

*Una herramienta de utilidad en la clínica*

# **El DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association para los trastornos mentales**

*por Margarita Dubourdieu*

El DSM-IV es fruto de un trabajo en equipo de más de mil personas y más de sesenta organizaciones consultadas, numerosos profesionales y expertos. La conexión entre la American Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud ha permitido la compatibilidad entre el DSM-IV y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

La prioridad ha sido proporcionar una guía para la práctica clínica. Es una herramienta para la enseñanza de la psicopatología, facilita la investiga-

## ***La autora***

*Máster en  
psiconeuroinmunoendocrinología.  
Psicoterapeuta de adolescentes,  
adultos, pareja, familia, grupos y en  
psicoimmunología médica (Buenos  
Aires). Servicio de Psiquiatría del  
Hospital Maciel y Oncología del  
Hospital de Clínicas. Docente de  
grado y posgrado en la Universidad  
Católica del Uruguay, en la  
Universidad de la República y en  
otras instituciones científicas.  
<margadub@adinet.com.uy>*

ción y mejora la comunicación entre los clínicos al establecer criterios diagnósticos consensuados.

Una nomenclatura oficial Internacional facilita la comunicación entre distintos profesionales del área de la salud en distintos países. Sirve además para estudios estadísticos sobre salud pública; de ahí la brevedad y concisión de los criterios.

Trece grupos de trabajo con miembros altamente calificados aceptaron trabajar como grupos de consenso y no como abogados de conceptos anteriores, contemplando así los conocimientos más vigentes.

El comité elaborador del DSM-IV estuvo integrado por 27 miembros, algunos de los cuales formaban parte de los grupos de trabajo. Dos años antes de su publicación se distribuyeron ampliamente el borrador y las nuevas propuestas, buscando recibir sugerencias. Con estas modificaciones, un año después se repitió el procedimiento.

## Historia

El primer intento de reunir información sobre los trastornos mentales se efectuó mediante un censo en Estados Unidos, en 1840, en el que se registró la frecuencia de una categoría llamada *idiocia-locura*. Luego, en 1880, se clasificaron siete categorías y así se fueron desarrollando diferentes iniciativas. Finalmente, en 1952, se publicó el DSM-I como una variante de la CIE 6, que había incluido un apartado referido a trastornos mentales.

El DSM-I se planteó como un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas de los trastornos mentales para utilidad clínica. Mostró la influencia de Adolf Meyer, por lo que los trastornos mentales representaban *reacciones* de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

El DSM-II fue similar al DSM-I, pero en él desapareció el término *reacción*; su elaboración fue paralela a la de la CIE-8. El DSM-III se llevó a cabo junto con la preparación de la CIE-9; se empezó en 1974 y se publicó en 1980.

El DSM-III trajo importantes innovaciones y un sistema multiaxial, buscando neutralidad en cuanto a las teorías etiológicas. La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, pues solo pretendía facilitar la recolección de datos estadísticos para la salud pública. En 1987 apareció una versión modificada del DSM-III: el DSM-III-R.

Finalmente, en 1994 se publicó el DSM-IV; se trabajó en estrecho contacto con quienes confeccionaron la CIE-10, publicada en 1992. Por ello los códigos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-10, apéndice G.

# Aclaraciones

## Respecto a la definición de *trastornos mentales*

Tal como su nombre lo indica, se trata de un "manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Pero en la propia introducción del manual, se aclara: "El término *trastorno mental* implica desafortunadamente una distinción entre trastornos mentales y físicos; siendo esto un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo".<sup>1</sup>

Los conocimientos actuales dan cuenta de la imposibilidad de dissociar el cuerpo y la mente, ya que siempre ambas áreas se hallan implicadas, aunque los síntomas puedan ser más evidentes en una de ellas.

Pero el término persiste, pues no se ha encontrado una palabra adecuada para sustituirlo. No existe una definición que indique los límites de los trastornos mentales. Gran variedad de conceptos se han utilizado para ello: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, irracionalidad, etcétera.

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome (signos y síntomas) o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en alguna área) o a un riesgo aumentado de morir, sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Se plantea que este síndrome no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, muerte de un ser querido). Cualquiera sea la causa, deberá considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación sea síntoma de una disfunción.

