
SISTEMAS DE CLASIFICACION EN PSICOPATOLOGIA

CARMELO VÁZQUEZ

Uno de los aspectos más llamativos de la Psicología en esta década es el florecimiento de la actividad clasificatoria como parte integrante fundamental del quehacer clínico e investigador. La publicación, en 1980, de la tercera edición del manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (*American Psychiatric Association*, APA) ha contribuido de modo determinante a este renacimiento.

En el capítulo anterior hemos analizado en detalle las características generales de los sistemas de clasificación. No sería pertinente finalizar esta presentación sin ofrecer información alguna sobre las clasificaciones *reales* con las que se opera en el contexto clínico o que, en definitiva, recogen el estado actual de la cuestión. No pretendemos ofrecer una historia de las clasificaciones, sino que pretendemos acogernos a algún punto de referencia actual que nos permita refle-

xionar sobre la actividad clasificatoria en el ámbito clínico.

Prestaremos una atención preferente a la clasificación oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana publicada en 1980 (APA, 1980) pues es un sistema que ha supuesto una deseable ruptura con sistemas anteriores como, por ejemplo, las taxonomías de la OMS (ICD-9, 1975). En este sentido, su análisis nos facilitará analizar cómo se encarnan en un sistema de uso cotidiano los problemas teóricos y metateóricos que hemos expuesto en el capítulo precedente.

INSUFICIENCIAS DE LOS SISTEMAS DIAGNOSTICOS TRADICIONALES

La historia de la Psicopatología está plagada de clasificaciones basadas en impresiones clínicas, sin muestras representativas y empleando teorías inadecuadas.

cuadas. Sin embargo, las clasificaciones con procedimientos formales de diferenciación y con índices aceptables de fiabilidad son muy recientes.

El énfasis por la clasificación de los fenómenos psicopatológicos tuvo un gran auge en Alemania a finales del S. XIX. Kraepelin se sumó a ese movimiento y, a través de la observación de los patrones de síntomas clínicos y, sobre todo, en base al curso y evolución de los pacientes efectuó un sistema de clasificación ordenado en el que estableció la diferencia entre lo que denominó «demencia precoz» y las alteraciones maniaco-depresivas.

El objetivo de Kraepelin era efectuar un paralelismo con la Medicina de modo que en una fase posterior a la etapa clasificatoria se descubriera la etiología (orgánica) de las alteraciones mentales. Kraepelin, siguiendo un principio encomiable, otorgó escaso énfasis a la etiología en su sistema clasificatorio pues consideraba que, en aquellos momentos, la elaboración de hipótesis etiológicas era una tarea de adivinación sin apenas legitimidad científica (McGuire, 1973; Feighner y Herbstein, 1987). Sin embargo, dada la esterilidad funcional de ésta y otras clasificaciones al uso, los sistemas clasificatorios fueron poco a poco ignorados en la práctica clínica durante casi todo el siglo XX.

Como más adelante analizaremos, el DSM-III es heredero directo de este «espíritu kraepeliniano» en la medida que se enfatiza el *descriptivismo ateorico* y la *observación* como elementos básicos de dicho sistema.

Clasificaciones de la APA y de la OMS

Desde los años 40, los sistemas clasificatorios de más impacto y aceptación

proceden de dos entidades diferentes: la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La primera ha elaborado unos sistemas sucesivos de clasificación denominados Manual Diagnóstico y Estadístico (*Diagnostic and Statistical Manual, DSM*), mientras que la OMS ha introducido una sección de Trastornos Mentales en diversas ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (*International Classification of Diseases, ICD*).

Las sucesivas clasificaciones de la OMS en realidad se reducen a meras *nomenclaturas* en las que no se ofrecen criterios diagnósticos. Su objetivo no es en modo alguno la investigación, sino que cualquier país la adopte, y de ahí su marcado carácter consensual, con el fin de poder proporcionar índices de morbilidad y mortalidad comparables transnacionalmente (Adams y Haber, 1984; Spitzer y Wilson, 1982; Cooper, 1988).

Las clasificaciones de la APA normalmente han tenido el sencillo objetivo de adecuar la terminología de la OMS a la tradición de la psiquiatría americana. De hecho, las clasificaciones DSM se han publicado casi en paralelo con las nuevas ediciones o revisiones de la ICD. Sin embargo, la publicación del DSM-III (APA, 1980) sobrepasó ese propósito y, de hecho, supuso la creación de un sistema clasificatorio peculiar con unas características únicas.

Previamente al DSM-III hubo dos clasificaciones oficiales de la APA, el DSM-I (1952) y el DSM-II (1968). Aunque puedan considerarse los antecedentes «oficiales» del DSM-III, éste es más deudor de otros sistemas clasificatorios surgidos en los años 70 que de las antedichas clasificaciones, como veremos más adelante.

No efectuaremos en este apartado una

descripción detallada del contenido de estos tres sistemas DSM pues está suficientemente cubierto en textos al uso (ejemplo: APA, 1980; Spitzer y otros, 1980; Eysenck y otros, 1983; Spitzer y Wilson, 1982; Williams, 1989). Sin embargo, el efectuar un breve repaso histórico de la gestación y los antecedentes del DSM-III puede arrojar luz sobre ciertos aspectos importantes conceptuales subyacentes a dicha clasificación. Asimismo expondremos algunas de las características *innovadoras* que aporta respecto a sistemas de clasificación anteriores.

El DSM-I (1952) intentó dotar a los clínicos de un sistema clasificatorio basado en el sistema desarrollado en los *Veteran Hospitals* tras la Segunda Guerra Mundial. Este sistema surgió como el paralelo norteamericano a la sección de Trastornos Mentales de la sexta edición de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* de la OMS (ICD-6, 1948) que fue, por cierto, la primera clasificación internacional para tales trastornos. En buena medida, los contenidos del DSM-I eran un exponente del papel preponderante que el psicoanálisis ejercía sobre la Psicopatología por entonces (Spitzer y Wilson, 1982).

El DSM-II (1968), surgido en paralelo con la octava edición de la ICD (ICD-8, 1968), intentaba mejorar algunos aspectos del DSM-I, pero aún seguía siendo un sistema impreciso y equivoco. No se señalaba qué síntomas eran *necesarios* para el diagnóstico de los cuadros y éstos eran simplemente descritos de un modo vago. No es de extrañar, por tanto, que la fiabilidad de estos sistemas diagnósticos fuese decididamente insatisfactoria. Los manuales diagnósticos tampoco daban información alguna sobre fiabilidad o validez de las categorías contenidas. Probablemente la carateris-

tica más novedosa del DSM-II es que se incluyó definiciones de los cuadros, aunque no en todos (ejemplo: trastornos sexuales). Asimismo, algunas de estas definiciones o bien eran irrelevantes (ejemplo: diferenciar tipos de alcoholismo del número de bebidas ingeridas al año) o imprecisas (ejemplo: esquizofrenia) —Sprock y Blashfield, 1984.

En la tabla 1 se señalan los principales grupos diagnósticos recogidos en el DSM-I y el DSM-II. Como puede apreciarse, en el DSM-II se añadieron algunos grupos diagnósticos principales respecto al DSM-I pero, en definitiva, el sistema de 1968 no supuso ningún avance significativo respecto al de 1952.

En cuanto a los apartados dedicados a los «trastornos mentales» en las clasificaciones ICD no ha habido variaciones significativas en sus casi 50 años de historia y sus sucesivas revisiones cada diez años aproximadamente. En la última nomenclatura (ICD-9, 1975) se proponen tres grandes categorías: «Psicosis orgánicas» (ejemplo: demencias seniles), «Psicosis no orgánicas» (ejemplo: esquizofrenias), y un último grupo heterogéneo de «Trastornos de la personalidad, neurosis, y otros trastornos no psicóticos» (en donde se incluyen drogodependencias, trastornos psicofisiológicos, trastornos de la infancia, y retraso mental, entre otras categorías). Spitzer y Fleiss (1974) demostraron que la fiabilidad media de todos estos sistemas diagnósticos, recogida en diversos estudios desde los años 50 hasta los 70, era menor a 0.50. Resultados semejantes se ofrecían en otros estudios, lo que indudablemente desembocó en una atmósfera que Grove y otros (1981) han caracterizado como de «nihilismo diagnóstico».

La cuestión clave, dado este panorama desolador, era averiguar a qué se debía esta baja fiabilidad y, por tanto,

Tabla 1. Principales grupos diagnósticos del DSM-I (APA, 1952) y DSM-II (APA, 1968).

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)
Síndromes orgánicos cerebrales Agudos Crónicos	Síndromes orgánicos cerebrales
Deficiencia mental	Retraso mental
Trastornos de origen psíquico a) Reacciones psicóticas Reacciones esquizofrénicas Reacciones paranoides b) Reacciones psiconeuróticas c) Trastornos de personalidad d) Trastornos psicofisiológicos e) Trastornos situacionales transitorios de personalidad	Psicosis no orgánicas a) Esquizofrenia b) Trastornos afectivos mayores c) Estados paranoides d) Otras psicosis
	Neurosis a) Fóbicas b) Obsesivo-compulsivas c) Ansiosas d) Depresivas
	Trastornos de personalidad a) Trastornos de personalidad b) Desviaciones sexuales c) Alcoholismo d) Drogodependencias
	Trastornos psicofisiológicos
	Alteraciones situacionales transitorias
	Trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia
	Condiciones sin un trastorno psiquiátrico manifiesto

baja validez del modelo diagnóstico de los DSM-I y DSM-II y de los sistemas ICD de la OMS. Todos estos esquemas clasificatorios compartían una serie de problemas comunes que dificultaban seriamente su viabilidad como herramientas útiles:

1. Confusión entre descripción y etiología. Se ofrecían etiquetas diagnósticas con referencia a indemostradas etiologías (ejemplo: «psicosis reactiva») y muchos trastornos se subdividían según su *supuesta* etiología.

2. Falta de criterios objetivos para cuantificar y sopesar síntomas.

3. Falta de definición de los síntomas y síndromes.

En definitiva, los sistemas de clasificación imperantes hasta prácticamente los años ochenta tan sólo proporcionaban unas descripciones vagas e imprecisas de las categorías diagnósticas, pero sin proporcionar una lista de los síntomas requeridos para efectuar el diagnóstico.

Un examen de estas insuficiencias indicaba que su escasa fiabilidad y validez parecía deberse más a las limitaciones de la *construcción* de estos sistemas de clasificación que a dificultades intrínsecas propias de la actividad clasificatoria en

Psicopatología (Hersen y Turner, 1984). El DSM-III surgió con la clara intención de formular un sistema diagnóstico que pudiera superar o reducir dichas limitaciones y, consecuentemente, mejorar de un modo razonable su fiabilidad y utilidad clínica.

