

11241
1-27-77

TESINA
DEL
CURSO
DE
PSIQUIATRIA

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPRESION MAYOR: una correlación entre el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) y un estudio retrospectivo.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
Y
SALUD MENTAL
U.N.A.M.

DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH ZIBACH

TUTOR

DR. ROBERTO REYES CASTRO

RESIDENTE DE PSIQUIATRIA

FALLA DE ORIGEN

R. J. S. S.
Ollu



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPRESION MAYOR: una correlación entre el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) y un estudio retrospectivo.

Problema que se investigó. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, realizado en los pacientes examinados en la consulta externa del Centro Comunitario de Salud Mental, durante el periodo de Marzo de 1984 a Febrero de 1985, en relación a los criterios diagnósticos para la Depresión Mayor descritos en el DSM-III.

Introducción. En los últimos años ha ido en aumento el interés en la importancia del diagnóstico, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Esto ha enfatizado la importancia de un lenguaje común para clínicos e investigadores científicos, que permite el intercambio de información sobre los problemas relacionados con los trastornos de su interés. Para una correcta planificación de un programa de tratamiento, se debe iniciar con un diagnóstico preciso. La comparación de la eficacia de los diferentes programas de tratamiento solo puede realizarse, si los grupos de pacientes se describen con términos diagnósticos claramente definidos.

La conveniencia de definiciones operacionales para el criterio

diagnóstico es ahora aceptado. La práctica clínica más común ha sido enlistar el número de síntomas en varias categorías, una o más de las cuales puede ser necesaria para el diagnóstico. Aunque la investigación ha progresado rápidamente, a tal grado en el cual las escalas normativas están disponibles en gran número, y siendo útiles para estudios de investigación, no han sido aún suficientemente validadas y usadas para ser recomendadas en la práctica clínica rutinaria.

Un gran compromiso dentro del campo de la psiquiatría se ha llevado a cabo en la realización del DSM-III, y que consiste en apoyarse únicamente en datos fiables para entender los trastornos mentales.

El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico), surge debido a que inmediatamente después de la Guerra, había en Estados Unidos varias nosologías "oficiales" empleadas por diversos organismos -- del Estado. La Asociación Americana de Psiquiatría tomó la iniciativa de proponer, con la ayuda de un comité de expertos, una nosología única que debería revisarse periódicamente en función del progreso de los conocimientos. La versión inicial del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-I), reflejaba las concepciones -- que había en Estados Unidos en aquella época, influidas en particular por el empleo sistemático de la noción de "tipos de --- reacción", propuesta por Adolf Meyer. La segunda edición (DSM-II), apareció poco después de la octava clasificación Internacional de las Enfermedades, con la que era perfectamente compatible. En 1974, la Sociedad Americana de Psiquiatría, a través de su ---

Consejo para la investigación y el desarrollo, designó un comité de intervención sobre nomenclatura y estadística, para que empezara a trabajar sobre la elaboración del DSM-III, sin perder de vista que la novena clasificación Internacional de las Enfermedades estaba programada para entrar en vigor en Enero de 1979. Aunque los representantes de la Sociedad Americana de Psiquiatría - habían trabajado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud en la elaboración de la novena clasificación Internacional de las Enfermedades, existía una cierta preocupación de que la clasificación y el glosario no fueran apropiados para su utilización en los Estados Unidos, y que algunas áreas de la clasificación no parecían suficientemente precisas para su plena utilidad en clínica e investigación. Por estas razones, el comité de intervención se dedicó a preparar una nueva clasificación y un glosario que reflejara, en la medida de lo posible, el estado actual de nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales, procurando simultáneamente su compatibilidad con la novena clasificación Internacional de las Enfermedades. En Enero de 1980 aparece la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico -- (DSM-III), en el cual los dos elementos fundamentales son el recurso a un sistema multiaxial de clasificación, y el empleo de un sistema de criterios para definir las categorías diagnósticas. Además contiene un número importante de categorías nuevas.

Revisión histórica de los trastornos afectivos. A través de la historia, los desórdenes afectivos han sido descritos tanto en la literatura poética como en la médica. Los médicos griegos y -

romanos reconocieron tempranamente la conexión entre la enfermedad física y los estados depresivos, y sus tratamientos tuvieron características humanitarias apropiadas para la enfermedad como era el descansar, refrescarse, fraguar nuevas conexiones emocionales. Anticipando descubrimientos posteriores, los médicos romanos reconocieron la naturaleza confortante de las aguas de ciertos lugares al norte de Italia, y las prescribían para pacientes eufóricos o agitados, descubriéndose 2000 años después que son ricas en sales de litio.

