

## UNIDAD II.

### EVALUACIÓN EN LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

#### Lectura 3

**Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.**

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

#### CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CONDUCTA ANORMAL

##### 1. Introducción

Un psicólogo clínico puede encontrarse en situaciones como las siguientes, que generan, más o menos explícitamente, preguntas similares a las que se sugieren:

M., un chico de 20 años, presenta algunas conductas que llaman la atención (por ejemplo, insiste en que tiene que caminar de una forma determinada, dejar cosas colocadas de cierta manera en su habitación, o lavarse repetidamente las manos por miedo a ser contaminado) y no permite que nadie entre en su habitación (al parecer para que no le desordene las cosas). Cuando se le pregunta por el tipo de contaminación que pretende evitar, se encuentra alguna evidencia de que teme un envenenamiento. Por otra parte, a lo largo de una entrevista detallada parece que sus rituales pudieran ser formas de evitar algún tipo de influencia externa sobre sus pensamientos. Los problemas que M. presenta actualmente parecen ser sólo un agravamiento de su conducta habitual.

Con esta información se plantean inmediatamente las siguientes preguntas: ¿es más adecuado un diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno obsesivo compulsivo? Esta pregunta es crucial para una decisión terapéutica básica: ¿debe tomar medicación? y, en su caso, ¿de qué tipo?, ¿cuál es su pronóstico?, ¿hasta qué punto se le puede «forzar» otro tipo de conducta alternativa y cuáles son los riesgos que se corren si se sigue esta estrategia?

En otros casos, ante una sintomatología muy llamativa, surge la pregunta de si se trata de un trastorno transitorio causado por determinadas condiciones estresantes presentes en el momento que actualmente atraviesa un individuo, o bien se trata de un trastorno más severo y estable. Nuevamente, la distinción entre ambas posibilidades tiene importantes

implicaciones de cara a la estrategia terapéutica que se considera más eficaz.

Este tipo de preguntas no se plantean sólo en casos tan llamativos como los anteriores. Podemos encontrarlos también con una situación como la siguiente:

T, una chica de 16 años, ha comenzado a bajar su rendimiento académico, come y duerme mal, se pelea con mucha frecuencia y de forma muy violenta con sus hermanos y últimamente no sale con sus amigos.

Las preguntas en este caso podrían ser de este tipo: ¿se trata de una crisis adolescente que puede considerarse normal?, ¿presenta, por el contrario, un trastorno clínicamente significativo que requiere atención específica?, ¿cuál es el tipo de intervención más aconsejable?, ¿cuáles serían los objetivos de la intervención?

Llegar a un diagnóstico exacto de estos trastornos sería, para muchos clínicos, una tarea prioritaria cuando la información de que se dispone es del tipo que hemos cimentado, con objeto de tema decisión terapéutica más adecuada y que, como hemos visto, puede variar de forma radical con el diagnóstico.

Es cierto también, y conviene mencionarlo ya desde el principio, que un diagnóstico nos remite a una información general sobre un determinado tipo de trastornos que generalizamos a través de diferencias individuales. Esta información puede ser interesante con determinados fines, como los que hemos mencionado. Pero, sin embargo, puede ser insuficiente para otros. En efecto, cuando se persiguen ciertos fines, puede ser ineludible prestar también atención a otro tipo de información de naturaleza idiográfica, como el nivel y características de sus habilidades sociales o de su competencia en determinadas áreas de funcionamiento, el apoyo (o, por el contrario, la influencia negativa) que puede recibir de su entorno para lograr un determinado cambio, o las características concretas de su interacción con un determinado medio en el que se desenvuelve. En este sentido, el diagnóstico sería un momento, necesario pero no suficiente, de la Evaluación psicológica, En otras palabras, constituye el momento normativo de una evaluación clínica que suele incluir (en el ámbito clínico

probablemente más que en ningún otro, puesto que las decisiones se toman siempre sobre una base individual) también una evaluación idiográfica más o menos detallada. Desde una perspectiva aplicada, por tanto, conviene tener presente que ambos enfoques deben complementarse mutuamente.

En otro orden de cosas, ¿pueden identificarse algunas características que predisponen a padecer un determinado trastorno?, ¿cuál es su incidencia en la población general, o en grupos específicos de individuos, o en un determinado centro asistencial? Como es evidente, estas últimas preguntas resultan cruciales para distribuir de acuerdo con las necesidades que se detectan los recursos que una determinada comunidad dedica a la salud mental.

Por otra parte, el diagnóstico es también una parte importante de la actividad científica. Por ejemplo, cuando los profesionales que trabajan en clínica van acumulando información de diversa naturaleza sobre un determinado trastorno y se comunican entre ellos. Ambos momentos (acumular información y comunicarla) requieren en realidad del diagnóstico. El primero, con objeto de delimitar las categorías sobre las que se investiga; el segundo, para asegurar que se comparte el significado de un concepto. Por ejemplo, cuando, en relación con un determinado tipo de trastornos, se identifica un tratamiento eficaz y, naturalmente, se desea comunicarlo. O cuando se describen determinadas características de un trastorno (por ejemplo, ciertas características cognitivas de los trastornos depresivos).

O cuando se estudia la historia natural de un trastorno. Es decir, cuándo se formulan preguntas como ¿qué evolución cabe esperar, cuando nos encontramos con un determinado trastorno?, ¿cómo influye que medie o no un determinado tipo de tratamiento?, ¿cuál es el pronóstico?, ¿existe un riesgo importante de que se repita en la historia del individuo?, ¿cuál es su incidencia familiar?

Estas dos funciones que acabamos de comentar, toma de decisiones en el terreno aplicado y función clarificadora en la actividad científica y la comunicación entre profesionales constituyen la justificación fundamental de la actividad diagnóstica que de hecho constituye, de forma explícita o implícita, una actividad básica en ambos terrenos.

Si tomamos una perspectiva complementaria a la anterior, y nos centramos en la actividad cognitiva del psicólogo clínico, nos encontraremos

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

con que la categorización es una actividad cognitiva básica. La conclusión, en este sentido, sería la siguiente: si la generalización y la categorización son características tanto de la actividad científica como del funcionamiento cognitivo humano (y si, como veremos más adelante, estas actividades pueden verse sujetas a sesgos significativos), resulta de la máxima importancia sentar las bases para que se lleven a cabo de la forma más objetiva y eficaz posible. En este capítulo, revisemos los principios, características y garantías exigibles a un sistema de clasificación, con objeto de disponer de una base que nos permita utilizarlos con propiedad.

## 2. Concepto de sistema de clasificación y terminología básica

Un sistema de clasificación es un conjunto de conceptos que pretende describir de un modo sistemático y comprensivo una determinada parcela de la realidad. Para ello, dichos conceptos deben ser definidos y delimitados de modo que no exista superposición entre ellos y, en conjunto, cubran adecuadamente la parcela de realidad a la que se refieren (es decir, deben ser excluyentes entre sí y exhaustivos). Además, y aunque su utilidad es distinta en diferentes ámbitos, si se quiere asegurar.; su uso en el terreno aplicado, deben ser simples y de fácil utilización.

Es de la máxima importancia tener bien presente desde el principio que se trata de conceptos científicos que pretenden reflejar los aspectos más relevantes de una parcela de la realidad desde una determinada perspectiva. En otras palabras, se trata de categorías convencionales que cobran sentido desde una determinada disciplina científica o incluso perspectiva teórica y que no se corresponden necesariamente con entidades reales. Esto es así especialmente en disciplinas como la Psicopatología en las que, por tratarse de realidades complejas y mal definidas, existen distintas perspectivas o posibilidades de «ver» la realidad. En efecto, como veremos a continuación, se trata de conceptos que alcanzamos después de haber tomado una serie de decisiones relativas a los datos o atributos en los que se basan, las relaciones que teóricamente

se supone que éstos guardan entre sí o el método seguido para identificar las categorías. Cada una de estas decisiones puede tomarse en principio de modo independiente, por lo que el producto que finalmente se obtiene varía en función de cada una de ellas y su combinación. En este sentido, decimos que los sistemas de clasificación son arbitrarios, es decir, no representan isomórficamente la realidad. Conviene tener presente, sin embargo, que decimos que son arbitrarios en cuanto que podríamos haber tomado una perspectiva distinta o adoptado un método distinto. No obstante el procedimiento seguido, una posibilidad entre otras, debe ser explicitado y objetivo y el resultado cumplir determinados requisitos.

