

Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial

Adalberto Campo Arias, MD*

Resumen

Todos los pacientes deben ser diagnosticados mediante un modelo biopsicosocial, integral o multiaxial. Este abordaje de los enfermos permite valorar en contexto los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de las dolencias del individuo. La aproximación multiaxial posibilita un diagnóstico más preciso y seguro. Además, hace más cálida y humana la práctica clínica cotidiana [Campo A. *Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial*. MEDUNAB 2003; 6(16): 32 - 35].

Palabras clave: Diagnóstico multiaxial, DSM-IV

Introducción

El concepto de comorbilidad es poco conocido, no obstante su mayoría de edad. En 1970 se introdujo el término para conceptualizar la presencia o coexistencia de más de una enfermedad en una misma persona en un momento dado, es decir, un individuo puede presentar más de un cuadro nosológico asociado de diferente etiología.¹ Seguidamente, en 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana y posteriormente, en 1992, la Organización Mundial de la Salud propusieron un diagnóstico integral para todos los pacientes con trastornos mentales.^{2,3} Es preciso tener presente que hay mucho de “mental” en lo físico y mucho de “físico” en lo mental, tratando de dejar de lado la dicotomía cartesiana cuerpo-mente.⁴⁻⁶ Fundamentados en el modelo bio-psico-social entonces se buscaba una evaluación total y sistemática de los usuarios de los servicios de salud, en aras de una aproximación holística de la enfermedad, dolencia o trastorno del paciente.⁷

Se trata de abarcar la heterogeneidad de los individuos con el mismo diagnóstico. Se conciben todas las entidades clínicas como trastornos o enfermedades pluriformes y multifactoriales. Siempre se ha dicho que existen enfermos, no enfermedades.⁸ Generalmente, el problema o dolencia que motiva la consulta recibe la mayor atención y se descuidan otros problemas sub o adyacentes que pueden matizar o modificar la queja principal.⁴

Iniciaremos presentando los criterios básicos para la conceptualización de trastorno mental y luego la integración diagnóstica como elemento clave en el manejo

integral del paciente promedio, sin considerar una especialidad particular.

¿Cómo definimos trastorno mental?

Para muchos médicos no psiquiatras y aún más para los estudiantes de medicina es poco claro el concepto de trastorno mental. De allí que es necesario primero aclarar la noción actual aceptada, pero controvertida, de trastorno mental para poder integrarla al diagnóstico multiaxial.⁸ Aunque el término “trastorno” no es el más preciso, traducido del inglés “*disorder*”, se define como trastorno mental a cualquier conjunto de síntomas o características que produce distrés, que el sujeto siente que no puede controlar, que lo coloca en alguna situación desventajosa, que le genera discapacidad, que se observa como inflexible, que aparece como irracional o que está por fuera de lo normal o habitual. Así, trastorno mental es un síndrome o patrón conductual o psicológico significativo desde el punto de vista clínico que ocurre en un sujeto y está asociado con una sensación de malestar o discapacidad, es decir, produce un menoscabo en una o más áreas de funcionamiento importante en la vida del individuo: social, laboral, académica, etc. Este conjunto de síntomas, en algunos casos, también puede aumentar en forma considerable el riesgo de sufrir dolor, perder la libertad o morir. Además, no considera como trastorno el alejarse de la norma a partir de concepciones política, religiosas o sexuales.⁴

En este punto es importante anotar que algunos autores consideran que el concepto de “enfermedad mental” debería desaparecer y darle paso o ser cambiado por el de “enfermedad cerebral”, partiendo que el primero es más una concepción filosófica que médica y genera un efecto nocivo, un estigma, en una parte de la población al dejar en el contexto la sensación que los trastornos mentales no son entidades “físicas”.⁹

Diagnóstico integral: el abordaje multiaxial

En aras de un abordaje global y sistemático de niños, adolescentes y adultos de todas las edades, la evaluación integral se debe realizar en todo tipo de paciente. El diagnóstico multiaxial tiene por objetivo hacer una valoración global del estado de salud del individuo incluyendo un

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr. Campo, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga; E-mail: acampoar@unab.edu.co

Recibido: Septiembre 23 de 2002; aceptado: febrero 10 de 2003.

diagnóstico mental, un diagnóstico físico, un diagnóstico social y una evaluación del funcionamiento en diferentes áreas de importancia según la edad y la condición académica y social.^{2-4, 10}

