

Diagnóstico y clasificación de los problemas psicológicos

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Cuáles** son las ventajas y desventajas de las tres principales definiciones de comportamiento anormal?
2. **¿Qué** es enfermedad mental o trastorno mental? **¿Por** qué son importantes los diagnósticos de trastorno mental?
3. **¿Cómo** se elaboró el DSM-IV? Describa los cinco ejes diagnósticos usados para una formulación de diagnóstico según el DSM-IV.
4. **¿Cómo** se evalúan los sistemas de clasificación diagnóstica?
5. **¿Cuál** es el modelo diátesis-estrés de la psicopatología?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

¿Qué es el comportamiento anormal?
Conformidad con las normas: rareza estadística o violación de las normas sociales
Aflicción subjetiva
Discapacidad o disfunción
¿Dónde nos deja esto?
Enfermedad mental
Importancia del diagnóstico
Primeros sistemas de clasificación
DSM-IV
Problemas generales en la clasificación
Otros sistemas de clasificación
Causas del comportamiento anormal y enfermedad mental
Conclusión

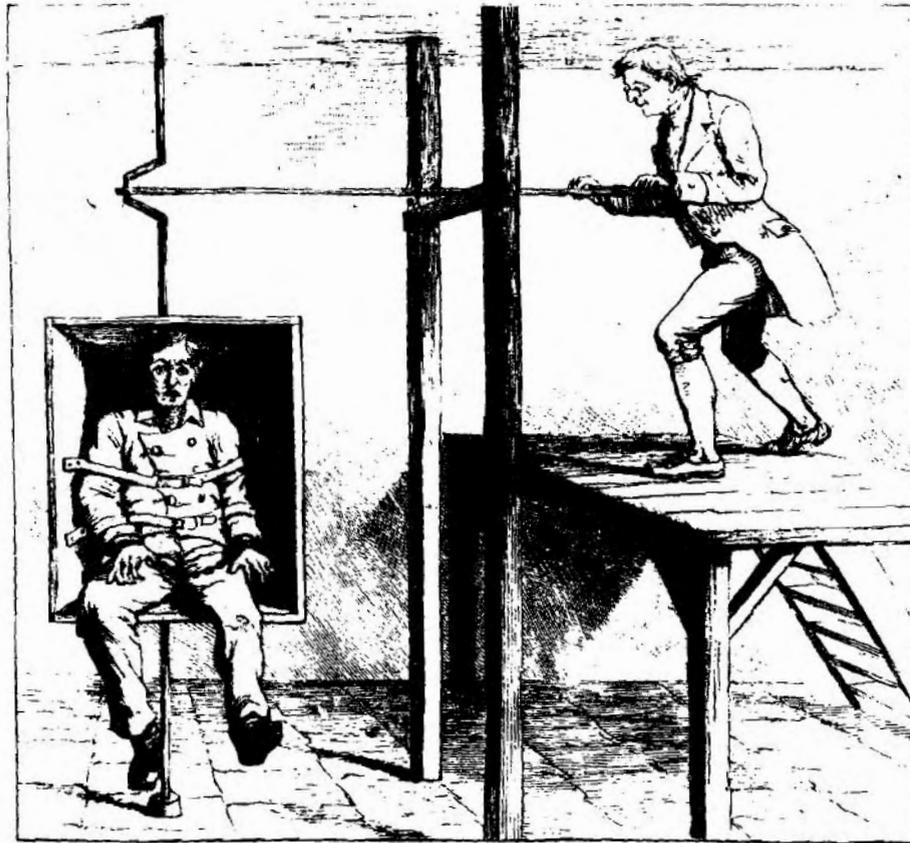
RESUMEN DEL CAPÍTULO

TÉRMINOS CLAVE

SITIOS WEB DE INTERÉS

FIGURA 5-1 En el siglo XIX, el tratamiento de la depresión consistía en hacer girar al paciente en una silla rotatoria

The Bettmann Archive. © Bettmann/CORBIS.



Por lo general, se considera que la psicología clínica es un campo aplicado. Los clínicos intentan aplicar principios psicológicos sustentados en forma empírica a problemas de adaptación y comportamiento anormal. Esto supone encontrar formas funcionales de cambiar el comportamiento, pensamientos y sentimientos de los clientes. De este modo, los psicólogos clínicos disminuyen la desadaptación o disfunción de sus clientes o incrementan sus niveles de adaptación.

Sin embargo, antes que los clínicos puedan formular y administrar intervenciones, deben evaluar los síntomas de psicopatología y los niveles de desadaptación de sus clientes. Es interesante notar que las definiciones precisas de éstos y otros términos relacionados pueden ser difíciles. Además, la

manera en que se aplican los términos a los clientes algunas veces es bastante asistemática.

La psicología clínica ha avanzado más allá de las opiniones primitivas que definían a la enfermedad mental como posesión por demonios o espíritus. La desadaptación ya no es considerada un estado de pecado. Los siglos XVIII y XIX anunciaron la noción de que los individuos "dementes" son enfermos y requieren trato humano. Incluso entonces, las prácticas de salud mental podían ser extrañas, para decir lo menos (Fig. 5-1). Es evidente que las opiniones contemporáneas de los psicólogos clínicos son considerablemente más complejas que las de sus antepasados. Pero muchos ven tratamientos actuales como la terapia electroconvulsiva (TEC) con cierto escepticismo y preocupación.

Otros más pueden ver la popularidad de tratamientos que usan psicotrópicos (como antipsicóticos, antidepresivos, antimaniáticos o ansiolíticos) como menos comprendida. Por último, muchos tipos de "tratamiento psicológico" (por ejemplo, las **terapias del grito primitivo y de la regresión de edad**) en el mejor de los casos son cuestionables. Todos estos enfoques y perspectivas de tratamiento están ligados a las formas en que los psicólogos clínicos deciden quien necesita evaluación, tratamiento o intervención, así como al fundamento para proveer estos servicios. Estos juicios son influidos por las etiquetas o diagnósticos aplicados con frecuencia a la gente.

En este capítulo revisaremos en forma crítica algunas de las definiciones y etiquetas de la psicología clínica. De esta forma, quizá podamos esclarecer algunos de los problemas implicados en su USO.

Para darle una mejor idea de las actividades de los psicólogos clínicos que se especializan en el comportamiento anormal o psicopatología, presentamos un ejemplo específico en el perfil 5-1. Este perfil describe el trabajo de un *psicopatólogo*, un científico que estudia las causas de los trastornos mentales y los factores que influyen en su desarrollo.

¿Qué es el comportamiento anormal?

Pida a diez personas una definición de comportamiento anormal y puede ser que obtenga diez respuestas diferentes. Algunas de las razones por las que se dificulta definir el comportamiento anormal son **1) ninguna característica descriptiva individual es compartida por todas las formas de comportamiento anormal y ningún criterio de "anormalidad" es suficiente, y 2) no existe algún límite discreto entre el comportamiento normal y el anormal.** Muchos mitos acerca del comportamiento anormal sobreviven y florecen aún en esta época ilustrada. Por ejemplo, muchos individuos aún lo equiparan con **1) comportamiento extraño, 2) comportamiento peligroso o 3) comportamiento vergonzoso.**

En esta sección examinaremos con cierto detalle tres definiciones de comportamiento anormal que se han propuesto: **1) conformidad con las**

normas, 2) la experiencia de una aflicción subjetiva y 3) discapacidad o disfunción. Expondremos las ventajas y desventajas de cada definición. Aunque cada una resalta una parte importante de nuestra comprensión del comportamiento anormal, ninguna está completa por sí misma.

Conformidad con las normas: rareza estadística o violación de las normas sociales

Cuando el comportamiento de una persona tiende a conformarse con las normas sociales prevalentes o cuando este comportamiento particular se observa con frecuencia en otras personas, no es probable que el individuo llegue a la atención de los profesionales de la salud mental. Sin embargo, cuando el comportamiento de una persona llega a ser manifiestamente desviado, extravagante o que no se conforma de alguna otra manera, entonces es más probable que sea clasificado como "anormal." Consideremos algunos ejemplos.

El caso de Billy A.

Billy está ahora en el segundo grado. Es de estatura y peso promedio y no manifiesta problemas físicos. Es algo agresivo y tiende a intimidar a niños más pequeños que él. Su nacimiento fue normal y aunque tardó un poco en aprender a caminar y hablar, la deficiencia no fue marcada. El primer grado le resultó difícil y su progreso fue lento. Al final del año escolar, estaba considerablemente retrasado respecto de su grupo. Sin embargo, los profesores decidieron pasarlo de cualquier modo. Razonaron que tan sólo era un poco lento en madurar y que se "recuperaría" pronto. Notaron que su situación como hijo único, con unos padres que lo adoraban, una atención de corta duración y la agresividad eran factores que se combinaban para producir su escaso rendimiento escolar.

Al inicio del segundo grado se aplicó a Billy una prueba de rendimiento de rutina, en la cual salió muy mal. Como parte de la política escolar, fue enviado al psicólogo escolar para un examen y evaluación individual. Con base en los resultados

PERFIL 5-1

Kenneth J. Sher, Ph. D.

Un psicopatólogo es un científico que estudia cómo se desarrollan los trastornos mentales y sus causas (etiología). Una proporción relativamente pequeña, pero muy productiva, de psicólogos clínicos que realizan investigaciones se denominan psicopatólogos. Kenneth J. Sher es un psicopatólogo prominente cuya investigación se centra en la etiología y desarrollo de los trastornos por uso del alcohol.

El doctor Sher fue distinguido como profesor Middlebush de psicología en la Universidad de Missouri-Columbia. Ha publicado más de 100 libros, capítulos de libros o artículos empíricos sobre cuestiones relacionadas con los trastornos por el uso del alcohol, metodología en la investigación de la psicopatología y relaciones entre personalidad y psicopatología. Ha recibido diversas becas federales para financiar su investigación, además de numerosos premios que reconocen sus contribuciones científicas.

Su trabajo empírico ha evaluado muchas teorías del uso del alcohol (por ejemplo, reducción de la tensión, conciencia de sí mismo), al igual que factores que influyen en el desarrollo de los trastornos por dicho uso en sujetos "en riesgo" (hijos biológicos de padres diagnosticados con alcoholismo). En la actualidad, el doctor Sher lleva a cabo un estudio prospectivo importante que evalúa a los sujetos "en riesgo" a intervalos regulares durante sus años universitarios y los primeros años adultos. Por ejemplo, uno de los estudios

de este proyecto grande encontró que los hijos de alcohólicos reportaron mayor número de problemas de alcohol y drogas, mayores posibilidades de alcoholismo, un gran descontrol conductual y un rendimiento académico inferior a los sujetos control que no tienen una historia familiar de alcoholismo (Sher, Walitzer, Wood y Brent, 1991). Los datos de la fase prospectiva del estudio del doctor Sher se utilizarán para evaluar una variedad de modelos teóricos sobre la manera en que se desarrollan los problemas del alcoholismo y otras formas de psicopatología en los hijos de alcohólicos.

El doctor Sher respondió varias preguntas que le hicimos respecto de sus antecedentes e intereses, al igual que sobre sus predicciones acerca de las tendencias futuras para la psicología clínica y la investigación sobre psicopatología.

¿Qué lo hizo interesarse en el campo de la psicología clínica?

En realidad no estoy seguro. La psicología clínica era la cuarta y última opción de mis estudios de licenciatura. Llegué a la universidad con interés de convertirme en biólogo marino. Si la universidad hubiera tenido algún curso adecuado cuando ingresé (estaba en mitad de Ohio), es probable que ahora fuera biólogo marino. Después de un tiempo breve en la licenciatura en comunicaciones (enfocándome en los medios masivos de comunicación), cursé la licenciatura en psicología. Al principio estaba interesado en ser psicólogo cognoscitivo, debido a que nada me parecía más fundamental que una cuestión como "¿qué es el pensamiento?" y "¿cómo pensamos?" Sin embargo, encontré que la psicología cognoscitiva en esa época (principios de los setenta) era demasiado conductual y filosóficamente estéril (algo muy lejano del estado actual de la ciencia cognoscitiva).

