

TEMA 4.- CLASIFICACIÓN Y DIAGNOSTICO EN PSICOPATOLOGÍA.

1.- INTRODUCCIÓN.

Ha habido múltiples intentos de clasificación de las alteraciones de la conducta, bajo perspectivas acordes con los valores y avances científicos de cada época.

Las últimas décadas han dado lugar a numerosos sistemas clasificatorios, discutidos y sistemáticamente revisados, pero que han servido para ordenar nuestras observaciones.

2.- CUESTIONES BÁSICAS SOBRE LAS CLASIFICACIONES NATURALES.

- ☞ Clasificación: Cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades (en nuestro caso trastornos o conductas anormales) a dichas categorías, en base a atributos o relaciones comunes.
- ☞ Identificación: Proceso de asignación de una entidad a una determinada categoría del sistema de clasificación.
- ☞ Diagnóstico Proceso de asignación de determinados atributos clínicos.
- ☞ Taxonomía: Hace referencia al estudio sistemático del proceso de clasificación, es decir, los principios y los métodos utilizados en la construcción de un sistema clasificatorio, así como a las reglas utilizadas para la identificación de las entidades.
- ☞ Nosología: Cuando se trata de construir una taxonomía de fenómenos patológicos.
- ☞ La clasificación de los fenómenos psicopatológicos no es más que un caso particular de un proceso más amplio de categorización natural, mediante el cual organizamos el ambiente externo y establecemos una visión coherente del mundo

Pretende proporcionar al científico y al clínico importantes ventajas, lo cual tiene lugar cuando cumple los requisitos metodológicos exigidos a la taxonomía (Blashfield):

- Aportar una nomenclatura y terminología común que facilite la comunicación y favorezca la fiabilidad.
- Servir de base acumulativa de documentación e información sobre cada categoría clínica.
- Suministrar información descriptiva de cada una de las entidades clínicas básicas.
- Permitir hacer predicciones desde una perspectiva longitudinal.

- Suministrar los conceptos básicos para hacer formulaciones teóricas.
- ☞ Según Hersen la clasificación en psicopatología debe responder a diversos propósitos de naturaleza científica y también política:
- La organización de comportamientos o síntomas.
 - Comunicación entre investigadores y clínicos.
 - Determinación del tratamiento o procedimiento terapéutico aplicable a cada categoría clínica, como desiderátum a alcanzar, aunque todavía no sea posible en muchos casos.
 - La determinación del estatus legal del paciente en base a su funcionamiento y competencia.
 - Determinación del reembolso económico a los profesionales que prestan servicios por parte de los seguros sanitarios o agencias externas
- ☞ La noción de categorías clínicas se apoya en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes compartidos, sin embargo, la clasificación de los sujetos en categorías de ninguna manera niega la existencia de otras diferencias mutuas.
- ☞ Un determinado origen común, así como relaciones de consecuencia, aumentan la probabilidad de que determinadas características psicológicas se combinen con otras más específicas, dando lugar a conjuntos de síntomas observables de forma repetitiva, que denominamos síndromes clínicos.

2.1.- TIPOS DE CLASIFICACIÓN.

☞ Según la estrategia taxonómica:

- Extensiva/Filética - esencialista:
 - Extensiva: aquella que se hace enumerando todos los miembros de una clase.
 - Filética – esencialista: El principio taxonómico u organizador más antiguo responde a la noción aristotélica de “esencia” y que ha servido de base para las clasificaciones de los organismos vivos de Linneo y el sistema evolutivo de Darwin en que la esencia viene proporcionada por el concepto de las especies.

- Intensiva/Fenética – taxonomía numérica:

- Intensiva: se hace enumerando las características necesarias para la pertenencia a una categoría.
- Fenética – taxonomía numérica: Aplicado a estructuras más complejas. Basan la organización en la observación empírica y en el cómputo matemático del máximo número de características compartidas por los sujetos. Debido a que esta estrategia pone esencial énfasis en la descripción meticulosa de la “apariencia” de los objetos, se le ha denominado fenética (o basada en relaciones fenotípicas del organismo y no en relaciones filgénicas).

