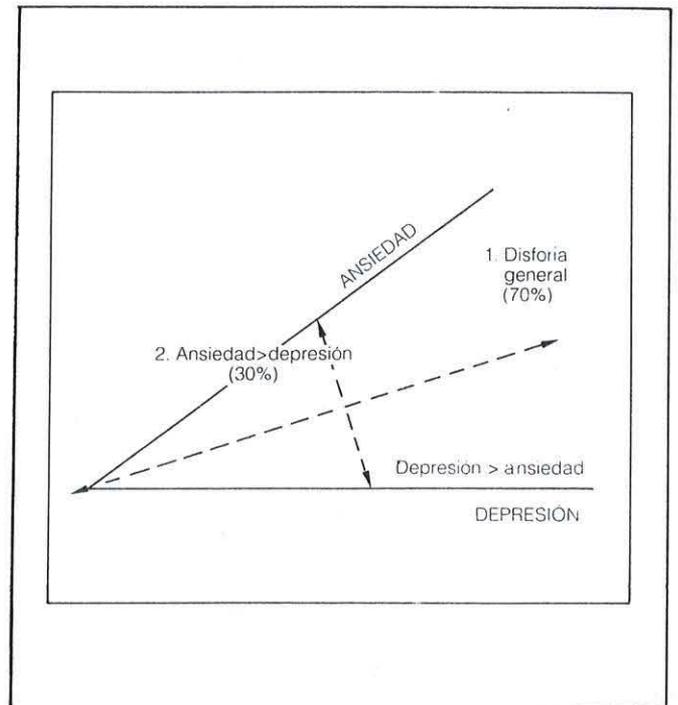


MEDICINA

Sexta Edición

Programa internacional para la actualización médica
100 monografías en 4 años

66



Psiquiatría (I)

Psicopatología general

Pruebas complementarias biológicas
en la práctica psiquiátrica

Mediadores neuronales

Clasificación en Psiquiatría

Trastornos mentales orgánicos

Trastornos mentales y del comportamiento
debidos al consumo de sustancias psicótropas

Índice

PSICOPATOLOGÍA GENERAL

J. Mas Hesse y F. Chicharro Lezcano
2899

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS BIOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

P. Sopelana Rodríguez y J. García-Noblejas Sánchez-Migallon
2909

MEDIADORES NEURONALES

M. Castañeda Sáez de Jáuregui y M. García Pérez
2917

CLASIFICACIÓN EN PSIQUIATRÍA

A. Fernández Liria
2927

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

M. Castañeda Sáez de Jáuregui y M. García Pérez
2935

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

P. Sopelana Rodríguez
2947

TEST DE AUTOEVALUACIÓN

Clasificación en Psiquiatría

A. Fernández Liria

Servicio de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Introducción

La Psiquiatría ha sido históricamente una disciplina que se ha caracterizado por la existencia en su seno de distintas escuelas basadas en concepciones en ocasiones muy diferentes de la enfermedad y la salud mental. Cada una de estas escuelas ha propuesto, a partir de estas concepciones, no solo una clasificación particular de los trastornos mentales, sino también una lógica y unos principios diferentes sobre los que construir esta clasificación. De este hecho se deriva buena parte de la sensación de confusión de que suelen quejarse los médicos que se asoman a esta especialidad.

Dado que cada escuela debía proporcionar un sistema completo que permitiera dar cuenta de cualquier trastorno, se ha producido una proliferación de términos que dan nombre en cada sistema a conceptos que difícilmente se corresponden con los de otro. Mayor confusión aún se produce cuando conceptos sutil o dramáticamente diferentes son designados con el mismo término por diferentes escuelas. Así, mientras que para unos un psicópata es cualquier persona que, debido a una particular predisposición de su personalidad, sufre o hace sufrir (Kurt Schneider¹), para otros es un sujeto que ha sido incapaz de vivir como suyas las normas que rigen la vida en sociedad y no experimenta sensación alguna de culpa cuando las transgrede. De las diversas explicaciones ensayadas para explicar la observación de que la prevalencia informada de la esquizofrenia era diferente en Gran Bretaña y en Estados Unidos, resultó la más adecuada aquella en la que se ponía de manifiesto la diferencia de criterios utilizados por los psiquiatras de uno y otro lado del Atlántico para establecer este diagnóstico (sobre todo entre los pacientes pobres, a los que resultaba más fácil aplicar esta etiqueta diagnóstica). Sencillamente, los psiquiatras británicos y los americanos llamaban esquizofrenia a cosas diferentes².