Mi interés en la psicología clínica cuajó mientras trabajaba como asistente de investigación para **Mardi Horowitz**, un psiquiatra académico en San Francisco. Ahí me convencí de que puede aprenderse mucho sobre la naturaleza humana de un programa de investigación integrado que incluya estudios clínicos (los cuales ayudan a describir los fenómenos), investigacio-

(continúa)

PerfS 5-1 (continuación)

nes epidemiológicas (las cuales sirven para establecer el grado y curso de los fenómenos en la población) e investigación de laboratorio (que ayuda a probar hipótesis específicas sobre mecanismos subyacentes). Horowitz me dijo que entrar a la psicología clínica "sería el error más grande de mi vida"; él pensaba que debería ir a la escuela de medicina, y mi madre, por supuesto, estaba de acuerdo. Sin embargo, nunca he lamentado mi elección, aunque tener un laboratorio en un barco de investigación marina habría sido bueno también.

Describe cuales actividades realiza como psicólogo clínico, al igual que sus áreas de experiencia.

Sobre todo soy investigador. Realizo tanto investigación de laboratorio sobre las diferencias individuales en los efectos del alcohol como estudios de campo del curso de los trastornos por uso de sustancias en adultos jóvenes. Me interesa en particular la interacción de la persona y el ambiente y la forma en que se desarrollan a lo largo del tiempo el riesgo y la protección de varios resultados "malos" en el ser humano en desarrollo. Paso la mayor parte del tiempo supervisando investigaciones de estudiantes graduados, analizando datos, redactando y revisando a compañeros (tanto artículos especializados como revisiones para becas). También participo en una gran cantidad de actividades administrativas aquí en el departamento de psicología. Digo que mi experiencia principal es en métodos de investigación clínica, alcoholismo, ansiedad e investigación de comorbidez.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Siempre pienso que es arriesgado adivinar el futuro, pero es evidente que el papel del psicólogo clínico como proveedor de atención de la salud independiente está disminuyendo debido a la sobreoferta de psicólogos, la competencia de otros proveedores de salud mental y la atención financiada. Sin embargo, con los retos también

vienen las oportunidades, y la escena cambiante de la salud mental podría proporcionar oportunidades para que los psicólogos clínicos tengan una gran influencia en el diseño de nuevos protocolos de tratamiento, **la supervisión del personal encargado del tratamiento y la elaboración de políticas de salud conductual**. En el frente de la investigación, los psicólogos clínicos están entrenados en forma única para unir varias disciplinas y pueden servir como dirigentes o colaboradores importantes en una variedad de iniciativas de estudio en la investigación básica en psicopatología y salud y en la evaluación de los resultados del tratamiento.

¿Cuáles son las áreas más promisorias para la investigación de la psicopatología?

La psicopatología está preparada para realizar varios descubrimientos importantes, gracias a los progresos básicos en disciplinas aliadas. Por ejemplo, los avances recientes en la obtención de imágenes neurológicas (TEP, IRMf) proporcionan las herramientas para entender mejor los mecanismos cerebrales que subyacen en ciertas formas de pensamiento y comportamiento anormales. La revolución genética molecular nos permitirá descubrir genes que contribuyen en varios trastornos del comportamiento y, al ayudarnos a entender cómo funcionan en el contexto del ambiente, deberán decirnos mucho más sobre la biología subyacente al igual que sobre procesos ambientales esenciales. En el presente, muchos psicólogos están a la defensiva respecto de la investigación genética; temen que trivializará o marginará la investigación básica sobre el comportamiento. Yo sostengo la opinión contraria: los avances en la **genética** nos permitirán refinar nuestras nociones sobre la función de las influencias no genéticas en el comportamiento. Además, los avances impresionantes en la metodología **estadística y un aumento en el interés sobre la importancia de los datos prospectivos** nos ayudarán a caracterizar mejor la psicopatología en el transcurso de la vida, y es probable que cambien nuestro sistema de diagnóstico a uno que vea más a la psicopatología en el **contexto del desarrollo**.

de la Escala de inteligencia Stanford-Binet, una prueba de dibujo de una persona, los registros escolares y una historia social tomada de los padres, el psicólogo concluyó que Billy sufría de retardo mental. Su CI era de 64 en la Stanford-Binet y se estimó en 61 con base en la prueba de dibujo de una persona. Además, un índice de madurez social derivado de informes de los padres sobre su comportamiento social fue bastante bajo.

El caso de Martha L.

Al parecer Martha tuvo una infancia normal. Progresó en forma adecuada en la escuela y causó pocos problemas a sus maestros o padres. Aunque nunca hizo amigos con facilidad, no podría describirse como retraída. Su historia médica era negativa. Cuando Martha ingresó al bachillerato empezaron los cambios. Peinaba su cabello con un estilo muy serio y simple. Elegía ropa que le quedaba bastante mal y que era casi como la que se usaba hace 50 años. No usaba maquillaje ni joyería. Donde antes habría sido difícil distinguirla de las otras chicas en su clase, ahora destacaba con facilidad.

El trabajo escolar de Martha empezó a empeorar. Pasaba horas sola en su cuarto leyendo la Biblia. También empezó a pasar notas a otras chicas en las que comentaba sobre la inmoralidad de ellas cuando las observaba tomadas de la mano con chicos, riendo tontamente, bailando y cosas por el estilo. Asistía constantemente a servicios religiosos; algunas veces en domingo iba al servicio a cinco o seis iglesias separadas. Ayunaba con frecuencia y decoraba los muros de su casa con incontables cuadros de Cristo, citas religiosas y crucifijos.

Cuando Martha al fin dijo a sus padres que se iba a unir a una oscura secta religiosa y a viajar por todo el país (en un estado de pobreza) para llevar el mensaje de Cristo al país, se preocuparon y la llevaron a un psiquiatra. Poco después, fue hospitalizada. Su diagnóstico variaba, pero incluía términos como esquizofrenia tipo paranoide, personalidad esquizoide y esquizofrenia tipo indiferenciado.

Ambos casos son ejemplos de individuos que suelen ver los psicólogos clínicos para evaluación o tratamiento. La peculiaridad que los caracteriza de inmediato es que los comportamientos de Billy y Martha violan normas. Billy puede considerarse anormal debido a que su CI y rendimiento escolar se apartan en forma considerable de la media. Este aspecto de desviación de la norma es muy claro en el caso de Billy, ya que puede describirse en forma estadística y con números. Una vez que se logra esta clasificación numérica, es segura la asignación de Billy a la categoría desviada. Martha también llamó la atención de la gente porque es *diferente*. Sus ropas, apariencia e intereses no van conforme a las normas típicas de las mujeres en su cultura.

Ventajas de esta definición. La definición de anomalía en términos de rareza estadística o violación de normas sociales es atractiva al menos por dos razones.

1. **Puntos de corte:** el enfoque de rareza estadística es interesante porque establece *puntos de corte* que son de naturaleza cuantitativa. Si el punto de corte en una escala es 80 y la puntuación de un individuo es 75, la decisión de etiquetar su comportamiento como anormal es un tanto sencilla. Este principio de desviación estadística se usa con frecuencia en la interpretación de puntuaciones de pruebas psicológicas. Los autores de la prueba designan un punto de corte en el manual de la prueba, a menudo basado en la desviación estadística de la puntuación media obtenida por una muestra "normal" de personas que respondieron la prueba, y las puntuaciones en el punto de corte o fuera de éste se consideran "clínicamente significativas" (es decir, anormal o desviada).

2. **Atractivo intuitivo:** puede parecer obvio que otros evalúen del mismo modo los comportamientos que consideramos anormales. La lucha por definir con exactitud la conducta anormal no tiende a molestarnos debido a que, como dijo una vez un juez de la Suprema Corte de Justicia acerca de la pornografía, creemos que la conocemos cuando la vemos.

Problemas con esta definición. Los criterios de conformidad parecen desempeñar una función sutil pero importante en nuestros juicios de los demás. Sin embargo, aunque debemos buscar en

formasistemática los determinantes de la inconformidad o desviación del individuo, debemos resistir la tendencia refleja de clasificar cada comportamiento inconformista como evidencia de problemas de salud mental. De hecho, los criterios de conformidad tienen diversos problemas.

1. **Elección de puntos de corte:** las definiciones orientadas a la conformidad están limitadas por la dificultad de establecer puntos de corte en que todos concuerden. Como se señaló antes, un corte es muy fácil de usar una vez establecido. Sin embargo, se dispone de muy pocos lineamientos para elegirlo. Por ejemplo, en el caso de Billy, ¿hay algo mágico respecto a un CI de 64? La práctica tradicional establece el punto de corte en 70. Si se obtiene un CI por debajo de 70, se puede diagnosticar como retardo mental. Pero, ¿una puntuación de 69 es muy diferente de una de 72? Es difícil justificar de forma racional tales puntos de corte de CI arbitrarios. Este problema es igual de prominente en el caso de Martha. ¿Son demasiados cinco crucifijos en la pared? ¿Es aceptable asistir a tres servicios religiosos por semana?

2. **Cantidad de desviaciones:** otra dificultad con las normas de no conformidad es la cantidad de comportamientos que uno debe evidenciar para merecer la etiqueta "desviado". En el caso de Martha, ¿sólo fueron los crucifijos, o fue la configuración conductual completa: crucifijos, ropa, maquillaje, retraimiento, ayuno, etcétera? Si Martha hubiera manifestado sólo tres categorías de comportamiento inusual, ¿la habríamos clasificado como desviada?

3. **Relatividad cultural:** el caso de Martha ilustra un punto adicional. Su comportamiento no era desviado en un sentido absoluto. Si hubiera sido miembro de una familia excepcionalmente religiosa que aprobara creencias y prácticas religiosas radicales, quizá jamás se le clasificaría como desadaptada. En resumen, lo que es desviado para un grupo no tiene que serlo para otro. Por tanto, es importante la noción de *relatividad cultural*. Del mismo modo, los juicios pueden variar dependiendo de si provienen de la familia, las autoridades escolares o los compañeros. Esta variabilidad puede contribuir a una falta de confiabilidad de los diagnósticos, debido a que incluso los juicios de los clínicos pueden ser relativos al grupo o grupos a los que pertenecen.



La apariencia o el atuendo pueden violar normas sociales, pero no necesariamente indican anormalidad o psicopatología.
PhotoDisc.

También hay que destacar otros dos puntos acerca de la relatividad cultural. Primero, llevar las nociones de relatividad cultural al extremo puede colocar a casi todo grupo de referencia más allá del reproche. Las culturas pueden reducirse a subculturas y las subculturas a miniculturas. Si no somos cuidadosos, este proceso de reducción puede dar como resultado que juzguemos casi todo comportamiento como saludable. Segundo, la elevación de la conformidad a una posición preponderante puede ser alarmante. Sólo hay que recordar que los llamados inconformistas han hecho algunas de las contribuciones sociales más benéficas. También puede llegar a ser muy fácil eliminar a aquellos cuyo comportamiento diferente o inusual molesta a la sociedad. Hace algunos años, en **Rusia**, los disidentes políticos eran colocados a menudo en hospitales mentales. En Estados Unidos en ocasiones sucede que la familia del tío Arturo, de 70 años, logra hospitalizarlo, en gran medida para obtener poder sobre sus bienes. Su desviación es que, a los 70

RECUADRO 5 - 1

Tema controvertido *Cultura y psicopatología*

La cultura puede influir en la manifestación, curso y tratamiento de la psicopatología en muchas formas (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996):

- Aunque hay semejanzas entre las culturas respecto al modo de expresar facialmente las emociones, la forma en que se experimentan e interpretan las emociones y los cambios corporales varía entre ellas.
- Al parecer, raza y etnicidad continúan siendo factores de riesgo para la enfermedad mental y la disfunción psicosocial.
- La discriminación racial y étnica puede producir niveles crónicos de estrés que tienen consecuencias en la salud mental.
- Hay una relación considerable entre la posición socioeconómica (PSE) y la enfermedad mental; una PSE baja puede desempeñar una función causal en el inicio y curso de ciertos trastornos mentales.
- En Estados Unidos, el incremento de las mujeres en la fuerza laboral puede tener efectos importantes en las relaciones matrimoniales, las prácticas de educación de los hijos y la adaptación de éstos.

