

**Nota de la Dirección-Redacción:** el autor de esta revisión falleció en Caracas durante un acto de cirugía cardíaca, el día 27 de julio de 1993. El Dr. Guzmán Machado fue un distinguido profesional, Profesor de psiquiatría de la Universidad Central, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Maternidad Concepción Palacios, autor de varios libros (Tratado de obstetricia y ginecología psico-somáticas, 1980, 2a. edición en 1987; Psiquiatría clínica, 1986; Manual de psiquiatría, 1992). Se ocupó extensamente de los problemas psiquiátricos de la mujer embarazada o con afecciones ginecológicas y dió a conocer en sus publicaciones en revistas periódicas el resultado de sus análisis. Fue un entusiasta colaborador de la Gaceta Médica de Caracas, en cuyas páginas aparecieron, con su firma, editoriales, revisiones y otros artículos, además de ser árbitro o asesor en contribuciones de otros autores. La Dirección-Redacción de la Gaceta lamenta profundamente la muerte del destacado psiquiatra y siente la pérdida de un espontáneo, culto y decidido asociado en la tarea de editar esta revista.

## El impacto del DSM-III en la psiquiatría contemporánea

Aquiles Guzmán Machado

### La psiquiatría norteamericana antes del DSM- III.

En un artículo de reciente aparición sobre la historia de la psiquiatría norteamericana de las últimas décadas, Wilson (1) afirma que la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocidos como DSM-III (2), marcó el retorno de la psiquiatría norteamericana al método descriptivo y, más específicamente hablando, al modelo médico, lo que representó una reconceptualización muy profunda del modelo biopsicosocial imperante entonces. Luego de su publicación en 1980, el DSM III fue considerado como la obra psiquiátrica más importante de la época, y el promotor más significativo de lo que se ha llamado la re-medicalización de la psiquiatría norteamericana.

Traducido inmediatamente a los más importantes idiomas, incluyendo el español, el DSM-III ha tenido un extraordinario impacto en la psiquiatría internacional, al punto de haber desplazado durante la década pasada y parte de la presente a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), Capítulo de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS ) (3). Esto se debió en gran parte al hecho de que cuando el DSM-III apareció, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su novena revisión (CIE 9) de la OMS, publicada en 1976, se tornó automáticamente obsoleta ya que en muchos aspectos no reflejaba el estado actual del conocimiento psiquiátrico y ante la carencia de otras alternativas tanto los clínicos como los investigadores se veían obligados a validar sus hallazgos o

puntos de vista en el DSM-III.

Desde el fin de la II guerra mundial hasta la década de los años 70, según Wilson (1), el modelo psicosocial, inspirado en las corrientes sociológicas y psicoanalíticas, fue el principio rector de la psiquiatría norteamericana. Más tarde, para cubrir los aspectos biológicos de la psiquiatría, al término psicosocial se le añadió el prefijo bio, con la cual el modelo devino en biopsicosocial.

Al aparecer el DSM-III, el enfoque de la psiquiatría experimentó un vuelco radical. El modelo biopsicosocial fundamentado en la clínica, fue sustituido por el modelo médico, basado en la investigación; la opinión de los investigadores, por tanto, desplazó a la de los clínicos dentro de la psiquiatría norteamericana

El modelo psicosocial, profundamente cuestionado incluso antes del DSM-III y, actualmente en desuso, partía de los siguientes supuestos: 1) Las fronteras entre las personas mentalmente enfermas y las personas mentalmente sanas son fluidas, ya que los sujetos normales pueden enfermar si se ven expuestos a traumas de suficiente intensidad; 2) la enfermedad mental es un continuum de severidad que va de la neurosis a los estados fronterizos, y de estos a la psicosis; 3) la enfermedad mental es generada por una combinación de factores nocivos del medio ambiente y de conflictos psicológicos, y 4) los mecanismos por los cuales surge la enfermedad mental en el individuo, son mediados psicológicamente (conocido como el principio de

psicogénesis; es decir, que las enfermedades mentales tienen una causalidad psíquica).

