



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

CUESTIONES BASICAS SOBRE LAS CLASIFICACIONES NATURALES

Clasificación: cualquier procedimiento que se utiliza para formar agrupaciones o categorías y para asignar entidades (en nuestro caso trastornos o conductas anormales) a dichas categorías, en base a atributos o relaciones comunes.

Identificación: proceso de asignación de una entidad a una determinada categoría del sistema de clasificación en biología.

Diagnóstico: en medicina y psicopatología, proceso de asignación de determinados atributos clínicos, o de pacientes que manifiestan dichos atributos, a una categoría del sistema de clasificación.

Taxonomía: estudio sistemático del proceso de clasificación. La lógica, los principios y los métodos utilizados en la construcción de un sistema clasificatorio, así como a las reglas utilizadas para la identificación de las entidades.

Nosología: cuando las entidades son enfermedades o trastornos, cuando se trata de construir una taxonomía de fenómenos patológicos.

Toda categorización tiene una ventaja adaptativa porque reduce la información y facilita la codificación. La clasificación está en el origen de cualquier intento de comprender la realidad.

Los principios básicos para formar categorías en un sistema clasificatorio son: favorecer la economía cognitiva y estructuración de los datos.

La clasificación psicopatológica pretende dar importantes **ventajas**.

Esto sucede cuando se cumplen los requisitos metodológicos que exige toda taxonomía:

- aportar una nomenclatura y terminología común para facilitar la comunicación y la fiabilidad.
- servir de base acumulativa de documentación e información sobre cada categoría clínica.
- suministrar información descriptiva de cada una de las entidades clínicas básicas.
- permitir hacer predicciones desde una perspectiva longitudinal.
- suministrar los conceptos básicos para hacer formulaciones teóricas.

La clasificación debe tener los siguientes propósitos:

- ✓ la organización de comportamiento o síntomas.
- ✓ la comunicación entre investigadores y clínicos.
- ✓ la determinación del tratamiento o procedimiento terapéutico para cada categoría.
- ✓ la determinación del estatus legal del paciente
- ✓ la determinación del reembolso económico a los profesionales por parte de los seguros o agencias externas.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

El que haya categorías clínicas supone que existe un número de covariantes compartidos. Pero la clasificación de sujetos en ciertas categorías por síntomas regulares no niega que existan otras diferencias mutuas.

Un determinado origen común y relaciones de consecuencia, aumentan la probabilidad de que determinadas características psicológicas se combinen con otras más específicas dando lugar a **síndromes clínicos**: conjuntos de síntomas observables de forma repetitiva.

A. TIPOS DE CLASIFICACIÓN

Los elementos se pueden definir de dos formas:

- **extensiva**: se hace enumerando todos los miembros de una clase.
- **intensiva**: se hace enumerando las características necesarias para la pertenencia a una categoría.

El principio organizador más antiguo es "esencia". Ha sido usado por Linneo y Darwin. La estrategia taxonómica se llama **filética**. Alternativamente están las taxonomías numéricas que basan la organización en la observación empírica y en el cómputo matemático del máximo número de características compartidas por los sujetos. A esta estrategia se le llama **fenética**.

❖ Las clasificaciones pueden ser:

- **monotética**: basada en una sola variable o en un escaso número de características. Ej: tabla periódica
- **politética**: basada en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los miembros de una categoría, sin que se presuponga la homogeneidad de dichos miembros.

❖ Esta diferenciación se corresponde con las también llamadas taxonomías clásicas y prototípicas.

- **clásicas**: incluyen categorías que se componen de entidades discretas y homogéneas en sus características descriptivas.
- **prototípicas**: se apoyan en un prototipo o ideal teórico que sirve de referencia, y que es el conjunto de características más comunes de los miembros de una categoría.

Los **prototipos** son los casos más claros de pertenencia a una categoría definida operacionalmente. Un miembro se considera prototipo cuantos más atributos comparta con los demás miembros de la categoría y menos con los de las categorías opuestas. Los miembros prototípicos representan la media de los atributos. Las características prototípicas afectan virtualmente a la mayoría de las principales variables dependientes utilizadas como medidas en investigación psicológica. La estructura prototípica tiene formato politético. Las modernas clasificaciones psiquiátricas son ejemplos de clasificación prototípica y politética.

Hay distintos efectos al adoptar un principio taxonómico clásico o prototípico:

Clásico:

- en el ámbito patológico se tiende a exagerar las semejanzas, ignorar las diferencias y atender selectivamente a las características que forman la categoría.
- los síndromes deberían tener fronteras definidas, síntomas claros, necesarios y suficientes.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

Prototípico:

- limitan la estereotipia, permiten más flexibilidad y refuerzan la variabilidad intragrupo. No exigen signos distintivos o patognomónicos.
- las características que comparten no tienen porqué ser las mismas necesariamente.