Por consiguiente, los psicólogos clínicos deben considerar los factores culturales cuando evalúan a un cliente o paciente por comportamiento anormal o psicopatología. Como recordatorio para los clínicos, el DSM-IV (el manual de diagnóstico de trastornos mentales oficial, que se expone más adelante en este capítulo) proporciona tres tipos de información relacionada con las consideraciones culturales:

- Se comentan en el texto las variaciones culturales en las presentaciones clínicas de los diversos trastornos mentales.
- Se describen los síndromes vinculados con la cultura (por ejemplo, el koro en los países del este de Asia).
- Se presenta un bosquejo para la "formulación cultural". La formulación cultural proporciona una revisión sistemática de la identidad cultural del individuo, explicaciones culturales para los problemas que se presentan, factores culturales relacionados con el ambiente psicosocial e influencias culturales potenciales en la relación entre el individuo y el clínico.

años, está gastando demasiado del dinero que heredará la familia. Por último, si todos estos puntos no son suficientes, algunas veces la conformidad excesiva ha sido la base para juzgar anormales a las personas.

Aflicción subjetiva

Ahora cambiemos el punto de vista de las percepciones del observador a las percepciones del individuo afectado. Aquí los datos básicos no son desviaciones observables del comportamiento, sino los sentimientos subjetivos y la sensación de bienestar del individuo. Las consideraciones cruciales son si una persona se siente feliz o triste,

tranquila o preocupada, y satisfecha o vacía. Si la persona está agobiada por la ansiedad, entonces está desadaptada, sin importar si la ansiedad parece producir comportamientos manifiestos con cierto tipo de desviación.

El caso de Cynthia S.

Cynthia ha estado casada 23 años. Su esposo es un ingeniero civil muy exitoso. Tienen dos hijos, uno en bachillerato y el otro en la universidad. No hay nada en la historia de Cynthia que sugiera problemas psicológicos. Su inteligencia rebasa el promedio y cursó dos años de universidad antes de

casarse. Todas sus amistades la caracterizan como dedicada a su familia. De todas sus características, las que parecen describirla mejor incluyen su fuerte sentido de responsabilidad y capacidad para hacer las cosas. Siempre ha sido una "luchadora". Puede continuar funcionando con eficacia a pesar de una gran cantidad de tensión y ansiedad personales. Es una persona afectuosa, aunque no demuestra sus sentimientos o problemas.

Hace poco se inscribió en un curso nocturno en el colegio comunitario local. En ese curso, se solicitó a los estudiantes que escribieran un relato "existencial" de sus personalidades más profundas. El psicólogo que enseñó el curso se sorprendió al encontrar los siguientes fragmentos en el relato de Cynthia:

"En la mañana, a menudo siento como si no fuera a lograr terminar el día. Frecuentemente experimento dolores de cabeza y siento que me dan náuseas. Me asusto terriblemente cuando tengo que conocer gente o ser anfitriona en una fiesta. A veces tengo una sensación tremenda de tristeza; si esto se debe a mi falta de identidad personal, no lo sé."

Lo que sorprendió al instructor fue que ninguno de estos sentimientos que expresó eran evidentes en su comportamiento manifiesto. Ella parecía segura, razonablemente asertiva, competente, alegre y sociable.

El caso de Robert G.

En el curso de un reporte de escrutinio de rutina para una promoción, Robert fue entrevistado por el analista de personal en la compañía contable para la que trabajaba. Varios compañeros de Robert en la oficina también fueron interrogados acerca de él. En el curso de estas entrevistas, se establecieron varios puntos.

Robert era una persona muy segura de sí misma. Parecía muy seguro de sus metas y de lo que necesitaba para alcanzarlas. Aunque difícilmente era una persona despreocupada, estaba contento con su progreso hasta el momento. Nunca expresaba las ansiedades e incertidumbre que parecían típicas de muchos de sus compañeros. No había nada que sugiriera alguna aflicción interna. Inclu-

so sus enemigos reconocían que Robert "las tenía todas consigo".

Estos enemigos empezaron a ser bastante visibles conforme avanzaba el proceso de escrutinio. Robert no le caía bien a mucha gente en la oficina. Tendía a usar a las personas y no reparaba en pasar encima de ellas de vez en cuando para ascender en su carrera. Por lo general era desconsiderado y con frecuencia absolutamente cruel. En particular era insensible a los que estaban debajo de él. Le encantaba el humor étnico y parecía deleitarse en sus prejuicios hacia grupos minoritarios y hacia las mujeres que se entrometían en un "mundo de hombres". Incluso en casa, su esposa e hijo reportaban que los tenía en una constante agitación debido a sus demandas insensibles de atención y servicios.

Es obvio que Cynthia y Robert son dos clases muy diferentes de personas. El comportamiento de Cynthia es, en un sentido, bastante conformista. Su habilidad para afrontar sería causa de admiración para muchos. Pero es infeliz, está en conflicto y experimenta mucha ansiedad. Un psicólogo clínico podría no sorprenderse si se presentara en el consultorio. Sin embargo, es probable que sus amigos se conmocionaran al enterarse de que había buscado ayuda psicológica.

En contraste, muchos de los amigos, socios y familiares de Robert se alegrarían si buscara ayuda, en vista de que la mayoría lo describió, en un momento u otro, como enfermo. Pero Robert no está en discordia consigo mismo. No ve nada malo en él y es probable que reaccionara en forma negativa ante cualquier sugerencia de que debe buscar terapia. Además, es probable que su falta de motivación para la terapia haría que fuera una empresa inútil.

Ventajas de esta definición. Definir el comportamiento anormal en función de la *aflicción subjetiva* tienen algún sentido. Parece razonable esperar que los individuos puedan evaluar si experimentan problemas emocionales o conductuales y compartir esta información cuando se les pide que lo hagan. De hecho, muchos métodos de evaluación clínica (por ejemplo, inventarios de informe personal, entrevistas clínicas) dan por sentado que

quien los responde se percata de su estado interno y responderá con honestidad acerca de su aflicción personal. De alguna forma, esto alivia al clínico de la carga de hacer un juicio absoluto respecto al grado de desadaptación de quien responde.

Problemas con esta definición. La cuestión es si Cynthia, Robert o ambos están desadaptados. El juicio dependerá del criterio o valores de uno. Desde un punto de vista estricto de reporte subjetivo, Cynthia califica pero Robert no. Este ejemplo sugiere que etiquetar a alguien como desadaptado no es muy significativo, a menos que se especifiquen las bases para el juicio y se establezcan las manifestaciones conductuales.

No todos los que consideramos "trastornados" reportan aflicción subjetiva. Por ejemplo, los clínicos a veces encuentran individuos que pueden tener poco contacto con la realidad que manifiestan tranquilidad interna. No obstante, estos individuos son institucionalizados. Tales ejemplos nos recuerdan que los informes subjetivos deben ceder a veces ante otros criterios. Otro problema se refiere a la cantidad de aflicción subjetiva necesaria para considerarla anormal. Todos nos percatamos de nuestras ansiedades de vez en cuando, así que la ausencia total de tales sentimientos no puede ser el único criterio de adaptación. ¿Cuánta ansiedad se permite, y por cuánto tiempo, antes de adquirir una etiqueta? Muchos afirmarían que el mismo hecho de estar vivo y en un ambiente que puede no ser nunca satisfactorio por completo nos producirá ansiedades. Por tanto, como en el caso de otros criterios, el uso de reportes fenomenológicos está sujeto a limitaciones. Hay cierto encanto en la idea de que si deseamos saber si una persona es desadaptada, deberíamos preguntarle, pero hay peligros obvios al hacerlo.

Discapacidad o disfunción

Una tercera definición de comportamiento anormal invoca el concepto de **discapacidad o disfunción**. Para considerar anormal al comportamiento, debe crear algún grado de problemas sociales (interpersonales) u ocupacionales para el individuo. La disfunción en estas dos esferas

a menudo es bastante evidente tanto para el individuo como para el clínico. Por ejemplo, la carencia de amistades o de relaciones debido a la falta de contacto interpersonal se consideraría indicativo de disfunción social, mientras que la pérdida del trabajo por problemas emocionales (como depresión) sugeriría disfunción ocupacional.

El caso de Richard Z.

Richard fue convencido por su esposa para que consultara a un psicólogo clínico. Contactos previos con psiquiatras habían resultado en una ocasión en un diagnóstico de "neurosis hipocondriaca" y en otra en uno de "personalidad agresiva pasiva". Richard no había trabajado en varios años, aun cuando tenía una licenciatura en biblioteconomía. Afirma que es incapaz de encontrar empleo debido a su salud. Reporta una variedad de síntomas físicos, incluyendo mareos, dificultades para respirar, debilidad y sensaciones "curiosas" en el área abdominal. Ir de un médico a otro le había permitido acumular una pila impresionante de píldoras que tomaba sin cesar. Sin embargo, ninguno de sus médicos había hallado que algo físico estuviera mal en él.

Cuando era niño, Richard era la niña de los ojos de su madre. Lo adoraba, lo elogiaba en forma constante y por lo general reforzaba la idea de que era alguien especial. Su padre desapareció alrededor de 18 meses después de que Richard nació. Su madre murió hace seis años y él se casó poco después. Desde entonces, su esposa ha mantenido a ambos, lo que le permitió terminar la universidad. Sólo hasta hace poco ella comenzó a aceptar que puede haber algo mal en Richard.

El caso de Phyllis N.

Phyllis es una estudiante universitaria. Está en su sexto año de estudios de licenciatura pero todavía no se titula. Ha cambiado de carrera al menos cuatro veces y también ha tenido que abandonar la escuela en cuatro ocasiones.

Sus deserciones de la escuela se han asociado con su hábito de consumir drogas. En dos ocasiones, su familia la internó en un hospital para enfermos mentales; en otras dos, cumplió sentencias cortas en prisión después de habersele encontrado culpable de cargos de hurto. De vez en cuando, se dedica a la prostitución para financiar su consumo de drogas. Por lo general puede obtener dinero de sus padres, quienes parecen tener una facilidad extraña para aceptar sus justificaciones extravagantes. Se le ha diagnosticado "trastorno de personalidad antisocial" y "farmacodependencia (cocaína)".

De acuerdo con la definición de discapacidad/difunción, estos dos casos sugerirían la presencia de comportamiento anormal. Richard depende por completo de su esposa (difunción social), y esto, aunado a su letanía de malestares somáticos y su incapacidad para afrontar el estrés, lo ha dejado desempleado (difunción ocupacional). El hábito de Phyllis de consumir drogas ha interferido con su funcionamiento ocupacional (en este caso, la escuela).

Ventajas de esta definición. Quizá la mayor ventaja de adoptar esta definición de comportamiento anormal es que se requiere relativamente poca inferencia. Los problemas en las esferas social y ocupacional a menudo impulsan a los individuos a buscar tratamiento. Con frecuencia se da el caso de que los individuos advierten el grado de sus problemas emocionales cuando éstos afectan sus relaciones familiares o sociales, al igual que afectan de manera significativa su desempeño ya sea en el trabajo o en la escuela.

Problemas con esta definición. ¿Quién establece las normas para la difunción social u ocupacional? ¿El paciente, el terapeuta, amigos o el patrón? En algunas formas, los juicios respecto al funcionamiento social y ocupacional son relativos, no absolutos, y entrañan una norma orientada al valor. Aunque la mayoría de nosotros puede estar de acuerdo en que tener relaciones y contribuir con la sociedad como empleado o estudiante son características valiosas, es difícil concordar en qué constituye un nivel adecuado de funcionamiento en esas esferas. En resumen, puede ser difícil alcanzar un consenso confiable sobre la naturaleza de las relaciones

sociales y las contribuciones de un individuo como trabajador o estudiante. Luego de reconocer este problema, los psicopatólogos han elaborado inventarios de informe personal y entrevistas especiales para evaluar el funcionamiento social y ocupacional en una forma sistemática y confiable (véase Goldman y cols., 1992, para una revisión de estos instrumentos).

Para resumir, se usan varios criterios a fin de definir el comportamiento anormal. Cada criterio tiene sus ventajas y desventajas, y ninguno equivale a una norma de oro. La aplicación de cualquiera de estos criterios supone cierta subjetividad. Como declaró uno de los autores en otra parte,

La conclusión inevitable... es que sólo es posible una definición de anormalidad (desadaptación, patología, etc.) con referencia a un conjunto de juicios de valor. Caracterizar a alguien como anormal es afirmar que [sic] necesita tratamiento. En resumen, alguien ha decidido que el paciente necesita ayuda para cambiar sus comportamientos: un pariente, un tribunal o quizá el paciente mismo... Una vez que alguien decide que el paciente necesita tratamiento, entonces nuestro psiquiatra o psicólogo puede emitir una opinión sobre la mejor forma de efectuar los cambios deseados. Pero la decisión para el tratamiento como una función de anormalidad debe basarse en el sistema de valores de alguien; no reside en la psiquiatría o en la psicología. (Phares, 1967, p. 501.)