En definitiva, pues, podemos pensar en un sistema de clasificación como un «andamiaje» que nos proporciona las líneas maestras y puntos de referencia y que disponemos para «trabajar» sobre una realidad. Y decimos que es importante tener presente este hecho porque lo que justifica estos conceptos es su utilidad a diversos efectos, como antes hemos apuntado; por ello, y al ser su relación con la realidad arbitraria, en el sentido que antes hemos apuntado, no tendría sentido mantenerse apegados a ellos si no demuestran ser instrumentos que nos auxilien de modo (eficaz en diversas tareas (y, naturalmente, mucho menos si nos sirven de impedimentos).

En este sentido Millon (1987) dice lo siguiente: «en nuestro deseo de descubrir un orden esencial en la naturaleza, nos vemos obligados a centrarnos sólo en un número limitado de elementos, entre las infinitas posibilidades que existen. En esta selección, limitamos nuestra elección a aquellos aspectos de la naturaleza que nos permiten contestar mejor a las preguntas que nos formulamos. Además, los elementos que elegimos son etiquetados, transformados y reagrupados de distintos modos, pero debemos recordar que éstas son etiquetas y transformaciones, y no «realidades». Los diversos conceptos y categorías que como científicos construimos son herramientas opcionales para guiar nuestra observación e interpretación del mundo natural y podrían ser formulados de distinto modo»

En dominios del conocimiento que como la Psicopatología tienen un escaso nivel de organización interna, las categorías y clasificaciones pueden considerarse constructos dirigidos a darles una coherencia de la que carecen. Sin embargo, y a pesar de todas las críticas y cauciones que pueden formularse a este respecto, estas «ficciones» se mantienen por su

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

valor instrumental a distintos efectos. En cierto sentido, el papel que desempeñan estos conceptos o categorías dentro de la investigación psicopatológica es muy semejante al de las teorías en la investigación científica en general (Hempel, 1965). Un ejemplo bien conocido de cómo el recurso a ciertas «ficciones» puede resultar útil en la adquisición de conocimientos es la metáfora del ordenador en la Psicología cognitiva.

Así pues, por sistema de clasificación entendemos un conjunto de categorías obtenidas a partir de determinados criterios. El término taxonomía se refiere a un sistema científico de clasificación, así como a la reflexión sobre la propia actividad clasificatoria. En el ámbito clínico se utiliza también el término *nosología* para referirse a una taxonomía relativa a conceptos patológicos. La asignación de las categorías así obtenidas a los fenómenos observados recibe el nombre de identificación y, en el ámbito clínico, diagnóstico.

El diagnóstico se basa fundamentalmente, en los sistemas en uso, en signos y síntomas. Por signos entendemos cambios observables que indican la presencia de una patología, así como, idealmente, su naturaleza. Estos signos pueden ser de naturaleza biológica (características anatómicas, bioquímicas o neurofisiológicas) o conductual. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos que los investigadores han dedicado, y siguen dedicando a ello, se conoce muy poco sobre los primeros, aunque es necesario reconocer que técnicas desarrolladas recientemente (por ejemplo, la TAC) permiten ser optimistas al respecto. Así, pues, los signos más frecuentes son de naturaleza conductual (por ejemplo, presencia de conductas extravagantes o de trastornos del lenguaje). Veremos, en los ejemplos de sistemas taxonómicos que comentaremos más adelante, que éstos son los datos que se favorecen, por considerarse más objetivos.

Por síntomas, por otra parte, se entiende el informe de la experiencia subjetiva del interesado, relativa fundamentalmente, por tanto, a estados o procesos internos (como su percepción, su estado de ánimo, etc.). En este sentido, algunos consideran que no son todo lo objetivos que sería de desear. Otros, sin embargo, opinan que esta experiencia subjetiva constituye, por derecho propio, una parte integrante fundamental de los trastornos. En cualquier caso, y en el estado actual de cosas, los síntomas constituyen de hecho una parte importantísima de los datos que integran las categorías de

las taxonomías actuales.

Signos y síntomas se agrupan formando patrones que covarían de modo más o menos consistente, dando así lugar a los síndromes. Veremos que los sistemas diagnósticos más frecuentes en la práctica psicopatológica se basan en la observación clínica de una serie de síndromes. En ellos, para llegar a diagnosticar una determinada categoría, se exige la presencia de un conjunto de signos y síntomas (aunque puede requerirse también algunos criterios de duración en su manifestación). Cuando se dispone de información sustantiva adicional a estas pautas de covariación (como curso, incidencia familiar, posibles correlatos biológicos o respuesta al tratamiento) se puede hablar de trastornos. Finalmente, es posible hablar de enfermedad cuando se conocen la etiología y los procesos patofisiológicos subyacentes, lo que equivale a reconocer que, en el ámbito psicopatológico, no es posible hablar de enfermedades en relación con ninguno de los trastornos funcionales (es decir, a excepción de los orgánicos). En efecto, y a diferencia de otras áreas de la medicina, no se dispone aquí de información sobre la etiología ni siquiera sobre la naturaleza de los procesos patológicos implicados en los trastornos. Por esta razón, no existen pruebas objetivas que permitan determinar la existencia de un determinado trastorno o servir como criterios independientes del mismo. Es decir, no existen pruebas semejantes a las que se utilizan, por ejemplo, para determinar la presencia de los bacilos que producen la tuberculosis. Por esta razón, los diagnósticos psicopatológicos son siempre descriptivos y, a pesar de los esfuerzos de la investigación por aportar información más esencial, siguen basándose exclusivamente en la fenomenología de los trastornos.

A lo largo del capítulo hablaremos también de sistemas operativos y multiaxiales. En una acepción amplia del término, entendemos por sistemas operativos aquellos que definen de un modo objetivo los criterios de inclusión y exclusión de las categorías que contienen. Así, veremos que uno de los sistemas actualmente más extendido, el DSM-III, ha supuesto una ruptura con otros sistemas diseñados para el contexto clínico justamente por incorporar este tipo de criterios. No obstante, y aun después de realizar esfuerzos significativos en este sentido, es necesario reconocer que los sistemas con los que contamos no sólo no son operativos en el sentido estricto del término (es decir, no prescriben las operaciones necesarias para la

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.),  
Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

medida de los criterios que los definen), sino que, como acabamos de ver, siguen dando cabida a aspectos subjetivos como el juicio clínico o la información fenomenológica del interesado o de terceras personas. Probablemente, uno de los pocos ejemplos de criterio operativo que podamos citar es la definición de retraso mental sobre la base del CI obtenido en un test administrado individualmente. En el sentido contrario, Helzer y Coryell (1983) ilustran cómo el fracaso en replicar algunos hallazgos puede deberse al distinto modo como distintos jueces interpretan los criterios diagnósticos del DSM-III. Otra cuestión es si puede ser de otro modo en el estado actual de conocimientos y en un ámbito en que lo subjetivo y lo interpersonal constituyen una parte fundamental. En el actual estado de cosas el reto reside, más bien, en incorporar estos datos a sistemas taxonómicos científicamente aceptables.

Una cuestión básica que conviene tener presente se refiere a la delimitación del objeto de la clasificación. En los sistemas psicopatológicos actuales, éste se refiere siempre a los trastornos que pueden presentar los individuos sujetos a evaluación. Esto equivale a reconocer que el funcionamiento de las personas es siempre múltiple y complejo y que una posible patología, por llamativa que sea, representa sólo una parte limitada y no agota en modo alguno esta compleja realidad. Reconociendo este hecho, y como una forma de ampliar la información a otros datos distintos de la Psicopatología propiamente dicha pero igualmente relevante para la toma de decisiones clínicas, se reconoce actualmente la conveniencia de adoptar sistemas de clasificación multiaxiales, y de hecho así lo hacen sistemas como la ICD-9 (OMS, 1978) o el DSM-III (APA, 1978), así como sus posteriores revisiones, CIE-10 (OMS, 1991) y DSM-IV (APA, 1994). Este término se refiere a la consideración conjunta de múltiples ejes de información. Así, junto a los trastornos psicopatológicos, incluye información de otra naturaleza, como el estado físico del individuo, características más estables de su personalidad, el nivel de desarrollo físico o cognitivo (especialmente importante en determinados momentos evolutivos) o la adaptación social del sujeto (véanse ejemplos en el apartado 5).