- ☞ Según el tipo de proceso cognitivo implicado:

- Empírica: Se limita estrictamente a los hechos observables.
- Inferenciales: Va más allá de lo inmediatamente observable y hace suposiciones e inferencias respecto a las causas y procesos subyacentes como base para la clasificación

- ☞ Según el producto final:

- Monotética (clásica): Basa la organización en una sola variable o en un escaso número de características que se corresponde con la llamada taxonomía clásicas, la cual se compone de entidades discretas y homogéneas en sus características descriptivas.
- Politéticas (prototípica): En las clasificaciones politéticas la organización se basa en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los miembros de una categoría, sin que ello presuponga la total homogeneidad de dichos miembros. La clasificaciones prototípicas, se apoyan en un prototipo (casos más claros de pertenencia una categoría definida operacionalmente, normalmente se considera prototipo al sujeto que presenta la media de los atributos) o ideal teórico que sirve de referencia, y que es el conjunto de de características más comunes de los miembros de una categoría. La aproximación de los sujetos al ideal prototípico puede no ser perfecta, sino variable en intensidad.

- ☞ Los sistemas de clasificación actuales, se basan en atributos indicativos de comportamientos desviados. Los datos teóricamente utilizables en una clasificación psicopatológica podrían ser:

- Atributos sustantivos: Acordes con un determinado modelo teórico o escuela psicológica, como hábitos condicionados, expectativas cognitivas o disfunciones neuroquímicas.

- Atributos longitudinales: relativos a la etiología o a la progresión de diversos fenómenos clínicos en el tiempo y en función de la circunstancias.
- Atributos concurrentes: características presentes en un momento dado, fundamentalmente:
 - Los signos (objetivos): incluyen cambios que pueden observarse y registrarse objetivamente e incluyen todo tipo de conductas de interés clínico, susceptibles de observación sistemática, de análisis y de medida a través de las más diversas técnicas o escalas.
 - Los síntomas: son informaciones subjetivas, relativas a experiencias recordadas, e incluyen fenómenos no siempre observables (ej. Estados de ánimo) y pertenecientes al mundo privado; con lo cual resultan menos fiables y con muchas complejidades filosóficas y metodológica.
- Atributos esencialmente inferidos: se refiere a los rasgos de personalidad.
 - Rasgos: Describen hábitos psicológicos inferidos y disposiciones estables en amplios contextos, derivados de diversas fuentes como son los autoinformes, las escalas clínicas u otras pruebas que describen conductas ejemplificadoras de éstos.

3.- MODELOS DE ESTRUCTURA TAXONÓMICA EN PSICOPATOLOGÍA.

Los diversos atributos que componen la base de las clasificaciones psicopatológicas no se distribuyen al azar, sino que parecen organizarse en agrupaciones con una determinada estructura:

- Estructura vertical: (jerárquica). Organiza las diversas categorías en árboles diagnósticos en los que las de rango inferior están subsumidas en las de rango superior.

La verticalidad se refiere al nivel de inclusión de la categoría, de tal modo que cuanto más alto es dicho nivel, mayor es el grado de abstracción (ej. Clasificación de los trastornos afectivos en el DSM-IV)

- Estructura horizontal: (multiaxial). Trata de ordenar las diferentes clases de atributos en series de categorías paralelas.

La horizontalidad hace referencia a la segmentación de las categorías del mismo nivel de inclusividad. (ej. DSM-III y versiones posteriores adoptan una postura tanto jerárquica como multiaxial).

La estructura multiaxial en contraposición a la jerárquica en la que se diferencia un único tipo de atributo, permite múltiples tipos de datos relevantes para la toma de decisiones diagnósticas.

- Estructura circular: (circumpleja). Viene siendo utilizada por los autores interesados en el ordenamiento de los rasgos de personalidad. En este modelo, las categorías similares están ubicadas en un lugar relativamente más cercano, en los segmentos de un círculo; por el contrario las categorías opuestas en la representación circular serían las consideradas psicológicamente antitéticas. (Ej. Estructura de la personalidad de Millon).

3.1.- PROCEDIMIENTOS MULTIAXIALES.

- ☞ Ventaja: representa mejor la información disponible y la hace más comprensible para establecer un plan de acción.
- ☞ Los ejes más habituales son la fenomenología y la etiología
- ☞ El DSM-III multiaxial utiliza los siguientes 5 ejes:

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

- ☞ Se ha sugerido, además, la incorporación de otros ejes:
 - Mecanismos de defensa o modo de afrontamiento: Por la importancia que tienen las diferencias individuales de afrontamiento con los estresores y los procesos de autocontrol sobre los mecanismos homeostáticos o del sistema inmune.