¿Dónde nos dejó esto?

Como se expuso en la sección anterior, todas las definiciones de comportamiento anormal tienen ventajas y desventajas. Estas definiciones pueden incorporar con facilidad ciertos ejemplos de comportamiento anormal, pero es fácil proporcionar excepciones que no encajan en ellas. Por ejemplo, todos podemos pensar en un "comportamiento anormal" que no se clasificaría como tal si adoptamos el criterio de aflicción subjetiva (por ejemplo, una manía de ir de compras), así como en otro que se podría clasificar en forma incorrecta como anormal si adoptamos la definición de la violación de normas (por ejemplo, las proezas atléticas de una estrella de la NFL).

También es importante notar que *el comportamiento anormal no siempre indica enfermedad mental*. Más bien, el término **enfermedad mental** se refiere a una amplia clase de síndromes observados con frecuencia que constan de ciertos comportamientos o características anormales. Estos comportamientos o características anormales tienden a covariar o a ocurrir juntos, de manera que a menudo están presentes en el mismo individuo. Por ejemplo, la depresión mayor es una enfermedad mental ampliamente reconocida cuyas características (como estado de ánimo deprimido, perturbación del sueño, perturbación del apetito e ideación suicida) tienden a ocurrir juntas en el mismo individuo. Sin embargo, un sujeto que manifestó sólo una o dos de ellas no recibirá este diagnóstico y podría no catalogarse como enfermo mental. **Uno puede manifestar una amplia variedad de comportamientos anormales** (según sean juzgados por cualquier definición) **y aun así no recibir un diagnóstico de trastorno mental**.

Enfermedad mental

Al igual que el comportamiento anormal, el término **enfermedad mental o trastorno mental** es difícil de definir. Para cualquier definición vienen a la mente las excepciones. No obstante, parece importante definir la enfermedad mental en lugar de asumir que todos compartimos la misma idea implícita de lo que es la enfermedad mental.

La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 1994)* conocido como **DSM-IV**, **e**l sistema de diagnóstico oficial para los trastornos mentales en Estados Unidos, establece que un trastorno mental

se conceptualiza como un síndrome o patrón conductual o psicológico significativo desde el punto de vista clínico que ocurre en un individuo y que se asocia con una aflicción presente (por ejemplo, un síntoma doloroso) o discapacidad (es decir, deterioro en una o más áreas de funcionamiento importantes) o con un incremento significativo en el riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad. Además,

este síndrome o patrón no debe ser tan sólo una respuesta esperable y sancionada desde el punto de vista cultural ante un acontecimiento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea su causa original, en el momento actual debe considerarse una manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica en el individuo. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, religioso, político o sexual) ni los conflictos que hay de manera principal entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sean un síntoma de la disfunción en el individuo según se describió con anterioridad (pp. xxi-xxii).

Es importante señalar varios aspectos de esta definición: 1) **el síndrome (grupo de comportamientos anormales)** debe asociarse con aflicción, discapacidad o un incremento en el riesgo de tener problemas; 2) **se considera que un trastorno mental representa una disfunción dentro de un individuo, y 3) no todos los comportamientos desviados o conflictos con la sociedad son signo de trastorno mental.**

Es probable que el lector astuto haya notado que la definición de trastorno mental del DSM-IV incorpora las tres definiciones de comportamiento anormal que se presentaron en este capítulo. Por una parte, la definición del DSM-IV es más amplia que cualquiera de las tres definiciones individuales de comportamiento anormal presentadas antes. Por otra parte, es más restrictiva debido a que se centra en síndromes, o grupos de comportamientos anormales, que se asocian con la aflicción, la discapacidad o con un incremento en el riesgo de tener problemas.

Importancia del diagnóstico

Antes de aceptar sin crítica esta definición o dar por sentada la utilidad de diagnosticar y clasificar a los individuos, necesitamos responder una cuestión básica: **¿por qué deberíamos usar diagnósticos de trastorno mental?** El *diagnóstico* es un tipo de clasificación en categorías en un nivel experto que es esencial para nuestra supervivencia, ya que nos permite hacer distinciones importantes (por ejemplo, un resfriado leve frente a una neumonía viral, un tumor maligno frente a uno benigno). El diagnóstico de los trastornos mentales es un nivel experto de **clasificación en categorías** utilizado por

profesionales de la salud mental que nos permite efectuar distinciones importantes (por ejemplo, esquizofrenia frente a trastorno bipolar con características psicóticas).

Al menos hay cuatro ventajas importantes en el diagnóstico. Primera, y quizá la más importante, una función primordial del diagnóstico es la **comunicación**. Puede transmitirse una riqueza de información con un solo término diagnóstico. Por ejemplo, un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide fue enviado a uno de los autores por un colega de la ciudad de Nueva York. De inmediato, sin saber nada más sobre el paciente, un patrón de síntomas vino a la mente (delirios, alucinaciones auditivas, disfunción social u ocupacional grave, signos continuos de la enfermedad durante al menos seis meses). El diagnóstico puede considerarse como una "abreviatura verbal" para representar características de un trastorno mental particular. Usar criterios de diagnóstico estandarizados (como los que aparecen en el DSM-IV) asegura algún grado de comparabilidad respecto de las características del trastorno mental entre pacientes diagnosticados en California, Missouri, Manhattan (Nueva York) o Manhattan, Kansas.

Los sistemas de diagnóstico para trastornos mentales son útiles en especial para la comunicación debido a que estos sistemas clasificatorios son **descriptivos en gran medida**; es decir, los comportamientos y síntomas característicos de los diversos trastornos se presentan sin referencia a teorías respecto de sus causas. Como resultado, puede usarlos un diagnosticador de casi cualquier convicción teórica. Si cada psicólogo usara un sistema de clasificación basado en una teoría diferente, es probable que resultara una gran cantidad de problemas de comunicación.

Segunda, el uso de diagnósticos permite y promueve la **investigación empírica** en psicopatología. Los psicólogos clínicos definen grupos experimentales en función de las características diagnósticas de los individuos, lo que permite comparaciones entre grupos respecto de características de personalidad, desempeño en pruebas psicológicas o en una tarea experimental. Además, la forma en que se definen y describen los constructos diagnósticos estimulará la investigación de los criterios individuales de los trastornos, de conjuntos de criterios alternativos y de la comorbidez (ocurrencia conjunta) entre trastornos.

Tercera, y en un estilo relacionado, la **investigación sobre la etiología, o causas, del** comporta-

amiento anormal sería casi imposible sin un sistema estandarizado de diagnóstico. A fin de investigar la importancia de los **factores etiológicos** potenciales para un síndrome **psicopatológico** determinado, primero debemos asignar los sujetos a grupos cuyos miembros compartan características diagnósticas. Por ejemplo, hace varios años se planteó la hipótesis de que la experiencia de **abuso sexual** en la infancia puede predisponer a los individuos a desarrollar características de **trastorno de personalidad limítrofe (TPL)**. Los primeros intentos empíricos para valorar la veracidad de esta hipótesis incluyeron la evaluación de la frecuencia del abuso sexual en la infancia en grupos bien definidos de sujetos con trastorno de personalidad limítrofe así como en controles psiquiátricos que no tenían trastorno limítrofe. Estos estudios iniciales indicaron que el abuso sexual en la infancia ocurre con bastante frecuencia en individuos con TPL y que estas tasas son significativamente mayores que las encontradas en pacientes con otros diagnósticos de trastorno mental (sin TPL). Para poder alcanzar estos tipos de conclusiones, tenía que existir un método confiable y sistemático para asignar a los sujetos a la categoría de TPL.

Por último, los diagnósticos son importantes porque, al menos en teoría, pueden sugerir **cuál modo de tratamiento tiene mayor probabilidad de ser efectivo**. En efecto, ésta es una meta general de un sistema de clasificación para trastornos mentales (Blashfield y Draguns, 1976). Como afirman Blashfield y Draguns (1976, p. 148): "La decisión final sobre el valor de una clasificación psiquiátrica para la predicción descansa en una evaluación empírica de la utilidad de la clasificación para decisiones de tratamiento." Por ejemplo, un diagnóstico de esquizofrenia nos sugiere que es más probable que la administración de un medicamento antipsicótico sea más efectiva que una psicoterapia psicoanalítica. Sin embargo, es importante señalar una cosa de paso. Aunque, en teoría, el vínculo entre diagnóstico y tratamiento parecería justificar el tiempo requerido en la evaluación diagnóstica, a menudo varios tratamientos parecen ser igual de efectivos para un trastorno individual.

En resumen, el diagnóstico y la clasificación de la psicopatología tienen muchas funciones útiles. Sean investigadores o profesionistas (practicantes), los psicólogos clínicos contemporáneos utilizan alguna forma de esquema diagnóstico en

su trabajo. En este punto, pasaremos a una breve descripción de los sistemas de clasificación que se han utilizado para diagnosticar trastornos mentales a lo largo de los años; luego, nos detendremos en las características del sistema de clasificación diagnóstica más utilizado en Estados Unidos: el DSM-IV.

Primeros sistemas de clasificación

Los sistemas de clasificación para los trastornos mentales han proliferado durante muchos años. Por ejemplo, la referencia más antigua a un síndrome depresivo apareció desde el 2600 a.C. (Menninger, 1963). Desde esa época se ha incrementado tanto la cantidad como la amplitud de los sistemas de clasificación. Para proporcionar alguna medida de orden en este caos, el Congreso de Ciencia Mental adoptó un sistema de clasificación en 1889 en París. Pueden rastrearse intentos más recientes hasta la Organización Mundial de la Salud y su *International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (Clasificación estadística internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte) de 1948, la cual incluía una clasificación del comportamiento anormal.

En 1952, la Asociación Psiquiátrica Estadounidense publicó su propio sistema de clasificación en el *Manual diagnóstico y estadístico*, obra que contenía un glosario que describía cada una de las categorías de diagnóstico que se incluyeron. Esta primera edición, conocida como DSM-I, fue seguida por revisiones en 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III) y 1987 (DSM-III-R). En la actualidad, el sistema de clasificación más empleado es el antes mencionado *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición (DSM-IV), el cual apareció en 1994. Todos estos manuales son encarnaciones de los esfuerzos de Emil Kraepelin a fines del siglo XIX (Fig. 5-2). Para ilustrar cómo han cambiado las cosas durante los pasados 50 años, compare el sistema británico en uso a fines de los años cuarenta (tabla 5-1) con el sistema DSM-IV (tabla 5-2).

Desde la década de los cincuenta hasta principios de los sesenta, se desvaneció el entusiasmo por el diagnóstico psiquiátrico (Robins y Helzer, 1986). Se dijo que el diagnóstico era deshumanizante e ignoraba la variación individual. Pero el

FIGURA 5-2 Emil Kraepelin es considerado por lo general como el padre de los sistemas modernos de diagnóstico y clasificación psiquiátricos

Culver Pictures, Inc.



diagnóstico en psiquiatría y psicología ha reaparecido. Los cambios más revolucionarios en nuestro sistema de diagnóstico se introdujeron en el DSM-III, publicado en 1980. Estos cambios incluyeron el uso de criterios diagnósticos explícitos para trastornos mentales, un sistema multiaxial de diagnóstico, un enfoque descriptivo para el diagnóstico que intentaba ser neutral respecto de las teorías de la etiología y mayor énfasis en la utilidad clínica del sistema de diagnóstico. Debido a que estas innovaciones se han conservado en las ediciones subsiguientes del DSM (DSM-III-R y DSM-IV), se describirán en la siguiente sección.

