

Raíces y evolución del DSM

Victoria del Barrio
UNED

Resumen

Dentro del campo de las clasificaciones de los trastornos mentales el DSM es un referente para la psicología clínica desde 1952. Aquí se estudia su evolución hasta el presente.

Palabras clave: DSM, historia, clasificación

Abstract

The DSM is the main instrument for mental disorders classification. It was created in 1952 and has evolved until now.

Keywords: DSM, history, classification systems

INTRODUCCIÓN

La clasificación es una de las tareas primeras y principales de la actividad científica. Eysenck solía decir que uno de los problemas más graves de la psicología era que había pasado excesivamente deprisa por el período de la clasificación y que, por tanto, los psicólogos se habían puesto a investigar sin que previamente todos entendiesen lo mismo en el manejo de las categorías.

Clasificar es ordenar individuos, cosas o conceptos en grupos homogéneos en función de que compartan unas determinadas características.

Es una tarea complicada sobre todo cuando lo clasificable no es algo físico como ocurre en el campo de la Psicología. Según McGuire, (1973) los problemas son tres *confusión* (heterogeneidad vs. homogeneidad dentro del grupo), *discriminación* (entre

diferencias del grupo) e *identificación* (asignación de un individuo a un grupo). Son actualizaciones de las viejas normas de la lógica aristotélica.

La primera clasificación de los trastornos psicológicos proviene de Grecia. Hipócrates, (IV *a.C.*); distinguió entre *Manía y Melancolía*, y se mantuvo hasta el Renacimiento a través de Galeno (I *d.C.*). Barrough (1583) introdujo una tercera categoría: la Demencia. Ya en el XVIII Kant en *Antropología*, y Pinel en *Nosología Filosófica* ampliaron y matizaron la clasificación. Distinguieron dos clases de manía (con y sin delirio), conservaron Melancolía y Demencia y añadieron Idiocia. Pero Linneus, experto biólogo clasificador, pulió la clasificación creando unos géneros de enfermedades: Ideales (Delirio, Amentia, Manía, Melancolía y Vesania), Imaginarias (Hipocondría, Fobia, Somnambulismo y Vértigo) y Padecimientos (Bulimia, Polidipsia, Satiriasis y Erotomanía).

Pero es sin duda Kraepelin, en su manual de Psiquiatría (1899), el padre de la clasificación de los trastornos mentales tal como los consideramos actualmente, puesto que elaboró un sistema para constituir grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituían un síndrome. Sus criterios se fundaban en las causas orgánicas: hereditarias, metabólicas, endocrinas, alteraciones cerebrales. Por eso las clasificaciones actuales comenzaron sólo por las enfermedades mentales con causa orgánica. El IDC, promocionado por la OMS, en sus cuatro primeras ediciones (1900-1938) sólo incluyó este tipo de alteraciones. Europa se convirtió así en la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales.

El primer intento en el mundo americano fue de la Asociación Americana de Psicología Médica, AMPA (1917) liderado por el doctor Salmon. Otro hecho importante para la constitución de la clasificación americana ha sido la Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades que tuvo lugar en 1928 y donde la Asociación Médica Americana, AMA, se encargó de confeccionar un listado de enfermedades mentales. El tercer jalón lo representó la Standard Classified Nomenclature of Diseases (SCND, 1932) y fue publicado por la Asociación Americana de Medicina y revisado en 1934 y todo ello impulsado por los neokrapelianos que quería promocionar en América algo paralelo al IDC.

Pero fue la segunda Guerra mundial la que definitivamente promocionó la clasificación Americana, ya que los soldados afectados hicieron perentoria la necesidad de poseer un lenguaje común clasificatorio. Los principales gestores fueron el Ejército y la Marina (1944 y 1945). Pero la clasificación de la Standard Nomenclature (1932) fue insatisfactoria y se pidió ayuda a psiquiatras y psicólogos. Así nacieron los DSM que tuvieron muy en cuenta el IDC y pronto lo sustituyó en extensión de uso.

A lo largo de su andadura paralela hubo momentos de coincidencia y divergencia.