LOS PRECURSORES DEL CAMBIO: Los criterios de Feighner y los RDC

La fascinación que el DSM-III y el DSM-III-R han ejercido en los años ochenta sobre los clínicos tan sólo parece comparable al repudio existente sobre la clasificación en las décadas anteriores. Desde los años 30, el fuerte influjo del psicoanálisis en la Psiquiatría y la Psicología Clínica americana creó una fuerte atmósfera de rechazo hacia la clasificación de los individuos en grupos diagnósticos, pues el diagnóstico no se consideraba esencial para la práctica terapéutica (Escobar, 1982; Sprock y Blashfield, 1984).

Esta tendencia antinosológica tenía además otros frentes. Por un lado, los clínicos de orientación conductista criticaban el diagnóstico tradicional por su escasa consideración de la variación individual, por su escaso valor para la intervención terapéutica, y por hacer énfasis en un concepto no probado de «enfermedad» (Kanfer y Saslow, 1965). Por otro lado, los clínicos de tendencias humanísticas mostraban un rechazo casi frontal al diagnóstico por su carácter «deshumanizador» en el enfoque de los problemas de las personas, por los efectos negativos sociales de la «etiqueta mental», y por su escaso valor clínico en el desarrollo del tratamiento (Szasz, 1960; Rogers, 1951). Además, en la tradi-

ción psicoanalítica imperante se consideraba que síntomas diversos podían deberse a la misma causa y, por tanto, el diagnóstico apenas tenía relevancia en la actividad clínica (Robins y Helzer, 1986).

Estos argumentos estaban además justificados por la pobre fiabilidad real del diagnóstico y su poca utilidad clínica. El problema de la fiabilidad ha sido quizás el punto de referencia más común utilizado para criticar las clasificaciones psicopatológicas. Los datos sobre la fiabilidad diagnóstica eran desalentadores sin duda (Spitzer y Wilson, 1982).

Los criterios de Feighner y colaboradores (1972)

Uno de los *antecedentes conceptuales* fundamentales del DSM-III fue el trabajo del Departamento de Psiquiatría de la Washington University de St. Louis. Este grupo publicó el sistema clasificatorio de más impacto en los años 70 (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, y Muñoz, 1972) marcando, además, la dirección del DSM-III. Psicólogos y psiquiatras de dicho departamento habían puesto claramente de manifiesto durante las décadas de los 50 y los 60 la *ineficacia diagnóstica* de los tests psicométricos y proyectivos (Zubin y otros, 1975; Shapiro, 1985) y habían conservado, por el contrario, una tradición diagnóstica descriptiva que fue la semilla de lo que después se ha convertido en el denominado movimiento «neokraepeliniano» (Klerman, 1978).

El objetivo de estos investigadores era conseguir un esquema clasificatorio lo más preciso y objetivo posible de modo que la fiabilidad diagnosticadora fuese aceptable. Los denominados «criterios de Feighner» (Feighner y otros, 1972) consisten en una serie de *reglas operati-*

vas muy precisas que señalan qué síntomas son necesarios y cuántos bastan para efectuar el diagnóstico de una categoría dada. Frente a las imprecisas clasificaciones vigentes por entonces (ejemplo: DSM-II) se pretendió ofrecer un sistema económico y operativo, es decir, un sistema con definiciones y procedimientos de clasificación claros e inequívocos que permitiese lograr un acuerdo interjueces adecuado (véase la tabla 2). Esta es la razón por la que tan sólo se incluyeran 16 categorías diagnósticas. Los RDC proporcionan información no sólo del episodio actual (lo que incluye los dos meses previos), sino de trastornos del pasado reciente y remoto.

Los criterios diagnósticos empleados fueron bastante estrictos y, quizás, demasiado limitados (Hetzer y otros, 1977); así, por ejemplo, los criterios de Feighner para diagnosticar esquizofrenia proporcionan una tasa de diagnósticos 3 ó 4 veces menor que los criterios hospitalarios o clínicos tradicionales (Brockington, Kendell, y Leff, 1978; Overall y Hollister, 1979).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC, 1975)

El reducido y preciso sistema de Feighner fue el inspirador de los *Criterios Diagnósticos de Investigación (Research Diagnostic Criteria, RDC)*, publicados en 1975 y que son, conceptualmente, el antecedente directo e inmediato del DSM-III (Spitzer, Endicott y Robins, 1975). Esta serie de criterios surgió como parte del Estudio Multicéntrico de la Depresión (Katz y otros, 1979), un ambicioso proyecto sobre el estudio de las depresiones bajo el auspicio del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de EE. UU. y, al igual que los criterios

de Feighner, se crearon con la finalidad de dotarse de una herramienta útil para la investigación (Meier, 1979). Como se puede apreciar en la tabla 2, la filosofía diagnosticadora de ambos sistemas era semejante: se señalan los síntomas necesarios para el diagnóstico, la duración mínima, y se indican criterios de exclusión, todo ello de un modo *explícito*.

Spitzer y otros (1975) demostraron que la fiabilidad diagnóstica del DSM-II era inaceptablemente baja. Así, por ejemplo, los índices de acuerdo interjueces variaban desde un ridículo 0.06 para los Trastornos de la Personalidad, hasta un 0.48 para el grupo de las esquizofrenias. Además, estos mismos autores demostraron que el uso de criterios diagnósticos bien definidos —en concreto una versión previa de los RDC (véase Spitzer y otros, 1978)— permitía mejorar sensiblemente estas cifras. De hecho, Grove (1987) ha efectuado un estudio de los índices Kappa de 16 estudios publicados de fiabilidad diagnóstica en los que *no* se habían utilizado criterios diagnósticos objetivos y, de nuevo, los valores medios de K oscilan en torno a 0.50, una cifra claramente insuficiente.

Los estudios sobre la fiabilidad interjueces de los criterios de Feighner, los RDC y su continuador, el DSM-III, han demostrado una mejora espectacular respecto a los sistemas previos (DSM-I y II, ICD-8 y 9), especialmente en cuadros como los trastornos afectivos o las esquizofrenias (Spitzer y otros, 1979; Hyler y otros, 1982). En la tabla 3 recogemos algunos de estos estudios en los que se ha evaluado el acuerdo diagnóstico interjueces. Como se puede observar, el ejemplo de *reglas diagnósticas definidas* aumenta sensiblemente el acuerdo interjueces, de modo que el diagnóstico psiquiátrico, siguiendo este procedimiento, puede conseguir una fiabilidad al menos

Tabla 2. Comparación de los criterios de Feighner y otros (1972) y los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC; Spitzer y Endicott, 1978) para el diagnóstico de la esquizofrenia.

RDC	Feighner y col.
Se deben cumplir los criterios A, B, y C, para el diagnóstico:	Se deben cumplir los criterios A, B, y C, para el diagnóstico:
<p>A. <i>Al menos dos</i> de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Difusión, inserción o robo del pensamiento. — Ideas delirantes de influencia o controlabilidad. — Ideas delirantes de tipo somático, religioso, nihilista, de grandiosidad, u otras sin contenido persecutorio o celotípico, con una duración mínima de una semana. — Ideas delirantes de cualquier tipo si se acompaña de fenómenos alucinatorios y duran por lo menos una semana. — Alucinaciones auditivas. — Alucinaciones auditivas que se dirigen al sujeto. — Alucinaciones de cualquier tipo, presentes a lo largo del día durante varios días, o intermitentemente durante al menos un mes. — Trastornos formales del pensamiento. 	<p>A. Es necesario cumplir ambos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Enfermedad crónica con <i>6 meses</i> de síntomas como mínimo antes de la evaluación. — Ausencia de un período de síntomas depresivos o maníacos suficiente para calificarlo como trastorno afectivo cierto o probable. <p>B. <i>Al menos dos</i> de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Delirios o alucinaciones sin perplejidad o desorientación significativas asociados a aquéllos. — Producción verbal que dificulta la comunicación a causa de una pérdida de la organización lógica o de la comprensibilidad. <p>C. <i>Al menos tres</i> de los siguientes síntomas para considerar el diagnóstico como definitivo y <i>dos</i> como probable:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Soltero (nunca casado). — Pobre ajuste social premórbido o pobre historia laboral. — Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas un año antes del comienzo de la psicosis. — Comienzo de la enfermedad antes de los 40 años.
<p>B. Los signos de la enfermedad permanecen durante dos semanas por lo menos desde el inicio de un evidente cambio del estado normal del sujeto.</p>	
<p>C. En ningún momento del período activo de la enfermedad (con delirios, alucinaciones, conductas extravagantes, etc.) el sujeto cumple totalmente los criterios para un síndrome maniaco o depresivo.</p>	

Tabla 3. Acuerdo diagnóstico interjueces para diversos cuadros clínicos, en función del empleo o no de *criterios diagnósticos*.

ESTUDIO	N	Criterios diagnósticos	E	TD	TP	DM	Ma
Kendell y otros (1971) ¹	8	—	0.25	(Americanos)			
	8	—	0.59	(Británicos)			
Spitzer y otros (1975) ²	120	(DSM-II)	0.48	0.07-0.25	0.06		
WHO (1973)	190	—	0.81	0.70	0.77		
Andreasen y otros (1982) ¹	8					0.84	0.68
Hoastetter y otros (1983)	120	RDC				0.95	0.86
Spitzer y otros (1978)	0.68	RDC	0.80			0.88	0.82
	150	RDC				0.90	0.98
Spitzer y otros (1979)	150	DSM-III	0.82			0.70	

E=Esquizofrenia; TD=Trastornos Depresivos; TP=Trastornos de la Personalidad; DM=Depresión Mayor; Ma=Manía.

¹ Empleo de videos y jueces múltiples.

² Empleo de las definiciones del DSM-II. Diagnósticos mediante informes clínicos en archivo.

tan buena como el diagnóstico efectuado en otros ámbitos de la Medicina.

Otros datos significativos sobre la consistencia de los RDC son que al menos la mitad de los índices Kappa para los Trastornos Afectivos y Esquizofrénicos, se sitúa en un excelente 0.90 para el acuerdo interjueces (Spitzer y otros, 1978, Estudio 1 y 2) y en torno al 0.75 para la estabilidad temporal diagnóstica (Spitzer y otros, 1978, Estudio 3) lo que, además, mejora ligeramente los

índices de estabilidad temporal de los criterios de Feighner (Zwick, 1983).

Siguiendo la línea acertadamente conservadora de los criterios de Feighner, los RDC fueron expresamente diseñados para *evitar falsos positivos* más que falsos negativos (Spitzer y otros, 1975) por lo que además del índice de fiabilidad global, el parámetro más importante que se debe analizar en este caso es el de la *especificidad*, es decir, la evaluación de los errores diagnósticos por falsos posi-

vos (Grove y otros, 1981). Siguiendo la filosofía kraepeliniana, en los RDC también se *evitó* introducir conceptos etiopatogénicos en el sistema de clasificación. Simplemente se limitan a delinear la sintomatología básica de cada entidad diagnóstica junto a una serie precisa de criterios de exclusión e inclusión.