DSM-IV

La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) se publicó en 1994. Un proceso empírico de tres etapas guió las revisiones del manual de diagnóstico previo (DSM-III-R). Primera, se realizaron 150 revisiones extensas de la literatura sobre cuestiones

TABLA 5-1 Clasificaciones de los trastornos mentales utilizada por la Asociación Médico-Psicológica Real a fines de la década de los cuarenta

- RIE I
- A. Oligofrenia (debilidad mental, deficiencia mental)
 1. Idiotez
 2. imbecilidad
 3. Debilidad mental (imbécil)
 4. Deficiencia moral
 - B. Neurosis y psiconeurosis
 1. Estados de agotamiento (incluye neurastenia)
 2. Estados de ansiedad
 3. Compulsiones, obsesiones y fobias
 4. Histeria
 5. Mixtas y otras formas
 - C. Psicosis esquizofrénica
 1. Demencia precoz
 - a. Simple
 - b. Hebefrénica
 - c. Catatónica
 - d. Paranoide
 2. Parafrenia .
 3. Otras formas
 - D. Constitución psicopática (incluye paranoia)
 - E. Psicosis afectiva
 1. Psicosis maniaco-depresiva (ciclotimia)
 - a. Júbilo
 - b. Depresión
 - c. Estupor
 2. Melancolía involutiva
 - F. Estados de confusión
 - G. Psicosis epiléptica
 - H. Parálisis general
 1. Otras psicosis asociadas con enfermedad cerebral orgánica
 - J. Demencia
 - K. Tipos indeterminados

Fuente: adaptado de Henderson y Gillespie (1950, pp. 20-21).

importantes de diagnóstico. Estas revisiones fueron sistemáticas y minuciosas. Los resultados condujeron a recomendaciones para las revisiones y sirvieron para documentar el fundamento y apoyo empírico de los cambios que se hicieron en el DSM-IV. **Segunda**, se analizaron 40 conjuntos importantes de datos existentes en casos en que las revisiones de la literatura no resolvían de manera

adecuada el problema de diagnóstico abordado. Tercera, se llevaron a cabo **12 pruebas** de campo del DSM-IV a fin de evaluar la utilidad clínica y poder predictivo de conjuntos de criterios alternativos para trastornos seleccionados (por ejemplo, trastorno de personalidad antisocial). En resumen, los cambios hechos en el DSM-IV se basaron en datos empíricos en un grado mucho mayor que en ediciones anteriores. En la tabla 5-2 aparece una versión condensada del DSM-IV.

Una evaluación diagnóstica completa del DSM-IV es una **evaluación multiaxial**. Los clientes o pacientes son evaluados a lo largo de cinco ejes o dominios de información. Cada uno de estos ejes o dominios debe ayudar en la planeación del tratamiento y en la predicción del resultado. El **Eje I** se usa para indicar la presencia de cualquiera de los **trastornos clínicos** u otras condiciones de interés, con la excepción de los trastornos de personalidad y el retardo mental. Estas dos clases de diagnósticos se codifican en **el Eje II**. El **Eje III** se utiliza para resaltar cualquier condición médica actual que pudiera tener importancia para la conceptualización o tratamiento del trastorno clínico del Eje I o Eje II de un individuo. Los problemas psicosociales y ambientales pertinentes para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico se indican **en el Eje IV**. Por último, en el **Eje V** se proporciona una estimación cuantitativa (del 1 al 100) del nivel general de funcionamiento de un individuo. Cada uno de estos cinco ejes contribuye con información importante acerca del paciente y juntos ofrecen una descripción bastante amplia de los principales problemas, factores causantes de estrés y nivel de funcionamiento del sujeto.

El caso de Michelle M.

Michelle M. era una mujer de **23 años** que fue admitida en una unidad hospitalaria para internos después de su sexto intento de suicidio en dos años. Ella dijo a su ex novio (quien había roto con ella una semana antes) que se había tragado una botella de aspirinas y éste la llevó de inmediato a la sala de urgencias local. Michelle tenía una historia de cinco años de síntomas depresivos múltiples que nunca amainaban; sin embargo, éstos no habían sido lo bastante graves

TABLA 5-2 Versión condensada del DSM-IV

Eje I:	<p>trastornos clínicos u otras condiciones que puedan ser un foco de atención clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trastornos que por lo general se diagnostican por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia (por ejemplo, trastornos penetrantes del desarrollo) m Delirio, demencia y otros trastornos <i>amnésicos</i> y cognoscitivos m Trastornos mentales debidos a una condición médica general m Trastornos relacionados con sustancias (por ejemplo, abuso de alcohol, dependencia a la cocaína) ■ Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos m Trastornos del estado de ánimo (como depresión mayor, trastorno bipolar) m Trastornos de ansiedad (por ejemplo, agorafobia, trastorno de estrés posttraumático) m Trastornos somatoformes (por ejemplo, hipocondría) m Trastornos facticios m Trastornos disociativos (como trastorno disociativo de la identidad) m Trastornos sexuales y de la identidad de género (por ejemplo, vaginismo, fetichismo) ■ Trastornos alimentarios (como anorexia nerviosa) m Trastornos del sueño (por ejemplo, narcolepsia) m Trastornos del control de los impulsos (como cleptomanía) m Trastornos de adaptación m Otras condiciones que puedan ser el foco de atención clínica (por ejemplo, duelo) 																								
Eje II:	<p>trastornos de la personalidad y retardo mental</p> <ul style="list-style-type: none"> m Trastornos de la personalidad (por ejemplo, límite, antisocial, dependiente, paranoide) m Retardo mental 																								
Eje III:	<p>condiciones médicas generales potencialmente pertinentes <i>para</i> comprender o <i>manejar</i> el trastorno mental del individuo</p>																								
Eje IV:	<p><i>problemas</i> psicosociales y ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> m Problemas con el grupo de apoyo primario m Problemas relacionados con el ambiente social m Problemas educativos m Problemas ocupacionales m Problemas de vivienda m Problemas económicos m Problemas con el acceso a los servicios de atención de la salud m Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal o penal m Otros problemas psicosociales y ambientales 																								
Eje V:	<p>Escala de Evaluación Global del <i>Funcionamiento</i> (ECF)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Clave</th> <th style="text-align: left;">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100 a 91</td> <td>Funcionamiento superior en una amplia gama de actividades.</td> </tr> <tr> <td>81 a 90</td> <td>Ausencia o mínimo de síntomas (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e involucrado en una amplia gama de actividades, efectivo desde el punto de vista social, satisfecho en general con la vida, no más que los problemas o preocupaciones cotidianas (por ejemplo, disputas ocasionales).</td> </tr> <tr> <td>71 a 80</td> <td>Si hay síntomas presentes son reacciones transitorias esperables ante factores psicosociales productores de estrés.</td> </tr> <tr> <td>61 a 70</td> <td>Algunos síntomas leves.</td> </tr> <tr> <td>51 a 60</td> <td>Síntomas moderados.</td> </tr> <tr> <td>41 a 50</td> <td>Síntomas serios (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos fuertes, hurtos frecuentes) o cualquier deterioro serio en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (como falta de amigos, incapacidad para conservar un empleo).</td> </tr> <tr> <td>31 a 40</td> <td>Algún deterioro en la prueba de la realidad o la comunicación.</td> </tr> <tr> <td>21 a 30</td> <td>Los delirios o alucinaciones influyen de manera considerable en el comportamiento.</td> </tr> <tr> <td>11 a 20</td> <td>Algún peligro de hacerse daño o lastimar a los demás.</td> </tr> <tr> <td>1 a 10</td> <td>Peligro persistente de herirse gravemente o herir a los demás (por ejemplo, violencia recurrente), incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima o actos suicidas serios con una expectativa de muerte clara.</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Información inadecuada.</td> </tr> </tbody> </table>	Clave	Descripción	100 a 91	Funcionamiento superior en una amplia gama de actividades.	81 a 90	Ausencia o mínimo de síntomas (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e involucrado en una amplia gama de actividades, efectivo desde el punto de vista social, satisfecho en general con la vida, no más que los problemas o preocupaciones cotidianas (por ejemplo, disputas ocasionales).	71 a 80	Si hay síntomas presentes son reacciones transitorias esperables ante factores psicosociales productores de estrés.	61 a 70	Algunos síntomas leves.	51 a 60	Síntomas moderados.	41 a 50	Síntomas serios (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos fuertes, hurtos frecuentes) o cualquier deterioro serio en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (como falta de amigos, incapacidad para conservar un empleo).	31 a 40	Algún deterioro en la prueba de la realidad o la comunicación.	21 a 30	Los delirios o alucinaciones influyen de manera considerable en el comportamiento.	11 a 20	Algún peligro de hacerse daño o lastimar a los demás.	1 a 10	Peligro persistente de herirse gravemente o herir a los demás (por ejemplo, violencia recurrente), incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima o actos suicidas serios con una expectativa de muerte clara.	0	Información inadecuada.
Clave	Descripción																								
100 a 91	Funcionamiento superior en una amplia gama de actividades.																								
81 a 90	Ausencia o mínimo de síntomas (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e involucrado en una amplia gama de actividades, efectivo desde el punto de vista social, satisfecho en general con la vida, no más que los problemas o preocupaciones cotidianas (por ejemplo, disputas ocasionales).																								
71 a 80	Si hay síntomas presentes son reacciones transitorias esperables ante factores psicosociales productores de estrés.																								
61 a 70	Algunos síntomas leves.																								
51 a 60	Síntomas moderados.																								
41 a 50	Síntomas serios (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos fuertes, hurtos frecuentes) o cualquier deterioro serio en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (como falta de amigos, incapacidad para conservar un empleo).																								
31 a 40	Algún deterioro en la prueba de la realidad o la comunicación.																								
21 a 30	Los delirios o alucinaciones influyen de manera considerable en el comportamiento.																								
11 a 20	Algún peligro de hacerse daño o lastimar a los demás.																								
1 a 10	Peligro persistente de herirse gravemente o herir a los demás (por ejemplo, violencia recurrente), incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima o actos suicidas serios con una expectativa de muerte clara.																								
0	Información inadecuada.																								

*Sólo se proporciona aquí información completa para las claves 90-81, 50-41 y 10-1.

Fuente: adaptado de American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. Reimpreso con autorización.

como para necesitar hospitalización o tratamiento. Incluían estado de ánimo disfórico, pérdida del apetito, autoestima baja, mala concentración y sentimientos de desesperación.

Además, tenía una historia de diversos problemas bastante graves desde su adolescencia. Primero, padecía gran dificultad para controlar sus emociones. Era propensa a volverse intensamente disfórica, irritable o ansiosa de un momento a otro. A menudo estos intensos estados afectivos negativos eran impredecibles y, aunque frecuentes, rara vez duraban más de cuatro o cinco horas. Michelle también informó una larga historia de comportamientos impulsivos, incluyendo abuso de múltiples sustancias, promiscuidad excesiva (un promedio de alrededor de 30 parejas sexuales en un año) e ingestión excesiva de comida. Su ira era impredecible y bastante intensa. Por ejemplo, una vez usó un martillo para derribar una pared después de obtener una mala calificación en un examen.

Las relaciones de Michelle con sus amigos, novios y padres eran intensas e inestables. Las personas que pasaban tiempo con ella solían quejarse de que a menudo se enojaba con ellas y las devaluaba sin razón aparente. También reportaba en forma constante un temor intenso de que los demás (incluyendo sus padres) la abandonaran. Por ejemplo, en una ocasión se aferró a la pierna de un amigo y fue arrastrada hasta la puerta del auto de éste mientras trataba de convencerlo de que se quedara a cenar. Además, había intentado abandonar su hogar y asistió a universidades en ciudades cercanas en cuatro ocasiones. Cada vez regresaba a casa en unas pocas semanas. Antes de su admisión en el hospital, las palabras que dijo a su ex novio por teléfono fueron: "Quiero terminar con todo. Nadie me quiere."

La evaluación diagnóstica según el DSM-IV para Michelle M. se muestra en la tabla 5-3.

Son notables varias características de esta formulación diagnóstica. Primera, Michelle ha recibido múltiples diagnósticos en el Eje I. Esto se permite, e incluso se fomenta, en el sistema DSM-IV debido a que el objetivo es describir los problemas del cliente en forma amplia. Segunda, se puede notar que su diagnóstico de trastorno de personalidad límite (TPL) en el Eje II se considera el *diagnóstico principal*. Esto significa que esta condición es la causa básica de su internamiento y puede ser el foco del trata-

TABLA 5-3 Evaluación diagnóstica:
Michelle M.

Eje I:	300.4	Trastorno distímico, inicio temprano
	305.00	Abuso de alcohol
	305.20	Abuso de marihuana
	305.60	Abuso de cocaína
	305.30	Abuso de alucinógenos
Eje II:	301.83	Trastorno de personalidad límite (DIAGNÓSTICO PRINCIPAL)
Eje III:	ninguno	
Eje IV:	Problemas con el grupo de apoyo primario Problemas educativos	
Eje V:	GAF = 20 (actual)	

miento. Por último, su puntuación en *Evaluación Global del Funcionamiento* (Global Assessment of Functioning; GAF) en el Eje V indica un deterioro serio; en este caso, peligro de dañarse.

