

## T. 4 CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

### I. INTRODUCCIÓN

### II. CUESTIONES BÁSICAS SOBRE LAS CLASIFICACIONES NATURALES

#### Glosario:

- **Clasificación:** cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades a dichas categorías, en base a atributos o relaciones comunes.
- **Diagnóstico (*identificación para biólogos*):** el proceso de asignación -en medicina y psicopatología-, de una entidad a una determinada categoría del sistema de clasificación.
- **Taxonomía:** el estudio sistemático del proceso de clasificación (lógica, principios, métodos...).
- **Nosología:** Cuando las entidades a clasificar son enfermedades o trastornos, es decir, cuando se trata de construir una clasificación de fenómenos patológicos.

#### Otros datos:

- En el ámbito clínico se utilizan los términos clasificación y nosología indistintamente
- Los principios que subyacen a la configuración de una clasificación van a variar en función del significado cultural y del nivel de experiencia del observador.
- Mervis y Rosch señalan que todos los modelos de clasificación llevan consigo **abstracción y creatividad** en dos sentidos:
  - La determinación de qué elementos de una situación son esenciales y cuáles son irrelevantes.
  - La creación de nueva información de orden superior que no se da en ningún ejemplar específico.

#### Principios básicos para la formación de categorías en un sistema clasificatorio:

- Favorecer la economía cognitiva: máxima información con el mínimo esfuerzo.
- La estructuración de datos: percibir los objetos del mundo como poseedores de una estructura altamente correlacional y no como elementos arbitrarios.

#### Función:

Toda categorización natural desempeña la función adaptativa de facilitar el funcionamiento cotidiano y la interacción de las personas con el mundo externo, limitando el número y la complejidad de los estímulos.

#### **Ventajas** de la categorización:

- facilitar la codificación, memorización y evocación de la información
- ayudar a realizar inferencias, juicios y predicciones
- permitir el desarrollo del lenguaje.

#### Otras (de **Blashfield**):

- Aportar una nomenclatura y **terminología común** que facilite la comunicación y favorezca la fiabilidad.
- Servir de **base acumulativa** de documentación e información sobre cada categoría clínica.
- Suministrar **información descriptiva** de cada una de las entidades clínicas básicas.
- Permitir hacer **predicciones** desde una perspectiva **longitudinal**.
- Suministrar los **conceptos básicos** para hacer formulaciones teóricas.

#### Propósitos, según Hersen, a los que debe tender la clasificación en psicopatología:

- La organización de comportamientos y síntomas.
- La comunicación entre investigadores y clínicos.
- La determinación del tratamiento o procedimiento terapéutico aplicable a cada categoría clínica, como desiderátum a alcanzar.

- La determinación del estatus legal del paciente en base a su funcionamiento y competencia.
- La determinación del reembolso económico a los profesionales que prestan servicios por parte de los seguros sanitarios o agencias externas.

### **TIPOS DE CLASIFICACIÓN**

Los elementos u objetos pueden definirse de forma extensiva o intensiva.

- Extensiva: se enumeran todos los miembros de una clase.
- Intensiva: se enumeran las características necesarias para la pertenencia a una categoría.

### **Tipos de clasificaciones:**

1. Según la estrategia taxonómica: Filética (esencialista) vs Fenética (taxonomía numérica)
  - a) Filética.
    - El principio taxonómico más antiguo: el concepto de *esencia* (Aristóteles).
    - Linneo y Darwin.
  - b) Fenética o Taxonomías numéricas:
    - Observación empírica + cómputo matemático del máximo nº de características compartidas.
    - Técnicas multivariadas en busca de la “estructura”.
    - Basada en relaciones de *apariencia* (fenotípicas) entre organismos y no en relaciones filogenéticas.
2. Según el tipo de proceso cognitivo empleado: Empírica vs Inferencial.
  - Empíricas: solo hechos observables.
  - Inferenciales: hace suposiciones respecto a las causas y procesos subyacentes como base para la clasificación.
3. Según el producto final: Monotética (Clásica) vs Politética (prototípica):
  - a) Monotéticas: se organiza en torno a una sola variable o a un escaso número de características. P.ej.: sistema periódico de los elementos.
  - b) Politéticas: en torno a la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los miembros de una categoría, sin que ello presuponga la total homogeneidad de dichos miembros.

Esta diferenciación se corresponde con las también llamadas taxonomías clásicas y prototípicas.

- a) Clásicas: categorías compuestas por entidades discretas y homogéneas en sus características descriptivas.
- b) Prototípica: se apoyan en un prototipo o ideal teórico que sirve de referencia, y que es el conjunto de características más comunes de los miembros de una categoría.
  - Los miembros prototípicos de una categoría representan la media de los atributos.
  - Todas las propiedades del prototipo caracterizan al menos a algunos miembros de una categoría, si bien ninguna de estas propiedades se considera necesaria o suficiente para pertenecer a ella.

La estructura prototípica asume un formato politético y está más en consonancia con carácter borroso natural de los límites conceptuales y la inexactitud inherente a la realidad.

Las modernas clasificaciones psiquiátricas son ejemplos claros de clasificación prototípica y politética.

El efecto de adoptar un principio taxonómico clásico o prototípico va a ser diferente:

- El clásico:
  - Se tenderá a exagerar las semejanzas, a ignorar las diferencias y a prestar atención selectiva a las características que conforman una categoría
  - Los síndromes deben tener fronteras definidas, características o síntomas claros, necesarios y suficientes. Así, cada miembro de una categoría ha de poseer todas las características que la definen.
- El prototípico:
  - Limitan la estereotipia, permiten mayor flexibilidad diagnóstica y refuerzan la variabilidad intragrupo.
  - No exigen signos distintivos o patognomónicos. Así, sujetos con el mismo diagnóstico pueden variar en su aproximación al prototipo.
  - Las características compartidas no deben ser necesariamente las mismas.
  - Las versiones de DSM (aunque también mantenga categorías monotéticas, p.ej. trastornos disociativos, piromanía).

