

# Del DSM-III-R al DSM-IV

Gerardo Heinze\*

## Summary

One of the outstanding improvements in the DSM-IV is the elimination of the term "organic mental disorders". The terms "delirium" and "dementia" were kept in the DSM-IV as separate entities under "cognitive disorder".

In the DSM-IV, paranoid delirant disorders are included in the section of schizophrenia. The number of negative symptoms within Criterium A is also enlarged.

In the section of affective disorders the DSM-III-R criteria are basically maintained. New diagnostic categories, such as minor depression, brief depression and anxious depressive symptoms are under study.

The DSM-IV is not modified in the sections of anxiety disorders.

In personality disorders, the DSM-IV suggests a new concept of depressive personality which could be formally included in the DSM-IV when the respective studies have been carried out.

The improvement of the terminology in the DSM-IV increases more and more its compatibility with the ICD-10.

## Resumen

Uno de los avances más notables en el DSM-IV es la eliminación del término "trastornos mentales orgánicos". Los términos "delirium" y "demencia" quedaron en el DSM-IV como entidades separadas bajo el rubro de "trastornos cognoscitivos".

En el DSM-IV, los trastornos delirantes paranoides se incluyeron en la sección de esquizofrenia. También se amplió el número de síntomas negativos dentro del criterio A.

En la sección de los trastornos de la afectividad se conservan básicamente los criterios del DSM-III-R. Se encuentran en estudio nuevas categorías diagnósticas, como la depresión menor, la depresión breve y el síndrome depresivo ansioso.

El DSM-IV no contiene modificaciones en las secciones de los trastornos de ansiedad.

En los trastornos de personalidad, el DSM-IV propone un nuevo concepto de personalidad depresiva que podrá incluirse formalmente en el DSM-IV una vez que se hayan hecho los estudios de campo respectivos.

El avance en la nomenclatura del DSM-IV aumenta cada vez más su compatibilidad con la ICD-10.

La publicación del ICD-8 en 1948 por la Organización Mundial de la Salud, fue el punto de partida para que los Estados Unidos de Norteamérica creara su propio sistema de clasificación.

Sin duda alguna, la descripción y la clasificación de los síndromes psiquiátricos han creado una revolución

dentro de la psiquiatría clínica. El enfoque de las dos clasificaciones (ICD-10 y DSM-IV) es el resultado conjunto tanto de los investigadores clínicos como de los biomédicos (1,8).

Las dos clasificaciones actuales (ICD-10 y DSM-IV), recientemente revisadas y actualizadas, reúnen las principales entidades nosológicas que se están estudiando para considerar su inclusión en el DSM-V y en el ICD-11.

## Trastornos orgánicos

El grupo de trabajo que se encargó de hacer las nuevas recomendaciones para la estructuración del DSM-IV estuvo constituido por psiquiatras, neurólogos y neuropsicólogos.

Con los avances en la comprensión científica de los trastornos conductuales parece ser más bien arbitraria la división de la nomenclatura en "trastornos orgánicos" y "condiciones no orgánicas", lo cual implica que ciertas condiciones conductuales no tienen un origen orgánico (7).

Este cambio ha creado controversia en la bibliografía, aunque la mayoría está a favor de eliminar esta distinción basándose en que los trastornos mentales no orgánicos también pueden tener una posible base biológica.

Las propuestas para la sección de trastornos orgánicos del DSM-IV consisten en dos cambios estructurales mayores: en haber hecho más precisos los criterios de *delirium*, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos, y en haber añadido los subtipos específicos de los trastornos de personalidad, secundarios a las lesiones del sistema nervioso central (6).

Al dejar en el DSM-IV el término de *delirium* y demencia como entidades separadas bajo el término de trastornos cognoscitivos, aumenta su compatibilidad con la ICD-10.

Estos cambios están enfocados a obtener una mayor precisión diagnóstica, pero influirán poco sobre el tratamiento tradicional.

Por último, también se creó un nuevo capítulo sobre los trastornos relacionados con diversas sustancias, eliminando el término de organicidad.

