

Introducción

Ésta es la cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Hemos intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo (v. apéndice K), cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV (pág. IX), que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del

DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria.

Con el fin de mantener líneas de comunicación extensas y abiertas, el Comité Elaborador del DSM-IV ha establecido contactos con muchos otros componentes de la American Psychiatric Association y con más de 60 organizaciones y asociaciones interesadas en la confección del DSM-IV (American Health Information Management Association, American Nurse's Association, American Occupational Therapy Association, American Psychoanalytic Association, American Psychological Association, American Psychological Society, Coalition for the Family, Group for the Advancement of Psychiatry, National Association of Social Workers, National Center for Health Statistics, World Health Organization). Hemos intentado discutir los temas y los datos empíricos al empezar el trabajo, para poder identificar potenciales problemas y diferencias de interpretación. Ha sido posible, asimismo, realizar intercambios de información mediante la distribución de un boletín informativo semianual (el *DSM-IV Update*), la publicación de una columna de manera regular en *Hospital and Community Psychiatry* y charlas en reuniones nacionales e internacionales, así como diversos artículos de revistas.

Dos años antes de la publicación del DSM-IV, el Comité Elaborador publicó y distribuyó ampliamente el *DSM-IV Options Book*. En este libro se incluía un resumen de las propuestas alternativas que se pensaban introducir en el manual, y se solicitaban opiniones y datos adicionales para su posterior deliberación. Recibimos una extensa correspondencia de gente interesada, que nos proporcionó información y recomendaciones sobre el impacto potencial de posibles cambios en el DSM-IV en la práctica clínica, la enseñanza, la investigación y el trabajo administrativo. Todo esto nos ayudó a prever problemas y a intentar hallar la mejor solución. Un año antes de la publicación de este manual se distribuyó un penúltimo borrador con el fin de permitir la última crítica.

En el momento de tomar las últimas decisiones, los grupos de trabajo y el Comité Elaborador revisaron todo el material y toda la correspondencia reunidos. Creemos que la mayor innovación del DSM-IV reside no en cualquiera de los cambios específicos realizados, sino en el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró. Más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, el DSM-IV está basado en la observación empírica.

Fundamentos históricos

A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico. Debido a que la historia de la clasificación es demasiado extensa para ser resumida aquí, nos ocuparemos únicamente de aquellos aspectos que han conducido directamente al desarrollo del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM) y a las secciones de «Trastornos mentales» en las diversas ediciones de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE).

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Podría considerarse como el

primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría, «idioticia/locura», en el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, pnesia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Committee on Statistics of The American Psychiatric Association (en aquella época denominado American Medico-Psychological Association —el nombre se cambió en 1921—), junto con la National Commission on Mental Hygiene, diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística. La American Psychiatric Association colaboró con la New York Academy of Medicine en la elaboración de una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease. Esta nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Más adelante, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia (modificada por la Veterans Administration) para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (p. ej., trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM-I). El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El uso del término «reacción» en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

En parte debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6 y la CIE-7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos que llevó a cabo el psiquiatra británico Stengel. Se puede afirmar que su trabajo ha inspirado muchos de los avances recientes en la metodología diagnóstica: muy especialmente su énfasis en la necesidad de explicitar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables. Sin embargo, la posterior revisión, que condujo al DSM-II y a la CIE-8, no siguió las recomendaciones de Stengel. El DSM-II fue similar al DSM-I, pero con la desaparición del término «reacción».

Al igual que el DSM-I y el DSM-II, la confección del DSM-III se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9 (se publicó en 1975 y se puso en práctica en 1978); su realización empezó en 1974 y su publicación tuvo lugar en 1980. El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Este esfuerzo fue facilitado por el extenso trabajo empírico, realizado en aras a la construcción y validación de los criterios diagnósticos y al desarrollo de entrevistas semiestructuradas. La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores. Debido al desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9, se tomó la decisión de llevar a cabo una extensa modificación para su uso en Estados Unidos, convirtiéndose en CIE-9-MC (modificación clínica).