Con el colapso del Imperio Romano, muchos de los tratamientos de la enfermedad mental se convirtieron en una forma de controlar la posesión demoniaca. No fue hasta finales del siglo XVIII que Pinel, mediante la liberación de sus pacientes de las cadenas, simbólicamente inauguró el compromiso de la civilización occidental de estudiar científicamente la enfermedad psicológica.

Falret, en 1854, reconoció que algunos pacientes deprimidos pasaban a un estado de elación y nuevamente a un estado depresivo, describiendo la locura circular ("folie circulaire"). Baillarger publicó una descripción de locura de doble forma ("folie a double forme"), haciendo una observación similar a la de Falret. En 1897 el hijo de Falret notó la naturaleza hereditaria de la locura circular, y en 1882 Kahlbaum describió la manía y la melancolía como estados en un proceso único de enfermedad, una forma intermedia, la cual tituló ciclotimia.

La fenomenología descriptiva llegó a su apogeo con el trabajo de Emil Kraepelin, el cual hizo descripciones precisas de una --

variedad de desórdenes afectivos, diferenciando la manía, la hipomanía, la locura circular, la depresión recurrente, la melancolía y las variaciones moderadas del afecto.

Las investigaciones científicas de los desórdenes afectivos tienen de uno a dos siglos de antigüedad, y aunque grandes avances en el tratamiento han sido desarrollados, la investigación aún no ha clarificado completamente la naturaleza y las causas de este complejo grupo de desórdenes.

En las tres últimas décadas, ha habido un notable incremento en la atención dada a la depresión y otros desórdenes afectivos. Esto probablemente refleja una tendencia histórica, la emergencia de una nueva época de melancolía, en contraste a la época de la ansiedad que siguió a la segunda guerra mundial. Precipitado en parte por eventos adversos recientes y consecuentemente, por las profecías del día del juicio final debido a una guerra nuclear, así como la sobrepoblación y destrucción ecológica, el conocimiento y la atención pública hacia las depresiones y otros estados afectivos se ha incrementado. Estos cambios históricos parecen estar asociados con un aparente incremento en la incidencia de los desórdenes afectivos, particularmente la depresión, manifestada por un aumento en los intentos suicidas, así como de pacientes en busca de ayuda psiquiátrica por los síntomas de la depresión. Estos cambios en la epidemiología de los desórdenes afectivos han coincidido con el desarrollo de nuevos tratamientos, aumentando tanto la confianza profesional como nuevas aproximaciones teóricas y de investigación.

Clasificación de los trastornos afectivos. La sintomatología esencial de este grupo comprende, la alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. En el DSM-III, la clasificación de los trastornos afectivos difiere de otras clasificaciones que se basan en distinciones, como neurótico -- versus psicótico o endógeno versus reactivo. En el DSM-III los trastornos afectivos se dividen en trastornos afectivos mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo), en otros trastornos afectivos específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración), y por último, en trastornos-afectivos atípicos (aquellos que no pueden subclasificarse en ninguna de las dos subclases específicas).

Los trastornos afectivos mayores son el trastorno bipolar y la depresión mayor, que se distinguen entre sí por la presencia de algún episodio maniaco anterior en el primero. El trastorno bipolar se presenta cuando existe uno o más episodios maníacos, con o sin historia de trastorno depresivo mayor. La depresión mayor se subclasifica en el cuarto dígito como primer episodio o recurrente. El episodio actual se clasifica además en el quinto dígito para reflejar algunas características, como la presencia de síntomas psicóticos y la presencia de melancolía. Otros trastornos afectivos específicos comprenden el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico. Dentro de los trastornos afectivos atípicos existen el trastorno bipolar atípico y la depresión atípica.

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor:

A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, - falta de iniciativa e irritabilidad.

B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado -- presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo --- (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas, como mínimo):

1) Poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso (no se opera la ganancia de peso esperada en los niños menores de seis años).

2) Insomnio o hipersomnia.

3) Agitación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos de inquietud o estar enlentecido) (hipoactividad en los niños menores de seis años).

4) Pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los periodos delirantes o alucinatorios (signos de apatía en los niños menores de seis años).

5) Pérdida de energía, fatiga.

6) Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante).

7) Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de -----

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPRESION MAYOR: una correlación entre el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) y un estudio retrospectivo.

Problema que se investigó. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, realizado en los pacientes examinados en la consulta externa del Centro Comunitario de Salud Mental, durante el periodo de Marzo de 1984 a Febrero de 1985, en relación a los criterios diagnósticos para la Depresión Mayor descritos en el DSM-III.

Introducción. En los últimos años ha ido en aumento el interés en la importancia del diagnóstico, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Esto ha enfatizado la importancia de un lenguaje común para clínicos e investigadores científicos, que permite el intercambio de información sobre los problemas relacionados con los trastornos de su interés. Para una correcta planificación de un programa de tratamiento, se debe iniciar con un diagnóstico preciso. La comparación de la eficacia de los diferentes programas de tratamiento solo puede realizarse, si los grupos de pacientes se describen con términos diagnósticos claramente definidos.

La conveniencia de definiciones operacionales para el criterio

diagnóstico es ahora aceptado. La práctica clínica más común ha sido enlistar el número de síntomas en varias categorías, una o más de las cuales puede ser necesaria para el diagnóstico. Aunque la investigación ha progresado rápidamente, a tal grado en el cual las escalas normativas están disponibles en gran número, y siendo útiles para estudios de investigación, no han sido aún suficientemente validadas y usadas para ser recomendadas en la práctica clínica rutinaria.

Un gran compromiso dentro del campo de la psiquiatría se ha llevado a cabo en la realización del DSM-III, y que consiste en apoyarse únicamente en datos fiables para entender los trastornos mentales.

El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico), surge debido a que inmediatamente después de la Guerra, había en Estados Unidos varias nosologías "oficiales" empleadas por diversos organismos -- del Estado. La Asociación Americana de Psiquiatría tomó la iniciativa de proponer, con la ayuda de un comité de expertos, una nosología única que debería revisarse periódicamente en función del progreso de los conocimientos. La versión inicial del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-I), reflejaba las concepciones -- que había en Estados Unidos en aquella época, influidas en particular por el empleo sistemático de la noción de "tipos de --- reacción", propuesta por Adolf Meyer. La segunda edición (DSM-II), apareció poco después de la octava clasificación Internacional -- de las Enfermedades, con la que era perfectamente compatible. En 1974, la Sociedad Americana de Psiquiatría, a través de su ---

Consejo para la investigación y el desarrollo, designó un comité de intervención sobre nomenclatura y estadística, para que empezara a trabajar sobre la elaboración del DSM-111, sin perder de vista que la novena clasificación Internacional de las Enfermedades estaba programada para entrar en vigor en Enero de 1979. Aunque los representantes de la Sociedad Americana de Psiquiatría - habían trabajado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud en la elaboración de la novena clasificación Internacional de las Enfermedades, existía una cierta preocupación de que la clasificación y el glosario no fueran apropiados para su utilización en los Estados Unidos, y que algunas áreas de la clasificación no parecían suficientemente precisas para su plena utilidad en clínica e investigación. Por estas razones, el comité de intervención se dedicó a preparar una nueva clasificación y un glosario que reflejara, en la medida de lo posible, el estado actual de nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales, procurando simultáneamente su compatibilidad con la novena clasificación Internacional de las Enfermedades. En Enero de 1980 aparece la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico -- (DSM-111), en el cual los dos elementos fundamentales son el recurso a un sistema multiaxial de clasificación, y el empleo de un sistema de criterios para definir las categorías diagnósticas. Además contiene un número importante de categorías nuevas.

Revisión histórica de los trastornos afectivos. A través de la historia, los desórdenes afectivos han sido descritos tanto en la literatura poética como en la médica. Los médicos griegos y -

romanos reconocieron tempranamente la conexión entre la enfermedad física y los estados depresivos, y sus tratamientos tuvieron características humanitarias apropiadas para la enfermedad como era el descansar, refrescarse, fraguar nuevas conexiones emocionales. Anticipando descubrimientos posteriores, los médicos romanos reconocieron la naturaleza confortante de las aguas de ciertos lugares al norte de Italia, y las prescribían para pacientes eufóricos o agitados, descubriéndose 2000 años después que son ricas en sales de litio.