En los últimos años hemos asistido a la emergencia de tres aspectos que el médico no psiquiatra debe conocer y a los que nos referiremos en este capítulo:

1. La consolidación de *grandes sistemas pretendidamente ateóricos*, consensuados por psiquiatras

de diferentes escuelas, y con definición más o menos operativas de cada trastorno descrito, como los propiciados por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R)³ o la Organización Mundial de la Salud (CIE 10)⁴.

2. El planteamiento *multiaxial* común a estos sistemas.

3. El nuevo cuestionamiento de la legitimidad de las clasificaciones categoriales para dar cuenta de los problemas que afectan a la salud mental y la propuesta de *sistemas dimensionales* alternativos por lo menos para los trastornos mentales menos graves⁵.

Las clasificaciones de consenso: CIE-10 y DSM-III

Son clasificaciones que pretenden la creación de un lenguaje común entre los profesionales de las diferentes escuelas y países, por lo que sus categorías deben estar construidas en términos aceptables desde cualquiera de ellas y no suponer en su definición la aceptación de los postulados teóricos de ninguna en particular. Cada trastorno viene definido en el glosario a través de un conjunto de criterios operativos expresados en un «lenguaje común» (en el caso del DSM) o de unas «pautas para el diagnóstico» (en el caso de la CIE-10, que dispone también de una versión con definiciones operativas para su uso en investigación).

Aunque la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud incluye trastornos mentales (como causa de muerte) desde 1938 y dispone de una sección aparte para estos trastornos (como causa de morbilidad y no sólo de muerte) desde 1948, no realizó un esfuerzo para establecer las características del que nos referimos hasta que puso en marcha el grupo de trabajo que dio lugar al capítulo quinto de la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) en 1965, y sobre todo al Glosario tendente a promover un «empleo uniforme de los términos descriptivos y diagnósticos» con que se completó esta edición en 1974. Los primeros manuales de la Asociación Psiquiátrica Americana se basaban en criterios aceptados por la corriente entonces hegemónica en Estados Unidos (como el de *reacción*, tomado de Adolf Meyer), más que representar un acuerdo. El espíritu al que nos estamos refiriendo se encarna en el Tercera Revisión (DSM-III), que es la

TABLA 1
Categorías diagnósticas principales
de la CIE 10

F00-F09: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas
F20-F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
F30-F39: Trastornos del humor (afectivos)
F40-F48: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F50-F59: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F60-F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F70-F79: Retraso mental
F80-F89: Trastornos del desarrollo psicológico
F90-F98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia
F99: Trastorno mental sin especificar

Categorías principales del capítulo 5.º (F) «Trastornos mentales y del comportamiento», de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10).

primera que incluye definiciones operativas y que, en su afán de universalidad, hizo coincidir los primeros cuatro de los cinco dígitos que designan cada categoría con los de la categoría correspondiente de la CIE-9. Muchas de las aportaciones de la DSM-III y la DSM-III-R han sido recogidas por la CIE 10, y la DSM IV asumirá las de la CIE 10. Estas clasificaciones son utilizadas alternativamente para dar cuenta de su actividad por casi todos los servicios de Psiquiatría del mundo. En España hay comunidades autónomas que utilizan el de la OMS, y comunidades que utilizan el americano. Actualmente se trabaja en una versión de la CIE 10 para uso en Atención Primaria.

TABLA 2
Categorías diagnósticas principales
de la DSM-III-R

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
Trastornos mentales orgánicos
Trastornos por uso de sustancias psicoactivas
Esquizofrenia
Trastorno delirante (paranoide)
Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados
Trastornos del estado de ánimo
Trastornos por ansiedad
Trastornos somatoformes
Trastornos disociativos
Trastornos sexuales
Trastornos del sueño
Trastornos facticios
Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados
Trastornos del desarrollo (eje II)
Trastornos de la personalidad (eje II)

Categorías diagnósticas principales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, tercera edición (revisada) (DSM-III-R).

Las tablas 1 y 2 recogen, respectivamente, las categorías principales de la CIE 10 y la DSM-III-R. La tabla 3 establece las líneas generales de la correspondencia entre las mismas.

Como puede observarse, ambas evitan deliberadamente la utilización de grandes subdivisiones, como neurótico/psicótico, cuya definición precisa supondría la aceptación de determinadas hipótesis sobre el funcionamiento del psiquismo y su relación con la realidad, que no tendrían por qué ser aceptables para los clínicos de las diferentes escuelas. La Asociación Psiquiátrica Americana ha realizado un esfuerzo explícito para prescindir de la utilización de los términos *neurosis* y *neurótico*, y los trastornos que tradicionalmente (y en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud) aparecían bajo este epígrafe se distribuyen (cuando no entran a formar parte del capítulo de trastornos afectivos, por ser la alteración del humor el síntoma predominante), en las categorías de los *trastornos por ansiedad*, *trastornos somatoformes* y *trastornos disociativos*, según la sintomatología o temática más notoria. La razón de este proceder es que el término (que alude a una alteración nerviosa cuya exclusión es condición de la definición en las escuelas que, como la psicoanalítica, lo utilizan) es etimológicamente confuso y que el concepto presupone una base común a trastornos de morfología diferente. Un criterio semejante, al que se une una consideración del carácter peyorativo que ha adquirido el término, ha servido para eliminar (en este caso de ambas clasificaciones) el término *histeria*. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud mantiene el adjetivo *neurótico* (aunque explicita su rechazo de la dicotomía psicótico/neurótico) por motivos históricos.

