

Clasificación de la conducta anormal: el DSM IV

Informe realizado por Solange Coddou (2000)

Antecedentes:

La nosología es la disciplina que se ocupa de la descripción, estructura, diferenciación y clasificación de las enfermedades. Un diagnóstico es el proceso que tiene a la base una observación de las características clínicas del paciente para así etiquetar su enfermedad y formular hipótesis de su etiología y patogenia.

Los primeros documentos relativos a la clasificación de trastornos mentales se encuentran en la Grecia antigua. Homero (s. VIII a.c.) fue el primero en describir la psiquis como una doble imagen o un Alter Ego que llevaba al ser humano a cometer determinadas conductas, siendo la palabra hablada fundamental para la prevención y tratamiento del trastorno mental en su época. Hipócrates describió cuatro temperamentos básicos según desequilibrios de los humores (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema): sanguíneo, colérico, melancólico y flemático. Esta fue la primera clasificación, que muestra la orientación organiscista de Hipócrates; después surgen las primeras identidades psiquiátricas a las que Hipócrates dio nombres como manía, melancolía, frenitis e histeria. Luego hubo muchas contribuciones importantes como la de Tomás de Aquino o San Agustín, ayudando a disminuir el carácter oscuro de las enfermedades mentales. Los principales retos al oscurantismo médico nacen en el siglo XVI, en los inicios de la Revolución Científica, con personajes como Paracelso, Fernel, o Weyer, además del aporte de filósofos como Hobbes y Locke. Muy importante fue el aporte de Boissier al enumerar más de 2400 enfermedades, dando un gran impulso al afán clasificador. Bayle, por su parte, fue el primero en establecer una correlación sintomático anatómica, y uno de los primeros en incluir el curso de la enfermedad como criterio diagnóstico y clasificador. Las contribuciones de Kraepelin marcaron un hito al proponer la adopción de un criterio organizador, una matriz conceptual a la base de las observaciones clínicas, lo que lo hace ser considerado el arquitecto de la nosología moderna.

En base al importante trabajo de Stengel que muestra el caótico estado de la nosología, la OMS incentivó el agrupamiento de expertos de diversos países para mejorar la sección V (Trastornos Mentales) de la CIE-6 (clasificación internacional

de enfermedades). Este capítulo cuenta con 11 secciones que corresponden a trastornos orgánicos, afectivos, neuróticos, etc., e incluye un total de 100 categorías diagnósticas mayores que agrupan a 329 entidades clínicas individuales. La filosofía básica de la CIE es descriptiva y ateórica.

El Manual Diagnóstico y Estadístico: DSM.

En el año 1948 E.E.U.U. adoptó oficialmente la nomenclatura de la CIE, lo que refleja su reciente historia de nosología psiquiátrica, en cuyo desarrollo tuvieron gran impacto las dos guerras mundiales, debido a la gran variedad de trastornos psicológicos y conductuales suscitados en los frentes de guerra que no tenían etiqueta apropiada en la nomenclatura existente. Por esto, en plena segunda guerra las Fuerzas Armadas de Estados Unidos solicitó a un grupo presidido por Karl Menninger la elaboración de una nosología práctica precisa y aplicable a estas nuevas demandas, cuyo informe fue presentado en 1944. Este progreso y la publicación de la sexta edición de la CIE, en 1948, impulsaron a la APA a crear su propio sistema: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM I), publicado en 1952, que respondía tanto a influencias freudianas como meyerianas. No utilizaba criterios diagnósticos, y la interpretación psicoanalítica le restaba aplicabilidad práctica. Pese a ello, fue útil hasta 1968 en que la APA dio origen al DSM II. La aparición del DSM III en 1980 marca la confluencia de una serie de eventos materializada en un enfoque diagnóstico y nosológico más objetivo, neutral, pragmático y eficaz que sus predecesores. Entre tales eventos se encuentran: el asentamiento de la era Psicofarmacológica, la disminución de la influencia del Psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana, el gran crecimiento de las neurociencias, y factores extrapsiquiátricos tales como la remedicalización de la psiquiatría, críticas de abogados, jueces y pacientes a la endeble nomenclatura. La filosofía básica del DSM III intenta ser ateórica, y su enfoque es fenomenológico descriptivo. Tiene una estructura categorial, caracterizando a cada trastorno como una entidad discreta e independiente. Un cambio que marcó la culminación del debilitamiento psicoanalítico fue la exclusión de las neurosis como entidades nosológicas. El DSM III consagró la vigencia del enfoque Biopsicosocial de las enfermedades psiquiátricas, hecho que lo aleja de lo ateórico. Las principales críticas se agrupan en: Epistemológicas (falta de definición de enfermedad mental, regresión al monismo empirista, inflexibilidad de evaluación, etc.), técnicas (falta de participación de otros profesionales de la salud, problemas del enfoque categorial, falta de validez, etc.) y sociopolíticas (ciertos trastornos no se dan en otras culturas). En el DSM III-R (1987) se realizaron algunas modificaciones en torno a estos problemas, y menos de un año después la APA encarga la elaboración del DSM IV, con una participación masiva de profesionales de Salud Mental de todos los niveles. En pos de su uso de distintos profesionales y de diversas

