

Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales.

Historical review of the current classifications of mental disorders.

Luis Pacheco Yáñez*, Daniel Padró Moreno**, Wendy Dávila Wood***, Sofía Álvarez de Ulate Unibaso**, Pablo Gómez de Maintenant de Cabo***

* Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia. c/ María Díaz de Haro, 58. 48010 Bilbao.

** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao.

*** Psicóloga. Centro DAP de Psiquiatría y Psicología. Gran Vía, 38 - 4º. 48009 Bilbao.

*** Psicólogo. Facultad de Psicología y Educación. Universidad de Deusto. Avenida de las Universidades, 24. 48007 Bilbao.

Resumen: El presente trabajo es una revisión histórica enmarcada en el siglo XX que estudia los antecedentes de las clasificaciones psiquiátricas actuales, especialmente las realizadas por la Asociación Psiquiátrica Americana (*Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales o "DSM"*) y por la Organización Mundial de la Salud, (*Clasificación Internacional de Enfermedades o "CIE"*). También se realiza una breve revisión de los criterios diagnósticos operativos que, en los últimos años, están utilizando algunas escuelas psicodinámicas. En particular, se resaltan la clasificación desarrollada por psicoanalistas alemanes denominada "OPD" (*Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado u Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*) y el "PDM", (*Manual de Diagnóstico Psicodinámico o Psychodynamic Diagnostic Manual*) americano.

Palabras clave: revisión histórica, nomenclatura psiquiátrica, clasificaciones psiquiátricas, clasificaciones psicodinámicas, DSM, CIE, OPD-2, PMD, RDoC.

Abstract: The present paper offers a brief historical review on the background of the current psychiatric classifications within the twentieth century, paying special attention to the *Diagnostic Statistical Manual (DSM)*, by the American Psychiatric Association and the *International Classification of Diseases (ICD)*, by the World Health Organization. In addition, we revise the operational diagnostic criteria that, in recent years, is being used by some psychodynamic groups. In particular, we study the *Operationalised Psychodynamic Diagnostics system (OPD)* developed by german psychoanalysts and the american *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*.

Key words: historical review, psychiatric nomenclature, psychiatric classifications, psychodynamic classifications, DSM, ICD, OPD-2, PMD, RDoC.

Algunos antecedentes históricos

Aunque desde el inicio de la historia de la Medicina ha sido norma general clasificar las patolo-

gías, puede señalarse -con una cierta prudencia y obviando numerosas y necesarias aportaciones previas- que las actuales clasificaciones psiquiátricas comienzan a originarse en Francia, hacia



finales del siglo XVIII. En aquellos años imperaban las clasificaciones que seguían los cánones de las taxonomías empleadas para la zoología y la botánica, establecidas principalmente por Linneo (1707-1778) que era un naturalista sueco, además de botánico y zoólogo. François Boissier de Sauvages (1706-1767) era amigo de Linneo, a la par que médico y botánico francés y en 1767 había publicado con cierto éxito una clasificación de enfermedades bajo la denominación de “*Nosología Methodica Sistens Morborum Classes*” (1). Philippe Pinel (1745-1826), considerado el fundador de la Psiquiatría -y conocido tanto por liberar de las cadenas a los locos ingresados en los manicomios de París, como por sus aportaciones bibliográficas, entre las que destacan “*Nosographie philosophique*” (1798) y “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la mania*” (1801) - se inspiró en las clasificaciones de Boissier para establecer en sus obras los principios del diagnóstico psiquiátrico moderno, clasificando las enfermedades mentales en cinco grupos: Melancolía, Manía con delirio, Manía sin delirio, demencia e idiotismo. Posteriormente Bayle (1799-1858) describe la “Parálisis general progresiva”, concebida unos años antes pero explicitada de manera más detallada en 1826, con su obra “*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*”, en la que propone un modelo médico de la enfermedad mental y teoriza que las bases de la misma estaban en las anomalías del cerebro. Poco después Esquirol (1772-1840), discípulo y sucesor de Pinel, modifica la clasificación de su maestro introduciendo nuevos conceptos y dividiendo genéricamente las enfermedades mentales en: Lipemanía, Monomanía, Manía, Demencia e Idiotéz, recogidas en su obra “*Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*” (1838) (2,3).

