

## USOS Y ABUSOS DE LAS DIMENSIONES Y ESPECTROS EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

*José Guimón*

### RESUMEN

Ya durante la elaboración del DSM - IV hubo propuestas de adoptar un modelo dimensional ((7, 8) pero no prosperaron por diversas razones. Sin embargo, se han realizado ya estudios que muestran que es necesario incorporar algunos de los hallazgos obtenidos

Varios autores aconsejan a los creadores de la nueva DSMV que hagan un sistema al menos en parte dimensional (20) .Por otra parte, algunos estudios han hallado algunos datos cognitivos, anatomopatológicos, radiológicos y bioquímicos comunes en los diversos trastornos, pero son tan escasos y su replicación ha sido tan difícil que no se puede hablar de un verdadero endofenotipo para este espectro.

Aunque la noción de espectro tiene algún uso clínico es prematura para la investigación etiológica. Una aproximación alternativa sería conceptualizar espectros múltiples que se solapan. Las dimensiones individuales pueden estar basadas en varias características fenomenológicas cognitivas, o biológicas. Se pueden identificar de abajo arriba espectros con etiología común que respondan a tratamientos específicos (21)

### PALABRAS CLAVE

Modelo dimensional, espectro.

## SUMMARY

During the development of the DSM IV there were already proposals to adopt a dimensional model (7, 8), but these did not prosper because of different reasons. Nevertheless, studies have now been carried out that demonstrate the need to incorporate some of the findings.

Various authors advise the creators of the DSM IV to build a system at least in part dimensional. On the other hand, certain studies have found some cognitive, anatomical-pathological, radiological, and biochemical data shared by the different disorders, but they are so scarce, and their replication has been so difficult that we cannot talk about a true endophenotype for this spectrum.

Although the notion of spectrum has some clinical application, it is too early to use in the aetiological research. An alternative approach would be to conceptualize multiple spectrums that overlap. The individual dimensions can be based on the different cognitive phenomenological aspects or biological characteristics. Spectrums with common aetiology that respond to specific treatments can be identified from bottom to top.

## KEY WORDS

Dimensional model, spectrum.

### 1. ALCANCE Y LÍMITES DE LOS DIAGNÓSTICOS CATEGORIALES

En Psiquiatría, salvo en los Trastornos orgánicos, no hemos llegado sino a detectar síntomas que covarían validados a veces por la clínica en forma de síndromes, pero que pueden provenir de diversos factores causales. Las categorías propuestas por las clasificaciones hoy al uso como la DSM-IV y la CIE-10 (1, 2), son poco específicas porque se solapan en exceso con otras, han sido escasamente validadas tanto por estudios biológicos como por las respuestas a los tratamientos y distinguen mal los grados de gravedad con lo que los casos subclínicos no se acomodan fácilmente a ellas. Tienen además limitaciones importantes para el diagnóstico a lo largo de la vida de

algunos trastornos como, los bipolares. Finalmente, la categoría “No especificado” (*Not Otherwise Specified*) es muy heterogénea.

Sin embargo, las ventajas que se han derivado de su utilización hacen presagiar que las clasificaciones categoriales continuarán siendo las más utilizadas, al menos en el próximo decenio, para los trastornos que se van detectando como con mayor base biológica, como la Esquizofrenia, los Trastornos depresivos Mayores y Bipolares, el Trastorno obsesivo-compulsivo y algunos Trastornos de personalidad, (3). Sin embargo, otros problemas psiquiátricos y reacciones dolorosas a “experiencias vitales”, en los que no es probable que se encuentre bases orgánicas firmes, deberán ser abordados mediante la comprensión psicológica, basada en la intuición y en la interpretación subjetiva, aunque es probable que se logre un mayor consenso en unificar la nomenclatura para hacerla más fiable.

## 2. DIMENSIONES Y ESPECTROS

### 2.1. Los síntomas “blandos”

Un gran progreso de las nuevas investigaciones derivadas de los estudios psicológicos empíricos ha sido la atención prestada a los síntomas leves, subumbrales, blandos, descuidados por la Psicopatología descriptiva y a su aparición a lo largo de toda la vida del individuo. Se han elaborado numerosos instrumentos para evaluar los síntomas psicóticos leves (ideación mágica, síntomas maníacos leves etc.), y se ha visto que dichos síntomas estaban presentes muy frecuentemente en entidades diagnósticas diferentes. Con ello, las fronteras entre distintas categorías diagnósticas se han ido borrando y se ha llegado a proponer agrupamientos diagnósticos dimensionales.