Los criterios RDC nos permiten, además, ilustrar un modelo mixto categorial/dimensional en cuanto al procedimiento de medida. En efecto, si bien el fin último consiste en llegar a una *categoría* diagnóstica, la presencia o ausencia de los síntomas que conforman la categoría se determinan *dimensionalmente*. En concreto, hay una escala de gravedad de modo que si el síntoma sobrepasa un determinado límite (una puntuación mayor o igual a 3), el síntoma en cuestión se considera «Presente».

Los criterios de Feighner abarcan 16 categorías mientras que los RDC sólo contienen 25. Estos dos sistemas tienen, por lo tanto, un campo de aplicación *restringido*. De hecho, cerca de un 40 % de los pacientes que normalmente solicitan ayuda no tienen cabida en el esquema diagnóstico de Feighner (Ries y otros, 1980). Así pues, aunque estos dos conjuntos de criterios abrieron un camino nuevo y casi revolucionario en la clasificación de las alteraciones mentales, su uso en la clínica cotidiana está limitado por la reducción de áreas diagnósticas a las que son aplicables.

Sin embargo, este escaso cubrimiento fue intencional pues lo que se pretendía era ofrecer criterios y definiciones precisos que, aunque aplicables básicamente en estudios de investigación, abriesen vías adecuadas en el proceder diagnóstico en Psicopatología.

El énfasis en la *descripción* en ambos conjuntos de criterios, se asentaba en la convicción de que, a diferencia de lo que

sucede en Medicina, no existían suficientes datos como para formular diagnósticos basados en distinciones etiológicas sólidamente fundadas. Por tanto, el paso previo en la construcción de teorías sólidas sería el hallar grupos de pacientes en los que, de modo objetivo, se observe una similar covariación de síntomas. Este logro conduciría, en una segunda fase, a investigar la etiología específica subyacente a tales grupos y, por último, a proponer tratamientos específicos. En cualquier caso, esta evolución desde fases descriptivas a fases teóricas es propia del devenir de cualquier empresa científica rigurosa. El ejemplo de la Biología deja bien claro este hecho: a las clasificaciones morfológicas de Linneo le han sucedido clasificaciones más complejas basadas, por ejemplo, en características bioquímicas.

El proyecto diagnóstico Gran Bretaña-Estados Unidos

En los años 60 se advirtió que existía una notable discrepancia en la frecuencia de algunos diagnósticos en Europa (especialmente en Gran Bretaña) y en EE. UU. En comparación con los EE. UU., en Gran Bretaña los diagnósticos de esquizofrenia eran mucho menos frecuentes, mientras que los diagnósticos de «psicosis afectivas» eran más frecuentes. En definitiva, los norteamericanos diagnosticaban nueve veces más esquizofrenias que trastornos afectivos, mientras que los británicos diagnosticaban ambos trastornos en una proporción similar.

Con el fin de descubrir el origen de estas inesperadas diferencias, la OMS formó una comisión de expertos de ambos continentes con el fin de resolver este enigma. A través de diversos proce-

dimientos, como, por ejemplo, la discusión de casos grabados en video (Zubin y Gurland, 1977; Grove y otros, 1981), se llegó a la conclusión de que no existían diferencias en las cifras epidemiológicas reales entre ambos países, sino que los clínicos diagnosticaban de modo diferente los *mismos* casos (Cooper y otros, 1972; Escobar, 1982). Ante los mismos pacientes, los británicos eran más reacios a dar diagnósticos de esquizofrenia y a valorar con menos gravedad la psicopatología del paciente.

Este proyecto de investigación diagnóstica tiene ya un valor histórico pues también puso de manifiesto que, si se empleaban *reglas diagnósticas* claras y explícitas y *entrevistas estructuradas*, la concordancia diagnóstica podía ser muy alta (Helzer y otros, 1981). En conclusión, el proyecto Gran Bretaña-EE. UU. llevado a cabo a principios de los 70, sirvió también para acentuar la necesidad de un cambio radical en el modo de proceder en el diagnóstico psicopatológico.

NUEVOS SISTEMAS DIAGNOSTICOS

Dadas las obvias limitaciones de los sistemas diagnósticos existentes, la APA creó una comisión en 1974 con el fin de elaborar un sistema de clasificación que pudiera superar las limitaciones de los anteriores. Robert L. Spitzer, psiquiatra especialista en problemas diagnósticos, que había colaborado estrechamente con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington en San Luis, fue designado para dirigir esta tarea. Spitzer había trabajado con Josep Zubin, uno de los psicólogos clínicos más importantes de EE. UU., en investigaciones sobre psicoterapia en el New

York State Psychiatric Institute y este hecho puede que haya tenido mucho que ver con una orientación «aperturista» hacia la Psicología en el DSM-III.

El objetivo inicial de la creación del DSM-III era acomodar la novena clasificación oficial internacional de enfermedades publicada en 1975 por la OMS (ICE-9) a la terminología norteamericana. Los trabajos de la comisión de desarrollo del DSM-III se prolongaron durante 5 años, participando directamente más de 100 clínicos con una dilatada experiencia profesional y científica. Para comprender la naturaleza del DSM-III es necesario considerar que fue una clasificación consensuada. Es decir, en la medida de lo posible se intentó que *cualquier* clínico, independientemente de su orientación teórica, pudiese adoptar una nomenclatura y unas reglas de clasificación uniformes.

Aunque bastante alejado de lo que debe ser una taxonomía científica, el DSM-III tiene la ventaja de haberse convertido en un instrumento de comunicación entre los clínicos, y no olvidemos que ésta es una de las principales funciones de las clasificaciones. El DSM-III, por razones básicamente administrativas y epidemiológicas, intenta cubrir toda la población de personas que acuden solicitando ayuda, permitiendo clasificar a personas que no presentan alteraciones psicopatológicas pero acuden a resolver problemas personales (ejemplo: parejas con problemas maritales). Como señalábamos en el capítulo anterior, en la confección de un sistema nosológico se entremezclan intereses muy diversos. Esto explica que, a pesar del avance metodológico que supone el DSM-III, también coexistiesen argumentos más prosaicos en las razones de su expansión diagnóstica. Una de estas razones es que las compañías de seguros médicos deci-

dieron exigir el empleo de una nomenclatura oficial para reembolsar los gastos de psicoterapia lo que, sin duda, ha hipertrofiado el número de trastornos cubiertos en esta clasificación (Spitzer, 1981a; Miller y otros, 1981; Sartorius, 1988). No creemos necesario insistir en la contrapartida negativa que este mayor cubrimiento tiene respecto a la fiabilidad y validez de un sistema nosológico en su conjunto.

En este sentido el DSM-III se aparta de clasificaciones como las de Feighner y los RDC que, por estar orientadas a la investigación, se restringían a un área relativamente pequeña de problemas. Los DSM-III abarcan y expanden los RDC dado que se intentó dar acomodo a una amplia diversidad de categorías tradicionalmente utilizadas por clínicos de diferente orientación. Mientras que se cubrían 108 categorías en el DSM-I y 182 en DSM-II, el DSM-III cubre la enorme cifra de 265 diagnósticos agrupados en 17 grandes áreas. Aunque esta cantidad se debe no tanto a un aumento de las principales entidades nosológicas como a un desglose de las ya existentes. Por ejemplo, la «Neurosis fóbica» del DSM-II, se ha desglosado en el DSM-III en las siguientes subcategorías: Agorafobia con ataques de pánico, Agorafobia sin ataques de pánico, Fobia social, Fobia simple, y Trastornos de ansiedad de separación. No obstante, la expansión no constituyó un principio general: los 15 subtipos de esquizofrenia del DSM-II quedan reducidos a 5 en el DSM-III.

La toma de decisiones consensuada, cuando ello era posible, no significa en modo alguno que los criterios diagnósticos y de clasificación del DSM-III sean caprichosos o dictados por el arbitrio de las votaciones como sucedió, por cierto, con la exclusión de la categoría «homo-

sexualidad». Por el contrario, a pesar de no existir un marco teórico homogéneo que diese coherencia global al sistema, éste no es arbitrario. Durante el tiempo de su elaboración, se sucedieron con un aceptable nivel científico las discusiones de expertos, los comités de evaluación, y las conferencias sobre aspectos de las diferentes áreas diagnósticas como ha quedado fascinantemente reflejado en diversas publicaciones (Spitzer y otros, 1980; Millon, 1983; Cattell, 1983; Bayer y Spitzer, 1985).

En definitiva, el DSM-III aporta novedades, que analizaremos más adelante, respecto a los demás sistemas oficiales anteriores (véase la tabla 4):

1. Definición viable de los «trastornos mentales».
2. Criterios diagnósticos explícitos de inclusión y exclusión.
3. Enfoque diagnóstico multiaxial.
4. Enfoque descriptivo empírico y ateórico.
5. Pruebas de fiabilidad previas a la publicación definitiva y fiabilidad significativamente mayor.

En 1987 se publicó la revisión del DSM-III (DSM-III-R, 1987), en la que se introdujeron cambios menores respecto a los criterios de algunos cuadros, la reagrupación de algunos cuadros (ejemplo: los trastornos afectivos), la inclusión tentativa de algunos trastornos de personalidad (ejemplo: personalidad sádica), y la introducción de un sistema propio de clasificación de los trastornos del sueño. Por ello, la exposición en este capítulo de los cambios conceptuales que supuso el DSM-III han de extenderse punto por punto al DSM-III-R.

Con el fin de hacer más útil y didáctico el uso del manual, en el DSM-III-R se incluyen varios apéndices. En uno de ellos se incluye un glosario en el que

Tabla 4. Características de los sistemas de clasificación tradicionales (DSM-II e ICD-9) y de las aportaciones efectuadas por el DSM-III y DSM-III-R.

	DSM-II e ICD-9	DSM-III y DSM-III-R
Criterios diagnósticos operativos	NO	SI
Sistemas multiaxial	NO	SI
Teorías etiológicas implícitas	SI	NO
Datos epidemiológicos	NO	SI
Sistema de consenso	SI	SI
Cuadros Infantiles	Escaso	Amplio
Cubrimiento	Amplio	Muy amplio
Fiabilidad	Pobre-Moderada	Moderada-Alta
Validez	Pobre-Moderada	Moderada-Alta

definen los términos técnicos (ejemplo: «alucinación», «delirio», etc.) utilizados a lo largo del texto. Asimismo se recoge un índice en el que se señalan todos aquellos cuadros en los que está presente un síntoma dado; así, por ejemplo, el síntoma de «delirios de persecución» puede aparecer en 24 cuadros diferentes. Por último, al igual que en el DSM-III, en la nueva edición revisada se incluye un apéndice con algunos árboles de decisión diagnóstica.