A partir de las obras de Pinel y Esquirol se sucede un auténtico furor en los entonces llamados “alienistas” por delimitar el diagnóstico y superar las teorías de sus predecesores. Ejemplos relevantes los representan las aportaciones francesas paralelas sobre la enfermedad maníaco-depresiva, realizadas por Falret (1794-1870) con la descripción de la “*Locura circular*” y por Baillarger (1809-1890) de la “*Locura de doble forma*”, en 1854, o la “*Teoría de la degeneración*” en la enfermedad mental, desarrollada por Morel

(1809-1873), en 1857. Tampoco fueron menores las aportaciones de los psiquiatras alemanes, como Griesinger (1817-1868), representante en su país del desarrollo de la psiquiatría “somática” y autor de un divulgadísimo tratado sobre la patología y el tratamiento de las enfermedades mentales (1845); Kahlbaum (1828-1899), considerado el primer psiquiatra alemán que intentó distinguir la enfermedades mentales desde un punto de vista exclusivamente clínico y que además describió la “*Catonía*” en 1874, o Hecker, (1843-1909) discípulo de Kahlbaum, que en 1871 aislaba la “*Hebefrenia*” de otros tipos de la “*Demencia Precoz*” (2).

Pero, sin ninguna duda, el psiquiatra que iba a revolucionar la historia de las clasificaciones psiquiátricas sembrando la semilla que muchos años después originaría las clasificaciones actuales - , fue el alemán Emil Kraepelin (1856-1926). Entre 1883 y 1927 publicó nueve ediciones de su tratado (la última de ellas de manera póstuma, gracias a su discípulo Lange). En la cuarta de ellas, aparecida en 1893, comienza una revisión crítica de la nosología existente hasta entonces, elaborando sus propias conclusiones y la sexta edición, de 1899, es considerada su aportación más clásica y canónica al aparecer diferenciadas la Demencia Precoz, la Locura maníaco-depresiva y la Paranoia, como entidades independientes. Las clasificaciones ideadas por Kraepelin provocan un gran impacto en la Psiquiatría y mantendrán su vigencia durante gran parte del siglo XX, con la única discrepancia relevante de las escuelas psicoanalíticas, las cuales crearon sus propios esquemas diagnósticos y clasificatorios que tuvieron una gran influencia en la Psiquiatría, especialmente entre los años 30 y 60 (2,4).

Orígenes de la CIE (OMS) y el DSM (APA)

Durante el siglo XX y en un contexto internacional, dos han sido los sistemas clasificatorios que han regido principalmente la Psiquiatría. Uno pertenece a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otro a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). La OMS es una entidad dependiente de las Naciones Unidas, cuya primera reunión fue en 1948 y es la encargada -entre otras muchas cosas- , de realizar la “*Clasificación Internacional de Enfermedades*”, conocida por sus siglas “CIE” en español o “ICD” en inglés.

Esta clasificación tiene su origen en la “*Lista de causas de muerte*”, cuya primera edición la editó en 1893 el Instituto Internacional de Estadística, creado en Londres en 1885 y que actualmente tiene su sede en La Haya (5). La OMS se hizo cargo de la CIE a partir de la sexta edición, en 1948, que fue la primera en incluir causas de morbilidad además de las de mortalidad y la primera también en incluir los trastornos mentales (6). En 1955 se organizó en París la Conferencia Internacional para la séptima revisión de la CIE, aunque la misma consistió básicamente en corregir los errores detectados en la sexta revisión. Respecto a las enfermedades mentales y tras evaluar lo realizado hasta entonces, la OMS estudió en 1959 su uso y utilidad, encontrando suficientes divergencias que aconsejaron proponer la simplificación de los diagnósticos a síndromes clínicos en clasificaciones posteriores (7). De esta manera, la octava revisión de la CIE se publicó en 1965, en 1975 surgió la CIE-9ª y finalmente -y es todavía la vigente en la actualidad-, apareció la CIE-10ª en 1992. Esta revisión contó ya con la colaboración de algunos miembros de los comités del DSM de la APA y -como venía siendo habitual- su sección V se dedica específicamente a los trastornos mentales, con unas cien categorías diagnósticas (la CIE-9ª presentaba 30) (6). La diferencia fundamental con las anteriores versiones es la inclusión de criterios diagnósticos para las entidades mórbidas, en lugar de definiciones de las mismas, siguiendo el modelo que la APA había establecido a partir del DSM-III. Actualmente la OMS está llevando a cabo el desarrollo de la 11ª revisión en más de veinte idiomas y se espera que esté disponible en 2017. Una de las críticas a las clasificaciones de la OMS -extensible también a las de la APA- es que, aunque hayan contribuido notablemente a mejorar la fiabilidad diagnóstica de los trabajos de investigación, no lo han hecho respecto a la validez diagnóstica en la práctica clínica diaria, aspecto donde resultan mucho menos útiles (8,9).