Vallant, establece una distinción entre:

- Defensas maduras (Sublimación, supresión, anticipación, altruismo, humor).
 - Defensas neuróticas o intermedias (Desplazamiento, represión aislamiento, formación reactiva).
 - Defensas inmaduras (Proyección, fantasía esquizoide, masoquismo, acting-out, hipocondriasis y negación neurótica/disociación).
- Tipo de funcionamiento familiar.

3.2.- CLASIFICACIONES CATEGORIALES O DIMENSIONALES

Skinner señaló la posibilidad de seguir tres modelos básicos:

📄 Modelo Categorical: representa un amplio abanico de variaciones estructurales que se asocian con los conceptos de categorías, clase, cluster o tipo.

- Ventajas:
 - Facilitar la comunicación o la creación de diseños para la investigación.
 - Son fácilmente memorizables.
 - Responder mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial, en los aspectos que tienen que ver con la administración y archivo de historias clínicas, con la planificación de servicios o con la realización de estudios epidemiológicos.
 - Dan unidad a la psicopatología manifestada por una persona, al integrar diversos elementos en una única configuración.
 - Constituye un estándar de referencia ya establecido entre los clínicos.
- Desventajas:
 - Creencia errónea de que los procesos psicopatológicos son entidades concretas.
 - Imponer a unos datos una estructura que tal vez no exista.
 - No acierran a identificar o incluir aspectos de la conducta, ante la necesidad de restringir la lista de atributos a un conjunto de características predeterminadas, con la consiguiente pérdida de información.

- Obligan a enfrentarse con el dilema de desarrollar criterios diagnósticos restrictivos para incrementar la homogeneidad en los miembros correspondientes a cada clase, a costa de tener que añadir un determinado número de categorías mixtas o “cajón de sastre” para incluir a un elevado número de sujetos que no logran cumplir dichos criterios.

☞ Modelo dimensional: La clasificación no se hace en base a criterios disyuntivos sino que se apoya en un conjunto de dimensiones que permiten visualizar las relaciones entre los objetos. Las dimensiones generalmente son estimadas a través de ecuaciones lineales, combinando las variables observadas. Una representación dimensional debería incluir sólo unas pocas dimensiones.

- Ventajas:

- Combinar diversos atributos clínicos en una representación multifactorial, lo que permite una pérdida mínima de información.
- Facilita la asignación de casos atípicos.
- La psicopatología-normalidad como extremos de un continuo.
- Permite apreciar los cambios experimentados por los individuos, bien sean espontáneos o por el resultado de un tratamiento.

- Desventajas:

- Aspectos metodológicos, como la decisión y acuerdos respecto a cuál debe ser el número de dimensiones necesarias para representar los problemas psicológicos.
- Esquemas complicados poco didácticos

☞ Modelo híbrido (clase-cuantitativo): Las valoraciones tratan de formularse, en primer lugar en términos categoriales o cualitativos, reconociendo los rasgos o atributos más característicos del objeto o sujeto que se pretende clasificar y, en segundo lugar, diferenciando cuantitativamente dichos rasgos mediante dimensiones, para representar diversos grados de relevancia clínica.

3.3.- OPCIONES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CLASIFICACIONES.

En la construcción de las taxonomías psicopatológicas es posible seguir enfoques conceptual y metodológicamente diferentes, que van a dar lugar a tres tipos de entidades clínicas:

- ☞ Clasificaciones de base clínica: generalmente se ha seguido un procedimiento observacional o una epidemiología empirista respecto a la covariación de los signos y síntomas observados. (Procedimiento utilizado desde Hipócrates hasta Kraepelin para derivar agrupaciones).
- ☞ Constructos de deducción teórica: resultan de aplicar un principio organizador o modelo teórico a los datos observados.
- ☞ Taxonomías numéricas: son el resultado de la aplicación de análisis matemáticos a los datos disponibles, evitando sesgos humanos, y con el fin de derivar diversos rangos jerárquicos que reflejarían la homogeneidad de las categorías, siendo las categorías del nivel inferior más homogéneas que las de orden superior.