Las distintas versiones del DSM son cada vez más politéticas, utilizan cada vez más las clasificaciones prototípicas.

❖ Otra importante distinción en las clasificaciones:

- **empírico:** se limita estrictamente a los hechos observables.
- **inferencial:** va más allá y hace suposiciones sobre las causas o sucesos subyacentes. (tabla 4.1)

A nivel teórico se puede utilizar cualquier atributo con propósitos clasificatorios.

En el ámbito de la psicología, los atributos más utilizados son:

- partes
- características físicas
- conceptos relacionales
- conceptos funcionales

Un enfoque distinto se utiliza en el modelo constructivista de Piaget. Se toma como unidad de análisis la interacción de personas con los objetos y se derivan atributos de dicha interacción.

Los datos teóricamente utilizables en una clasificación psicopatológica podrían ser de tres tipos (Millon)

- atributos sustantivos, acordes con un determinado modelo teórico o escuela psicológica, como hábitos condicionados, expectativas cognitivas o disfunciones neuroquímicas.
- atributos longitudinales relativos a la etiología o la progresión de diversos fenómenos clínicos en el tiempo y en función de las circunstancias.
- atributos concurrentes características presentes en un momento dado. Sobretudo signos objetivos y síntomas subjetivos.

Habría que añadir atributos inferidos: rasgos de personalidad.

Los sistemas de clasificación actuales se apoyan en atributos concurrentes que indican comportamientos desviados, derivados de cuatro fuentes distintas: *biofísica*, *intrapsíquica*, *fenomenológica* y *conductual*.

(Completar? Pag 96)

**CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA**

Tabla 4.1. Tipos de clasificaciones

Según la estrategia taxonómica	Según el tipo de proceso cognitivo empleado	Según el producto final
Filética (esencialista)	Empírica	Monotética (Clásica)
Fenética (taxonomía numérica)	Inferencial	Politética (prototípica)

MODELOS DE ESTRUCTURA TAXONOMICA EN PSICOPATOLOGÍA

Actualmente, las taxonomías están organizadas siguiendo una estructura vertical, horizontal o circular.

- **Vertical:**

Conocida como jerárquica. Las categorías están organizadas en árboles diagnósticos. Las de rango inferior están subsumidas en las de rango superior. La verticalidad es el nivel de inclusión de la categoría. Cuanto más alto es el nivel, mayor es el grado de abstracción. Ej: CIE-10 o los trastornos afectivos del DSM-IV.

- **Horizontal:**

Se conoce como multiaxial. Ordena las distintas clases de atributos en categorías paralelas. Se segmentan las categorías del mismo nivel de inclusividad. En contraposición a la jerárquica, permite múltiples tipos de datos. DSM-III y posteriores tienen una estructura tanto multiaxial como jerárquica.

- **Circular:**

Conocida como circunpleja. Es utilizada por los autores que ordenan los rasgos de personalidad. Las categorías similares están situadas en un lugar relativamente más cercano, en los segmentos de un círculo. Las representadas opuestas son consideradas antitéticas

A. PROCEDIMIENTOS MULTIAXIALES

Estos sistemas de clasificación han prosperado debido a sus múltiples ventajas. Los dos aspectos más habituales que han dado lugar a ejes son: la fenomenología y los factores etiológicos. Otros ejes frecuentes son:

- síndromes y síntomas psiquiátricos
- causa
- trastornos de la personalidad
- trastornos físicos
- nivel intelectual
- duración y curso de la enfermedad
- estresores psicosociales
- gravedad psicopatológica/ psicoticismo
- funcionamiento adaptativo
- rapidez del comienzo de la alteración.

**CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA**

Ejes DSM-III y propuestos por Mezzich y cols. Tabla 4.2

EJES	EJES DSM-III	EJES PROPUESTOS
I	Síndromes psiquiátricos	Síndromes psiquiátricos calificados en función de la gravedad/psicoticismo, curso clínico etiología
II	Trastornos de la personalidad y del desarrollo	Alteraciones conductuales estables (trastornos de la personalidad, trastornos específicos del desarrollo, retraso mental)
III	Trastornos físicos	Trastornos físicos (con mejores instrucciones)
IV	Gravedad global de los estresores psicosociales	Estresores/situaciones psicosociales específicas (incluyendo falta de soportes)
V	Nivel más alto de funcionamiento adaptativo en el año anterior	Funcionamiento adaptativo actual

Se ha sugerido la incorporación de otros ejes. Destacan los que valoran los mecanismos de defensa o modos de afrontamiento y el tipo de funcionamiento familiar.

Los mecanismos de defensa son procesos psicológicos que modifican la percepción de la realidad. Sus **funciones** son:

- mantener los afectos dentro de unos límites soportables durante las súbitas alteraciones de la vida emocional.
- restaurar la homeostasis psicológica.
- disponer de un tiempo para adaptarse a los cambios bruscos en la propia imagen cuando no es posible integrarla de forma inmediata.
- manejar conflictos con personas significativas.
- resolver la disonancia cognoscitiva.
- adaptarse a cambios bruscos de la realidad externa.