Los **datos** teóricamente utilizables en una clasificación psicopatológica podrían ser de tres tipos:

1. **Atributos sustantivos:** acordes con un determinado modelo teórico o escuela psicológica (p.ej. hábitos condicionados, expectativas cognitivas, disfunciones neuroquímicas o mecanismos de defensa).
2. **Atributos longitudinales:** relativos a la etiología o a la progresión de diversos fenómenos clínicos en el tiempo y en función de las circunstancias.
3. **Atributos concurrentes:** características presentes en un momento dado, fundamentalmente los signos objetivos y los síntomas referidos subjetivamente.

Los **signos** incluyen cambios que pueden observarse y registrarse objetivamente e incluyen todo tipo de conductas de interés clínico, susceptibles de observación sistemática, de análisis y de medida a través de las más diversas técnicas o escalas. P.ej. conducta fóbica, inquietud motora, lenguaje paranoide...

Los **síntomas** son informaciones subjetivas, relativas a experiencias recordadas, e incluyen fenómenos no siempre observables y pertenecientes al mundo privado. P.ej. alucinaciones, delirios, ansiedad...

4. A estos datos habría que añadirles otros atributos inferidos: **los rasgos de personalidad**. Los **rasgos** describen hábitos psicológicos inferidos y disposiciones estables en amplios contextos, derivados de diversas fuentes como autoinformes, escalas clínicas...

Los sistemas de clasificación actuales se apoyan en atributos concurrentes derivados de cuatro fuentes conceptual y metodológicamente diferentes: **biofísica, intrapsíquica, fenomenológica y conductual**.

- Del ámbito biofísico y conductual → síntomas clínicos.
- De la experiencia y vivencias fenomenológica → síntomas.
- De lo intrapsíquico, fenomenológico y conductual → rasgos.

### III. MODELOS DE ESTRUCTURA TAXONÓMICA EN PSICOPATOLOGÍA

En la actualidad, las taxonomías están organizadas siguiendo una estructura vertical, horizontal o circular:

- **Vertical o jerárquica:** organiza las categorías en árboles diagnósticos en los que las de rango inferior están subsumidas en las de rango superior.  
P. ej. Los trastornos del ánimo en el DSM-IV o la CIE 10
- **Horizontal o multiaxial:** trata de ordenar las diferentes clases de atributos en series de categorías paralelas. P.ej. DSM-III (y posteriores).  
En contraposición a la jerárquica, permite múltiples tipos de datos.  
  
¡¡El DSM es tanto jerárquico como multiaxial
- **Circular o circunpleja:** para el ordenamiento de los rasgos de personalidad.
  - Es más una herramienta teórica que un modelo clínico.
  - Las categorías más similares se colocan en lugares más cercanos.
  - P.ej. Millon (dos dimensiones: afiliación social y emotividad).

#### A. PROCEDIMIENTOS MULTIAXIALES

Estos sistemas han prosperado debido a sus ventajas a la hora de representar información disponible y de hacerla más comprensible, y también a la hora de diseñar un plan de acción para el manejo de cada paciente.

En una revisión sobre el tema se han encontrado hasta 15 sistemas diferentes.

- Dos son los aspectos más habituales: la fenomenología y los factores etiológicos.
- Otros ejes relativamente frecuentes son los síndromes y síntomas psiquiátricos, la causa especificada por el clínico, los trastornos de la personalidad, los trastornos físicos, el nivel intelectual, la duración y curso de la enfermedad, los estresores psicosociales, la gravedad psicopatológica/psicoticismo, el funcionamiento adaptativo y la rapidez del comienzo de la alteración.
- El número máximo de ejes fue de 5.
- Se ha sugerido, además, la incorporación de otros ejes en las clasificaciones oficiales, entre los que destacan:
  1. Mecanismos de defensa o modos de afrontamiento.  
= Procesos ps. que modifican la percepción de la realidad interna y externa.

##### Funciones (Vaillant):

- Mantener los afectos dentro de límites soportables durante alteraciones súbitas de la propia vida emocional.
- Restaurar la homeostasis psicológica.
- Disponer de un tiempo para adaptarse y controlar los cambios bruscos.
- Manejar conflictos con personas significativas para el individuo.
- Resolver la disonancia cognoscitiva.
- Adaptarse a cambios bruscos e inesperados de la realidad externa.

##### Tipos (Vaillant):

- **Maduras:** sublimación, supresión, anticipación, altruismo, humor.
- **Neuróticas o intermedias:** desplazamiento, represión, aislamiento, formación reactiva
- **Inmaduras:** proyección, fantasía esquizoide, masoquismo, acting-out, hipocondriasis y negación neurótica/disociación.

Medición: HSRS.

Resultados: correlaciones significativas entre salud y tipo de defensas (mejor las maduras)

## 2. El tipo de funcionamiento familiar.

Wynne propone reestructurar el eje IV del DSM para incluir los soportes sociales.

Para la valoración específica de la psicopatología infanto-juvenil, **ACHENBACH** ha creado su propio sistema de evaluación multiaxial (ASEBA) con 5 ejes de información e instrumentos propios para su medición.

1. Informes parentales: historia evolutiva. Medición: CBCL
2. Informes escolares: rendimiento y otros datos escolares. Medición: TRF
3. Valoración intelectual y cognitiva: test de inteligencia y de funciones psíquicas. WISC, WAIS.
4. Valoración física: médica y neurológica.
5. Evaluación directa: autoinformes, test de personalidad. Medición: YSR, DOF.

## B. CLASIFICACIONES CATEGORIALES O DIMENSIONALES

**SKINNER** señala la posibilidad de seguir tres modelos básicos de clasificación: **categorial, dimensional e híbrido.**

**1. Categorial (cualitativa):** Estructura disyuntiva. Representa un amplio abanico de variaciones estructurales que se asocian con los conceptos de categoría, conjunto, clase, cluster o tipo.