En el próximo apartado nos detendremos algo más en algunas alternativas básicas en los sistemas diagnósticos y después tendremos la oportunidad de observar, considerando dos ejemplos diferentes, cómo éstas

inciden significativamente tanto en los sistemas taxonómicos que se obtienen como en el procedimiento seguido en el proceso diagnóstico propiamente dicho.

### **3. Breve perspectiva histórica y utilidad de un sistema diagnóstico para el psicólogo**

Algunos conocimientos sobre los antecedentes inmediatos de los sistemas diagnósticos actuales pueden resultar útiles para tener una visión adecuada de su naturaleza, así como del significado que puedan tener desde el punto de vista del psicólogo.

Posiblemente estos antecedentes puedan situarse a finales del siglo XIX, con figuras como Pinel, y principios del actual, con los intentos de sistematización de Kraepelin y Bleuler. Después de estos intentos, sin embargo, y posiblemente como resultado de la gran influencia del Psicoanálisis en aquellos momentos, el interés en la clasificación se redujo considerablemente. En efecto, este enfoque enfatiza los aspectos interpersonales de los trastornos, así como el estudio idiográfico e intensivo de casos. Posteriormente, los llamados enfoques humanistas han insistido no sólo en la inutilidad, sino en los aspectos negativos del diagnóstico.

Sin embargo, en la década de los cincuenta se inicia una serie de ensayos que permiten utilizar nuevos fármacos con resultados muy eficaces para distintos tipos de trastornos. Probablemente con ello se inaugura un nuevo período de interés en el diagnóstico (Feigner y Herstein, 1987). Sin embargo, los resultados de estudios emprendidos para comprobar sus características científicas básicas, concretamente su fiabilidad, resultaron sumamente desalentadores (Ward et al., 1962; Zubin, 1967; Spitzer y Fleiss, 1974). Estos estudios sugieren que la falta de fiabilidad del diagnóstico se origina en tres fuentes de variación: en primer lugar, la inconsistencia de la conducta del paciente. Por otra parte, la falta de objetividad en la definición de las categorías diagnósticas, que permite una interpretación distinta por parte de diferentes jueces y, finalmente, la variabilidad en la información recogida por el clínico, y sobre la que se va a basar el diagnóstico. Como es evidente, la primera fuente de variación puede considerarse inherente a la naturaleza de

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

los trastornos, pero las dos últimas deberían poder ser controladas.

A partir de este momento surgen fuertes críticas al diagnóstico desde un enfoque que está tomando fuerza en el campo clínico: el conductual. En efecto, la actividad diagnóstica se considera, por una parte, inútil en cuanto que responde a una explicación de la conducta basada en características-hipotéticas-estables (mientras este enfoque enfatiza el estudio de los determinantes situacionales de la conducta) que lleva, de hecho, a explicaciones circulares: alguien muestra una conducta ansiosa porque tiene un trastorno de ansiedad (y se sabe que tiene dicho trastorno porque su conducta es ansiosa). Por otra parte, y según los datos que aportan los estudios de fiabilidad, carece de las garantías científicas mínimas.

A partir de principios de la década de los setenta, sin embargo, la publicación de los Criterios de Feighner para la Investigación (Feighner y otros, 1972) supone un punto crucial en la aparición de los sistemas operativos, en los que se especifican los criterios de inclusión y exclusión para cada uno de los trastornos. Como puede deducirse de su nombre, éstos son unos criterios diagnósticos originalmente creados para ser utilizados en la investigación, que incluían sólo aquellas categorías que podían ser objetivamente definidas y que, por tanto, no cubrían todo el espectro psicopatológico. El número de categorías se amplía en los Criterios de Diagnóstico para la Investigación (Spitzer, Endicott y Robins, 1975) y, basándose en los mismos principios, se edita, en 1980, la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 1980), que, por cubrir todo el rango de los trastornos observados, puede ser utilizado en el ámbito clínico.

Como es evidente, con estos criterios se daba respuesta a una de las fuentes de variabilidad que los estudios de fiabilidad del diagnóstico habían señalado. La otra fuente controlable fue también cubierta con la introducción de una serie de entrevistas estructuradas que aseguraban la uniformidad de la información a partir de la cual se va a generar el diagnóstico (véase apartado 6). Como resultado de todo ello, quedaban asegurados unos índices de fiabilidad adecuados.

En el momento actual, puede decirse que estos sistemas de clasificación no pueden ser criticados en relación con su fiabilidad, que es adecuada, ni con su validez, por dos razones. En primer lugar, porque para un gran

número de categorías, aunque insuficiente, no es inferior a la de otros constructos admitidos en el ámbito de la Psicología. Y en segundo lugar, porque repetidamente se insiste en que son definiciones provisionales de las categorías que pueden, y deben refinarse a la luz de los datos que proporcionen los estudios de validez, como, por otra parte, demuestran las sucesivas revisiones y reediciones, tanto del DSM como del ICD (OMS, 1992; APA, 1994). Para una revisión más actualizada de estos sistemas de clasificación, véase Alarcón (1995) y Lemos (1995).

Así, pues, en resumen, el estado actual podría calificarse como aceptable, aunque insuficiente. Probablemente el malestar ocasionado por esta insuficiencia queda ilustrado por la intensa búsqueda que se detecta en la investigación de marcadores objetivos, tanto biológicos como cognitivos. A pesar de estos esfuerzos, sin embargo, los resultados no son en modo alguno concluyentes, lo que puede explicarse de dos modos: o bien las variables no se están midiendo de un modo suficientemente exacto o bien los criterios diagnósticos que se utilizan son muy imperfectos y, por tanto, las categorías tal como actualmente son definidas no pueden ser validadas. En este sentido, se ha propuesto utilizar lo que en los estudios clásicos son variables dependientes como variables independientes, o, en otras palabras, que pudiesen reemplazar a los diagnósticos actuales para definir los trastornos (véase, por ejemplo, Cromwell, 1982 o, para una exposición más extensa, Vizcarro, 1991).

En resumen, pues, ¿cuáles serían, en este estado de cosas, los beneficios que estos sistemas de clasificación pueden aportar a los profesionales que trabajan en el ámbito de la Psicología? Desde luego, y es necesario insistir en ello, los que más arriba hemos indicado. Estas funciones necesitan ser cubiertas por los psicólogos, y, hasta el momento actual, y a pesar de los intentos por alcanzarlos, no se dispone de sistemas alternativos de suficiente entidad para reemplazarlos (véanse, sin embargo, Adams, Doster y Calhoun, 1977; Bandura, 1968; Cautela y Upper, 1973; Horai, 1981). En este sentido, puede considerarse que la aceptación de los mismos por parte de los psicólogos está extendida (véase Smith y Kraft, 1981), aunque no puede considerarse entusiasta. Tal vez ello se deba a que pueden considerarse clasificaciones en cierto sentido impuestas (por ejemplo, por instancias institucionales) y que, por tener su origen en una

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

concepción médica, no reflejan suficientemente la concepción ambientalista más propia de los psicólogos.

Lo que antecede sirve también para justificar la insuficiencia de la actividad diagnóstica para el trabajo clínico: en este ámbito, el estudio de los procesos idiográficos que determinan un trastorno en un individuo es necesario, y el trabajo del psicólogo en esta búsqueda resulta imprescindible. Por lo demás, distintas opciones teóricas concederán un status distinto a estas categorías: algunos las considerarán constructos hipotéticos, mientras que otros no podrán aceptarlas más que como términos que describen una covariación observada entre conductas (Nelson, 1987). En ambos casos, sin embargo, podrán seguir cumpliendo con las funciones señaladas.

