

## DIAGNOSTICOS DSM-III EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

CECILIA SOGI \* & DANTE WARTHON \*\*

KEY WORDS: *DSM-III - Multiaxial diagnosis - Standardized evaluation*

PALABRAS CLAVE: *DSM-III - Diagnóstico multiaxial - Evaluación estandarizada.*

*Se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM-III a una muestra aleatoria de 265 historias clínicas de pacientes adultos y geriátricos admitidos al INSM desde 1982 a 1986. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Estados de ansiedad 150/o, Trastornos de ajuste, 140/o y Distimia, 130/o. Se describen las características de la población que asiste al INSM, residentes del Cono Norte de Lima, zona conformada por distritos urbano-marginales. En la muestra destacaron los grupos de edad joven con educación secundaria, y de ocupación estudiante y ama de casa. Se comparan los diagnósticos DSM-III en Eje I con la CIE-9 y se comenta las diferencias entre los sistemas de clasificación. Se presenta además la formulación diagnóstica multiaxial del DSM-III y un sexto Eje de funcionamiento actual.*

### DSM-III Diagnoses in the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

*The use of explicit diagnostic criteria and the multiaxial approach of DSM-III are presented. They were applied to a random sample of 265 case records corresponding to adult and geriatric patients admitted to the INSM from 1982 to 1986. The most frequent disorders found were: Anxiety States, 150/o, Adjustment Disorders, 140/o and Dysthymia, 130/o. The characteristics of the population that is assisted at the INSM are presented: residents of Lima's northern suburban area, some of them living in slum areas. The sample was conformed by young patients, secondary education, and student and homemaker occupation. The findings are compared with ICD-9 and the differences between both classification systems are commented. The five DSM-III axes were used plus a VI Axis about current functioning.*

\* Asistente del Departamento de Investigación, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.

\*\* Jefe del Departamento de Adultos y Geriatria del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.

## Introducción

El diagnóstico de los trastornos mentales más importantes se apoya en la descripción de experiencias y conductas anómalas. Es decir, el diagnóstico en psiquiatría es eminentemente clínico y por ello está sujeto a fuentes de variabilidad. Ward et al. (1962) señalan que, la inconsistencia del paciente, en un 50/o; del clínico, en un 30/o; y la inadecuación de los sistemas nosológicos vigentes, en el 60/o, explican los desacuerdos diagnósticos. Asimismo, Andreasen et al. (1982) señalan que, existe variación dependiente del sujeto, del tiempo, del método de observación, las fuentes de información y los criterios utilizados, además de las variaciones geográficas, de la experiencia o adiestramiento de los evaluadores, de los modelos con que se enfoca al paciente y la variabilidad del umbral para percibir la psicopatología.

Tener en cuenta estos factores y mejorar la confiabilidad del diagnóstico es importante para los fines de la comunicación científica. En tal sentido, hace más de dos décadas se observa en psiquiatría esfuerzos tendientes a la estandarización del proceso diagnóstico, con el uso de glosarios y manuales que guían al clínico. Entre ellos tenemos el instrumento utilizado en el Estudio Internacional Piloto de Esquizofrenia, el Present State Examination (PSE) de Wing et al. Como dicen estos autores (1974) "es inútil tratar de determinar si un síntoma es-

tá presente o no a menos que sepamos cuáles son sus características específicas y cómo puede aquél ser diferenciado de otros síntomas".

En 1980, aparece la Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), que obliga a una reevaluación seria y objetiva del proceso diagnóstico en psiquiatría.

Las características distintivas del DSM-III son: 1o. Ser una clasificación descriptiva, que facilita el reporte de las características clínicas observables con bajo nivel de inferencia; 2o. Poseer criterios diagnósticos explícitos con validez descriptiva, que a juicio de numerosos expertos en psicopatología, favorece el adecuado manejo del espinoso problema de la baja confiabilidad del diagnóstico en psiquiatría, aunque los criterios diagnósticos para muchos trastornos requieran aún de estudios de validación; 3o. Plantea una formulación diagnóstica multiaxial. El modelo multiaxial propuesto por el DSM-III consiste en una formulación sistemática de la condición del paciente, los factores causales y asociados, en términos de diversas variables o aspectos denominados "Ejes".