Por su parte, la APA comenzó a editar sus propios criterios diagnósticos (*DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*) en 1952, con la publicación del DSM-I como respuesta a la CIE-6ª. Se editó bajo una gran influencia de la psiquiatría psicodinámica ya que las ideas de las escuelas psicoanalíticas eran las dominantes de

la época y por ejemplo, se introduce en el mismo el término “reacción” gracias a Adolf Meyer, psiquiatra suizo instalado en Norteamérica. Su ámbito de influencia se circunscribió inicialmente a los EE.UU, ya que en Europa eran mucho más usadas las clasificaciones de la OMS. En 1968, en paralelo a la aparición de la CIE-8ª, la APA edita la actualización de DSM, con el nombre de DSM-II. Una de las mayores aportaciones de esta nueva edición fue la inclusión de un glosario con las definiciones de los trastornos mentales, algo que no existía en la primera versión de la CIE-8ª y que si aparece en la CIE-9ª. El ámbito de los DSM se circunscribió fundamentalmente a los Estados Unidos hasta la aparición de su tercera edición (DSM-III), en 1980, que tuvo una increíble difusión mundial -como señalaremos después- y acabó promoviendo la colaboración conjunta posterior con la OMS para las siguientes ediciones de las clasificaciones de ambas organizaciones. Posteriormente la APA publica la revisión de la tercera edición en 1987, conocida como DSM-III-R, la cuarta edición o DSM-IV (1994), la revisión de esta o DSM-IV-TR (2000) y finalmente el DSM-5, en 2013 (10,11).

La revolución diagnóstica neokraepeliniana

En los años 60, varios psiquiatras norteamericanos y del Reino Unido se habían empezado a preocupar por las diferencias entre los criterios diagnósticos de estos países, lo cual dio origen a un estudio comparativo entre ambos, organizándose varios equipos en Londres y Nueva York para la investigación conjunta sobre el diagnóstico psiquiátrico. Se denominó “*Cross-National Project for the Study of the Diagnosis of Mental Disorders in the United States and the United Kingdom*” y comenzó en 1965. Los resultados mostraron, por ejemplo, que en Nueva York se diagnosticaban más esquizofrenias que psicosis maniaco-depresivas, al contrario que en Londres. Los pacientes eran los mismos, pero los especialistas no. Pero cuando se usó una entrevista estructurada para recoger información y se usaron los mismos criterios de forma normalizada, no existieron diferencias significativas entre ambas ciudades (12, 13).

Asimismo, la OMS comenzó en 1966 el llamado “*Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia*”, realizado con 1202 pacientes de nueve



países. Se pretendía estudiar al menos cien pacientes psicóticos ingresados consecutivamente en cada uno de los centros. Los criterios de psicosis fueron deliberadamente amplios, para que los psiquiatras pudieran incluir pacientes esquizofrénicos empleando sus criterios diagnósticos habituales. Los resultados mostraron que existían diferencias en las definiciones de esquizofrenia en los diferentes países intervinientes, pero en la mayoría de los centros, exceptuando Washington y Moscú, se encontró menos discordancia que la esperada (13,14).

No obstante, estaba claro que los criterios que se manejaban en los diferentes países no eran los mismos y estos problemas diagnósticos implicaban sobre todo repercusiones terapéuticas, porque en esos años ya se disponía de tratamientos farmacológicos para diferentes enfermedades mentales, especialmente para la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En este contexto, dos psiquiatras americanos llamados Guze (1923-2000) y Robins (1921-1994) publican unos criterios diagnósticos operativos para el diagnóstico de Esquizofrenia (15) y dos años después estos mismos autores, unidos a Feighner (1937-2006), integran un grupo especialmente interesado en la neurobiología y los sistemas de clasificación, conocido en medios académicos como “Grupo de Saint Louis” (por pertenecer a la Universidad de Washington en Saint Louis, Missouri) y publican en 1972 los primeros criterios psiquiátricos operativos, concretos y jerarquizados, para el diagnóstico de las 14 principales enfermedades mentales, incluyendo tanto definiciones de síntomas clínicos, como criterios de inclusión y exclusión y parámetros temporales de duración de los trastornos (16). A este grupo se le conoció también con el tiempo como los “neokraepelinianos” (6), por seguir en cierta manera el espíritu de diagnóstico y clasificatorio de Kraepelin, aunque algunos autores cuestionan lo inadecuado de este término por el escaso interés de Kraepelin en la biología cerebral (11).

Los resultados del proyecto Londres-Nueva York y del estudio piloto de la OMS supusieron un espaldarazo para este tipo de trabajos y posteriormente, el grupo de Robert Spitzer (1932-), de la Universidad de Columbia, publica en 1978 los denominados “*Criterios Diagnósticos de Investigación*”, más conocidos por sus siglas en inglés

como los “RDC” (17,18). Estos criterios están influidos por los del grupo de Feighner (de hecho, Robins participó en los dos trabajos), pero aportan algunas variaciones relevantes, estableciendo 25 categorías diagnósticas y, a la postre, acabaron por ser más conocidos que los primeros. Los RDC fueron utilizados por numerosos países e influyeron notablemente en la revisión CIE-10^a de la OMS y sobre todo en el DSM-III de la APA, aunque no nos parece baladí que Spitzer fuera posteriormente el director del DSM-III, para comprender mejor dicha influencia (11,13).

