

ACTUALIZACION POR TEMAS

Sección a cargo del
Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez*

Crterios Diagnósticos para la Investigación en Psiquiatría

La elaboración y desarrollo de criterios diagnósticos para la investigación psiquiátrica, RDC (*Research Diagnostic Criteria*) (1) como se les conoce ya en la literatura llevada a cabo por el doctor Spitzer, del Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York, y sus asociados del Instituto Nacional de Salud Mental de los EU, ha sido una de las contribuciones más importantes a la investigación clínica en los últimos años. Sus trabajos se iniciaron hace tiempo como parte del proyecto conjunto sobre psicobiología de los desórdenes afectivos organizado por el Instituto Nacional de Salud Mental. Estos criterios fueron publicados en su versión preliminar en 1972 (2) por el doctor Feighner y sus colaboradores del grupo de San Luis (2).

El objetivo fundamental de estos criterios consiste en que mediante su uso se puedan categorizar poblaciones homogéneas de individuos. Hay que apuntar que esto ha sido uno de los grandes obstáculos y una de las grandes debilidades de la investigación psiquiátrica. Por lo tanto, en ocasiones ha sido necesario apartarse de la nomenclatura tradicional y crear una serie de términos nuevos, muchos de los cuales han quedado incluidos dentro de la nomenclatura oficial del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), actualmente en revisión.

Sin pretender hacer una traducción completa de estos criterios, me propongo revisar algunos de ellos, con fines de divulgación. Es evidente que quien pretenda seguir el curso de las investigaciones clínicas en Norteamérica, tendrá que conocer estos criterios y sus significados, al igual que para entender muchas de las investigaciones de los psiquiatras británicos hay que estar familiarizado con el PSE (*Present State Examination*)-CATEGO (programa computarizado) (3). Es de esperarse que eventualmente se establezca un sistema universal.

En su aplicación los RDC contemplan no solamente síntomas, sino también la duración o el curso de las enfermedades, así como el grado de incapacidad que producen y su severidad. En algunos casos, la sintomatología adquiere valor diagnóstico sólo si persiste más allá de cierto tiempo; en otros, en cambio, la presencia definitiva de un síntoma o de un grupo de síntomas puede en sí misma constituir el diagnóstico.

Corresponde al clínico obtener la información necesaria mediante entrevistas con el enfermo y sus familiares. Las entrevistas han de estar estructuradas de manera tal que se obtenga con gran precisión la información deseada. Los mismos autores de los criterios han elaborado una guía para facilitar un interrogatorio sistemático que garantice que la información necesaria ha sido obtenida (4). Una evaluación incompleta carece de

valor, tanto para fines clínicos como estadísticos y/o epidemiológicos. Existe además una guía para la elaboración de una historia familiar detallada, aun cuando no se pueda examinar directamente a los familiares del enfermo (5). Es conveniente que quien no esté familiarizado con los RDC, los use rutinariamente.

Los diagnósticos pueden ser probables o definitivos. "Probable" implica que existe un 50 por ciento o más de posibilidades, lo cual es suficiente para que un diagnóstico probable pueda excluir a otros; tal sería la suerte de la esquizofrenia y la manía. En otros casos, como en los de esquizofrenia y alcoholismo, los dos diagnósticos (o más) pueden hacerse en el mismo sujeto; finalmente, algunos diagnósticos se subdividen, como en el caso de un desorden afectivo mayor, que puede ser de tipo agitado o retardado. La mayoría de los diagnósticos se refieren al padecimiento actual y a padecimientos previos, siempre y cuando haya habido entre éstos una remisión parcial o total de por lo menos dos meses. La excepción a esta regla la constituyen los desórdenes de tipo cíclico en los que no hay remisión intermedia. Algunos otros diagnósticos, como en el caso de la personalidad antisocial, están sujetos a otro tipo de reglas: por ejemplo, éste no debe hacerse en un sujeto menor de 18 años.

Los desórdenes afectivos se dividen en mayor, menor, intermitente, bipolar 1, bipolar 2, hipomanía y manía. Las depresiones mayores, a su vez, se dividen en primaria, secundaria, recurrente, psicótica, incapacitante, endógena, agitada, retardada, situacional y simple. Todas ellas son variaciones de una constelación de síntomas que incluye: pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, hipersomnía, pérdida de energía, fatiga, cambios psicomotores, pérdida de interés, anhedonia, exceso de culpa, ideas suicidas, etc., y lo que determina el subtipo es, entre otros factores, la presencia o no de delirios o alucinaciones; la presencia o no de otro tipo de psicopatología anterior al inicio del padecimiento depresivo, como pudiera ser un desorden obsesivo-compulsivo, fóbico o un síndrome cerebral orgánico; la presencia o no de una situación específica que haya podido precipitar el padecimiento actual, o algunos otros rasgos fenomenológicos.

La distinción entre manía e hipomanía es fundamentalmente asunto de la intensidad de los síntomas. La depresión bipolar 1 es una combinación de criterios para desorden maniaco y desorden depresivo, en tanto que la depresión bipolar 2 es una combinación de criterios para desorden hipomaniaco y desorden depresivo. Los desórdenes depresivos menores pueden o no acompañarse de ansiedad.

