PSICOLOGÍA CLÍNICA II

TEMAS:

Sesión	Tema
3	**UNA APROXIMACIÓN ALTERNATIVA A LA CLASIFICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA** **SISTEMAS TAXONÓMICOS CUANTITATIVOS** **COMPARACIÓN CON EL DSM** **EXTENSIONES A POBLACIONES ADULTAS** **UN EJEMPLO INSTRUCTIVO: EL CASO DE LA DEPRESIÓN DURANTE LA ADOLESCENCIA**

UNA APROXIMACIÓN ALTERNATIVA A LA CLASIFICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA

El DSM-IV es un sistema de clasificación con una base categórica: a los individuos se les clasifica y asigna a una categoría particular, en la cual se supone que todos los miembros comparten características importantes. Una alternativa a la aproximación categorial clásica al diagnóstico de la psicopatología implica el uso de una aproximación cuantitativa, o dimensional, a la taxonomía.

Los clínicos que utilizan aproximaciones cuantitativas no suponen de antemano que existe una estructura particular que subyace a los trastornos psicológicos. Más bien, proponen que el patrón de síntomas y trastornos puede entenderse mejor recabando datos acerca de la conducta en cuestión de los informantes más relevantes.

Esas fuentes podrían incluir a adultos que informan sobre su propia conducta, observaciones que los clínicos efectúan de la conducta de los individuos, y el informe de padres y niños sobre la conducta de estos últimos. El clínico inicia una aproximación cuantitativa al desarrollo de una taxonomía de la psicopatología al reunir grandes cantidades de información sobre conductas, pensamientos y emociones problemáticas y usar luego métodos estadísticos poderosos (por ejemplo, el análisis de componentes principales o análisis factorial) para determinar qué conductas, pensamientos y emociones se relacionan empíricamente entre sí de una manera sistemática. No se emiten suposiciones acerca de las causas subyacentes o del curso de cualquier problema; esos también deben ser identificados por medio de la investigación empírica cuidadosa.

SISTEMAS TAXONÓMICOS CUANTITATIVOS

El sistema taxonómico cuantitativo más amplio de la psicopatología es el desarrollado para trastornos de niños y adolescentes por Thomas Achenbach y sus colegas en la University of Vermont (por ejemplo, Achenbach, 1993; Achenbach, Howell, McConaughy y Stanger, 1998; Hudziak, Wadsworth, Heath y Achenbach, 1999). El trabajo de Achenbach es digno de atención por varias razones. Primero, en sus fases iniciales su investigación se enfocó a la naturaleza de la psicopatología durante la niñez y la adolescencia, un área de investigación que había sido relativamente descuidada en el DSM hasta hace poco. De esta forma, el trabajo ha sido importante porque proporciona información muy necesaria sobre el desarrollo de la psicopatología antes de la adultez. Segundo, Achenbach y sus colegas realizaron el primer esfuerzo integral por desarrollar una taxonomía completa basada en datos empíricos más que en las ideas preexistentes de los expertos acerca de qué tipos de trastornos y síndromes caracterizan en realidad la conducta de los niños y los jóvenes.

Otras aproximaciones cuantitativas se han centrado en forma más estrecha en tipos específicos de psicopatología, más notablemente en la identificación empírica de un síndrome de desviación o conducta problema (por ejemplo, Costa, Jessor y Turbin, 1999; Donovan, Jessor y Costa, 1993; Farrell, Danish y Howard, 1992; McGee y Newcomb, 1992).

¿Qué tipo de datos o información podrían proporcionar la base en la que se apoya una taxonomía cuantitativa de la psicopatología infantil y adolescente? La información más relevante sobre la conducta de niños y adolescentes proviene de los padres, quienes continuamente observan el desarrollo de sus hijos; de los maestros, quienes observan y comparan la conducta de muchos niños; y de los propios niños, quienes tienen acceso a pensamientos y emociones internas que no están al alcance de los observadores, como los padres y los maestros. Achenbach y sus colegas recabaron informes de padres y maestros de una muestra nacional representativa de más de 4 000 niños y adolescentes que habían sido canalizados a servicios psicológicos o psiquiátricos y de los propios niños.

