

DIAGNÓSTICO

Victor Contreras Garcia

La inexistencia de marcadores biológicos que nos permitan establecer diagnósticos sobre la presencia de una enfermedad mental hace que los actuales criterios para diagnosticar se basen en clasificaciones y consensos establecidos entre expertos. En la actualidad son dos los sistemas más empleados para la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” actualmente en

su cuarta revisión de 1994 (DSM-IV) y la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, décima revisión de 1991 (ICD-10) de la Organización Mundial de la Salud. La primera edición del DSM, (DSM-I), fue publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1952 inicialmente este manual clasificaba o permitía diagnosticar un total de 112 trastornos mentales mientras que el número incluido en la actualmente en vigor, cuarta edición, es de 374, esta previsto que hacia 2010 se publique el DSM-V. En 2001 la OMS publicó la CIF (*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*) que ha sustituido a la edición de 1980 y que debe de utilizarse conjuntamente con la CIE-10. Uno de los grupos de trabajo establecido para la preparación de la nueva edición del DSM-V, coordinado por Anthony F. Lehman, estudia las relaciones existentes entre la severidad de los síntomas y el grado de discapacidad¹ producido en las psicosis y fundamentalmente la esquizofrenia. Estos dos sistemas de clasificación permiten asignar a las personas consideradas como pacientes psiquiátricos a diferentes categorías o grupos diagnósticos ya que ambos sistemas son modelos categoriales en oposición a los utilizados en medicina para el resto de enfermedades que son modelos dimensionales. La mayor utilidad de estas dos clasificaciones ha sido establecer criterios comunes que permitan comparar datos e intercambiar información sobre las enfermedades mentales. Sin

“El diagnóstico de esquizofrenia ha sido problemático desde las primeras descripciones de la enfermedad y la existencia de numerosos criterios diagnósticos es la consecuencia de desacuerdos fundamentales en la definición del trastorno. Dado que la finalidad última del diagnóstico es arrojar luz sobre la etiología, patología y tratamiento del trastorno, es esencial estudiar la validez del diagnóstico. Los datos empíricos existentes apoyan un modelo dimensional de la esquizofrenia, y dado que las variables clínicas asociadas a la esquizofrenia tienen una distribución continua en el espectro de las psicosis los límites establecidos por los diagnósticos categoriales entre psicosis esquizofrénicas y no esquizofrénicas son arbitrarios”.

“The Diagnosis of Schizophrenia: Old Wine in New Bottles”

Victor Peralta¹ and Manuel J. Cuesta

Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2003, Vol. 3, Nº 2, pp. 141-152

¹ “A research agenda for DSM-V, Mental Disorders and Disability”

embargo ambos están sometidos a críticas por parte de numerosos profesionales al considerar que su incierta validez es motivo de serios problemas éticos, científicos y clínicos. La Asociación de Psiquiatría Americana editora del DSM-IV advierte que categorías diagnósticas como la esquizofrenia no debe de considerarse válidas es decir que reflejen una enfermedad que, como tal, realmente exista en la Naturaleza. Durante los últimos 100 años se ha trabajado tanto en aspectos clínicos como de investigación bajo el criterio establecido a comienzos del siglo XX de que la esquizofrenia y el trastorno bipolar eran trastornos diferentes, sin embargo existen pacientes que presentan tanto síntomas psicóticos como afectivos lo que hizo necesario que en 1933 el psiquiatra americano Jacob S. Kasanin (1897-1946) introdujera el término esquizoafectivo para designar aquellos trastornos en los que se presentaban simultáneamente tanto síntomas psicóticos como afectivos² lo que lleva a la hipótesis, hoy ampliamente aceptada entre los investigadores, de que no hay una clara distinción biológica entre esquizofrenia y trastorno bipolar³ por lo que se considera que entre ambos trastornos existe una variación de síntomas que se ajustan a una distribución continua. El conocimiento que las investigaciones que se realizan actualmente sobre genética proporciona apoyan la tesis de una distribución dentro de un continuum en contra de la tradicional dicotomía⁴ establecida por Emil Kraepelin. La palabra esquizofrenia esta cargada de connotaciones extremadamente negativas y estigmatizantes lo que sin duda es el origen de una gran parte, sino toda, del estigma y la discriminación que las personas con este diagnóstico sufren por parte de la Sociedad originándoles la mayor dificultad para su recuperación e integración social y prolongando en el siglo XXI el trato inhumano que a través del tiempo se ha infligido a los que padecen esta enfermedad nombre que por otra parte no refleja la realidad de la esquizofrenia ni aporta información sobre su origen y evolución siendo tan sólo una señal portadora de estigma y discriminación social. Con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, 10 de octubre de 2006, grupos de expertos reunidos en Inglaterra han pedido la sustitución de la palabra esquizofrenia en los manuales diagnósticos por otra que refleje con mayor precisión el estado de los conocimientos actuales calificando esta palabra como un “concepto extremadamente dañino” en

² “Do schizoaffective disorders exist at all?”, Wolfgang Maier, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Mayo 2006

³ “Genes for schizophrenia and bipolar disorder? Implications for psychiatric nosology”, Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ, *Schizophrenia Bulletin*, January 2006

⁴ “The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy”, Craddock N, Owen MJ, *British Journal of Psychiatry*, May 2005,

palabras de Marius Romme⁵ o como una palabra “que no tiene significado científico” según Richard Bentall⁶. Recientemente se ha puesto en marcha una campaña auspiciada por Paul Hammersley, Universidad de Manchester, para la abolición y sustitución de la palabra esquizofrenia⁷ argumentando que su utilización es extremadamente perjudicial para las personas a las que se aplica ya que lo que la sociedad erróneamente asocia con ella es “*impredictibilidad, peligrosidad y cronicidad*”. Robin Murray⁸, profesor de Psiquiatría en la Universidad de Londres, ha propuesto la sustitución de la palabra esquizofrenia por el término “trastorno por desregulación de la dopamina”⁹. Con el fin de contribuir a la reducción del estigma asociada a la palabra esquizofrenia la Asociación Japonesa de Psiquiatría y Neurología ha sustituido en el 2002 este término por el de “trastorno integrado”¹⁰. Dado el amplio consenso existente sobre la necesidad de cambiar el nombre a la esquizofrenia por otra denominación que refleje de manera más real y efectiva nuestros conocimientos actuales y que no conlleve la carga histórica y estigmatizante que sólo perjudica a la recuperación y la integración social y laboral de los que reciben este diagnóstico y para evitar una posible proliferación de nombres ¿no habrá llegado el momento de que la Organización Mundial de la Salud establezca una nueva denominación para este síndrome?.

Madrid octubre de 2006

⁵ Profesor de Psiquiatría Social en la “University of Central England”

⁶ Richard Bentall es profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Manchester

⁷ “The Campaign for the Abolition of the Schizophrenia Label (CASL)”, Paul Hammersley, Universidad de Manchester, Inglaterra

⁸ Robin Murray es investigador y profesor de Psiquiatría en el Institute of Psychiatry (Maudsley) y en la Universidad de Londres

⁹ Noticia distribuida por la Agencia Reuters, Londres (Reuters UK, TOP News, 9 de octubre de 2006)

¹⁰ “Renaming schizophrenia: a Japanese perspective”, MITSUMOTO SATO, Department of Psychiatry, Tohoku Fukushi University, 1-8-1, Kunimi, Aoba-ku, Sendai-shi, Miyagi 981-8522, Japan