El uso del DSM-III constató una serie de inconsistencias en el sistema y un número de casos en los que los criterios diseñados no eran del todo claros. Por ello, la American Psychiatric Asso-

ciation sugirió a un grupo de trabajo que revisara el DSM-III y realizara las oportunas correcciones y modificaciones, con lo que se obtuvo el DSM-III-R, publicado en 1987.

Proceso de revisión del DSM-IV

La tercera edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES ha representado un gran avance en el diagnóstico de los trastornos mentales y ha facilitado mucho la investigación empírica. La creación del DSM-IV se ha beneficiado del sustancial aumento de la investigación en el diagnóstico, generado por el DSM-III y el DSM-III-R. La mayoría de los diagnósticos poseen ya literatura empírica o datos disponibles a la hora de tomar decisiones relevantes en la revisión de este manual diagnóstico. El Comité Elaborador del DSM-IV y los grupos de trabajo han efectuado un proceso empírico a tres niveles, que ha incluido: 1) revisiones sistemáticas de la literatura hasta ahora publicada, 2) reanálisis de los datos ya recogidos y 3) estudios de campo.

Revisión de la literatura

Con el fin de establecer un procedimiento sistemático para buscar, extraer, agregar e interpretar datos de manera objetiva y completa, se patrocinaron dos reuniones. La tarea inicial de cada uno de los grupos de trabajo del DSM-IV fue identificar los temas más pertinentes correspondientes a cada diagnóstico y determinar los tipos de datos empíricos para su resolución. Se asignó a un miembro o consejero de cada uno de los grupos de trabajo la responsabilidad de llevar a cabo una revisión sistemática y extensa de la literatura, que sirviera para esclarecer el tema y al mismo tiempo se usara en el texto del DSM-IV. Los campos considerados para tomar decisiones fueron la utilidad clínica, la fiabilidad, la validez descriptiva, las características psicométricas de cada criterio individual y un buen número de variables validadas.

La revisión de la literatura se centró en: 1) los temas relacionados con la descripción clínica y los criterios diagnósticos, así como su significación con respecto al DSM-IV; 2) el método de revisión (incluyendo la manera de detectar estudios relevantes, el número de estudios a considerar, los criterios de inclusión y exclusión, y las variables catalogadas en cada estudio); 3) los resultados de la revisión (con un resumen descriptivo de los estudios sobre metodología, diseño, correlatos de los hallazgos, hallazgos relevantes y sus análisis), y 4) las opciones para aclarar los temas, las ventajas e inconvenientes de cada opción, las recomendaciones y las sugerencias para llevar a cabo más investigaciones, siempre que fueran necesarias para llegar a una resolución concluyente.

El objetivo de la revisión de la literatura ha sido el de proporcionar información amplia y no sesgada, y asegurar que el DSM-IV contenga la mejor literatura clínica y de investigación actualmente disponible. Por esta razón se emplearon búsquedas sistemáticas mediante ordenador y revisiones críticas (realizadas por amplios grupos de consejeros) para asegurar que la literatura era la adecuada y que la interpretación de los resultados estaba justificada. Se solicitó a aquellas personas que no estaban muy de acuerdo con las conclusiones de la revisión que dieran su opinión al respecto. Las revisiones se analizaban muchas veces, para obtener un resultado lo más exacto y equilibrado posible. Debe reseñarse que para algunos temas encargados a los grupos de trabajo del DSM-IV, especialmente aquellos de naturaleza más conceptual o con información insuficiente, la revisión de la literatura empírica fue de utilidad limitada. A pesar de estas limitaciones, las revisiones servían para documentar el apoyo empírico y la base racional de las decisiones tomadas por los grupos de trabajo del DSM-IV.