Esos datos se utilizaron después para identificar grupos, o síndromes, de conductas y emociones que ocurrían juntas consistentemente. Se identificó un total de ocho síndromes a partir de los reportes de padres, maestros y adolescentes para niños y niñas de entre cuatro y 18 años de edad (Achenbach, 1991; véase tabla 5.4).

TABLA 5.4 **SÍNDROMES ENTRE INFORMANTES DE UNA TAXONOMÍA CON BASE EMPÍRICA DE LA PSICOPATOLOGÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**
Alejamiento (los ejemplos de las conductas problema incluyen: prefiere estar solo, se niega a hablar, es tímido) **Quejas somáticas** (los ejemplos de conductas problema incluyen: se siente mareado, tiene dolores y achaques, padece jaquecas, tiene náuseas) **Ansioso/deprimido** (los ejemplos de las conductas problema incluyen: es solitario; es nervioso y tenso; es temeroso y ansioso; desdichado, triste, deprimido) **Problemas sociales** (los ejemplos de las conductas problema incluyen: es demasiado dependiente, recibe burlas, no les agrada a sus compañeros) **Problemas de pensamiento** (los ejemplos de las conductas problema incluyen: no puede dejar de pensar en ciertas cosas, escucha cosas, repite actos) **Problemas de atención** (los ejemplos de conductas problema incluyen: no puede concentrarse, no puede permanecer sentado, es impulsivo; no presta atención) **Conducta delictiva** (los ejemplos de conductas problema incluyen: se escapa de casa, inicia incendios, roba en casa o fuera de ella, usa alcohol o drogas)

Conducta agresiva
(los ejemplos de conductas problema incluyen: es malo con los demás , pelea, es testarudo e irritable, es desobediente en casa o en la escuela)

Esos ocho síndromes son subsumidos dentro de dos amplios tipos de problemas de conducta: problemas de exteriorización (por ejemplo, conducta delictiva, conducta agresiva), y problemas de interiorización (por ejemplo, alejamiento, ansioso/deprimido).

Se ha encontrado, de manera empírica, que las dos dimensiones de problemas de interiorización y exteriorización son reconocibles en reportes sobre la conducta de los niños no sólo en Estados Unidos (Achenbach, Howell, Quay y Conners, 1991), sino en Holanda (Verhulst, Achenbach, Ferdinand y Kasius, 1993), Australia (Achenbach , Hensely, Phares y Grayson , 1990), Francia (Stanger, Fornbonne y Achenbach, 1994), Tailandia (Weisz *et al.,* 1987), Puerto Rico (Achenbach , Bird *et al.,* 1990) y Jamaica (Lambert, Lyubansky y Achenbach, 1998; véase Crijnen, Achenbach y Verhulst, 1999, para una perspectiva general de este cuerpo de investigación) .

COMPARACIÓN CON EL DSM

Resulta útil comparar los síndromes identificados por medio de análisis empíricos de los informes de padres, maestros y jóvenes con las categorías de diagnóstico incluidas en el DSM-IV bajo la categoría amplia de "Trastornos que se vuelven evidentes en la infancia, la niñez o la adolescencia".

Varias de las categorías derivadas empíricamente tienen contrapartes en el DSM, lo que sugiere que los dos muy diferentes métodos utilizados para desarrollar esas taxonomías producen impresiones similares de los tipos de problemas psicológicos experimentados por niños y adolescentes. Por ejemplo, el síndrome derivado en forma empírica de problemas de atención es muy similar al trastorno por déficit de atención con hiperactividad del DSM-IV; el síndrome delictivo es similar al trastorno de conducta del DSM-IV; y el síndrome agresivo es similar al trastorno negativista desafiante del DSM-IV.

No obstante, varios de los síndromes empíricos (por ejemplo, problemas del pensamiento; quejas somáticas; ansioso/deprimido) no tienen contrapartes en la sección del DSM-IV dedicada a la infancia, niñez y la adolescencia.

Más aún, algunos trastornos de la niñez incluidos en el DSM-IV (por ejemplo, trastorno autista; enuresis, mutismo selectivo) no fueron identificados corno síndromes únicos en los análisis de los reportes de padres, maestros y jóvenes. En realidad, muchos de los trastornos del DSM-IV que no se identificaron en la taxonomía derivada de manera empírica son muy raros en la población general o se caracterizan por un solo síntoma que, incluso solo, es lo suficientemente problemático como para etiquetar un trastorno en el DSM (Achenbach y McConaughy, 1996).