DSM-III: El “golpe de estado”

En 1974, un año antes de publicarse la CIE-9^a (1975), la APA había creado un comité de nomenclatura y estadística para que empezase a trabajar en el futuro DSM-III, aparentemente porque a los psiquiatras americanos no les convenía la clasificación de la OMS por considerarla deficitaria. Seis años después surgió el DSM-III y el director del proyecto fue, como hemos señalado anteriormente, R.L. Spitzer (10,19). Este autor había pertenecido ya al Comité de Nomenclatura y Estadística que desarrolló el DSM-II, pero indudablemente su fama se debe a la publicación del DSM-III. Esta actualización de la APA, publicada en 1980, fue llevada a cabo por catorce comités consultivos compuestos por los principales expertos americanos de cada área, al margen de otras comisiones relacionadas. Como curiosidad debe resaltarse que el director del proyecto incluyó en alguno de los comités a la mayor parte de los investigadores de los criterios diagnósticos de Saint Louis y RDC (Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Endicott) pero, por el motivo que fuera, no hubo sitio en ninguno de ellos para Feighner.

Una de las mayores aportaciones de esta edición es que presenta, por primera vez en las clasificaciones internacionales, unos criterios operativos para cada trastorno de manera análoga a lo que se había publicado en los RDC. Al margen, proponía un sistema de diagnóstico denominado “multiaxial”, consistente en una evaluación en cinco ejes distintos, cada uno de los cuales implica un área diferente de información clínica. Y por supuesto, también había un glosario con las definiciones de los términos usados en el texto. El DSM-II (y la entonces paralela CIE-9^a) presen-

taban solo definiciones de los trastornos y un glosario, pero ningún criterio operativo de las patologías clasificadas. Y finalmente, el DSM-III asesta un golpe a la psiquiatría “dinámica”, al abandonar el término “neurosis” en su propuesta clasificatoria de las patologías mentales, menoscabando la psiquiatría de orientación psicoanalista en favor de la de orientación biologicista (6).

La divulgación del DSM-III en toda la psiquiatría mundial fue un hecho sin parangón en la historia de la Psiquiatría moderna. Un auténtico “golpe de estado” y toma de poder por parte de la psiquiatría americana la cual, hasta muy recientemente, ha regido la actividad psiquiátrica investigadora en todo el mundo, con amplias repercusiones también en la psiquiatría clínica y legal. Se calcula que a, principios de los años 90, la versión revisada (DSM-III-TR) se había traducido a más de veinte idiomas (11).

DSM-5: El comienzo del declive

Probablemente las clasificaciones de la APA comenzaron a “morir” -engullidas por su propio éxito- a partir del DSM-IV, pero creemos que el nacimiento del DSM-5 ha escenificado el comienzo del declive. El DSM-I distinguía 106 entidades psiquiátricas, el DSM-II 180, el DSM-III 265, el DSM-III-TR 292, el DSM-IV 297 y el DSM-IV-TR tenía 374 (11). Es difícil entender que, en los veinte años que van desde la creación de la tercera edición (1980) a la revisión de la cuarta (2000), las enfermedades mentales hayan aumentado en tal proporción numérica, creándose ciento nueve categorías diagnósticas más. Nos imaginamos que los derechos de autor recopilados por la APA con la traducción y venta de sus ejemplares no habrán sido desdeñables para sus socios, pero tampoco habrán sido sustancialmente menores los ingresos para las corporaciones farmacéuticas que fabrican psicofármacos y que han visto tal ampliación de supuestas enfermedades mentales. También parece que uno de los grupos de influencia más importantes en la presión a la APA para actualizar las clasificaciones y hacerlas teóricamente más operativas, provenía de las compañías aseguradoras americanas que, a la postre, eran quienes pagaban la asistencia sanitaria de los pacientes (11). Además, entre las críticas a estos sistemas de clasificación diagnóstica -entre los cuales también se encuentra la CIE-10^a de

la OMS-, está la mejora de la fiabilidad pero no la de la validez, al margen de su poca utilidad en la clínica diaria (9).

Como hemos señalado, otra de las más extendidas críticas a los DSM ha sido la intervención -cuanto menos de manera indirecta- de la industria farmacéutica en el aumento de las categorías diagnósticas y paralelamente la asociación de dichas categorías con la prescripción de psicofármacos. No es este el lugar para entrar en un análisis profundo de esta situación, pero no debe ser casual que los Departamentos de Sanidad y Justicia del Gobierno americano crearán, en mayo de 2009, la “Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team”, conocida como “HEAT” (20), para luchar contra el fraude en la salud. Y también parece relevante señalar que, al menos cinco grandes compañías farmacéuticas fabricantes de psicofármacos, han recibido multas millonarias en los últimos años por promocionar estos fuera de los usos autorizados por la FDA: Lilly por la olanzapina, Bristol-Myers-Squibb por el aripiprazol, Astra-Zéneca por la quetiapina Pfizer por la ziprasidona y la gabapentina y Johnson and Johnson por la risperidona (21,22).