Problemas generales en la clasificación

Hemos descrito en forma breve el DSM-IV para darle una idea general de lo que significa la clasificación psiquiátrica. Sin embargo, es importante examinar diversas cuestiones amplias relacionadas con la clasificación en general y con el DSM-IV en particular. La tabla 5-4 presenta un resumen de los ocho problemas principales que se exponen a continuación.

Categorías o dimensiones. En esencia, las categorías de trastorno mental representan una tipología. Con base en ciertos síntomas presentes o en una historia particular de síntomas, el paciente es colocado en una *categoría*. Este enfoque tiene varias limitaciones potenciales. Primera, en demasiados casos, es fácil confundir dicha clasificación con la explicación. Si uno no es cuidadoso, hay una tendencia a pensar "este paciente está experimentando obsesiones debido a que tiene un trastorno obsesivo-compulsivo" o "esta persona actúa en forma psicótica porque tiene

TABLA 5-4 Problemas generales en la clasificación

Categorías o dimensiones
¿El modelo categórico adoptado en el DSM-IV (es decir, el trastorno está presente o ausente) es apropiado? ¿Es preferible un modelo dimensional?
Bases para la clasificación en categorías
¿Debe haber varias formas de elaborar juicios diagnósticos? ¿Esto crea demasiada heterogeneidad dentro de una categoría de diagnóstico?
Pragmática de la clasificación
¿Cómo decidimos la inclusión de una condición en el manual de diagnóstico?
Descripción
¿Se describen en forma adecuada las características de las categorías de diagnóstico? ¿Los criterios de diagnóstico son específicos y objetivos?
Confiabilidad
¿Son confiables los juicios diagnósticos? ¿Pueden estar de acuerdo diferentes diagnosticadores en la clasificación de un individuo?
Validez
¿Podemos hacer predicciones significativas basados en nuestro conocimiento del diagnóstico de un individuo?
Prejuicio
¿Las características de los trastornos en el DSM-IV están prejuiciadas contra individuos particulares debido a su género, raza o antecedentes de PSE? ¿Los diagnosticadores están prejuiciados en su interpretación o aplicación de los criterios de diagnóstico?
Cobertura
¿Los diagnósticos del DSM-IV se aplican a las personas que se presentan para tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿El DSM-IV es demasiado estrecho en su cobertura o es demasiado amplio?

esquizofrenia". Cuando ocurre esta clase de pensamiento, la explicación ha sido suplantada por una forma circular de descripción.

Además, como se señaló antes en este capítulo, el comportamiento anormal no es cualitativamente diferente del llamado comportamiento normal. Más bien, son puntos extremos de una **dimensión continua**. La diferencia entre el llamado comportamiento normal y el comportamiento psicótico, por ejemplo, es de grado más que de tipo (Chapman y Chapman, 1985). Pero los diagnósticos de trastorno mental en función de categorías indican que los individuos tie-

nen el trastorno en cuestión o no. Este tipo de razonamiento de todo o nada puede contraponerse con lo que sabemos sobre la forma en que se distribuyen los síntomas de la psicopatología en la población. Por ejemplo, un modelo categórico del trastorno de personalidad límite (TPL), como se presenta en el DSM-IV (es decir, presente frente a ausente), puede no ser apropiado debido a que los individuos difieren sólo respecto de cuántos síntomas exhiben (una diferencia cuantitativa). En otras palabras, el modelo categórico puede representar mal la naturaleza verdadera del constructo límite (Trull, Widiger y Guthrie, 1990). De hecho, **puede haber relativamente pocos constructos diagnósticos que sean de naturaleza categórica**.

Bases para la clasificación en categorías. A fin de clasificar a los pacientes psiquiátricos, uno debe usar una variedad amplia de métodos y principios. En algunos casos, los pacientes son clasificados casi sólo con base en su comportamiento actual o síntomas que presenta. En otros casos, el juicio se hace casi por completo con base en su historia. En el caso de la depresión mayor, por ejemplo, se puede diagnosticar a un individuo con base en una entrevista de diagnóstico realizada por un clínico; otro, debido a un resultado de laboratorio, como una prueba de supresión de dexametasona (PSD) "positiva"; otro más, como consecuencia de sus puntuaciones en una medida de informe personal de depresión. Los resultados de laboratorio proporcionan la base para algunos diagnósticos de trastornos cognoscitivos (por ejemplo, demencia vascular), mientras que otros diagnósticos de trastorno cognoscitivo (como el delirio) sólo se determinan por observación conductual. Por tanto, la empresa diagnóstica puede ser bastante complicada para el clínico y exigir tanto conocimiento como acceso a una amplia variedad de técnicas de diagnóstico. Un aspecto importante es que resulta probable que sea heterogénea la inclusión en cualquier categoría diagnóstica debido a que hay múltiples bases para un diagnóstico.

Pragmática de la clasificación. La clasificación psiquiátrica siempre ha estado acompañada por cierto grado de atractivo hacia la autoridad médi-

ca, pero existe un aspecto democrático concurrente en el sistema que es bastante intrigante. Por ejemplo, por muchos años la psiquiatría consideró a la homosexualidad como una enfermedad que debía curarse por medio de intervención psiquiátrica. Como resultado del cambio de actitudes de la sociedad y otras razones psicológicas válidas, se retiró la homosexualidad del sistema DSM y ahora se considera como un estilo de vida alternativo (véase Spitzer, 1981). Sólo cuando su orientación sexual perturba a los homosexuales o desean cambiar, encontramos la homosexualidad en el DSM-IV (como un ejemplo bajo la categoría "trastorno sexual no especificado de otra manera"). El punto aquí no es si esta decisión fue válida o no. La cuestión es cómo se tomó la decisión de quitar la homosexualidad del sistema DSM. El fallecimiento de la homosexualidad como entidad patológica ocurrió por medio del voto de la comunidad psiquiátrica.

Este ejemplo también sirve como recordatorio de que los sistemas de clasificación como el DSM son elaborados por comités. Los miembros representan variadas circunscripciones científicas, teóricas, profesionales e incluso económicas. En consecuencia, el producto adoptado de la clasificación final puede representar un documento político que refleja compromisos que lo harán aceptable para una clientela profesional heterogénea.

Descripción. Sin duda, el DSM-IV proporciona descripciones minuciosas de las categorías de diagnóstico. Para los trastornos del Eje I y II, se presenta una descripción detallada de los síntomas de cada categoría de diagnóstico. Como ejemplo, la tabla 5-5 ofrece los criterios de diagnóstico del DSM-IV para el trastorno alimentario bulimia nerviosa. El DSM también da información adicional para cada diagnóstico, incluyendo la edad de inicio, curso, frecuencia, complicaciones, patrones familiares, consideraciones culturales, características descriptivas, trastornos mentales asociados y resultados de laboratorio relacionados. Todos estos detalles descriptivos reforzarán la confiabilidad y validez del sistema.

Confiabilidad. Un esquema que no puede establecer su confiabilidad tiene serios problemas. En este contexto, la *confiabilidad* se refiere a la **consistencia de los juicios diagnósticos entre estimadores.**

TABLA 5-5 Criterios del DSM-IV para la bulimia nerviosa

- A. Episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos. Un episodio de ingestión excesiva de alimentos se caracteriza por lo siguiente:
 - 1) Comer, en un periodo discreto (por ejemplo, dentro de cualquier lapso de dos horas), una cantidad de comida definitivamente mayor a la que ingeriría la mayoría de las personas durante un periodo similar y en circunstancias semejantes.
 - 2) Sensación de falta de control de la ingestión de alimentos durante el episodio (por ejemplo, un sentimiento de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto ingiere).
- B. Comportamiento compensatorio inapropiado recurrente a fin de impedir el aumento de peso, como vómito autoinducido; mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayuno, o ejercicio excesivo.
- C. La ingestión excesiva de alimentos y los comportamientos compensatorios inapropiados ocurren, en promedio, al menos dos veces a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación es influida en forma indebida por la forma del cuerpo y el peso.
- E. La perturbación no ocurre en forma exclusiva durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipo específico

Tipo purgante: durante el episodio actual de bulimia nerviosa, la persona ha practicado en forma regular el vómito autoinducido o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Tipo no purgante: durante el episodio actual de bulimia nerviosa, la persona ha usado otros comportamientos compensatorios inapropiados, como ayunar o hacer ejercicio excesivo, pero no ha practicado en forma regular el vómito autoinducido o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Fuente: reimpresso con autorización del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Uno de los cambios importantes que se ven en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), la inclusión de criterios específicos y objetivos para cada trastorno, reflejó un intento para incrementar la confiabilidad del sistema de diagnóstico. Si los psicólogos A y B observan el mismo paciente pero no pueden concordar en el diagnóstico, entonces

sus diagnósticos no sirven porque no sabemos cuál aceptar. Esta situación plagó a los sistemas de diagnóstico estadounidenses durante muchos años. Por ejemplo, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1962) realizaron uno de los primeros estudios que ilustra la falta de confiabilidad de los sistemas de diagnóstico anteriores. Dos psiquiatras entrevistaron a los mismos 153 pacientes psiquiátricos recién admitidos. El acuerdo general entre ellos fue sólo de 54 por ciento. Algunos de los desacuerdos en el diagnóstico parecían surgir de inconsistencias en la información que presentaban los pacientes a los psiquiatras. Por ejemplo, el paciente A puede haber sido relativamente abierto con el psiquiatra F y menos con el psiquiatra G. Pero **mucho del problema de falta de confiabilidad parecía estar en los diagnosticadores, en el sistema de diagnóstico, o en ambos.**

Ciertos factores prácticos también pueden reducir la confiabilidad entre diagnosticadores. En ocasiones sucede que una institución en particular no admitirá pacientes que lleven cierto diagnóstico. Pero un profesional de la salud mental puede creer con firmeza que el paciente podría beneficiarse con la admisión (o quizá no tiene otro lugar a dónde ir). ¿Qué debe hacer? La opción "humanitaria" parece ser alterar un diagnóstico o al menos "arreglarlo" un poco. El paciente con dependencia al alcohol de pronto es diagnosticado con alguna otra cosa. Del mismo modo, una compañía de seguros puede reembolsar a una clínica por el tratamiento de pacientes con un diagnóstico pero no con otro. O tal vez un diagnóstico permite seis visitas a terapia y otro da hasta 15 sesiones. Por consiguiente, cabe manipular un diagnóstico de manera intencional o no intencional.

Estos ejemplos pueden llevarnos a creer que la falta de confiabilidad del diagnóstico es la regla y no la excepción. Sin embargo, Meehl (1977), por ejemplo, siente que el diagnóstico psiquiátrico no es tan poco confiable como se le ha hecho parecer. De manera específica, Meehl afirma que si nos limitamos a las categorías de diagnóstico principales, requerimos una exposición clínica adecuada al paciente y estudiamos a clínicos bien entrenados que toman en serio el diagnóstico, entonces el acuerdo entre clínicos alcanzará niveles aceptables.

T A B L A 5 - 6 Preguntas de la SIDP-IV utilizadas para evaluar un criterio del trastorno de personalidad dependiente

CRITERIO 1-DEPENDIENTE: TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS SIN UNA CANTIDAD EXCESIVA DE CONSEJOS Y PALABRAS TRANQUILIZADORAS DE OTROS

Preguntas que se deben formular

Algunas personas disfrutan al tomar decisiones y otras prefieren tener alguien en quien confían que les diga qué hacer. ¿Cuál prefiere?

¿A menudo recurre a otros en busca de consejo sobre decisiones cotidianas como qué almorzar o cuáles ropas comprar?

Puntuación

0 = ausente

1 = por debajo del umbral

2 = presente

3 = presente totalmente

Fuente: adaptado de *Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)*; Pfohl, Blum y Zimmerman, 1994). Derechos reservados 1989, 1994. Utilizado con autorización.

