

Evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría

Ma. del Carmen Lara Muñoz*

Summary

We may advance in any field of science if we can measure what we are studying. In this chapter we review the diagnosis in psychiatry as a kind of measurement; to diagnose is to assign a person to a particular class according to certain rules (diagnostic criteria).

The history of classifications is the history of these rules. They have followed two trends: a descriptive one, which groups symptoms in to syndromes as observed in patients, and the other, is the etiopatogenic, which depends on our knowledge when the classification is made.

After Kraepelin, classifications have followed a descriptive trend as in the classifications of the World Health Organization (ICD-10) and of the American Psychiatric Association (DSM-III, III-R, -IV).

Resumen

El avance de cualquier disciplina va precedido de la posibilidad de medir los fenómenos que estudia. En este capítulo se presenta el diagnóstico como una forma elemental de medición. Diagnosticar es asignar un sujeto a una categoría de acuerdo con ciertas reglas (criterios diagnósticos).

La historia de las clasificaciones es la historia de estas reglas, las cuales han seguido dos tendencias: una descriptiva, que agrupa los síntomas que aparecen juntos, y que se deriva directamente de la observación de los enfermos, y otra, la etiopatogénica, que está más relacionada con los modelos teóricos que dependen de los conocimientos de que se dispone en el momento en el que se hace la clasificación. A partir de Kraepelin se ha seguido una tendencia descriptiva que se refleja tanto en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en las de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III, III-R, -IV).

Los avances de la psiquiatría en este siglo: el desarrollo de tratamientos eficaces y la identificación de algunos correlatos biológicos de los trastornos mentales, han estado estrechamente relacionados a la clasificación de los mismos.

De acuerdo a Kerlinger, clasificar o categorizar es la forma más elemental de medir, y esto es, dividir una población de elementos en subpoblaciones de acuerdo a ciertas reglas que permiten la atribución de cada elemento a una categoría definida, en función de si poseen o no cierta característica. Conociendo que un

elemento pertenece a una categoría sabemos que posee ciertas características sin tener que enumerarlas; cuando clasificamos (diagnosticamos) a un paciente como esquizofrénico, sabemos cómo es sin describirlo.

Al clasificar identificamos características sobresalientes y comunes. La clasificación de los trastornos mentales es el primer paso, tanto para identificar su etiopatogenia como para prescribir tratamientos eficaces. La diferenciación entre crisis de angustia y ansiedad generalizada ha hecho posible el tratamiento eficaz de las primeras.

Una de las primeras clasificaciones de los trastornos mentales fue la de Hipócrates, quien habló de la epilepsia, manía, excitación, melancolía y paranoia como cuadros diferentes y con características propias.

A finales del siglo XVII, Thomas Sydenham propuso que, para avanzar en el conocimiento de la medicina primero debía describirse cada enfermedad y reducirlas todas a ciertas especies, de la misma forma en que los botánicos clasificaban las plantas. Escribió Sydenham: "En la producción de enfermedades la naturaleza es uniforme y consistente, tanto que para la misma enfermedad en diferentes personas los síntomas son en su mayoría los mismos, e iguales fenómenos a los que se observarían en la enfermedad de un Sócrates se encontrarían en el padecimiento de un tonto... cualquiera (hablo de un ejemplo) que describa exactamente el color, sabor, olor, figura, etc. de una sola violeta, encontraría que su descripción es buena, igual o aproximadamente, para todas las violetas de esa especie particular en la superficie de la Tierra". Estas proposiciones marcan el inicio de la moderna nosología en medicina. En el campo de la psiquiatría, Sydenham describió extensamente a la histeria.