Respecto a la elevación exponencial de ciertas entidades clínicas en un corto espacio de tiempo, llama la atención el aumento del diagnóstico del trastorno bipolar en la infancia, al menos en los EE.UU. Moreno y cols. (23) describen que en dicho país el diagnóstico de trastorno bipolar en adultos aumentó casi 2 veces durante un período de 10 años (entre 1994 y 2003) pero, durante el mencionado tiempo, el mismo diagnóstico en la población infanto-juvenil se multiplicó por cuarenta. Puede pensarse que esto se debió a que los psiquiatras aprendieron a diagnosticar mucho mejor los trastornos bipolares en la infancia, pero no nos parece una explicación suficientemente convincente. Otro ejemplo del excesivo interés de las empresas farmacéuticas respecto al desarrollo de criterios diagnósticos de nuevas patologías -las cuales conllevarían paralelamente un tratamiento farmacológico-, puede estar en la denominada “Disfunción sexual femenina”. El éxito del Viagra® en la disfunción sexual masculina animó, tanto al laboratorio fabricante del producto como a otras empresas interesadas, a organizar en Boston en 1998 la “Primera conferencia



internacional para la elaboración de un consenso clínico sobre la disfunción sexual femenina”. La reunión fue financiada por ocho empresas del sector y se estableció un “consenso internacional” para definir el trastorno. El problema fue que dieciocho de los diecinueve expertos que promovieron el consenso admitieron posteriormente tener intereses económicos directos con estas compañías u otras similares (24). Sin embargo, esta supuesta patología aparece en diversas clasificaciones psiquiátricas -como por ejemplo en el DSM-IV-TR-, bajo el nombre de “Trastorno de la excitación sexual en la mujer” y si bien no parecía tener un tratamiento farmacológico que se considere eficaz, recientemente la FDA acaba de recomendar la aprobación del “Flibanserin” para el tratamiento del “Deseo sexual hipoactivo en mujeres premenopáusicas”.

Finalmente, en 2013, se publicó el DSM-5 (25). Es la primera vez que su título pierde la grafía con números romanos para pasar a la arábica, de manera análoga a la CIE. Asimismo, abandona la calificación multiaxial, que tanto éxito le había proporcionado al DSM-III, adoptando además una visión dimensional de los trastornos mentales, frente a la categorial de las ediciones previas. Pero nunca un DSM había recibido tantas críticas como lo ha hecho el DSM-5. Lo más curioso es que una de las principales viene de Allen Francés (1942-) que, a su vez, fue el director tanto del DSM-IV como del DSM-IV-TR y había trabajado en la redacción del DSM-III, lo cual ya -de por sí- justifica adoptar una cierta precaución a la hora de analizar las críticas (26). Muchas de las cuestiones que Francés reseña tienen analogías similares en el DSM-IV, como por ejemplo el hecho de que -al ser más bajo el umbral de ciertos diagnósticos ya existentes (los famosos “espectros”)- se podrían incrementar las tasas de los diagnósticos de trastornos mentales con la aparición de pacientes “falsos positivos”, dado lo extremadamente común que podrían encontrarse estos diagnósticos en la población general y la consiguiente medicalización innecesaria de los supuestos pacientes. Estamos de acuerdo en esto, pero quizá Francés lo podía haber pensado antes, cuando dirigió el DSM-IV y haber corregido entonces lo que el mismo critica ahora a sus colegas, porque no puede defenderse que el DSM-IV ni el DSM-IV-TR -a pesar de intentar ser

categoriales- redujesen precisamente las categorías diagnósticas de sus predecesores.

Son muchos los cambios clasificatorios y diagnósticos que introduce esta nueva versión (25), aunque no es este el sitio de analizarlos en profundidad y solo haremos unos breves comentarios. Hay que señalar, por ejemplo, que los Trastornos obsesivo-compulsivos -que hasta ahora pertenecían a la categoría genérica de “Trastornos de ansiedad”-, adquieren en la actualidad una categoría diagnóstica propia en la que, además, están incluidos otros trastornos que hasta entonces habían sido considerados meramente como síntomas. Nos referimos, por ejemplo, al hecho de arrancarse sistemáticamente el pelo (tricotilomanía) o al trastorno de excoriación (rascarse la piel de forma recurrente). También nos parece relevante la agrupación actual en una misma categoría del “Trastorno de depresión mayor crónico” y “Trastorno distímico” del DSM-IV, o bien la transformación del diagnóstico de la antiguamente conocida como “Transexualidad” (T. de la identidad sexual en el DSM-IV) en la actual “Disforia de género”.