En los últimos veinte años se han puesto en relación los hallazgos obtenidos por los psicólogos experimentales en el estudio de síntomas, signos y rasgos psicopatológicos con los conseguidos por los neurobiólogos en la detección de marcadores. Cuando se han encontrado marcadores comunes para los distintos cuadros se les ha agrupado en distintos “espectros”. Los conceptos de dimensión y espectro son frecuentemente utilizados de manera diferente por distintos autores, lo que produce un cierto confucionismo entre los clínicos.

Con nuevos instrumentos se ha mejorado la delimitación de los “endofenotipos” (fenotipos internos) de algunos trastornos psiquiátricos y se ha intentado redefinir el “exofenotipo” (fenotipo observable) de otros. A través de diagnósticos « dimensionales », se ha pretendido entender mejor la heterogeneidad de los síntomas y la falta de fronteras claras entre los diagnósticos, así como detectar mejor síntomas subumbrales y cuantificar los síntomas .

El modelo que más interés ha despertado es el de Cloninger (“*Seven Factors Model, SFM*”) y se han visto interesantes correlaciones con distintos cuadros psicopatológicos. La dimensión cuyos rasgos extremos son impulsividad y compulsividad ha sido la más estudiada , pero sigue sin haber acuerdo sobre cuáles son otras dimensiones básicas

En cualquier caso, la aproximación dimensional ha aumentado el interés por la evaluación fina de los síntomas y por el desarrollo de los marcadores biológicos, que cuando son capaces de mostrar datos comunes en las agrupaciones sintomáticas de una dimensión, sugieren la existencia de un “espectro”.

El término de “espectro” (agrupación de síndromes con marcadores comunes) conlleva las nociones de inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre normal y patológico. Sin embargo, las correspondencias con los exofenotipos son escasas y se han identificado pocos espectros con etiología común que respondan a tratamientos específicos (la esquizofrenia, la melancolía, los ataques de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo).

## 2.2. Esquizofrenia y trastornos bipolares

Últimamente se vienen adscribiendo a un llamado “espectro de la esquizofrenia” que incluye, además de este trastorno, la esquizoidia, la esquizotipia y el trastorno esquizoafectivo porque tienen síntomas parecidos, aunque en distintos grados, junto a algunas alteraciones radiológicas y bioquímicas comunes. Aunque la ansiedad Social es muy prevalente en esquizofrénicos (18) y los trastornos evitativos se confunden a veces con los esquizoides, estos trastornos no se incluyen en el espectro.

Utilizando el BADDs se ha logrado identificar síntomas leves ocurridos a lo largo de la vida de los sujetos, permitiendo realizar subgrupos de pacientes en

categorías anteriores o agrupar a sujetos que antes se situaban en categoría diferentes (19).

Se habla habitualmente de Espectro depresivo en sentido escrito para agrupar la: Depresión Mayor, la Distimia, la Depresión menor y la Depresión Breve Recurrente. Se ha querido, por otra parte, describir la existencia de un Espectro depresivo que agruparía a los trastornos (distímico, premenstrual, de ansiedad generalizada, de ansiedad social, de estrés, obsesivo-compulsivo, de la atención, de la conducta alimentaria, de fatiga crónica y digestivos) que presentan algunas alteraciones genéticas comunes entre ellos y que responden bien a los antidepresivos.

Hoy se habla de “Espectro bipolar” para agrupar los Trastornos bipolares I y II y los trastornos bipolares menores. Sin embargo hay autores que distinguen también un Bipolar III (los que cuentan con hipomanías desencadenadas por antidepresivos) y otros que incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno borderline e incluso el trastorno esquizoafectivo en un espectro.

La insistencia en los estudios dimensionales ha permitido algunos hallazgos interesantes, como el de varios genes o *loci* específicos (DAOA(G72), DISC1, y NRG1) están implicados tanto en la Esquizofrenia como en los Trastornos bipolares, lo que obliga a (9) poner en cuestión la clásica dicotomía de Kraepelin en las llamadas Psicosis funcionales (10).

### 2.3. Trastornos de ansiedad

Una investigación encontró alteraciones del gene MAO-A en pacientes con ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia y fobias simples pero no en fobias sociales (11), lo que dio lugar a proponer un espectro de esas características

Por otra parte, se ha defendido la existencia de un espectro pánico-agorafobia con cuadros muy variados como sensibilidad a la separación, síntomas de pánico, sensibilidad al estrés, sensibilidad a las medicaciones y a las sustancias, expectación ansiosa, agorafobia, hipocondría y necesidad de reaseguramiento. Tal agrupación tendría implicaciones terapéuticas (12).