En el siglo XVIII clasificar fue una de las actividades más importantes en las ciencias naturales. La clasificación de Lineo estaba sustentada en dos principios: 1) la existencia de especies como categorías estables, finitas, sin continuidad entre ellas y 2) la selección del criterio correcto o adecuado que separa a una de otra categoría. Este es el punto más relevante en toda categorización: la selección de la norma o regla que va a permitir diferenciar las clases, y en el caso de la medicina, las entidades nosológicas. En psiquiatría podemos distinguir dos tendencias predominantes: por un lado el agrupamiento de síntomas que comúnmente aparecen juntos (tendencia estrictamente descriptiva, derivada de la observación de los pacientes). Por otro lado, el agrupamiento con base en

* Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Hipulco, 14370, México, D.F.

la etiopatogenia. En el siglo al que nos estamos refiriendo, Boissier de Sauvages, siguiendo los postulados de Sydenham propuso una extensa clasificación de las enfermedades y estableció a la nosología como parte integral de la medicina. Basado en el sistema de los botánicos, pues él mismo era profesor de botánica, describió más de 2400 síndromes. A pesar de que discute la clasificación, podría hacerse bajo diferentes criterios (alfabético, cronológico, anatómico, etc.) decide realizarlo por medio de la descripción de los síntomas. Como no diferencia entre síntoma y síndrome, su clasificación es muy extensa e incluye géneros, especies, clases y órdenes. Su trabajo es la recopilación de trabajos previos, y aunque él recalcó lo "natural" de los síndromes, las diferentes especies de melancolía que describió plantean algunas dudas respecto a esto (melancolía *vulgaris*, amatoria, religiosa, entusiasta, etc.).

El trabajo de William Cullen propone una aproximación diferente para la clasificación. No describe características de los trastornos mentales, sino que se propone clasificarlos de acuerdo a su etiopatogenia. Sigue a Willis y Sydenham quienes hacen a un lado la teoría humoral como causa de los trastornos mentales y hablan de enfermedades "nerviosas" (del sistema nervioso). Cullen propone la existencia de una fuerza generada en el sistema nervioso que inicia y mantiene todo los procesos fisiológicos y patológicos. Siguiendo este criterio etiopatogénico propone que hay "enfermedades locales" producidas por una lesión conocida y limitada y "enfermedades generales". Entre éstas, está incluida la "neurosis"; fue el primero en emplear este término y con él, se refirió a las enfermedades que no se acompañaban de fiebre ni de lesiones localizadas.

Estas enfermedades se producían por trastorno generalizado del sistema nervioso y las clasificó de acuerdo a las funciones afectadas: coma, adinamia (alteraciones del sistema nervioso vegetativo), espasmos (alteraciones de los músculos voluntarios como convulsiones) y vesanias (deficiencias intelectuales). Es decir, las neurosis se debían a lesiones definidas del sistema nervioso involuntario, voluntario o del intelecto.

La publicación del Tratado médico-filosófico (1821) sobre la alienación mental escrito por Pinel es definitivo para considerar el estudio de la locura en el ámbito de la medicina. Como él menciona, su clasificación se basa en el "estudio profundo de los síntomas". Clasificó a las enfermedades mentales de una manera sencilla y práctica; la alienación mental incluía: la melancolía, la manía, la demencia y la idiocia. Aunque en su nosografía Pinel había incluido a las neurosis, en su tratado las excluyó. Se inició así una dicotomía en la clasificación de los trastornos mentales al separar completamente a las neurosis de la alienación mental.

Esquirol, discípulo sobresaliente de Pinel, describió detalladamente las características clínicas de sus pacientes. Acuñó el término de "alucinación" y diferenció a éstas de las ilusiones. Su aportación a la nosología radica en la revisión de la melancolía de Pinel; en esta categoría identifica dos condiciones: la monomanía (melancolía maniaca, furia maniaca) y lipemanía, cuya manifestación principal era una "tristeza patológica"

(ésta corresponde a la melancolía propiamente dicha).

Un discípulo de Esquirol, Georget, propone diferenciar dos tipos de alienación, dependiendo de la participación del cerebro: el delirio agudo es la reacción del cerebro a una lesión directa o indirecta. En la segunda categoría de "locura" incluía las diferentes formas de alienación que habían propuesto Esquirol y Pinel. Se puede considerar como el inicio de la distinción entre trastornos orgánicos y psicosis funcionales.