### Ventajas:

- a) Facilita la comunicación o la creación de diseños para la investigación.
- b) Es fácilmente memorizable.
- c) Responde mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial respecto a la administración y archivo de historias clínicas, planificación de servicios y realización de estudios epidemiológicos.
- d) Da unidad a la psicopatología manifestada por una persona integrando diversos elementos en una única configuración.

### Desventajas:

- a) Contribuyen a la falaz creencia de que los procesos psicopatológicos incluyen entidades discretas.
- b) Plantean la duda de si las categorías son artificiales o derivadas empíricamente, existiendo siempre el riesgo de imponer unos datos a una estructura que no exista.
- c) No incluyen aspectos de la conducta ante la necesidad de restringir en número de atributos. Hay pérdida de información.
- d) Obligan a desarrollar criterios diagnósticos restrictivos para incrementar la homogeneidad en los miembros de cada clase, a costa de añadir categorías mixtas o cajones de sastre.
- e) Pone de relieve que el número de categorías suele ser muy inferior a las diferencias interindividuales apreciadas en la práctica.

**2. Dimensional (cuantitativa):** no asigna a los objetos de la clasificación sobre la base de criterios disyuntivos, sino que se apoya en un conjunto de dimensiones que permiten visualizar las relaciones existentes entre dichos objetos.

**Ventajas:**

- a) Permite combinar diversos atributos clínicos en una representación multifactorial: pérdida mínima de información.
- b) Facilitan la asignación de los casos atípicos.
- c) Favorece la interpretación de la psicopatología y la normalidad como extremos de un continuo y no como fenómenos separados.
- d) Permite apreciar con facilidad los cambios experimentados por los individuos.

**Inconvenientes:** aspectos metodológicos:

P.ej. decisión y acuerdos en cuanto a cuál debe ser el número de dimensiones para representar los problemas psicológicos.

**3. Híbrida (o enfoque clase-cuantitativo):** se trata una combinación de los anteriores. Así:

- Se formula, en primer lugar, en términos categoriales o cualitativos (reconociendo rasgos o atributos más característicos),
- Y en segundo lugar, en términos cuantitativos, diferenciando cuantitativamente dichos rasgos mediante dimensiones, para diferenciar diversos grados de relevancia clínica.
- P.ej. trastornos de la personalidad de Millon.

Los procedimientos dimensionales han gozado de gran aceptación en el ámbito de la psicología. Existe además, la tendencia de sustituir en lo posible las clasificaciones psiquiátricas tradicionales por procedimientos estadísticos más elaborados.

En general, las técnicas estadísticas en psicopatología se subdividen en:

- Métodos exploratorios: empleados para crear sistemas de clasificación:
  - o Análisis factorial inverso tipo Q.
  - o Análisis de Cluster (categorial).
  - o Escalamiento multidimensional.
- Métodos confirmatorios: para probar o evaluar los sistemas de clasificación:
  - o Análisis discriminante.
  - o Análisis multivariado.
  - o Correlación canónica.
  - o Regresión múltiple.

### C. OPCIONES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CLASIFICACIONES

En la construcción de las taxonomías psicopatológicas es posible seguir enfoques conceptual y metodológicamente diferentes, que van a dar lugar a tres tipos de entidades clínicas:

**1. Trastornos de base clínica:** generalmente se ha seguido un procedimiento observacional o una epistemología empirista respecto a la covariación de los signos y síntomas observados. Este ha sido el procedimiento empleado desde Hipócrates hasta Kraepelin.

**2. Constructos de deducción teórica:** resultan de aplicar un principio organizador o modelo teórico a los datos observados.

¡¡el “valor sistemático” de una clasificación científica, de **Hempel** (=el poder comprender atributos desorganizados y derivar deducciones)

**3. Taxonomías numéricas:** son el resultado de la aplicación de análisis matemáticos a los datos disponibles, evitando sesgos humanos, y con el fin de derivar diversos rangos jerárquicos que reflejarían

la homogeneidad de las categorías, siendo las de nivel inferior más homogéneas que las de orden superior.

ii Pero, la mera aplicación de técnicas estadísticas no presupone la ausencia de sesgos en la recogida de los datos o en los conceptos manejados a priori, ni la comprensibilidad de las agrupaciones resultante.

**Hempel:** el desarrollo de una disciplina científica va de lo empírico a lo teórico. Este recorrido podría aplicarse a las clasificaciones: desde lo sintomático a lo etiológico.

#### IV. DESARROLLO DE LAS MODERNAS CLASIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS

##### Datos:

En el siglo XVIII:

- Se atribuye el término **nosología** a **Robert James** (=explicación de las enfermedades)
- Bossier de Sauvages propone la organización de las alteraciones mentales en 4 grupos (Nosologie Methodique)
- Pinel publica la Nosologie Philosophique o clasificación de las enfermedades mentales.
- A **Sydenham** se le atribuye el concepto de **síndrome** (=conjunto síntomas y características que definen una enfermedad)

En el siglo XIX:

- En Alemania encontramos los antecedentes próximos de las clasificaciones psiquiátricas actuales. Figuras: Griesinger, Westphal y Kalhbaum anteceden a Kraepelin.
- **Griesinger:** "revolución somatista" que derivó en dos ramas:
  - o Anatomopatológica: Westphal.
  - o Vertiente clínica: Kalhbaum → Kraepelin.
- **Kraepelin:** El antecedente más próximo de las clasificaciones actuales
  - o Define las alteraciones en términos de complejos sintomáticos y no de enfermedades.
  - o Distingue las alteraciones constitucionales y las adquiridas.
  - o (1er sistema de clasificación basado en la covariación de síntomas).

#### A. B.C. PROLEGÓMENOS y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DSM Y CIE

##### SOBRE EL DSM:

La 1ª clasificación psiquiátrica oficial norteamericana apareció en **1840**, por encargo del propio gobierno.

- Bajo el término de *idiocia y locura* incluía todas las alteraciones mentales.
- En 1880 se ampliaron a 7 categorías: manía, melancolía, monomanía, paresis, demencia, dipsomanía y epilepsia.
- Esta clasificación concebida para pacientes crónicos fue considerada poco útil para las fuerzas armadas de los EEUU durante la Segunda Guerra Mundial, por lo que surgieron otras clasificaciones apoyadas en la obra de Menninger.