Las dos clasificaciones mantienen el uso del término *psicosis* (CIE 10) o su adjetivización *psicótico* con un criterio descriptivo para señalar la presencia de síntomas como alucinaciones delirantes o comportamientos muy anormales (catatonia, aislamiento grave), aunque los autores de ambas clasificaciones expresan su falta de satisfacción con el término y los de la CIE 10 explicitan que su utilización no presupone nada «sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad». En la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, aun sin utilizar para designarlo el término genérico de *psicosis* se agrupan en un mismo capítulo los trastornos que en las escuelas europeas clásicas constituían el espectro de las psicosis funcionales no afectivas y que es el DSM se distribuyen en los epígrafes de *esquizofrenia*, *trastorno delirante (paranoide)* y *trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados*, que se reserva para cuadros esquizofreniformes que no cumplen los criterios de temporalidad exigidos por la definición de esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos, la psicosis inducida y las psicosis atípicas. A pesar de que el curso deteriorante de los trastornos esquizofrénicos ha sido considerado por algunas escuelas como definitorio del trastorno, después de lo puesto de manifiesto por los estudios longitudi-

TABLA 3
 Líneas generales de correspondencia entre las grandes categorías de la CIE 10
 y la DSM-III-R

CIE-10	DSM-III-R
F00-F09: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	Trastornos mentales orgánicos
F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	Trastornos por uso de sustancias psicoactivas
F20-F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	Esquizofrenia Trastorno delirante (paranoide) Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados
F30-F39: Trastornos del humor (afectivos)	Trastornos del estado de ánimo
F40-F48: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	Trastornos por ansiedad Trastornos somatoformes Trastornos disociativos
F50-F59: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	Trastornos sexuales (disfunciones) Trastornos del sueño Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (anorexia, bulimia...)
F60-F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	Trastornos de la personalidad (eje II) Trastornos sexuales (parafilias) Trastornos del control de impulsos Trastornos facticios
F70-F79: Retraso mental	Retraso mental (eje II)
F80-F89: Trastornos del desarrollo psicológico	Trastornos del desarrollo (eje II)
F90-F98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
F99: Trastorno mental sin especificar	

nales a largo plazo⁶, en ambas clasificaciones los trastornos esquizofrénicos se tipifican no solo por la sintomatología predominante en los períodos agudos (paranoide, hebefrénica, catatónica), sino por el curso (DSM) o forma de evolución (CIE) (ver capítulo sobre esquizofrenia).

Los *trastornos del estado de ánimo*, que incluyen desde cuadros depresivos subsecuentes a situaciones de pérdida, y sólo discernibles del duelo normal por su duración, hasta trastornos como la psicosis maniaco depresiva, pasando por alteraciones que han sido, a veces, consideradas como rasgos de personalidad, y que se han clasificado conforme a criterios muy diferentes en las diversas escuelas psiquiátricas, fueron mal atendidos por alguna versión previa de las clasificaciones que comentamos (especialmente por la CIE-9, en la que aparecían dispersos por toda la clasificación y sin criterios claros de delimitación).

En las clasificaciones que comentamos constituyen un capítulo aparte y (de un modo más claro en la CIE) se organizan en función de la polaridad (depresivo/maniaco), la gravedad y el curso, eludiendo otros criterios aparentemente más intuitivos y con tradición en Psiquiatría (como neu-

rótico, reactivo, endógeno) pero que, o no se sostienen sin recurrir a constructos teóricos inaceptables desde alguna escuela, o no son capaces de delimitar fiablemente categorías circunscritas.

Los *trastornos de la personalidad* entendidos como «alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son expresión de un estilo de vida y de la manera que un individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás» (CIE 10), se recogen en ambas clasificaciones de acuerdo con categorías muy semejantes (tabla 4), aunque en la DSM-III se registran en el eje II para señalar que su hipotética continuidad con los rasgos detectables en las personalidades normales y el hecho de que el diagnóstico se fundamente en su valoración como «inflexibles y desadaptativos» o causantes «de una incapacidad funcional significativa o una perturbación subjetiva».