Sin embargo, uno de los cambios más significativos se produce en el capítulo de los “Trastornos de personalidad”. Por primera vez, el DSM se presenta en tres secciones, denominadas respectivamente I: “Conceptos básicos del DSM-5”, II: “Criterios y códigos diagnósticos” y III: “Medidas y modelos emergentes”. En esta tercera sección y respecto a los mencionados “Trastornos de personalidad”, se ofrece un modelo alternativo al estudio y diagnóstico de los mismos, desarrollado específicamente para el DSM-5, mientras que en la sección II se actualizan los criterios que se habían propuesto en la versión anterior (DSM-IV-TR). En síntesis, en el DSM-5 se incluyen los trastornos de personalidad tanto en la sección segunda, como en la tercera, coexistiendo ambos modelos. Según los propios autores, con ello se pretende introducir un nuevo enfoque cuyo objetivo es compensar las deficiencias que tiene la perspectiva clínica que se ha venido usando hasta ahora en las diferentes versiones de los DSM, enfatizando tanto el “funcionamiento” del sujeto, como los “rasgos” de personalidad patológicos y estableciendo una definición dimensional del funcionamiento personal e interpersonal, así como una evaluación del nivel de funcionamiento de la personalidad (25).

El tiempo dirá si esta nueva versión tiene más éxito del que le predicen sus detractores, especialmente el augurado por Frances (26). No obstante, si se quiere disfrutar de una crítica acertada al DSM-5 mucho más ácida y divertida que la de los clásicos artículos académicos, sin que por ello deje de ser realista, aconsejamos la lectura de un artículo de Medrano (27).

Los psicoanalistas también usan criterios diagnósticos operativos

La clásica escisión entre las corrientes psiquiátricas denominadas “biológica” y “psicoanalista” o “psicodinámica” tienen su origen en el nacimiento mismo del Psicoanálisis, nada más empezar el siglo XX y fue expresamente manifiesta hasta los años 70, especialmente en los EE.UU. y Sudamérica, donde se establecieron mayoritariamente los psicoanalistas europeos huyendo de la segunda guerra mundial. Clásicamente el psicoanálisis ha huido de las clasificaciones operativas análogas a las empleadas por la psiquiatría biológica, aunque evidentemente mantenían sus propios criterios diagnósticos, basados en sus interpretaciones y teorías psicodinámicas. Probablemente la existencia de posturas contrapuestas sobre la forma de definir los trastornos y sobre la utilidad misma de los diagnósticos, contribuyó notablemente a dicha escisión (28).

Sin embargo, en los últimos años las cosas están cambiando y algunos miembros de estas escuelas están empezando a crear sistemas diagnósticos análogos a los empleados por los DSM. Uno de ellos es la segunda versión del “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado”, conocido como OPD-2, (“Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik”, en alemán) que apareció en 2006. Se trata de un inventario diagnóstico multiaxial, que consta de cinco ejes operacionalizados en un manual y que sus autores definen como un sistema diagnóstico psicoanalítico complementario a la CIE-10^a. Su origen se remonta a un grupo de trabajo formado por psicoanalistas y psiquiatras en 1990, en Alemania, donde se reunieron con objeto de mejorar el CIE-10 y el DSM-IV respecto a la conexión entre los síntomas, los conflictos desencadenantes y las relaciones disfuncionales del paciente, a la hora de desarrollar un trastorno mental. El grupo pretendía orientar su clasificación relacionando los síntomas con

las dimensiones psicodinámicas básicas y su primera versión, denominada OPD-1, apareció en 1996 (28,29).

Otro de ellos es el conocido como “PDM”, o “Manual de Diagnóstico Psicodinámico” (“Psychodynamic Diagnostic Manual”, en inglés). Se desarrolló en Estados Unidos como un sistema diagnóstico psicoanalítico, complementario al DSM-IV. Fue publicado originalmente en 2006, promocionado entre otras por la Asociación Psicoanalítica Americana y la Asociación Psicoanalítica Internacional. Presenta similitudes, pero también diferencias significativas con el OPD-2 y en esta ocasión tiene tres ejes diagnósticos. El primer eje, denominado “P”, atañe a los Trastornos y patrones de la personalidad y dentro del mismo se especifica el nivel normal, neurótico o borderline de la organización de la personalidad y el tipo de trastorno, en función de las descripciones propias del mismo. El segundo eje o “M” engloba el funcionamiento mental, con nueve dimensiones y finalmente el eje “S”, que analiza la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos, presentando la vivencia de la enfermedad en función de los diferentes trastornos y describiendo la forma particular en la que el paciente vive su situación. Al igual que el OPD-2, el PDM se complementa con instrumentos de evaluación que mejoran la evaluación clínica y la investigación en este campo (28).