Probablemente, el vocero más calificado del enfoque psicosocial en la psiquiatría norteamericana de postguerra, época en que el diagnóstico descriptivo fundamentado en la obra de Kraepelin era considerado irrelevante, fue Karl Menninger (citado en 1). Menninger cree tener una nueva perspectiva de la enfermedad mental, y fiel al postulado psicosocial que defiende, sostiene que la enfermedad mental es consecuencia del fracaso adaptativo del hombre a su medio ambiente. La quiebra de los procesos adaptativos varía de un estado de menor intensidad (cuadros neuróticos) a otro de mayor intensidad (cuadros psicóticos), pero básicamente este fenómeno no es discontinuo y, consiguientemente, la enfermedad no constituye un proceso discreto.

En vez de poner mucho énfasis en las diferentes clases de cuadros clínicos, Menninger propone considerar todas las formas de enfermedad mental como si fueran esencialmente las mismas en cualidad, aunque diferentes cuantitativamente. Como buen representante de la corriente psicodinámica, Menninger estaba obsesionado por aquella que supuestamente estaba detrás del síntoma considerado mera apariencia. De esta manera, llega a lo que puede ser estimado como la esencia de la orientación teórica y clínica de la psiquiatría y psicodinámica: comprender el significado del síntoma, descubrir su psicogenia y anularla a través del proceso psicoterapéutico.

Armados con un discurso “nuevo”, “moderno”, acerca de la psicopatología, los psicoanalistas, sostiene Wilson (1), penetraron toda la estructura psiquiátrica y cultural norteamericana (los modelos psicodinámico y psicosocial se aplicaron a las más dispares formas de la práctica social: a la crianza de los niños, a la educación, a la organización de los negocios y de las industrias, etc), legitimizando su sistema ideológico a nivel de la práctica y de la docencia, al tiempo que el modelo médico caía en desuso.

La influencia del psicoanálisis sobre la sociedad norteamericana, invasiva y generalizada al mismo tiempo, ha sido objeto de un excelente estudio crítico de parte del notable psiquiatra Torrey en un libro de reciente aparición (4). En esta obra el autor analiza “los efectos malignos de la teoría de Freud sobre el pensamiento y la cultura norteamericanas”, ahondando en las razones que llevaron a connotadas figuras de la cultura como Walter Lippman, Karl Menninger, Margaret Mead, Benjamin Spock y John

Bradshaw entre otras, a servir de eficaces instrumentos en la difusión del pensamiento freudiano. Debido al agresivo activismo social que los caracterizaba, y a la extendida influencia que tenían sus bien disciplinadas organizaciones, que actuaban con un fervor casi religioso, los psicodinámicos lograron apoyo y reconocimiento del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), a través del cual pudieron adelantar un vasto proyecto de investigaciones, fundamentalmente de tipo psicosocial, conducido por psicólogos y sociólogos.

Quizás donde mejor se refleja la hegemonía de los modelos psicodinámico y psicosocial es en el sistema clasificatorio de la psiquiatría norteamericana de la época. Así por ejemplo, el DSM-I (5), es decir, la primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Sociedad Psiquiátrica Americana, que apareció en 1952 bajo la influencia de Adolf Meyer, un psiquiatra suizo emigrado a los EUA, creador de la teoría psicobiológica de los trastornos mentales, y tenido por uno de los más destacados maestros de la psiquiatría norteamericana, utiliza el término “reacción” para designar el grupo de alteraciones que la psiquiatría tradicional denominaba psicosis funcionales, entre las que se incluían la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva, etc. Según el DSM-I, se debía decir reacción maníaca, reacción depresiva, etc., pues como hemos referido anteriormente se sostenían que los trastornos psiquiátricos eran producidos por una combinación de factores psicoanalíticos y ambientales. Además de ello, el DSM-I incorpora los conceptos psicoanalíticos de mecanismos de defensa.

Esta perspectiva terminó por extenderse a algunos países que se encontraban sujetos a la influencia cultural norteamericana. En Venezuela, por ejemplo, se usaba con gran frecuencia el concepto de “reacción” en los diagnósticos psiquiátricos oficiales. Algunos postgrados de psiquiatría, como el que funcionaba en el Hospital Militar, seguían una orientación netamente psicodinámica. En la década de los años 60 el recién inaugurado Hospital Mental del Este, seguía también de manera exclusiva esta orientación, lo mismo que el postgrado de psiquiatría que se abrió en esa misma institución. Es de hacer notar además que gran parte de los libros de texto que utilizábamos entonces estaban literalmente saturados de conceptos psicoanalíticos. Podemos citar por ejemplo, la Psiquiatría clínica moderna de Noyes (6), la Psicología médica del profesor

mexicano R. de la Fuente Muñiz (7), la Psiquiatría dinámica de Franz Alexander (8), etc. Como era de esperar, el modelo psicodinámico-psicosocial sumergió a la psiquiatría norteamericana en una crisis de identidad muy profunda. Así, en 1976 Alan Stone, el entonces Presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), afirmó que la psiquiatría estaba al borde de la extinción (1). Wilson (1) hace un recuento de los problemas que aquejaban a la psiquiatría norteamericana en esta época tan aciaga:

