

El DSM-5: Cambios en la clasificación y en los criterios diagnósticos

■ Con la aparición reciente de la quinta versión del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) ha surgido un buen número de artículos y comentarios relacionados con los cambios y los ajustes efectuados a partir de la versión previa. Históricamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ofrecido a la comunidad médica su propio sistema de clasificación de las enfermedades mentales que es el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Esta clasificación fue implementada básicamente con fines de reembolso de los servicios médicos y como procedimiento para comunicar las estadísticas de salud en términos de morbi-mortalidad de la mayoría de los países. Sin embargo, a partir del año 1982 y como consecuencia de una reunión de expertos sobre enfermedades mentales, la OMS decidió adoptar un sistema clasificatorio más explícito con criterios diagnósticos definidos con lo cual se volvió más parecido a la tercera versión del DSM publicada en 1980. A partir de ese momento se dieron reuniones de consultoría entre las dos instancias con el fin de lograr una mejor armonización entre los dos sistemas de clasificación. Además, en la versión de la CIE-10, actualmente vigente, la OMS decidió implementar una versión separada de criterios de clasificación para investigación clínica con finalidad de generar una mayor convergencia de comunicación entre clínicos e investigadores en el campo de las enfermedades mentales. Basados en estas experiencias, los procesos de desarrollo del DSM-5 y de la CIE-11 se dirigieron a generar avances en el campo en términos de utilidad y validez de los diagnósticos y de su aplicación universal.

El DSM-5 fue concebido como una versión diferente a las anteriores con el objetivo de superar las limitaciones de la versión previa (DSM-IV) e integrar al mismo tiempo los avances recientes en el conocimiento de las bases neurobiológicas de los trastornos mentales. Lo prioritario, según lo definió el grupo de trabajo para su desarrollo, fue asegurar la mejor atención para los pacientes y mejorar la utilidad del manual entre clínicos e investigadores. Para su desarrollo se conformaron grupos de trabajo con expertos en cada una de las áreas incluidas en el manual. Es importante resaltar que cada uno de estos grupos incluyó al menos un

miembro internacional para asegurar que no se dejaran a un lado los factores culturales en la conformación de los diagnósticos y evitar en lo posible sesgos de diagnóstico generados por diferencias raciales, culturales o de género. Debido a que cada vez hay más información que asocia al ambiente social con los mecanismos epigenéticos, la herencia y los factores de riesgo y de resiliencia, el DSM-5 determinó darle un valor especial a estos elementos. Como consecuencia de ello, en el desarrollo de los capítulos se adicionó a los criterios de diagnóstico un complemento en el texto para documentar (cuando había información) sobre el efecto de la cultura, la edad y el sexo en las variaciones de expresión sintomática de los cuadros. Por ejemplo, la expresión sintomática de algunas entidades se expandió más allá de lo que había en las versiones previas, como es el caso del trastorno de ansiedad social en el que el criterio B que determina la presencia de ansiedad por el temor a la vergüenza o humillación de sí mismo, ahora incluye a los síntomas ansiosos producidos por el temor de ofender a otros, tal y como sucede en algunas culturas orientales.

El DSM-5 está constituido por criterios diagnósticos explícitos, los cuales, en su conjunto, constituyen una “nomenclatura” de los trastornos mentales, y éstos se complementan con un texto explicativo más extenso. Quienes participaron en su desarrollo impulsaron la necesidad de mantener en lo posible una adecuada consistencia entre los dos sistemas de clasificación. De hecho, se constituyó un grupo de trabajo combinado para lograr la mayor posibilidad de armonización entre los dos sistemas. Este esfuerzo se constató en la manera como el DSM-5 organizó los capítulos de los trastornos como se observa en el cuadro 1.