Las dos clasificaciones incluyen un apartado para registrar los *trastornos propios de la infancia y la adolescencia* (otra de las asignaturas pendientes de las versiones anteriores), incluidos los del desarrollo, que en la DSM-III se recogen en el eje II

TABLE 4
Clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-III-R y la CIE 10

DSM-III-R	CIE-10
Grupo A Paranoide Esquizoide Esquizotípico	Paranoide Esquizoide
Grupo B Antisocial Límite	Disocial De inestabilidad emocional Impulsivo Límite
Histriónico Narcisista	Histriónico
Grupo C Por evitación Por dependencia Obsesivo-compulsivo Pasivo-agresivo No especificado	Ansioso Dependiente Anancástico No especificado Otros

como equivalente infantil a los trastornos de la personalidad del adulto.

Como puede observarse (tabla 3), ambas incluyen sendos apartados para los *trastornos mentales de base orgánica conocida* y para los *trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas*, que, si bien se codifican según lógicas diferentes en cada clasificación (hay que tener en cuenta que la DSM dispone de un eje específico para registrar el trastorno orgánico de base, y además sus autores han optado por un esquema específico para cada sustancia en lugar de por un patrón común para todas ellas, como en el caso de la CIE), contienen básicamente los mismos cuadros y hay un alto nivel de correspondencia entre sus categorías. En la DSM IV se proyecta eliminar el término *orgánico* de la nominación de estos trastornos, por considerar sus autores que su utilización podría dar a entender la presunción de que el resto de los trastornos mentales no tienen base orgánica.

En la tabla 3 pueden observarse otras similitudes y diferencias que nos parecen menos dignas de consideración. En general, cabe destacar que la correspondencia entre categorías de ambas clasificaciones es alta y que será mayor con la DSM-IV.

Multiaxialidad

La DSM-III, desde la consideración de que el diagnóstico clásico (eje I) era insuficiente, introdujo la novedad de la consideración de varios ejes desde los que se debía aportar información relevante para caracterizar un trastorno. Este sistema tenía la virtud de facilitar datos útiles para valorar

TABLE 5
Ejes propuestos por el DSM-III

Eje I: Trastornos mentales
Eje II: Trastornos de la personalidad
Eje III: Trastornos y estados somáticos
Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial
Eje V: Evaluación global del estado del sujeto

decisiones o aventurar predicciones y, además, permitir reseñar la simultaneidad o sucesión temporal de determinados hechos sin recurrir a conceptos (causalidad, reacción) inaceptables desde algunas escuelas. La tabla 5 muestra los ejes propuestos por la DSM-III, y las tablas 6 y 7 las escalas utilizadas para valorar estresores psicosociales (eje IV) y evaluación global (actual y en el último año) del sujeto (eje V).

La CIE 10 prepara en el momento de redactar estas líneas una versión con tres ejes. En el primero se incluiría el diagnóstico psiquiátrico propiamente dicho (que aquí comprende también los trastornos de la personalidad que la DSM registra como eje II). El eje II recoge una valoración de las discapacidades, de forma global y en diversas áreas de funcionamiento (cuidado personal y supervivencia, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y funcionamiento en otros roles y actividades). El eje III registra factores ambientales y circunstanciales que incluyen aquellos problemas relacionados con la personalidad y el estilo de vida del individuo que, pudiendo tener relevancia para la caracterización del trastorno, no llegan a constituir un trastorno reseñable en el eje I.

El cuestionamiento de las clasificaciones categoriales

En un trabajo publicado en 1980⁷, rastreando la ruta que lleva a las personas que sufren trastornos mentales a contactar con los dispositivos de atención, Goldberg y Huxley señalaban que nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales están en su mayor parte contruidos sobre la reflexión de los psiquiatras, y más concretamente, de los psiquiatras que trabajan en los servicios de hospitalización, a los que tradicionalmente se ha vinculado la docencia y la investigación. Sin embargo, de acuerdo con las estimaciones recogidas por estos autores, mientras que una cuarta parte de la población experimenta cada año síntomas que lo constituirían en «caso psiquiátrico», y aunque la práctica totalidad consulta durante ese periodo a su médico general, sólo un 2% de la población es vista en el mismo lapso por los psiquiatras y sólo un 0,5% ingresa en los hospitales (cifra esta última que, por cierto, es diez veces menor en nuestro país). Con este punto de partida no es de extrañar que la producción teórica de los psiquiatras haya resultado mucho más útil para dar cuenta

TABLA 6
Escala propuesta por el DSM-III para cuantificación de estresores psicosociales