Es necesario definir operacionalmente los modos de afrontamiento. Se diferencian:

- ✓ Defensas maduras:
 - sublimación
 - supresión
 - anticipación
 - altruismo
 - humor
- ✓ Defensas neuróticas o intermedias:
 - desplazamiento
 - represión
 - aislamiento
 - formación reactiva



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

- ✓ Defensas inmaduras:
 - proyección
 - fantasía esquizoide
 - masoquismo
 - acting-out
 - hipocondrías
 - negación neurótica

También se aconseja prestar atención a los sistemas de relación social y al contexto social, sobre todo en la salud y disfunción de la familia. Se recomienda una reestructuración del eje IV del DSM.

Para la valoración específica de la psicopatología infantojuvenil se ha desarrollado un sistema multiaxial llamado ASEBA. Incluye cinco ejes de información propios:

- 1) Informes parentales. Historia evolutiva.
- 2) Informes escolares. Rendimiento y otros datos.
- 3) Valoración intelectual y cognitiva
- 4) Valoración física
- 5) Evaluación directa: autoinformes, test.

B. CLASIFICACIONES CATEGORIALES O DIMENSIONALES

Controversia en cuanto al método que debe prevalecer en la clasificación de las conductas anormales.

Skinner, señala 3 MODELOS BÁSICOS:

- MODELO CATEGORIAL ó distinción cualitativa:

Se asocia a conceptos como **categoría, conjunto, clase, cluster o tipo**.

Ventajas:

- Facilita la comunicación o la creación de diseños para la investigación.
- Es fácilmente memorizable.
- Responde mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial (administración y archivo de historias clínicas, planificación de servicios y realización de estudios epidemiológicos).
- Da unidad a la psicopatología manifestada por una persona (integra diversos elementos en una única configuración).

Desventajas:

- **Contribuyen a la creencia** de que los procesos psicopatológicos incluyen **entidades discretas**.
- Plantean la **duda** de si las **categorías son artificiales o derivadas empíricamente** (riesgo de imponer unos datos a una estructura que no exista).
- No incluyen aspectos de la conducta ante la necesidad de restringir en número de atributos (**pérdida de información**).
- Obligan a desarrollar criterios diagnósticos restrictivos para incrementar la homogeneidad en los miembros de cada clase, a costa de añadir **categorías mixtas** (cajones de sastre).



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

- El número de categorías suele ser muy **inferior a las diferencias interindividuales**.
 - o MODELO DIMENSIONAL ó distinción cuantitativa:

La clasificación no se hace en base a criterios disyuntivos sino que se apoya en un conjunto de dimensiones que permiten visualizar las relaciones entre los objetos.

Las dimensiones generalmente son estimadas a través de ecuaciones lineales, combinando las variables observadas.

Una representación dimensional debería incluir sólo una pocas dimensiones.

Las descripciones dimensionales utilizan metáforas espaciales.

Ventajas:

- Permite combinar diversos atributos clínicos en una representación multifactorial (*pérdida mínima de información*).
- Favorece la interpretación de la *psicopatología y la normalidad como extremos de un continuo*.
- Permite *apreciar con facilidad los cambios* experimentados por los individuos.

Inconvenientes:

- Desacuerdo en cuanto a cuál debe ser el número de dimensiones para representar los problemas psicológicos.
 - o MODELOS HÍBRIDOS ó enfoque clase-cuantitativo:

Las valoraciones tratan de formularse, en primer lugar, en términos categoriales o cualitativos, y, en segundo lugar, diferenciando cuantitativamente dichos rasgos mediante dimensiones, para representar diversos grados de relevancia clínica.

Ejemplo: Clasificación categorial/dimensional de los trastornos de la personalidad (Milton).

Técnicas estadísticas en psicopatología:

1. **Métodos exploratorios:** Empleados para crear sistemas de clasificación:
 - Análisis factorial inverso tipo Q.
 - Análisis de cluster (categorial).
 - Escalamiento multidimensional.
2. **Métodos confirmatorios:** Para probar o evaluar los sistemas de clasificación:
 - Análisis discriminante.
 - Análisis multivariado.
 - Correlación canónica.
 - Regresión múltiple.

Ejemplo: La técnica del análisis factorial confirmatorio (AFC) del sistema LISREL, se utiliza para determinar si las covarianzas de la muestra estimadas partiendo de un modelo teórico a priori, son consistentes con las covarianzas actuales de la muestra, o si los datos confirman el modelo de estructura latente.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

C. OPCIONES EN LA CONSTRUCCION DE LAS CLASIFICACIONES

Según que enfoque conceptual y metodológico se siga puede haber tres tipos distintos de entidades clínicas.