Reflexiones finales y pretendidos nuevos paradigmas

A estas alturas parece que los psiquiatras “biologicistas” y los “psicodinámicos” han empezado a manejarse con criterios diagnósticos análogos. Con ello podría entenderse que la Psiquiatría funciona, por fin, en una misma dirección y que esto ha enriquecido notablemente a nuestra especialidad, facilitando la intercomunicación entre las diversas escuelas. Esta era un gran meta, ansiada por todos aquellos psiquiatras que, hasta 1980, tenían diferentes interpretaciones diagnósticas y no podían entenderse con facilidad entre ellos. Sin embargo, la deriva seguida tras el DSM-III inclina a otros autores a señalar que ha significado el fin de la psiquiatría fenomenológica y el abandono del estudio de la psicopatología por parte de las generaciones psiquiátricas formadas en los últimos treinta años



(11,30). A muchos de los jóvenes profesionales esto les puede parecer irrelevante, máxime si se argumenta que diversas entidades psiquiátricas, diferenciadas clásicamente desde las clasificaciones de Kraepelin hasta las clasificaciones actuales -como puedan ser la esquizofrenia y el trastorno bipolar-, pueden ser tratadas hoy en día, casi de manera indiferenciada, con los mismos psicofármacos sin aparentes diferencias pronósticas en muchos casos (9). Bueno, puede que esto sea parcialmente cierto, pero también lo es el hecho que desde que existen estas clasificaciones apenas se han descrito entidades psiquiátricas relevantes y no es menos interesante señalar que muchas de las grandes patologías neuropsiquiátricas se describieron hace más de cien años, generalmente gracias a estudios de muy pocos casos, pero con un gran conocimiento fenomenológico y sin ningún complejo entramado estadístico que lo apoyase. Ejemplos de esto pueden ser la enfermedad de Alzheimer, la de Parkinson, la Hebefrenia, la Catatonía, la Enfermedad maníaco-depresiva, etc.

Algo que, al fin y al cabo, nos exige aprender de los errores cometidos y quizás detenernos un tiempo, estableciendo una larga pausa reflexiva que nos haga entender mejor de donde venimos y sobre todo, hacia donde caminamos. Especialmente deberíamos reflexionar sobre el hecho de que, a estas alturas y a pesar del desarrollo de nuestra historia y nuestras clasificaciones, no hemos conseguido todavía consensuar lo que se entiende por “enfermedad” mental.

En todo caso-y como suele ser habitual en estas circunstancias- pretendidos “nuevos” paradigmas, como el denominado modelo “RDoC” (*“Research Domain Criteria”*) desarrollado por el NIMH o Instituto Nacional de la Salud Mental americano, han acudido ya en auxilio de las anómalas y paradójicas situaciones anteriormente

mencionadas, con intención de “arreglarlas”. Según sus propios autores (31), el modelo está diseñado para aportar información a versiones futuras de sistemas de clasificación y adopta perspectivas muy diferentes, en comparación con los sistemas tradicionales, al evaluar la psicopatología. Su esencia teórica es proporcionar un amplio marco de referencia para llevar a cabo la investigación sobre los trastornos mentales desde una perspectiva totalmente “nueva” y su objetivo es hacer una contribución definitiva hacia la medicina de “precisión” en psiquiatría. Para ello proponen “nuevas maneras” de clasificar los trastornos mentales, basándose en las dimensiones de la conducta y las medidas de la neurobiología.

Los que tenemos una cierta edad hemos oído similares cantos de sirena en tan innumerables ocasiones que, necesariamente, los mismos despiertan en nosotros un sano escepticismo, induciéndonos una especie de “deja vu”. No obstante, psiquiatras mucho más relevantes ya han mostrado sus dudas al respecto del proyecto “RDoC” (32,33,34) y alguno de ellos -causalmente y entre otros, el omnipresente Allen Frances- (35), empiezan a cuestionarse que, si en lugar de invertir tanto dinero en la investigación y dados los resultados encontrados hasta ahora, no sería preeminente dedicar esos fondos a la asistencia real y cotidiana de los pacientes, la cual parece haberse deteriorado en exceso -al menos en los EE.UU.- de manera paralela al espectacular desarrollo de la investigación sobre la salud mental en los últimos años.

Contacto

Dr. Luis Pacheco Yáñez • LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus
Red de Salud Mental de Bizkaia • c/ María Díaz de Haro, 58. 48010 Bilbao