##### LLEGA EL DSM-I

Con el fin de solucionar esta situación confusa y con objeto de crear un sistema alternativo a la CIE-6 se desarrolló el **DSM-I** (1952), cuyas categorías diagnósticas se organizaron en torno al concepto de **reacción de Meyer:**

- concebía los trastornos mentales como reacciones a los problemas de la vida y a las dificultades que afectan al individuo.

- Meyer rechazó el reduccionismo biológico e identificó los trastornos mentales como patrones de reacciones, no como enfermedades (como W. Menninger), logrando cierta aproximación al Psicoanálisis.

La influencia de **Freud** en el DSM I fue también importante. Esto se manifiesta en el uso frecuente de conceptos como mecanismos de defensa, neurosis o conflicto neurótico.

Los trastornos mentales eran entendidos como **expresiones simbólicas** de reacciones psicológicas o psicosociales latentes.

#### El DSM-II (1968):

- Abandonó la noción de reacción.
- Se mantuvieron conceptos psicoanalíticos, como son la categoría genérica de neurosis y su asociación con supuestos mecanismos de defensa, junto a otros principios que dieron lugar a una amalgama de diferentes clasificaciones sin un hilo conductor.
- Críticas al DSM-II:
  - Falta de un principio organizador general
  - Vaguedad en la definición de las categorías

#### **LA CORRIENTE NEO-KRAEPELINIANA** (responsable del giro que tomó el desarrollo del DSM)

En la década de los 70 en EEUU renace el interés por la obra de Kraepelin, por la observación, la investigación biológica y la clasificación científica de los trastornos mentales.

El movimiento neo-kraepeliniano (denominado así por Klerman) se articuló en torno a los conceptos articulados en el manual de Mayer-Gross, Slater y Roth, que fueron muy críticos con las escuelas psicodinámica, interpersonal y social.

Figuras: Robins, Winokur, Guze, Klein, Spitzer... hoy siguen liderando la psiquiatría.

#### APORTACIONES:

##### **1. Los criterios Feighner** (por el grupo de St. Louis):

Prototipo de un sistema taxonómico basado en **definiciones precisas de las categorías** diagnósticas más frecuentes.

Intentando mejorar la **fiabilidad y validez** de varios trastornos, describieron detalladamente los **criterios de inclusión y exclusión** necesarios para diagnosticar **las 16 alteraciones** siguientes: esquizofrenia, depresión, manía, trastornos afectivos secundarios, neurosis de ansiedad, neurosis obsesivo - compulsiva, neurosis fóbica, histeria, trastorno de la personalidad antisocial, alcoholismo, dependencia de drogas, retraso mental, síndrome orgánico cerebral, homosexualidad, transexualismo y anorexia nerviosa.

Los **criterios Feighner** comparados con las clasificaciones DSM obtuvieron una mejora en la fiabilidad a expensas de una menor amplitud, que daba lugar a que la mayor parte de los pacientes diagnosticados mediante las categorías del DSM-II no se ajustaran a los criterios de las categorías correspondientes de los criterios Feighner.

##### **2. El desarrollo de los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC):** catálogo que incluye la definición operativa de **25** categorías o trastornos clínicos.

Los RDC se mueven en el terreno **descriptivo**, evitando entrar en explicaciones etiológicas, y básicamente delimitan una **sintomatología fundamental**, una **sintomatología asociada** y unos criterios de **exclusión** para todas y cada una de las entidades diagnósticas recogidas.

Los RDC rompen con la terminología tradicional al prescindir de los conceptos de neurosis o psicosis, desapareciendo la referencia a enfermedades para hablar de trastornos.

### 3. SADS (-L/-C/-LA/-LB; LIFE)

Entrevista semiestructurada para ser usada por profesionales con experiencia clínica a la hora de recabar información sobre las categorías que incluye el Protocolo para Trastornos afectivos y Esquizofrenia del RDC.

### EL DSM-III (1980): el “nuevo paradigma”.

Supuso la extensión de los principios adoptados en los criterios Feighner y RDC a un número mucho más amplio de entidades diagnósticas.

Importantes cambios respecto a las versiones anteriores:

#### 1. Supresión de términos con el fin de lograr un sistema **ateórico** y descriptivo.

Para algunos, esto refleja la intención de apartarse de interpretaciones psicológicas para acentuar las interpretaciones biologicistas, consideradas más científicas.

ij A pesar del proclamado ateoricismo, el DSM-III tiene una base teórica que se traduce en la defensa de los supuestos médicos que subyacen a la explicación de la conducta anormal, en la opción hacia la consideración de los trastornos como entidades categoriales y en la preferencia por una taxonomía politética.

#### 2. Uso de términos **operacionales** (=definición de categorías diagnósticas mediante criterios explícitos, tanto de inclusión como de exclusión)

Establece criterios de exclusión en el 60% de los trastornos.

ij La distinción entre las características esenciales y las asociadas suele dar lugar discusión.

El uso de criterios diagnósticos operativos, respondió al deseo de hacer más científica la clasificación clínica, de facilitar la cuantificación de los fenómenos y la investigación farmacológica.

Con excepción de los trastornos orgánicos, los criterios se basan exclusivamente en signos, síntomas y rasgos observables o inferidos, y no en explicaciones o modelos etiológicos.

El DSM-III, pretendió convertirse, no solo en un vademécum de uso clínico, sino también en un manual académico.

Las consecuencias de este cambio hacia definiciones operacionales fueron:

- a) Incremento en los índices de fiabilidad diagnóstica.
- b) Modificación de las tasas de incidencia y prevalencia anteriores de cada trastorno, especialmente en las tasas de esquizofrenia, al ser objeto de una definición mucho más restrictiva.
- c) Necesidad de introducir nuevas categorías diagnósticas para incluir sujetos que no se ajustaban a los prototipos definidos operacionalmente. El DSM-III se convirtió en un catálogo muy extenso que alcanzó 256 categorías.