- ❖ Trastornos de base clínica: se ha seguido un procedimiento observacional o una epistemología empirista respecto a la covariancia de los signos y síntomas observados. Usado desde Hipócrates hasta Kraepelin.
- ❖ Constructos de deducción teórica: resultan de aplicar un principio organizador o modelo teórico a los datos observados.

Lo que distingue a una clasificación científica es que tenga éxito en la agrupación de sus elementos de acuerdo con proposiciones teóricas explicativas. Éstas se forman cuando se demuestra que algunos atributos tienen relaciones lógicas o causales con otros atributos o categorías.

Hempel dice que la característica fundamental de una clasificación científica es su valor sistemático: permite la comprensión de un conjunto de atributos y facilita derivar deducciones que previamente resultarían imposibles.

Se aplican análisis matemáticos para evitar sesgos humanos pero no presupone su ausencia en la recogida de datos o en los conceptos que se manejan a priori.

El desarrollo de una teoría científica va progresando desde un estado inicial en el que predomina una descripción empírica hacia estadios posteriores más teóricos.

DESARROLLO DE LAS MODERNAS CLASIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS

La psicopatología descriptiva tiene como objetivo el estudio de los signos de la enfermedad considerados como manifestaciones externas reales.

A. PROLEGÓMENOS A LOS SISTEMAS DSM Y CIE

(No sé cómo resumir esto)

B. LA CORRIENTE NEO-KRAEPELINIANA

En la década de los años 70 renace en EEUU el interés por la obra de Kraepelin. El nuevo movimiento se llamó "neo-kraepeliniano". Actualmente son figuras centrales en la investigación psiquiátrica y en el liderazgo de la APA.

Primera aportación: publicación de los **Criterios Feighner** → prototipo de un sistema taxonómico basado en definiciones precisas de las categorías diagnósticas más frecuentes. Para mejorar la fiabilidad y la validez de los trastornos, describieron detalladamente los criterios de inclusión y exclusión necesarios para diagnosticar las siguientes alteraciones: Esquizofrenia, depresión, manía, trastornos afectivos secundarios, neurosis de ansiedad, neurosis obsesivocompulsiva, neurosis fóbica, histeria, trastorno de la personalidad antisocial, alcoholismo, dependencia de drogas, retraso mental, síndrome orgánico cerebral, homosexualidad, transexualismo y anorexia nerviosa.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

No especifican las operaciones a realizar para formar juicios clínicos. Se compararon con las clasificaciones DSM anteriores y se vio que eran más fiables aunque tenían menor amplitud de diagnóstico

Segunda aportación: desarrollo de los **Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC)** → catálogo con la definición operativa de 25 trastornos clínicos. Son descriptivos. No dan explicaciones etiológicas. Delimitan una sintomatología fundamental, una asociada y unos criterios de exclusión para cada entidad diagnóstica recogida. Los criterios específicos hacen referencia a síntomas, duración, curso de la enfermedad y nivel de gravedad. Los RDC rompen con lo tradicional al prescindir de conceptos como neurosis o psicosis, desapareciendo la referencia a "enfermedad" para hablar de "trastorno".

Tercera aportación: Se elaboró una entrevista semiestructurada para reunir información relevante sobre cada categoría. **Protocolo para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS)** → para ser utilizada por profesionales con experiencia. La SADS se completó con otras modalidades de entrevista más específica.

C. LAS VERSIONES DSM-III

Fue la extensión de los principios adoptados en los Criterios Feighner Y RDC a un número mucho mayor de entidades diagnósticas.

Cambios respecto a las dos versiones anteriores:

1. *Supresión de términos antes frecuentes bajo la justificación de dar lugar a un sistema "ateórico y descriptivo".*
Algunos autores ven en ello la intención de apartarse de interpretaciones psicológicas de los trastornos mentales, para **acentuar las interpretaciones biologicistas** para mejorar el estatus de la psiquiatría.
2. *Definición de categorías diagnósticas mediante criterios explícitos, tanto de inclusión como de exclusión* (considerado por **Klerman** como un **nuevo paradigma en psicopatología**)
La distinción entre "características esenciales" y "características asociadas" suele dar lugar a discusión.

El **uso de criterios diagnósticos operativos**, respondió al deseo de hacer más científica la clasificación clínica, facilitó la cuantificación de los fenómenos y la investigación farmacológica. Con excepción de los trastornos orgánicos (por alteraciones del SN), **los criterios se basan exclusivamente en signos, síntomas y rasgos observables o inferidos, y no en explicaciones o modelos etiológicos.**

El **DSM III**, pretendió convertirse, no solo en un **vademecum de uso clínico**, sino también en un **manual académico**. Aporta datos epidemiológicos, nociones teóricas relativas a cada síndrome y un glosario de términos, además de los criterios diagnósticos específicos para cada trastorno.