Código	Término	Ejemplos de estrés	
		Agudo	Crónico
1	Ausente	No hay estrés aparente	No hay estrés aparente
2	Leve	Ruptura afectiva con la pareja, inicio o graduación en la escuela, marcha del hogar	Discusiones familiares, insatisfacción laboral, vida en un barrio donde hay mucha delincuencia
3	Moderado	Matrimonio, separación conyugal, pérdida del empleo, jubilación, aborto	Incompatibilidad conyugal, problemas económicos serios, diferencias con los superiores, estar a cargo de los hijos como progenitor único
4	Grave	Divorcio, nacimiento del primer hijo	Paro, pobreza
5	Extremo	Muerte de la esposa, diagnóstico de una enfermedad somática grave, ser víctima de una violación	Enfermedad crónica grave de uno mismo o de los hijos, alteración física o abuso sexual
6	Catastrófico	Muerte de algún hijo, suicidio del cónyuge, catástrofe natural devastadora	Cautividad como rehén, experiencia en campo de concentración
0	Información inadecuada o ausencia de acontecimientos estresantes		

ta de lo referente a la exigua minoría que visita sus hospitales que la gran mayoría de los trastornos (alegremente considerados «menores») que son atendidos en otras instancias del aparato sanitario.

En un segundo trabajo de 1992, estos mismos autores plantean que éste es, precisamente, el caso de los grandes sistemas clasificatorios que se basan en la idea de que los trastornos mentales constituyen categorías circunscritas y diferenciables entre sí. Tales sistemas tienen la ventaja de facilitar el trabajo clínico, proporcionar grupos homogéneos para la investigación y facilitar los aspectos administrativos de la práctica psiquiátrica. Pero para que un modelo de esas características sea algo más que una ilusión debe cumplir, siempre según Goldberg y Huxler, una serie de requerimientos que en el trabajo que citamos se contrastan con la evidencia clínica o experimental al respecto. Los enunciaremos a continuación.

En primer lugar debe existir una *frontera o discontinuidad natural entre los síndromes* (identificable, por ejemplo, por análisis de *cluster*). Sin embargo, existe, por ejemplo, evidencia de una vinculación muy estrecha entre ansiedad y depresión.

En segundo lugar, debería probarse una *discontinuidad entre cada síndrome y la normalidad* cuando la realidad es que todos los trabajos demuestran la existencia de un *continuum* y obligan a establecer puntos arbitrarios de corte entre la variación normal y lo que va a ser considerado trastorno.

Un tercer requerimiento sería la existencia de *categorías constantes entre sistemas (como la CIE y el DSM) y entre observadores*. Los resultados revisados por estos autores demuestran que, al menos, las categorías de ansiedad y depresión están bastante lejos de alcanzar este ideal.

El requisito de la *constancia en el tiempo* tampoco ha resistido los análisis longitudinales y el desplazamiento de un mismo paciente entre las categorías de ansiedad y depresión cuando se observa su evolución durante unos años está más cerca de ser la norma que la excepción.

No ha podido demostrarse la existencia de una *diferente base genética* (quinto requerimiento) para los diversos trastornos incluidos en las clasificaciones categoriales. Antes bien, parece que la información disponible apunta a solapamientos y predisposiciones comunes.

Por fin, con respecto al sexto y último requerimiento de una *respuesta específica a los tratamientos*, los resultados tampoco parecen muy acordes con la idea de la solidez de las categorías, ya que fenómenos como la respuesta de los cuadros de ansiedad a la medicación antidepresiva son de experiencia diaria y existen trabajos como el de Tyrer et al⁸, en el que la respuesta a las cuatro modalidades de tratamiento (diazepam, doxepina, terapia cognitivo-conductual y placebo) ensayadas, era independiente del diagnóstico.

A la vista de estos resultados, Goldberg y Huxley⁵ concluyen que los modelos categoriales se avienen

Escala propuesta por el DSM para evaluación global del sujeto (actual y en el último año)

