DSM, estudios con muestras poblacionales²¹ señalan que algunos participantes en estos estudios ocultan información con respecto a sus problemas mentales o de uso de drogas²².

El presente estudio encontró similitud con los estudios de valoración clínica llevados a cabo por la OMS que muestran que la sensibilidad y la especificidad entre CIDI y SCID-I para los diagnósticos del DSM-IV son adecuados y que los diagnósticos de prevalencia de vida del CIDI 3.0 son relativamente conservadores respecto a lo estimado por el SCID-I.

Conclusiones

Este estudio encontró similitudes diagnósticas en cuanto a sensibilidad y especificidad entre el CIDI 3.0 y el SCID-I para los diagnósticos TDM, TAB I y II y trastorno por dependencia de drogas.

Financiación

Universidad CES. Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. CESIMS.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Universidad CES por permitir la realización del proyecto. A los pacientes por permitir la realización de las entrevistas.

BIBLIOGRAFÍA

- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33:241-62.
- Eaton W, Merikangas K. Psychiatric epidemiology: progress and prospects in the year 2000. *Epidemiol Rev.* 2000;2:9-34.
- Posada-Villa J. La salud mental en Colombia. *Rev Biomédica.* 2013;33.
- Alarcón R, Aguilar-Gaxiola S. Mental health policy developments in Latin America. *Bull World Health Organ.* 2000;78:483-90.
- Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola A, Deeb-Sossa N. La patología psiquiátrica en Colombia: resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 64-78.
- Torres de Galvis Y. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín-Grupo de Salud Mental, Editorial Vieco e Hijas; 2012.
- Lopez AD, Murray CJ, editores. *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Oxford: Harvard School of Public Health; 1996.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JC, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;18 Suppl 4.
- International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000;78:413-26.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15:167-80.
- Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13:122-39.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6:168.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A population-based twin study of major depression in women. The impact of varying definitions of illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:257-66.
- Wittchen HU, Zhao S, Abelson JM, Abelson JL, Kessler RC. Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. *Psychol Med.* 1996;26:116-77.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2010;21:655-79.
- Kessler RC, Üstün B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13:93-121.
- Navarro-Mateu F, Morán-Sánchez I, Alonso J, Tormo MJ, Pujalte ML, Garriga A, et al. Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) for use in Spain. *Gac Sanit.* 2013;27:325-31.
- Sobin C, Weissman MM, Goldstein RB, Adams P, Wickramaratne PJ, Warner V, et al. Diagnostic interviewing for family studies comparing telephone and face-to face methods for the diagnosis of lifetime psychiatric disorders. *Psychiatr Genet.* 1993;3:277-334.
- Segal DL, Hersen M, Van Hasselt BH. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Compr Psychiatry.* 1994;35:316-27.
- Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:630-6.
- Kranzler HR, Tennen H, Babor TF, Kadden RM, Rounsaville BJ. Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 1997;45:93-104.