TABLA 1
Fechas de aparición de los Sistemas Clasificatorios

| AÑOS | DSM DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (APA) USA | ICD INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (WHO) EUROPE |
|------|---|---|
| 1900 | | ICD-1* |
| 1910 | | ICD-2* |
| 1920 | | ICD-3* |
| 1929 | | ICD-4* |
| 1938 | | ICD-5* |
| 1948 | | ICD-6 |
| 1952 | DSM-I | |
| 1955 | | ICD-7 |
| 1966 | | |
| 1967 | | ICD-8 |
| 1968 | DSM-II | |
| 1975 | | ICD-9 |
| 1978 | | ICD-9-CM |
| 1980 | DSM-III | |
| 1987 | DSM-III-R | |
| 1992 | | ICD-10 |
| 1994 | DSM-IV | |
| 1996 | | ICD-10 (niños) |
| 1998 | DSM-IV-R | |
| 2000 | DSM-IV-TR | |

* IDC con solo enfermedades con base orgánica

Como se ve, hasta 1948, en donde el IDC publica su primera inclusión de enfermedades propiamente mentales, Europa es el modelo en las primeras ediciones del DSM, pero a partir del DSM-III (1980) la carrera se desequilibra a favor del DSM americano, puesto que incorpora dos grandes novedades: la explicitación de los criterios con los que se construyen las categorías y la ampliación que supusieron los cinco ejes diagnósticos, ubicando aquellas alteraciones que presentaban dificultades diagnósticas como el caso del Retraso Mental y matizar la gravedad de las restantes. El DSM III representó la bifurcación máxima entre la clasificación europea y americana.

El DSM-IV (1994) y el IDC-10 (1996) representan un esfuerzo por la confluencia, pero el DSM-IV sale dos años antes del IDC-10; es decir, América toma la delantera de nuevo.

Si analizamos todos los DSM podremos observar las fuerzas y tensiones que han jugado un papel relevante en su evolución (Ver tabla, 2).

DSM-I (1952)

El DSM-I apareció como una recopilación del IDC-4 (1948) y de la mano de dos personalidades Meyer (psiquiatra organicista) y Menninguer (psicoanalista) además de la colaboración de los psiquiatras del Ejército y los médicos del NIMH. Hubo colaboración de dos instituciones y dos fuerzas vivas de la época. Ello condicionó su orientación multidimensional; por eso se ha dicho que el DSM es «aconfesional» y se funda en el consenso de expertos.

El primer DSM tuvo una acogida fría y un uso limitado. Un estudio, sobre el consenso diagnóstico de los que lo utilizaban, mostró que era alto para las psicosis con base orgánica, pero malo en otras categorías (Smith y Fonda, 1952).

Las críticas menudearon desde la Psicología, por ausencia de criterios y el uso de etiquetas diagnósticas sin que hubiese una identidad en los conceptos, tal como señalaron H.J.Eysenck (1952) y R.B.Cattell (1957). Apoyando las críticas anteriores, P. E. Meehl (1965) arremetió contra la fiabilidad del juicio clínico categorial, y con L. Cronbach y Meehl (1955) se clamaba por una necesidad de mejora.

Spitzer & Endicott que trabajaban en DIAGNO, (1968), un sistema de diagnóstico informatizado encontraron graves problemas en el uso del DSM y así Endicott, Guze, Klein, Robins and Winokur asumieron la tarea de revisar el manual del DSM-I para mejorar la siguiente edición.

DSM-II (1968)

Un año después del IDC-8 (1967). La revisión limitó la influencia de Meyer, mientras creció la influencia del psicoanálisis y los neokrapelianos que juntos podían extender su uso por profesionales. Supuso la novedad de aplicar el modelo médico a los síndromes mentales haciendo clusters sintomáticos.

Se intentó confluir con el IDC-8, pero, lejos de conseguirse, las diferencias se ahondaron; de hecho el DSM-II incluyó 39 categorías más que el IDC-8. Hubo también discusiones sobre terminología especialmente en esquizofrenia. Nadie quedó satisfecho. Así que un año después de su aparición comenzó su revisión.

