

Convergencias y divergencias diagnósticas entre el DSM y el PDM. Análisis en un caso clínico.*

Héctor Ferrari y Clelia Manfredi

***Por razones de confidencialidad, no serán publicados ni el material clínico, ni la aplicación del DSM y el PDM. Los mismos serán leídos durante el Simposio.**

El interés por la nomenclatura diagnóstica de los trastornos mentales surgió en el campo de la Psiquiatría bien entrado el siglo XIX. La primera edición del *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana apareció en 1952. La última es la conocida como DSM-5 (2014).

Como resultado de su influencia, la Psiquiatría fue derivando hacia una concepción cada vez más biológica y medicalizada. El uso del DSM se fue extendiendo gradualmente, teniendo una significativa presencia en el campo de la Psiquiatría y de la Salud Mental. Frente a este avance, casi hegemónico del DSM, se alzaron numerosas voces críticas, especialmente desde el Psicoanálisis y las Psicoterapias psico-dinámicas. Es que el DSM-IV fue construido alrededor del agrupamiento de síntomas sin ninguna *imputación de significado*. El intento debía ser a-teórico, esto es, no estar atado a ninguna hipótesis de funcionamiento mental, sea psicoanalítica o cualquier otra.

El Manual Diagnóstico Psico-dinámico (PDM) es el intento más valioso que se ha planteado como alternativa al DSM. Es un esfuerzo en colaboración de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), Asociación Psicoanalítica Americana (APA), la División 39 de la Asociación Psicológica Americana y otras instituciones.

El PDM (2006) es un marco diagnóstico que intenta caracterizar el funcionamiento total del individuo: su nivel emocional, cognitivo y social, tanto en sus expresiones manifiestas como latentes. Por lo tanto, su propósito es adscribir significados, de la mejor manera en que puedan ser discernirlos y formulados, a los fenómenos observados: síntomas, conductas, rasgos, afectos, actitudes, pensamientos, fantasías, etc.

Este trabajo presenta un material clínico, al que se aplicaron las categorías diagnósticas del DSM IV, y el enfoque dimensional del PDM. Se discuten las posibles convergencias y divergencias entre ambas perspectivas diagnósticas.

Diferencias y semejanzas del PDM con el DSM-IV

El DSM-IV utiliza un sistema de evaluación multiaxial. El Eje I y el II comprende los trastornos mentales (el I incluye el trastorno mental actual y el II el trastorno de la Personalidad), el Eje III son las condiciones médicas generales, el Eje IV problemas psicosociales y ambientales y el último, el Eje V la evaluación global del funcionamiento (GAF). En conclusión son los patrones sintomáticos los que determinan el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. El predominio está en el Eje I.

Creado para generar confiabilidad diagnóstica agrupando síntomas, no siempre se logra ese propósito, como lo corrobora la pequeña muestra presentada en este trabajo.

El PDM utiliza un enfoque multidimensional diferente para describir la sutileza del funcionamiento global del paciente y su manera de involucrarse en un proceso psicoterapéutico. No intenta reemplazar al DSM-4 sino complementarlo con el propósito de formulaciones psicoanalíticas, en especial en tratamientos intensivos. Comienza con una clasificación del amplio espectro de personalidad y sus trastornos, después ofrece un ‘perfil del funcionamiento mental’ y luego considera los patrones sintomáticos, con especial énfasis en la experiencia subjetiva del paciente. Por lo tanto la clasificación se organiza en tres ejes: la persona, sus funciones mentales y la manera subjetiva de experimentar sus síntomas.

El DSM-4 es una taxonomía de enfermedades o trastornos de la función. El PDM es una taxonomía de personas. El DSM-4 es categorial, asignando individuos en rúbricas diagnósticas apropiadas. El PDM, aunque opera dentro de amplias categorías, es dimensional dentro de cada descripción, indicando, en cada instancia el espectro cubierto. Para cada una, describimos un continuo que va desde una organización operando dentro de un nivel “normal” de funcionamiento, pasando a través de un nivel de funcionamiento neurótico y mas allá, hasta las formas más severas de funcionamiento borderline. Las categorías del DSM-4 están construidas para poner síntomas y atributos que distintas personas tienen en común en un mismo compartimiento diagnóstico. Dentro de nuestras categorizaciones di-

mensionales, nosotros tratamos de dilucidar qué es lo que hace a cada individuo único, reconocidamente distinto de cualquier otra persona en el mundo.

Finalmente, el DSM-4 fue construido alrededor del agrupamiento de síntomas observables sin ninguna imputación de significado. El intento debía ser atóxico, esto es sin estar atado a ninguna teoría de funcionamiento mental, sea psicoanalítica o cualquier otra. Por el contrario, la nosología del PDM se ubica explícitamente en un contexto psicoanalítico. Por lo tanto, la intención es adscribir significados, de la mejor manera en que puedan ser discernirlos y formulados, a los fenómenos observados: síntomas, conductas, rasgos, afectos, actitudes, pensamientos, fantasías, etc. A diferencia de la co-morbilidad que postula el DSM-4 y que da la impresión que una persona puede ser ubicada en dos, tres o más categorías, por el contrario la nosología del PDM se construye para cada individuo en la concepción de una organización única y significativa.

Bibliografía

1. DSM-5 (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- 5*, Arlington. Va. Asociación Psiquiátrica Americana
2. DSM 4 (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson
3. Ferrari, H. (2006) *Manual Diagnóstico Psicodinámico PDM* , en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVII (69) 356-60.
4. Greenspan Stanley (2005). *Introduction for Classification Effort*. Comunicación personal
5. PDM (2006) *Task Force Psychodynamic Diagnostic Manual* , Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations,