1) Dado que la aproximación psicodinámica-psicosocial no diferenciaba claramente la salud de la enfermedad, el diagnóstico era considerado como un proceso meramente secundario a la búsqueda del significado "subyacente" al cuadro clínico. Obviamente, la fluidez de las fronteras entre la salud y la enfermedad, facilitó la penetración del discurso psicoanalítico en la psiquiatría norteamericana.

2) A fines de la década de los años 60, la psiquiatría norteamericana era atacada desde innumerables frentes. Los modelos psicodinámico y psicosocial eran los objetivos fundamentales de estos ataques. Dentro de la psiquiatría, el modelo psicosocial fue criticado por quienes deploraban la carencia de progreso que este modelo generó en la investigación. Específicamente, los psiquiatras orientados biológicamente propugnaron el retorno de la psiquiatría al modelo médico convencional. Desde fuera la psiquiatría fue atacada por numerosos adversarios, algunos provenientes de los círculos académicos; otros de las ciencias sociales. Todas sus críticas presentaban un argumento en común: si la psiquiatría tiene un fundamento psicosocial, ella no debe constituir una provincia de la medicina, ya que los problemas psiquiátricos no serían realmente médicos, sino sociales, políticos y legales.

De estos grupos el que alcanzó mayor notoriedad fue el llamado movimiento antipsiquiátrico, cuyo representante más destacado fue Thomas Szasz. Las críticas del movimiento antipsiquiátrico pueden ser resumidas así: si los límites entre la normalidad y la anormalidad son fluidos, como afirman los modelos psicodinámico y psicosocial, el diagnóstico psiquiátrico tiene que ser entonces arbitrario. Por otra parte, si los trastornos mentales carecen de un fundamento fisiopatológico que los expliquen, estas perturbaciones no pueden ser llamadas enfermedades en el sentido médico convencional (1).

A pesar de que las embestidas de Szasz y sus acólitos tenían un carácter marcadamente radical,

las críticas de este grupo, en extremo globalizantes, poco matizadas y mayormente especulativas, podrían verse hoy como si fuesen dirigidas más al modelo de enfermedad imperante entonces en la psiquiatría (psicodinámico-psicosocial) que a la psiquiatría misma. Y, desde esta perspectiva, algunas de las críticas de Szasz podrían tener cierto fundamento. Hay que tomar en cuenta que, al extender tan abusiva y arbitrariamente al campo de la psiquiatría, el psicoanálisis terminó por "psiquiatrizar" (o mejor dicho "psicoanalizar") absurdamente el ámbito del pensamiento humano en todas sus vertientes. De esta manera, la psiquiatría se vio forzada a asumir toda una serie de problemas tales como la discriminación racial, la pobreza, los conflictos generacionales, las crisis matrimoniales, la delincuencia, la marginalidad social, etc., no ajenos del todo a la psiquiatría, pero cuyos orígenes y soluciones la trascienden, pues se encuentran más bien en circunstancias de orden político, social, económico, etc. (9).

3) Entre 1965 y 1972 los fondos destinados por el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health (NIMH)) disminuyeron en un 5% por año. Según el informe redactado en 1978 por la Comisión sobre Salud Mental, durante la administración del presidente Carter, esta decisión del NIMH tuvo su origen en los modelos psicodinámico y psicosocial utilizados entonces en la investigación. "Desde 1969 (dice el informe) nuestra capacidad de investigación ha experimentado una merma sustancial, y la erogación en la investigación psiquiátrica es ahora tan baja que los proyectos para futuras investigaciones están en serio peligro". Más adelante el informe se refiere explícitamente a la inadecuada metodología empleada en la selección de muestra: "La documentación sobre el número total de individuos que tienen problemas de salud mental... es difícil no solamente porque la opinión de los expertos varía en lo que concierne a la definición de la enfermedad mental, sino también porque los datos disponibles son a menudo inadecuados o engañosos" (1).