Definición de «trastorno mental»

En las primeras reuniones de los grupos de trabajo para la elaboración del DSM-III quedó pronto de manifiesto que el primer objetivo era delimitar el campo de actuación del sistema clasificatorio. De este modo, la definición de *trastorno mental* constituyó uno de los puntos cruciales de debate y uno de los principales focos de disensiones en el comité (Millon, 1983).

Algunos de los mentores del DSM-III efectuaron la propuesta de definir las alteraciones mentales, como «...un subconjunto de las alteraciones médicas» (Spitzer, Sheehy, y Endicott, 1977; Spit-

zer y Endicott, 1978) acogiéndose así a un modelo médico estricto. Esto originó un largo y polémico debate propiciado básicamente por psicólogos miembros del comité y la propia Asociación Psicológica Americana (*American Psychological Association*, APA). Finalmente, en 1978 esta restrictiva propuesta fue rechazada por *votación* (Guze, 1978; Smith y Kraft, 1983).

El empleo de esta formulación médica en el DSM-III hubiese constituido una reducción al absurdo. Recuérdese que en este sistema clasificatorio, por las razones que anteriormente hemos analizado, se incluyen cuadros tan dispares y tan poco asimilables a un modelo organicista como la onicofagia, alteraciones en la lectura y escritura, tics, trastornos de ajuste, etc. Incluso, el propio hecho de que se incluyan categorías decididamente no médicas en un «manual de trastornos mentales» es, para algunos, motivo suficiente de preocupación (Garmez, 1978; Abeles, 1981). Como indicamos en el capítulo anterior, en la versión definitiva del DSM-III (y el DSM-III-R) aparece una definición de amplio espectro de los «trastornos mentales» que permite su asunción por clínicos de diferentes orientaciones y disciplinas.

Criterios diagnósticos operativos

La característica más rupturista del DSM-III respecto a otras clasificaciones oficiales, e incluso respecto a cualquier otra clasificación existente en Psicología, es el empleo de criterios operativos de diagnóstico. En efecto, cada cuadro está delimitado por una serie de síntomas y se señalan cuáles y cuántos son *necesarios* para efectuar el diagnóstico.

Este enfoque supone romper una tradición en la que el *juicio* clínico subjetivo, sin tener que someterse a ninguna regla formal, determina finalmente la adscripción del sujeto a una categoría. Sin duda el problema de las anteriores clasificaciones residía básicamente en la ausencia de criterios objetivables y en el carácter difuso de sus definiciones (Sprock y Blashfield, 1984).

Los citados criterios operativos especifican los síntomas característicos de cada cuadro, el número mínimo de síntomas requeridos para formular el diagnóstico y, a veces, la edad de comienzo y los criterios de exclusión. Dado su carácter descriptivo, el DSM-III parece un texto de Psicopatología más que un manual diagnóstico puesto que para cada categoría se señala, cuando existe información suficiente, cifras de prevalencia e incidencia, curso, y diagnóstico diferencial.

Aunque se emplean en muchas ocasiones criterios estrictos, cabe la duda de cuáles han sido los procedimientos empleados para determinar los puntos de corte seleccionados. ¿Por qué se necesitan 3 síntomas, y no sólo 2, para satisfacer un determinado criterio? ¿por qué se impone un límite estricto de edad para algunas alteraciones?, ¿por qué se exige cumplir 5 criterios para efectuar un determinado diagnóstico?, etc. No conocemos con exactitud, dada la ausencia de

referencias bibliográficas en la publicación del manual (Schacht y Nathan, 1977; Sprock y Blashfield, 1984), en qué se basaron las decisiones para determinar estos criterios. En todo caso, es una tarea, de las investigaciones empíricas determinar su *validez* y contrastar su utilidad frente a otros criterios u otros sistemas diagnósticos (Helzer y otros, 1981).

Esta indicación estricta de criterios tiene la desventaja de perder información idiosincrática potencialmente útil sobre el paciente, pero tiene la gran virtud de reducir ambigüedad en el proceso de clasificación y aumentar la fiabilidad diagnóstica. Esta tendencia clarificadora se acentúa de hecho en el DSM-III-R (APA, 1987) pues se han reducido aún más los diagnósticos «provisionales» o «atípicos».

Multiaxialidad

Una de las características más innovadoras del DSM-III es justamente el empleo de un sistema multiaxial para efectuar un diagnóstico completo del individuo. Con esta evaluación múltiple se pretende cubrir diversos parámetros que se consideran importantes para una descripción y pronóstico adecuados de la condición del paciente.

Tras sopesar la posibilidad de incluir diversos ejes (Millon, 1983), la comisión de trabajo del DSM-III decidió incluir cinco ejes diagnósticos. Aunque cada individuo debería ser sistemáticamente evaluado en cada uno de ellos, sólo los tres primeros se requieren para efectuar un diagnóstico formal:

Eje 1: *Síndromes Clínicos*. Es el eje diagnóstico clásico; comprende el conjunto de síndromes clínicos y

categorías diagnósticas del sistema. También recoge problemas que «no se deben a trastornos mentales» pero que requieren atención tratamiento (ejemplo: problemas académicos, conductas antisociales del adulto, problemas conyugales, etc.).

Eje 2: *Trastornos de la Personalidad y Trastornos de la Infancia y la Adolescencia*. Este eje se incluyó de modo separado para acentuar la importancia de estos trastornos dentro de un sistema de clasificación de los trastornos mentales.

Eje 3: *Enfermedades y Condiciones Físicas*. Se registran todas aquellas enfermedades físicas del sujeto que, de acuerdo con la clasificación ICD-9, pudieran ser relevantes para comprender o tratar el cuadro que manifiesta el sujeto.

Eje 4: *Gravedad de los Estrésicos Psicosociales*. Se evalúan (en una sencilla escala de 7 puntos) los factores estresantes que afronta o ha afrontado el individuo. Los Ejes 3 y 4 permiten obtener información con un probable valor etiológico pero, a diferencia de los sistemas anteriores, estos factores causales se sitúan fuera de la descripción clínica (Ejes 1 y 2).

Eje 5: *Evaluación Global del Funcionamiento*. Se valora (en una puntuación de 1 a 90) el nivel de funcionamiento adaptativo social, laboral, y emocional del sujeto en la actualidad. Asimismo se requiere efectuar una estimación del nivel máximo de adaptación que alcanzó durante el pasado año.

Aunque la aproximación multiaxial supone casi un cambio paradigmático en

el enfoque de los trastornos psicológicos (Strauss, 1975), la idea no es nueva puesto que, desde los años 40, al menos una veintena de sistemas clasificatorios han adoptado una orientación de ejes múltiples (Mezzich, 1984a, b, 1988). En la mayor parte de estos sistemas se incluyen unos 4 ó 5 Ejes que, habitualmente, recogen síndromes psiquiátricos (Eje 1 del DSM-III), alteraciones de la personalidad (Eje 2), alteraciones físicas (Eje 3), y curso de la alteración. A veces también se ha incluido la etiología, gravedad del trastorno, la influencia de estresores (Eje 4), o el funcionamiento global del individuo (Eje 5).

No cabe la menor duda de que la decisión de incluir los Ejes 4 y 5 se inscribe dentro de una concepción más adecuada y global de los denominados trastornos mentales y recoge, en último término, un enfoque «biopsicosocial» de la descripción y explicación de los trastornos mentales (Engel, 1977; Schwartz, 1982). La perspectiva uniaxial, sin embargo, es de origen kraepeliniano, dado que se basa en la idea de que existen formas únicas de enfermedad sustentadas en una única fuente etiológica (Mezzich, 1984a).

Por otro lado, en torno a los ejes se articula de nuevo la discusión sobre las categorías *versus* dimensiones al ser quizás el exponente más claro de cómo en un sistema se pueden simultanear ambas aproximaciones. Así, mientras en los Ejes 1 y 2 se proporciona simplemente una categoría diagnóstica, en los Ejes 4 y 5 el clínico ha de valorar *cuantitativamente* el papel de los estresores y el funcionamiento adaptativo respectivamente, en una escala continua de varios puntos (véanse las tablas 6 y 7). Sin embargo, dado que el uso de estos dos últimos ejes es *opcional*, su utilización real ha sido más bien escasa.

Tabla 5. Principales grupos diagnósticos del DSM-III (APA, 1980) y DSM-III-R (1987).

DSM-III	
Eje I: Síndromes clínicos	
	Trastornos mentales orgánicos
	Trastornos por uso de drogas
	Trastornos esquizofrénicos
	Trastornos paranoides
	Otros trastornos psicóticos
	Trastornos afectivos
	Trastornos de ansiedad
	Trastornos facticios
	Trastornos somatoformes
	Trastornos disociativos
	Trastornos psicosexuales
	Trastornos del sueño
	Trastornos en el control de impulsos
	Trastornos adaptativos
Eje II: Trastornos de la Personalidad y Trastornos de la Infancia y Adolescencia	
	Trastornos de la personalidad
	Trastornos que normalmente comienzan en la infancia y adolescencia
	a) Retraso mental
	b) Trastornos específicos del desarrollo
	c) Trastornos de la conducta alimentaria
	Otros trastornos y condiciones
Eje III: Enfermedades y condiciones físicas	
Eje IV: Estrésicos psicosociales	
Eje V: Funcionamiento adaptativo	

Ateoricismo

El DSM-II era pretendidamente ateorico y así se reconocía en el preámbulo de su publicación (APA, 1968). A pesar de esta declaración de intenciones, existían muchos conceptos latentes que tenían dicha clasificación, especialmente en el grupo de las neurosis y los cuadros psicofisiológicos. De hecho, no sólo se apelaba a la tradicional clasificación psi-

coanalítica de las neurosis, sino que conceptualmente se adoptaba un marco explicativo implícito de orientación psicoanalítica (Millon, 1983; Spitzer y otros, 1980).

La descriptividad del DSM-III no sólo se debe a un elemento circunstancial propio de cualquier empresa científica joven. De hecho, un elemento importante de esa ateoricidad reside en que si bien existen multitud de teorías o micro-

Tabla 6. Escala de intensidad de estrés psicosocial en adultos (DSM-III-R). Se presentan algunos ejemplos característicos de cada nivel de gravedad.

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

teorías explicativas en Psicopatología, lo cierto es que no existe consenso sobre la validez clínica y/o utilidad de las mismas. Un ejemplo algo esperpéntico de esta competencia de teorías son las diferentes propuestas que diferentes autores efectúan (Cattell, 1983; Eysenck y otros,

1983) para que se adopte *su* sistema clasificatorio *en vez de* las categorías del DSM-III, o bien la ridícula multitud de subtipos de «depresión» que han surgido a lo largo del tiempo (véase el Capítulo 31).