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV), en el eje I se registran los trastornos mentales que presenta el individuo al momento de la evaluación. Por ejemplo, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno de adaptación, insomnio primario, etc. Existen categorías o trastornos excluyentes y otros que pueden coexistir, es decir, un individuo puede reunir criterios para varios diagnósticos al mismo tiempo.^{2, 4}

En el eje II se consignan determinantes de larga evolución difíciles de modificar en el corto plazo en el individuo como las características de personalidad y el nivel intelectual. En éste se consigna si existe retraso mental, los rasgos o trastornos de personalidad y los mecanismos de defensa más utilizados por el individuo si se puede tener una idea general de estos. Por ejemplo, retraso mental, inteligencia límite, rasgos de personalidad paranoide, narcisista, evitativos, etc.^{2, 4}

En el eje III se consignan los problemas médicos presentes en el momento de la evaluación que pueden o no afectar la evolución del diagnóstico del eje I. Esto es de capital importancia cuando se consideran las interacciones farmacológicas en la elección de un medicamento y las posibles relaciones entre el trastorno mental y el trastorno físico. Por ejemplo, asma, psoriasis, desnutrición, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.^{2, 4}

En el eje IV se anotan los factores o estresores psicosociales durante el último año que pueden ser responsables de la evolución del cuadro de eje I o que podrían afectar su evolución. Entre otros, muerte de un miembro, ruptura de la familia por separación, divorcio, abuso sexual o físico, sobreprotección parental, negligencia de los niños, muerte o pérdida de un amigo, analfabetismo, problemas académicos, desempleo, cambio de trabajo, hogares en malas condiciones, vecindario inseguro, pobreza extrema, inadecuados servicios médicos, dificultades para asistir a los servicios, arresto, desastres y guerra.⁴

Y finalmente, en el eje V se hace una evaluación del funcionamiento en el área interpersonal, académica, laboral, interpersonal y social. Es decir, cómo los síntomas interfieren o deterioran el desempeño premórbido del evaluado. La escala de funcionamiento global cuenta con una forma cuantitativa que valorar el grado de deterioro que producen los síntomas psicológicos en la vida del paciente. Se dan puntuaciones que oscilan entre cero y cien puntos. A mayor puntaje, mejor funcionamiento. Esta evaluación, igualmente, incluye una calificación cualitativa de la severidad de los síntomas que guarda relación con la escala cuantitativa. Habitualmente se consigna el peor puntaje alcanzado en una u otra esca-

la. Ésta podría extrapolarse a patologías no mentales. Existen escalas para medir el grado de discapacidad que producen enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, esto es, una medida de la calidad de vida del paciente. Mediante la entrevista al paciente y los acompañantes o familiares se evalúa cómo se ha visto afectada la vida del paciente por la presencia del trastorno mental durante el episodio sintomático actual y durante el último año.⁴

Los factores de eje II, en el caso del retraso mental, no se puede modificar; no obstante, orientan sobre el tipo de abordaje y el tratamiento psicoterapéutico que se puede iniciar. Esto último se aplica para los rasgos o trastornos de personalidad y los mecanismos de defensa más utilizados por el entrevistado. Los problemas de eje III son de tratamiento médico exclusivamente, sin olvidar los factores psicológicos que afectan la evolución de una enfermedad, relacionados con la aceptación de los planes de tratamiento.¹¹ Los factores de eje IV y V nos dan una visión pronóstica del sujeto y nos invitan a trabajar sobre los factores de este grupo que se puedan modificar; algunos están fuera del alcance de los profesionales, mas se puede brindar siempre apoyo psicológico.¹² Indudablemente, los individuos con pocos estresores o eventos psicosociales asociados y con buen funcionamiento durante el año previo tienen un pronóstico más favorable que otro en situación más desventajosa y un funcionamiento por debajo de lo esperado.⁴

La Organización Mundial de la Salud (CIE-10) propone un diagnóstico multiaxial expresado inicialmente en tres ejes³ y en forma más reciente en cuatro ejes.¹⁰ En el eje I se incluyen todos los trastornos clínicos que presenta el individuo evaluado, es decir, trastornos mentales (incluyendo características o trastornos de personalidad) y enfermedades físicas.^{3, 10}