Para terminar, es necesario señalar que diagnóstico y evaluación idiográfica no deben considerarse dos actividades aisladas y sin conexiones mutuas. Para ilustrarlo, mencionaremos los tres tipos fundamentales de aportaciones que la información nomotética (y, en algunos sentidos, el diagnóstico) puede hacer a la Evaluación conductual, tal como los resume Nelson y Hayes (1986)

1. Ayudar en la identificación de algunas conductas problema.
2. Aportar información sobre determinadas correlaciones entre respuestas frecuentemente observadas, así como sobre variables que con frecuencia controlan determinadas conductas problema y sobre la eficacia de ciertas estrategias terapéuticas para modificarlas, incluso de tipo farmacológico (Nelson, 1987).
3. Finalmente, como medio de comunicación y para acumular evidencia sobre determinadas características de interés de un determinado trastorno (curso, indicación y respuesta terapéuticas, incidencia, etc.).
4. Alternativas básicas en la construcción de los sistemas diagnósticos

Para construir una taxonomía, es necesario tomar una serie de decisiones, hasta cierto punto independientes entre sí, relativas a los datos o atributos que mejor caracterizan el dominio en estudio, así como a las relaciones que éstos mantienen, a la estructura que conforman o al método para obtener las categorías. Y decimos que son hasta cierto punto independientes porque estas decisiones están relacionadas, en realidad, con

la postura epistemológica de la que se parte; así, desde una postura racionalista se considerarán prioritarios los conceptos procedentes de una teoría, mientras que desde una postura empírica (dominante en muchos sentidos actualmente en el ámbito clínico) se enfatizarán, al menos en la medida de lo posible, los datos más «duros» y observables (incluso pretendidamente libres de cualquier vinculación teórica) y los métodos igualmente más objetivos.

Se ha señalado repetidamente que conceptos o categorías excesivamente cerrados y derivados de una determinada opción teórica pueden tener el efecto de forzar y posiblemente deformar la realidad cuando dicha teoría no tiene suficiente apoyo, con unas consecuencias negativas cuando se utilizan tanto como herramienta para «percibir» la realidad como para el avance científico. Sin embargo, se ha señalado también (Millon, 1978) que un sistema taxonómico no supone sólo una sistematización libre de cualquier influencia teórica (por ejemplo, un índice alfabético no puede considerarse un sistema de clasificación). El reto, por tanto, parece consistir en que la teoría en la que se basa una taxonomía no deforme excesivamente la realidad (lo que sucedería si se pretende convertir lo que son meros constructos teóricos en entidades, extendiéndolos con ello más allá de lo permisible) y, al mismo tiempo, pueda guiar fructíferamente líneas de exploración.

En los próximos apartados comentaremos algunas de las decisiones o concepciones básicas que determinan las características de un sistema diagnóstico. Como veremos, y aunque con fines expositivos las abordemos en distintos apartados, están íntimamente ligadas entre sí:

#### 4.1. Atributos

La decisión más básica afecta al tipo de atributos o características que se considera describen adecuadamente el dominio de clasificación o, en otras palabras, al tipo de datos que van a constituir el punto de partida.

Históricamente, los sistemas de clasificación psicopatológicos muestran preferencias por distintos tipos de atributos. Así, los autores clásicos se han decantado preferentemente por sistemas fenomenológicos basados en los descriptores de una categoría, aunque con algunas diferencias notables: así, por ejemplo, Kraepelin enfatiza los signos observables e introduce

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

características relativas al curso del trastorno. Bleuler, en cambio, pone más el acento en síntomas de carácter transversal. Por otra parte, podemos encontrar ejemplos de atributos generados desde una teoría en los conceptos utilizados por clínicos cercanos al Psicoanálisis o en el trabajo de Millon (1986).

La tendencia actual, originada en momentos en que la clasificación psiquiátrica fue duramente criticada por su falta de objetividad, se caracteriza por una búsqueda a ultranza de dicha objetividad. Los sistemas actualmente más utilizados, que se declaran ateóricos, recurren básicamente a información clínica transversal en el momento de llevar a cabo el diagnóstico (signos y síntomas); por el contrario, otro tipo de información (etiología, curso, pronóstico o respuesta al tratamiento) puede considerarse virtualmente ausente como criterio diagnóstico (no va más allá de exigir una cierta estabilidad a los síntomas). Esto no puede extrañar, por otra parte, ya que esta información se desconoce y, de hecho, constituye una parte importantísima de la investigación psicopatológica; en realidad, puede considerarse que éstos constituirían los datos más objetivos y, por tanto, preferibles desde la perspectiva que estamos considerando, aunque desgraciadamente los múltiples esfuerzos que se dedican a su investigación no han dado todavía los resultados apetecidos.

Por otra parte, y en lo que se refiere a los atributos transversales que se incluyen, tampoco éstos alcanzan el máximo nivel de objetividad. También aquí la investigación pretende descubrir este tipo de signos objetivos (como marcadores bioquímicos, neurológicos o cognitivos de la presencia de un trastorno). En el actual estado de cosas, y ante la ausencia de otro tipo de información, veremos que tanto los síntomas (o experiencia subjetiva de la persona que presenta un trastorno) como los signos (observables, pero desde luego teñidos del juicio clínico del observador) siguen teniendo un papel predominante en los llamados «sistemas operativos».

#### 4.2. Estructura

Se trata aquí de definir el modo como se agrupan los atributos para formar las categorías, así como la naturaleza de éstas, es decir, básicamente, si se conciben como categorías discretas o bien como dimensiones que varían cuantitativamente. En el primer caso, será también

necesario pronunciarse sobre cómo se definen estas categorías (cuántos y cuáles son los atributos necesarios para decidir que estamos ante un caso de una determinada categoría). Por otra parte, existen también distintas concepciones sobre cuáles son las relaciones que las categorías guardan entre sí: ¿pueden darse simultáneamente, o bien se supone que son exclusivas entre sí? Y en este último caso, y puesto que la observación puede proporcionar datos mixtos, ¿se establece un orden de prioridades en la asignación de categorías?

En lo que respecta a la primera pregunta, los sistemas utilizados en la práctica clínica han tenido tradicionalmente una naturaleza categorial, es decir, los trastornos observados se conciben como categorías discretas definidas por la presencia de determinados atributos. Sin embargo, algunos investigadores han propuesto sistemas dimensionales (entre los más conocidos, los de Eysenck, Millon o Achenbach) tal vez con una mejor potencialidad para describir la realidad a la que se refieren (Draguns y Phillips, 1971; Vaillant, 1984). Es necesario también decir, no obstante, que el uso de estos sistemas no se ha extendido en el diagnóstico clínico, tal vez por características ajenas a sus virtudes científicas (Blachfield, 1982) como las dificultades que entraña esta cuantificación en el proceso diagnóstico. Otra razón que puede haber influido en la preferencia por los sistemas categoriales es el paralelismo con las clasificaciones de otros ámbitos de la medicina e, incluso, la propia economía cognitiva del clínico, que podría verse simplificada por este pensamiento categorial. Sin embargo, en Psicopatología infantil los sistemas dimensionales han alcanzado un mayor desarrollo, tal vez por las mayores reticencias al etiquetaje en una población que experimenta cambios evolutivos sustanciales (véase

Quay, 1979 y apartado 5.2)

Volviendo a los sistemas categoriales, y en lo que se refiere al criterio sobre cuáles y cuántos síntomas se exigen para afirmar la presencia de una categoría, los casos más habituales con los que nos encontramos es que se exija la presencia de todos y cada uno de una serie de síntomas (por ejemplo, criterios de Taylor y Abrams, 1975), o bien un número que se especifica (el caso más común, como el DSM-III). A medio camino entre ambos, podemos encontrar con «sistemas flexibles» que exigen la

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.



presencia de un número variable de síntomas, especificando para cada uno de ellos el nivel de confianza asociado al diagnóstico (por ejemplo, Carpenter, Strauss y Bartko, 1973).