## Esquizofrenia

En el capítulo de esquizofrenia, el DSM-III-R diagnóstica la enfermedad en relación con ciertas carac-

\* Jefe de la División de Servicios Clínicos, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F..

terísticas principales, como los síntomas psicóticos, las alucinaciones y las ideas delirantes; la cronicidad de la enfermedad durante un periodo de 6 meses; el deterioro del funcionamiento, con exclusión de los componentes afectivos o del humor y sin una etiología orgánica establecida (2).

Durante la revisión del DSM-III-R se abordaron las siguientes áreas:

- a) Las características psicóticas y su duración.
- b) El papel de los síntomas negativos.
- c) La utilidad de los síntomas prodrómicos y residuales.

a) Hasta ahora, el criterio del DSM-III-R es que la enfermedad debe haber durado 6 meses para poder diagnosticar esquizofrenia. Sin embargo, en términos de síntomas psicóticos (criterio a) sólo se requiere que haya durado una semana, o hasta menos, si se ha tratado exitosamente.

El significado de "duración" es particularmente importante, sobre todo en los pacientes en quienes la sintomatología se inició recientemente. Esto quiere decir que, según el criterio del DSM-III-R, si la sintomatología psicótica dura una semana, ésta es suficiente para dar el diagnóstico de esquizofrenia.

Si esto fuera correcto, a muchos pacientes se les clasificaría como esquizofrénicos según el criterio del DSM-III-R, mientras que con la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (ICD-10) caerían bajo la categoría de trastornos esquizofreniformes-psicóticos agudos.

En el DSM-IV, los trastornos delirantes paranoides se incluyen en el apartado de esquizofrenia y ya no están separados como en el DSM-III-R. Estoy convencido de que el requerimiento básico de un mes de duración de los síntomas para entrar al espectro de la esquizofrenia, será el medio adecuado para unificar los criterios diagnósticos de las dos principales clasificaciones (ICD-10 y DSM-IV) que tenemos actualmente.

El argumento para extender la categoría denominada esquizofreniforme, que es de uno a seis meses, y después de este tiempo dar otra, llamada esquizofrenia, "necesitará" justificarse para poder apoyar esta dicotomización.

b) Tal vez no haya otra área en la fenomenología de la investigación de la esquizofrenia que haya crecido tan rápidamente como la relacionada con los síntomas negativos. El único síntoma negativo que se menciona en el DSM-III-R es el llamado "efecto aplanado". Hay otros síntomas negativos que están contenidos dentro de la sintomatología residual, así como en el área del deterioro del funcionamiento (3).

En el DSM-IV se amplía el número de síntomas negativos dentro del criterio a, que son importantes, sobre todo, para comprender la esquizofrenia.

c) Durante la revisión del DSM-III-R se discutió ampliamente si se debían incluir o no los síntomas prodrómicos en el criterio diagnóstico de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme, por encontrarnos ante una enfermedad que se inicia gra-

dualmente y de curso insidioso, que históricamente ha provocado la mayor controversia.

El desacuerdo fue menor sobre los síntomas residuales, ya que éstos fueron reunidos prospectivamente, siguiendo la sintomatología psicótica y señalando muchos aspectos de la vida futura del paciente.

Como la clasificación del ICD-10 no incorporó los síntomas prodrómicos y residuales en su criterio diagnóstico, el comité del DSM-IV también los dejó fuera de su clasificación, utilizándolos únicamente para la caracterización de la enfermedad.

## Trastornos de afectividad

En la sección de los trastornos afectivos del DSM-IV no se necesita hacer muchos cambios en cuanto a los criterios diagnósticos en sí. Tampoco se han modificado los criterios de los síntomas ni de la duración de la categoría del trastorno depresivo mayor. Este se seguirá clasificando como un episodio único o recurrente, como un ensayo clínico de campo para evaluar la confiabilidad del diagnóstico diferencial de la distimia y del trastorno depresivo mayor.

En el capítulo de trastornos de la afectividad se discuten las siguientes tres categorías diagnósticas para valorar si éstas deben incluirse (4).

a) Depresión menor: esta entidad diagnóstica se asemeja a la depresión mayor en cuanto a su duración y, posiblemente, en cuanto a su curso, pero no en cuanto a su severidad. Puede tener o no un patrón crónico de muchos años, como el trastorno distímico. Todavía se desconoce su respuesta al tratamiento farmacológico y su componente genético familiar, y no se han hecho hallazgos biológicos importantes.

b) Depresión breve-recurrente: se caracteriza por episodios recurrentes breves (de 6 a 10 al año) que duran usualmente de 3 a 7 días.