La estructura lineal de esta organización tiene el objetivo de reflejar más adecuadamente la relación relativa entre los grupos de trastornos, mientras que la organización interna de los grupos intenta reflejar más la perspectiva del desarrollo infante-adulto. Muchos de los avances genéticos en los últimos 20 años muestran que hay un traslape entre los elementos genéticos de la esquizofrenia y los trastornos del ánimo, particularmente el trastorno bipolar. Es por ello que en la clasificación hay una secuencia en donde, después de la esquizofrenia, aparece el trastorno bipolar que ahora ha sido separado de los trastornos depresivos. Un patrón similar de agrupación basado más en la neurociencia que en la expresión sintomática también ocurre al interior de las mismas categorías. También desaparece el capítulo específico de trastornos de inicio durante la infancia y la adolescencia, para distribuirse ahora en las distintas entidades. A partir de estos cambios de enfoque se elimina el sistema de los cinco ejes y se reestructuró un buen número de entidades clínicas como se explican a continuación algunas de ellas.

Cuadro 1. Capítulos diagnósticos DSM-5

Trastornos del neurodesarrollo
Trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos
Trastornos bipolares y relacionados
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados
Trastornos relacionados con traumas y estrés
Trastornos disociativos
Trastornos somáticos y relacionados
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos de eliminación
Trastornos del sueño-vigilia
Disfunciones sexuales
Trastornos disruptivos, de conducta o de control de impulsos
Trastornos adictivos y relacionados a sustancias
Trastornos neurocognitivos
Trastornos de la personalidad
Trastornos parafilicos
Otros trastornos mentales

1. Cambios principales en trastornos de la personalidad

- Los trastornos de la personalidad se dejan de incluir en un eje independiente y se integran al resto de los diagnósticos generales.
- Los trastornos de la personalidad se cambian a un modelo híbrido categórico-dimensional debido a que el modelo exclusivamente categórico daba lugar a un traslape diagnóstico.
- Se agrega una categoría de trastorno de personalidad con características de rasgo, es decir no cubre todos los criterios de diagnóstico pero tiene elementos o características principales.

2. Cambios principales en los trastornos del ciclo sueño-vigilia

- En el DSM-IV algunas condiciones aparecían separadas, ahora se integran para facilitar su diagnóstico.
- Otras se han dividido basándose en una mejor comprensión de la patología que las dispara o en el conocimiento de sus bases neurobiológicas.
- Se eliminan como entidades independientes los trastornos sueño-vigilia relacionados a otras enfermedades psiquiátricas y a otras condiciones médicas.

- El nombre “insomnio primario” se cambia a “trastorno de insomnio” para evitar diferencias primario/secundario.
- Se considera que la coexistencia de trastornos médicos o psiquiátricos con los trastornos del sueño genera una interacción bidireccional.

3. Cambios en los trastornos neurocognitivos

- El principal cambio en este grupo es la adición del trastorno neurocognitivo moderado. De acuerdo a su definición este subtipo consiste en una declinación cognitiva que va más allá de lo normal por el envejecimiento pero que no llega a un nivel de un problema mayor. La persona se involucra en conductas compensatorias para reducir sus efectos. La finalidad de incluir esta categoría es identificar el trastorno en etapas tempranas para implementar tratamientos que eviten su progreso a etapas mayores.
- Las variantes en cuanto a etiología (vascular, tipo Alzheimer o debida a otra condición médica o al consumo de sustancias) se mantienen.

4. Cambios en el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

- El principal cambio es que este trastorno y sus similares tienen un capítulo aparte y dejan de estar integrados en el capítulo de los trastornos de ansiedad del DSM-IV.
- En este capítulo se incluyen al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), al trastorno dismórfico corporal, a la tricotilomanía, al trastorno de atesoramiento y a la excoriación (rascado).
- Antes se dividían en con/sin reconocimiento. Ahora se dividen en reconocimiento bueno o suficiente, pobre o ausente.
- La presencia o ausencia de reconocimiento permite incluir en este grupo a formas de conducta repetitiva o compulsiva que se clasificaban como delirantes y que por lo tanto caían en otras categorías diagnósticas (esquizofrenia o psicosis).
- Otras condiciones específicas incluyen al trastorno de conducta repetitiva enfocado al cuerpo (que no sea tricotilomanía o excoriación) como onicofagia, mordedura de labios, etc. También la condición de celos obsesivos que es una preocupación no delirante.