Con el colapso del Imperio Romano, muchos de los tratamientos de la enfermedad mental se convirtieron en una forma de controlar la posesión demoníaca. No fue hasta finales del siglo XVIII que Pinel, mediante la liberación de sus pacientes de las cadenas, simbólicamente inauguró el compromiso de la civilización occidental de estudiar científicamente la enfermedad psicológica.

Falret, en 1854, reconoció que algunos pacientes deprimidos pasaban a un estado de elación y nuevamente a un estado depresivo, describiendo la locura circular ("folie circulaire"). Baillarger publicó una descripción de locura de doble forma ("folie a double forme"), haciendo una observación similar a la de Falret. En 1897 el hijo de Falret notó la naturaleza hereditaria de la locura circular, y en 1882 Kahlbaum describió la manía y la melancolía como estados en un proceso único de enfermedad, una forma intermedia, la cual tituló ciclotimia.

La fenomenología descriptiva llegó a su apogeo con el trabajo de Emil Kraepelin, el cual hizo descripciones precisas de una --

variedad de desórdenes afectivos, diferenciando la manía, la hipomanía, la locura circular, la depresión recurrente, la melancolía y las variaciones moderadas del afecto.

Las investigaciones científicas de los desórdenes afectivos tienen de uno a dos siglos de antigüedad, y aunque grandes avances en el tratamiento han sido desarrollados, la investigación aún no ha clarificado completamente la naturaleza y las causas de este complejo grupo de desórdenes.

En las tres últimas décadas, ha habido un notable incremento en la atención dada a la depresión y otros desórdenes afectivos. Esto probablemente refleja una tendencia histórica, la emergencia de una nueva época de melancolía, en contraste a la época de la ansiedad que siguió a la segunda guerra mundial. Precipitado en parte por eventos adversos recientes y consecuentemente, por las profecías del día del juicio final debido a una guerra nuclear, así como la sobrepoblación y destrucción ecológica, el conocimiento y la atención pública hacia las depresiones y otros estados afectivos se ha incrementado. Estos cambios históricos parecen estar asociados con un aparente incremento en la incidencia de los desórdenes afectivos, particularmente la depresión, manifestada por un aumento en los intentos suicidas, así como de pacientes en busca de ayuda psiquiátrica por los síntomas de la depresión. Estos cambios en la epidemiología de los desórdenes afectivos han coincidido con el desarrollo de nuevos tratamientos, aumentando tanto la confianza profesional como nuevas aproximaciones teóricas y de investigación.

Clasificación de los trastornos afectivos. La sintomatología esencial de este grupo comprende, la alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. En el DSM-III, la clasificación de los trastornos afectivos difiere de otras clasificaciones que se basan en distinciones, como neurótico -- versus psicótico o endógeno versus reactivo. En el DSM-III los trastornos afectivos se dividen en trastornos afectivos mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo), en otros trastornos afectivos específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración), y por último, en trastornos afectivos atípicos (aquellos que no pueden subclasificarse en ninguna de las dos subclases específicas).

Los trastornos afectivos mayores son el trastorno bipolar y la depresión mayor, que se distinguen entre sí por la presencia de algún episodio maniaco anterior en el primero. El trastorno bipolar se presenta cuando existe uno o más episodios maníacos, con o sin historia de trastorno depresivo mayor. La depresión mayor se subclasifica en el cuarto dígito como primer episodio o recurrente. El episodio actual se clasifica además en el quinto dígito para reflejar algunas características, como la presencia de síntomas psicóticos y la presencia de melancolía. Otros trastornos afectivos específicos comprenden el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico. Dentro de los trastornos afectivos atípicos existen el trastorno bipolar atípico y la depresión atípica.

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor:

A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, - falta de iniciativa e irritabilidad.

B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado -- presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo --- (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas, como mínimo):

1) Poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso (no se opera la ganancia de peso esperada en los niños menores de seis años).

2) Insomnio o hipersomnia.

3) Agitación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos de inquietud o estar enlentecido) (hipoactividad en los niños menores de seis años).

4) Pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los periodos delirantes o alucinatorios (signos de apatía en los niños menores de seis años).

5) Pérdida de energía, fatiga.

6) Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante).

7) Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de -----

concentración o pensamiento tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de incoherencia o pérdida - notable de la capacidad asociativa.

8) Pensamiento repetitivo de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos suicidas.

C. Cuando está presente el síndrome afectivo, ninguno de los si guientes síntomas dominan el cuadro clínico:

1) Preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incon---
gruentes con el estado de ánimo.

2) Conducta extraña.

D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esqui
zofreniforme, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello, no es debido a ningún trastorno mental ni al due
lo no complicado.

Hipótesis. Hasta el momento, creemos que la utilización del
DSM-III por los médicos y residentes de Psiquiatría en México, -
durante su labor en las clínicas y hospitales del Sector Salud-
ha sido infructuoso, a pesar de que las autoridades en este cam
po han procurado que este sistema de clasificación sea conocido
y utilizado.

Método. Se examinaron los expedientes del Centro Comunita-
rio de Salud Mental, recabados de Marzo de 1984 a Febrero de --
1985. Se incluyeron aquellos pacientes los cuales en su expe---
diente tenían como diagnóstico principal, el de depresión en --

cualquiera de sus formas clínicas, impresa en la historia clínica de evaluación de primera vez. De esta selección de expedientes, se analizaron que síntomas y cuales signos son descritos en la historia clínica para sustentar el diagnóstico de depresión, así como se examinaron si cumplen los criterios diagnósticos del DSM-III para hacer el diagnóstico de Depresión Mayor.

Además se clasificaron a todos aquellos pacientes que tenían el diagnóstico de Depresión Mayor o algún equivalente por : -- edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

Resultados. Se revisaron un total de 1896 expedientes, de los cuales 188 tuvieron como diagnóstico principal la depresión en cualquiera de sus formas clínicas.

En la gráfica 1 se aprecia que la categoría diagnóstica --- "otros", fue la de mayor frecuencia, en donde se incluyen diagnósticos no registrados en la novena clasificación Internacional de Enfermedades, como fueron: depresión, depresión reactiva, depresión inhibida, depresión secundaria, depresión ansiosa, de presión adaptativa, depresión crónica, síndrome depresivo, síndrome depresivo prolongado. En orden decreciente de frecuencia le siguen la neurosis depresiva y la reacción depresiva prolongada, siendo ambas también de alta frecuencia. Además se puede observar, que los diagnósticos de menor frecuencia fueron el -- trastorno depresivo no clasificado en otra parte y la reacción-depresiva breve.

En tres diagnósticos del total de 188, se halló que pudieron

ser diagnosticados como Depresión Mayor, siguiendo los criterios diagnósticos de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Estos tres diagnósticos son: neurosis depresiva, reacción depresiva prolongada y depresión reactiva. En la gráfica 2 se observan las características de dichos pacientes por : edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

En la gráfica 3 se puede apreciar la frecuencia de los síntomas y signos para cada entidad diagnóstica, siendo notable que el de mayor frecuencia fue el estado de ánimo disfórico, y que el de menor frecuencia fueron las alteraciones de la actividad psicomotora.

Comentarios y conclusiones. Consideramos que el hallazgo encontrado en la baja frecuencia de etiquetar los diagnósticos de Depresión Mayor, ha sido debido a que en el lugar donde se realizó el estudio, el personal médico se rige, para la clasificación de sus diagnósticos, de la novena clasificación Internacional de las Enfermedades, debido a que así lo exigen las autoridades del Sector Salud para tener una mayor unificación de criterios, y que en dicha clasificación no existe el diagnóstico de Depresión Mayor. Aún así, se encontraron tres diagnósticos de Depresión Mayor, de los cuales ninguno cumple con los criterios diagnósticos suficientes para ser nombrados como Depresión Mayor. Ante estos resultados podemos afirmar que el uso del DSM-III en el Centro Comunitario de Salud Mental es poco --

frecuente, al menos para el diagnóstico de Depresión Mayor.

El análisis de este estudio no se puede generalizar debido a que no incluye a la mayoría de los médicos y residentes de Psiquiatría en México, sin embargo pensamos que nos ayuda a inferir que nuestra hipótesis es correcta, o sea, que el DSM-III es poco conocido y utilizado por los psiquiatras en México.