El DSM-III supone un intento de

Tabla 7. Escala de evaluación del funcionamiento adaptativo global del sujeto (DSM-III-R).

Evaluación global del funcionamiento (Escala GAF)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral en un hipotético continuum que va de la salud a la enfermedad mental. No se incluyen las incapacidades debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

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

Código

- 90 **Ausencia de síntomas o síntomas mínimos** (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), **buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia variedad de actividades, efectivo socialmente, generalmente satisfecho con su vida, no tiene más que los problemas o preocupaciones propias de la vida cotidiana** (por ejemplo, una discusión ocasional con alguno de los miembros de la familia).
- 81
- 80 **Si hay síntomas, son transitorios y son reacciones esperables ante el estrés psicosocial** (por ejemplo, dificultades para concentrarse después de una discusión familiar); **ligera incapacidad en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, retraso temporal en la realización de las tareas escolares).
- 71
- 70 **Algunos síntomas leves** (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o insomnio leve). **O dificultades en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, hacer novillos ocasionalmente, o robar en casa) **aunque, en general, el funcionamiento es bastante bueno y el sujeto tiene relaciones interpersonales significativas.**
- 61
- 60 **Síntomas moderados** (por ejemplo, aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial o crisis de angustia esporádicas). **O deterioro importante en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, pocos amigos o problemas con los compañeros de trabajo).
- 51
- 50 **Síntomas graves** (por ejemplo, ideas de suicidio, rituales obsesivos graves, pequeños robos en tiendas). **O deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar** (por ejemplo, ausencia de amigos o incapacidad para conservar el trabajo).
- 41
- 40 **Deterioro en la evaluación de la realidad o en la comunicación** (por ejemplo, el lenguaje es en ocasiones incoherente, oscuro o irrelevante). **O deterioro importante de diferentes áreas, como trabajo, escuela y relaciones familiares, capacidad de juicio, pensamiento o estado de ánimo** [por ejemplo, la persona deprimida evita los amigos, descuida la familia y es incapaz de trabajar; el niño golpea con frecuencia a otros niños más pequeños, en casa planta cara (desafía a sus padres), y fracasa en la escuela].
- 31

- 30 **La conducta está considerablemente influenciada por ideas delirantes y alucinaciones. O existe un deterioro importante en la comunicación y el juicio** (por ejemplo, algunas veces es incoherente, actúa de manera inapropiada en distintas situaciones, tiene ideas suicidas). **O incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (por ejemplo, quedarse en cama todo el día, o estar sin trabajo, sin casa o sin amigos).
- 21
- 20 **Peligro relativo de auto o heterolesión** (por ejemplo, intento de suicidio sin riesgo probable de muerte, violencia frecuente o excitación maniaca). **O abandono ocasional de la higiene personal mínima** (por ejemplo, oler mal o ir sucio). **O deterioro importante en la comunicación** (por ejemplo, incoherencia o mutismo).
- 11
- 10 **Peligro persistente de lesiones graves a sí mismo o a los demás** (por ejemplo, violencia recurrente). **O incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima. O intento de suicidio grave con claro riesgo de muerte.**
- 1

reducir al máximo marcos teóricos que pudieran interferir con una tarea meramente descriptiva. Su ateoricismo le lleva, por ejemplo, a *suprimir* el término «neurosis» con un gran rechazo y reprochables presiones políticas por parte de los psicoanalistas (Bayer y Spitzer, 1985; Millon, 1983; Cattell, 1983). Esta no es una decisión arbitraria sino que se partía de datos que demostraban que la distinción psicosis/neurosis no constituye un buen principio organizativo taxonómico. Así, por ejemplo, se ha descubierto que las «depresiones psicóticas» pueden darse, en el mismo individuo, en otra etapa de su depresión neurótica (Klerman y otros, 1979). Está bien O.K. a la política de compromisos adoptadas en la confección del DSM-III, se admite el término «neurosis» en referencia a las Alteraciones Obsesivo-compulsivas y a las Alteraciones de Pánico. Asimismo, el término «distimia» viene a salvar el hueco dejado por la «neurosis depresiva».

Por otro lado, no se debe caer en la ilusión de que un sistema descriptivo puede ser totalmente aséptico y ajeno a todo marco teórico. La construcción de

un sistema de clasificación exige una toma de decisiones continua respecto a los sistemas de medida, organización de las agrupaciones, etc. Además la misma «observación» en realidad parte de categorías previas que guían los criterios de inclusión o exclusión que se utilizan (Robins y Helzer, 1986). En efecto, en la confección de los criterios operativos se han seleccionado algunos síntomas o unidades de análisis y, a la vez, se han ignorado otros.

Modelo de agrupación

La organización interna que subyace en el DSM-III merece un comentario adicional. Los sistemas de una clasificación difieren en cuanto a su grado de jerarquización. Así, mientras el DSM-I permitía sólo un diagnóstico, el DSM-II permitía efectuar *diagnósticos múltiples*. Por ejemplo, en este último sistema era incluso obligatorio ofrecer un diagnóstico de «Síndrome Orgánico Cerebral» cuando la «Deficiencia Mental» era causada por una condición física específica.

Esto plantea el problema de cuál es el diagnóstico prominente. La ICD-9 es fuertemente jerárquica: las psicosis tienen una mayor jerarquía que las neurosis y éstas, a su vez, mayor que la de las alteraciones de la personalidad; asimismo, las alteraciones orgánicas poseen una mayor prelación que las funcionales. La decisión jerárquica en el DSM-III consiste en otorgar el diagnóstico principal al problema por el que se solicitó ayuda.

Todo esto plantea problemas teóricos y prácticos no resueltos: ¿se deben tratar ambos cuadros como si fuesen independientes?, ¿interactúan de algún modo?, etc. (véase Mezzich y otros, 1987). Una situación típica en Psicopatología es aquella en la que dos problemas coexisten. Por ejemplo, es habitual la covariación entre alteraciones de ansiedad y depresión (ejemplo: Maser y Cloninger, 1988; Leckman y otros, 1983). Estos últimos autores hallaron que de una muestra de 133 pacientes con depresión mayor, el 58 % *también* cumplía los criterios de agorafobia, ansiedad generalizada, o pánico.

El establecimiento de las jerarquías se establece a menudo mediante principios de *exclusión*, como sucede en los criterios de Feighner y otros, y en los RDC (véase Boyd y otros, 1984). En este caso, la existencia de un diagnóstico *impide* la formulación de otro. Como ejemplo de esta perspectiva, en el DSM-III, como regla general, el diagnóstico en el Eje 2 no se debe formular si los síntomas sólo están presentes cuando la alteración del Eje 1 está activa. Así, por ejemplo, no se diagnóstica un «Trastorno compulsivo de la personalidad» (Eje 2) si las características compulsivas de la personalidad sólo están presentes cuando el paciente muestra un episodio de un «Trastorno Obsesivo-compulsivo» (Eje 1). Desgra-

ciadamente, en el DSM-III no se menciona el tipo de relaciones —causativas o meramente temporales— entre múltiples diagnósticos.

Los criterios de exclusión son útiles con el fin de intentar homogeneizar muestras. En la mayoría de las clasificaciones en Psicopatología se considera que los síndromes orgánicos están en la escala más alta de la jerarquía. La jerarquía también se puede analizar en un nivel sintomatológico. En efecto, Sturt (1981), basándose en la idea de que existen jerarquías de síntomas (Foulds, 1976; Foulds y Bedford, 1975) ha propuesto el principio general de que aquellos sujetos que muestran síntomas de clases jerárquicamente superiores (ejemplo: delirios), también muestran síntomas de órdenes inferiores (ejemplo: ansiedad). Los delirios de desintegración estarían en la cúspide de la jerarquía, sucediéndoles después, en este orden, otros delirios, síntomas neuróticos y, por último, estados distímicos. En nuestra opinión, una concepción jerárquica semejante también se observa en algunos procedimientos para efectuar diagnósticos mediante algoritmos computacionales (Wing y otros, 1974; Surtees y Kendell, 1979).

No obstante, las bases teóricas del establecimiento de un sistema jerárquico en Psicopatología distan de estar claras. Dados estos problemas y dada además la ausencia de evidencia empírica consistente sobre la política de diagnósticos excluyentes (Boyd y otros, 1984), en el futuro DSM-IV hay intenciones de hacer desaparecer estas jerarquías.

Fiabilidad

El DSM-III ha contribuido de modo importante a variar la visión pesimista

existente sobre la fiabilidad diagnóstica. Una de las características que condujeron a perfeccionar el sistema y dotarle de una mayor fiabilidad, fue el hecho de que, *antes* de su publicación, fue sometido a pruebas reales de fiabilidad interjueces en las categorías diagnósticas más importantes. Un elemento importante de este proceso previo de fiabilidad es que fue llevado a cabo por clínicos en su actividad cotidiana y no por especialistas. Es decir, los observadores no fueron personas especialmente entrenadas para efectuar diagnósticos o personas ligadas directamente al proyecto del DSM-III. Como se señala en la introducción del DSM-III (APA, 1980), en estos estudios de campo previos a la publicación del manual —para los que utilizaron sucesivos borradores del DSM-III— participaron 12.667 pacientes, evaluados por aproximadamente 550 clínicos de sitios diferentes.

Los datos proporcionados en los estudios de fiabilidad previos fueron alentadores. Los valores medios del índice *kappa* ($N = 650$) fueron 0.70 para el Eje 1 (oscilando desde 0.46 para trastornos somatoformes a 0.83 para abuso de sustancias o 0.74 para trastornos afectivos mayores) y de 0.60 para el Eje 2 (Spitzer y otros, 1979). En el resto de los ejes, estos fueron los valores medios de *K*: Eje 4 = 0.63 ($N = 601$), Eje 5 = 0.86 ($N = 638$) —véase Spitzer y Forman (1979) y APA (1980).

Con las características del DSM-III, se minimizan las fuentes de variabilidad diagnóstica que comentamos en capítulo anterior. En este contexto, una de las ventajas del uso de criterios bien definidos, al igual que sucede con los RDC, es que tanto el tipo de entrenamiento, psicológico o psiquiátrico (Morey, 1980), como la intensidad del mismo (Webb y otros, 1981b; Robins y otros, 1981; An-

dreasen y otros, 1982), no parece afectar significativamente la fiabilidad diagnóstica. Así pues, el DSM-III, a diferencia de los DSM-I, DSM-II, y los ICD, reduce la exigencia de la experiencia clínica para poder efectuar el diagnóstico. No obstante, aunque el DSM-II se creó con la pretensión de que tan sólo fuese utilizado por clínicos muy experimentados, autores como Kendell (1973, 1975) pusieron de manifiesto que, en el empleo de dicho sistema, una mayor experiencia clínica *no* aseguraba una mayor fiabilidad diagnóstica.