Bayle, dos años después de la publicación del trabajo de Georget, propuso que la insania algunas veces es síntoma de la inflamación crónica de la aracnoides. La descripción de la parálisis general marca un hito en la psiquiatría, ya que por primera vez se caracteriza una enfermedad conjuntamente con la lesión precisa del sistema nervioso.

Morel empleó el curso de la enfermedad como uno de los criterios para su clasificación. Identificó una enfermedad que conducía invariablemente al deterioro y que se manifestaba por primera vez en la adolescencia, la llamó demencia precoz y la consideró como una forma prematura de demencia. También tomó en cuenta un criterio etiológico al hablar de los trastornos mentales como manifestaciones degenerativas. Las manifestaciones leves de esta degeneración incluían algunos síntomas de los trastornos de la personalidad, además, regresa a las neurosis clásicas al campo de la psiquiatría.

La nosología psiquiátrica moderna deriva fundamentalmente del trabajo de Emil Kraepelin. Durante muchos años recopiló cuidadosamente historias clínicas psiquiátricas y propuso un sistema de clasificación eminentemente descriptivo que todavía se emplea en la actualidad para clasificar a los pacientes de acuerdo a la conducta que manifiestan. Siguiendo a Morel, distinguió un cuadro de aparición en la adolescencia con alucinaciones y delirios y que tendía a empeorar (demencia precoz), distinguió la paranoia como un cuadro caracterizado por delirios de persecución. Distinguió también la psicosis maniaco-depresiva. Al diferenciar la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva dio gran importancia al pronóstico.

Entre la primera y la última edición del trabajo de Kraepelin hay contrastes marcados, la primera se basa en conceptos viejos y la última puede ser entendida fácilmente ya que los conceptos son similares a los actuales. En las dos últimas décadas del siglo XIX, Kraepelin sintetizó las aproximaciones clínico-descriptivas, somática y el curso de la enfermedad. Diferenció a la psicosis maniaco-depresiva con respecto a los periodos de remisión, de la enfermedad de curso crónico y deteriorante llamada demencia precoz, que posteriormente Bleuler llamó esquizofrenia. Distinguió el *delirium* de la demencia y por primera vez en un sistema de clasificación de las enfermedades mentales, incluyó el concepto de neurosis psicógena y personalidad psicótica.

Clasificaciones actuales

Como se anotó al principio, al clasificar, las categorías se definen por reglas que señalan las caracteris-

ticas más sobresalientes o comunes de los elementos en cuestión (criterios diagnósticos en el caso de los trastornos mentales).

Pichot menciona el ejemplo del jardinero que clasifica sus plantas de acuerdo a cualquier característica útil para su trabajo (tamaño, color, etc.). Estas clasificaciones son artificiales y su valor predictivo es limitado. Una clasificación es válida cuando predice el máximo posible de hechos y por esta razón en cualquier campo de la ciencia, solamente hay una clasificación válida.

A lo largo de esta revisión hemos visto cómo los criterios para la clasificación de las enfermedades han cambiado. Dependiendo del grado de conocimiento la clasificación puede ser sindrómica, patogénica o etiológica. En una clasificación totalmente válida, los tres niveles tendrían estricta correspondencia. Es claro que en la actualidad, no podemos hablar de ninguna clasificación psiquiátrica en la que exista una correspondencia estricta en los niveles sindrómicos, patológicos y etiológicos.

La primera clasificación oficial en los Estados Unidos se empleó para el censo de 1840 e incluía una sola categoría: idiocia e insania.