Consecuencias del cambio hacia definiciones operacionales:

- *Incremento en los índices de fiabilidad diagnóstica.*



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

- *Modificación de las tasas de incidencia y prevalencia* anteriores de cada trastorno, especialmente en las tasas de esquizofrenia (definición mucho más restrictiva).
 - *Necesidad de introducir nuevas categorías diagnósticas* para incluir sujetos que no se ajustaban a los prototipos definidos operacionalmente.
3. *Introducción de un sistema diagnóstico multiaxial (con varios ejes), para organizar la información relativa a diversas facetas de cada trastorno.*

3 ejes categoriales o cualitativos o tipológicos

- EJE I ⇒ Trastornos psiquiátricos.
- EJE II ⇒ Trastornos del desarrollo.
- EJE III ⇒ Problemas físicos.

2 ejes dimensionales o cuantitativos

- EJE IV ⇒ Para registrar la influencia de *estresores psicosociales*.
- EJE V ⇒ El nivel de *adaptación del sujeto en su entorno*.

4. *La organización multiaxial se combina con una estructura jerárquica, que evita dar más de un diagnóstico a un único paciente.*

Organización inspirada por los principios de parsimonia y de jerarquía.

PRINCIPIO DE PARSIMONIA: *Conveniencia de buscar un único diagnóstico que sea el más simple, económico y eficiente, que pueda explicar todos los datos disponibles.*

PRINCIPIO DE JERARQUÍA: *Existencia de un árbol sindrómico en el que los trastornos tienden a disminuir en gravedad de arriba hacia abajo* (articulado por primera vez por *Jaspers*).

Boyd y cols: "No siempre existe una verdadera independencia entre síndromes, sino que demuestran una *tendencia a la co-ocurrencia de trastornos* (manifestar un trastorno aumentaría la probabilidad de presentar otros).

Foulds y Bedford: Se centraron en los síntomas y no tanto en los síndromes patológicos. Su concepto de jerarquía se desvía del de DSM III y de la tradición kraepeliniana. *Situando de arriba abajo*:

- *Delirios de desintegración*.
- *Delirios integrados* (persecución, grandeza y contricción).
- *Síntomas neuróticos* (de conversión, disociativos, fóbicos y de rumiación).
- *Estados distímicos* (ansiedad, depresión y elación).

PRINCIPIO DE RELACIÓN INCLUSIVA NO REFLEXIVA de las categorías clínicas o clases diagnósticas: *Una categoría jerárquica superior deberá incluir algunos síntomas pertenecientes a las categorías inferiores, y no al revés.*

La mejoría también debería presentarse de arriba abajo: remitir primero los síntomas más graves y luego los de orden inferior.

Estos autores crearon un instrumento de valoración clínica: El DSSI, intentando verificar sus hipótesis sobre la estructura jerárquica.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

5. *Creación de una descripción amplia de cada trastorno incluyendo características esenciales y correlacionales*: Edad de comienzo del trastorno, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, tasas, patrones familiares y criterios para un diagnóstico diferencial.

Además **Haynes y O'Brien** reconocen MEJORÍAS EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- a) *Mayor fiabilidad interjueces y estabilidad temporal de las medidas.*
- b) *Mayor homogeneidad intracategorías y heterogeneidad interclase.*
- c) *Mayor precisión en las definiciones operacionales y en el proceso de toma de decisión diagnóstica.*
- d) *Mejores estudios de campo para su validación.*
- e) *Mayor predisposición hacia puntos de vista conductuales* especialmente en los problemas de la infancia.

El DSM III fue objeto de revisión en 1987, apareciendo el DSM-III-R

MODIFICACIONES:

- Desaparición de la distinción entre "Abuso de sustancias" y "Dependencia de sustancias".
- Supresión de la "Homosexualidad egodistónica", como categoría específica.
- Supresión de la diferenciación entre "Trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad".
- Reordenación de los trastornos afectivos a "Trastornos del estado de ánimo".
- Mejoría del Eje IV distinguiendo entre "Sucesos estresantes agudos" y "Circunstancias estresantes duraderas".
- Cambios en el eje V: Cambio de la denominación "Nivel máximo de adaptación en el último año" por "GAF: Escala de evaluación global de funcionamiento".

El DSM III R, ha conseguido una mayor aceptación que el CIE, aunque siguen considerandose problemáticos los ejes II, IV y V.

Todavía en algunos países, se utilizan otras nomenclaturas psiquiátricas (Dinamarca: CIE 8, Francia: INSERM, con influencia de elementos de la corriente filosófica existencial).