Para el eje II se propone considerar el funcionamiento del individuo o el grado de discapacidad que genera el problema de eje I. Igualmente, esta escala se puntúa de cero a cien. Esta evaluación incluye el funcionamiento global, el cuidado personal, el desempeño laboral, el desempeño familiar y el comportamiento social en general.^{3, 10} Para el eje III, los factores ambientales que permiten contextualizar la dolencia de un sujeto en un momento en particular.^{3, 10} En el eje IV se consideran los aspectos relacionados con la calidad de vida del paciente en relación con todas los factores asociados con su enfermedad.^{3, 10}

La aproximación de la Organización Mundial de la Salud abarca los mismos aspectos que la Asociación Psiquiátrica Americana, con una la excepción: que en la primera no se explicita la codificación de la capacidad intelectual o el retraso mental en el diagnóstico; no obstante, éste debe considerarse en el eje I. Adicionalmente, muestra una propuesta interesante al colocar todas las enfermedades o trastornos en el mismo eje, minimizando la diferenciación entre lo físico y lo mental.^{3, 10}

¿Por qué no se identifican trastornos mentales en la práctica médica no psiquiátrica?

En práctica médica general, la identificación de trastornos mentales, en particular, guarda relación con el modelo biomédico que no ha podido, de una u otra forma, superar la división del paciente en mente y cuerpo.^{13, 14}

La prevalencia de trastornos mentales en la población general colombiana es importante.¹⁵ Trastornos mentales tan frecuentes y discapacitantes como la depresión, entre otros, no se diagnostican o no se denominan en forma técnica y apropiada.^{16, 17}

Estas limitaciones pueden ser explicadas, en parte, por el lugar que ha ocupado la salud mental en la formación de médicos de anteriores generaciones. Los médicos tienen dificultades para diagnosticar y manejar adecuadamente los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria.¹⁶⁻¹⁹ Además, el psicologismo y la perspectiva freudiana psicodinámica que prevaleció en gran parte del siglo pasado hacían del diagnóstico y el manejo de los trastornos mentales un área intangible para el médico no psiquiatra.¹⁹⁻²¹ Estas posturas conceptuales se han visto reflejadas en clasificación de los trastornos mentales y en las precisiones que se siguen realizando, pasando de aproximadamente 100 diagnósticos en el DSM-I a algo más de 350 en DSM-IV.²² Sin duda, este último punto guarda relación con la base conceptual de la definición de trastorno mental y las implicaciones que esto tiene para el diagnóstico y el plan de manejo o tratamiento.²³⁻²⁷

Es importante tener presente que la presentación clínica de cualquier dolencia en un paciente, física o mental, es el producto de la interacción de factores constitucionales y ambientales, es decir, se hereda alguna predisposición o vulnerabilidad que se conjugan con factores del entorno físico, psicológico y social.²⁸⁻³⁴

Es evidente que la falta de formación en el abordaje y manejo de los síntomas emocionales por parte de médicos generales y no psiquiatras constituye un obstáculo a vencer.^{13, 16-18} De la misma forma, los cambios en los sistemas de salud que limitan el tiempo para la interacción sin prisa con los pacientes invitan al abordaje de la queja principal, sin detenerse a profundizar en otros aspectos "secundarios" pero no por ello irrelevantes para el médico, ni para el paciente.¹³

Ventajas del abordaje holístico, integral, multiaxial o multidimensional

Es incuestionable que la aproximación diagnóstica multiaxial tiene un número importante de ventajas sobre el modelo prevalente de un simple diagnóstico biomédico. Por supuesto, este enfoque da mayor claridad diagnóstica,

aborda todos los problemas que aquejan al paciente, mejora la calidad de la atención médica, facilita y promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, favorece una amable y productiva relación médico-paciente, mejora la aceptación y el cumplimiento por parte de los pacientes de los planes diagnósticos y de las opciones de tratamiento.^{13, 35, 36} Finalmente, el enfoque multiaxial hace del quehacer médico un ejercicio no sólo técnico sino humano.³⁷

Conclusión

Es incuestionable que esta evaluación multiaxial presenta limitaciones; no obstante, brinda información de gran utilidad para el abordaje integral del paciente. Todos los médicos dedicados a la práctica médica, ya sea general o especializada, cuentan con una formación básica mínima para hacer un diagnóstico multiaxial en su consulta diaria; sólo se necesita una mayor disposición para ello. Las limitaciones en el tiempo realmente no es el principal obstáculo para un diagnóstico holístico.