EXTENSIONES A POBLACIONES ADULTAS

Esta aproximación cuantitativa se ha extendido al desarrollo de una taxonomía empírica de la psicopatología en jóvenes adultos de 18 a 25 años de edad (Achenbach, 1993; Wiznitzer *et al.,* 1992) y, más recientemente, a una gran muestra nacional de probabilidad de 15 a 54 años (Krueger, 1999).

Para identificar los síndromes de psicopatología en este grupo de edad se utilizaron los autorreportes de los jóvenes adultos y los informes de sus padres concernientes a los problemas conductuales y emocionales de esos jóvenes adultos. Curiosamente, muchos de los síndromes que se identificaron en los análisis de los datos de niños y adolescentes también se encontraron en la muestra de jóvenes adultos, incluyendo alejamiento, ansioso/deprimido, quejas somáticas, delincuencia y conducta agresiva (Achenbach, 1993).

También es de interés que los problemas de atención no fueron un síndrome claro en la adultez joven, lo que sugiere que los problemas relacionados con la atención y la impulsividad pueden surgir con más claridad cuando los niños y los adolescentes intentan cumplir las demandas y requerimientos de la escuela. Por último, dos síndromes que no se identificaron en los análisis de niños y adolescentes, conducta extraña y alardear, sí se encontraron en la muestra de adultos jóvenes. Esos hallazgos sugieren que la estructura de la psicopatología y la expresión de los problemas psicológicos cambian con el desarrollo.

Robert Krueger, un psicólogo clínico de la University of Minnesota, examinó recientemente si las dimensiones de interiorización y exteriorización obtenidas por Achenbach y sus colegas en estudios de niños y adolescentes también caracterizan a adultos de 18 a 21 años y a individuos mayores. Krueger, Caspi, Moffitt y Silva (1998) realizaron un análisis factorial sobre los datos obtenidos mediante entrevistas diagnósticas estructuradas con más de 900 sujetos de 18 años de edad en Nueva Zelanda.

Las entrevistas proporcionaron información diagnóstica acerca de 1O categorías del DSM que se encontró que tenían altas tasas de prevalencia dentro de la muestra: episodio depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de conducta, dependencia de la marihuana y dependencia del alcohol.

El uso de un análisis factorial permitió a Krueger y sus colegas examinar si había alguna estructura particular que subyacía o conectaba a esos 10 diferentes diagnósticos. De hecho, los investigadores encontraron que, en congruencia con el trabajo de Achenbach con niños y adolescentes, las formas de psicopatología exhibidas por esos jóvenes adultos podían abarcarse en dimensiones amplias: interiorización y exteriorización (véase figura 5.1). Más todavía, Krueger encontró considerable estabilidad en esta estructura de psicopatología en esta muestra a lo largo de un periodo de tres años, de la edad de 18 años a la de 21.

Finalmente, Krueger (1999) analizó datos obtenidos por Kessler *et al.* (1994) como parte de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de adultos de 15 a 54 años. Krueger examinó la estructura subyacente de 10 trastornos mentales, similares a los evaluados en la muestra de Nueva Zelanda, que se diagnosticaron usando una entrevista clínica estructurada. De nuevo, en esos análisis se obtuvieron factores significativos de interiorización y exteriorización, lo que indica que las dos dimensiones de problemas de conducta de interiorización y exteriorización se mantienen en las diferentes muestras y los diferentes grupos de edad.