4) Desinterés por la nosotaxia psiquiátrica. El proceso diagnóstico es desde luego, el aspecto más importante en la tarea de lograr la mayor exactitud tanto en la evaluación psiquiátrica como en el trabajo terapéutico. Ya a fines de la década de los años 40 se comienza a plantear el problema de la baja concordancia diagnóstica entre psiquiatras. Incluso se afirmaba que era difícil que dos psiquiatras estuviesen en total acuerdo sobre el diagnóstico de

un paciente dado. Preocupada por este problema, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) organizó en 1953 (1) un ciclo de conferencias con la finalidad de desarrollar una extensa evaluación de las terapias psiquiátricas y establecer criterios, metodologías o estándares sólidos con los cuales pudiera efectuarse tal validación. Pues bien, la conferencia terminó admitiendo que era imposible valorar la eficacia del tratamiento debido a la carencia de criterios estandarizados, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Una prueba dramática de la baja confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico lo dió el estudio realizado conjuntamente por psiquiatras norteamericanos y británicos en 1971 (10). El estudio en cuestión evidenció que la psiquiatría norteamericana presentaba un sesgo notable con respecto al diagnóstico de esquizofrenia. Debido a los criterios poco rigurosos utilizados por los norteamericanos en la definición de esquizofrenia, un número considerable de pacientes con trastornos afectivos estaban siendo diagnosticados incorrectamente de esquizofrenia y recibiendo, en consecuencia, tratamientos inadecuados. Por esta época, a modo de chiste, se decía en los EUA que para curar a un equizofrénico bastaba cruzar el Atlántico.

No obstante los reiterados intentos de la APA para estandarizar los instrumentos diagnósticos, durante las décadas 50 y 60 este problema suscitaba poco interés. Los psiquiatras de la época, influenciados por el modelo psicodinámico, consideraban que el diagnóstico descriptivo era irrelevante para los efectos de una buena práctica clínica.

La ausencia de pautas diagnósticas confiables, por otra parte, dificultaba la investigación en el campo de la psicofarmacología, ya que para someter a prueba nuevos medicamentos se necesitan criterios diagnósticos operativos y explícitos que faciliten la obtención de muestras homogéneas utilizables en la investigación.

A pesar de ello, la investigación psicofarmacológica se vió estimulada por la creciente y generalizada comprobación de que la psicoterapia de orientación psicoanalítica carecía de eficacia frente a los cuadros psiquiátricos más severos.

### Desarrollo del DSM-III

Fue sólo en la década de los años 70 cuando el problema de la baja confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico se convirtió en un aspecto central en la

psiquiatría norteamericana (19). En 1974 Robert Spitzer fue designado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), Presidente del Grupo de Trabajo sobre Nomenclatura y Estadística que se encargaría de elaborar el DSM-III. En la escogencia de Spitzer para este cargo, privaron las siguientes razones: 1) Spitzer se había desempeñado ya como consultante en la elaboración del DSM-II; 2) su trabajo académico había estado orientado fundamentalmente al desarrollo de entrevistas psiquiátricas estructuradas; 3) había tenido una participación muy importante en la controversia sobre la homosexualidad, a partir de la cual este trastorno quedó excluido de la lista de trastornos mentales desde el año 1973; y 4) había estado involucrado en la elaboración de los Criterios Diagnósticos para ser utilizados en la Investigación (Research Diagnostic Criteria, RDC) publicados en 1975 (11), que sirvieron de modelo para los criterios diagnósticos del DSM-III. Los RDC a su vez fueron desarrollados a partir de los llamados criterios de Feighner, publicados en 1972 (12).

Brevemente la historia de los RDC, antecesores inmediatos de los criterios diagnósticos del DSM-III, es como sigue: en la década de los años 60, cuando la mayor parte de los trabajos y artículos psiquiátricos versaban sobre psiquiatría clínica, psicoanálisis y psiquiatría social y comunitaria, un grupo de investigadores de la Universidad de Washington en la ciudad de St. Louis, que desde entonces se han dado en llamar grupo de St. Louis, había estado trillando un camino completamente nuevo en la investigación. Dirigido por Eli Robins y Samuel Guza, el grupo de la Universidad de Washington venía desarrollando desde hacía algún tiempo, un instrumento de evaluación psiquiátrica que facilitara la obtención de muestras de pacientes relativamente homogéneas para la investigación, pues era evidente que la psiquiatría estaba necesitada de criterios diagnósticos que fuesen a la vez descriptivos, explícitos y confiables.