#### 3. Introducción de un sistema diagnóstico **multiaxial** para organizar la información relativa a diversas facetas de cada trastorno.

La utilización de varios ejes proporciona una descripción del paciente en un determinado número de parámetros. El DSM-III incluyó:

- Tres ejes categoriales o cualitativos o tipológicos:

- Eje I: Trastornos psiquiátricos: signos y síntomas clínicos (transitorios y cambiantes)
- Eje II: Trastornos de la personalidad: rasgos (atributos permanentes)
- Eje III: Problemas físicos.
- Dos ejes dimensionales o cuantitativos
  - Eje IV: Reconoce el papel de los estresores psicosociales. Aunque en esta versión apenas aportaba información
  - Eje V: valora el nivel de adaptación del sujeto en su entorno.

La organización multiaxial se combina con una **estructura jerárquica**, que evita dar más de un diagnóstico a un único paciente. Los principios de **parsimonia y jerarquía** inspiran la organización taxonómica:

- **Pº de parsimonia:** conveniencia de buscar un único diagnóstico que sea el más **simple**, económico y eficiente, que pueda explicar todos los datos disponibles.
- **Pº de jerarquía:** existencia de un árbol sindrómico en el que los trastornos tienden a disminuir en gravedad de arriba hacia abajo: trastorno de tipo orgánico → psicótico → afectivo → ansiedad → somático → psicosexual → personalidad → adaptación → ausencia de trastorno. La existencia de cualquier trastorno de esta jerarquía excluiría un diagnóstico de nivel inferior.

ii Pero, en la práctica, Boyd y cols, demostraron no siempre existe una verdadera independencia entre síndromes. La **co-ocurrencia** de trastornos es un fenómeno frecuente.

También la ECA: la coocurrencia es la regla, no la excepción.

Una alternativa a la estructura jerárquica del DSM-III nos la ofrece **Foulds y Bedford**:

Se centraron en los síntomas y no tanto en los síndromes patológicos. Su concepto de jerarquía se desvía del de DSM-III y de la tradición kraepeliniana.

Su jerarquía sigue principio de relación inclusiva no reflexiva:

Una categoría jerárquica superior deberá incluir algunos síntomas pertenecientes a las categorías inferiores, y no al revés. La mejoría también debería presentarse de arriba abajo.

Y proponen como niveles de la jerarquía:

- a) Delirios de desintegración.
- b) Delirios integrados (persecución, grandeza y contricción).
- c) Síntomas neuróticos (de conversión, disociativos, fóbicos y de rumiación).
- d) Estados distímicos (ansiedad, depresión y elación).

Crearon el DSSI, un instrumento de valoración clínica con el que verificar sus hipótesis sobre la estructura jerárquica.

#### 4. Proporcionar una **descripción amplia** de cada trastorno.

Características esenciales y correlacionales, edad de comienzo del trastorno, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, tasas, patrones familiares y criterios para un diagnóstico diferencial.

#### 5. Entrevista estructurada **DIS**. Por los neokraepelianos.

- Para llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la población general.
- Para ser usada por no expertos en ámbitos de la psiquiatría o la psicología clínica.
- Permite generar diagnósticos de forma automatizada siguiendo los criterios del DSM-III.

**Haynes y O'Brien** reconocieron **mejoras** en los siguientes aspectos:

- Mayor fiabilidad interjueces y estabilidad temporal de las medidas.

- Mayor homogeneidad intracategorías y heterogeneidad interclase.
- Mayor precisión en las definiciones operacionales y en el proceso de toma de decisión diagnóstica
- Mejores estudios de campo para su validación.
- Mayor aproximación hacia puntos de vista conductuales, especialmente en los problemas de la infancia.

Y **criticaron** los siguientes aspectos:

- Que mantenga un modelo de enfermedad como supuesto básico categorial.
- Que los métodos no se hayan basado en hallazgos empíricos sino en consenso entre especialista
- Que los principios que sustenta la clasificación no se mantengan estables en todas las categorías, mostrando poca consistencia interna

**El DSM-III-R (1987)** mantiene el mismo formato sin cambios sustantivos.

Las modificaciones:

1. Sobre los trastornos:

- Desaparición de la distinción entre abuso de sustancias y dependencia de sustancias (Trastornos del abuso de sustancias)
- Supresión de la Homosexualidad Egodistónica como categoría específica.
- Supresión de la diferenciación entre trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad
- Reordenación de los trastornos afectivos a Trastornos del estado de ánimo.

2. Sobre los ejes:

- Mejora del Eje IV: distingue entre Sucesos estresantes agudos y Circunstancias estresantes duraderas.
- Cambios en el eje V: cambio de la denominación "Nivel máximo de adaptación en el último año" por "Escala de evaluación global de funcionamiento (GAF)"

El DMS-III-R se acompañó de la entrevista estructurada **SCID** (también por neokraepelianos):

- Diseñada para expertos clínicos.
- Dividida en dos partes:
  - ♦ SCDI-I para alteraciones del eje I
  - ♦ SCDI-II para los trastornos de personalidad del eje II.

El DSM-III R consiguió una mayor aceptación que la CIE. El mayor grado de insatisfacción fue para los T. de personalidad y para los T. del estado de ánimo.

Aun así, hubo países que siguieron empleando su propia clasificación. P.ej. Francia (INSERM)

**El DSM-IV (1994):**

Además de pretender una coordinación con la CIE-10 (1992), su principal objetivo es dar prioridad a los **resultados de las investigaciones** por encima de cualquier otro criterio de decisión en la elaboración de la nueva taxonomía.

*"Los datos empíricos deberían tener mayor peso que el consenso de los expertos"*

Los trece grupos de trabajo que, desde 1988 elaboraron la nueva versión, tomaron información empírica de **tres fuentes** de datos:

- Revisiones de la literatura científica: siguiendo la metodología del metaanálisis.
- Análisis múltiples de datos.
- Estudios de campo. Se han seguido tres procedimientos metodológicos:
  - ♦ encuestas de opinión de expertos clínicos

- ♦ estudios de fiabilidad sobre grabaciones de vídeo
- ♦ estudios de validación internos y externos con diversas poblaciones clínicas.