Los descubrimientos de Achenbach y Krueger indican que los principales trastornos diagnosticados en el DSM-IV pueden no ser tan categóricamente distintos e

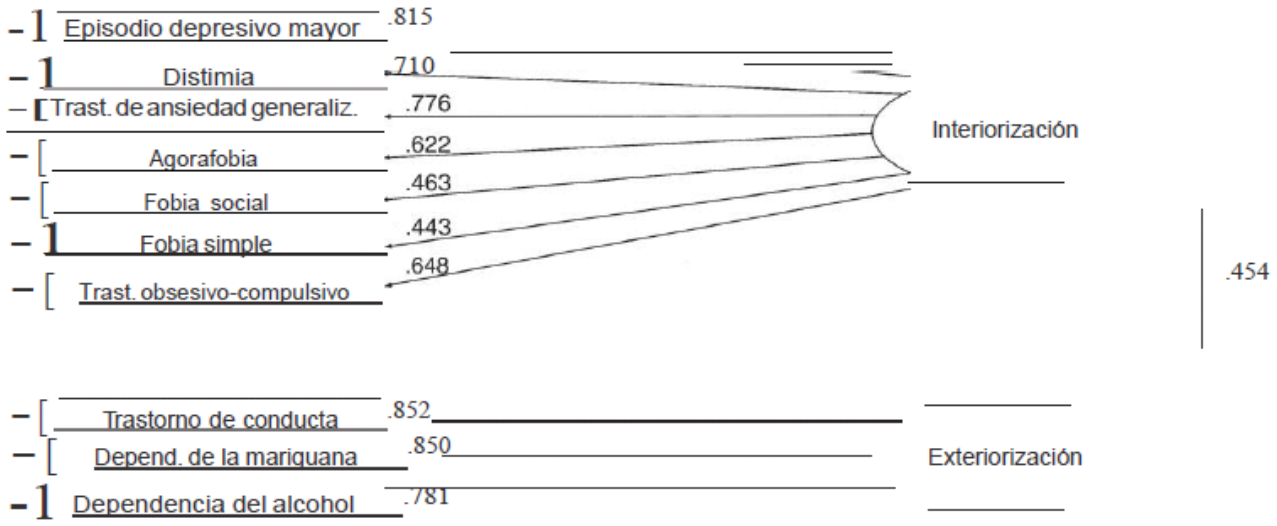
independientes como muchos psicopatólogos han supuesto, sino que más bien pueden compartir sustratos comunes de dimensiones más amplias, de orden superior, de interiorización y exteriorización.

UN EJEMPLO INSTRUCTIVO: EL CASO DE LA DEPRESIÓN DURANTE LA ADOLESCENCIA

La clasificación de la depresión proporciona un ejemplo interesante e instructivo de los problemas que han enfrentado los psicólogos y los psiquiatras en sus esfuerzos por desarrollar métodos confiables y válidos para clasificar los problemas. El reconocimiento de los síntomas de duelo, depresión y melancolía son anteriores a la psicología y la psiquiatría modernas. Varias décadas de investigación han aclarado de manera considerable la naturaleza de los síntomas y trastornos depresivos (por ejemplo, Gotlib y Hammen, 1992, en prensa).

No obstante, todavía existe mucha confusión alrededor del significado del término *depresión,* tanto en el uso que de él hacen los profesionales de la salud pública como del que realiza el público general. Se centrará el análisis en la depresión que ocurre durante la adolescencia debido a que éste es el problema presentado por el adolescente Brian, y porque la adolescencia representa un importante periodo del desarrollo para el surgimiento de la depresión.

Figura 5.1
Un análisis cuantitativo de Krueger demostró que los trastornos del DSM pueden representarse por los dos factores amplios de problemas de conducta de interiorización y exteriorización



El término *depresión* se ha utilizado para referirse a tres niveles de fenómenos depresivos durante la adolescencia: el estado de ánimo deprimido, un síndrome empíricamente derivado que incluye síntomas depresivos, y un diagnóstico categórico definido por los criterios del DSM (Angold, 1988; Compas, Ey y Grant, 1993).

Al nivel del estado de ánimo deprimido, la depresión se refiere a la ocurrencia de un solo síntoma, la presencia de un estado de ánimo triste, desdichado o disfórico por un periodo no especificado. La ocurrencia del estado de ánimo triste o deprimido es casi universal; de hecho, lainvestigación sugiere que, en cualquier sitio, de 15 a 40 por ciento de los adolescentes experimentan niveles significativos de estado de ánimo deprimido en cualquier momento (Achenbach, 1991).