En los sistemas categoriales, una de las características que debe cumplir un sistema taxonómico es incluir categorías mutuamente excluyentes entre sí (lo contrario equivaldría a admitir que no estuviesen claramente definidas) y que, conjuntamente, cubran de modo exhaustivo el dominio al que se refieren. Ahora bien, la realidad clínica es sumamente compleja, en cualquier caso con un grado de complejidad superior al que contempla un sistema diagnóstico. Por ello, cuando intentamos categorizar los fenómenos observados pueden plantearse preguntas como las siguientes: si existen síntomas mixtos, correspondientes a dos diagnósticos diferentes, ¿debe considerarse que uno de ellos es prioritario o bien se utilizan los dos simultáneamente? En los sistemas de uso más frecuente se ha adoptado una posición jerárquica, de modo más o menos explícito, lo que a menudo se refleja en los criterios de exclusión. En general, los trastornos de base orgánica ocuparán el lugar superior de la jerarquía, seguidos por los trastornos psicóticos. Sin embargo, ésta es una cuestión espinosa, ya que, por una parte, hay estudios que documentan que, cuando se halla presente un síntoma que ocupa un alto lugar en esta jerarquía, la probabilidad de que se manifiesten otros síntomas de orden inferior es muy alta siendo estas asociaciones, además, impredecibles (Sturt, 1981). Pero, por otra parte, es razonable pensar que pueden darse simultáneamente dos o más tipos de trastornos diferentes. Por ejemplo, un diagnóstico de retraso mental puede ir asociado a otro de depresión. O, trasladándonos a un terreno más familiar: un paciente puede presentar dos o más trastornos médicos simultáneamente (por ejemplo, ser diabético y tener trastornos renales, o cardíacos y, en un momento determinado, una infección de las vías respiratorias). En este caso, es evidente que el tratamiento no puede olvidar ninguno de estos trastornos y que el diagnóstico no debería ser excluyente.

Como una forma de evitar este tipo de limitaciones, sistemas como el DSM-III permiten la utilización simultánea de varios diagnósticos, considerando prioritario el que trae al paciente a la consulta. Ello no supone un sistema jerárquico abierto, sino, sencillamente, establecer una prioridad que pudiera resultar útil de cara al tratamiento.

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

Otro recurso para que una taxonomía incluya un nivel de complejidad que no simplifique excesivamente la realidad es la utilización de ejes múltiples para describir, distintos tipos de información relativos a un caso. Como antes hemos comentado) los sistemas multiaxiales pretenden recoger una información variada pertinente para las decisiones diagnósticas o terapéuticas (véase apartado 5).

### 4.3. Método

El método seguido por los sistematizadores clásicos fue una cuidadosa observación clínica, a partir de la cual se establecían categorías descriptivas de los fenómenos observados. Este método sigue esencialmente presente en los actuales métodos llamados de consenso, como el DSM-III. En ellos se pretende minimizar la subjetividad de un observador único llegando a un acuerdo entre distintos expertos. Siendo en principio este procedimiento razonable, permanece abierta la cuestión, sin embargo, de si describe mejor la realidad.

Existen otras alternativas metodológicamente más sofisticadas, como los sistemas cuantitativos. En efecto, basándose en distintos procedimientos estadísticos se han desarrollado diversas estrategias de clasificación, siendo las más conocidas el análisis factorial y el análisis de cluster Como McGuire (1978) señala, cuando la de partida es dimensional, es decir, supone la existencia de una serie de dimensiones a lo largo de las cuales se sitúan las observaciones (y la diferencia entre lo normal y lo patológico es, por tanto, una cuestión de grado) la técnica estadística utilizada es el análisis factorial. Antes hemos mencionado algunos ejemplos, y comentaremos más extensamente esta metodología en el apartado 5.2.

Por el contrario, cuando la hipótesis de partida supone la existencia de trastornos discretos se recurre, preferentemente, al análisis de clusters para identificar estas categorías de un modo empírico. El procedimiento básico consiste en obtener información lo más variada posible de un conjunto de sujetos igualmente heterogéneo, intentando identificar a continuación, a través de análisis de clusters, las agrupaciones que se producen (Blashfield, 1984).

## 5. Características exigibles a un sistema de clasificación

Como cualquier instrumento que se utilice para la evaluación de uno o más atributos del sujeto o de su conducta, así como en una posterior toma de decisiones, un sistema diagnóstico debe demostrar que posee las suficientes garantías para hacerlo de un modo adecuado. Para ello, debe demostrar niveles aceptables de fiabilidad, validez y exactitud. Comentaremos aquí estos conceptos, ya familiares, en su específica aplicación al terreno que nos ocupa.

### 5.1. Fiabilidad

Como hemos mencionado anteriormente, los esfuerzos iniciales por lograr sistemas diagnósticos más objetivos se centraron en esa característica, y más concretamente, en su acepción de acuerdo interjueces. Ello es perfectamente comprensible ya que sólo después de asegurar esta característica pueden pasar a plantearse cuestiones de validez o de utilidad. Estos estudios se han llevado a cabo a través de diseños en los que pueden variarse: el número de jueces (2 o más), el número de categorías en estudio (una o más) y el método por el que se alcanza el diagnóstico (entrevistas conjuntas, separadas, a partir de registros magnéticos o en base al historial del paciente). Naturalmente, cada una de estas variaciones tiene sus propias ventajas e inconvenientes.

En relación con los jueces, es importante notar que la fiabilidad de un diagnóstico se confunde siempre con ciertas características de los propios jueces (formación, posibles sesgos, características personales, etc.). Por tanto, cuanto menor sea el número de jueces, y más homogénea su formación o lugar de trabajo, mayores serán las posibilidades de que los índices de acuerdo resulten artificialmente aumentados. Al calcular el acuerdo, es importante tener presente que los índices obtenidos pueden también verse artificialmente aumentados por el acuerdo por azar, en función de las tasas de base. En otras palabras, la utilidad de un determinado instrumento, en este caso un sistema diagnóstico, se define en base a un aumento en el acuerdo interjueces por encima del que cabría esperar por azar, teniendo en cuenta las tasas de base únicamente (o tasas habituales de ocurrencia en un contexto determinado). Por otra parte, el

cálculo de un porcentaje de acuerdo no es suficiente, ya que en las categorías con una baja incidencia, el índice puede estar artificialmente aumentado por el acuerdo, no tanto en los casos diagnosticados, sino en la ausencia del diagnóstico en cuestión (lo que, en definitiva, no aportaría realmente información sobre la fiabilidad de un diagnóstico).

Podemos esperar también un acuerdo superior en los juicios dicotómicos (diagnóstico/ausencia de diagnóstico) que cuando se estudian varias categorías simultáneamente. Además, este último caso reflejaría mejor lo que ocurre en la práctica habitual, por lo que resulta, en principio, preferible.

Igualmente, en relación con el procedimiento a través del que se obtiene el diagnóstico, cabe esperar un índice de acuerdo superior cuando la información en la que aquél se basa es común para todos los jueces (como es el caso de las entrevistas conjuntas, grabaciones o registros). De hecho, cuando las entrevistas son separadas, un juez puede decidir en un momento determinado seguir una línea de exploración diferente de otro juez, lo que en teoría podría llevar a distintos diagnósticos, cosa que no ocurre cuando se comparte la información. En principio, como es obvio, cabría esperar que la validez ecológica de este último procedimiento fuese superior; sin embargo, presenta otros problemas, como los altos costes asociados en términos de tiempo, o los sesgos introducidos por distintos factores del paciente, como la memoria o el cansancio, y que pueden actuar tanto aumentando como disminuyendo la probabilidad de acuerdo.

Ya hemos comentado la inadecuación del cálculo de un porcentaje de acuerdo como índice de fiabilidad. Cohen (1960) ha propuesto un índice para calcular la fiabilidad excluyendo el acuerdo por azar, extensamente utilizado en la actualidad (para un ejemplo, véase Vizcarro et al., 1987).

La fiabilidad interjueces se ha calculado también, en ocasiones, sobre la base del porcentaje de ocasiones con que se asigna un determinado diagnóstico (por ejemplo, el estudio que compara la tasa de diagnóstico de esquizofrenia en el Reino Unido y los Estados Unidos, Cooper et al., 1972). Este es un índice excesivamente global que no permite conclusiones más finas sobre el procedimiento diagnóstico pero resulta, en cambio, muy interesante para ilustrar la naturaleza arbitraria de las definiciones.