La mera aplicación de técnicas estadísticas no presupone la ausencia de sesgos en la recogida de datos o en los conceptos manejados a priori, ni la compatibilidad de las agrupaciones resultantes.

4.- DESARROLLO DE LAS MODERNAS CLASIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS.

4.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

- ☞ James (1742) acuña el término “nosología” como explicación de las enfermedades.
- ☞ Pinel (1789) la 1ª clasificación. Concepto de “síndrome” (Sydenham)
- ☞ XIX surge la psicopatología descriptiva.
- ☞ Kalhbaum (1828-1899) antecedente de las clasificaciones antes de **Kraepelim** (1855-1926): “Compendio de psiquiatría”.

4.2.- PROLEGÓMENOS A LOS SISTEMAS DSM Y CIE.

AÑO	SISTEMA	APORTACIONES
1840	Idiocía y Locura	Primera clasificación psiquiátrica oficial norteamericana que incluía todas las alteraciones mentales.
1880	Idiocía y Locura	Se ampliaron a 7 categorías principales: manía, melancolía, monomanía, paresis, demencia, dipsomanía y epilepsia.
1893	CIE (OMS)	Obra de Jaques Berrillon: nueva nomenclatura de enfermedades que era el resultado de una refundición de las clasificaciones alemana, inglesa y suiza.
1900	CIE I	Revisiones coordinadas por Bertillon
1910	CIE 2	
1920	CIE 3	

1929	CIE 4	Fue la OMS la que a partir de entonces se hizo cargo de las siguientes revisiones
1938	CIE 5	Se mantiene la estructura anterior y se incluyen solamente las enfermedades que eran consideradas causa de defunción e invalidez.
1948	CIE 6	Se incorporó por primera vez un capítulo específico para las enfermedades mentales (Capítulo V) que se mantuvo hasta la 9ª revisión, organizado en 3 secciones: a) psicosis. b) Desordenes psiconeuróticos. c) Trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.
1952	DSM-I	Catálogo desarrollado por la APA, cuyas categorías diagnósticas se organizaban en torno al concepto de “reacción” de Adolf Meyer. La influencia de Freud fue importante y, se pone de manifiesto en el uso frecuente de conceptos como: Mecanismos de defensa, Neurosis, conflicto neurótico. Los trastornos mentales eran entendidos como expresiones simbólicas de reacciones psicológicas o psicosociales latentes.
1955	CIE 7	Apenas introdujo variaciones respecto a la versión anterior
1967	CIE 8	Por primera vez se incluyó un glosario para definir cada una de las principales categorías clínicas, cuyo propósito fue desarrollar un lenguaje común y lograr una mayor fiabilidad diagnóstica. Las alteraciones quedaron organizadas en: a) psicosis, b) neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos y c) oligofrenia.
1968	DSM-II	Resultado de la insatisfacción existente con el sistema CIE, especialmente debido al desacuerdo con algunas distinciones y omisiones de los problemas clínicos, así como con el uso de términos no aceptados en la psiquiatría americana. Abandonó la noción de “reacción”. Recibió críticas por la falta de un principio organizador general y por la vaguedad en la definición de las categorías.
1972	CRITERIOS FEIGHNER	<u>CORRIENTE NEO-KRAEPELIANA:</u> Prototipo de un sistema taxonómico basado en definiciones precisas de las categorías diagnósticas más frecuentes. Describieron detalladamente los criterios de inclusión y exclusión necesarios para diagnosticar 16 alteraciones. Fueron objeto de diversos análisis comparativos con las clasificaciones DSM anteriores para determinar el nivel de fiabilidad, demostrando una importante mejora en la consecución de estos objetivos.
1975	RDC (Criterios diagnósticos de Investigación)	<u>CORRIENTE NEO-KRAEPELIANA:</u> Catálogo que incluye la definición operativa de 25 categorías o trastornos clínicos. Se mueven en el terreno descriptivo evitando entrar en explicaciones etiológicas y básicamente delimitan una sintomatología fundamental, una sintomatología asociada y unos criterios de exclusión para todas y cada una de todas las entidades diagnósticas recogidas. Rompen, en cierto modo, con la terminología tradicional al prescindir de los conceptos de neurosis o psicosis, desapareciendo la referencia a “enfermedades” para hablar de “trastornos”.