Los ejes I (Trastornos mentales) y II (Trastornos de personalidad) incluyen todo el catálogo de trastornos mentales del DSM-III. Estos dos ejes pueden tener múltiples diagnósticos para describir la condición psiquiátrica actual, pero deben ser listados siempre como pri-

mero, segundo y así sucesivamente, colocando en primer lugar aquella condición que es el foco de atención o tratamiento.

El Eje III incluye trastornos y condiciones físicas actuales relevantes para la comprensión o manejo del paciente. Tales condiciones están catalogadas en las secciones de trastornos no-mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

El Eje IV evalúa los estresores psicosociales, (tanto los sucesos transitorios como las tensiones persistentes), juzgados como significativos en el desarrollo o la exacerbación del trastorno actual.

El Eje V evalúa el mayor logro adaptativo alcanzado por un individuo en su funcionamiento ocupacional y social (por lo menos algunos meses), durante el último año.

Además de los cinco ejes del DSM-III, el presente estudio incluye un VI Eje de funcionamiento adaptativo actual (en lo ocupacional, con la familia, otros individuos y grupos), este Eje es una propuesta de Mezzich et al. (1986).

A pesar de que el DSM-III, antes de su aparición en 1980, fuera objeto de pruebas de campo en los EE.UU. (550 clínicos de 212 diferentes centros psiquiátricos evaluaron 12,667 pacientes), y aunque su uso se viene difundiendo rápidamente en todos los continentes, su aplicabilidad, en países en desarrollo como el nuestro, requiere aún del soporte de investigaciones sistemáticas. En el Perú, muchos clíni-

cos e investigadores utilizan el DSM-III, pero no hemos podido encontrar reportes nacionales similares al presente para fines comparativos. Así, los resultados que se presentan a continuación corresponden a un estudio preliminar que podría permitir la comparación con otros que se lleve a cabo subsecuentemente.

### *Material y Método*

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM). El INSM está ubicado en el distrito de San Martín de Porres, en un sector denominado Cono Norte de Lima. Albergaba una población aproximada de un millón de habitantes en el Censo Nacional VIII de Población y III de Vivienda, en 1981. Las características socioeconómicas de la localidad fueron señaladas en un estudio realizado por el Banco Central de Reserva del Perú (1984), que describió las diferencias interdistritales en Lima Metropolitana. En este estudio los distritos que se hallan dentro del área de influencia del INSM están ubicados en los grupos 7, 8, 9, y 10, que resumimos en el Cuadro No. 1.

### *Muestra:*

La muestra estuvo conformada por 265 historias clínicas correspondientes a pacientes adultos y geriátricos admitidos al INSM desde julio de 1982 hasta diciembre de 1986. Las 265 historias clínicas fueron seleccionadas de un total de

## CUADRO No. 1

DIFERENCIAS INTERDISTRITALES EN LIMA  
METROPOLITANA\*

	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	Grupo 10
o/o de población total	10.64	9.58	27.90	20.85
o/o de población rural	.00	.53	.00	.00
o/o de población en PP.JJ	87.95	33.95	46.36	19.80
Tasa de analfabetismo	5.77	5.11	4.40	2.81
o/o de vivienda sin agua	24.05	48.83	27.86	9.34
o/o de vivienda sin electricidad	16.55	28.05	13.64	4.19

\* Tomado del Banco Central de Reserva

5,665 admisiones registradas durante el período mencionado, utilizando la tabla de números aleatorios.