Bibliografía

1. Boissier de Sauvages F. *Nosología Methodica Sistens Morborum Classes*. Fratum de Tournes. Amstelodami. Edición de 1768. Versión original disponible en: <http://rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/10840>
2. Pichot P. *Un siglo de Psiquiatría*. Hoffmann-La Roche. Ed. Roger Dacosta. París. 1983.
3. Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Manatíal SRL. Buenos Aires. 1986.
4. Mahieu EL. *Las diez clasificaciones de Kraepelin*. Vertex. *Rev Arg de Psiquiatr*. 2009. XX: 206-212.
5. The International Statistical Institute (ISI). Disponible en: <http://www.isi-web.org/about-isi/history>
6. Saiz J, Montes, JM. *Contribución de la Psicofarmacología a la actual nosología psiquiátrica*. En: *Historia de la Psicofarmacología*. (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. III. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 1483-1504. 2006.
7. García M^{aj}, Maroto M^aA, Grandes S. *Clasificación DSM-IV y CIE-10 de los trastornos mentales: evolución histórica*. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2006; Diciembre: 13-15.
8. OMS-WHO. *The International Classification of Diseases*. 11th Revision is due by 2017. Página web disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/#>
9. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. *Hacia una clasificación internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica*. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment (Barc.)*. 2011; 4 (3): 113-116.
10. Williams JBW. *Clasificación psiquiátrica*. En: *Tratado de Psiquiatría*. 2^a ed. (R Hales, S Yudofsky y J Talbott, directores). The American Psychiatric Press. Ancora S.A. Barcelona. 1996: 231-257.
11. Shorter E. *Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina*. J&C. Ed. Médicas S.L. Esplugues de Llobregat. 1999.
12. Professional Staff of the United States-United Kingdom Cross-National Project. *The Diagnosis and Psychopathology of Schizophrenia in New York and London*. *Schizophr Bull*. 1974;1(11): 80-102.
13. Rodríguez-Pulido F y González de Rivera JL. *La investigación epidemiológica de la esquizofrenia: algunos problemas metodológicos*. En: *El método epidemiológico en Salud Mental* (J. L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra, eds.). Ed. Masson-Salvat. Barcelona, 1993: 271-292.
14. Sartorius N, Shapiro R, Jablensky A. *The International Pilot Study of Schizophrenia*. *Schizophr Bull*. 1974; 1 (11): 21-34.
15. Robins E, Guze SB. *Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia*. *Am J Psychiatry*. 1970;126: 983-987.
16. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. *Arch Gen Psychiatry*. 1972; 26: 57-63.
17. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. *Research Diagnostic Criteria. Rationale and Reliability*. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;35(6):773-782.
18. Bueno JA, Gascón J, Gastó C, Sabanés F, Salamero M. *RDC. Criterios diagnósticos de investigación. Versión Española*. Servicio de Psiquiatría. Hospital Mutua de Tarrasa. Barcelona. 1982.
19. APA. *Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III*. Masson S.A. Barcelona. 1983. Edición original americana: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, 3^a ed. APA. Washington. USA.1980.
20. U.S. Department of Health & Human Services an U.S Department of Justice. *HEAT Task Force*. Disponible en: <http://www.stopmedicarefraud.gov/index.html>
21. Dudley M, Andrews D. *Los psicofármacos como herramientas de abuso político e institucional*. En: *Historia de la Psicofarmacología*



- (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. III. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 1403-1431. 2006.
22. Wilson D. Side effects may include lawsuits. *New York Times*. 2 de octubre de 2010. Disponible en: http://www.nytimes.com/2010/10/03/business/03psych.html?pagewanted=all&_r=0
La extensa documentación sobre el tema puede verse detalladamente en la web del Departamento de Justicia norteamericano: <http://www.justice.gov> Criterio de búsqueda en dicha web: El nombre del laboratorio, o del fármaco implicado.
 23. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang, H, Schmidt AB, Olfson M. National Trends in the Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(9):1032-1039.
 24. Forcades i Vila T. Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. Edita Cristianisme i Justicia. Ed. Rondas S.L. Barcelona. 2006.
 25. APA. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Edit. Médica Panamericana. Madrid. 2014. Edición original americana: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5)*. 5ª ed. Arlington, VA, USA. 2013.
 26. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales?. Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Ariel-Planeta S.A. Barcelona. 2014.
 27. Medrano Albéniz J. Reflexiones nerviosas. Olvidados por el DSM-5. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014; 34(122): 407-417.
 28. Bernardi R. DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug*. 2010;74(2):179-205.
 29. Pérez F, Alvarado L, de la Parra G, Dagnino P. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD – 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2009; 47 (4): 271-278.
 30. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophr Bull*. 2007; 33:108-112.
 31. Cuthbert BN. El modelo RDoC: facilitación de las transición del sistema ICD/DSM a los enfoques dimensionales que integran neurociencia y psicopatología. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 28-35.
 32. Parnas J. El programa RDoC: ¿psiquiatría sin psique?. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 46-47.
 33. Fava GA. Camino que no lleva a ninguna parte. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 49-50.
 34. Sartorius N. ¿El único o uno de muchos?. Un comentario sobre el proyecto RDoC. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 50-51.
 35. Frances A. El RDoC es necesario, pero muy exagerado. *World Psychiatry*. Edición en español. 2014; 12,1: 47-49.

• Recibido: 15-7-2015

• Aceptado: 7-9-2015