ASPECTOS CRÍTICOS DEL DSM-III

Antes de sondear sus aspectos críticos, es necesario resaltar que el DSM-III es un punto histórico de no retorno para la investigación y la ordenación teórica de la Psicopatología. La ausencia de hipótesis teóricas en el DSM-III ha constituido un fermento favorecedor de la construcción teórica de la disciplina y, en este sentido, ha supuesto realmente una ruptura epistemológica en el devenir histórico de la Psicopatología (Klerman, 1986).

Sin embargo, es necesario hacer esfuerzos para extender el uso de este tipo de aproximación formal (es decir, con criterios operativos) al diagnóstico. En efecto, en la *práctica cotidiana* aún hay una marcada resistencia a utilizar etiquetas diagnósticas basadas en clasificaciones oficiales (Kendell, 1973b; Mezzich y otros, 1985) y, además, el conocimiento que tienen los clínicos de estos criterios diagnósticos es, por el momento, desgraciadamente bajo (Rubinson y otros, 1988).

Es digno de resaltar cómo muchos autores de tendencias diversas (ejemplo:

Greist y otros, 1986; Turner y Hersen, 1984; Rosenhan y Seligman, 1984) comienzan a apelar a términos descriptivos comunes para caracterizar un cuadro patológico. Esta disposición abierta hacia clasificaciones «psiquiátricas» se debe, en gran medida, a esquemas clasificatorios atóricos como el DSM-III. En todo caso, la aceptación del DSM-III no debe en modo alguno impedir un análisis crítico de sus problemas conceptuales y metodológicos. A continuación revisaremos algunas áreas conflictivas de esta clasificación.

Categorías clínicas. No discutiremos en extensión el problema de la inclusión de ciertas categorías o la organización interna de las mismas, pero señalaremos que éste es un tema de controversia. Por ejemplo, las subcategorías de las alteraciones infantiles parecen bastante endebles y poco ligadas al cuerpo de datos empíricos existentes (Achenbach, 1980). Asimismo, en el Eje 2 se mezclan los trastornos de la Personalidad y de la Infancia cuando, conceptualmente, no tienen ningún punto de contacto.

Existen importantes categorías, como la de los Trastornos de Personalidad, cuya validez está aún por demostrar. Aunque a este respecto el DSM-III ha iniciado una nueva aproximación, rompiendo con las obsoletas concepciones psicoanalíticas y abriéndose a concepciones derivadas del aprendizaje social (Millon, 1983), lo cierto es que se requiere que tales trastornos sean validados minuciosamente y se efectúe una conexión más decidida con la investigación básica en Personalidad. Igualmente, la nueva clasificación de los Trastornos del Sueño del DSM-III-R aún no ha sido suficientemente validada.

Modo de construcción. A pesar de sus innegables virtudes y mejoras respecto a otras nosologías, al DSM-III se le ha

criticado que su construcción se ha basado en criterios políticos y clínicos, anteponiendo el consenso a la ciencia (Robins y Helzer, 1986; Sprock y Blashfield, 1984; Millon, 1983) y esta filosofía conciliadora, a pesar de ser «su mayor virtud» (véase Eysenck y otros, 1983), se aleja de lo que debe ser una clasificación científica. A este respecto, no insistiremos de nuevo en la aparente *arbitrariedad* de la selección y delimitación de los criterios diagnósticos presentes en el DSM-III.

Asimismo, la citada confluencia de intereses económicos ha favorecido que se cubra un número excesivo de categorías diagnósticas, careciendo muchas de ellas de datos de fiabilidad y validez. Así, por ejemplo, poseen un dudoso valor las categorías monosintomatológicas (ejemplo: cleptomanía, amnesia psicógena, fuga psicógena, etc). Estas categorías, en general de escasa importancia clínica, poseen una definición muy vaga y normalmente suelen ser síntomas de otras alteraciones. Por otro lado, en el Manual se proporciona una información muy pobre de las mismas y con una absoluta ausencia de criterios operativos.

Evaluación de los Ejes 4 y 5. Es de alabar la adopción de un sistema diagnóstico multiaxial. Sin embargo, la evaluación de los estresores y del funcionamiento adaptativo del individuo (Ejes 4 y 5) se efectúa de un modo bastante subjetivo e impreciso. Sería deseable la inclusión de procedimientos de medida bien validados y menos simples que, de hecho, ya existen en la investigación psicológica (Eysenck y otros, 1983; Sprock y Blashfield, 1984).

Ausencia de indicaciones terapéuticas. El ateoricismo del DSM-III se refleja no sólo en la aparente ausencia de hipótesis etiológicas sino también en la ausencia

de recomendaciones terapéuticas, algo criticado tanto por terapeutas conductuales (Harris, 1979; Eysenck y otros, 1983) como psicodinámicos (Krasu y Skodol, 1980). En consecuencia, una posible innovación del DSM-IV puede ser sugerir estrategias terapéuticas para diversos cuadros lo que constituye, no lo olvidemos, un importante factor de utilidad de las nosologías (Frances y otros, 1985). No obstante, estas recomendaciones constituirán con toda probabilidad un punto de conflicto dado que la investigación de la eficacia en la actualidad no permite efectuar aseveraciones tajantes sobre la efectividad de unos u otros métodos.

Sesgos del clínico. No conviene olvidar que una categoría diagnóstica es un simple predicado que se dice sobre el sujeto. La adscripción de un sujeto a una etiqueta diagnóstica determinada puede conllevar el peligro de incurrir en la ilusión de que con eso ya se comprende el fenómeno (Kendell, 1975; Sprock y Blashfield, 1984). En este sentido, uno de los riesgos de confiar en las propiedades «descriptivas» de una categoría es que puede favorecer que los clínicos no recojan información idiosincrática y descriptiva del paciente y en la historia clínica se recoja finalmente un simple código numérico o un adjetivo (ejemplo: «trastorno esquizofrénico»), lo que puede limitar tanto la actuación de los clínicos es el presente como las investigaciones retrospectivas que se realicen en el futuro (Escobar, 1989).

En este sentido, los terapeutas de conducta, celosos en la recogida de información específica sobre las conductas-problema del paciente, también han sugerido la necesidad de combinar ambas estrategias (la individual y la diagnóstica general) en el acopio de información sobre el paciente. En definitiva, el pano-

rama actual parece ser el de aceptar el *statu quo* diagnóstico (esto es, el DSM-III-R) aunque *combinando* estos sistemas categoriales con un diagnóstico conductual que proporcione información específica e idiosincrática de cada paciente, lo que constituye una condición prácticamente imprescindible para una intervención terapéutica adecuada (Nelson, 1987; Hersen, 1988).

La necesidad de recabar información específica del paciente se asienta no sólo en cuestiones prácticas, sino que se deriva incluso de la propia filosofía del DSM-III, que acepta intrínsecamente la existencia de notables diferencias individuales en personas con un mismo diagnóstico. En efecto, el DSM-III es un sistema *politético*, es decir, para que un sujeto reciba un diagnóstico no se requiere que cumpla todos y cada uno de los elementos que componen un criterio. Este procedimiento tiene la ventaja de que la fiabilidad del sistema se incrementa (Sprock y Blashfield, 1984) pero, a la vez, facilita la existencia de grandes diferencias individuales en personas agrupadas bajo una misma etiqueta diagnóstica. Por ejemplo, para efectuar el diagnóstico de «Trastorno paranoide de la personalidad» según el DSM-III, se requiere que el sujeto cumpla al menos 3 de 8 síntomas de un primer criterio, 2 de 4 síntomas de un segundo criterio, y otros 2 de 4 síntomas de un tercer criterio. Esto quiere decir que, en teoría, a dicho diagnóstico se puede llegar ya partir de 2.866 combinaciones posibles de síntomas*, y, en consecuencia, aunque haya cierta homogeneidad en los individuos que pertenecen a una categoría, sin

* Resultantes del siguiente producto combinatorio:

$$\binom{8}{3} \times \binom{4}{2} \times \binom{4}{2}$$

duda existirán grandes diferencias interindividuales en personas diagnosticadas con el mismo cuadro.

En definitiva, la información diagnóstica categorial ha de complementarse, especialmente en la planificación terapéutica, con métodos de recogida de información que permitan individualizar el tratamiento y la comprensión del caso.

Modelo médico. A veces se ha criticado al DSM-III por subyacer en él un «modelo médico» de los trastornos mentales. Sin embargo, la definición de trastorno mental que de hecho se asume en esta clasificación no responde en modo alguno a una concepción organicista. Además, este tipo de críticas parecen no tener en cuenta que el significado del término «modelo médico» está muy diluido (Spitzer, 1981a). A veces, las críticas al modelo médico parten de «propaganda ambientalista» (sic) (Eysenck y otros, 1983) en la que no se tiene en cuenta la mencionada multiplicidad de significados de dicho modelo y, con la que, además, en ocasiones se incurre en reduccionismos de signo contrario. Como afirma Lee Robins (1981), un médico hace muchas cosas y, una buena parte de ellas, no obedece en absoluto a un quehacer biológico. De hecho, la propia definición de «enfermedad» y «paciente» es confusa y ambigua (Eitinger, 1978) dado que cada vez es más claro que diversos los elementos psicosociales y neurobiológicos convergen *simultáneamente* en casi cualquier enfermedad y, por lo tanto, no es adecuado el empleo de explicaciones reduccionistas de ningún tipo (Guze, 1977).

Procesos versus categorías. Es muy posible que para el análisis de los *procesos* y *mecanismos* psicológicos y fisiológicos subyacentes a la Psicopatología, el diagnóstico clínico tenga actualmente un valor limitado. La investigación de

los fenómenos psicopatológicos (ejemplo: alteraciones del pensamiento, alucinaciones, etc.) puede que sea más fructífera si se estudian directamente, prescindiendo de la categoría diagnóstica (ejemplo: esquizofrenia). Así, por ejemplo, si se desean analizar las alteraciones del pensamiento, la estrategia habitualmente empleada de comparar sujetos esquizofrénicos con no esquizofrénicos en dicha variable puede ser inadecuada pues no todos los pacientes esquizofrénicos manifiestan tales alteraciones y, por el contrario, dichas alteraciones están presentes en personas diagnosticadas con otros cuadros (Persons, 1986; Vázquez, Ochoa, y Fuentenebro, 1989).