Reanálisis de datos

Cuando la revisión de la literatura revelaba una ausencia de pruebas (o pruebas discordantes) en la resolución de un tema cualquiera, se hacía uso muy a menudo de dos recursos adicionales —reanálisis de datos y estudios de campo— para poder tomar decisiones. El análisis de datos relevantes no publicados ha sido posible gracias a una subvención de la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation a la American Psychiatric Association. La mayoría de los 40 reanálisis de datos realizados para el DSM-IV supusieron la colaboración de varios investigadores de diferentes lugares. Estos investigadores sometieron conjuntamente sus datos a las preguntas realizadas por los grupos de trabajo concernientes a los criterios incluidos en el DSM-III-R o a los que pudieran incluirse en el DSM-IV. El reanálisis de datos también ha hecho posible la confección de diversos tipos de criterios, probados posteriormente en los estudios de campo del DSM-IV. A pesar de que la mayoría de las series de datos utilizados en los reanálisis se extrajeron de estudios epidemiológicos, clínicos o terapéuticos, resultaron de gran utilidad para aclarar los problemas nosológicos con los que se enfrentaron los grupos de trabajo del DSM-IV.

Estudios de campo

El National Institute of Mental Health (NIMH), en colaboración con el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), han patrocinado 12 de los estudios de campo. Estos estudios han permitido a los grupos de trabajo comparar opciones alternativas y estudiar el posible impacto de los cambios sugeridos. Los estudios de campo han comparado el DSM-III, el DSM-III-R y la CIE-10, y han propuesto una serie de criterios para el DSM-IV (en 5-10 lugares diferentes por cada estudio y con aproximadamente 100 individuos cada uno). Se seleccionó a individuos representativos de grupos de diferente ámbito sociocultural y étnico con el fin de establecer una generalización de los resultados y probar algunos de los más complicados aspectos del diagnóstico diferencial. Los 12 estudios de campo incluyeron más de 70 lugares y evaluaron a más de 6.000 individuos. Se recogió información sobre la fiabilidad y funcionamiento de cada criterio, así como de los puntos específicos de cada uno de ellos. Este tipo de estudio fue de utilidad también para salvar la frontera entre la investigación y la práctica clínicas, determinando cómo se aplican en la práctica los cambios derivados de la investigación.

Criterios para los cambios

A pesar de que ha sido imposible establecer criterios absolutos e infalibles sobre cuándo realizar cambios, algunos principios han servido de guía. El umbral para realizar revisiones ha sido más alto para el DSM-IV que para el DSM-III y el DSM-III-R. Las decisiones tenían que estar justificadas mediante una base racional y una revisión sistemática de datos empíricos relevantes. Para aumentar la utilidad clínica y el uso del DSM-IV, se han simplificado y clarificado los tipos de criterios, siempre que haya podido justificarse mediante datos empíricos. Se ha intentado establecer el mayor equilibrio posible entre la tradición histórica (centrada en el DSM-III y el DSM-III-R), la compatibilidad con la CIE-10, las pruebas suministradas por la revisión de la literatura, los análisis de los datos no publicados, los resultados de los estudios de campo y el consenso sobre cada tema. Aunque la cantidad de pruebas requeridas para respaldar los cambios ha sido mayor, hubo muchas variaciones de unas enfermedades a otras, ya que el fundamento empírico para las decisiones tomadas en el DSM-III y el DSM-III-R también ha variado.

Por sentido común, los grandes cambios para resolver problemas menores han requerido más pruebas que los cambios pequeños para solucionar problemas mayores. Se han recibido sugerencias para incluir nuevos diagnósticos en el DSM-IV. Quienes las proponían opinaban que los nuevos diagnósticos eran necesarios para mejorar la cobertura del sistema, ya que era importante incluir a grupos de individuos que no podían ser diagnosticados según el DSM-III-R o que, en el mejor de los casos, sólo podían ser clasificados en la categoría de «no especificados». Se decidió que, en general, se debían incluir nuevos diagnósticos en el sistema sólo después de que la investigación hubiera permitido su inclusión, y no para que su inclusión permitiera la investigación. Sin embargo, los diagnósticos incluidos en la CIE-10 gozaban de una mejor consideración que los recién acabados de proponer para el DSM-IV. El aumento de la utilidad marginal, claridad y cobertura proporcionado por los nuevos diagnósticos tenía que ser sopesado frente a los problemas y dificultades que significaba para el sistema, frente a la escasez de la documentación empírica, los posibles diagnósticos erróneos y el mal uso. No puede existir clasificación alguna de los trastornos mentales con un número suficiente de categorías específicas que abarquen todos y cada uno de los casos clínicos. Las categorías «no especificados» proporcionan una cobertura a los casos no infrecuentes que se hallan cerca de las definiciones categóricas específicas.