Se conserva el **sistema multiaxial**:

- Eje I: síndromes clínicos y otras alteraciones foco de atención clínica
- Eje II: trastornos de personalidad
- Eje III: alteraciones médicas generales (según los apartados de la CIE-10)
- Eje IV: problemas psicosociales y ambientales. Aquí se ampliaron las circunstancias generadoras de estrés, siendo posible detallar diversos tipos de problemas: relativos al grupo de apoyo primario, al ambiente social, educativos, laborales, de alojamiento, económicos, de acceso a los sistemas de salud, relacionados con el sistema legal o criminal, y otros.
- Eje V: valoración global del sujeto. Se mantiene el uso del GAF y se aconseja la utilización de otras escalas (SOFAS, GARF y Estilos defensivos).

Los trastornos se organizan en **16 categorías** diagnósticas y **1** apartado para “otras alteraciones que pueden ser foco de atención”.

Describe cada trastorno en los siguientes epígrafes: características diagnósticas; características y trastornos asociados; características relacionadas con una determinada edad, cultura o género; prevalencia, incidencia y riesgo; evolución; complicaciones; factores predisponentes; patrón familiar; y diagnóstico diferencial.

El **principio organizador** general de las secciones se basa en las características fenomenológicas compartidas, con excepción de los trastornos adaptativos, que se basa en la etiología común.

**Cambios más relevantes:**

- Desaparición de los trastornos mentales orgánicos.
- Inclusión de las categorías de delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
- Respecto a los Trastornos del estado de ánimo:
  - o Se mantiene la diferenciación entre trastorno depresivo (depresivo mayor y distímico) y trastorno bipolar.
  - o Se añaden las categorías: trastorno del estado de ánimo debido a una alteración médica general y trastorno del estado de ánimo inducida por sustancias.
  - o Los trastornos bipolares se reorganizan: bipolar I, bipolar II y ciclotímico.
- Respecto a los Trastornos de ansiedad:
  - o Mantiene una organización similar a la de DMS-III-R lo que se contrapone con la mayor simplicidad de la CIE-10.
  - o Se opta por llamar fobia específica a la fobia simple.
  - o Se subsume el trastorno de evitación de la infancia del DSM-III- R en la fobia social.
  - o Se clarifica la distinción entre obsesiones (generadoras de ansiedad) y compulsiones (reductoras de ansiedad).
  - o Se especifica con más detalle el criterio relativo al origen y naturaleza de los estresores que determinan un trastorno de estrés postraumático.
- Respecto a los Trastornos de la personalidad:
  - o Se reformulan ligeramente los criterios del trastorno de personalidad antisocial.
  - o Se añade un ítem al trastorno de personalidad límite.
  - o Desaparece el trastorno de personalidad pasivo –agresiva.

**EL DSM-IV-TR (2000):**

El objetivo de esta revisión ha sido la de actualizar la información bibliográfica y aumentar su valor como manual docente.

No hay cambios sustanciales en los criterios diagnósticos, ni nuevas propuestas de nuevos trastornos o subtipos.

**El DSM-V (ya en imprenta):**

Tiene el objetivo de mejorar la validez, basándose en la etiología de los trastornos, lo que exigirá hacer cambios en la estructura de clasificación.

También reclama un fuerte apoyo en la investigación empírica → definición de categorías apoyándose en los hallazgos obtenidos en estudios animales, genética, neurociencia, epidemiología, investigación clínica y servicios interculturales.

**SOBRE LA CIE:**

Los antecedentes de la clasificación oficial de la OMS, se encuentra en la obra de **J. Bertillon** quien en 1893, presentó una nueva Nomenclatura de Enfermedades, refundición de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza.

Bertillon se haría cargo de las tres siguientes revisiones. Y la OMS de la 4<sup>ª</sup> (y siguientes): **CIE-4**

En la sexta revisión o **CIE-6** se incorporó por 1<sup>ª</sup> vez un capítulo específico para las enfermedades mentales (**capítulo V**), que se mantuvo hasta la 9<sup>ª</sup> revisión, organizado en tres secciones: Psicosis; Desórdenes psiconeuróticos; Trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

ij La CIE-6 apenas fue utilizada en los EEUU debido a la ausencia de alteraciones como demencia, trastorno de adaptación y muchos trastornos de personalidad.

En la **CIE-7**: apenas se introdujeron variaciones. Escasa aceptación internacional.

En la **CIE-8 (1967)**: se logra cierto consenso.

- Incorporó por primera vez un **glosario** que definía cada una de las principales categorías clínicas, con el propósito de desarrollar un lenguaje común y lograr una mayor fiabilidad diagnóstica.
- Las alteraciones quedaron organizadas en:
  - a) Psicosis
  - b) Neurosis
  - c) Trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales
  - d) Oligofrenia

**La CIE-10 (1992):**

En 1989 se aprueba el texto básico (de la CIE-10) por la mayoría de los ministros de sanidad de los países miembros de la OMS. Y en 1990 se acuerda su introducción a partir del 1 de enero de 1993.

La CIE-10 contiene 21 capítulos que cubren todo el espectro de las enfermedades.

En el **capítulo V** se clasifican los trastornos mentales y del comportamiento, y los trastornos del desarrollo. Se identifican mediante el código Fxx.xx

Dicho capítulo es el resultado de una larga gestación puesta en marcha para mejorar la **precisión y fiabilidad diagnóstica** en la salud mental.