DSM-III (1980)

El grupo de trabajo (Task Force) estuvo liderado por, R. Spitzer, que con su equipo había publicado previamente el Research Diagnostic Criteria RDC. Junto a Spitzer

había otros colaboradores de prestigio internacional: N. Andreasen, J. Endicott, D.F. Klein, M. Kramer, Th. Millon, H. Pinsker, G. Saslow and R. Woodruff. Previamente a una reunión que se celebró St. Louis (1976) se preparó un primer borrador en el que colaboraron muchas instituciones: La Academy of Psychiatry, the American Academy of Child Psychiatry, la American Academy of Psychoanalysis, la American Association of Chairmen of Departments of Psychiatry, la American College Health Association, la American Orthopsychiatry Association y por primera vez la American Psychological Association, que tuvo sus más y sus menos con la American Academy of Psychoanalysis que acabaron resolviéndose.

Los objetivos eran: a) expandir el uso del DSM a todos los profesionales, b) diferenciar los niveles de severidad de los trastornos, c) mantener la compatibilidad con ICD-9, editado en 1978, d) establecer criterios diagnósticos con bases empíricas e) evaluar las quejas emitidas por profesionales y pacientes representativos (Millon, 1996).

Entre 1977 y 1979 el borrador fue enviado a expertos y profesionales para su estudio, en orden a considerar la necesidad o conveniencia de incorporación de sugerencias.

Se incorporaron criterios de inclusión y exclusión para cada categoría, siempre que hubiesen sido empíricamente comprobados y también la edad de comienzo, duración, incidencia y prognosis. Esto mejoró la fiabilidad y validez de los diagnósticos.

El sistema multiaxial incorporado fue una ampliación de los ejes I y II de Feighner, Robins, Guze et al., (1972), de carácter fenomenológico el primero y etiológico el segundo que tenían origen en los generados en Europa por el equipo sueco de Essen, Möller and Wohlfahrt (1947). Los otros tres son de carácter temporal y social. Los cinco ejes ya habían sido usados en Europa por Rutter (1969) en su clasificación infantil. Esta incorporación mejoró la precisión diagnóstica y la eficacia de tratamientos con la inclusión de elementos psicosociales (Haynes & O'Brien, 1988). De nuevo el mismo fenómeno: los ejes se crearon en Europa, pero el DSM los incorporó antes, en 1980 y el IDC en 1992.

Los ejes incorporados han sido los siguientes: I Síndromes clínicos, II Problemas de desarrollo infantil y trastornos adultos, III Trastornos con causa orgánica, IV Intensidad y severidad de los estresores psicológicos, y V Adaptación del paciente en el último año.

A pesar de que el DSM-III continuó siendo teórico, se mantuvo muy fiel al fisicalismo, aunque se notó la participación de los psicólogos en su confección.

Se le criticó el haber incluido demasiadas categorías (265) y especialmente los psicoanalistas protestaron por la ausencia de un eje que incluyese mecanismos de defensa y funciones del ego. Se produjo un cambio de la terminología: las «neurosis» pasaron a llamarse «trastornos de ansiedad»

V. DSM-III-R (1987)

Esta revisión la hizo también el grupo de Spitzer y consistió en la reorganización de algunas categorías (trastornos afectivos, hiperactividad). y mejoras en el Eje IV y la inclusión en el Eje V de un índice que permite precisar el grado de adaptación del paciente (Global Assessment of Relational Functioning, GARF) . Esta revisión logró un gran impacto y el uso del DSM se generalizó

DSM-IV (1994)

En esta ocasión, el grupo de trabajo lo dirigió Allen Frances en colaboración con muchos grupos internacionales que cuidaron su compatibilidad con el IDC (Widiger et al., 1994).

Los objetivos de la revisión fueron: a) brevedad de criterios; b) claridad de lenguaje; c) declaración explícita de constructos; d) recolección de datos empíricos recientes (Spitzer et al., 1994); e) coordinación con ICD-10.

El DSM-IV hace cambios los trastornos mentales orgánicos desaparecen y se incorporan nuevos como 'trastornos de la alimentación', 'delirio', 'demencia' y 'amnesia', 'trastornos cognitivos' y 'trastornos del desarrollo severos', (síndrome de Rett, síndrome de Asperger). También fueron remodelados los trastornos sexuales infantiles.