1977	CIE 9	
1978	SADS	<p>CORRIENTE NEO-KRAEPELIANA <u>Entrevista semiestructurada</u>, diseñada específicamente para recabar información relevante referente a las categorías que incluye. Se completó con otras modalidades de entrevista más específicas: SADS-L (Lifetime versión). SADS-C (registro de cambios temporales en la sintomatología) SADS-LA (ansiedad). SADS-LB (Trastorno bipolar)</p>
1980	DSM-III	No fue más que la extensión de los principios adoptados en los Criterios Feighner y la RCD a un número mucho más amplio de entidades diagnósticas.
1987	DSM-III-R	
1992	CIE 10	
1994	DSM-IV	
2000	DSM-IV-Tr	

4.3.- VERSIONES DEL DSM-III.

El DSM-III supuso importantes cambios con respecto a las dos versiones anteriores:

☞ La supresión de términos antes frecuentes bajo la justificación de dar lugar a un sistema “ateórico y descriptivo”. No faltan autores que pretenden ver en ello la intención explícita de apartarse de interpretaciones o puntos de vista psicológicos de los trastornos mentales para acentuar la dirección hacia las explicaciones biologicistas, requeridas para mejorar el estatus de la psiquiatría entre las disciplinas médicas.

A pesar del proclamado ateoricismo tiene una base teórica que se traduce en la defensa de los supuestos médicos que subyacen a la explicación de la conducta anormal.

☞ Definición de todas las categorías diagnósticas mediante criterios explícitos, tanto de inclusión como de exclusión.

- Pretendió convertirse en un manual académico, ya que aporta datos epidemiológicos, nociones teóricas relativas a cada síndrome y un glosario de términos, además de los criterios diagnósticos específicos para cada trastorno.
- Necesidad de introducir nuevas categorías diagnósticas en las que incluir a aquellos sujetos que no se ajustaban a los prototipos definidos operacionalmente. (265 categorías).

- ☞ Introducción de un sistema diagnóstico multiaxial con el propósito de organizar la información relativa a diversas facetas de cada trastorno:
 - Tres ejes categoriales o tipológicos (ejes I, II y III) en donde se engloban los trastornos psiquiátricos los trastornos del desarrollo y los problemas físicos.
 - Dos ejes dimensionales o cuantitativos (ejes IV y V) utilizados para registrar la influencia de estresores psicosociales y el nivel de adaptación funcional del sujeto en su entorno.

- ☞ Se combinó la organización multiaxial con una estructura jerárquica. La jerarquía diagnóstica pretende evitar asignar más de un diagnóstico a un único paciente..
 - Principio de parsimonia: se refiere a la conveniencia de buscar un único diagnóstico que sea el más simple, económico y eficiente, que pueda explicar todos los datos disponibles. En el caso de que el uso de un solo diagnóstico fuese insuficiente para abarcar la realidad clínica de un paciente, debería buscarse el número más reducido posible de diagnósticos a aplicar.
 - Principio de jerarquía: expresa la existencia de un árbol sindrómico en el que los trastornos tienden a disminuir en gravedad desde arriba hacia abajo. Cualquier diagnóstico de esta jerarquía excluiría un diagnóstico de nivel inferior.

- ☞ Se reconocieron mejoras en los siguientes criterios:
 - Mayor fiabilidad interjueces y estabilidad temporal de las medidas.
 - Mayor homogeneidad intra-categorías y heterogeneidad interclases.
 - Mayor precisión en las definiciones operacionales y en el proceso de toma de decisión diagnóstica.
 - Mejores estudios de campo para su validación.
 - Mayor aproximación hacia puntos de vista conductuales, especialmente en los problemas de la infancia.

- ☞ Se criticó que:
 - Mantuviera un modelo de enfermedad como supuesto básico categorial
 - Que los métodos utilizados para el diagnóstico de las categorías y criterios diagnósticos no se hayan basado en hallazgos empíricos, sino en el consenso entre los especialistas o en decisiones democráticas.

- Que los principios que sustentan la clasificación no se mantuvieran establecen todas las categorías, mostrando poca consistencia interna.