En 1972 el grupo culminó su trabajo, y los criterios, a los que se les puso el nombre de Feighner, fueron publicados (12). A partir de entonces se observó que el uso de tales criterios en la investigación mejoró notablemente la confiabilidad diagnóstica de los trastornos psiquiátricos.

La relación de Spitzer con el grupo de la Universidad de Washington está vinculada íntimamente con el desarrollo de los criterios diagnósticos para la investigación (RDC) que, como ya hemos mencionado, están fundamentados en los criterios de

Feighner, y que formaban parte de un proyecto sobre la psicobiología de la depresión, patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los EUA (NIMH).

Tanto Spitzer como el grupo de la Universidad de Washington compartían los mismos puntos de vista sobre el modelo psicodinámico, y por tanto, rechazaban su carácter exageradamente inclusivo, que por si mismo no conducía a ninguna confiabilidad en el diagnóstico, dificultando así un paso crucial en la validación definitiva de las entidades o categorías psiquiátricas (1).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, no es difícil imaginar las razones que llevaron a Spitzer a incluir en el grupo de trabajo que presidía a tantos psiquiatras de la Universidad de Washington.

Entre los primeros acuerdos del Grupo de Trabajo sobre Nomenclatura estuvo la decisión de defender el empleo del modelo médico en la solución de los problemas psiquiátricos, en sustitución del modelo psicodinámico. Así mismo, se decidió que el DSM-III sería un manual descriptivo y que, en lo que respecta a la evaluación, haría hincapié en los síntomas fácilmente observables. Por el contrario, la inferencia clínica, dado su carácter subjetivo, quedaría reducida a su más mínima expresión. Finalmente se convino en aceptar que si la clasificación psiquiátrica pretendía afianzarse en la más clara evidencia disponible, no debía fundamentarse en la etiología, a menos que ésta hubiese sido demostrada convincentemente (1).

Como era de esperar, a través de todo el proceso de elaboración del DSM-III, se suscitaron largas y encendidas polémicas a partir de las críticas que lanzaban sus oponentes, entre quienes se encontraban, desde luego, los psiquiatras de orientación psicoanalítica.

En realidad, los psicoanalistas jamás habían sentido simpatías por el diagnóstico descriptivo, de manera que su actitud era comprensible: lo rechazaban porque no se ajustaba a sus principios ideológicos. Sin embargo, el equilibrio del poder dentro de la psiquiatría norteamericana había cambiado para los psicoanalistas. Simplemente, ya no eran ellos los que dictaban las reglas del juego. Quienes dos décadas atrás se anunciaron como representantes de lo "nuevo" y de lo "moderno", se habían transformado en un lastre demasiado pesado para la psiquiatría (1).

### Aspectos básicos del DSM-III.

Tal como ha sido señalado por Wilson (1), el DSM-III refleja, de manera muy explícita, el estrechamiento o limitación de la perspectiva psiquiátrica contemporánea, determinando un cambio fundamental tanto en la concepción de la enfermedad mental como en la enseñanza de la psiquiatría. Esta limitación del campo psiquiátrico, que obviamente implica un retorno a sus antiguas fronteras, se expresa de las siguientes maneras: 1) el concepto de inconsciente, de profundidad de la mente sufre una merma significativa; en vez de ello, ahora se insiste en lo superficial, en lo públicamente visible; 2) la estimación del tiempo queda considerablemente reducida. El punto de vista psicosocial (psicoanálisis y psicobiología meyeriana), subraya los aspectos relacionados en el despliegue vital del individuo a través del tiempo (el desarrollo de la persona y el lugar que ocupan sus síntomas dentro de este desarrollo). Con el advenimiento del DSM-III, el tiempo queda comprimido, y de una perspectiva longitudinal, se ha pasado a una visión transversal, lograda mediante una entrevista de 45 minutos; 3) se ha restringido lo que clínicamente debía considerarse relevante, es decir, se ha producido una limitación de objetivos en el estudio del caso clínico. Así, los factores relacionados con la personalidad y el carácter, los conflictos inconscientes, la transferencia, la dinámica familiar y los factores sociales, tienden a recibir menor atención que la cuidadosa descripción de los síntomas, que pasan, en consecuencia, a constituir las herramientas fundamentales en la evaluación del paciente.