Los autores del movimiento neokraepeliniano, desarrollaron distintos instrumentos de valoración y entrevistas clínicas:

- **Entrevista estructurada DIS**: Para su utilización por *no expertos* en ámbitos de la psiquiatría y ψ clínica, cuyos resultados permiten generar diagnósticos de forma automatizada siguiendo los criterios del DSM III.
- **Entrevista estructurada SCID**: Diseñada para *expertos* clínicos y dividida en dos partes:
 1. SCID 1: Valora la existencia de alteraciones registradas en el eje I del DSM III R.
 2. SCID 2: Valora la existencia de trastornos de personalidad (eje II).



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

LOS SISTEMAS CIE-10 Y DSM-IV

CIE-10 → Décima Revisión De La Clasificación Internacional De Las Enfermedades.

Los trastornos mentales y del comportamiento, así como los trastornos del desarrollo psicológico, se clasifican en el [capítulo V con la letra F](#).

Dicho capítulo fue el resultado de una larga gestación ⇒ En 1971, la [OMS](#) y la Administración para La Salud Mental y el de Alcohol y Drogas, pusieron en marcha un proyecto para mejorar la precisión y fiabilidad diagnóstica en la salud mental.

Modificaciones con respecto al CIE-9

- CIE-9 ⇒ 30 categorías de trastornos mentales.
CIE-10 ⇒ 100 categorías.
- Se abandona la diferencia entre psicosis y neurosis como principio organizador, y se utiliza el término "trastorno" ⇒ Se agrupan las alteraciones que giran en torno a un tema común.
- La sección correspondiente a [los trastornos afectivos](#) está muy influida por el DSM III R: *clasificación igualmente complicada y excesivamente detallada* que persistirá en el DSM IV.
- Se ha incorporado un sistema multiaxial para completar la información relativa a cada paciente. Consta de tres ejes:
 - Eje I: (diagnósticos clínicos) incluye todos los trastornos.
 - Eje II: (discapacidades)
 - Eje III: (factores contextuales) lo que puede influir en la aparición.
- Sigue siendo una [clasificación descriptiva y no etiológica](#), aunque, *de manera implícita, la etiología sigue tomando parte de la organización* (trastornos de origen orgánico, relacionados con sustancias o con el estrés), por lo que resulta una clasificación mixta.
- Otro resultado del proyecto CIE 10 fue la creación de entrevistas estructuradas para operativizar la recogida de datos: [CIDI](#), [SCAN](#), [IPDE](#). Los instrumentos requieren experiencia y entrenamiento en centros de la OMS.

DSM-IV: Además de pretender una coordinación con la CIE-10, su principal objetivo fue [dar prioridad a los resultados de las investigaciones](#) sobre cualesquiera otros criterios de decisión en la elaboración de la nueva taxonomía (los datos empíricos deberán tener mayor peso que el consenso de los expertos).

Los 13 grupos de trabajo han tomado información empírica de 3 fuentes de datos:

1. [Revisiones de la literatura científica](#).
2. [Múltiples análisis de datos](#).
3. [Estudios de campo](#).



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

DSM -IV	CIE-10
<p>1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez y adolescencia.</p> <p>2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.</p> <p>3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general, no clasificados en otros apartados.</p> <p>4. Trastornos relacionados con sustancias.</p> <p>5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>6. Trastornos del estado de ánimo.</p> <p>7. Trastornos de ansiedad.</p> <p>8. Trastornos somatoformes.</p> <p>9. Trastornos facticios.</p> <p>10. Trastornos disociativos.</p> <p>11. Trastornos sexuales y de identidad de género.</p> <p>12. Trastornos alimentarios.</p> <p>13. Trastornos del sueño.</p> <p>14. Trastornos del control de los impulsos, no clasificados en otros apartados.</p> <p>15. Trastornos adaptativos.</p> <p>16. Trastornos de la personalidad.</p> <p>17. Otras alteraciones que pueden ser foco de atención clínica.</p>	<p>F0. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos</p> <p>F1. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas.</p> <p>F2. Esquizofrénica, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes</p> <p>F3. Trastornos de humos: afectivos</p> <p>F4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p> <p>F5. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos</p> <p>F6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto</p> <p>F7. Retraso mental</p> <p>F8. Trastornos del desarrollo psicológico</p> <p>F9. Trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.</p>

Características:

- ◆ Se conserva el *sistema multiaxial*:
 - Eje I: síndromes clínicos y otras alteraciones que pueden ser foco de atención clínica.
 - Eje II: trastornos de personalidad
 - Eje III: alteraciones médicas generales
 - Eje IV: problemas psicosociales y ambientales, se amplían las circunstancias generadoras de estrés.
 - Eje V: valoración global del funcionamiento, se mantiene el uso del GAF y se aconseja la utilización de otras escalas (SOFAS y GARF).
- ◆ Los trastornos se organizan en *16 categorías diagnósticas* y un apartado para otras alteraciones que pueden ser foco de atención. (faltan los epígrafes)
- ◆ El principio organizador general de las secciones se basa en las *características fenomenológicas compartidas*, con excepción de los trastornos adaptativos, que se basa en la etiología común.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