Ya hemos mencionado que los índices de fiabilidad aportados por los

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) *Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal*. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), *Introducción a la Evaluación Psicológica*, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

estudios relativos a los sistemas de clasificación anteriores a los sistemas operativos son muy deficientes, especialmente cuando se elimina el acuerdo por azar (véase Vizcarro, 1986). En cambio, la introducción de criterios más objetivos ha permitido aumentar considerablemente estos índices (véase manual del DSM-III, APA, 1980), si bien el de algunas categorías debe ser todavía mejorado. No debe olvidarse, por otra parte, que un adecuado nivel de fiabilidad resulta básico, pero no suficiente para justificar las categorías que deben ser asimismo validadas.

### 5.2. Exactitud

La exactitud del diagnóstico puede reflejarse en dos índices, la sensibilidad y la especificidad. La primera se define como la probabilidad de que la presencia de un trastorno sea correctamente diagnosticada como tal. La especificidad, por otra parte, representa la probabilidad de que la ausencia de un trastorno sea adecuadamente identificada. Naturalmente, a distintos efectos se hará mayor énfasis en uno de estos índices. Por ejemplo, si se trata de evaluar el riesgo de suicidio, y a la vista de los altos costes asociados a la no detección de un caso positivo, se valorará sobre todo la sensibilidad de un procedimiento diagnóstico. Para una exposición más detallada véase Vázquez (1990).

### 5.3. Validez

Dada la ausencia de criterios externos objetivos con los que validar las categorías diagnósticas, ésta se ha estudiado en relación con la homogeneidad de las muestras que reciben un mismo diagnóstico con respecto a una serie de variables como el curso del trastorno, la respuesta al tratamiento, la historia familiar o la presencia de determinados marcadores objetivos, de tipo biológico o cognitivo. Naturalmente, estos estudios abordan la validez para cada categoría por separado, por lo que resulta difícil resumirlos. El manual del DSM-III contiene alguna información acumulada al respecto, aunque de modo fragmentario.

En conjunto, lo más que podemos decir de estos estudios es que sus resultados son inconcluyentes. El patrón habitual de resultados es que se valida parcialmente la categoría (o la medida) sin poder llegar a afirmar, sin

embargo, que se ha identificado un marcador que permita discriminar de modo absolutamente correcto los casos positivos y negativos, es decir, con un grado adecuado de sensibilidad y especificidad. Por el contrario, hay siempre un número considerable de falsos positivos y de falsos negativos.

En el estado actual, estos resultados son difíciles de interpretar, y el trabajo de Helzer y Coriell, antes mencionado, es un buen ejemplo de ello. En efecto, ante resultados de esta naturaleza, ¿debemos concluir que es la categoría diagnóstica o la medida la que es inadecuada? Frente a este tipo de ambigüedades, seguramente se impone trabajar simultáneamente en los dos sentidos: refinar la medida de las variables de interés, para aumentar su capacidad de discriminación y, por otra parte, depurar también los criterios diagnósticos a la luz de los resultados consistentes que se vayan obteniendo.

## 6. Algunos ejemplos de sistemas clasificatorios

Con objeto de ilustrar algunas cuestiones que hemos comentado en los apartados anteriores, así como de proporcionar una introducción mínima a algún sistema de clasificación, presentaremos aquí, aunque sea muy superficialmente, dos ejemplos, uno relativo a adultos (DSM-III) y otro a niños y adolescentes (Achenbach, 1985). La selección de los ejemplos se ha realizado con varios objetivos simultáneamente: ilustrar distintos procedimientos de construcción y cubrir todo el rango de edades. En el primer caso, existían dos opciones, si a los objetivos anteriores añadimos que el sistema sea de uso extendido: la ICD-9 (OMS, 1978) y el DSM-III (APA, 1980). En efecto, el uso de ambos puede considerarse igualmente extendido en nuestro medio. Sin embargo, el primero es un glosario elaborado para codificar datos sobre morbilidad y mortalidad con fines estadísticos, constituyendo los trastornos mentales un apartado entre otros muchos. De hecho, así lo indica su propio nombre («International Statistical Classification of Diseases», «Injuries and Causes of Death»). Por ello, el segundo puede considerarse más exhaustivo y útil para el que se inicia en esta actividad, además de incorporar criterios operativos.

En relación con el segundo ejemplo, aunque el DSM-III se refiere también

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

a esta segunda población, ha recibido algunas críticas sustantivas, por lo que parece interesante introducir un sistema que se ajuste mejor a este grupo de edades. Por otra parte, es un buen ejemplo de un sistema de base cuantitativa, y concretamente factorial.

### 6.1. Diagnóstico en adultos: sucesivas ediciones del DSM

El DSM-III se elaboró con el objetivo de definir de un modo operativo los trastornos contenidos en la ICD-9, ampliando para ello el rango de trastornos clínicos cubierto por los sistemas operativos anteriores. Ello equivale a decir que se enfatiza su naturaleza objetiva (proporcionar criterios de inclusión y exclusión), descriptiva y atórica (aunque después veremos que tiene, sin duda, un enfoque médico) y provisional (abierto a los datos que pueda ir aportando la investigación). Fue desarrollado por un procedimiento de consenso entre expertos (para algunos, algo impuesto, véase Millon, 1983) y sometido a ensayos de campo en los que participaron numerosos profesionales. Sin duda se trata de un esfuerzo sin precedentes que desde luego ha dado resultados positivos (para una mayor información sobre el desarrollo de este sistema véase el manual del DSM-III y Vázquez, 1990).

El DSM-III incluye árboles de decisión que facilitan el proceso diagnóstico así como la información disponible sobre cada categoría en relación con las características del trastorno, su prevalencia, historia familiar, distribución en ambos sexos, posibles variables asociadas, factores de predisposición, curso, o incidencia familiar. Es decir, toda la información contrastada sobre cada uno de los trastornos. Incluye asimismo cinco ejes con los siguientes contenidos (DSM-III-R):

- Eje I: Síndromes clínicos. El rango de categorías que incluye es muy amplio, asegurando la cobertura de la mayor parte de los trastornos que puedan encontrarse en la práctica, y permite diagnósticos múltiples, eligiendo como diagnóstico principal aquel por el que se inicia la consulta.
- Eje II: Trastornos de la personalidad y del desarrollo, para ser utilizados preferente, aunque no exclusivamente, para adultos y niños respectivamente. Se incluyen aquí características más estables,

menos llamativas desde el punto de vista psicopatológico y que describen el funcionamiento habitual del sujeto. Tanto en este eje como en el anterior, se permiten diagnósticos múltiples, considerando diagnóstico principal aquel por el que se inicia la consulta.

- Eje III: Trastornos y estados somáticos que pudiera presentar el paciente, y que resultan importantes para entender su situación y funcionamiento actual. Estos tres primeros ejes se consideran los «diagnósticos oficiales», aunque se incluyen otros dos ejes complementarios.
- Eje IV: Intensidad de los estresores psicosociales a los que el paciente se ha visto sometido en el último año, valorado en una escala global de 7 puntos. Se reconoce así la influencia que acontecimientos ambientales puedan tener sobre el individuo, precipitando o agravando un estado patológico. La existencia de estos factores, o el hecho de que una patología haya aparecido en ausencia de ellos, determina cambios importantes en el pronóstico que puede establecerse. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la evaluación de los estresores es excesivamente simplista.
- Eje V: Evaluación global del sujeto incluyendo su funcionamiento familiar, profesional y social. Al hacerlo, se reconoce (desgraciadamente, como en el caso del Eje IV, también de una forma excesivamente burda) que, con independencia de la patología que pueda presentar un paciente, debe tenerse en cuenta la capacidad de adaptación máxima que ha mostrado tanto para establecer un pronóstico como los objetivos terapéuticos.

En el manual del DSM-III pueden encontrarse datos sobre la fiabilidad interjueces de las categorías. Globalmente, puede considerarse que suponen un importante avance sobre sistemas anteriores y son aceptables. Una cuestión distinta la plantean los datos de validez, siendo aplicables a este sistema diagnóstico los comentarios generales anteriores sobre validez. En resumen, ninguna de las categorías relativas a trastornos funcionales puede considerarse definitivamente validada y, por tanto, las categorías, así como su definición, son, como por otra parte se declara, provisionales.