La fobia social encaja bien en un modelo de dimensión porque tiene cualidades de inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia

entre normal y patológico (13). Por ello se le ha pretendido situar (con otros trastornos poco frecuentes como el mutismo selectivo) en una dimensión de inhibición-desinhibición de la que un extremo sería la manía y el otro el trastorno evitativo. Otros trastornos cursan también con ansiedad social como depresión mayor, trastorno dismórfico corporal, trastornos de la alimentación, uso de sustancias, trastorno paranoide, trastorno bipolar y autismo de Asperger. Son varios los trabajos que aportan una validación biológica a la fobia social, tanto genética como bioquímica y electroencefalográfica. Sin embargo, hemos visto que los espectros propuestos son diferentes y sería ventajoso considerar un agrupamiento de espectros múltiples que se solapan.

Se ha propuesto que el trastorno obsesivo-compulsivo puede conceptualizarse como un trastorno del movimiento, un eslabón del espectro de los trastornos impulsivos y compulsivos, un trastorno de ansiedad o un trastorno del *continuum* de los trastornos de las creencias tales como las ideas delirantes. Otros han relacionado el trastorno obsesivo-compulsivo con trastornos somatoformes (trastorno dismórfico e hipocondría), de la alimentación, de los tics, y del control de los impulsos (p.ej. tricotilomanía). Los hallazgos de un estudio sugieren que los tics, la tricotilomanía(14), el trastorno dismórfico corporal, y la hipocondría tal vez formen parte del espectro (15). Por otra parte, otro estudio (16) no encuentra la pretendida relación dimensional entre los síntomas obsesivo-compulsivos, los trastornos del espectro del autismo y el *Gille de la Tourette*.

#### 2.4. Trastornos de la personalidad

La etiología de estos trastornos de personalidad sigue si estar claramente establecida y varios estudios parecen indicar que intervienen diversos factores. El rol del factor genético parece importante, como lo han demostrado ciertos estudios, pero no está presente en todos los casos. Se ha subrayado también la existencia de factores constitucionales que condicionan defectos en el procesamiento de la información por el Sistema Nervioso Central.

Hay quien propone, clasificar los trastornos depresivos en un *continuum* que iría desde los trastornos bipolares no psicóticos a los del espectro de los trastornos esquizofénicos ,con los trastornos bipolares psicóticos como intermedios (17).

## BIBLIOGRAFÍA

1. U. Malt, *Acta Psychiatrica Scandinavica* **328**, 6-12 (1986).
2. U. F. Malt, *Journal of Mental Science* **328**, 6-12 (1961).
3. J. Vallejo, in *Tratado de Psiquiatría* J. Vallejo, C. Leal, Eds. (Ars Médica, Barcelona, 2005), vol. 1, pp. 62-87.
4. D. Widlocher, *Confrontations Psychiatriques* **24**, 141-157 (1984).
5. P. Fonagy, *British Journal of Psychotherapy* **13**, 106-118 (British, 1996).
6. J. Shedler, *J Am Psychoanal Assoc.* **50**, 429-56 (2002).
7. R. K. Blashfield, *The classification of psychopathology* (Plenum Press, New York, 1984).
8. T. Widiger, E. Simonsen, R. Krueger, W. Livesley, R. Verheul, *J Personal Disord.* **19**, 315-38 (2005).
9. N. Craddock, M. O'Donovan, M. Owen, *J Med Genet.* **42**, 193-204 (2005).
10. N. Craddock, M. O'Donovan, M. Owen, *Schizophr Bull.* **32**, 9-16 (2006).
11. J. Samochowiec, H. , A. , al., *Psychiatry Res.* **128**, 21-6 (2004).
12. M. Shear, G. Cassano, a. . *Psychiatr Clin North Am.* **25**, 739-56 (2002).
13. F. Schneier, Blanco, C. , al., *Psychiatr Clin North Am.* **25**, 757-74. (2002).
14. M. Richter, L. Summerfeldt, al., *Depress Anxiety.* **18**, 118-27. (2003).
15. T. Jaisoorya, Reddy, Y., al., *Compr Psychiatry* **44**, 317-23 (2003).
16. Y. Kano, M. Ohta, al., *Psychiatry Clin Neurosci.* **58**, 348-52 (2004).
17. T. Ketter, P. Wang, O. Becker, C. Nowakowska, Y. Yang, *J Psychiatr Res.* **38**, 47-61 (2004).
18. S. Pallanti, L. Quercioli, al., *Am J Psychiatry* **161.**, 53-8 (2004).
19. N. Craddock, I. Jones, al., *BMC Psychiatry* **4.**, 19 (2004).
20. J. Maser, T. Patterson, *Psychiatr Clin North Am.* **25**, 855-85. (2002).
21. W. R. Dubin, in *Controversies in Managed Mental Health Care* A. Lazarus, Ed. (American Psychiatric Press, Washington, 1996), vol. ch. 20, pp. 291-301.