Los sentimientos tristes y desdichados son normativos en la adolescencia y pueden darse en respuesta a una variedad de experiencias cotidianas. Sin embargo, un hecho importante es que la presencia del estado de ánimo deprimido es uno de los síntomas más poderosos para distinguir a los adolescentes que han sido canalizados a los servicios de salud mental de quienes no lo han sido (Compas *et al.),* por lo que es importante no subestimar el significado potencial de los síntomas depresivos durante la adolescencia.

TABLA 5.5 **SÍNTOMAS DEL SÍNDROME EMPÍRICAMENTE DERIVADO DE CONDUCTA ANSIOSA/DEPRESIVA**
Solitario, temeroso, ansioso
Llora mucho, siente culpa
Temor de sus propios impulsos, autoconciencia
Necesita ser perfecto, desdichado, triste, deprimido
No se siente amado, se preocupa
Se siente perseguido, trata de lastimarse
Siente que no vale nada, piensa en el suicidio
Nervioso , tenso

Los síntomas depresivos durante la adolescencia están representados en un síndrome cuantitativo en la forma del síndrome ansioso/depresivo (Achenbach, 1991).

En la tabla 5.5 se presentan los síntomas que ocurren juntos en los reportes de padres, adolescentes y maestros, y que, por ende, conforman un síndrome derivado de manera empírica. El síndrome incluye emociones de tristeza e infelicidad, culpa y sentimientos de inutilidad. Un hecho interesante es que también incluye una serie de síntomas que son más característicos de la ansiedad que de la depresión *per se* (nerviosismo, temores, ansiedad, entre otras).

La tendencia de la tristeza, la ansiedad y otras emociones desagradables a ocurrir juntas se ha reconocido en forma amplia en los niños, adolescentes y adultos y se ha clasificado como un síndrome general de "Afectividad negativa" (por ejemplo, Watson y Pennebaker, 1989). Los síntomas en el síndrome ansioso/depresivo son representativos de la afectividad negativa en la adolescencia (Chorpita y Barlow, 1998; Compas y Oppedisano, 2000).

Los síntomas en los diagnósticos categóricos del DSM-IV que reflejan depresión son muy diferentes del estado de ánimo deprimido o del síndrome ansioso/depresivo. En la categoría más amplia de trastornos del estado de ánimo, los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor (véase tabla 5.6) y los criterios para el trastorno distímico (véase tabla 5.7) son ambos relevantes para entender la depresión durante la adolescencia.

La distimia y la depresión mayor o profunda incluyen tipos similares de síntomas, pero difieren en la gravedad, la duración y el grado de deterioro en el funcionamiento que se asocian con esos síntomas. Mientras el trastorno depresivo mayor es visto como un conjunto agudo de síntomas que deben estar presentes al menos durante dos semanas, en el trastorno distímico los síntomas deben haber estado presentes, al menos, durante dos años (al menos por un año cuando se diagnostica a niños o adolescentes).

Tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico difieren de los síntomas del síndrome ansioso/depresivo en que excluyen síntomas de ansiedad e incluyen síntomas de perturbación del apetito, de los patrones de sueño y de deterioro de la concentración. Además, aunque se reconoce que la depresión mayor y la distimia pueden presentarse juntas en el mismo individuo, las categorías separadas para cada una

implican que son trastornos distintos más que puntos diferentes en un continuo de problemas depresivos.

Esas tres diferentes formas de pensar acerca de la depresión (como un estado de ánimo, un síndrome o un trastorno) han presentado dificultades a los clínicos y a los investigadores. Cuando se utiliza el término *depresión,* ¿a qué conjunto de síntomas se refiere? Específicamente, cuando se considera a Brian ¿de qué manera pueden concebirse mejor los problemas que está sufriendo? De hecho, Brian exhibe aspectos de las tres formas de depresión.

Experimenta claramente un estado de ánimo deprimido, muestra niveles relativamente altos de muchos de los síntomas del síndrome ansioso/depresivo, y cumple con los criterios del DSM-IV para un trastorno depresivo mayor.

Es probable que cada una de esas tres aproximaciones tenga algo importante que decir acerca de los síntomas depresivos de Brian y de muchos otros adolescentes. El estado de ánimo depresivo, el síndrome y el trastorno pueden reflejar tres niveles de un modelo jerárquico y secuencial de problemas depresivos (Compas *et al.,* 1993).