PERSPECTIVAS FUTURAS: HACIA EL DSM-IV Y EL ICD-10

De momento no existen alternativas nosológicas razonables al DSM-III-R. La Asociación Psicológica Americana creó en 1977 un comité para elaborar una clasificación oficial alternativa al DSM-III. El objetivo de esta Clasificación conductual (*Behavioral Classification*) era proporcionar un sistema clasificatorio fiable, basado en principios teóricos firmes, y útil para predecir el curso y/o tratamiento (Task Force, 1977). Desgraciadamente, dadas las diferencias conceptuales entre las diversas orientaciones psicológicas, fue imposible llegar a un acuerdo, seguramente debido a que la mayoría de los psicólogos no parecen aceptar una descripción conductual objetiva, tal y como se proponía inicialmente en el proyecto del sistema, como un procedimiento efectivo diagnóstico (Smith y Kraft, 1983).

En la encuesta efectuada a 556 miembros de la División de Psicoterapia de la

Asociación Psicológica Americana, se encontró que si bien los psicólogos mayoritariamente rechazan el DSM-III como la «mejor alternativa diagnóstica posible», no existe acuerdo respecto a cuál sería el sistema diagnóstico deseable. Resulta interesante conocer, por ejemplo, que los más abiertos al enfoque del DSM-III eran los psicólogos conductuales, lo que no es de extrañar dado el énfasis de este sistema de clasificación en conductas o síntomas manifiestos y observables (Silva, 1989). Si bien no existe acuerdo entre los psicólogos sobre la viabilidad de un sistema alternativo, parece haber bastante coincidencia en la necesidad de subrayar, en clasificaciones futuras, factores sociales e interpersonales (Smith y Kraft, 1983; Benjamin, 1986).

¿Cuál es la evolución previsible de los sistemas diagnósticos? Resulta curioso observar que mientras que el objetivo inicial de las DSM ha sido tradicionalmente seguir la estela de las clasificaciones de la OMS, la ICD-10, que se espera sea publicada alrededor de 1991, se inspirará en el DSM-III. Así, la ICD-10 posiblemente adoptará un esquema multiaxial (Mezzich, 1988), proporcionará definiciones más precisas de las categorías y más criterios clínicos de lo que era habitual en la ICD-9 (Sartorius, 1988; Cooper, 1988; Brämer, 1988), y se publicará tras efectuar estudios previos de fiabilidad con el objeto de realizar los ajustes nosológicos oportunos (Burke, 1988; Sartorius, 1988). No obstante, la ICD-10, dado su mayor compromiso político y su propósito de aceptación internacional, será menos innovadora que el DSM-III y DSM-III-R puesto que no incluirá el empleo de criterios operativos. Una importante carencia del DSM-III (además de la falta de referencias bibliográficas), que será subsanada en la

ICD-10, es la descripción de casos clínicos lo que constituirá un importante auxiliar didáctico.

El DSM-IV no tendrá grandes innovaciones. Seguramente tendrá menos categorías, se incluirá descripciones de casos clínicos, y se proporcionará métodos de diagnóstico computarizado. En cualquier caso, todos estos cambios deberán estar respaldados por los estudios empíricos de fiabilidad y validez que se efectúen hasta entonces en el DSM-III y sus sucesivas revisiones (Sprock y Blashfield, 1984).

En la confección de cualquier sistema clasificatorio hay multitud de factores de presión (económicos, de estatus profesional, etc.) ajenos a los cánones ideales de la ciencia (Bursten, 1984). A pesar de este obstáculo, es deseable que la evolución de los sistemas clasificatorios se oriente cada vez más hacia el uso de métodos empíricos y, en lo posible, hacia métodos matemáticos (ejemplo: análisis de clusters), para la confección de las categorías y los criterios de clasificación.

Por último, no nos parece ocioso insistir en la idea de que la viabilidad y utilidad del DSM-III, como la de cualquier otro sistema nosológico (Silva, 1989), se ha de establecer mediante un proceso continuo de validación empírica para el que pueden aportarse, como indicamos en el capítulo anterior, multitud de fuentes de información (curso, pronóstico, correlatos fisiológicos, etc.). Este proceso está actualmente abierto respecto al DSM-III-R.

Quisiéramos terminar con las palabras de Zigler y Phillips (1961) quienes al final de su influyente estudio sobre la heterogeneidad de síntomas en las diversas categorías diagnósticas, afirmaban que «...los sistemas de clasificación deben considerarse como herramientas pa-

ra ulteriores descubrimientos, no como bases para disputas polémicas» (pág. 75). Creemos que éste es el espíritu con el que debe abordarse la utilización y la crítica de los sistemas de clasificación y diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- ABELES, N.: «Proceedings of the APA, Incorporated, for the year 1980», *American Psychologist*, 36, 552-586, 1981.
- ACHENBACH, T. M.: «DSM-III in light of empirical research on the classification of child psychopathology», *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 395-412, 1980.
- ADAMS, H. E., y HABER, P.: «The classification of abnormal behavior: An overview». En H. E. Adams y P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. Plenum. Nueva York, 1984.
- American Psychiatric Association.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (1 st. ed.), American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1952.
- American Psychiatric Association.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (2 nd. ed.), American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1968.
- American Psychiatric Association.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3 rd. ed.), American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980. (Trad. esp. en Masson, 1983).
- American Psychiatric Association.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3 rd. ed.), American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1987. (Trad. esp. en Masson, 1988).
- ANDREASEN, N. C., y GROVE, W.: «The classification of depression: A comparison of traditional and mathematically derived approaches». *American Journal of Psychiatry*, 139, 45-52, 1982.
- BAYER, S. J., y SPITZER, R. L.: «Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history

of the controversy», *Archives of General Psychiatry*, 42, 187-199, 1985.

- BENJAMÍN, L. S.: «Adding social and intrapsychic descriptors to Axis I of DSM-III», En T. Millon y G. Klerman, *Contemporary directions in Psychopathology: Towards the DSM-IV*. Guilford, Nueva York, 1986.
- BOYD, J. H.; BURKE, J. D.; GRUENBERG, E.; HOZER, C. A., y otros.: «Exclusion criteria of DSM-III», *Archives of General Psychiatry*, 41, 983-989, 1984.
- BRAMER, G. R.: «Tenth revision of the ICD-in progress», *British Journal of Psychiatry*, 152, (Suppl.), 29-32, 1988.
- BROCKINGTON, J. F.; KENDELL, R. E., y LEFF, J. P.: «Definitions of schizophrenia: Concordance and prediction of outcome», *Psychological Medicine*, 8, 387-398, 1978.
- BURKE, J. D.: «Field trials of the 1987 draft of Chapter V (F) of ICD-10», *British Journal of Psychiatry*, 152, (Suppl.), 33-37, 1988.
- BURSTEN, B.: «DSM-III, "the medical model", and Turf battles», *American Psychologist*, 35, 703, 1984.
- CATTELL, R. B.: «Let's end the duel», *American Psychologist*, 769-776, 1983.
- COOPER, J. E.: «The structure and presentation of contemporary psychiatric classifications with special reference to ICD-9 and 10», *British Journal of Psychiatry*, 152, (Suppl.), 21-28, 1988.
- COOPER, J. E.; KENDALL, R. E.; GURLAND, B. J.; SHARPE, L.; COPELAND, J. R., y SIMON, R. J.: *Psychiatric diagnosis in New York and London*. Maudsley Monographs, Oxford, University Press Londres, 1972.
- EITINGER, L.: «Redefining the psychiatric concepts of disease», *Psychiatric Annals*, 8, 631-635, 1978.
- ENGEL, G. L.: «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine», *Science*, 196, 129-135, 1977.
- ESCOBAR, J. I.: «El diagnóstico psiquiátrico. Principios generales, nuevos sistemas diagnósticos e instrumentos diagnósticos estructurados», *Psiquis*, 3, 73-81, 1982.
- ESCOBAR, J.: «Comunicación personal», 1989.
- EYSENCK, H. J.; WAKEFIELD, J. A., y FRIEDMAN, A. F.: «Diagnosis and clinical assess-