Se aclara también que *se clasifican los trastornos que las personas padecen, no a las personas*; por eso se evita el uso de las expresiones "esquizofrénico", "alcohólico", etcétera, y se emplean frases como "un individuo con esquizofrenia" o "con dependencia del alcohol".

## Respecto a las categorías diagnósticas

No puede existir clasificación alguna con un número de categorías específicas suficiente para abarcar todos y cada uno de los casos clínicos. Con las categorías "no especificados" se proporciona una cobertura a los casos no infrecuentes que se hallan cerca de las definiciones categóricas específicas.

Se trata de una clasificación categorial que divide los trastornos mentales

en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Ello sirve cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, se dan límites claros entre diversas clases y ellas son mutuamente excluyentes; por ello vemos las limitaciones de este sistema de clasificación categorial al tratar fenómenos humanos.

El DSM-IV aclara que no asume que cada categoría sea una entidad separada con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco se asume que los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales.

En reconocimiento a la heterogeneidad, el DSM-IV incluye una serie de criterios politéticos en los cuales solo es necesario presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general de los rasgos definitorios.

Las categorías y los criterios diagnósticos deberán ser usados por profesionales, ya que únicamente deben emplearse como guía y ser acompañados de un juicio clínico flexible (pueden darse casos en que se justifique un diagnóstico a pesar de que no se reúnan todos los criterios diagnósticos, si ciertos síntomas persisten largo tiempo y son de gravedad).

Así mismo, hay que ser cuidadoso en rotular definitivamente, asociando a un individuo con una enfermedad.

En medicina forense, en la mayoría de las situaciones, el diagnóstico clínico de una enfermedad según el DSM-IV no basta para establecer la existencia a nivel legal de competencia o responsabilidad criminal o discapacidad. Se requiere información adicional y también información de tipo longitudinal. Esta clasificación, además, no se refiere a las posibles causas o etiologías.

A medida que surjan nuevos datos y nuevos conocimientos se requerirán nuevas revisiones.

Se ha hecho un importante esfuerzo para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural. Si no se está familiarizado con los matices culturales de un individuo, variaciones normales del comportamiento que responden a creencias o prácticas religiosas habituales en su cultura pueden diagnosticarse como psicopatológicas. En el apéndice J se contemplan algunos de estos aspectos.

La amplia aceptación internacional del DSM-IV da cuenta del reconocimiento de este manual como una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal como son padecidos por los individuos de todo el mundo, considerando las influencias culturales.

Se describe cómo los aspectos culturales afectan el contenido y la forma de presentación del síntoma. Se pone el ejemplo de los trastornos depresivos, caracterizados por una preponderancia de síntomas somáticos más que por tristeza, o las variaciones de los términos elegidos para definir el malestar, según las diferentes idiosincrasias socioculturales. En el apéndice se descri-

ben síndromes relacionados con la cultura. Otros aparecen en las categorías de "no especificados".

Se busca así reducir el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico, dando directrices apropiadas para su comprensión.

En el manual se aclara que sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales, psicosociales y espirituales.

El diagnóstico se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto, y pueden darse especificaciones de gravedad o curso evolutivo, en cuyo caso se considerarían las situaciones anteriores para su evaluación:

- *Leve*, en caso de que los síntomas casi no excedan los requeridos para el diagnóstico y tan solo haya un ligero deterioro de la actividad social y cotidiana.
- *Moderado*, con síntomas entre leves y graves.
- *Grave*, cuando los síntomas exceden los requeridos para el diagnóstico y hay un notable deterioro de la actividad social o laboral.
- *En remisión parcial*, cuando solo permanecen algunos de los síntomas o signos.
- *En remisión total*, cuando ya no existen síntomas o signos del trastorno, pero considerar dicho trastorno aún es relevante desde el punto de vista clínico (se continúa a veces un tratamiento preventivo para evitar recidivas).

Se establecen también *diagnósticos principales*, responsables del motivo de ingreso o consulta o principal objeto de atención, pero muchas veces son difíciles de discriminar por la concomitancia de otros trastornos.

Los trastornos múltiples pueden formularse en forma multiaxial o no axial. Se considerará como principal el diagnóstico expresado en el eje I, salvo que en el eje II se aclare el diagnóstico principal.