Summary

Multiaxial diagnosis: An integral approach. All patients must be diagnosed with an integral, multiaxial or bio-psycho-social model. This approach makes possible understanding biological, personality, social, and cultural factor or background of ill people. Multiaxial perspective gives diagnosis more accurate and reliable. Moreover, it makes clinical practice more warm and humane.

Key words: Diagnosis, multiaxial, DSM-IV

Referencias

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970; 23: 455-68.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Washington DC. American Psychiatric Association 1980.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid. Meditor 1993.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC. American Psychiatric Association 1994.
5. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1563-75.
6. Campo A. Factores etiológicos de los trastornos mentales: una visión integral. *Revista de Ciencias Médicas* 2000; 1 (3): 24-8.
7. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.
8. Nathan PE. Psychopathology: description and classification. *Ann Rev Psychol* 1999; 50: 79-107.
9. Baker M, Menek M. Time to abandon the term mental illness. *Br Med J* 2001; 322: 937.
10. World Health Organization. Multiaxial presentation of the ICD-10 for use in adult psychiatry. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.

11. Pérez CA. Factores psicológicos que afectan enfermedades médicas. En: Toro RJ, Yepes LE. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Tercera Edición. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas 1997: 210-22.
12. Campo A. Manejo de los síntomas mentales en la práctica clínica no psiquiátrica (No basta con "ponga de su parte"). Cuadernos de Psiquiatría de Enlace 2002 (13): 3-4.
13. Rincón HG. Los beneficios de un abordaje bio-psico-social. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace 1999 (2): 10-1.
14. Fava GA, Mangelli L, Ruini C. Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychother Psychosom* 2001; 171-5.
15. Ministerio de Salud. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas-Colombia, 1993. Segunda edición. Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud, 1995.
16. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *Br Med J* 2002; 325: 1016-7.
17. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray D. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *Br Med J* 1999; 318: 436-40.
18. Muñoz R, Molinello H, Umaña C et al. Depresión y educación. Reconocimiento y abordaje por el médico general: experiencia colombiana. *Rev Col Psiquiatría* 2001; XXX: 249-60.
19. Scott J, Thorne A, Horn P. Effect of multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *Br Med J* 2002; 325: 951-4.
20. Sánchez JA. Evolución, psicobiología y psiquiatría. *Avances* 2001; 2: 46-76.
21. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Piados, 1994.
22. Rogler LH. Making sense of historical changes in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: five propositions. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 9-20.
23. Kessler RC. The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness. *J Health Soc Behav* 2002; 43: 171-88.
24. Hart G, Welling K. Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. *Br Med J* 2002; 324: 896-900.
25. Double D. The limits of psychiatry. *Br Med J* 2002; 324: 900-4.
26. Widiger TA, Sankis LM. Adult psychopathology: issues and controversies. *Ann Rev Psychol* 2000; 51: 377-404.
27. Middleton H, Shaw I. Distinguishing mental illness in primary care. We need to separate proper syndromes from generalized distress. *Br Med J* 2000; 320: 1420-1.
28. Bracken P, Thomas P. Time to move beyond the mind-body split. *Br Med J* 2002; 325: 1433-4.
29. Téllez-Vargas J. Estrés psicológico y enfermedad. *Avances* 2002; 3: 30-53.
30. Lyons D, McLoughlin DM. Recent advances: psychiatry *Br Med J* 2001; 323: 1228-31.
31. Abed RT. Psychiatry and Darwinism. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 1-3.
32. Neiderhiser JM. Understanding the roles of genome and envirome: methods in genetic epidemiology. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 12-7.
33. Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illness. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 69-71.
34. Cooper B. nature, nurture and mental disorders: old concept in the new millennium. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 91-102.
35. Mezzich JE. Comprehensive diagnosis: a conceptual basis for future diagnostic systems. *Psychopathology* 2002; 35: 162-5.
36. Michels R, Siebel U, Freyberger HJ et al. evaluation of the multiaxial system of ICD-10 (preliminary draft): correlations between multiaxial assessment and clinical judgements of aetiology, treatment indication and prognosis. *Psychopathology* 2002; 35: 69-74.
37. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. Séptima edición. Buenos Aires. Panamericana 1996: 1-16.