El primer borrador (1986) fue realizada mediante diversos **estudios de campo**, realizados en 37 países. Y se acordó desarrollar los siguientes documentos:

- a) Glosario breve
- b) Una guía diagnóstica clínica (libro azul)
- c) Criterios diagnósticos par la investigación (DCRIO; libro verde)
- d) Versiones abreviadas para su utilización en atención primaria y medicina general
- e) Un sistema multiaxial

Respecto a la CIE-9 apenas hay diferencias:

1. La CIE-10 supone una ampliación y subdivisión de la CIE-9
  - ♦ CIE-9: 30 categorías de trastornos mentales.
  - ♦ CIE-10: un centenar.
2. La CIE-10: abandona la diferencia entre psicosis y neurosis como principio organizador, utiliza ampliamente el término **trastorno**, y se agrupan las alteraciones por tema común.  
P.ej: La personalidad ciclotímica se incluye entre los trastornos afectivos y del humor en vez de en los T. de personalidad.

Otros datos sobre la CIE-10:

1. La sección correspondiente a los trastornos afectivos está muy influida por el DSM-III R.
2. Se ha incorporado un **sistema multiaxial** de 3 ejes:
  - Eje I: Diagnósticos clínicos: todos los trastornos (físicos, mentales, del aprendizaje y de la personalidad)
  - Eje II: Discapacidades (0-5)
  - Eje III: Factores contextuales.
3. Sigue siendo una clasificación descriptiva y no etiológica, al igual que las versiones precedentes o los sistemas DSM, aunque implícitamente la etiología forme parte de la organización de una manera muy básica, según su origen orgánico, relacionado con sustancias o relacionado con el estrés. Estrictamente hablando resulta una **clasificación mixta**.
4. Ha supuesto también la creación de:
  - la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (**CIDI**),
  - los Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (**SCAN**)
  - y el Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (**IPDE**).

Son **entrevistas estructuradas** que pretenden operativizar la recogida de datos para determinar la presencia o ausencia de los criterios de inclusión o exclusión definidos para cada trastorno, mediante preguntas estandarizadas que facilitan valorar la existencia de experiencias subjetivas anormales y su significación clínica.

Requieren experiencia y entrenamiento en centros acreditados por la OMS.

**Spitzer** (APA) mostró su satisfacción porque la CIE-10 se haya visto influida por las últimas versiones del DSM, si bien sostiene que ambos sistemas no son equivalentes. Entre las diferencias, señala:

1. El DSM-IV no dependió de decisiones a priori respecto al número de clases. La CIE-10, sin embargo, consta de diez agrupaciones centrales que dependen de una decisión arbitraria y que no se corresponde con los conceptos utilizados por clínicos e investigadores.
2. Mientras que en la CIE-10 se tiene la sección de trastornos mentales orgánicos, se elimina en la versión DSM-IV.

3. Se han realizado revisiones más profundas de los criterios diagnósticos del DSM-IV comparativamente con la CIE-10.

(Podéis ver las categorías diagnósticas del DSM-IV y de la CIE-10 en la tabla de la pág. 108)

## VI. CRÍTICAS A LA CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA

Partidarios de la corriente biológica (neokraepelinianos), asumen que las entidades **nosológicas son empíricas y universales**.

A pesar del enfoque biologicista de los trastornos mentales y del supuesto carácter universal de los mismos, en la práctica los cambios experimentados por las diferentes versiones DSM demuestran que dichas clasificaciones indican diferentes momentos de un proceso cultural histórico.

Los elementos clasificados cambian con el tiempo, en gran medida porque cambian los puntos de vista teóricos y no porque la enfermedad cambie de manera natural.

P.ej. el DSM-III recibió la crítica feminista por construcciones de sesgo sexista bajo apariencia científica y basar lo saludable en modelos masculinos.

Más críticas:

- **Stein**, por su parte, refiere como planteamientos teóricos posibles en la elaboración de las categorías diagnósticas la adopción de una triple actitud de partida:
  1. La estrictamente clínica: basado en la definición de los síndromes en características universalmente válidas.
  2. Antropológica: relativizando el valor de las nosologías por considerar los problemas muy ligados a lo que cada cultura considera anormal.
  3. Clínico- antropológica: tiene presente la necesidad de combinar el conocimiento científico para la definición de las categorías nosológicas con valores o construcciones culturales.

Y opina que en los modelos actuales no se han tenido en cuenta otros puntos de vista que los derivados de los valores occidentales.

- **Blashfield** mantiene que las clasificaciones psiquiátricas no se ajustan a los principios en que se apoyan las clasificaciones biológicas: que las categorías sean *mutuamente excluyentes* (si pertenece a una categoría no puede pertenecer a otra) y la *exhaustividad* (las categorías deben contener todas las posibilidades clasificatorias). Y también les falta el rigor de una organización jerárquica.
- Entre los críticos radicales a las clasificaciones psiquiátricas habría que situar a **los teóricos del movimiento del etiquetado social** quienes ven en las enfermedades mentales etiquetas debidas a la desviación social; mostrando a la vez posiciones universalistas y relativistas, en cuanto que algunos sostienen que las enfermedades mentales son fenómenos naturales y universales, a la vez que otros autores las consideran creaciones locales.
- Derivado de la **economía política y del marxismo antropológico** durante la década de los 60:
  - **Economía política**: pertenecen antropólogos que creen encontrar en el diagnóstico psiquiátrico un deseo de controlar a los individuos,
  - **Marxismo antropológico**: asumía como reales los trastornos psiquiátricos, pero atribuía su origen a causas externas y a los factores socioeconómicos ya conocidos (las contradicciones del capitalismo, la lucha de clases o el sistema productivo moderno).

- **Persons:** critica la clasificación basada en categorías diagnósticas por ser, en sí misma, heterogénea y fuente de importantes sesgos.  
Y antepone las siguientes **ventajas** que se derivan de estudiar los síntomas individuales:
  - a) Evitar la clasificación errónea de los sujetos que frecuentemente puede tener lugar utilizando categorías diagnósticas.
  - b) Profundizar en fenómenos importantes que resultan ignorados en un diseño de categorías, en especial los mecanismos subyacentes implicados.
  - c) Contribuir al desarrollo de una teoría psicológica.
  - d) Aislar los elementos básicos y diferenciales de cada patología.
  - e) Facilitar el reconocimiento de la existencia de continuidad en los fenómenos clínicos y sus mecanismos respecto a los fenómenos y mecanismos normales.
  - f) Contribuir a la redefinición de nuestros sistemas de clasificación diagnóstica.
  