Código	
90-81	Ausencia de síntomas o síntomas mínimos (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia variedad de actividades, efectivo socialmente, generalmente satisfecho con su vida, no tiene más que los problemas o preocupaciones propios de la vida cotidiana (por ejemplo, una discusión ocasional con alguno de los miembros de la familia)
80-71	Si hay síntomas, son transitorios y son reacciones esperables ante el estrés psicosocial (por ejemplo, dificultades para concentrarse después de una discusión familiar); ligera incapacidad en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, retraso temporal en la realización de las tareas escolares)
70-61	Algunos síntomas leves (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o insomnio leve). O dificultades en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, hacer novillos ocasionalmente, o robar en casa) aunque, en general, el funcionamiento es bastante bueno y el sujeto tiene relaciones interpersonales significativas
60-51	Síntomas moderados (por ejemplo, aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial o crisis de angustia esporádica). O deterioro importante en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, pocos amigos o problemas con los compañeros de trabajo)
50-41	Síntomas graves (por ejemplo, ideas de suicidio, rituales obsesivos graves, pequeños robos en tiendas). O deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, ausencia de amigos o incapacidad para conservar el trabajo)
40-31	Deterioro en la evaluación de la realidad o en la comunicación (por ejemplo, el lenguaje es en ocasiones incoherente, oscuro o irrelevante). O deterioro importante en diferentes áreas, como trabajo, escuela y relaciones familiares, capacidad de juicio, pensamiento o estado de ánimo (por ejemplo, la persona deprimida evita los amigos, descuida la familia y es incapaz de trabajar; el niño golpea con frecuencia a otros niños más pequeños, en casa planta cara [desafía a sus padres], y fracasa en la escuela)
30-21	La conducta está considerablemente influenciada por ideas delirantes y alucinaciones. O existe un deterioro importante en la comunicación y el juicio (por ejemplo, algunas veces es incoherente, actúa de manera inapropiada en distintas situaciones, tiene ideas suicidas). O incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo, quedarse en cama todo el día, o estar sin trabajo, sin casa o sin amigos).
20-11	Peligro relativo de auto o heterolesión (por ejemplo, intento de suicidio sin riesgo probable de muerte, violencia frecuente o excitación maniaca). O abandono ocasional de la higiene personal mínima (por ejemplo, oler mal o ir sucio). O deterioro importante en la comunicación (por ejemplo, incoherencia o mutismo).
10-1	Peligro persistente de lesiones graves a sí mismo o a los demás (por ejemplo, violencia recurrente). O incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima. O intento de suicidio grave con claro riesgo de muerte.

Escala de evaluación global del sujeto (escala GAF). Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* que va de la salud a la enfermedad mental. No se incluyen las incapacidades debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Nota: Utilice los códigos intermedios cuando resulte apropiado; por ejemplo, 45, 68, 72.

mal con los datos disponibles y, aunque consideran que pueden seguir siendo útiles en la consideración de los trastornos mentales «mayores» que

los psiquiatras atienden en sus hospitales, proponen su sustitución por otro modelo para la conceptualización de los trastornos comunes en la práctica médica ordinaria.

Así, Goldberg y Huxley proponen un modelo dimensional en el cual cualquier alteración observada podría situarse en un espacio bidimensional definido por dos ejes correspondientes a las dimensiones *ansiedad* y *depresión*. Como puede observarse en la figura 1, los ejes no son perpendiculares, ya que representan dimensiones que no son enteramente independientes entre sí (una cierta magnitud de depresión implica necesariamente cierto montante de ansiedad). Según este modelo, los diagnósticos propuestos por los sistemas categoriales son constructos hipotéticos o formas de etiquetar individuos que —por haberse desestabilizado y haber sido capaces de restituir—

Figura 1.

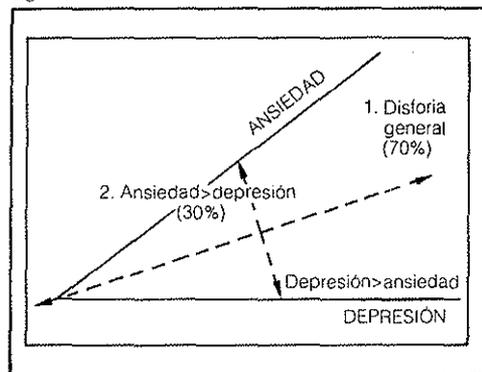


Fig. 1. Modelo dimensional propuesto por Goldberg y Huxley⁵ para la caracterización de los trastornos mentales.

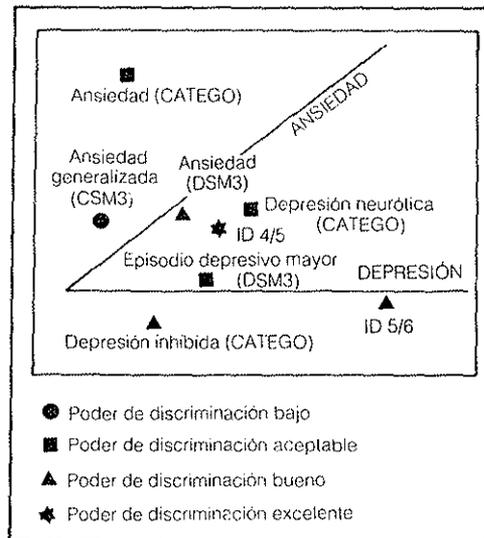


Figura 2.

