

¿Debe mejorar la forma de diagnosticar en psiquiatría?

Should the way to diagnose in psychiatry be improved?

Johann M. Vega-Dienstmaier ^{1,2,a}

Los diagnósticos médicos deben ser útiles para decidir el tratamiento que más va a beneficiar al paciente y conocer su pronóstico; sin embargo, en psiquiatría no se observa una buena correspondencia entre el diagnóstico y el tipo de tratamiento que resulta eficaz. Un fármaco puede ser útil para diversos trastornos, por ejemplo, la quetiapina -clasificada como antipsicótico- no sólo mejora la sintomatología de la esquizofrenia, sino que además, es útil para el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (1). Otro caso es la sertralina -catalogada como antidepresivo-, que además de servir para la depresión, funciona para el TAG, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático (2). Asimismo, los anticonvulsivantes, inicialmente usados por los neurólogos para la epilepsia, tienen aplicaciones en psiquiatría para tratar el trastorno bipolar, la impulsividad, las adicciones y la ansiedad; sin embargo, el efecto sobre cada trastorno mental varía según cada anticonvulsivante y no se puede predecir adecuadamente en base a su mecanismo de acción (3).

Por otro lado, para tratar adecuadamente a un determinado trastorno mental puede ser necesario usar diversos tipos de psicofármacos y hacer varios intentos terapéuticos hasta llegar al medicamento o combinaciones de fármacos que logra mejorar al paciente. Por ejemplo, en el trastorno bipolar, es común la necesidad de combinar psicofármacos, en promedio algo más de 3 medicamentos a la vez, habiendo diversidad de fármacos utilizados, entre ellos, litio, ciertos anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepresivos y estimulantes (4). Asimismo, el estudio STAR-D muestra que para lograr la remisión en la mayoría de pacientes con depresión se necesita un proceso de ensayo y error con diferentes estrategias terapéuticas, que incluyen sustituir el antidepresivo, potenciarlo, combinarlo y usar psicoterapia. La tasa de remisión es de alrededor de solo 30% luego del primer intento de tratamiento con citalopram y después de pasar por hasta 4 intentos de tratamiento todavía hay aproximadamente 30% de pacientes que no alcanzan la remisión (5). Quizás una clasificación mejor de los trastornos mentales podría llevarnos a escoger de manera más directa el medicamento que va funcionar en un determinado paciente.

Es importante entonces verificar la validez de los diagnósticos que manejamos. Algunos autores sostienen que las categorías existentes son producto principalmente de un consenso de opiniones de expertos más que de los resultados de estudios de investigación (6); hasta se ha llegado a proponer que se dejen de usar los sistemas actuales de clasificación de trastornos mentales por carecer de validez y utilidad práctica (7); sin embargo, esta posición, sin proponer un sistema diagnóstico alternativo, generaría caos y desconfianza en la psiquiatría, en vez de solucionar el problema. Ante esto, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos ha propuesto los Criterios de Dominio para la Investigación o Research Domain Criteria (RDoC) (8) que pretenden basar el diagnóstico psiquiátrico en un enfoque dimensional de la sintomatología mental y la medición de variables biológicas.

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra.

Las categorías diagnósticas consideradas en el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) han ido aumentando en cantidad y sufriendo muchos cambios a lo largo del tiempo (9), existiendo un gran número de diagnósticos que se usan con muy poca frecuencia.

Otro problema es la falta de límites claros entre los diversos trastornos mentales (9) lo cual se refleja en la alta comorbilidad entre diagnósticos psiquiátricos: casi la mitad de los pacientes con algún trastorno mental tienen algún otro diagnóstico psiquiátrico comórbido (10). Esto puede partir desde la propia definición de las categorías diagnósticas. Por ejemplo, los criterios diagnósticos del TAG y de la depresión mayor incluyen un buen número de síntomas comunes, entre ellos: problemas de concentración, alteraciones de sueño, inquietud, fatiga y, en el caso de niños y adolescentes, irritabilidad (11). Por otro lado, un estudio encuentra que las preocupaciones -el síntoma central del TAG- está muy relacionado a los síntomas depresivos (12). No llama la atención, entonces, que un diagnóstico altamente comórbido con depresión sea el TAG (10). Asimismo, el TAG, según los hallazgos de Krueger, está más relacionado con la depresión mayor y la distimia que con el resto de trastornos de ansiedad formando parte del grupo denominado ‘trastornos de *ansiedad-miseria*’ (13).