5. Cambios en el trastorno bipolar y trastornos relacionados

- Este trastorno se separa de los trastornos depresivos en una categoría individual.
- El principal cambio es en el criterio A: en vez de cambios sólo en el estado de ánimo se incluyen cambios en la actividad y en la energía.

- El trastorno bipolar I con un episodio mixto se ha eliminado y en su lugar se ha incluido un especificador “con rasgos mixtos” aplicable a manía, hipomanía o depresión.
- Se agrega la inclusión de condiciones particulares como en el caso de la depresión recurrente con síntomas esporádicos de hipomanía aunque no reúna el criterio de duración (al menos 4 días).

6. Cambios en los trastornos de ansiedad y fobias

- El cambio principal es que salen de esta categoría el TOC y el trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- En agorafobia, fobia específica y fobia social o trastorno social de ansiedad el cambio principal es que el individuo ya no requiere reconocer que su ansiedad es excesiva o irracional para poder hacer los diagnósticos. La ansiedad deberá ahora estar fuera de proporción en cuanto al peligro o amenaza. Además los síntomas deberán estar presentes al menos seis meses para evitar sobrediagnosticar a los síntomas ocasionales.
- Se deja de unir al trastorno de pánico y a la agorafobia y ahora pueden ser dos entidades diagnósticas independientes.
- El mutismo selectivo que antes se incluía en trastornos de inicio durante la infancia o adolescencia ahora se incluye en este capítulo ya que se ha demostrado que la mayoría de los niños que lo manifiestan tienen un importante estado de ansiedad.

7. Cambios en los trastornos disociativos

- El trastorno de despersonalización ahora se denomina de desrealización/despersonalización.
- La fuga disociativa ahora es un especificador de la amnesia disociativa y no una entidad aparte.
- Se incluye el trastorno de identidad disociativa que antes era el trastorno de personalidad múltiple. Ahora se acepta que la transición de una identidad a otra no sólo es evidenciada por observación de otros sino que también puede ser identificada por la misma persona. También se incluye que el no recordar ciertos eventos se puede dar en cualquier condición de vida y no sólo en las estresantes.

8. Cambios en los trastornos de la conducta alimentaria

- El principal cambio es la inclusión del trastorno de la alimentación por atracón. Es un trastorno de episodios recurrentes en los que el individuo consume grandes cantidades de alimentos en un corto periodo de tiempo y que le causa sentimientos de culpa, vergüenza o disgusto pero que no lo puede detener.
- La anorexia y la bulimia quedan prácticamente iguales.

9. Cambios en el trastorno de estrés postraumático y trastornos relacionados al trauma y al estrés.

- En el TEPT, en vez de tres categorías principales de síntomas, se incluyen cuatro: Re-experimentación del evento, sobre estimulación, evitación y pensamientos y ánimo negativos.
- Se le agregan los subtipos preescolar y disociativo del TEPT.
- Los trastornos de deasajuste se reconceptualizan como síndrome de respuesta al estrés. De esa manera se evita que la categoría anterior quede como una entidad para incluir donde no caben otras.

10. Cambios en la esquizofrenia y trastornos psicóticos

- En esquizofrenia hay dos cambios: el primero consiste en que se evita atribuir especial valor a los delirios extraños y a las alucinaciones auditivas. Esto se debe a que las alucinaciones son inespecíficas para la esquizofrenia y a que es difícil determinar cuándo un delirio es estrambótico.
- El segundo cambio es que ahora para hacer el diagnóstico es requisito que esté presente al menos uno de los tres síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios o lenguaje desorganizado). Esto deberá incrementar la confiabilidad del diagnóstico.
- Se eliminan los subtipos de esquizofrenia debido a su baja confiabilidad y pobre validez. También porque no ofrecían ayuda para un mejor tratamiento o predicción de respuesta.
- En el trastorno esquizoafectivo el cambio principal es que será requisito que esté presente un episodio depresivo durante la mayor parte del tiempo. Esto hace que el diagnóstico se haga en forma longitudinal y no transversal.
- En el trastorno delirante, al igual que en la esquizofrenia, no se requerirá que sea del tipo no extraño (*bizarre*).