- **Eysenck:** sin oponerse a las clasificaciones, censura el esfuerzo realizado para mejorar la fiabilidad del DSM: “es inútil mientras no se demuestre que es válido”. Opina que el modelo categorial médico debería sustituirse por otro dimensional.
  
- **Otros:** prefieren estudiar conductas y no constructos.

## VII.EVALUACIÓN DE LAS CLASIFICACIONES: FIABILIDAD Y VALIDEZ

### SOBRE LA FIABILIDAD:

Todo lo anterior al DSM-III tenía poca fiabilidad diagnóstica.

Hablamos de tres tipos de fiabilidad:

#### 1. Fiabilidad interjueces:

- es el equivalente de la fiabilidad mediante formas paralelas o alternativas en términos psicométricos.
- En el diagnóstico psiquiátrico se ha utilizado el estadístico **Kappa** para evaluar el grado de concordancia interdiagnosticadores.
- La mejora en la fiabilidad diagnóstica ha sido mayor en los trastornos incluidos en el eje I que los del eje II.
- En todo caso, la fiabilidad interjueces siempre podrá verse afectada por:
  - o El carácter específico del método utilizado en la obtención de los datos.
  - o Por el tipo de datos a valorar.
  - o Por la fuente específica elegida para la obtención de los datos.

#### 2. Fiabilidad temporal:

- se refiere a la consistencia de las medidas en diferentes momentos, equivalente **al test-retest**.
- Apenas existen datos sobre la estabilidad del diagnóstico.
- Los cambios pueden deberse a la propia evolución del trastorno, por lo que algunos autores indican que el estudio de la estabilidad temporal tiene más que ver con la validez que con la fiabilidad.
- Aún así es importante estudiarla, especialmente en los trastornos que exigen un periodo de duración de algunos síntomas.

#### 3. Consistencia interna:

- o consistencia **inter-ítem o fiabilidad de las dos mitades** en psicometría.

- Entre las taxonomías clásicas cabría esperar una covariación perfecta entre los criterios de pertenencia a una categoría. La consistencia sería menos en las taxonomías prototípicas al existir una mayor heterogeneidad.

### **SOBRE LA VALIDEZ:**

Hablamos de:

#### **1. Validez de contenido:**

- Supone el examen sistemático de un test para determinar **si cubre** una muestra representativa de las conductas pertenecientes al aspecto o dominio que se pretende medir.
- En una clasificación diagnóstica equivaldría a comprobar si los criterios diagnósticos que definen una categoría muestrean todos los aspectos clave de dicho trastorno.

#### **2. Validez de criterio:**

- Implica la **comparación** de las puntuaciones de un test con la ejecución del sujeto en un determinado criterio.
- La validez de criterios en las clasificaciones actuales dista mucho de alcanzar niveles óptimos.

#### **3. Validez de constructo:**

- Se refiere al grado en que un sistema de valoración puede afirmarse que **mide un constructo teórico**. También al grado de relación de un procedimiento de valoración con otro ya conocido del constructo.
- Entre los sistemas de validación externos, en psicopatología se incluye la historia natural de los pacientes.

La validez de contenido y de criterio contribuyen a la validez de constructo. Es decir, la validez de constructo subsume y da por supuestas la validez de contenido y de criterio.

Los **parámetros** utilizados para establecer la validez de un constructo de una determinada categoría clínica han sido los siguientes, según **Feighner y Herbstein**:

- a) La descripción clínica y delimitación de unos síndromes respecto a otros.
- b) La historia natural del trastorno.
- c) Estudios sobre el resultado de la aplicación de tratamientos.
- d) Estudios familiares.
- e) Factores físico y neurológicos.
- f) Estudios de laboratorio y evaluación psicodiagnóstica.

**Robins y Guze** proponen cinco métodos para valorar la validez:

- a) Descripción clínica
- b) Estudios de laboratorio
- c) Delimitación respecto a otros trastornos
- d) Estudios de seguimiento
- e) Estudios familiares.

De estos cinco métodos, **Cloninger** considera que:

- Validez de criterio: b, d y e
- Validez de contenido: a
- Validez de constructo: c

Comparando fiabilidad y validez:

Es más importante la validez que la fiabilidad. Si falla la validez, da igual la fiabilidad.

A este respecto, Meehl señala que se ha sobredimensionado la importancia de la fiabilidad en la clasificación psiquiátrica, existiendo una general desatención hacia el problema de la validez de constructo.

Incluso se ha sugerido que la mejora en la fiabilidad del DSM ha sido a costa de la validez.

La mayoría de los constructos psiquiátricos son conceptos difusos, de cuya naturaleza interna todavía se sabe poco, por lo que los estudios de validez son la única estrategia viable para abordar este problema.

Para la evaluación de las clasificaciones, **Skinner** propone un paradigma integrado que se basa en los principios de la validación del constructo, a través de un constante intercambio entre el desarrollo teórico y análisis empíricos en tres fases:

- 1. Formulación teórica:** definición precisa de los constructos psicopatológicos, relaciones funcionales mutuas y relaciones hipotéticas con variables externas.
- 2. Validación interna:** operativización de los constructos y el examen de las diversas propiedades internas de la clasificación.
- 3. Validación externa:** conjunto de estudios encaminados a corroborar el valor pronóstico de las categorías o clases diagnósticas.

Para Skinner *“un principio fundamental es que una clasificación psiquiátrica debería ser considerada como una teoría científica que está abierta a la falsación empírica”*.

Según **Millon** una taxonomía debería responder a los siguientes requisitos:

- 1. Relevancia clínica y simplicidad:** por sí mismo no garantiza la validez.
- 2. Amplia representación.**
- 3. Robustez concurrente:** mantenimiento de las agrupaciones de sus miembros ante nuevas condiciones y atributos diferentes a los iniciales.