En 1948, la OMS modificó la Lista Internacional de Causas de Muerte que había sido revisada cada 10 o 20 años, desde su aparición en 1900. Esta revisión fue llamada Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte (CIE-6) e incluyó por primera ocasión una clasificación de los trastornos mentales que fueron llamados "trastornos mentales, psiconeuróticos y de la personalidad". Incluía 10 categorías de psicosis, 9 de psiconeurosis y siete de trastornos del carácter, de la conducta y de la inteligencia.

La ausencia de categorías como las demencias, varios trastornos de la personalidad y trastornos de ajuste, hizo que el empleo de esta clasificación no se generalizara. Además, los diagnósticos con frecuencia tenían implicaciones etiológicas que no eran aceptadas por todas las escuelas o corrientes en psiquiatría.

En 1951 a iniciativa de los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos y con la participación de la Asociación Psiquiátrica Americana, se desarrolló una clasificación alternativa a la CIE-6. Este documento, basado principalmente en el sistema desarrollado por William Meninger para la Administración de Veteranos fue publicado por la APA en 1951 como "Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales" (DSM-I).

El uso frecuente del término "*reacción*" como: reacción esquizofrénica y reacción psiconeurótica, era una

manifestación de la fuerte influencia de Adolf Meyer. Las frecuentes referencias a los mecanismos de defensa particularmente como explicación de las neurosis y los trastornos de la personalidad reflejaban la amplia aceptación de los conceptos psicoanalíticos.

La sección de trastornos mentales de la CIE-7 que apareció en 1955 fue idéntica a la de la CIE-6.

Para mejorar las secciones de los trastornos mentales de las CIE-6 y 7, la OMS respaldó esfuerzos internacionales para desarrollar un nuevo sistema de clasificación. La CIE-8 fue aprobada en 1966 y se hizo efectiva a partir de 1968.

Siguiendo a la CIE-8, en los Estados Unidos se desarrolló un Manual diagnóstico para las enfermedades mentales definiendo cada trastorno. El Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales en su segunda revisión (DSM-II), fue publicado y oficialmente aceptado en 1968. Tenía diez categorías mayores y a diferencia del DSM-I que desalentaba los diagnósticos múltiples, el DSM-II sugería que se diagnosticara cada trastorno que estuviese presente. Desapareció el término "*reacción*", salvo en casos específicos y se incluyó un capítulo para los trastornos psiquiátricos de los niños.

En 1975 se publicó la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, junto con un glosario para emplearse a partir de 1978. Las diferencias entre la CIE-8 y la 9 no fueron significativas.

En 1980 se publicó la tercera versión del "Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales" (DSM-III). La principal característica de esta clasificación fue su naturaleza "ateórica". A excepción de los trastornos orgánicos y de unas pocas reacciones, las categorías se describen por criterios sintomáticos o diagnósticos. No se proponen hipótesis etiopatogénicas.

La revisión de la tercera edición del "Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales" (DSM-III-R) apareció en 1987 después de una cuidadosa revisión del DSM-III para afinar los criterios diagnósticos que en algunos casos no eran claros, eran inconsistentes o contradictorios.

En 1994 se publicó la cuarta edición del Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana, con claras compatibilidades con la 10a. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada en 1992.

La amplia aceptación del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y la CIE-10 se debe al hecho de que al sustentarse en criterios estrictamente descriptivos (siguiendo a Kraepelin) proporcionan una respuesta a la necesidad de un lenguaje común en psiquiatría.

REFERENCIAS

1. ALEXANDER FG, SELESNICK ST: *Historia de la Psiquiatría*. Espax. Barcelona, 1970.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, 1994.
3. JACKSON SW: *Historia de la Melancolía y la Depresión*. Turner. Madrid, 1989.
4. KERLINGER FN: *Investigación del Comportamiento*. Tercera edición. McGraw Hill/Interamericana. México, 1988.
5. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, 1992.
6. PICHOT P: Nosological models in psychiatry. *Br J Psychiatry*, 164:232-40, 1994
7. SPITZER RL, WILLIAMS JB: Classification in psychiatry. En: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Tercera edición. Williams & Wilkins. Baltimore, 1980.