orientaciones, se realizó con un lenguaje claro, accesible y breve. Reconoce la heterogeneidad sintomática y clínica de los pacientes. Consta de 16 clases diagnósticas y 366 categorías diagnósticas. Cada trastorno tiene la siguiente estructura descriptiva: Criterios diagnósticos (características clínicas); Rasgos y trastornos asociados; Rasgos específicos relacionados con la edad, la cultura o el sexo; Prevalencia, incidencia y riesgo (información epidemiológica básica); Curso clínico; Complicaciones; Patrón familiar; Diagnóstico diferencial; Factores predisponentes. El DSM IV es un sistema categorial, es fenético, politético (un trastorno no necesita todos los criterios), prototípico y multiaxial (representación instrumental del criterio bio-psico-social). Los cinco ejes se mantienen desde 1980, siendo estos: Síndromes clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; Trastorno de la personalidad y retraso mental; Enfermedades médicas; Problemas psicosociales y ambientales y Funcionamiento global, siendo estos dos últimos modificados en el DSM IV. Este manual incluye recomendaciones explícitas en torno a su utilización en diferentes culturas, por la influencia de ésta en síntomas y curso clínico de ciertos trastornos. Las categorías fueron construidas en base a la clínica y su validación en estudios de campo.

Seguramente el debate entre los tipoligistas y los dimensionalistas continuará, así como el debate por la orientación teórica. Y además, que cuando sea posible, se incorporarán clasificaciones patogénicas y etiológicas más que sintomáticas o empíricas.

Comentario

Primero que todo quiero mencionar que resumir en dos páginas un texto tan amplio se me hizo muy difícil, ya que tuve que dejar cosas de lado muy importantes, como las clases diagnósticas, pero me pareció mejor mencionar otros aspectos importantes ya que las categorías están accesibles en el DSM IV.

Partiendo por lo positivo del DSM IV, rescato el hecho de haber hecho partícipe en su elaboración a profesionales de distintas áreas de la salud mental, ya que creo que eso posibilita una mirada más abarcadora de los trastornos mentales, y muestra un cierto interés de ampliar los criterios diagnósticos. También rescato la incorporación de problemas psicosociales o ambientales en los ejes del manual, ya que es sabido que muchos trastornos son originados por factores traumáticos o estresantes de la vida del sujeto, acontecimientos negativos o situaciones tan insoportables que pueden llevar al sujeto a una crisis. Pero no concuerdo con el criterio de diagnóstico en que el hecho tiene que haber ocurrido dentro del año precedente, ya que sabemos que muchas emociones o traumas quedan contenidos por diversas razones y pueden afectar al sujeto mucho tiempo después. En todo

caso la incorporación de una evaluación multiaxial me parece un gran logro en el curso del DSM, al permitir abarcar una mayor cantidad de factores involucrados en los trastornos.