A continuación nos referiremos a algunas nociones básicas contenidas en el DSM-III y DSM-III-R (versión revisada del DSM-III).

Aproximación descriptiva (2,13). Muchas de las clasificaciones del pasado se sustentaban en teorías psicopatológicas que intentaban explicar la etiopatogenia del fenómeno psiquiátrico. Así por ejemplo, para el psicoanálisis los trastornos fóbicos representan un desplazamiento de la angustia resultante del fracaso de las maniobras defensivas que mantienen el conflicto, llamado intrapsíquico, fuera del campo de la conciencia. Para los conductistas las fobias se explican sobre la base de un aprendizaje de respuestas de evitación a la ansiedad condicionada, etc. Dado que algunas de estas teorías aportan pruebas insuficientes sobre el medio que pretenden explicar, el DSM-III adopta una aproximación fundamentalmente atórica con respecto a la

etiología o al proceso fisiopatológico subyacente en los numerosos trastornos en que la etiología es desconocida, como en los trastornos neuróticos, por ejemplo (obviamente, en los trastornos de etiopatogenia conocida, como los trastornos orgánicos, aquella se toma en cuenta no solamente para la clasificación, sino también para la definición).

El enfoque atóxico como ya hemos mencionado, es descriptivo, en el sentido de que las definiciones de los trastornos consisten generalmente en descripciones objetivables desde el punto de vista conductual, como desorientación, alteración del estado de ánimo, agitación psicomotriz etc., eliminándose al máximo las inferencias que puedan dar lugar a especulaciones.

Criterios diagnósticos (2,13). El DSM-III da una descripción detallada de cada trastorno, y al final de la misma, son presentados los criterios que deben ser utilizados para su diagnóstico. Tales criterios en manos del clínico, constituyen una herramienta muy poderosa cuando se desea obtener mayor fiabilidad en el diagnóstico, cosa que no ocurría con las clasificaciones psiquiátricas anteriores al DSM-III. Los criterios diagnósticos del DSM-III son de inclusión y de exclusión.

Por ejemplo, el DSM-III-R define el trastorno por angustia de la siguiente manera: "Trastorno cuya sintomatología esencial consiste en la presencia de crisis de angustia recurrentes, es decir, períodos separados de miedo o malestar intensos con al menos la asociación de cuatro síntomas característicos. El diagnóstico se hace sólo cuando no puede asegurarse que exista un factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración" (13). Ahora bien para el diagnóstico de este trastorno el DSM-III establece cinco criterios, de los cuales unos de inclusión (síntomas que deben estar presentes) como los criterios A,B,C, y D; y otros de exclusión (que no deben estar presentes para hacer el diagnóstico), como el criterio E (Cuadro 1).

No obstante el indudable valor que tienen para la práctica clínica como para la investigación, estos criterios presentan algunos aspectos controvertidos, tal como el número muchas veces arbitrario de elementos requeridos para un determinado diagnóstico (14,15), por ejemplo, en el criterio C, que la crisis por angustia deba tener por lo menos 4 síntomas neurovegetativos de una lista de 13.

Evaluación multiaxial (2,13). En tanto que la evaluación uniaxial tradicional implica un nivel diagnóstico único, el sistema multiaxial utilizando

Cuadro 1

Criterios para el diagnóstico de trastorno por angustia (DSM-III-R)

- 
- A. En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de angustia (períodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido (1) inesperados, es decir que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.
  - B. Por lo menos cuatro crisis tal como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente a presentar otro ataque por lo menos durante un mes.
  - C. Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:
    - 1. falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo;
    - 2. mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia;
    - 3. palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
    - 4. temblor o sacudidas;
    - 5. sudoración;
    - 6. sofocación;
    - 7. náuseas o molestias abdominales;
    - 8. despersonalización o desrealización
    - 9. adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestias);
    - 10. escalofríos;
    - 11. dolor o molestias precordiales;
    - 12. miedo a morir;
    - 13. miedo de volverse loco o perder el control;
 Nota: las crisis que incluyen cuatro o más síntomas se les denomina crisis de angustia; aquellas que tengan menos de cuatro síntomas son crisis de síntomas limitados (véase agarofobia sin historia de trastorno por angustia).
  - D. En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.
  - E. No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por anfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.
- 

por el DSM-III y el DSM-III-R, considera, de manera sistemática, varios aspectos fundamentales de la condición del paciente. La información recogida a través de este sistema, facilita tanto el trabajo terapéutico como las actividades de investigación, epidemiológicas y de docencia.