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

En conclusión, pues, este sistema diagnóstico ha supuesto avances importantes, aunque es necesario enfatizar la necesidad de seguir trabajando en este sentido, y las sucesivas ediciones de este manual (DSM-III-R, APA, 1988) así lo atestiguan. Además de estas características positivas, se ha acumulado una bibliografía muy útil en relación con diversos aspectos como la formación en este sistema, el tratamiento a partir de él o evaluaciones y críticas. Todo ello, tanto en relación con el DSM-III (Millon y Klerman, 1986; Perry, 1985; Skodol y Spitzer, 1987; Spitzer et al., 1987; Tischler, 1987) como el DSM-III-R (Rapoport, 1990; Reid, 1989a, 1989b).

Por otra parte, se han formulado algunas críticas dignas de ser tenidas en cuenta (véase, especialmente, Millon y Klerman, 1986). La concepción médica que supone, en primer lugar. En efecto, a pesar de que los autores declaran su voluntad de mantenerse en una postura ateórica, simplemente descriptiva, ésta se trasluce sutilmente (por ejemplo, en el vocabulario: se habla de «enfermedades», etc.); naturalmente, es una alternativa lícita, pero puede dar lugar a cierta confusión o resultar excesivamente limitada para otros profesionales, especialmente si no se reconoce explícitamente. El mismo hecho de incluir trastornos como dificultades académicas como trastornos de lectura o aritmética en un Manual de Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos mentales es sin duda excesivo y alarmante para muchos.

## 6.2. Diagnóstico de niños y adolescentes: el perfil de conducta infantil

El siguiente ejemplo ilustrará un enfoque cuyo principal objetivo es conseguir la descripción lo más exacta posible de una amplia gama de conductas mostradas por niños y adolescentes de ambos sexos, tanto de poblaciones clínicas como no clínicas, y llegar a identificar las categorías en que éstas se agrupan.

Según informan estos autores (Achenbach, 1985; Achenbach y Edelbrock, 1983; Edelbrock y Achenbach, 1985), el procedimiento se inicia con la elaboración de un fondo de ítems elaborados a partir de las conductas que se considera necesario describir. Es fundamental asegurar que este fondo cubra de modo comprensivo el universo de conductas de interés, ya que ello

determina tanto las categorías que se obtendrán tras el análisis como su composición. Este fondo de ítems puede generarse a partir de la bibliografía correspondiente al área de estudio, de instrumentos previamente elaborados, de análisis de material clínico o de entrevistas a profesionales, o personas en contacto con el grupo de interés (en el caso de niños y adolescentes profesores o padres fundamentalmente). Los ítems del Listado de Conductas Infantiles se obtuvieron a partir del análisis de las historias de 1.000 casos de niños y adolescentes que habían acudido a una consulta psiquiátrica.

A partir de este análisis se elaboraron tres cuestionarios distintos, dirigidos a padres, profesores y al propio interesado a partir de la edad en que se le considera capacitado para responder. Asimismo, se elaboró un procedimiento de observación que incluye las conductas que pueden ser observadas por el clínico. Estos instrumentos son en gran medida paralelos (es decir, incluyen los mismos elementos), aunque con ligeras variaciones en función de la posibilidad de que la conducta en cuestión pueda ser observada por la persona que proporciona la información (así, el autoinforme incluye, naturalmente, aspectos subjetivos no incluidos en los demás cuestionarios) o en un contexto determinado (por ejemplo, escuela, casa y despacho).

Después de obtener estos datos básicos de las muestras de interés, se realiza un análisis factorial con objeto de aislar empíricamente los síndromes o covariaciones observadas entre las conductas. Naturalmente, el resultado de los análisis factoriales varía en función de las características de las muestras con las que se realiza; por ejemplo, que sean clínicas o no. Los primeros son relevantes para una descripción de las conductas que pueden considerarse patológicas. Los segundos, en cambio, resultan imprescindibles para obtener los datos normativos que ayuden a determinar la posición de un individuo con respecto a su grupo correspondiente (y, por tanto, su posible «desviación» sobre una base empírica). En este sentido, es interesante señalar que se han obtenido composiciones factoriales distintas para distintos grupos de edad, así como para cada sexo. En efecto, al margen de que sea habitual encontrar composiciones factoriales distintas al variar las muestras, aun ligeramente, si estos datos se confirman pueden estar indicando diferencias significativas, por otra parte esperables, de tipo evolutivo o asociadas al sexo. Esto sería, por otra parte, una buena demostración de que sistemas con categorías y normas de referencia estables, como el DSM-III, pudieran no ajustarse a los rápidos

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

cambios evolutivos características de estos grupos de edad.

En relación con el procedimiento de evaluación, sobre la base de los análisis factoriales se obtienen distintas escalas y, a partir de los datos normativos, se establecen los correspondientes perfiles y puntos de corte que muestran las desviaciones significativas de un individuo con respecto a su grupo (en este caso, establecido en dos desviaciones típicas con respecto a la media).

A partir del análisis de componentes principales se obtienen una serie de síndromes (denominados trastornos de banda estrecha por estos autores) cuyo número y composición varían, como hemos mencionado, en función de la edad y el sexo. A su vez, éstos se agrupan, en un análisis factorial de segundo orden, para formar los llamados trastornos de banda ancha. Estos se han aislado de forma consistente, constituyendo los trastornos de Internalización (con trastornos como ansiedad, depresión, somáticos y obsesivo-compulsivos) y Externalización (formado por hiperactividad, agresión o «conducta antisocial»).

Una cuestión interesante se refiere a cuál es la relación entre las categorías desarrolladas por este procedimiento con las obtenidas en otros estudios de este tipo, por una parte, y las incluidas en el DSM-III para la misma población. La respuesta es que los factores aislados dependen, en gran manera, como es esperable, de las características de los instrumentos en los que se basan, de las fuentes de las que procede la información (padres, maestros, etc.) y, finalmente, de la forma concreta del análisis factorial realizado. No obstante, y a pesar de variaciones en algunas o todas estas fuentes, hay un acuerdo que puede parecer sorprendente en síndromes como los siguientes: agresivo, antisocial, hiperactivo, esquizoide, ansioso, depresivo, aislado y trastornos somáticos. Igualmente, como hemos indicado anteriormente, existe una consistencia considerable en dos factores de segundo orden: Internalización y Externalización, no solamente en los trabajos de este autor, sino también de otros, aun con variaciones importantes en la metodología (véase, para una discusión más detallada, Martorell, 1988).

En relación con las categorías del DSM-III, nos encontramos con distintos casos. Algunos trastornos que figuran en éste, y que se presentan con escasa frecuencia, no aparecen en los análisis factoriales. En cambio, los

déficits atencionales, trastornos de tipo afectivo (depresivo, ansioso y obsesivo compulsivo), así como de la identidad sexual o de somatización, se han aislado también por medio de análisis factoriales. Finalmente, algunos síndromes aislados empíricamente no aparecen en un solo diagnóstico del DSM-III (por ejemplo, inmadurez, aislamiento social o conducta autolesiva) (véase Edelbrock, 1987).

Reconociendo, como es ya el caso en muchos sistemas diagnósticos, la necesidad de recoger información muy variada antes de llegar a una decisión diagnóstica, se propone aquí también el recurso a varios ejes: I: Percepción de los padres; II: Percepción del profesor; III: Funcionamiento cognitivo; IV: Estado físico y V: Evaluación clínica. Como es evidente, cada uno de estos ejes corresponde a una faceta importante en el funcionamiento del niño o del adolescente y puede ser evaluada mediante pruebas oportunas que hayan demostrado su fiabilidad y validez, entre otras las desarrolladas por estos autores, a las que antes hemos aludido y en las que se basa su taxonomía (Achenbach y Edelbrock, 1983; Edelbrock y Achenbach, 1984).