La investigación ha demostrado que existe una considerable correspondencia entre los adolescentes que presentan puntuaciones elevadas en el síndrome ansioso/depresivo y los que cumplen los criterios del DSM para un trastorno depresivo mayor (por ejemplo, Edelbrock y Costello, 1988; Gerhardt, Compas, Connor y Achenbach, 1999; Rey y Morris-Yates, 1991).

De igual modo, la presencia del estado de ánimo deprimido funge como un marcador, o señal, de que un adolescente está en alto riesgo de experimentar un episodio depresivo en el futuro (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995). Es posible que los síntomas de Brian progresaran a lo largo de este continuo, empezando con un estado de ánimo triste e infeliz, expandiéndose a un síndrome más amplio de depresión y ansiedad, e incluyendo, por último, alejamiento social, perturbaciones del apetito y del sueño e ideación suicida.

En resumen, las lecciones que deben aprenderse de la investigación sobre la depresión en adolescentes es que el modelo clásico de diagnóstico categórico y el modelo cuantitativo o dimensional no son incompatibles.

Ambos aportan información acerca de la naturaleza de la depresión y de otras formas de psicopatología. Sin embargo, se requiere mayor investigación para determinar las mejores maneras de tratar de entender la depresión y otras formas de psicopatología.

TABLA S.6

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante un periodo de dos semanas y repres tan un cambio del funcionamien to previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
   (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indicado por un reporte subjetivo (por ejemplo, se siente triste o vacío) o por la observación realizada por otros (por ejemplo, par ce lloroso). Nota : en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
   (2) Disminución marcada del interés o la capacidad para el placer en casi todas las actividades, la mayor par del día, casi todos los días (según lo indican recuentos subjetivos y las observaciones de los demás).
   (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, más de 5 por ciento del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi cada día. Nota: en los niños hay que consi- derar el fracaso para lograr los aumentos de peso esperados.
   (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
   (5) Agitación o lentitud psicomotoras casi todos los días (observable por los demás, no son simples sentimie tos subjetivos de inquietud o de estar aletargado).
   (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
   (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no los simples autorreproches o culpabilidad por estar enfermo).
   (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por un reporte subjetivo o por observación de otros).
   (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan para suicidarse.
B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importa tes de funcionamiento .
C. No se deben a efectos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o a una condición médica gene (por ejemplo, hipotiroidismo) .
D. No ocurren dentro de un periodo de dos meses de la pérdida de un ser querido (excepto si se asocian con un marcado deterioro funcional, preocupación mórbida de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

(Reproducido con autorización del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales],* 4a. edición. Copyright 1994 American Psychiatric Association. Reproducido con autorización.)

TABLA S.7

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO DISTÍMICO

A. Estado de ánimo deprimido (o puede ser estado de ánimo irritable en niños y adolescentes) la mayor día, durante casi todos los días, según lo indica un reporte subjetivo o la observación hecha por otros, durante dos años (un año para los niños y adolescentes).
B. Presencia, mientras está deprimido, de al menos tres de los siguientes síntomas
   (1) baja autoestima o autoconfianza, o sentimientos de inadecuación
   (2) sentimientos de pesimismo, desesperación o desesperanza
   (3) pérdida generalizada de interés o de capacidad para el placer
   (4) alejamiento social
   (5) fatiga o cansancio crónicos
   (6) sentimientos de culpa, inquietud acerca del pasado
   (7) sentimientos subjetivos de irritabilidad o de ira excesiva
   (8) disminución de la actividad, la efectividad o la productividad
   (9) dificultades para pensar reflejadas en mala concentración, mala memoria o indecisión
C. Durante el periodo de dos años (un año para los niños y adolescentes) de la alteración, la persona no sin síntomas de A y B por más de dos meses seguidos.
D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración (un añ niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor debido a la presencia de un trast presivo mayor o por un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco equívoco.
F. No aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia torno delirante.
G. No se debe a los efectos directos de una sustancia (drogas o medicamentos) o una condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

(Reproducido con autorización del *Diagnostic and Statistica/ Manual of Mental Disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales],* 4a.edición.Copyright 1994 American Psychiatric Association. Reproducido con autorización.)