El clínico puede indicar la incertidumbre diagnóstica anotando "provisional" después del diagnóstico. Puede parecer, por ejemplo, que un sujeto sufre un trastorno depresivo mayor, pero no es posible obtener una historia adecuada que permita establecer que se cumplen todos los criterios. Corresponde incluir aquí también aquellos casos en que el transcurso del tiempo hace al diagnóstico.

## Evaluación multiaxial

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar en el

planeamiento del tratamiento y en la predicción de los resultados. Se incluyen cinco ejes:

- Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III: Enfermedades médicas.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V: Evaluación de la actividad global (EEAG) —en el DSM-III-R se lo menciona como *global assessment of functioning scale (GAF)*, revisado luego por Luborsky y colaboradores.

## Plan de organización del DSM-IV

Los trastornos están agrupados en 16 clases diagnósticas principales y una sección adicional denominada "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".

Las primeras cuatro, que antes eran agrupadas como *trastornos mentales orgánicos* (actualmente este término ya no se utiliza), pueden ser útiles también como diagnósticos diferenciales. Las siguientes secciones agrupan los trastornos por sus características fenomenológicas compartidas, excepto los adaptativos, que se agrupan según su etiología en común, pudiendo aclararse las distintas presentaciones clínicas (por ejemplo, con estado de ánimo ansioso o depresivo).

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
2. Delirium, demencia y trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
3. Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.
4. Trastornos relacionados con sustancias.
5. Esquizofrenia y otros trastorno psicóticos.
6. Trastornos del estado de ánimo.
7. Trastornos de ansiedad.
8. Trastornos somatomorfos.
9. Trastornos facticios.
10. Trastornos disociativos.
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
12. Trastornos de la conducta alimentaria.
13. Trastornos del sueño.

14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
15. Trastornos adaptativos.
16. Trastornos de la personalidad.

## Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

- Factores psicológicos que afectan el estado físico.
- Trastornos motores inducidos por medicamentos.
- Trastornos inducidos por otros medicamentos.
- Problemas de relación (por trastorno mental o enfermedad médica, paterno-filiales, conyugales, fraternos, otros).
- Problemas relacionados con el abuso o la negligencia.
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica (incumplimiento terapéutico, simulación, comportamientos antisociales, deterioros cognoscitivos, duelo, problemas académicos, laborales, de identidad, religiosos o espirituales, de aculturación, biográficos, etcétera).

Hay además 11 apéndices con diagnósticos diferenciales, glosario de términos, compatibilidades con el CIE-0 y el CIE-9-MC, especificaciones culturales, criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (postconmocional, disfórico premenstrual, depresivo menor, breve recidivante, mixto ansioso depresivo, depresivo postpsicótico en la esquizofrenia, depresivo de la personalidad). Éstas y otras propuestas fueron estudiadas para su inclusión, pero se concluyó que aún no se dispone de la suficiente información para avalarlas como categorías oficiales. Se incluyen para fomentar la continuación de su investigación.

## Trastornos del estado de ánimo

Incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes

La primera describe los episodios afectivos:

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio maníaco.
- Episodio mixto.
- Episodio hipomaníaco.

Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

La segunda describe los trastornos del estado de ánimo:

- Trastornos depresivos (F3):
  - Trastorno depresivo mayor único y recidivante.
  - Trastorno distímico.
  - Trastorno depresivo no especificado.
- Trastornos bipolares:
  - Trastorno bipolar I.
  - Trastorno bipolar II.
  - Trastorno ciclotímico.
  - Trastorno bipolar no especificado.
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

## **Resumen**

*Al establecer criterios diagnósticos consensuados, el DSM-IV se propone proporcionar una guía para la práctica clínica y una herramienta de utilidad para la docencia y la investigación. Desde los primeros intentos de clasificatorios conocidos en 1840 se han elaborado varios manuales en cuya revisión se fueron basando los posteriores. Este trabajo presenta en forma sintética el DSM-IV, con vistas a su mejor comprensión y utilización. Tras realizar las necesarias aclaraciones respecto a la utilización del término trastornos mentales, las categorías diagnósticas empleadas y la evaluación multiaxial, presenta la organización del plan y menciona las propuestas cuya inclusión está a la espera de mayores avances en la investigación.*