Es de nuestro sentir que la poca o nula utilización del DSM-III no ayuda a la epidemiología ni a la investigación, pues mientras no existan criterios objetivos para cada entidad diagnóstica, se continuará utilizando criterios subjetivos. La falta de criterios objetivos para los desórdenes psiquiátricos ha provocado que se tome como validez la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, siendo que la confiabilidad no los hace válidos (Goodman, 1984). El diagnóstico psiquiátrico ha mostrado tener frecuentemente baja confiabilidad y poca estabilidad temporal, por ello es frecuente encontrar el etiquetamiento de pacientes con diagnósticos múltiples en admisiones sucesivas. Este problema ha sido reducido por el uso de entrevistas estructuradas y definiciones operacionales de diagnóstico (Horgan, 1981). Existe una clara necesidad para realizar una entrevista guiada que sea flexible y adecuada, y que ayude al clínico a hacer evaluaciones más exactas y sin interferir con la relación terapéutica.

El DSM-III con sus criterios específicos ha mejorado la confiabilidad diagnóstica, un escalón crucial en la aplicación de la clínica en forma racional, la planeación del tratamiento y -

la interpretación de los resultados de la investigación-, sin embargo su sistema tiene importantes limitaciones, como son: la simple sumación de datos puede privar al proceso diagnóstico de sentimientos de intuición, inferencias y la oportunidad de una integración basada en la experiencia clínica; así también a cada criterio se le da la misma importancia aún cuando no tenga la misma, ya que en una mejor forma pueden ser evaluados la riqueza de datos obtenidos, a través de un contexto total. Hay -- que tomar en cuenta que el grupo de trabajo que estructuró el DSM-III, ha enfatizado que los criterios diagnósticos son significativos como guías y no algo establecido, y deberían ser pasados por alto cuando el juicio clínico así lo considere pertinente.

La introducción de los criterios diagnósticos del DSM-III en una forma más definida y estandarizada, puede guiar a un incremento en el número de pacientes diagnosticados con desórdenes afectivos, así como aumenta las dificultades en diferenciar la esquizofrenia de los desórdenes afectivos mayores (Goodman, -- 1984).

La manera en la cual el DSM-III favorece que los diagnósticos sean más certeros y tengan mayor relevancia clínica, dependerá de la forma en que sea utilizado, y se ha visto que cursos de entrenamiento para su aplicación logran estos objetivos --- (Webb, 1980).

Conociendo los factores que apoyan el uso del DSM-III y de aquellos que no lo hacen, consideramos que si se lograra -----

establecerlo como la clasificación oficial de las instituciones de Salud Mental, se daría un gran paso en la confiabilidad de los diagnósticos, debido a que la novena clasificación Internacional de las Enfermedades es inferior en cuanto a criterios objetivos que el DSM-III.

Ante todo este material analizado, creemos pertinente elaborar proposiciones que conduzcan hacia metas que en un momento dado, pudiesen hacer pensar que son inalcanzables o utópicas, pero que sin embargo se justifica ante la necesidad de cambiar la situación que impera en la confiabilidad de los diagnósticos, dentro del área de la Psiquiatría en México. En primer lugar, es frecuente observar el uso que se hace de los criterios diagnósticos del DSM-III con fines de aprendizaje de la psiquiatría, en los médicos que se inician en el conocimiento de este campo. Esto lo consideramos como inconveniente, debido a que el DSM-III es un sistema de clasificación que limita aún en mayor proporción al principiante que al psiquiatra con experiencia. Además no existe en las instituciones psiquiátricas del Sector-Salud, cursos de capacitación para el aprendizaje de como aplicar en forma adecuada el DSM-III, así también la ausencia de supervisiones constantes por parte de los psiquiatras con mayor experiencia, que por supuesto deben tener un conocimiento profundo del DSM-III y la forma apropiada de aplicarlo a la clínica. Ante esta situación, nuestra proposición consiste en iniciar un cambio, comenzando por los psiquiatras con experiencia, concientes de esta situación y con deseos de que nuestra

psiquiatría, cada día sea de mayor valor clínico, científico y epidemiológico. Ante ellos se harían programas consistentes en el conocimiento, manejo y aplicabilidad del DSM-III. Una vez lo grado ello, estos psiquiatras a su vez difundirían estos conocimientos a otros psiquiatras y a los residentes de psiquiatría - que estén en el segundo o tercer año de entrenamiento, mediante cursos de capacitación en el DSM-III y bajo supervisiones directas, esto es, en presencia física ante la entrevista efectuada por el residente enfrente del paciente. Esto ayudaría a resolver problemas como los que se observan con cierta frecuencia, - en relación a psiquiatras que manifiestan la tendencia a etiquetar a los pacientes hacia ciertos diagnósticos de la preferencia del psiquiatra ("se casan con sus diagnósticos"), o a utilizar las guías diagnósticas como cuestionarios.