**Fiabilidad** La fiabilidad se refiere a los instrumentos de evaluación, más que a las categorías, y puede considerarse elevada tanto en lo que se refiere a la consistencia interna como a la fiabilidad test-retest (véase Achenbach y Edelbrock, 1978). En cuanto a la fiabilidad interjueces, el acuerdo entre ambos padres, que pueden observar al niño en el mismo contexto, es alto (0,70-0,80), mientras que el acuerdo de éstos con los profesores es menor (en torno a 0,35), en parte probablemente porque la conducta cambia en los distintos contextos. Finalmente, el acuerdo entre padres e hijos es bajo, aunque se han aislado algunas pautas estables: por ejemplo, los padres valoran más conductas molestas de los hijos (hiperactividad, desobediencia o agresión), mientras que los hijos informan de conductas como miedo, ansiedad y trastornos de tipo afectivo en general (véase Edelbrock, 1987).

**Validez.** Naturalmente, la ausencia de criterios externos en Psicopatología es también un problema en la validación de estas categorías. Los resultados son, por tanto, igualmente fraccionarios y parciales. Los datos que más arriba hemos comentado sobre resultados congruentes en relación con otros estudios factoriales, e incluso con el DSM-III, pueden aportarnos alguna información sobre la validez concurrente de estos procedimientos. Otros estudios se han dirigido a evaluar la capacidad de estos instrumentos para

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

diferenciar entre muestras clínicas y no clínicas, e incluso entre distintos grupos de niños (Harris y otros, 1984; Edelbrock, Costello y Kessler, 1984), con resultados adecuados.

Mencionemos, para terminar, que contamos con baremos para muestras españolas del cuestionario para padres correspondientes a rangos de edad 4-5 años y 6-11 años, incluyéndose en este último tanto una muestra clínica (niños que han acudido a un centro de asistencia psicológica o psiquiátrica) como no clínica (Del Barrio y Cerezo, 1990, 1991; Moreno y Del Barrio, 1991).

## **7. Instrumentos estructurados de apoyo para el diagnóstico: las entrevistas estructuradas**

No podemos dejar de mencionar, aunque sea muy someramente, estos instrumentos, de desarrollo reciente, que sin duda suponen un apoyo importante para la Evaluación psicopatológica. Es necesario tener en cuenta que la entrevista constituye, en los sistemas clásicos de diagnóstico, el más importante instrumento de evaluación: de hecho, y en gran medida, aquél se basa en lo que el clínico observa en la entrevista, así como en la información que recoge a lo largo de ella. Naturalmente, se incorpora también información que se obtiene por otros medios, como la observación del paciente fuera del despacho o la información de allegados. Pero, desde luego, la entrevista sigue constituyendo una herramienta básica. Por ello, resulta de la máxima importancia asegurar su calidad.

La justificación de las entrevistas estructuradas se apoya en datos y sugerencias de distinta índole. Por una parte, hemos comentado anteriormente que Ward, Beck, Mendelson y Mock, en un estudio clásico sobre fiabilidad del diagnóstico, identificaron tres fuentes de variación, una de las cuales era la información en la que se basa el diagnóstico; y, como acabamos de mencionar, ésta se obtiene fundamentalmente en la entrevista. Así, pues, homogeneizar la información que se obtiene en la entrevista constituye un medio de asegurar la fiabilidad del diagnóstico.

Por otra parte, una serie de estudios han puesto de relieve una serie de sesgos cognitivos que pueden afectar a la actividad diagnóstica. En primer

lugar, la tendencia a formular hipótesis diagnósticas muy tempranas. Así, Kendell (1976) las encuentra ya a los tres minutos. Esto no sería alarmante si a continuación se contrastasen sistemática y exhaustivamente estas hipótesis. Pero esto no es así, sino más bien todo lo contrario. En este sentido, Elstein, Shulman y Sprafka (1978) cifran en torno al 50 por 100 la información relevante que los clínicos obtienen para las hipótesis que están considerando. Por otra parte, se ha observado una tendencia a confirmar las hipótesis consideradas en primer lugar (por ejemplo, Welner, Liss y Robins, 1974; Nisbett, Zucker y Lemley, 1981; Friedlander y Phillips, 1984).

Además de ello, numerosos estudios han puesto de relieve una serie de características del funcionamiento cognitivo humano relevantes para la Evaluación psicológica en general, y para la actividad diagnóstica en particular. Es el caso de la percepción de correlación ilusoria, de la dificultad para evaluar la correlación o la probabilidad de un determinado suceso (por ejemplo, un diagnóstico) o la posibilidad de que un determinado juicio diagnóstico se vea influido por casos anteriores en función de características como que sean llamativos, se hayan presentado recientemente o compartan algún grado de similitud más o menos superficial (para un comentario más extenso, véanse Achenbach, 1985; Vizcarro, 1987).

Como resulta evidente, asegurar una adecuada información de partida resulta crucial como una forma de minimizar en la medida de lo posible, si no eliminar, estos sesgos. Un procedimiento estructurado de entrevista parece, en principio, que pueda ayudar a conseguir una información homogénea, por una parte, y exhaustiva, con la posibilidad de que ello ayude a disminuir el peso de los sesgos cognitivos del clínico. Sin embargo, es también posible que la aportación que estas entrevistas puedan hacer fluctúe en función del grado de estructuración del propio sistema diagnóstico que se utilice (véase Vizcarro et al., 1987).

La mayor parte de los sistemas diagnósticos recientes han abordado conjuntamente el control de las fuentes de variación procedentes de la entrevista y del sistema diagnóstico. Así, entre las primeras entrevistas estructuradas, y también más utilizadas en el momento actual, podemos citar el «Examen del Estado Actual» (Present State Examination o PSE, desarrollada por Wing, Cooper y Sartorius, 1974) para ser utilizada conjuntamente con el sistema diagnóstico computerizado CATEGO. «La

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.

Entrevista para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia» (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, o SADS) fue desarrollada por Endicott y Spitzer (1978) para obtener la información necesaria para realizar un diagnóstico por medio de los «Criterios Diagnósticos para la Investigación» (Spitzer, Endicott y Robins, 1978), y la «Entrevista Diagnóstica Renard» (Helzer, Robins, Croughan y Welner, 1981) para ser utilizada con los «Criterios Diagnósticos de Feighner» (Feighner, Robins y Guze, 1972). En relación con el DSM-III se han desarrollado una serie de entrevistas, como el «Modelo de Entrevista Diagnóstica» (Diagnostic Interview Schedule o DIS, véase Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981) o la «Entrevista Clínica Estructurada» (Spitzer y Williams, 1983). La CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ha sido desarrollada para proporcionar conjuntamente la información necesaria para los diagnósticos por medio del DSM-III y la ICD-9-CATEGO. Existen también entrevistas para ser utilizadas con niños (DISC o Diagnostic Interview Schedule for Children, Costello et al., 1984), así como para trastornos más específicos como la ansiedad (DiNardo et al., 1983), los trastornos de personalidad (Stangl et al., 1985). Existe traducción al español de la SADS (Vizcarro, 1982) y del DIS (Burman et al., 1983).

Todas estas entrevistas especifican la información que debe ser obtenida, aunque en general requieren del juicio clínico del entrevistador, si bien haciendo un esfuerzo por mantenerlo en niveles mínimos, e incluso suprimirlo (por ejemplo, DIS o CIDI).

## 8. Conclusiones

En este capítulo hemos defendido la necesidad de recurrir a un sistema diagnóstico, tanto con fines aplicados como para potenciar el significado de los resultados de la investigación. Para ello, resulta además aconsejable recurrir a un sistema diagnóstico de uso extendido.

Hemos enfatizado, además, la arbitrariedad de los sistemas diagnósticos actuales, ilustrando cómo éstos varían en función de una serie de decisiones que pueden tomarse en el curso de su elaboración. A pesar de esta naturaleza arbitraria, los sistemas diagnósticos deben reunir una serie de requisitos básicos para que puedan cumplir los objetivos para los que fueron creados. Concretamente, deben demostrar su fiabilidad, sensibilidad,

especificidad y validez.

Para profundizar en este tipo de contenidos consulte la obra:  
Vizcarro, C. (1996) Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.), Introducción a la Evaluación Psicológica, Vol. II. Salamanca: Ediciones Pirámide.