- ment: The DSM-III», *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193, 1983.
- FEIGHNER, J. P., y HERBSTEIN, J.: «Diagnostic validity», en C. G. Last y M. Hersen (Eds.), *Issues in diagnostic research*. Plenum, Nueva York, 1987.
- FEIGHNER, J. P.; ROBINS, E.; GUZE, J. B.; WOODRUFF, R. A.; WINOKUR, G., y MUÑOZ, R.: «Diagnostic criteria for use in psychiatric research», *Archives of General Psychiatry*, 26, 56-73, 1972.
- FOULDS, G. A.: *The hierarchical nature of personal illness*, Academic, Nueva York, 1976.
- FOULDS, G. A., y BEDFORD, A.: «Hierarchy of classes of personal illness», *Psychological Medicine*, 5, 181-192, 1975.
- FRANCES, A.; CLARKIN, J., y PERRY, S.: *Differential Therapeutics in psychology*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1985.
- GARMEZY, N.: «DSM-III: never mind the psychologists-Is it good for the children?», *Clinical Psychology*, 31, 4-6, 1978.
- GRIEST, H.; JEFFERSON, W., y SPITZER, R. L.: *Tratamiento de los trastornos mentales*. El Manual Moderno, (Orig. 1981), México, 1986.
- GROVE, W. M.; ANDREASEN, N. C.; McDONALD-SCOTT, P.; KELLER, M. B., y SHAPIRO, R. W.: «Reliability studies in psychiatric diagnosis: Theory and practice», *Archives of General Psychiatry*, 38, 408-413, 1981.
- GUZE, S. B.: «The future of psychiatry: Medicine or social science?», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 165, 225-230, 1977.
- GUZE, S. B.: «Nature of psychiatric illness: Why psychiatry is a branch of Medicine?», *Comprehensive Psychiatry*, 19, 295-307, 1978.
- HELZER, J. E.; BROCKINGTON, I. F., y KENDELL, R. E.: «Predictive validity of DSM-III and Feighner definitions of schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 38, 791-797, 1981.
- HELZER, J. E.; ROBINS, L. N.; PAMBAKIAN, R.; TABLESON, M.; WOODRUFF, R. A.; REICH, T., y WISH, E.: «Reliability of psychiatric diagnosis: I. A methodological review», *Archives of General Psychiatry*, 34, 129-133, 1977.
- HERSEN, M.: «Behavioral assessment and psychiatric diagnosis», *Behavioral Assessment*, 10, 107-121, 1988.
- HERSEN, M., y TURNER, S. M.: «DSM-III and behavior therapy», en S. M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis*, (págs. 485-502), Wiley, Nueva York, 1984.
- HYLER, S. E.; WILLIAMS, J. B., y SPITZER, R. L.: «Reliability in the DSM-III field trials: Interview vs. case summary», *Archives of General Psychiatry*, 39, 1275-1278, 1982.
- KANFER, F. H., y SASLOW, G.: «Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification», *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538, 1965.
- KATZ, M. M.; SECUNDA, S. K.; HIRSCHFELD, R. M. y otros: «Clinical Research Branch Collaborative Program on the Psychobiology of Depression», *Archives of General Psychiatry*, 36, 765-771, 1979.
- KENDELL, R. E.: «Psychiatric diagnosis: A study of how they are made», *British Journal of Psychiatry*, 122, 437-447, 1973.
- KENDELL, R. E.: *The role of diagnosis in psychiatry*, Blackwell, Oxford, 1975.
- KENDELL, R. E.; COOPER, J. E.; GOURLAY, A. J.; COPELAND, J.; SHARPE, L., y GURLAND, B. J.: «Diagnostic criteria of American and British psychiatrists», *Archives of General Psychiatry*, 25, 123-130, 1971.
- KLERMAN, G. L.: «The evolution of scientific nosology», en J. C. Shershow (Ed.), *Schizophrenia: Science and practice*. Harvard University Press, Cambridge, 1978.
- KLERMAN, G.: «Historical perspectives on contemporary schools of Psychopathology», en T. Millon y G. Klerman, *Contemporary directions in Psychopathology: Towards the DSM-IV*, Guilford, Nueva York, 1986.
- KLERMAN, G. L.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R. L., y HIRSCHFELD, R. M.: «Neurotic depressions: A systematic analysis of multiple criteria and meanings», *American Journal of Psychiatry*, 136, 57-61, 1979.
- LECKMAN, J. F.; MERIKANGAS, K. R.; PAULS, D. L.; PRUSOFF, B. A., y WEISSMAN, N. M.: «Anxiety disorders associated with episodes of depression: Family study data contradict DSM-III convention», *American Journal of Psychiatry*, 140, 880-882, 1983.
- MASER, J. D., y CLONINGER, C. R.: (Eds.) *Comorbidity in anxiety and mood disorders*, American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1988.
- MCGUIRE, R. J.: «Classification and the problem of diagnosis», en H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology*, CA: EdITS, San Diego, 1973.
- MEIER, A.: «The RDC: Historical background, development, validity, and reliability», *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 167-178, 1979.
- MENNINGER, K.: *The vital balance*, Viking, Nueva York, 1963.
- MEZZICH, A. C.; MEZZICH, J. E., y COFFMAN, G. A.: «Reliability of DSM-III in child psychopathology», *Journal of the American Academy of Psychiatry*, 24, 273-280, 1985.
- MEZZICH, J.: «Diagnosis and classification», en S. M. Turner y M. Hersen, (Eds.), *Adult Psychopathology and diagnosis*, Wiley, Nueva York, 1984a.
- MEZZICH, J.: «Multiaxial diagnostic systems in psychiatry», En H. I. Kaplan, B. J. Sadock, (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, (4.ª ed.). Williams y Wilkins, Baltimore, 1984b.
- MEZZICH, J.: «On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10», *British Journal of Psychiatry*, 152, (Suppl.), 38-43, 1988.
- MEZZICH, J. E.; FABREGA, H.; MEZZICH, A., y COFFMAN, G. A.: «International experience with DSM-III», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 738-741, 1985.
- MEZZICH, J. E.; GOODPASTOR, W., y MEZZICH, A. C.: «Structural issues in diagnosis», en C. G. Last y M. Hersen, (Eds.), *Issues in diagnostic research*, Plenum, Nueva York, 1987.
- MILLER, L. S.; BERGSTROM, D. A.; CROSS, H. J., y GRUBE, J. W.: «Opinions and use of the DSM-III system», *Professional Psychology*, 12, 385-390, 1981.
- MILLON, T.: «The DSM-III: An insider's perspective», *American Psychologist*, 38, 804-814, 1983.
- MOREY, L. C.: «Differences between psychologists and psychiatrists in the use of the DSM-III», *American Journal of Psychiatry*, 37, 1215-1223, 1980.
- NELSON, R. O.: «DSM-III and behavioral assessment», en C. G. Last y M. Hersen, (Eds.), *Issues in diagnostic research*, Plenum, Nueva York, 1987.
- OVERALL, J. E., y HOLLISTER, L. E.: «Comparative evaluation of research diagnostic criteria for schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 36, 1198-1205, 1979.
- PERSONS, J. B.: «The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses», *American Psychologist*, 41, 1252-1260, 1986.
- RIES, R.; BOKAN, J., y SCHUCKIT, M. A.: «Modern diagnosis of schizophrenia in hospitalized psychiatric patients», *American Journal of Psychiatry*, 137, 1419-1421, 1980.
- ROBINS, L. N.: «Critique of the labeling theory paradigm», en C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman, y P. Maxim (Eds.), *Models for clinical psychopathology*, SP Medical y Scientific Books, Nueva York, 1981.
- ROBINS, L. N., y HELZER, J. E.: «Diagnosis assessment: The current state of psychiatric diagnosis», *Annual Review of Psychology*, 37, 409-432, 1986.
- ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; CROUGHAN, J., y RATCLIFF, K. S.: «National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity», *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389, 1981.
- ROGERS, C. R.: *Client-centered therapy*, Houghton Mifflin, Boston, 1951.
- ROSENHAN, D., y SELIGMAN, M. E. P.: *Abnormal Psychology*, Norton, Nueva York, 1984.
- RUBISON, E. P.; ASNIS, G. M., y HARVAKY, F. J.: «Knowledge of the criteria for major depression: A survey of mental health professionals», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 480-484, 1988.
- SARTORIUS, N.: «International perspectives of psychiatric classifications», *British Journal*

- of *Psychiatry*, 152, (Suppl.), 9-14, 1988.
- SCHACHT, T., y NATHAN, P. E.: «But is it good for psychologists? Appraisal and status of DSM-III». *American Psychologist*, 32, 1017-1025, 1977.
- SCHWARTZ, G. E.: «Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine?». *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 50, 1040-1053, 1982.
- SHAPIRO, M. B.: «A reassessment of clinical psychology as an applied science». *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 1-11, 1985.
- SILVA, F.: *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Pirámide, Madrid, 1989.
- SMITH, D., y KRAFT, W. A.: «DSM-III: Do psychologists really want an alternative?». *American Psychologist*, 38, 777-776, 1983.
- SPITZER, R. L.: «Nonmedical myths and the DSM-III». *APA Monitor*, 12, 33, 1981a.
- SPITZER, R. L.: «The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues». *American Journal of Psychiatry*, 138, 210-215, 1981b.
- SPITZER, R. L., y ENDICOTT, J.: «Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria». en R. L. Spitzer y D. Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis*. Raven Press, Nueva York, 1978.
- SPITZER, R. L., y FLEISS, J. L.: «A reanalysis of the reliability of psychiatric diagnosis». *British Journal of Psychiatry*, 125, 341-347, 1974.
- SPITZER, R. L., y WILSON, P. T.: «Clasificación en psiquiatría». en A. M. Freedman, H. I. Kaplan, y B. J. Sadock (Eds.), *Tratado de Psiquiatría (Vol. 1)*, Salvat, (Orig. 1980), Barcelona, 1982.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J., y ROBINS, E.: *Research Diagnostic Criteria for a selected group of functional disorders*, Biometrics Research, New York Psychiatric Institute, Nueva York, 1975.
- SPITZER, R. L.; FORMAN, J. B., y NEE, J.: «DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability». *American Journal of Psychiatry*, 136, 815-817, 1979.
- SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B., y SKODOL, A. E.: «DSM-III: The major achievements

and an overview». *American Journal of Psychiatry*, 137, 151-164, 1980.

- SPROCK, J., y BLASHFIELD, R. K.: «Classification and nosology», en M. Hersen, A. E. Kazdin, y A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*, Pergamon, Nueva York, 1984.
- STRAUSS, J. S.: «A comprehensive approach to psychiatric diagnosis». *American Journal of Psychiatry*, 132, 1193-1197, 1975.
- STURT, E.: «Hierarchical patterns in the distribution of psychiatric symptoms». *Psychological Medicine*, 11, 783-794, 1981.
- SURTEES, P. G., y KENDELL, R. E.: «The hierarchy model of psychiatric symptomatology: An investigation based on Present State Examination ratings». *British Journal of Psychiatry*, 135, 438-443, 1979.
- SZASZ, T.: «The myth of mental illness». *American Psychologist*, 15, 113-118, 1960.
- Task Force on Descriptive Behavioral Classification: *Final Report. Phase I*. American Psychological Association, Washington, DC, 1960.
- TURNER, S. M., y HERSEN, M.: (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis*, Wiley, Nueva York, 1984.
- VÁZQUEZ, C., y POLAINO, A.: «La indefinición aprendida en el hombre: revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo». *Estudios de Psicología*, 11, 69-90, 1982.
- VÁZQUEZ, C.; OCHOA, E. F. L.; FUENTENEBRO, F., y SANTOS, J. L.: «Cognición y esquizofrenia (II): memoria, pensamiento, y lenguaje». *Monografías en Psiquiatría*, 1, 32-39, 1989.
- WEBB, L. J.; DICLEMENTE, C. C.; JOHNSTONE, E. E.; SANDERS, J. L., y PERLEY, R. A.: *DSM-III training guide*. Brunner/Mazel, Nueva York, 1981a.
- WEBB, L. J.; GOLD, R. S.; JOHNSTONE, E. E., y DICLEMENTE, C. C.: «Accuracy of DSM-III diagnoses following a training program». *American Journal of Psychiatry*, 138, 376-378, 1981b.
- WILLIAMS, J. B. W.: «Clasificación psiquiátrica», en J. A. Talbot, R. E. Hales, y S. C. Yudofsky (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*. Ancora, (Original: 1988), Barcelona, 1989.
- World Health Organization: *International*

Pilot Study of Schizophrenia, Vol. 1, Author, Geneva, 1973.

- ZIGLER, E., y PHILLIPS, L.: «Psychiatric diagnoses and symptomatology». *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 69-75, 1961.
- ZUBIN, J.: «Use of research instruments in psychopathological assessment: Some historical perspectives», en S. Wetzler (Ed.), *Measuring mental illness: Psychometric assessment for clinicians*, D. C.: American Psychiatric Press, Washington, 1989.
- ZUBIN, J., y GURLAND, B. J.: «The United States-United Kingdom project on diagnosis of the mental disorders», en L. L. Adler (Ed.), *Issues in cross-cultural research*, New York Academy of Science, Nueva York, 1977.
- ZUBIN, J.; SALZINGER, K.; FLEISS, J. L.; GURLAND, B.; SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J., y SUTTON, S.: «Biometric approach to psychopathology». *Annual Review of Psychology*, 26, 621-671, 1975.
- ZWICK, R.: «Assessing the psychometric properties of psychodiagnostic systems: How do the Research Diagnostic Criteria measure up?». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 117-131, 1983.