Es de nuestro conocimiento que el DSM-III aumenta en forma notoria la confiabilidad diagnóstica, pero sin embargo, hace falta estructurar una guía que nos lleve de la confiabilidad a la validez en nuestros diagnósticos, debido a que el DSM-III no nos la da, por lo que proponemos una constante búsqueda para lograr estructurar criterios diagnósticos que aumenten aún más la confiabilidad dada por el DSM-III, y si fuese posible, alcanzar la validez de nuestros diagnósticos

Gráfica 1. Frecuencia de diagnósticos de depresión encontrados en una revisión retrospectiva de expedientes en el Centro Comunitario de Salud Mental de Marzo de 1984 a Febrero de 1985.

Diagnósticos	No.	%
1. Neurosis depresiva.	55	29
2. Reacción depresiva prolongada.	42	22
3. Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolesc. con sentimientos de infelicidad y tristeza.	18	10
4. Psicosis maniaco depresiva tipo depresivo.	4	2.1
5. DEPRESION MAYOR.	3	1.5
6. Trastorno depresivo no clasificado en otra parte.	1	0.5
7. Reacción depresiva breve.	1	0.5
8. Otros	64	34
total	188	100

Gráfica 2. Clasificación de los pacientes que pudieron ser diagnosticados como DEPRESION MAYOR.

Diagnóstico	Edad	Sexo	Edo. civil	Ocupación	Escolaridad
Neurosis depresiva	40	fem.	casada	hogar	secundaria
Reacc. depr. prol.	35	masc.	soltero	pintor	preparatoria
Depres. reactiva	14	fem.	soltera	estudiante	secundaria

Gráfica 3. Frecuencia de síntomas y signos para cada entidad diagnóstica.

Diagnóstico	a	b	c	d	e	f	g	h	i
1. Neurosis depresiva	47	5	27	1	4	7	16	8	12
2. Reacción depresiva prolongada	34	8	16	0	5	6	13	4	5
3. Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolesc. con sentimientos de infelicidad y tristeza	15	5	8	0	0	3	5	11	0
4. Psicosis maniaco depresiva tipo depresivo	4	0	3	0	0	0	0	0	3
5. DEPRESION MAYOR	3	2	2	0	0	0	1	0	1
6. Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	1	0	1	0	0	0	1	0	1
7. Reacción depresiva breve	1	0	1	0	0	0	0	0	0
8. Otros	53	12	28	4	4	15	12	11	10
total	No. 158	32	86	5	13	31	48	34	32
	% 84	17	46	3	7	16	25	18	17

- a. estado de ánimo disfórico.
- b. alteraciones del apetito.
- c. alteraciones del sueño.
- d. alteraciones de la actividad psicomotora
- e. pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual.
- f. pérdida de energía, fatiga.
- g. sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada.
- h. alteraciones en la capacidad de concentración o pensamiento.
- i. pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos suicidas.

B I B L I O G R A F I A

1. Klerman GL, Wolpert EA: Affective disorders. In: KHI, FAM, SBJ. Comprehensive textbook of Psychiatry. Vol 2. Ed. Williams and Wilkins. Baltimore. Tercera edición. 1980:1093-2256.
2. Asociación Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson. Washington, D.C. Primera ---- edición. 1983:1-513.
3. Spitzer RL, et al: Supervising intake diagnosis: A psychiatric "Rashomon". Arch Gen Psychiatry 1982; 39:1299-1305.
4. Frances A, Cooper AM: Descriptive and dynamic psychiatry: A perspective on DSM-III. Am J Psychiatry 1981; 138:1198-1202.
5. Webb LJ, et al: Accuracy of DSM-III diagnosis following a training program 1981; 138:376-378.
6. Horgan D: Change of diagnosis to manic depressive illness. Psychological Medicine 1981; 11: 517-523.
7. Goodman AB, et al: the reliability of psychiatric diagnosis in Israel's Psychiatric Case Register 1984; 69:391-397.