Si bien es importante la incorporación de la evaluación multiaxial, el DSM no toma en cuenta lo suficiente (si es que toma en cuenta) variables contextuales que se relacionan con los procesos psicológicos y biológicos del individuo, enfocándose más bien en un afán por encontrar los síntomas que presenta el sujeto. En este punto quiero decir que no comparto el afán por etiquetar a un sujeto, en vez de comprenderlo como un ser individual con su historia y características individuales. Este etiquetamiento a mi parecer perpetúa la enfermedad del sujeto, dándole el carácter de estado a algo que puede ser un proceso. Y esto no sólo trae consecuencias para el "enfermo", que se ve con un nombre encima que le pasa, sino que influye además en la actitud del profesional hacia el sujeto, así como de toda la gente que lo rodea. Creo que el uso de las palabras es de mucho cuidado, sobre todo si se trata de seres humanos, ya que es la forma mediante la cual creamos un nuevo mundo. El depresivo empieza a serlo para él y para el resto cuando se nombra la depresión.

En general yo creo que la aplicación de la ciencia a seres humanos es errónea, partiendo de la base que lo que caracteriza a la ciencia es la objetividad y con seres humanos nada es ni puede ser objetivo, sobre todo si el análisis lo están haciendo otros seres humanos, con emociones, con estados de ánimo, con traumas, etc.

Creo que el hecho de llevar todos los problemas que tiene una persona a una clasificación deshumaniza el problema y a la persona, y en vez de observar a un sujeto se está observando a una enfermedad, lo que produce una pérdida del sentido original: ayudar a la persona a estar bien con ella misma y con su ambiente, no a determinar si su conducta es normal o anormal, o si corresponde o no a una categoría que además fue creada por un cierto número de personas con sus creencias personales. Otra cosa que personalmente no gusta es la terminología usada, algunos conceptos me parecen tan impersonales que creo que jamás los usaría en una evaluación.

Con respecto a la base teórica del DSM IV, no tengo una opinión clara acerca de qué sería lo óptimo, si un enfoque definido o buscar lo ateorico. Pienso que un enfoque definido estaría muy sesgado y el manual estaría utilizado por un cierto tipo de profesionales; a su vez una mirada ateorica me parece imposible, ya que cualquier idea acerca del ser humano tiene a la base una concepción epistemológica y teórica. En este caso la base es el modelo médico, cuyos conceptos son separación

cuerpo-mente, observación objetiva del ser humano como si fueran cosas que observamos independiente de nuestra existencia, en fin, una concepción del ser humano que yo no comparto, y que felizmente es cuestionada y rechazada por muchos enfoques teóricos de la psicología que a mi parecer están tomando cada vez más importancia, y que nos plantean una mirada más positiva del ser humano, y a la vez más humana.

Una de las cosas que considero fundamental en el enfrentamiento de un paciente en su tratamiento, es su participación activa en el proceso, la certeza de que es él quien tiene que hacerse responsable de su vida y de sus problemas, y que es él quien tiene que mejorarse (obviamente no en casos extremos como una psicosis). En este punto, la jerarquía que se le da al profesional casi como mago de los trastornos mentales, como el experto en el problema que corresponde a la experiencia del sujeto, me parece que separa al paciente de su enfermedad como si fuera algo independiente de él, y esto afecta la toma de responsabilidad personal del problema, que es de la persona completa, no de una parte de ella.

En fin, creo que el DSM IV tiene que ser usado como un instrumento de cierta utilidad, como para entenderse con otros profesionales, no como un fin, no para tratar que mi paciente me quepa en el manual y así pueda concluir mi diagnóstico. Pero de todas formas creo que al usarlo como lenguaje con otros profesionales no se debe dejar de lado la experiencia, el sentido común, etc., ya que no es lo mismo si yo como psicóloga le cuento al psiquiatra todo lo que observo en la paciente, mi percepción personal, factores relacionados importantes con los síntomas, etc., a que sólo le entregue un informe que diga "ansiedad generalizada", ya que este solo hecho limita la mirada del profesional que recibe el diagnóstico, y eso influye, a mi parecer, en todo el curso del tratamiento. Creo que el DSM debe ser usado con un ojo crítico, como un instrumento al cual yo le doy mi utilidad.

Aviso: © Copyrights 2001 Apsique, en representación de los autores.

Todos los derechos reservados.

Este informe puede ser utilizado de la manera que el usuario estime conveniente, en tanto sean citados los autores. No se autoriza su venta ni su uso para fines de lucro de ninguna especie, a excepción que Apsique y/o el autor del texto así lo determine.