se espontáneamente a la normalidad— han pasado más de un tiempo determinado en una posición de desviación en ese espacio bidimensional de síntomas. El diagnóstico categorial puede reflejar o bien la posición general del sujeto (como en el caso de un episodio depresivo mayor, por ejemplo) o bien el modo en el que el sujeto trata de reducir sus síntomas (con rituales en un trastorno obsesivo-compulsivo, evitación en una fobia o somatizaciones en un trastorno somatoforme...). La figura 2 sitúa en el esquema anterior

una serie de trastornos definidos por el DSM-III o por un programa (llamado CATEGO) de procesamiento de vista psiquiátrica estructurada PSE (que permite también obtener diagnósticos en la CIE) ⁹. Goldberg y Huxley sostienen que la consideración de estas categorías podría ser útil para sugerir intervenciones y para hacer pronósticos. La hipótesis clave de este modelo es que *cualquier individuo puede desarrollar síntomas sometido a una cantidad y calidad suficiente de estrés*. Lo que precisamos, es, pues, un esquema que nos permita integrar la información disponible sobre por qué y cuándo lo hacen unos, mientras que otros no los desarrollan en las mismas condiciones, cuáles son las circunstancias que tienden a hacerlos aparecer, y en qué condiciones es fácil o imposible restituir la normalidad. Este esquema se organiza en un modelo de enfermedad-proceso que se pretende válido para todos los trastornos corrientes y que se organiza alrededor de los conceptos claves de vulnerabilidad-capacidad de adaptación, desestabilización y restitución. La *vulnerabilidad* y su complementario, la *capacidad de adaptación*, definen la facilidad con que un sujeto dado desarrolla síntomas ante un estrés determinado. Por lo que conocemos a través de las investigaciones de psiquiatría social, la vulnerabilidad depende de *factores genéticos* y de *factores ambientales* (separación y muerte parental durante la infancia, crianza y cuidados parentales, personalidad, adversidad social prolongada, déficit de apoyo social). La conclusión a la que Gold-

Figura 3.

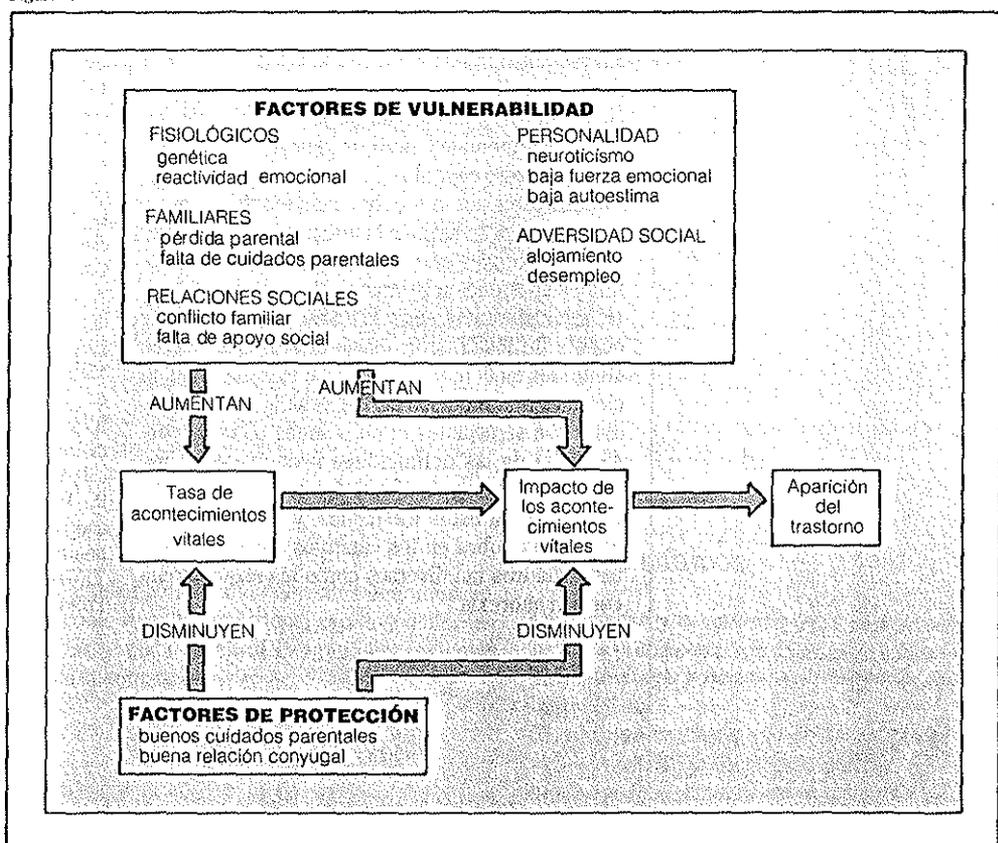


Fig. 2. Posición de algunas categorías diagnósticas en el espacio bidimensional del modelo de Goldberg y Huxley ⁵. La señal que marca la posición indica el poder de discriminación entre individuos normales y patológicos de cada categoría.