El campo de la psicopatología ha comenzado a abordar estas preocupaciones sobre la confiabilidad elaborando **entrevistas de diagnóstico estructuradas** que en esencia "obligan" a los diagnosticadores a evaluar a los individuos según los criterios DSM específicos que aparecen en el manual de diagnóstico. Por ejemplo, ahora hay varias entrevistas estructuradas que evalúan características de trastornos del Eje I, y también existen varias entrevistas estructuradas para trastornos del Eje II. Es interesante notar que el nivel general de confiabilidad diagnóstica reportada en estudios empíricos ha incrementado en gran medida después de la introducción de estas entrevistas estructuradas. Es claro que adherirse a la estructura y formato de estas entrevistas ha conducido a un incremento significativo en la confiabilidad diagnóstica. La tabla 5-6 presenta una sección breve de una entrevista estructurada. Expondremos las entrevistas estructuradas con más detalle en el capítulo 6.

Sin embargo, aun con el uso de entrevistas estructuradas, la confiabilidad no es igual de buena a lo largo de todas las categorías. La presencia o ausencia de algunos trastornos (por ejemplo, **trastorno de ansiedad generalizada**) puede ser difícil de juzgar

en particular. Además, existen algunas dudas respecto a si los clínicos ocupados dedicarían o no el tiempo y esfuerzo necesarios para evaluar de manera sistemática los criterios de diagnóstico pertinentes. Los coeficientes de confiabilidad nunca parecen ser tan altos en los escenarios de trabajo cotidianos y rutinarios como en los estudios de investigación estructurados.

Validez. La confiabilidad afectará en forma directa la validez del sistema de diagnóstico. En tanto los diagnosticadores no se pongan de acuerdo en la clasificación apropiada de los pacientes, no podemos demostrar que el sistema de clasificación tiene correlatos significativos; es decir, que tiene validez. Los correlatos importantes incluyen pronóstico, resultado del tratamiento, manejo en el pabellón, etiología y aspectos similares. Sin validez predictiva, la clasificación se convierte en un ejercicio intelectual carente de cualquier utilidad realmente importante. No obstante, si podemos demostrar que la clasificación indica con precisión la etiología, el curso de la enfermedad o las clases preferidas de tratamiento, entonces se ha establecido una base válida para su uso.

En un artículo clásico, Robins y Guze (1970) bosquejaron el método predominante para establecer la validez de un constructo de diagnóstico. Propusieron que el establecimiento de la validez diagnóstica de un síndrome es un proceso de cinco etapas: 1) descripción clínica, que incluye una descripción de aspectos característicos fuera de los síntomas del trastorno (como las características demográficas); 2) estudios de laboratorio (comprenden pruebas psicológicas) para identificar correlatos significativos del diagnóstico; 3) delimitación de otros trastornos para asegurar algún grado de homogeneidad entre miembros del diagnóstico; 4) estudios de seguimiento a fin de evaluar la confiabilidad del diagnóstico por medio del test-retest, y 5) estudios familiares para demostrar que el trastorno propuesto tiende a darse en familias, lo que sugiere un componente hereditario en el trastorno. Este método particular de cinco etapas para establecer la validez diagnóstica aún tiene bastante influencia en la actualidad. De hecho, la mayor parte de la investigación contemporánea en psicopatología representa una o más de las etapas de validación esbozadas por Robins y Guze.

Prejuicio. De manera ideal, un sistema de clasificación no estará prejuiciado respecto de la forma en

que se asignan los diagnósticos a individuos con antecedentes diferentes (por ejemplo, género, raza o posición socioeconómica diferentes). La validez y utilidad de un sistema de clasificación se pondría en duda si el mismo grupo de comportamientos diera como resultado un diagnóstico para un individuo pero no para otro individuo. Las dos áreas de prejuicio potencial que han recibido mayor atención son el prejuicio sexual (véase, por ejemplo, Widiger y Spitzer, 1991) y el prejuicio racial (por ejemplo, Pavkov, Lewis y Lyons, 1989).

Algunos críticos han atacado al sistema DSM como un dispositivo centrado en el hombre que sobreestima la patología en las mujeres (M. Kaplan, 1983); otros niegan esta acusación (Kass, Spitzer y Williams, 1983). Widiger y Spitzer (1991) han presentado un análisis conceptual útil de lo que constituye el prejuicio sexual en un sistema de diagnóstico. Afirman que los intentos previos para demostrar el prejuicio sexual en el diagnóstico han sido defectuosos desde el punto de vista tanto conceptual como metodológico. Además, algunos de los hallazgos de estudios anteriores (por ejemplo, Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz y Vogel, 1970) han sido malinterpretados y mal comprendidos por completo (véase Widiger y Settle, 1987, para una demostración de los defectos en el estudio de Broverman y cols.).

Widiger y Spitzer señalan que la frecuencia sexual diferencial para un trastorno no demuestra por sí sola prejuicio sexual diagnóstico debido a que, por ejemplo, es concebible que factores biológicos o culturales pueden hacer más probable que los hombres (o las mujeres) exhiban los criterios para determinado diagnóstico. Por ejemplo, el trastorno de personalidad antisocial se diagnostica con mucha mayor frecuencia en hombres que en mujeres; pero esto puede ser resultado de diferencias biológicas (como la testosterona) u otros factores que influyen en los dos géneros de manera diferencial (como las expectativas sociales de agresividad en los hombres). Sin embargo, Widiger y Spitzer presentaron evidencia que sugiere que los clínicos pueden estar prejuiciados en la forma en que aplican diagnósticos a los hombres frente a las mujeres, aun en casos en que los síntomas presentados por hombres y mujeres eran idénticos! Aunque esto sugiere que puede haber algún prejuicio en la forma en que los clínicos interpretan los criterios de diagnóstico (es decir, que pueden exhibir prejuicio sexual), no indica prejuicio

sexual dentro de los criterios de diagnóstico. Estos resultados sugieren la necesidad de una mejor capacitación de los diagnosticadores, en lugar de una revisión de los criterios de diagnóstico.

Cobertura. Con cerca de 400 diagnósticos posibles, no se puede decir que el DSM-IV es demasiado limitado en su cobertura de posibles condiciones de diagnóstico. Es probable que la mayor parte de las condiciones que llevan a los individuos al tratamiento psiquiátrico o psicológico podría clasificarse dentro del sistema DSM-IV. Sin embargo, algunos pueden sentir que éste yerra en la dirección opuesta: su alcance es demasiado amplio. Por ejemplo, muchos trastornos del desarrollo infantil se incluyen como trastornos mentales. Al niño disléxico, con problemas del habla como tartamudez o con grandes dificultades con la aritmética, se le da un diagnóstico en el DSM-IV. Muchos cuestionan la conveniencia o beneficio de etiquetar estas condiciones como trastornos mentales.

Otro ejemplo de la posible inclusión excesiva en el DSM-IV es la inclusión del "trastorno disfórico premenstrual" como una categoría diagnóstica propuesta. Este diagnóstico y sus criterios aparecen en el apéndice que contiene criterios de diagnóstico proporcionados para un estudio más a fondo. Muchas mujeres objetaron en forma intensa este diagnóstico cuando se propuso por primera vez, ya que afirmaban que dicha categoría podría utilizarse con facilidad para discriminarlas en muchos campos (como el laboral). Diagnósticos controvertidos como éste causan que algunos se pregunten si los arquitectos del DSM han ido demasiado lejos.

Preocupaciones adicionales. Aunque las dificultades descritas son reales y bastante obvias, surgen diversos problemas indirectos o sutiles a través de la aceptación y uso de sistemas de clasificación diagnóstica. Por ejemplo, las clasificaciones tienden a crear la impresión de que los trastornos mentales existen *per se*. Términos como *trastorno*, *síntoma*, *condición* y *padecimiento* sugieren que el paciente es víctima de un proceso de enfermedad. **El lenguaje del sistema** puede terminar conduciendo hasta a los observadores astutos a una opinión que interpreta las reacciones aprendidas o los encuentros entre la persona y el ambiente como procesos de enfermedad.

Además, si no somos cuidadosos, podemos llegar a sentir que clasificar a las personas es más satisfactorio que tratar de aliviar sus problemas. Como veremos más adelante, la terapia puede ser un proceso incierto que consume tiempo y que a menudo está cargado de fallas. Pero encasillar puede ser remunerador de inmediato: proporciona una sensación de conclusión para el clasificador. Como solucionar crucigramas, puede aliviar la tensión sin tener significado social positivo a largo plazo.

El sistema atiende del mismo modo el deseo del público de considerar los problemas de la vida como problemas médicos que pueden tratarse en forma simple y fácil con una píldora, una inyección o un escarpelo. Por desgracia, aprender a solucionar problemas psicológicos es un trabajo arduo. El enfoque más fácil es adoptar una postura pasiva y dependiente en que el paciente es aliviado del dolor psicológico por un doctor omnisciente. Aunque dicha perspectiva puede ser práctica para tratar problemas estrictamente médicos (pero véase Engel, 1977), en el mejor de los casos es de valor dudoso para enfrentar los problemas psicológicos de la vida.

Un problema indirecto final es que el diagnóstico puede ser **perjudicial o incluso estigmatizador para la persona etiquetada**. En nuestra sociedad, el diagnóstico puede cerrar puertas en lugar de abrirlas para los pacientes y ex pacientes. Con demasiada frecuencia, el diagnóstico parece oscurecer a la persona real; los observadores ven las etiquetas, no a la persona que hay detrás de ellas. Por tanto, las etiquetas pueden dañar relaciones, impedir que las personas sean contratadas o promovidas y, en casos extremos, incluso resulta en la pérdida de sus derechos civiles. Las etiquetas incluso pueden alentar a algunas personas a capitular y asumir el papel de una persona "enferma".

Otros sistemas de clasificación

Se ha realizado una variedad de intentos para mejorar la clasificación psiquiátrica. Muchos han usado métodos estadísticos multivariados, como análisis de grupo, para generar categorías homogéneas. Por ejemplo, Overall y Gorham (1962), al trabajar dentro de la estructura psiquiátrica tradicional, elaboraron la **Escala de Estimación Psiquiátrica Breve (EEPB)**. Esta escala permite la valoración de los sín-

tomas en 16 áreas factoriales relativamente independientes. Overall y Hollister (1982) han usado análisis de grupo y métodos de taxonomía numérica relacionados para identificar ocho tipos fenomenológicos en función de perfiles de la EEPB. Otros sistemas se han centrado en el comportamiento psicótico. Por ejemplo, Lorr (1986) ha ayudado en la elaboración de un procedimiento de entrevista orientado a la investigación para asignar a los pacientes valores cuantitativos en 12 dimensiones (por ejemplo, proyección paranoide, beligerancia hostil). McReynolds (1989) ha revisado otras opciones al sistema de clasificación DSM.

Una vía alterna relativamente nueva para el sistema de diagnóstico tradicional para trastornos de personalidad del Eje II es el **Modelo de los cinco factores de la personalidad**. Este modelo incluye las dimensiones de personalidad de **neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, conformidad y escrupulosidad** (Costa y McCrae, 1992). Como señaló Digman (1990), ha sido evidente en la literatura psicológica un consenso creciente respecto de estas cinco dimensiones de rasgos como una representación bastante amplia de la personalidad adulta (véase McCrae y John, 1992).

Si el modelo de los cinco factores ha de verse como una explicación amplia de la personalidad normal y anormal, entonces esperaríamos que este modelo tenga relación con los trastornos de personalidad codificados en el Eje II. Los trastornos de personalidad, por definición, comprenden rasgos de personalidad inflexibles y desadaptativos. **Los estudios que han explorado la relación entre el modelo de los cinco factores y los trastornos del Eje II han obtenido resultados alentadores** (Costa y McCrae, 1990; Soldz, Budman, Demby y Merry, 1993; Trull, 1992; Wiggins y Pincus, 1989). Por ejemplo, Trull (1992) encontró que las dimensiones de neuroticismo, extroversión y conformidad del modelo de los cinco factores eran más evidentes en la conceptualización del DSM-III-R de los trastornos de personalidad en su muestra clínica de pacientes externos.