11. Cambios en los trastornos del ánimo

- Exclusión de duelo. Hasta el DSM-IV se pedía que se abstuviera de hacer el diagnóstico de depresión mayor en quienes habían tenido una “perdida” en los dos meses previos. Este concepto suponía entonces que el duelo protegía para el desarrollo de un episodio depresivo. El DSM-5 elimina ese criterio con base en que al hacerlo se evita que se dejen de diagnosticar cuadros depresivos asociados al duelo y se les afecte al dejarlos sin tratamiento.

En algunos casos se hizo la revisión de trastornos combinando criterios de múltiples entidades para conformar un solo diagnóstico. Esto se hizo sobre todo en aquellos cuadros en los que no existían datos suficientes para man-

tener su separación. Por otra parte se le dio más peso a los especificadores y a los subtipos para delinear fenomenológicamente a las variantes de los trastornos que por su importancia impactan en el tratamiento o en el pronóstico. El número de especificadores y subtipos en el DSM-5 se expandió con la finalidad de lograr dimensionar mejor a los trastornos. En los capítulos del trastorno depresivo y el bipolar el especificador “con rasgos mixtos” reemplazó al diagnóstico de bipolar I en episodio mixto del DSM-IV y ahora es aplicable tanto a condiciones bipolares como unipolares. El trastorno neurocognitivo mayor del DSM-5 es el equivalente del concepto de demencia del DSM-IV, si bien los criterios de demencia se revisaron para conformar un diagnóstico nuevo y separado que es el trastorno neurocognitivo moderado el cual no tiene el nivel de gravedad suficiente como para generar disfuncionalidad o dificultades de funcionamiento, pero que sí se puede beneficiar de una intervención terapéutica.

La inclusión de nuevos trastornos fue posiblemente la parte más revisada y analizada del nuevo manual. Se incluyeron a un cierto número de ellos basándose en los hallazgos generados por las neurociencias, la necesidad clínica o por su significado en el campo de la salud pública. Ejemplo de esto es el trastorno de atesoramiento que se considera ahora como una entidad específica y no como un subtipo del TOC. El diagnóstico de desregulación disruptiva del ánimo se incluyó para poder cubrir aquellos casos de niños con extrema irritabilidad pero que no tienen todos los elementos para diagnosticarlos como bipolares. Como ya

se consignó previamente, un cambio importante en los trastornos depresivos fue eliminar la exclusión del duelo para poder hacer el diagnóstico. Es posible que este tema haya sido uno de los más debatidos en las reuniones de los grupos de trabajo. En el DSM-IV no se hacía el diagnóstico de depresión mayor si los individuos tenían un proceso de duelo de inicio en los dos meses previos. Esto limitaba a los pacientes que con un duelo tenían además un trastorno depresivo mayor. También imponía un periodo de tiempo arbitrario. Por consecuencia el criterio de exclusión del duelo se eliminó y se reemplazó por una evaluación mucho más descriptiva para poder hacer la distinción entre un duelo normal y una condición patológica. Finalmente las revisiones incluyeron la modificación de la terminología utilizada. Tal es el caso de la sustitución del término “retardo mental” por el de trastorno del desarrollo intelectual. También el del término de abuso y dependencia a las sustancias se sustituyó por trastorno por uso de sustancias.

Es indudable que estos cambios y modificaciones permitirán un mejor diagnóstico clínico y una mejor selección de pacientes para el desarrollo de los ensayos clínicos. Sin embargo, como ha sucedido en ocasiones anteriores, el tiempo de uso y su diseminación permitirán hacer los ajustes necesarios para el proceso de perfeccionamiento que requiere cualquier sistema clasificatorio.

Bibliografía

REGIER DA, KUHL EA, KUPFER DJ: The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12: 92-98, 2013.