Fig. 3. Relaciones establecidas entre los diferentes factores de vulnerabilidad en el modelo de Goldberg y Huxley ⁵.

berg y Huxley llegan a la vista de la información disponible es que debe existir un «único factor de vulnerabilidad genético (y no uno específico para cada trastorno, excepto en el caso de la psicosis maniaco depresiva) y que los diferentes síndromes y trastornos menores están determinados en parte por factores aprendidos en el seno de la familia y, en parte, por diferentes factores ambientales que ocurren posteriormente en la vida». La figura 3 resume el modelo de vulnerabilidad construido por Goldberg y Huxley.

La *desestabilización* se refiere al proceso de comenzar a experimentar síntomas, lleven o no lleven éstos al individuo a acudir a los servicios, y basten o no para cumplir los requisitos de «caso psiquiátrico». En él desempeñan un papel importante los acontecimientos vitales experimentados por el individuo. Por lo que sabemos, éstos tienen más importancia en el desencadenamiento que en el curso. Los acontecimientos que entrañan *pérdida* se relacionan con más frecuencia con los cuadros en los que predomina la depresión, y los que entrañan *amenaza* con los que predomina la ansiedad, y al menos en los niños, actúan de modo aditivo.

La *remisión* es el proceso por el que se restablece el estado de normalidad, después de haber experimentado los síntomas. Ésta puede obtenerse por medios psicológicos (con o sin ayuda externa), químicos (a través de psicofármacos u otras sustancias) o neuróticos (cuando los mecanismos utilizados para combatir los síntomas suponen la producción de nuevos síntomas, como en el caso de la evitación fóbica, los rituales o pensamientos obsesivos o la somatización).

Goldberg y Huxley han pretendido proporcionar además un modelo de integración que permita dar cuenta de la interacción entre los datos conocidos sobre aspectos biológicos y sociales de los trastornos mentales, pero su relación excede los límites de este capítulo.

Aunque estos autores se han cuidado de asegurar que su crítica se limita a la utilización de los sistemas categoriales para los trastornos mentales comunes en Atención Primaria y que, probablemente, tales sistemas sean los adecuados para dar cuenta de los trastornos mentales más graves atendidos en el nivel psiquiátrico especializado, lo cierto es que modelos de vulnerabilidad semejantes y con semejantes implicaciones sobre la consistencia de las definiciones propuestas en los grandes sistemas clasificatorios se han propuesto también para estos trastornos, y se recogen en esta misma obra en los capítulos correspondientes a cuadros tan diversos como los esquizofrénicos o la anorexia.

Las clasificaciones operativas que están dominando el campo de la Psiquiatría a finales del siglo XX han provisto por primera vez a la comunidad psiquiátrica de un lenguaje común que ha permitido compartir experiencias y colaborar en trabajos de investigación a psiquiatras de diferentes países y distintas orientaciones. La introducción de los sistemas multiaxiales ha supuesto un paso importante en el reconocimiento de la necesidad de consideraciones externas a lo que una visión estrecha del campo de la clínica psiquiátrica reconocía como terreno propio para la caracterización de los procesos de la salud y la enfermedad mental. Queda por comprobar que la cosificación de las categorías propuestas por estos sistemas no se convierta en —no esté actuando ya como— un obstáculo epistemológico para una aprehensión de los trastornos mentales capaz de guiar una actuación cabal sobre los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: George Thieme Verlag, 1973 (10.^a ed) (trad. cast.: Patopsicología clínica. Madrid: Paz Montalvo, 1975).
2. Cooper J, Kendall RE, Gurland BJ, Sharpe L, Copeland JRM, Simon R. Psychiatric diagnosis in New York and London. London: Oxford University Press, 1972.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. revised). Washington DC: American Psychiatric Association, 1987 (trad. cast.: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R). Barcelona: Masson, 1988).
4. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: MEDITOR, 1992.
5. Goldberd D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock, 1992.
6. Harding CM, Zubin J, Strauss JJS. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? Hospital and Community psychiatry 1987; 38:477-486.
7. Goldberd D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980 (trad. cast.: Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Nieva, 1990).
8. Tyrer P, Seivewright N, Murphy S, Ferguson B, Kingdon D, Barzak P, et al. The Nottingham study of neurotic disorder: comparison of drug and psychological treatments. Lancet 1988; 2:235-240.
9. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the Present State Examination and CATEGO programme. London: Cambridge University Press, 1974.