Los cuadros de ansiedad tradicionalmente han constituido parte de las neurosis, en ausencia de patología orgánica demostrable (por ejemplo, hipertiroidismo). En los RDC la ansiedad generalizada excluye a otros desórdenes tales como los estados de pánico, de depresión

*Instructor en Psiquiatría, Universidad de Minnesota—Mayo Medical School.

mayor o menor, de somatización, etc. No obstante puede encontrarse sobreimpuesto a otro tipo de trastornos, tales como el alcoholismo, las fobias, o el desorden obsesivo-compulsivo, siempre y cuando los síntomas ansiosos puedan distinguirse clínicamente.

Las esquizofrenias se subdividen en varios ejes. Uno depende de la duración de la enfermedad, lo que permite que se clasifique en aguda, subaguda, subcrónica o crónica; otro, con bases fenomenológicas, las subdivide en paranoide, desorganizada (tradicionalmente hebefrénica), catatónica, indiferenciada y residual. Los desórdenes esquizoafectivos son independientes de los esquizofrénicos y de los afectivos: pueden ser de tipo maniaco o de tipo depresivo y cada uno de ellos, además de poder clasificarse como agudo, subagudo, subcrónico o crónico, puede ser fundamentalmente esquizofrénico, fundamentalmente afectivo o ninguno de los dos. Existe también un síndrome depresivo que coexiste con la esquizofrenia residual, el cual es en realidad una forma de desorden depresivo secundario que goza de clasificación propia.

El desorden de Briquet, o somatización, se caracteriza por manifestaciones polisintomáticas crónicas o recurrentes que se inician antes de los 25 años de edad. En cierta forma es una combinación de la histeria y de la hipocondriasis tradicionales. Los criterios incluyen, entre otros, reacciones conversivas o disociativas, indiferencia hacia la sexualidad y cuadros dolorosos sin explicación orgánica.

El alcoholismo tiene su clasificación propia aunque los criterios son muy similares a los establecidos previamente por el Consejo Nacional de Alcoholismo (NCA) (6). El uso de drogas se categoriza como un problema de abuso o dependencia, aunque tanto en los casos de LSD u otros alucinógenos (por ejemplo, la mezcalina o el "polvo de ángel") como en el de los solventes (gasolina, cloroformo, éter, etc.) se señala que aparentemente no existen formas de dependencia, de manera que sólo pueden clasificarse como casos de abuso. Las otras sustancias que se señalan específicamente son: narcóticos, anfe-

taminas y estimulantes similares, cocaína, sedantes-hipnóticos y marihuana o similares (*hashish*). Existe también una clasificación independiente para quienes abusan de varias drogas en forma simultánea.

La personalidad lábil, a diferencia de la ciclotímica, no se limita a cambios afectivos discretos, sino que incluye episodios frecuentes de irritabilidad, ansiedad, impulsividad, desilusión, etc. Si hay rasgos esquizotípicos éstos deben documentarse, aunque por sí mismos no constituyen un diagnóstico.

Aquellas condiciones que no reúnan los suficientes criterios para ser clasificadas dentro de los diagnósticos establecidos, pasan, como siempre, a la sección de "otros". Sin embargo, otras alternativas, como la de "mentalmente no enfermo" al momento de la evaluación o "nunca mentalmente enfermo", si los antecedentes personales son además negativos, pueden ser utilizadas en los casos que así corresponda.

En términos generales, los RDC han sido recibidos con beneplácito, aunque no sin crítica, por la mayoría de los centros de investigación clínica en psiquiatría y salud mental de los EU. Los estudios preliminares en relación a su validez y repetibilidad son favorables, y el número "falsos-positivos" en varios trabajos ya reportados con su aplicación parece ser bastante bajo (7). Es muy posible que con el desarrollo de la investigación biométrica estos criterios se vayan afinando y modificando, y que eventualmente su uso se simplifique y su confiabilidad aumente. En mi opinión, tanto los RDC de los norteamericanos como el PSE-CATEGO de los británicos, independientemente de su indiscutible aportación a la metodología de la investigación clínico-psiquiátrica, constituyen instrumentos valiosos para la enseñanza de la semiología psiquiátrica y de la psiquiatría descriptiva.

Finalmente, hay que señalar que los RDC están sustentados en conceptos clínicos y que por lo tanto, su uso adecuado está sujeto a los conocimientos que sobre psicopatología tengan quienes los apliquen. Su uso juicioso, habrá de beneficiar a quienes ejercen una psiquiatría científica y, desde luego, a sus enfermos.

REFERENCIAS

1. SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E.: *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*, Ed. 3. New York State Psychiatric Institute, N.Y., 1978.
2. FEIGNER, J.P.; ROBINS, E.; GUZE, S.B. y cols.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiat.*, 26:57-63, 1972.
3. WING, J. K.; COOPER, J.E.; SARTORIUS, N.: *Description and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press. Cambridge, Inglaterra 1974.
4. SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J.: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)*, Ed. 3. New York State Psychiatric Institute, N.Y., 1978.
5. ENDICOTT, J.; ANDREASEN, N.; SPITZER, R.L.: *Family History — Research Diagnostic Criteria (FH-RDC)*, Ed. 3. New York State Psychiatric Institute, N. Y., 1978.
6. *Criteria Committee, National Council on Alcoholism: Criteria for the diagnosis of alcoholism. Am. J. Psychiat.*, 129: 127-135, 1972.
7. SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E.: *Research diagnostic criteria. Rationale and reliability. Arch. Gen. Psychiat.*, 35: 773-782, 1978.