En el eje IV, se incluyeron muchos más acontecimientos estresantes, y se transformo en el V, el número de escalas para evaluar la desadaptación (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS) y Global (Assessment of Relational Functioning, GARF).

DSM-IV-TR (2000)

La última edición del DSM ha sido llevada a cabo por un grupo de trabajo liderado por A. Frances y un prestigioso grupo de expertos para cada una de las secciones del manual. Las secciones permanecen y se han añadido párrafos de clarificación, como el uso del juicio diagnóstico, y las categorías diagnósticas. Se ha aumentado las instrucciones para cumplimentar el GAF.

Se han añadido algunas precisiones en los trastornos infantiles como en el Trastorno de Déficit de Atención/ Trastorno de Hiperactividad respecto a sus subtipos, sobre la prevalencia de los Trastornos de Comunicación, Separación, Alimentación y Pica, sobre el comienzo del Autismo y algunas alteraciones genéticas del de Rett y aspectos diferenciales del de Asperger. Se añaden varios retoques sobre los Tics.

En esta edición se recogen 404 códigos diferentes, lo que indica una remodelación hacia el alza. Hay nuevos códigos para la Demencia. En general se han añadido

en todas las perturbaciones los nuevos datos sobre causas físicas que aparecen en la investigación reciente

En una parte de los trastornos se han hecho precisiones sobre prevalencias y se han añadido subgrupos en casi todas las categorías, es decir se siguen incorporando datos de la investigación.

REFERENCIAS

- Cronbach, L.J. & Meehl, P.E. (1955). Construct validity in Psychological tests *Psychological Bulletin*, 52, 281-203.
- Eron, L.D. (1966). Classification of behavior disorders. Chicago: Aldine- Atherton
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G. & Muñoz, R. (1972). Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Haynes, S.N. & O'Brien, W.H. (1988). The Gordian knot of DSM-III use: Interacting principles of behavioral classification and complex causal models. *Behavioral Assessment*, 10, 95-105.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie*. Leipzig, Barth Verlag
- Millon, Th. (1996). The DSM-III: Some historical and substantive reflections. In Th. Millon, *Personality and Psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.
- Schmith, H.O. & Fonda, C. (1952). The reliability of psychiatry diagnosis. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 52, 262-267.
- Spitzer, R.L. Endicott, J., Robins, E. (1975). *Research Diagnostic Criteria* (RDC). New York: N.Y. State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R.L. & Willson, P.T. (1975). Nosology and the official psychiatry nomenclature. In A.M. Freeman, H.I Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Compressive textbook of psychiatry* (vol. II). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skoldol, A.E. Williams, J. & First, M.B. (1994). *DSM-IV Casebook: A learning comparison to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Szasz, T. (1966). The psychiatry classification of behavior: a strategy of personal constraint. In L.D. Eron (Ed). *The classification of behavior disorders* (pp. 123-170). Chicago: Aldine
- Widiger, T.A., Frances, A.J., Pincus, H.A., First, M. B., Ross, R. & Davis, W. (1994). *DSM-IV Sourcebook*. Washington, DC: APA.

| DSM-I 1952 | DSM-II 1968 | DSM-III 1980 | DSM-III-R 1987 | DSM-IV 1994 | DSM-IV-TR 2000 |
|---|--|--|----------------------------------|--|--|
| | | Paranoid Disorders Other Psychotic Disorders (8 diagnoses) | Other Psychotic Disorders (5) | | |
| | | Affective disorders (9 diagnoses) | Mood Disorders (9) | Mood Disorders (16) | Mood Disorders (16) |
| C-3-Psychoneurotic Disorders; (27) | IV-Neuroses (11 diagnoses) | Anxiety Disorders (10 diagnoses) | Anxiety Disorders (9) | Anxiety Disorders (12) | Anxiety Disorders (12) |
| C-2-Psychophysiological Autonomic and visceral Disorders (10 diagnoses) | VI-Psychophysio- logical Disorders (10 diagnoses) | Somatiform Disorders (5 diagnoses) | Somatiform Disorders (7) | Somatiform Disorders (10) | Somatiform Disorders (10) |
| | | Factitious disorders (3 diagnoses) | Factitious disorders (3) | Factitious disorders (2) | Factitious disorders (2) |
| | | Dissociative Disorders (5 diagnoses) | Dissociative Disorders (5) | Dissociative Disorders (5) | Dissociative Disorders (5) |
| | | Psychosexual Disorders (22 diagnoses) | Sexual Disorders (20) | Sexual and Gender identity Disorders (31) | Sexual and Gender identity Disorders (31) |
| | VII-Special symptoms (10 diagnoses) | | | Eating Disorders (3) | Eating Disorders (3) |
| | | | Sleep Disorders (12) | Sleep Disorders (17) | Sleep Disorders (17) |
| | | Disorders of Impulse- Control not elsewhere classified (6 diagnoses) | Impulse-Control Disorders (6) | Impulse-Control Disorders not elsewhere classified (6) | Impulse-Control Disorders (6) |