## Instrumentos

Se utilizaron los siguientes:

1. El Sumario Diagnóstico del Formato de Evaluación Inicial (FEI).— Esta sección del FEI permite la formulación diagnóstica multiaxial cubriendo los cinco ejes del DSM-III, más un sexto Eje que se mencionó anteriormente. Para cada uno de los ejes tipológicos (I. Trastornos psiquiátricos; II. Trastornos de personalidad; y III. Trastornos físicos), el formato provee espacios para una formulación principal de los términos diagnósticos con sus respectivos códigos, así como espacios para alternativas a des-

cartar. En el Eje IV (Estresores psicosociales), primero se proveen espacios para listar hasta cuatro estresores en orden de importancia y luego se califica su severidad global sobre una escala de 7 puntos. Similarmente, en el Eje V (Nivel de funcionamiento adaptativo más alto durante el año anterior), y el Eje VI (Funcionamiento adaptativo actual), la calificación correspondiente se marca sobre una escala lineal presentada en el formato.

2. Criterios Diagnósticos del DSM-III.— Cada categoría tiene una definición explícita, con el propósito de hacerla tan clara como sea posible y decidir qué pacientes alcanzan los criterios para su inclusión dentro de una categoría dada.

## Procedimiento

Participaron dos psiquiatras en la revisión de la información clínica registrada en las historias. En base

a los datos de la primera evaluación del paciente, y ciegos al diagnóstico consignado en la historia, los clínicos hicieron la formulación diagnós-

## CUADRO No. 2

## DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR VARIABLES DEMOGRAFICAS

Variables demográficas		N = 390	%
Edad	-18 años	125	32.83
	18-29 años	148	37.95
	30-39 años	58	14.87
	40-49 años	31	7.95
	50-59 años	16	4.10
	+60 años		
Sexo	Hombre	180	46.2
	Mujer	210	53.8
Estado Civil	Soltero	259	66.4
	Casado/Conviviente	108	27.7
	Separado/Divorciado/Viudo	23	5.9
Actividad económica	Profesional	20	5.1
	Empleado	17	4.4
	Técnico/Obrero	21	5.4
	Estudiante	148	37.9
	Ama de casa	93	23.8
	Ninguna	46	11.8
	Desconocido	45	11.5
Escolaridad	Primaria	106	27.2
	Secundaria	145	37.2
	Universitaria/Técnica	93	23.8
	Ninguna	39	10.0
	Desconocido	7	1.8
Lugar de nacimiento	Departamento de Lima	250	64.1
	Otros departamentos	140	35.9

tica multiaxial en el formato descrito previamente.

### Resultados

Características demográficas de la muestra.— Las características demo-

gráficas de la muestra se presentan en el Cuadro No. 2.

Diagnósticos DSM-III.— Las categorías en Eje I se presenta en el Cuadro No. 3.

## CUADRO No. 3

### TRASTORNOS MENTALES (EJE I DEL DSM-III) EN ADULTOS\*

Trastornos mentales (Eje I del DSM-III)	N = 265	o/o
Estados de ansiedad	40	15.1
Trastornos de ajuste	36	13.6
Distimia	34	12.8
Depresión mayor (Episodio único y recurrente)	28	10.6
Trastorno esquizofrénico	28	10.6
Trastorno por uso del alcohol	21	7.9
Trastornos somatomorfos	15	5.7
Trastorno por uso de otras sustancias	14	5.3
Trastornos mentales no especificados	14	5.3

\* Sólo se presenta los trastornos mentales de mayor frecuencia.

Como se observa, los trastornos mentales en orden de frecuencia fueron: Estados de Ansiedad, 15.10/o; Trastornos de Ajuste, 13.60/o; Distimia, 12.80/o; Depresión mayor (episodio único y recurrente), 10.60/o; y Trastornos Esquizofrénicos, 10.60/o.

En el Cuadro No. 4 se presenta las categorías en Eje II.

Como se observa sólo el 14.30/o tuvo algún diagnóstico de trastorno de personalidad.

En el Cuadro No. 5 se presenta las categorías en Eje III.