MODIFICACIONES MÁS IMPORTANTES

- ◆ *Desaparición de los trastornos mentales orgánicos.*
- ◆ *Inclusión de las categorías de delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.*

Trastornos del estado de ánimo:

- ◆ *Se mantiene la diferenciación entre trastorno depresivo (depresivo mayor y distímico), y trastorno bipolar.*
- ◆ Se añaden las categorías: trastorno del estado de ánimo *debido a una alteración médica general* y trastorno del estado de ánimo *inducida por sustancias*.
- ◆ Los trastornos bipolares se reorganizan: *bipolar I, bipolar II y ciclotímico*.
- ◆ En la evolución clínica se distingue entre la presentación bipolar de ciclo rápido, un patrón estacional o un comienzo en el posparto.

Trastornos de ansiedad:

- ◆ Prospera la diferenciación del DSM-III-R entre trastorno del pánico sin agorafobia, trastorno de pánico con agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico. El CIE-10 es más simple.
- ◆ Se opta por llamar *fobia específica a la fobia simple*.
- ◆ Se subsume el *trastorno de evitación de la infancia* del DSM III R *en la fobia social*.
- ◆ Se clarifica la distinción entre *obsesiones (generadoras de ansiedad)* y *compulsiones (reductoras de ansiedad)*.
- ◆ Asumiendo que el convencimiento subjetivo sobre la superficialidad de las obsesiones y compulsiones responde a características dimensionales, se puede especificar si el trastorno pertenece al tipo de pobre insight.

Trastornos de la personalidad:

- ◆ Se reformulan ligeramente los criterios del *trastorno de personalidad antisocial*.
- ◆ Se añade un ítem al *trastorno de personalidad límite*, que hace referencia a la ideación paranoide transitoria y está relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.
- ◆ Desaparece el *trastorno de personalidad pasivo-agresiva*.

Diferencias entre el DSM-IV y la CIE-10

1. El DSM IV no dependió de decisiones a priori respecto al número de clases. La CIE-10, sin embargo, consta de 10 agrupaciones centrales que dependen de una decisión arbitraria y que no se corresponde con los conceptos utilizados por clínicos e investigadores.
2. Mientras que en la CIE-10 se mantiene la sección de trastornos mentales orgánicos, se elimina en la versión DSM IV.
3. Revisiones más en profundidad de los criterios diagnósticos del DSM IV comparativamente con la CIE-10.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

El intervalo de tiempo entre el DSM-IV y el DSM-V está siendo muy largo. Por este motivo se ha realizado una revisión del DSM-IV, conocida como **DSM-IV-Tr**. Sus objetivos son actualizar la información bibliográfica y aumentar su valor docente. No cambian los criterios diagnósticos, ni nuevos trastornos ni subtipos.

El objetivo del DSM-V es mejorar la validez del sistema clasificatorio, basándose en la etiología de los trastornos. Para ello se debe cambiar la estructura de la clasificación y los procesos a seguir deberán basarse en investigaciones empíricas.

CRITICAS A LAS CLASIFICACIONES PSIQUIATRICAS

- No hay confirmación intercultural de un buen número de trastornos. Los cambios que experimentan las distintas versiones del DSM demuestran que dichas clasificaciones indican distintos momentos de un proceso cultural histórico.
Para poder subsanar este problema, Stein sugirió posibles planteamientos teóricos en la elaboración de las categorías diagnósticas
 - estrictamente clínica:
 - antropológica:
 - clínico-antropológica: tiene presente la necesidad de combinar el conocimiento científico para la definición de las categorías nosológicas con valores o construcciones culturales
En los modelos actuales sólo se han tenido en cuenta los valores de la cultura occidental
- Las clasificaciones no se ajustan a los principios en que se apoyan las clasificaciones biológicas: que las categorías sean mutuamente excluyentes y en la exhaustividad. Además no tienen otros requisitos que se le exige a una organización jerárquica, equivalentes a los niveles de rango y análogos a especie, género, orden y familia.
- Los teóricos del movimiento del etiquetado social son críticos radicales. Ven en las enfermedades mentales etiquetas debidas a la desviación social. Unos creen que las enfermedades son fenómenos naturales y universales y otros las consideran creaciones locales.
- Los antipsiquiatras también negaron los trastornos mentales.
- Otras críticas han derivado de:
 - economía política: antropólogos que creían que, mediante el diagnóstico, se quería controlar a las personas.
 - marxismo antropológico: la causa de los trastornos eran los factores socioeconómicos.
- La perspectiva psicológica de las clasificaciones también es crítica.
- Persons, criticó la clasificación basada en categorías diagnósticas por ser, en sí misma, heterogénea y fuente de sesgos. Recomienda estudiar los síntomas individuales para intentar comprender los mecanismos subyacentes. Ventajas:
 - evitar la clasificación errónea de los sujetos
 - profundizar en fenómenos importantes que habían sido ignorados
 - desarrollo de nuevas hipótesis explicativas



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

- aislar los elementos básicos de cada patología
 - reconocer la continuidad en los fenómenos clínicos
 - redefinir el sistema de clasificación diagnóstica
- Según Eysenck, el modelo de categorías debería sustituirse por uno dimensional derivado de la aplicación de la metodología del análisis de criterios.