Estos hallazgos reúnen el criterio de severidad pero no el de duración para un episodio depresivo mayor. Es más frecuente en las mujeres; no se relaciona con el ciclo menstrual pero sí con una historia familiar de trastorno de la afectividad.

c) El síndrome depresivo-ansioso: se considera la posibilidad de incluirlo en las futuras clasificaciones. Se define como la asociación de algunos síntomas depresivos ansiosos que se encuentran en el trastorno depresivo mayor y en el trastorno de ansiedad generalizada.

Actualmente se están llevando a cabo estudios clínicos basados en algunos aspectos familiares, en la respuesta terapéutica y en las mediciones biológicas.

## Trastornos de ansiedad

La clasificación de los trastornos de ansiedad representa, tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R, un adelanto conceptual que ha proporcionado a este

campo un gran avance en el criterio diagnóstico que es, a la vez, importante para el tratamiento. El DSM-IV no contiene modificaciones, aunque se siguen haciendo investigaciones para interrelacionar los trastornos de ansiedad de los adultos con los de la infancia (5).

### Trastornos de personalidad

Kraepelin fue el primero en proponer y describir el trastorno de personalidad depresiva, al cual denominó "temperamento depresivo", que sigue sin ningún cambio. Aunque es fluctuante durante el transcurso de la vida, este trastorno de personalidad puede ser el punto de partida para desencadenar un cuadro depresivo más florido y severo.

A fines de la década de los años 50. Kurt Schneider propuso 11 diferentes trastornos de personalidad que tienen su origen en la infancia y continúan en la edad adulta.

En el DSM-I y en el DSM-II, el trastorno de personalidad depresiva se incluía en la categoría de neurosis depresiva.

En el DSM-III-R el trastorno de depresión crónica se llamaba distimia.

La diferencia básica entre los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos consiste en que estos son predominantemente ego-distónicos, mientras que los trastornos de personalidad tienen la característica de formar parte del funcionamiento normal del paciente y no son motivo de consulta.

Para el DSM-IV se ha propuesto un nuevo concepto de personalidad depresiva, en la que el problema principal es el excesivo pensamiento negativo y pesimista acerca de uno mismo y de los demás. Sin embargo, podría incluirse en el DSM-V una vez que se hayan hecho los estudios de campo.

Se han comentado algunos de los principales cambios que se hicieron en la nueva clasificación americana de las enfermedades mentales. La clasificación es la forma de sistematizar nuestros conocimientos diagnósticos en psiquiatría.

Es necesario seguir aplicando los nuevos conocimientos y llevar a cabo estudios de confiabilidad en otras categorías diagnósticas para lograr una mejor comprensión entre los clínicos y los investigadores.

El DSM-IV se acerca cada vez más a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10). El avance científico de la psiquiatría ha sido tan rápido que podemos esperar que en un futuro no muy lejano se logre hacer una clasificación con bases etiológicas bien fundamentadas.

### REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª edición. Washington, 1994.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd. edición Washington, 1987.
3. ANDREASEN N: *The American concept of schizophrenia*. *Schizophr Bull*, 15:519-531, 1989.
4. ANGST J, MERIKANGAS K, SCHEIDEGGER P: Recurrent brief depression: A new subtype of affective disorder. *J Affective Disord*. 19:87-92, 1990.
5. NOYES R, CLARKSON C, CROWE RR: A family study of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 144: 1019-1024, 1987.
6. POPKIN MK, TUCKER GJ, CAINE E: The fate of organic mental disorders in DSM-IV: A progress report. *Psychosomatics*, 30:438-441, 1989.
7. SPITZER RH, WILLIAMS JBW, FIRST M: A proposal for DSM-IV: Solving the "organic/non-organic problem". *J Neuropsych Clin Neurosci*. 1:126-17, 1989
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Classification of Mental Disorders*, 10a. revisión. (ICD-10). Ginebra, 1993.