TABLA 2
Evolución de las categorías

| DSM-I 1952 | DSM-II 1968 | DSM-III 1980 | DSM-III-R 1987 | DSM-IV 1994 | DSM-IV-TR 2000 |
|---|--|---|---|--|--|
| B-Mental Deficiency (6 diagnoses) | I-Mental Retardation (6 diagnoses) | | | | |
| Transient and situational personality disorders (8 diagnoses) | I X- Behavioral Disorders of childhood and adolescence (7 diagnoses) | Disorders usually first evident in infancy and adolescence (45 diagnoses) | Disorders usually first diagnosed in infancy and adolescence (46 diagnoses) | Disorders usually first diagnosed in infancy and adolescence (46) | Disorders usually first diagnosed in infancy and adolescence(48) |
| | | | Delirium, Dementia (1) | Delirium, Dementia, and Amnesic and other Cognitive Disorders (33) | Delirium, Dementia, and Amnesic and other Cognitive Disorders (29) |
| A- Organogenic Disorders | II A-Psychoses associated with organic brain syndrome (40 diagnoses) | Organic Mental Disorders (58 diagnoses) | Mental Disorders due to a General Medical condition not elsewhere classified (61) | Mental Disorders due to a General Medical condition not elsewhere classified (3) | Mental Disorders due to a General Medical condition not elsewhere classified (3) |
| 1-Acute brain disorders (13 diagnoses) | II-B Non-psychotic organic brain syndrome | | | | |
| 2-Chronic brain disorders (25 diagnoses) | | Substance use disorders (119 diagnoses) | Substance-related disorders (22) | Substance-related disorders (133) | Substance-related disorders (140) |
| C-1-Psychotic disorders (17 diagnoses) | III-Psychoses not attributed to physical conditions listed previously (24 diagnoses) | Schizophrenic Disorders (5 diagnoses) | Schizophrenia Disorders (5) | Schizophrenia and other Psychotic Disorders (16) | Schizophrenia and other Psychotic Disorders (20) |

| DSM-I 1952 | DSM-II 1968 | DSM-III 1980 | DSM-III-R 1987 | DSM-IV 1994 | DSM-IV-TR 2000 |
|--|--|--|--|---|---|
| | | Psychological factors affecting physical condition (1 diagnosis) | | | |
| | VIII-Transient situational disturbances (5 diagnoses) | Adjustment Disorders (8 diagnoses) | Adjustment Disorders (9) | Adjustment Disorders (6) | Adjustment Disorders (6) |
| C-4-Personality Disorders (18 diagnoses) | V-Personality Disorders (33 diagnoses) | Personality Disorders (12 diagnoses) | Personality Disorders (12) | Personality Disorders (11) | Personality Disorders (11) |
| | X-Condition without manifest Psychiatric disorders and non-specific conditions | V Codes for conditions not attributable to mental disorders that are a focus of attention or treatment | Other Conditions that may be focus in clinical attention (9) | Other Conditions that may be focus in clinical attention (32) | Other Conditions that may be focus in clinical attention (36) |
| | XI-Non diagnostic term for administrative use | | Other Psychological Factors affecting physical condition (1) | | |
| Nº of syndroms 104 | 146 | Additional codes 216 | Additional codes 242 | Additional codes 368 | Additional codes 395 |