Con base en estos y otros hallazgos, algunos han abogado por el uso del modelo de los cinco factores como una alternativa al sistema de clasificación categórica del DSM-IV (Costa y Widiger, 1994). Sin embargo, deben establecerse ciertas cuestiones antes de convertirlo en un sistema dimensional como el modelo de los cinco factores:

¿cómo se evalúa la inadaptación de un rasgo de personalidad en estas medidas de personalidad del modelo de los cinco factores? ¿Cómo determinar los puntos limitantes de una escala de personalidad dimensional, a fin de decidir sobre la presencia o ausencia de un trastorno de personalidad? ¿Cómo puede tomarse en cuenta el contexto en que ocurren los rasgos de personalidad inadaptada? (Costa y Widiger, 1994). Por último, está la cuestión práctica de capacitar a los clínicos en el uso del modelo de los cinco factores. Hasta la fecha, estas cuestiones no se han resuelto, pero es probable que la investigación futura arroje alguna luz sobre la viabilidad del modelo de los cinco factores como un modelo de la patología de la personalidad. El lector interesado puede consultar a McCrae y John (1992) para un buen panorama del modelo de los cinco factores, al igual que a Widiger (1991) para un examen de los modelos dimensionales adicionales de la personalidad que se propusieron para incluirlos en el DSM-IV.

Causas del comportamiento anormal y enfermedad mental

Hasta este punto, hemos expuesto cuestiones relativas a la descripción y definición del comportamiento anormal, al igual que a las repercusiones de diagnosticar y clasificar a los individuos. Sin embargo, se ha dicho muy poco acerca de cuáles factores pueden causar el comportamiento anormal y la enfermedad mental. Aunque expondremos varios **modelos etiológicos de la psicopatología** en los capítulos sobre intervención, es útil esbozarlos aquí a fin de dar al lector alguna idea de los puntos de vista predominantes.

La tabla 5-7 presenta un panorama breve de los principales modelos de psicopatología y la explicación del comportamiento anormal que ofrece cada uno. Como puede verse, algunos de los modelos etiológicos son bastante diferentes en su perspectiva sobre el comportamiento anormal. Estas diferencias de seguro tienen implicaciones en la forma en que un clínico que se adhiera a uno de estos puntos de vista conducirá la evaluación y el tratamiento. Por ejemplo, es probable que un psicólogo clínico suscrito a una teoría cognoscitiva de la depresión use instrumentos de evaluación con fundamentos cognoscitivos para identificar cogniciones desadaptativas, al igual que intervenciones cognoscitivas conductuales para tratar la depresión.

TABLA 5-7 Breve descripción de varios modelos de psicopatología

<i>Modelo</i>	<i>Explicación</i>	<i>Ejemplo de comportamiento anormal</i>
Biológico	Los procesos en el sistema nervioso central (SNC) funcionan mal	La esquizofrenia es causada por un exceso de actividad dopaminérgica.
Psicodinámico	Conflicto intrapsíquico	La fobia específica se debe al desplazamiento de un conflicto intrapsíquico hacia un objeto externo que entonces puede evitarse.
Del aprendizaje	Aprendido tal como se aprende el comportamiento normal	La fobia específica se aprende por medio del condicionamiento clásico.
Cognoscitivo	Debido a cogniciones desadaptativas	La depresión resulta de opiniones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro.
Humanista	Negligencia relativa de la opinión propia y una dependencia excesiva en las valoraciones de otros cuando las dos son incongruentes	El trastorno de ansiedad generalizada refleja esta dependencia excesiva e incongruencia.

Un modelo más general de la etiología que puede acomodar una variedad de puntos de vista teóricos (como los que se encuentran en la tabla 5-7) es el **modelo diátesis-estrés de la psicopatología** (véase Davison y Neale, 1998). El modelo diátesis-estrés no está ligado a ninguna escuela de pensamiento y puede incorporar factores biológicos, psicológicos y ambientales. **Diátesis** se refiere a una vulnerabilidad o predisposición a desarrollar el trastorno en cuestión. Una diátesis puede ser biológica (por ejemplo, una predisposición genética, una deficiencia o exceso en un neurotransmisor) o psicológica (por ejemplo, un esquema cognoscitivo desadaptativo un estilo de personalidad desadaptativo). Una diátesis es necesaria pero no basta para producir un trastorno mental; además se precisa suficiente **estrés ambiental**. Los factores productores de estrés pueden ser de naturaleza biológica (por ejemplo, desnutrición) o psicológicos (por ejemplo, un ambiente familiar maligno, un suceso traumático en la vida). Tanto **la diátesis como el estrés son necesarios para producir el trastorno en cuestión**. Poseer la diátesis incrementa la probabilidad de desarrollar el trastorno, pero no garantiza este resultado. Es más, como puede ser evidente, es probable que la naturaleza exacta de la diátesis y el estrés necesarios para desarrollar un trastorno específico varíe de un trastorno a otro. Por último, también es probable que la

interacción entre la diátesis y el estrés sea específica para el trastorno (véase, por ejemplo, Monroe y Simons, 1991).

Conclusión

Los sistemas de clasificación son necesarios; de lo contrario nuestra experiencia y nuestra conciencia se vuelven una colección caótica de acontecimientos. Al abstraer las semejanzas y las diferencias entre los sucesos de nuestra experiencia, podemos establecer categorías de amplitud y propósito variado que nos permiten generalizar y predecir.

La psicología clínica está muy interesada en el diagnóstico clasificación y tratamiento de la enfermedad mental. Si bien queda claro que el sistema DSM-IV no es perfecto, los psicólogos clínicos contemporáneos continuarán usándolo en sus investigaciones, consultas y práctica. Todos tenemos, y seguiremos teniendo, algún desacuerdo con el DSM-IV o con cualquier otro sistema de diagnóstico. Los sistemas de diagnóstico tienen sus ventajas y desventajas y los criterios para los trastornos mentales individuales son falibles (Widiger y Trull, 1991). **El DSM-IV, como sus predecesores, ha sido acusado de ser más útil para la investigación clínica que para la práctica clínica**. Es probable que ésta

sea la causa del poco uso del manual por parte de los clínicos (Jampala, Sierles y Taylor, 1988; Morey y Ochoa, 1989). Sin embargo, esperamos que el lector esté convencido de que las formulaciones diagnósticas son importantes, ya que éstas tienen valor de comunicación, connotaciones para el tratamiento potencial y facilitan la investigación de la psicopatología.

Resumen del capítulo

Los psicólogos clínicos realizan el diagnóstico y clasificación de los problemas psicológicos. Es difícil obtener una definición única que abarque lo que constituye la "anormalidad". En este capítulo hemos revisado las ventajas y desventajas de tres criterios citados con frecuencia para el comportamiento anormal: conformidad con las normas, aflicción subjetiva y discapacidad o disfunción.

La enfermedad mental se refiere a una amplia clase de síndromes observados a menudo que constan de comportamientos anormales que ocurren juntos. El diagnóstico de problemas psicológicos o enfermedad mental sirve para la comunicación, promueve la investigación y sugiere opciones de tratamiento. El DSM-IV es el sistema de diagnóstico oficial utilizado en Estados Unidos (y en otros lugares).

Los sistemas de clasificación diagnóstica deberían ser prácticos, descriptivos, confiables, válidos, sin sesgos o prejuicios y proporcionar una cobertura amplia de los problemas clínicos que se encuentran con frecuencia. Estos sistemas de diagnóstico harán avanzar el campo al promover la investigación de la psicopatología, permitiéndonos investigar las causas y el tratamiento de problemas psicológicos.

Términos clave

aflicción subjetiva Una de las tres definiciones principales del comportamiento anormal; etiqueta como anormales -desde el punto de vista psicológico— a las personas que tienen una sensación de bienestar pobre, un nivel elevado de aflicción subjetiva, o ambos.

categorías Clasificaciones discretas. En el sistema de diagnóstico actual, muchos de los trastornos mentales se presentan como categóricas, lo que significa que se juzga si las personas tienen el trastorno o no.

confiabilidad En el contexto de la clasificación diagnóstica, es la consistencia de los juicios diagnósticos entre estimadores.

conformidad con las normas Es una de las tres definiciones importantes de comportamiento anormal. Esta definición etiqueta el comportamiento como anormal si viola normas culturales.

diagnóstico principal Diagnóstico que describe principalmente la aflicción o discapacidad de una persona y que debe considerarse el centro del tratamiento.

diátesis En el modelo de diátesis-estrés de psicopatología, es la vulnerabilidad (por ejemplo, genética, psicológica) para desarrollar un trastorno particular.

dimensiones Continuos. En un esquema de clasificación dimensional, puede verse que los individuos caen en cualquier punto de un continuo que varía desde la ausencia total de un trastorno hasta su manifestación más grave.

discapacidad o disfunción Una de las tres definiciones importantes de comportamiento anormal; etiqueta el comportamiento como anormal si crea problemas sociales u ocupacionales para el individuo.

DSM-III Es la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, publicada en 1980. El DSM-III introdujo cambios revolucionarios en el sistema de diagnóstico, incluyendo criterios de diagnóstico explícitos, neutrales desde el punto de vista etiológico, y un sistema multiaxial de diagnóstico.

DSM-IV Es la cuarta edición (y vigente) del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; se publicó en 1994.

Eje I Eje diagnóstico del DSM-IV que identifica los trastornos clínicos que están presentes, con excepción de los trastornos de personalidad y retardo mental.

Eje II Eje diagnóstico del DSM-IV que indica la presencia de trastornos de personalidad o retardo mental.

Eje III Eje diagnóstico del DSM-IV que identifica las condiciones médicas actuales que pueden tener interés para la conceptualización o tratamiento de los trastornos diagnosticados en los Ejes I y II.

Eje IV Eje diagnóstico del DSM-IV que especifica cualquier problema psicosocial o ambiental pertinente para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Eje V Eje diagnóstico del DSM-IV que proporciona un índice numérico del nivel general de funcionamiento del individuo.

enfermedad mental Clase amplia de síndromes observados con frecuencia que consta de ciertos comportamientos o características anormales.

entrevistas de diagnóstico estructuradas Clase de entrevistas que evalúan los criterios específicos que aparecen en el manual de diagnóstico.

estrés ambiental En el modelo de diátesis-estrés de la psicopatología, es el factor productor de estrés (por ejemplo, biológico, psicológico) que actúa junto con la diátesis para producir un trastorno mental determinado.

evaluación global del funcionamiento Puntuación proporcionada en el Eje V que sirve como un índice del nivel general de funcionamiento de la persona.

evaluación multiaxial Evaluación de pacientes a lo largo de vanos dominios de información. El DSM-IV exige el diagnóstico a lo largo de cinco ejes separados, cada uno de los cuales ayuda en la planeación del tratamiento y en la predicción del resultado.

factores etiológicos Factores causales.

modelo de los cinco factores de la personalidad Un modelo amplio de la personalidad que consta de las dimensiones de neuroticismo, extroversión, apertura, conformidad y escrupulosidad, al igual que de las seis facetas que pertenecen a cada dimensión. También suele conocerse como FFM, por sus siglas en inglés.

modelos etiológicos de la psicopatología Modelos causales del comportamiento anormal y la enfermedad mental que también tienen significado para la evaluación y el tratamiento. Los principales modelos etiológicos de la psicopatología incluyen los modelos biológico, psicodinámico, del aprendizaje y cognoscitivo.

prejuicio sexual En el contexto de la clasificación diagnóstica, el prejuicio sexual se demostraría si el mismo grupo de comportamientos diera un diagnóstico para un género y no para el otro. Aunque los criterios de diagnóstico actuales no están prejuiciados en sí mismos, los clínicos pueden estarlo

en la forma en que aplican estos diagnósticos a hombres y mujeres.

psicopatólogo Científico que estudia las causas de los trastornos mentales y los factores que influyen en su desarrollo.

puntos de corte En el contexto de las definiciones orientadas a la conformidad del comportamiento anormal, se refiere a los valores numéricos en una prueba o inventario que diferencian el desempeño normal del anormal.

relatividad cultural En el contexto de las definiciones orientadas a la conformidad del comportamiento anormal, se refiere al hecho de que los juicios acerca de la anormalidad de un comportamiento particular pueden variar de una cultura o subcultura a otra.

síndrome Grupo de síntomas que tienden a ocurrir juntos.

trastorno mental Síndrome (grupo de comportamientos anormales) que ocurre en un individuo asociado con aflicción, discapacidad o incremento en el riesgo de tener problemas.

validez En el contexto de la clasificación diagnóstica, es el grado en que se correlacionan los diagnósticos con variables significativas como la etiología, el pronóstico y el resultado del tratamiento.

Sitios web de interés

5-1 Red de Salud Mental (Mental Health Net), síntomas y tratamiento de trastornos mentales

www.cmhc.com/disorders/

5-2 Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (National Alliance for the Mentally Ill)

www.nami.org

5-3 Vínculos a páginas Web de psicología anormal y psicopatología

www.yorku.ca/faculty/academic/rmuller/