El DSM-III fue objeto de revisión (DSM-III-R) manteniendo el mismo formato y sin cambios sustantivos.

☞ Dentro de los ejes categoriales o tipológicos (ejes I, II y III):

- Diferenciación establecida acerca de “trastorno del abuso de sustancias” desapareciendo la distinción entre “abuso de sustancias” y “dependencia de sustancias”.
- Supresión de la “homosexualidad egodistónica” como categoría específica, aunque se incluye ese matiz dentro de “trastornos sexuales no especificados en otro lugar”.
- La supresión de la diferenciación entre “trastornos por déficit de atención” con o sin “hiperactividad”
- Reordenación de los trastornos afectivos o “trastornos del estado de ánimo”

☞ En relación con los ejes dimensionales o cuantitativos (ejes IV y V):

- Se mejoró el eje IV, correspondiente al estrés psicosocial, distinguiendo entre sucesos “estresantes agudos” (divorcio) y circunstancias “estresantes duraderas” (enfermedad crónica).
- En el eje V, se cambió la denominación de “nivel máximo de adaptación en el último año” por la de “escala de evaluación global de funcionamiento”.

☞ El DSM-III-R consiguió una aceptación superior al sistema CIE en la mayoría de los países.

A la par del sistema DSM-III los autores del movimiento Neo-kraepeliano fueron desarrollando diversos instrumentos de valoración y entrevistas clínicas:

☞ Entrevista estructurada DIS: Con la finalidad de llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la población general. (DSM-III)

☞ Entrevista estructurada SCID: (DSM-III-R) Diseñada para expertos clínicos y estructurada en 2 partes:

- SCID-I: Se valora la existencia de alteraciones registradas en el eje I del DSM-III-R.
- SCID-II: Se explora la existencia de trastornos de la personalidad. (eje II).

5.- LOS SISTEMAS CIE 10 Y DSM-IV.

CIE 10 (OMS 1986):

- Contiene 21 capítulos que cubren todo el espectro de enfermedades.
- En el capítulo V se clasifican los trastornos mentales y del comportamiento, así como los trastornos del desarrollo psicológico, que son identificados por la letra F.
- Este capítulo V fue el resultado de una larga gestación. Para su elaboración fue necesario
- En dicho capítulo se acordó desarrollar los siguientes documentos:
 - Un Glosario breve o texto básico en el que se contienen los códigos numéricos, los títulos y una escueta descripción de las categorías.
 - Una guía diagnóstica clínica (para uso diario de los especialistas).
 - Los criterios diagnósticos para la investigación (DCRIO).
 - Versiones abreviadas para su utilización en atención primaria y medicina general.
 - Un Sistema multiaxial con ejes principales de carácter físico, psiquiátrico y de personalidad, además de otros complementarios.
- Otro resultado del proyecto de actualización de la CIE ha sido la creación de:
 - Entrevista Diagnóstica Internacional compuesta (CIDI):
 - Cuestionarios para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría (SCAN)
 - Examen Internacional de trastornos de personalidad (IPDE)

Se trata en todos los casos de entrevistas estructuradas que pretenden facilitar la obtención de datos para determinar la presencia o ausencia de los criterios de inclusión o exclusión correspondientes a cada trastorno, mediante preguntas

estandarizadas que facilitan valorar la existencia de experiencias subjetivas y su significación clínica.

DSM-IV (APA, 1994)

- Además de pretender una coordinación del CIE 10, su objetivo fue dar prioridad a los resultados de las investigaciones sobre cualesquiera otros criterios de decisión en la elaboración de la nueva taxonomía.

- Conserva el sistema multiaxial.
 - En el eje IV se ampliaron las circunstancias vitales potencialmente generadoras de estrés
 - En el eje V, se mantiene el uso de la GAF y se aconseja la utilización de otras escalas como SOFAS Y GARF

- Los trastornos se organizan en 16 categorías diagnósticas principales y un apartado para “otras alteraciones que puedan ser foco de atención clínica”:
 - Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez y la adolescencia.
 - Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
 - Trastornos mentales debidos a una alteración médica general, no clasificados en otros apartados.
 - Trastornos relacionados con sustancias.
 - Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - Trastornos del estado de ánimo.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos somatoformes.
 - Trastornos facticios.
 - Trastornos disociativos.
 - Trastornos sexuales y de identidad de género.
 - Trastornos alimentarios.

- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de los impulsos, no clasificados en otros apartados.
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos de la personalidad.
- Describe cada trastorno en los siguientes epígrafes:
 - Características diagnósticas;
 - Características y trastornos asociados;
 - Características relacionadas con la edad, cultura, género;
 - Prevalencia, incidencia y riesgo; evolución;
 - Complicaciones;
 - Factores predisponentes;
 - Patrón familiar;
 - Diagnóstico diferencial.
- Cambios más relevantes:
 - Trastornos del estado de ánimo:
 - ❖ Se mantiene la diferenciación entre trastornos depresivos, con las categorías de episodio depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar.
 - ❖ Se añaden categorías para trastorno del estado de ánimo debido a una alteración médica general y los inducidos por sustancias.
 - ❖ Los trastornos bipolares se reorganizan en una complicada catalogación que distingue entre trastorno bipolar I, II y ciclotímico.
 - ❖ En la evolución clínica se distingue entre la presentación bipolar del ciclo rápido, un patrón estacional o comienzo en posparto.


- Trastornos de ansiedad:
 - ❖ Prosperando la diferenciación entre trastorno de pánico sin agorafobia, trastorno de pánico con agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
 - ❖ Se opta por llamar fobia específica a la anteriormente denominada fobia simple.
 - ❖ Se clarifica la distinción entre obsesiones y compulsiones, en cuanto que las obsesiones originan gran ansiedad, mientras que las compulsiones las reducen.
 - ❖ Se especifica con más detalle el criterio relativo al origen y naturaleza de los estresores que determinan un trastorno por estrés postraumático.

- Trastornos de la personalidad:
 - ❖ Se añade un ítem al trastorno de personalidad límite, que hace referencia a la ideación paranoide transitoria y está relacionado con el estrés o síntomas disociativos graves.
 - ❖ Desaparece el trastorno de personalidad pasivo-agresiva por fundamentarse en un único rasgo y no constituir una alteración coherente.

Diferencias entre el DSM-IV y la CIE 10

- El DSM-IV no dependió de decisiones a priori respecto al número de clases. La CIE 10, en cambio, consta de 10 agrupaciones centrales que dependen de una decisión que considera arbitraria y que no se corresponde con los conceptos utilizados por clínicos e investigadores.
- Mientras que en el CIE 10 se mantiene la sección de trastornos mentales orgánicos, se ha eliminado en la versión del DSM-IV.
- Otra diferencia tiene que ver con una revisión más en profundidad de los criterios diagnósticos del DSM-IV comparativamente con el CIE 10.

6.- CRÍTICAS A LAS CLASIFICACIONES PSIQUIÁTRICAS.

-  Pretensión biologicista (neo-kraepelianos). Las clasificaciones psiquiátricas no se ajustan del todo a los principios en los que se apoyan las clasificaciones biológicas:

- Que las categorías sean mutuamente excluyentes
 - La exhaustividad.
- ☞ Los valores de la cultura occidental.
- ☞ Meras etiquetas. Un deseo de controlar a los individuos. Fuente de importantes sesgos (Persons).
- ☞ Desde la psicología se defiende la categorización, especialmente si son utilizados en sentido meramente descriptivo y no explicativo.
- ☞ Debería sustituirse este modelo categorial por otro más dimensional (Eysenck).

7.- EVALUACIÓN DE LAS CLASIFICACIONES: FIABILIDAD Y VALIDEZ.

☞ Fiabilidad:

- Fiabilidad interjueces: la sustitución de definiciones abiertas y genéricas de los síndromes por formulaciones más precisas, ha producido una mejora en los índices de fiabilidad.
- Fiabilidad temporal (consistencia en diferentes momentos): apenas datos; los cambios observados pueden deberse a cambios en la conducta misma.
- Consistencia interna (consistencia inter-ítem o de las dos mitades): Podría esperarse una fuerte relación.

☞ Validez:

- Validez de contenido (si es representativo del dominio de cc que se pretenden medir).
- Validez de criterio (implica la comparación con un test-criterio): dista mucho de ser alta.
- Validez de constructo (grado que un sistema de valoración puede afirmarse que mide un constructo teórico): constructos teóricos difusos en psiquiatría