Fuentes del DSM-IV

La documentación ha sido la base fundamental de la realización del DSM-IV. El *DSM-IV Sourcebook*, publicado en cinco volúmenes, ha intentado proporcionar un registro de referencia amplio y conveniente, tanto clínico como de investigación, para las diversas conclusiones a las que han llegado los grupos de trabajo y el Comité Elaborador. Los tres primeros volúmenes del *Sourcebook* contienen versiones condensadas de las 150 revisiones de la literatura. El cuarto volumen consta de información sobre el reanálisis de datos, y el quinto aporta información sobre los estudios de campo y un resumen final de las bases racionales tenidas en cuenta a la hora de tomar las decisiones. Además, todo este esfuerzo estimuló la publicación de muchos trabajos que fueron de gran utilidad para el DSM-IV.

Relación con la CIE-10

La décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G). Los borradores clínicos y de investigación de la CIE-10 han sido revisados por los grupos de trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R, y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV. La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10 (que fueron facilitadas por NIMH, NIDA y NIAAA) ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas.

Definición de *trastorno mental*

A pesar de que este volumen se titula MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». El problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.

Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción —como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica)—. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

A pesar de estas consideraciones, la definición de *trastorno mental* del DSM-IV es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, que deberían ser incluidas en el DSM-IV. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol».

Uso del DSM-IV

Limitaciones del enfoque categorial

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre

más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios politéticos, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (p. ej., el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios).

Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, que empleó un modelo categorial. El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales conduzca a una mayor aceptación tanto como método de transmisión de la información como herramienta de investigación.

Juicio clínico

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideren graves). Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Uso del DSM-IV en medicina forense

Cuando las categorías, los criterios y las definiciones contenidas en el DSM-IV se emplean en medicina forense, existe el riesgo de que la información se malinterprete o se emplee de manera incorrecta. Este peligro se produce por la discrepancia existente entre las cuestiones legales y el tipo de información contenida en el diagnóstico clínico. En la mayoría de las situaciones el diag-

nóstico clínico de un trastorno mental según el DSM-IV no basta para establecer la existencia, a nivel legal, de un «trastorno, discapacidad, enfermedad o defecto mentales». Para determinar si un individuo cumple un criterio legal específico (p. ej., competencia, responsabilidad criminal o discapacidad) se requiere información adicional, más allá de la contenida en el DSM-IV: debe incluir información sobre el deterioro funcional de la persona y cómo este deterioro afecta las capacidades particulares en cuestión. Es precisamente debido a la gran variabilidad que puede existir en el deterioro, las capacidades y las incapacidades correspondientes a cada categoría diagnóstica por lo que la asignación de un diagnóstico concreto no denota un grado específico de deterioro o discapacidad.

Las personas que toman decisiones de tipo no clínico deben saber que un diagnóstico determinado no conlleva implicaciones que tengan que ver con las causas del trastorno mental o con el deterioro asociado. La inclusión de un trastorno en la clasificación (como sucede generalmente en medicina) no requiere la existencia de una etiología conocida. Además, el hecho de que un individuo cumpla criterios del DSM-IV no conlleva implicación alguna respecto al grado de control que pueda tener sobre los comportamientos asociados al trastorno. Incluso cuando la falta de control sobre el comportamiento sea uno de los síntomas del trastorno, ello no supone que el individuo diagnosticado como tal sea (o fue) incapaz de controlarse en un momento determinado.

Debe decirse que el DSM-IV refleja el consenso sobre la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales, conseguido en el momento de la publicación inicial del manual. Los nuevos conocimientos generados por la investigación y la experiencia clínica conducirán indudablemente a una mayor comprensión de los trastornos incluidos en el manual, a la identificación de nuevas enfermedades y a la eliminación de otras en futuras clasificaciones. El texto y los tipos de criterios requerirán nuevas revisiones a medida que surjan nuevos datos y nuevos conocimientos.