EVALUACION DE LAS CLASIFICACIONES: FIABILIDAD Y VALIDEZ

Fiabilidad:

✓ Fiabilidad interjueces: equivalente a fiabilidad mediante formas paralelas o alternativas en términos psicométricos. Se ha utilizado el estadístico kappa para evaluar el grado de concordancia interdiagnosticadores. La sustitución de definiciones abiertas y genéricas por otra más precisas ha mejorado los índices de fiabilidad. La mejora ha sido mayor en los trastornos del Eje I que en los del Eje II. La fiabilidad interjueces puede estar afectada por el método que se utilice para obtener los datos.

✓ Fiabilidad temporal: es la consistencia de las medidas en diferentes momentos, equivalente a test-retest. Apenas hay datos de estabilidad del diagnóstico, excepto algunos trabajos en trastorno de personalidad. Algunos autores indican que el estudio de la estabilidad temporal tiene más que ver con la validez que con la fiabilidad.

✓ Consistencia interna: también se llama consistencia inter-ítem o fiabilidad de las dos mitades en psicometría. Aplicado al diagnóstico se podría esperar una fuerte relación entre los criterios diagnósticos de una misma categoría clínica, si se parte del supuesto de la covariación de respuestas en un sistema clasificatorio.

Validez:

● Validez de contenido: examen sistemático de un test para determinar si cubre una muestra representativa de las conductas que pertenecen al dominio que se pretende medir. En una clasificación, equivale a comprobar si los criterios que definen una categoría muestran todos los aspectos clave de ese trastorno.

● Validez de criterio: comparación de las puntuaciones de un test con la ejecución del sujeto en un determinado criterio. En las clasificaciones actuales está muy lejos de ser óptima.

● Validez de constructo: grado en el que un sistema de valoración puede afirmarse que mide un constructo teórico. También tiene que ver con el grado de relación de un procedimiento de valoración con otro ya conocido del constructo. La validez de contenido y de criterio contribuyen a la de constructo.

Es más importante la validez que la fiabilidad diagnóstica. Se ha sugerido que se ha mejorado la fiabilidad y no la validez en las últimas ediciones del DSM.



CAPITULO 4: CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN PSICOPATOLOGÍA

Para evaluar las clasificaciones, Skinner propuso un paradigma integrado que podría basarse en los principios de la validación de constructo, a través de un constante intercambio entre el desarrollo teórico y análisis empíricos en tres fases:

- ✓ Formulación teórica: definición precisa de los constructos psicopatológicos, relaciones funcionales mutuas y relaciones hipotéticas con variables extrañas, como la etiología o el resultado de la aplicación de un procedimiento terapéutico.
- ✓ Validación interna: su objetivo es la operativización de los constructos y el examen de las diversas propiedades internas de la clasificación.
- ✓ Validación externa: estudios encaminados a corroborar el valor pronóstico de las categorías diagnósticas, significación clínica, validez descriptiva y generalización.

Tabla 4.6

Una clasificación psiquiátrica debería poder ser falseada

Requisitos de una taxonomía según Millon:

- 1) Relevancia clínica y simplicidad, aunque esto no garantiza la validez ni la utilidad.
- 2) Amplia representación
- 3) Robustez concurrente, que las agrupaciones se mantengan ante nuevas condiciones, respondiendo a un principio de generalidad cruzada.

RESUMEN DE ASPECTOS FUNDAMENTALES

Ventajas de una clasificación:

- facilitar la organización de los datos en conceptos significativos
- favorecer la comunicación científica
- favorecer la organización de la literatura y la documentación

Inconvenientes:

- efecto iatrogénico o de estigmatización social
- problemas metodológicos relativos a la fiabilidad, validez y utilidad para dar información sobre etiología, pronóstico o tratamiento de un determinado trastorno.
- inconsistencia de los sistemas actuales de clasificación. Las categorías no siempre son mutuamente excluyentes ni se derivan de un único principio básico.

El DSM ha mejorado la fiabilidad pero su base teórica es confusa. Es un modelo mixto en el que las categorías se basan en distintos principios.

Los elementos elegidos como base de clasificación son agrupados, transformados o etiquetados, pero los productos resultantes pueden no ser clases naturales. En psicopatología, las categorías construidas son sólo herramientas para guiar la observación.