En concreto, la clasificación multiaxial del DSM-III y DSM-III-R, presenta cinco ejes, de los cuales los dos primeros (ejes I y II) incluyen todos los trastornos mentales (los trastornos de la personalidad y los trastornos específicos del desarrollo son asignados al eje II, mientras que el resto de los trastornos mentales son asignados al eje I).

El eje III es para los trastornos y estados físicos concurrentes con el trastorno mental, y permite indicar al clínico cualquier estado o trastorno somático potencialmente importante para la comprensión o el tratamiento del sujeto. Los ejes I, II y III configuran la valoración diagnóstica oficial del DSM-III y DSM-III-R.

El eje IV evalúa la intensidad total del estrés que se considera responsable del desarrollo o la exacerbación del trastorno actual (por ejemplo, muerte del cónyuge, enfermedad de un hijo, desempleo, etc.). En la mayoría de los casos, el estrés psicosocial habrá tenido lugar en el transcurso del año inmediatamente anterior a la aparición del trastorno presente.

El eje V permite al clínico tener una apreciación sobre el máximo nivel de adaptación durante el último año, y comprende tres áreas principales: relaciones sociales (por ejemplo, relaciones con familiares y amigos), actividad laboral (funcionamiento como trabajador, estudiante, etc.) y empleo del tiempo libre (actividades recreativas o aficiones). Descripción sistemática (2,13). En el DSM-III (y en su edición revisada, el DSM-III-R), cada trastorno es descrito minuciosamente tomando en cuenta los siguientes aspectos: síntomas fundamentales y accesorios, edad de comienzo, curso, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia en cada sexo, antecedentes familiares y diagnóstico diferencial. La amplitud (y completud) del DSM-III ha sido motivo para que el Profesor Pierre Pichot, entonces Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, afirmara en 1980 que esta obra en realidad constituye un verdadero tratado de psiquiatría (16).

#### REFERENCIAS

1. Wilson M. DSM-III and the transformation of american psychiatry: a history. *Am J Psychiatry* 1993;150:399-410.
2. American Psychiatric Association (APA): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición. Masson, S.A, Barcelona 1984.
3. Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Glosario de la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Sección V. Trastornos mentales. Caracas 1976.
4. Torrey EF. *Freudian Fraud*. Harper Collins Publishers. New York 1992.
5. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. First edition. Washington 1952.
6. Noyes AP, Kolb LC. *Psiquiatría clínica moderna*. La Prensa Médica Mexicana, México 1966.
7. De la Fuente R. *Psicología médica*. Fondo de Cultura Económica, México 1959.
8. Alexander F. *Psiquiatría dinámica*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1958.
9. Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, pág. 404 Salvat Editores, S.A. Barcelona 1985.
10. Kendell RE, Cooper JE, Gourley AJ. Diagnostic criteria of american and british psychiatrist. *Arch Gen Psychiatry* 1971;25:123-130.
11. Spitzer RL, Enicot J, Robins E. Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1975.
12. Feighner JP, E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Muñoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 26: 57-63.
13. American Psychiatric Association (APA): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición revisada (DSM-III-R). Masson, S.A, Barcelona 1988.
14. Mezzich J, Roca M. Concepto y ámbito de la psiquiatría. Clasificación de los trastornos mentales. En: Ayuso JL, Carrulla LS: *Manual de psiquiatría*. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid 1992.
15. Anchin, J. *Psychiatric diagnosis. A biopsychosocial approach using DSM-III-R*. American Psychiatric Press, Inc, Washington, DC 1991.
16. Pichot, P. Prólogo. En: American Psychiatric Association (APA): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos psiquiátricos. Tercera edición (DSM-III). Masson, S.A, Barcelona 1984.

**Agradecimiento:** deseamos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Oscar Agüero, quien a través de sus valiosos comentarios se constituyó en uno de los más significativos estímulos que nos llevaron a escribir el presente artículo.