Como se aprecia, sólo el 160/o tuvo algún diagnóstico de trastorno físico, y de ellos los más frecuentes fueron los del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

## CUADRO No. 6

ESTRESORES PSICOSOCIALES (EJE IV DEL DSM-III)  
EN ADULTOS

Estresores psicosociales (Eje IV del DSM-III)	Adultos	
	N = 265	o/o
1. Salud	53	20.0
2. Duelo	15	5.7
3. Amor y matrimonio	49	18.5
4. Paternidad	17	6.4
5. Estresores familiares para niños y adolescentes	12	4.5
6. Otras relaciones familiares	26	9.8
7. Otras relaciones no familiares	1	.4
8. Trabajo	14	5.3
9. Escuela	8	3.0
10. Financiero	34	12.8
11. Legal	2	.8
12. Vivienda/Ambiente	7	2.6
13. Miscelanea	10	3.8
Sin información	17	6.4.

cada clase, y la validez del constructo son los sellos de una adecuada clasificación clínica, aunque requieren de la demostración a través de estudios empíricos”.

Stengel, citado por Jablensky (1985) en su revisión de los sistemas de clasificación existentes, concluye que, “la falta de una clasificación común de trastornos mentales ha frustrado los intentos de comparar las observaciones psicopatológicas y los resultados del tratamiento

administrado en los diversos países, y aún, entre los diversos centros en un mismo país. Una de las dificultades fundamentales en la elaboración de la clasificación de trastornos mentales es el desacuerdo entre los psiquiatras sobre los conceptos en las que éstas se basan. Los diagnósticos raramente pueden ser verificados objetivamente y la misma o similares condiciones son descritas bajo una confusa variedad de nombres. Esta situación se opone al in-

CUADRO No. 7

EJE IV : NIVEL DE SEVERIDAD DE LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES	ADULTOS	
	N = 265	o/o
Ninguna, mínima, leve	147	56.0
Moderada	70	26.6
Severa, extrema, catastrófica	46	17.5
Inespecificado	2	5
EJE V : NIVEL MAS ALTO DE FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO DURANTE EL AÑO ANTERIOR		
Superior, muy bueno, bueno	169	76.5
Regular	44	19.9
Pobre	8	3.6
Inespecificado	44	19.9
EJE VI : NIVEL DE FUNCIONAMIENTO ACTUAL OCUPACIONAL		
Superior, muy bueno, bueno	125	47.2
Regular	74	27.9
Pobre	35	13.2
Inespecificado	31	11.7
CON LA FAMILIA		
Superior, muy bueno, bueno	101	38.2
Regular	100	37.7
Pobre	34	12.8
Inespecificado	30	11.3
SOCIAL		
Superior, muy bueno, bueno	111	41.9
Regular	83	31.3
Pobre	39	14.7
Inespecificado	32	12.1

tercambio de ideas y experiencias estorbando el progreso”.

Así, hoy en día, el desarrollo de adecuados sistemas diagnósticos in-

ternacionales que permitan la comunicación científica es una urgente necesidad. Aunque existe una Clasificación Internacional de En-

fermedades (CIE), tal como señalan Kramer et al. (1977), el principal uso de ésta se aplica a la clasificación de la información sobre morbilidad y mortalidad para propósitos estadísticos. La CIE difiere de una nomenclatura de enfermedades en que una clasificación estadística debe limitarse a un número de categorías que englobe todo el catálogo de enfermedades y condiciones mórbidas. Sin embargo, en la práctica clínica se hace necesaria la provisión de guías para la categorización de los trastornos mentales. En este sentido, el DSM-III fue desarrollado con el compromiso de servir a una variedad de propósitos, más allá de los meramente estadísticos, para uso clínico, docente, y de investigación, y que sea aceptado por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones teóricas. La amplia difusión que ha tenido el DSM-III desde su aparición en 1980 estaría en relación a la utilidad de los criterios diagnósticos y la aproximación diagnóstica multiaxial.

Sin embargo, el uso de DSM-III requiere, por un lado, de adiestramiento y familiarización con su manual, y de otro, como observan Gregory & Cooper (1983), la información clínica debe ser recogida teniendo en mente sus categorías. Es decir, el uso de este sistema implica considerar aspectos metodológicos en la obtención de la información.