El uso del DSM-IV en medicina forense debe realizarse teniendo en cuenta los riesgos y las limitaciones explicitadas anteriormente. Si se hace un uso correcto, el diagnóstico y la información diagnóstica pueden ser útiles para quienes hayan de tomar decisiones. Por ejemplo, cuando la presencia de un trastorno mental sea el motivo de un dictamen legal (p. ej., procesamiento civil involuntario), el uso de un sistema de diagnóstico determinado aumentará el valor y la fiabilidad de este dictamen. Por ser un compendio basado en la revisión de la literatura clínica y de investigación, el DSM-IV puede facilitar el correcto entendimiento de los rasgos relevantes de los trastornos mentales a las personas que toman decisiones legales. La literatura de este tipo sirve también de control sobre las especulaciones no fundamentadas de los trastornos mentales y del modo de actuar del individuo. Por último, la información diagnóstica de tipo longitudinal puede mejorar la toma de decisiones cuando el problema legal concierne al funcionamiento mental de la persona, bien en el pasado o en el futuro.

Consideraciones étnicas y culturales

Se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM-IV para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos). Los médicos visitan diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales (incluidos inmigrantes). La valoración diagnóstica puede constituir un reto cuando un clínico de un grupo étnico determinado usa el DSM-IV para evaluar a un paciente de otro grupo étnico. Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (p. ej., escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden diagnosticarse como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad en

diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del «yo», de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento.

El DSM-IV consta de tres tipos de información relacionada con aspectos culturales: 1) una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM-IV; 2) una descripción de los síndromes relacionados con la cultura no incluidos en el DSM-IV (se incluyen en el apéndice J), y 3) directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el impacto del contexto cultural del individuo (v. también apéndice J).

La amplia aceptación internacional del DSM indica que esta clasificación es una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal y como son padecidos por los individuos de todo el mundo. Sin embargo, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. Con el fin de facilitar su aplicación a personas de diversas culturas y etnias, el DSM-IV consta de un nuevo apartado dedicado a los rasgos ligados a la cultura. Este apartado describe cómo los aspectos culturales afectan al contenido y a la forma de presentación del síntoma (p. ej., trastornos depresivos caracterizados por una preponderancia de síntomas somáticos más que por tristeza), da a conocer también qué términos son preferidos para definir el malestar y aporta información sobre la prevalencia del trastorno (cuando es posible).

El segundo tipo de información cultural que se proporciona son los «síndromes relacionados con la cultura», descritos en una o algunas sociedades. El DSM-IV da a conocer dos maneras para facilitar el reconocimiento de estos síndromes: 1) algunos son incluidos como ejemplos separados en la categoría «no especificados» (p. ej., amok, ataque de nervios), y 2) se ha confeccionado un apéndice de estos síndromes (apéndice J) que engloba el nombre de la enfermedad, las culturas en las que se ha descrito y una breve descripción de la psicopatología.

Con el fin de aumentar la aplicabilidad del DSM-IV entre las diferentes culturas, se ha confeccionado un apartado específico sobre cultura, en el que se incluye un glosario de síndromes relacionado con ésta y las directrices apropiadas para su comprensión. Es de esperar que estos nuevos aspectos permitan detectar con más sensibilidad el modo en que estos trastornos mentales se manifiestan en las diferentes culturas, reduciendo así el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico.

Uso del DSM-IV en la elección del tratamiento

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV.

Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica

Los términos «trastorno mental» y «enfermedad médica» se usan ampliamente a través de todo el manual. El término «trastorno mental» se ha explicado antes. El término «enfermedad médica» se usa como expresión para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fuera del capítulo de «trastornos mentales y del comportamiento» de la CIE. Hay que subrayar que éstos son sólo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales.

Organización del manual

El manual se inicia con las instrucciones para su uso (pág. 1), seguidas por la Clasificación DSM-IV (v. págs. 13-24), que proporciona una lista sistemática de los códigos y categorías. A continuación se describe el sistema multiaxial para el diagnóstico (v. págs. 27-37) y los criterios diagnósticos de cada trastorno acompañados por un texto descriptivo (págs. 39-703). Por último, el manual incluye 11 apéndices.