La falta límites y superposición entre síndromes psiquiátricos se puede ver mejor en los gráficos producto de los análisis de redes (12) donde cada punto representa un síntoma y cada línea que une un par de puntos, la correlación que existe entre los síntomas. Los estudios hechos con esta metodología muestran una estrecha relación entre síntomas depresivos, ansiosos y somáticos (12, 14). Sin embargo, a pesar de esta continuidad entre los diversos síntomas psiquiátricos, es posible identificar síndromes con la ayuda de métodos estadísticos. Así por ejemplo, Goekoop y Goekoop muestran la existencia de 6 síndromes psiquiátricos partiendo del análisis de redes de la escala *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* (CPRS) que denominan: *ansiedad, depresión, retardo, desorganización conductual, manía y psicosis* (12).

En general, utilizando metodología estadística para analizar información clínica, la sintomatología psiquiátrica puede clasificarse en 2 grupos: los problemas de *externalización* y los de *internalización* (13); y Wright y cols. (15) consideran un tercer grupo: las *psicosis*. Los problemas de externalización incluyen las adicciones y conductas antisociales (13). Dentro de los trastornos de internalización tenemos a los problemas de *miedo* (ansiedad social, agorafobia y fobia simple) (13); la “*ansiedad-miseria*”(13) que es similar al “*distrés*” (15); y sintomatología obsesivo-compulsiva (15). El *distrés* corresponde a la ansiedad generalizada, la depresión y la manía (15). El pánico se relaciona con los trastornos de *miedo* (13, 15) y de *distrés* (15).

De acuerdo a estudios de la estructura de la sintomatología psicósomática, ésta puede clasificarse en: *cardio-respiratoria* (palpitaciones, molestias en el pecho y disnea), *digestiva* (molestias abdominales y náuseas), *músculo-esquelética* (dolores en cuello, espalda y músculos) y *general* (mareos, desmayos, sudoración, cefalea, visión borrosa y parestesias) (16).

Los hallazgos de los estudios apoyan el enfoque dimensional de los trastornos mentales en lugar del categórico (17). De modo que una mejor descripción de la psicopatología sería determinar el grado en que cada una de las diferentes dimensiones está en cada paciente en vez de encasillarlo en una categoría que solo puede estar presente o ausente. Este enfoque podría hacer más simple y fácil el proceso diagnóstico con los beneficios que esto traería para la práctica clínica y la enseñanza de la psiquiatría; y asimismo, podría orientar la investigación a encontrar una mejor relación entre la sintomatología del paciente y la respuesta al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico; con lo cual se tomarían mejores decisiones terapéuticas en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Styczeń K, Datka W, Jaeschke R, Drozdowicz K, Siwek M, Dudek D. The place of quetiapine extended release in the treatment of mental disorders. *Psychiatr Pol.* 2015; 49:67-80.
2. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry.* 2008; 9:248–312.
3. Mula M. Investigating psychotropic properties of antiepileptic drugs. *Expert Rev Neurother.* 2013; 13:639-646.
4. Weinstock LM, Gaudiano BA, Epstein-Lubow G,

- Tezanos K, Celis-Dehoyos CE, Miller IW. Medication burden in bipolar disorder: a chart review of patients at psychiatric hospital admission. *Psychiatry Res.* 2014; 216:24-30.
5. Insel TR, Wang PS: The STAR*D trial: revealing the need for better treatments. *Psychiatr Serv.* 2009; 60:1466-1467.
 6. Kendler KS, Solomon M. Expert consensus v. evidence-based approaches in the revision of the DSM. *Psychol Med.* 2016; 46(11):2255-62. doi: 10.1017/S003329171600074X.
 7. Timimi S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *Int J Clin Health Psychol.* 2014; 14:208-215.
 8. Cuthbert BN. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015; 17:89-97.
 9. Faravelli C, Castellini G, Landi M, Brugnera A. Are psychiatric diagnoses an obstacle for research and practice? Reliability, validity and the problem of psychiatric diagnoses. The Case of GAD. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2012; 8: 12–15. doi: 10.2174/1745017901208010012
 10. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005; 62:617-627.
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
 12. Goekoop R, Goekoop JG. A network view on psychiatric disorders: network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. *PLoS One.* 2014; 9:e112734.
 13. Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56: 921-926.
 14. Bekhuis E, Schoevers RA, van Borkulo CD, Rosmalen JGM, Boschloo L. The network structure of major depressive disorder, generalized anxiety disorder and somatic symptomatology. *Psychol Med.* 2016; 46:2989-2998.
 15. Wright AGC, Krueger RF, Hobbs MJ, Markon KE, Eaton NR, Slade T. The structure of psychopathology: toward an expanded quantitative empirical model. *J Abnorm Psychol.* 2013; 122:281-294.
 16. Porsius JT, Martens AL, Slottje P, Claassen L, Korevaar JC, Timmermans DRM, et al. Somatic symptom reports in the general population: Application of a bi-factor model to the analysis of change. *J Psychosom Res.* 2015; 79:378-383.
 17. Haslam N, Holland E, Kuppens P. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychol Med.* 2012; 42:903-920.