El presente estudio fue realizado por psiquiatras con amplia experiencia en el uso de DSM-III tanto en clínica como en investigación. Ade-

más, el formato de historia clínica del INSM (Formato de Evaluación Inicial), cuyas características han sido descritas por Sogi et al (1987), tiene un afronte semiestructurado que permite el registro de la información clínica, clave para el diagnóstico, utilizando este sistema. Para los fines de discusión de los sistemas diagnósticos DSM-III y CIE-9, comparamos los resultados de la aplicación de uno y otro sistema a la misma muestra de pacientes (Warthon et al.). El porcentaje de trastornos esquizofrénicos utilizando el DSM-III fue de 10.60/o; y con la CIE fue de 11.30/o. Esto se explicaría debido a que la primera tiene una definición más "ajustada" de esquizofrenia. Gregory & Cooper (1983) expresan su desacuerdo con los criterios de edad e inicio, duración de los síntomas y la incapacidad, como esenciales en el diagnóstico de esquizofrenia en el DSM-III. Asimismo, que el término bizarro es difícil de definir, y sin una especificación o guía, el calificativo de bizarro dependería del juicio del evaluador. Objetivamente, los criterios diagnósticos deben ser sometidos a estudios de validación a través de su aplicación a muestras o poblaciones de pacientes. Brockington & Helzer (1983) proponen el uso de los sistemas diagnósticos rivales, el "método polidiagnóstico", por ejemplo en la predicción del resultado de la enfermedad en el tiempo, como uno de los métodos de validación. Esto es, la estabilidad del diagnóstico en el tiempo a través de un seguimien-

to de los pacientes diagnosticados con uno y otro sistema.

La depresión mayor (episodio único y recurrente) con el DSM-III, fue de 10.6o/o; y la psicosis afectiva de la CIE-9 (que incluye además los trastornos bipolares) fue de 6.7o/o. El DSM-III considera para los trastornos afectivos mayores subcategorías con y sin síntomas psicóticos, congruentes o incongruentes con el estado del humor. Así, ante la presencia de síndrome afectivo o que ésta preceda a las delusiones o alucinaciones, el diagnóstico no necesariamente es de trastorno esquizofrénico. En nuestro estudio, la tendencia a diagnosticar más trastornos afectivos que esquizofrenia, inversamente a lo que ocurre con la CIE-9 se explica porque, en el DSM-III se aplica el concepto de *spectrum* para los trastornos afectivos.

Los trastornos más frecuentes en nuestro estudio: Estados de ansiedad, Trastornos de Ajuste y Distimia, aunque es conocida su relativa frecuencia tanto en la práctica clínica general como especializada, estos resultados tendría que verse también a la luz de las características de la población que asiste al INSM: residentes del Cono Norte de Lima, en distritos densamente poblados que han absorbido gran parte del crecimiento poblacional de Lima, con un alto porcentaje de la población que viven en "Pueblos Jóvenes" y barrios tugurizados, con alta tasa de analfabetismo, y condiciones de vida desfavorables. Asi-

mismo, en las características demográficas de la muestra tenemos: predominio de grupos de edad joven, con nivel de escolaridad secundaria, en ocupación de estudiante y ama de casa, que serían factores a considerar en los trastornos mencionados.

Nuestro estudio corrobora las dificultades en el diagnóstico de trastornos de personalidad en una primera entrevista. Frances (1980) y Mellsoy et al. (1982) señalan que los conceptos dinámicos que subyacen a la definición de algunos trastornos de personalidad dificultan su operacionalización y por consiguiente su identificación.

La salud en uno mismo o en miembros significativos fue la categoría de estresor psicosocial más frecuente en nuestro estudio. En muchos, la pérdida de la salud fue por trastornos psiquiátricos o condiciones físicas crónicas. El estrés psicosocial en relación al amor y matrimonio fueron mayormente del tipo de conflictos conyugales. El rol de estos estresores en la etiología y pronóstico de los trastornos mentales requiere de estudios más específicos.

Los ejes V y VI son importantes desde el punto de vista del pronóstico. Nuestro resultado fue de buen funcionamiento adaptativo en lo ocupacional y social, que estaría en relación a los tipos de trastornos más frecuentemente hallados. (Estados de Ansiedad, Trastornos de Ajuste, y Distimia), asimismo, serían factores a considerar en el pro-

nóstico las características de la población que fueron descritas previamente.

## REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Washington DC APA 3er. ed.
2. ANDREASEN N.C., MAC-DONALD SCOTT P., GROVE W.M., KELLER M.B. SHAPIRO R.W., & HIRSCHFELD R.M.A. (1982) Assessment of reliability in multicenter collaborative research with videotaped approach *Am J Psychiatry* 139: 876-882.
3. BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERU (1984): *En la línea del Mapa de la Pobreza: Identificación de las diferencias interdistritales en Lima Metropolitana* Documento elaborado por el Dpto. de Estudios del Sector Social, Lima.
4. BROCKINGTON I.F. & HELZER J.E. (1983) Future directions in research comparing diagnostic systems pp. 327-336 in *International Perspectives on DSM-III* Ed. RL Spitzer JBW Williams, AE Skodol.
5. DAHL A.A. (1983) A Comparison of DSM-III and ICD-8/ICD-9 diagnoses of functional psychiatric disorders in hospitalized patients pp 309-315 in *International Perspectives on DSM-III* Ed. RL Spitzer, JBW Williams, AE Skodol.
6. FRANCES A. (1980) The DSM-III Personality disorders section A commentary *Am J Psychiatry* 137: 9:1050-1054.
7. GREGORY S. & COOPER J.E. (1983) Comparison of ICD-9 and DSM-III Diagnoses of 71 patients first presenting with severe mental illness pp 317-325 in *International Perspectives on DSM-III* Ed. RL Spitzer JBW Williams AE Skodol.
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1983) Censos Nacionales VIII de Población III de Vivienda 12 de Julio de 1981 Resultados definitivos INE Lima.
9. JABLENSKY A. WORLD HEALTH ORGANIZATION AN OVERVIEW OF THE PROSPECTS FOR ICD-10 (1985) Ponencia presentada en el WPA Symposium Internacional Classification in Psychiatry Montreal 28/6.
10. KRAMER M., SARTORIUS N., JABLENSKY A., GULBINAT W. (1977) The ICD-9 Classification of mental disorders A review of its development and contents *Acta Psychiat Scand* 59:241-262.
11. MELLISOP G., VARGHESE F., JO-SHUA S., & HICKS A. (1982) The reliability of Axis II of DSM-III *Am J Psychiatry* 139:1360-1361.
12. MEZZICH J.E., COFFMAN G.A., GOODPASTOR S.M., (1982) A format for DSM-III Diagnostic Formulation: Experience with 1,111 consecutive patients *Am J Psychiatric* 139:5: 591-596.
13. MEZZICH J.E. (1986) *Clinical Care and Information System in Psychiatry* The Monograph Series of the American Psychiatry Press Inc. Clinical Insight Ed. JE Mezzich.
14. SKODOL A.E. & SPITZER R.L. (1982) DSM-III: Rationale, basic concepts, and some differences from ICD-9 *Acta Psychiat Scand* 66: 271-281.
15. SOGI C., WARTHON D., MEZZICH J.E., LOPEZ MERINO I., CASTRO J. & TEJADA K. (1987) Formato de Evaluación Inicial (Versión 1982) Traducción y adaptación a la lengua española *Acta psiquia psicol Amer Lat* 33: 123-130.
16. WARD C.H., BECK A.T., MENDELSON M., MOCK J.E. & ERBAUGH J.K. (1962) The psychiatric nomenclature reasons for diag-

- nostic disagreement *Arch Gen Psychiatry* 7: 198-205.
17. WARTHON D., SOGIC., MEZZICH J.E. VALVERDE J., SAAVEDRA A. JR. Comparación de diagnósticos DSM-III/ICD-9 (En impresión)
18. WING J.K., COOPER J.E., & SARTORIUS N. (1974) *Measurement and classification of psychiatric symptoms* Cambridge University Press Londres.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION Manual of the International Statistical Classification of Diseases Injuries and Causes of Death (1977) Organización Mundial de la Salud Ginebra, 9na. revisión.

*Dirección Postal:*  
*Coronel Zegarra 1120*  
*Lima 11*